



HAL
open science

Pour un hôpital narratif: un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier

Christian Delorenzo

► To cite this version:

Christian Delorenzo. Pour un hôpital narratif: un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier. Philosophie. Université Paris-Est, 2022. Français. NNT: 2022PESC0004 . tel-04565992

HAL Id: tel-04565992

<https://theses.hal.science/tel-04565992>

Submitted on 2 May 2024

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.



**Thèse de doctorat d'Université Paris-Est
Philosophie, humanités médicales et santé**

CHRISTIAN DELORENZO

POUR UN HÔPITAL NARRATIF

Un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier

Thèse dirigée par Roberto POMA

Co-directeurs : Jean-Marc BALEYTE et Bruno PETEY-GIRARD

Soutenue le 27/01/2022

Federica ANGELI, Université de York, UK (rapporteuse et présidente du jury)

Rita BIANCHERI, Université de Pise (rapporteuse)

Rita CHARON, Columbia University, New York (examinatrice)

Résumé de la thèse (Français)

À ce jour la formation des professionnel(le)s de santé à la médecine narrative se mesure avec trois défis principaux : comment dépasser les limites de la formation singulière ? Comment favoriser la diffusion de la médecine narrative ? Comment construire des milieux narratifs ? Cette thèse donne des réponses théorétiques et pragmatiques à la fois, à partir de la formation menée au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) depuis janvier 2019.

Après un état de l'art, nous exposons la méthodologie de ce projet, qui se fonde sur les principes et les pratiques élaborées par Rita Charon à Columbia University. Au CHIC, cinq groupes interprofessionnels et fixes se rencontrent une fois par mois pendant deux heures, pour lire, écrire et partager des narrations (littéraires, cliniques, visuelles et/ou musicales). La co-animation est assurée au moins par un binôme médico-littéraire.

À la lumière de cette expérience, nous avons développé un modèle formatif novateur en trois phases (ateliers de base, ateliers de créativité, ateliers de co-animation), qui se veut transférable et adaptable à d'autres hôpitaux.

En utilisant une approche basée sur la recherche dialogique – telle qu'elle a été établie par Arthur Frank –, nous analysons les résultats de cette première expérience en termes de bien-être professionnel, compétences narratives et renforcement des liens à l'intérieur de l'institution. Nous ne manquons pas d'analyser les limites de cette première expérience, qui reste à être élargie à l'intérieur du CHIC et diffusée dans d'autres hôpitaux. Ainsi notre modèle pourra-t-il être mis à l'épreuve, revu ou corrigé (le cas échéant).

Enfin, nous proposons le concept novateur d'un « hôpital narratif ». Cela nous permet de déconstruire la métaphore foucaldienne de la prison, pour offrir un modèle d'hôpital fondé sur la narration.

Résumé de la thèse (Anglais)

Today, the narrative medicine training of health providers has three main challenges. How to overcome the limitations of individual training? How to promote the spread of narrative medicine? How to build narrative environments? This dissertation provides theoretical and pragmatic answers by considering the narrative medicine training that we have been carrying out at the Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) since 2019.

At first, we explain the methodology of this project based on the principles and practice of narrative medicine, as Rita Charon has elaborated them at Columbia University. At the CHIC, five interprofessional groups attend a two-hour narrative medicine workshop once a month: they read, write, and share texts and narratives of different nature (literary, clinical, artistic, and musical). At least, a «literary consultant» and a health professional provide the facilitation.

In the light of experience, we developed an innovative three-phase model (Basic Workshops, Creative Workshops, Cofacilitated Workshops), and we describe it broadly. Our goal is to offer a training device that can be transferable and adaptable to other hospitals.

Using an approach based on the dialogical research, as established by Arthur Frank, we provide feedback from participants to evaluate the effects of this training on professional wellbeing, narrative competence, and institutional affiliation. We don't forget to analyze the limits of this first experience, which must be extended within CHIC and disseminated to other hospitals. Thus, we could put our device to the test and revise or correct it (if necessary).

We propose, in the end, the concept of a «narrative hospital». It allows us to deconstruct the Foucauldian metaphor of the prison, offering a model of a narrative-based hospital.

Merci à...

Mon directeur de thèse, Roberto Poma. Pour ton soutien, ta patience, ton enthousiasme. Tu as su stimuler mon côté philosophique et méthodologique, tout en me laissant libre de raconter.

Mon co-directeur et chef au CHIC Jean-Marc Baleyte. Personne n'a jamais eu autant de confiance en moi. Tu m'as appris à voir les liens et le collectif.

Mon co-directeur Bruno Petey-Girard. Pour ta présence précieuse.

Rita Charon. La rencontre avec toi, avec la médecine narrative et avec ton livre a changé ma vie.

Tsellina Desfemmes, Sylvie Jouanny, Marina Vignot, Laurence Caeymaex. Vous avez été des compagnonnes de voyage formidables.

Tou(te)s les professionnel(le)s du CHIC qui ont participé aux ateliers de médecine narrative. La règle de l'anonymat m'empêche de vous nommer. Je vous porte en moi, vous êtes inoubliables. Nous avons construit ce modèle ensemble.

L'équipe pédagogique. Pour les réflexions sur la mise en place de notre formation à la médecine narrative.

Elisabeth Deletang, Stéphane Pardoux, Hervé Hagège. Pour avoir soutenu institutionnellement au CHIC un projet si courageux.

La direction actuelle du CHIC, et les autres composantes institutionnelles. Parce que vous continuez à soutenir un projet si courageux.

Les collègues du service de pédopsychiatrie, et en particulier l'équipe de l'UMMIS. Vous m'avez appris à être mobile.

Enza Benigno. Pour m'avoir aidé à devenir qui je suis.

Maria Antonietta. Tu t'es occupée de moi avec un amour que je n'avais jamais connu auparavant. Ta présence est fondamentale.

Nonna Clelia. Je voudrais te téléphoner et dire que j'ai fait tout ce j'ai fait grâce à toi. Mais je ne peux pas. Alors, je te l'écris. Au fond, c'est ainsi que tout a commencé. Avec les lettres que je t'ai adressées.

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	p. 8
Chapitre 1 : <i>Les ateliers de médecine narrative</i>	p. 21
1.1 Au cœur de la formation	p. 22
1.1.1 La triade pratique	p. 22
1.1.2 À l'œuvre	p. 30
1.1.3 Un genre clinique, pédagogique et créatif	p. 35
1.2 Pour un état de l'art	p. 38
1.2.1 Délimiter le champ	p. 38
1.2.2 Une description systématique	p. 40
1.2.3 En synthèse	p. 47
1.3 Le projet du CHIC	p. 52
1.3.1 Autour de la temporalité	p. 52
1.3.2 Un littéraire à l'hôpital	p. 56
1.3.3 La philosophie des groupes	p. 60
Chapitre 2 : <i>Les ateliers de base</i>	p. 65
2.1 En guise d'introduction	p. 67
2.1.1 L'histoire de votre nom	p. 67
2.1.2 Les raisons d'un choix	p. 70
2.1.3 La première fois	p. 73
2.2 Se (re)présenter	p. 77
2.2.1 <i>Nomen omen</i>	p. 77
2.2.2 <i>Je est un autre ?</i>	p. 82
2.2.3 Appelez-moi...	p. 87

2.3 Trois genres à l'œuvre	p. 93
2.3.1 Cher docteur, cher patient	p. 93
2.3.2 Un médecin malade	p. 98
2.3.3 Et la poésie ?	p. 102
Chapitre 3 : <i>Les ateliers de créativité</i>	p. 115
3.1. L'évolution d'un dispositif	p. 119
3.1.1 Vers le dossier parallèle	p. 119
3.1.2 Inaugurer le parcours	p. 123
3.1.3 Un modèle d'intervision ?	p. 127
3.2 Les voies de la narration	p. 131
3.2.1 Aimer bien	p. 131
3.2.2 Le nuit n'est jamais complète	p. 135
3.2.3 Questions de (con)science	p. 137
3.3 Autour des récits	p. 139
3.3.1 J'ai un superpouvoir	p. 139
3.3.2 Mais il est gentil	p. 142
3.3.3 Un témoignage	p. 147
Chapitre 4 : <i>Les ateliers de co-animation</i>	p. 149
4.1 Un parcours en trois étapes	p. 152
4.1.1 Le moment du passage	p. 152
4.1.2 Co-animer	p. 157
4.1.3 Le groupe qui (s')anime	p. 160
4.2 L'irruption du distanciel	p. 164
4.2.1 Deux tentatives de proximité	p. 164
4.2.2 Retrouver un espace	p. 170
4.2.3 Un dispositif emblématique	p. 175
4.3 S'adapter au contexte	p. 181
4.3.1 Un panorama	p. 181
4.3.2 Trois exemples	p. 186
4.3.3 Sur la participation observante	p. 189

Chapitre 5 : <i>Les ateliers de recherche</i>	p. 201
5.1 Autour de la participation	p. 204
5.1.1 Un calendrier	p. 204
5.1.2 Sur la composition des groupes	p. 206
5.1.3 Dans le détail	p. 207
5.2 Entre l'attention et la représentation	p. 208
5.2.1 Plus de...	p. 208
5.2.2 Un autre texte ?	p. 210
5.2.3 Des transmissions au récit	p. 212
5.3 Pour arriver à l'affiliation	p. 216
5.3.1 Les formes de l'écriture	p. 216
5.3.2 Une métaphore majeure	p. 219
5.3.3 À l'ombre de la bulle	p. 225
<i>Conclusions</i>	p. 227
Annexe 1	p. 233
Annexe 2	p. 255
Annexe 3	p. 273
Annexe 4	p. 294
Bibliographie	p. 341

Introduction

Ceci se veut une thèse de doctorat *en médecine narrative et de médecine narrative*.

D'un côté, cela signifie que nous nous inscrivons au sein d'une discipline¹ : une thèse *en médecine narrative*. De l'autre côté, cela signifie que notre thèse représente une élaboration conceptuelle qui, à partir d'une application expérientielle, se donne

¹ Nous savons que cette notion pourrait être contestée et soumise à la critique. D'ailleurs, nous avons récemment participé, avec Jean-Marc Baleyte, à un colloque en ligne, organisé par Isabelle Galichon et l'université de Bordeaux, dont le titre était : *L'Indiscipline des humanités médicales*. En outre, Giorgio Bert affirme, dans l'introduction de son livre, que la médecine narrative ne représente pas une discipline comme l'anatomie, la biochimie et la pathologie, mais une attitude mentale du médecin. Voir : BERT (Giorgio), *Medicina narrativa : Storie e parole nella relazione di cura*, Rome, Il Pensiero Scientifico, 2007, p. IX. Pourtant, comme nous contribuerons à le montrer dans cette introduction, la médecine narrative, telle qu'elle a été élaborée par Rita Charon, répond aux éléments qui caractérisent, selon Armin Krishnan, toute discipline, c'est-à-dire la présence d'un objet de recherche, d'un corpus de connaissances spécialisées, d'un certain nombre de théories et de concepts, d'une terminologie spécifique ajusté à l'objet d'étude, des méthodes de recherche et d'une manifestation institutionnelle sous la forme d'enseignements à l'université. Voir le *working paper* de : KRISHNAN (Armin), *What Are Academic Disciplines ? Some observations on the Disciplinarity vs. Interdisciplinarity debate*, University of Southampton, National Centre for Research Methods, 2009.

Nous avouons que la médecine narrative est une discipline bien jeune. Pourtant, la présence de ces éléments nous permet d'affirmer que l'approche de la médecine narrative n'est ni interdisciplinaire ni transdisciplinaire ni *indisciplinaire*, mais disciplinaire (et disciplinée).

l'objectif d'élargir non seulement la diffusion mais aussi la pratique du champ disciplinaire dans lequel nous nous inscrivons : une thèse *de* médecine narrative.

À ce jour, les thèses de doctorat avec une telle inscription disciplinaire commencent timidement à se répandre². Nous savons bien qu'il n'est pas facile de se positionner d'une telle manière, au moins en France. En effet, malgré le développement et la diffusion croissante des humanités médicales dans l'enseignement supérieur et dans la recherche³, le contexte universitaire ne reconnaît pas encore un espace suffisant, d'un point de vue institutionnel, à la médecine narrative : il en existe quelques cours, plus ou moins obligatoires, dans les facultés de Médecine⁴, ainsi qu'un certificat et un diplôme universitaires⁵. Pourtant, il reste à

² Voir, par exemple : LOVECCHIO (Chiara), *Ética y medicina narrativa : Una perspectiva filosófica*, Thèse de doctorat, Universidad de Salamanca, 2009 ; MUSKIEVICZ (Krisann), « *Literature and Medicine* » and « *Narrative Medicine* » : *A Distinction between Terms*, Thèse de doctorat, The University of Texas Medical Branch, 2012 ; HINE (Wendy L.), *Narrative Medicine And Traditional Medical Interviewing Approaches In Women With Breast Cancer*, Thèse de doctorat, The University of New Mexico, 2013 ; BOCKAROV (Mariana), *Narrative Medicine in the Native Tongue : The Effect of the L1 as a Moderating Variable of Exam Performance in Experimental Disclosure Therapy*, Thèse de doctorat, University of Toronto, 2015 ; WEEMS (Sandra Gayle), *The Poetics of Healing Voicing Illness and Trauma in Literature, Narrative Medicine, and Reflective Writing*, Thèse de doctorat, University of Florida, 2015 ; BOBB (Shelley), *Finding Meaning and Sensemaking in Hospital Nursing Teams : The Promise of Narrative Medicine*, Thèse de doctorat, Marquette University, 2016 ; KELLER (Alyse), *Performing Narrative Medicine : Understanding Familial Chronic Illness through Performance*, Thèse de doctorat, University of South Florida, 2017.

³ Voir : VISIER (Laurent), « Vingt Ans d'enseignement des sciences humaines et sociales dans les études médicales en France », *Bioethica Forum*, vol. 4, n° 4, p. 143-148 ; LEFEVE (Céline), « Les Humanités médicales : Perspectives historiques et pédagogiques », dans LEFEVE (C.), THOREAU (F.) et ZIMMER (A.), *Les Humanités médicales : L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Arcueil, Doin, p. 35-47.

⁴ Pour un panorama sur l'enseignement supérieur de la médecine narrative en France, qui a lieu dans les universités de Bordeaux, Montpellier, Paris Sorbonne, Paris-Descartes, Nice et Paris-Est Créteil (où nous assurons des TD obligatoires pour les étudiant(e)s en troisième année de médecine, dans le cadre de l'enseignement de l'éthique médicale, dont le responsable est Jean-Marc Baleyte et le co-responsable est Roberto Poma), voir : BLANCHIN (Solène), *Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier*, Thèse d'exercice, Université de Montpellier, 2021, p. 31-38.

créer des postes en médecine narrative et des départements de médecine narrative, comme à Columbia University, où Rita Charon dirige la première « division of narrative medicine ».

C'est justement à Charon, il ne faut pas l'oublier, que nous devons non seulement l'invention, la notion et la définition de « médecine narrative ». Nous lui devons aussi et surtout la construction d'une théorie, la constitution d'un certain nombre de principes et la détermination d'une pratique innovante et créative, mais en même temps cohérente et rigoureuse.

Charon utilise l'expression « médecine narrative » pour la première fois en 2001, dans deux articles qui ont marqué l'histoire et le développement de cette discipline⁶. Pourtant, Rita Charon avait déjà introduit la pratique de la narrativité dans ses enseignements à la faculté de médecine de Columbia University aux années '80⁷. À partir du début des années '90, elle a écrit des contributions qui ont mis en lumière l'importance de la narration dans les soins⁸, ainsi que la possibilité d'utiliser la littérature pour renforcer les compétences narratives des étudiant(e)s et des professionnel(le)s de santé⁹. Elle a ensuite établi un cadre éthique pour la médecine

⁵ Par exemple, à l'université de Cergy-Pontoise, Anne-Marie Petitjean est la responsable, depuis quelques années, de la formation dans le cadre du certificat universitaire « Initiation à la médecine narrative ». À l'université de Bordeaux, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi et Isabelle Galichon viennent juste de lancer un diplôme universitaire en médecine narrative.

⁶ Voir : CHARON (Rita), « Narrative Medicine : A Model for Empathy, Profession, and Trust », *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, n° 15, 2001, p. 1897-1902 ; CHARON (Rita), « Narrative Medicine : Form, Function, and Ethics », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 1, 2001, p. 83-87.

⁷ Sur l'évolution de la discipline de la médecine narrative à Columbia University depuis les années '80, voir : SCHMIDT (Karen) et CHARON (Rita), « La médecine narrative à Columbia University : L'évolution d'une discipline », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line, 2017, p. 78-93.

⁸ Voir : CHARON (Rita), « The Narrative Road to Empathy », dans SPIRO (H. M.), MCCREA CURNEN (M. G.), PESCHEL (E.) et ST. JAMES (D.), *Empathy and the Practice of Medicine : Beyond Pills and the Scalpel*, New Haven et Londres, Yale University Press, 1993, p. 147-159.

⁹ Voir : CHARON (Rita), TRAUTMANN BANKS (Joanne), CONNELLY (Julia E.) et alii, « Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice », *Annals of Internal Medicine*, vol. 122, 1995, p. 599-606 ; CHARON (Rita), « Literature and Medicine : Origins and Destinies », *Academic Medicine*, vol. 75, n° 1,

narrative¹⁰, et elle a élaboré des notions fondamentales comme celles de l'attention, de la représentation et de l'affiliation¹¹.

En 2006, avec la publication de son ouvrage fondamental (qui reste la principale référence pour notre discipline), elle ne s'est pas bornée à résumer ses contributions précédentes, ou à donner une définition qui peut être utilisée comme une sorte de devise ou de passe-partout pour toute pratique de la narration en santé : « Une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles »¹². Charon a surtout achevé de formuler un champ disciplinaire qu'elle construisait, comme nous l'avons vu, depuis plus de vingt ans, et qui ne peut pas être réduit à l'application de la narratologie et de la théorie littéraire dans le cadre médical et clinique.

L'on pourrait consacrer une thèse de doctorat aux courants de pensée (« les philosophies occidentales, la théorie esthétique et les études culturelles »¹³) qui ont influencé la naissance et le développement de la médecine narrative. Ici, nous voulons souligner l'aspect original et novateur de cette discipline, qui se fonde sur trois élaborations conceptuelles de base : les quatre dissensions¹⁴, les cinq caractères narratifs de la médecine¹⁵, les trois mouvements de la triade pratique¹⁶.

Les quatre dissensions sont des différences fondamentales, chez les soignant(e)s et les patient(e)s, dans la façon de considérer la condition de mortel(le)s,

2000, p. 23-27 ; CHARON (Rita), « Reading, Writing, and Doctoring : Literature and Medicine », *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 319, n° 5, 2000, p. 285-291.

¹⁰ Voir : CHARON (Rita), « The Ethicality of Narrative Medicine », dans HURWITZ (B.), GREENHALGH (T.) et SKULTANS (V.), *Narrative Research in Health and Illness*, Malden, Oxford et Carlton, Blackwell Publishing, 2004, p. 23-36.

¹¹ Voir : CHARON (Rita), « Narrative Medicine : Attention, Representation, Affiliation », *Narrative*, vol. 13, n° 3, 2005, p. 261-270.

¹² CHARON (Rita), *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015 (2006), p. 13.

¹³ CHARON (Rita), « Introduction », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 15.

¹⁴ Voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 48-79.

¹⁵ *Ibid.*, p. 80-116.

¹⁶ *Ibid.*, p. 220-254.

les contextes de la maladie, les croyances autour des causes d'une pathologie, ainsi que dans la façon d'aborder ou de vivre les émotions et les sentiments par rapport à la maladie (en particulier, la honte, la peur et la culpabilité). Ces différences, qui peuvent s'accompagner à l'interruption continuelle des patient(e)s de la part des soignant(e)s¹⁷, ont souvent des conséquences dangereuses et des effets néfastes sur les soins, avec une augmentation de la souffrance, des insuccès thérapeutiques, des poursuites judiciaires¹⁸ et des erreurs à cause du manque d'écoute.

La narration représente une solution possible pour dépasser ces dissensions et créer métaphoriquement un pont entre les soignant(e)s et les patient(e)s, ce qui constitue une partie capitale du soin, en tant que réunion du *care* et du *cure*. Mais Rita Charon ne se borne pas à l'affirmer. Elle le démontre à un niveau conceptuel, en définissant précisément les cinq éléments narratifs qui caractérisent la médecine, c'est-à-dire la temporalité, la singularité, la causalité et la contingence, l'intersubjectivité, l'éthique.

Pour que l'appel à la narrativité ne reste pas abstrait, Rita Charon traduit cette théorie en pratique en élaborant le concept de la triade, avec ses mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, que nous allons définir dans la première section du chapitre 1. Comme nous le verrons, c'est cette élaboration conceptuelle qui permet de construire des dispositifs et des instruments pratiques tels que l'atelier, la lecture attentive (ou *close reading*) et le dossier parallèle, qui participent à l'objectif que la médecine narrative se donne depuis toujours : « Améliorer les soins »¹⁹.

¹⁷ Voir : BECKMAN (Howard B.) et M. FRANKEL (Richard), « The Effects of Physician Behaviour on the Collection of Data », *Annals of Internal Medicine*, vol. 101, n° 5, 1984, p. 692-696.

¹⁸ Voir : LEVINSON (Wendy), ROTER (Debra L.), MULLOOLY (John P.) *et alii*, « Physician-Patient Communication : The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 277, n° 7, 1997, p. 553-559.

¹⁹ Rita Charon écrit : « Depuis toujours, l'objectif de la médecine narrative est d'améliorer les soins ». Voir : CHARON (Rita), « Introduction », *op. cit.*, p. 16.

En effet, comme de nombreuses études et contributions le suggèrent ou le montrent²⁰, l'intégration de la narrativité permettrait prioritairement une meilleure prise en charge des patient(e)s et une intégration du savoir biomédical avec les aspects subjectifs et biographiques de la maladie, grâce au développement ou au renforcement des compétences dites « narratives » : les diagnostics seraient plus précis, les anamnèses mieux conduites, les informations mieux comprises, les choix thérapeutiques mieux élaborés et partagés, les projets thérapeutiques mieux respectés et adaptés, les plaintes réduites. Bien récemment, Remein, Childs, Pasco *et alii* ont élaboré une *systematic review* à partir des résultats produits grâce à l'application de la médecine narrative dans l'enseignement supérieur et en milieu professionnel, en mettant en lumière des effets positifs en termes de compétences relationnelles, culturelles, pédagogiques et cliniques, renforcement de l'empathie et de la réflexivité, impact institutionnel, réduction de la fatigue, du stress au travail et de l'épuisement professionnel²¹.

Nous pouvons souligner que, après la publication de l'ouvrage de référence de Rita Charon, la médecine narrative n'a cessé de se développer, avec l'inauguration,

²⁰ Voir, par exemple : CHARON (Rita), « To Build A Case : Medical Histories as Traditions in Conflict », *Literature and Medicine*, vol. 11, n° 1, 1992, pp. 115-132 ; GREENHALGH (Trisha) et HURWITZ (Brian), « Why Study Narrative », dans GREENHALGH (T.) et HURWITZ (B.), *Narrative Based Medicine : Dialogue and discourse in clinical practice*, Londre, Bmj Books, 1998, p. 3-16 ; BRUNER (Jerome), *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?*, Retz, Paris, 2002, p. 89-94 ; LILLRANK (Annika), « Back Pain and the Resolution of Diagnostic Uncertainty in Illness Narratives », *Social Science and Medicine*, vol. 67, 2003, p. 1045-1054 ; STARMER (Amy J.), SPECTOR (Nancy D.), SRIVASTAVA (Rajendu) *et alii*, « Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program », *The New England Journal of Medicine*, vol. 371, n° 17, 2014, p. 1803-1812 ; TRAN (Ahn N.), HAIDET (Paul), STREET JR. (Richard L.) *et alii*, « Empowering Communication : A Community-Based Intervention for Patients », *Patient Education Counselling*, vol. 52, n° 1, 2004, p. 113-121 ; CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, pp. 172-174 ; HAIDET (Paul), KROLL (Tony L.) et SHARF (Barbara F.), « The Complexity of Patient Participation : Lessons Learned from Patients' Illness Narratives », *Patient Education and Counselling*, vol. 62, n° 3, 2006, p. 323-329 ; ZANNINI (Lucia), *Medical humanities e medicina narrativa : Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Milan, Raffaello Cortina, 2008.

²¹ Voir : REMEIN (Christy Di Frances), CHILDS (Ellen), PASCO (John Carlo) *et alii*, « Content and Outcomes of Narrative Medicine Programmes : A Systematic Review of the Literature Through 2019 », *British Medical Journal*, vol. 10, 2020, p. 1-15.

entre autres, d'un Master des sciences à Columbia University²², avec la publication de centaines d'articles, et avec la parution d'un livre collectif en 2017, *Principes et pratique de médecine narrative*²³, qui reprend le titre de l'ouvrage classique d'Osler²⁴. Bref, une « école » s'est constituée.

Avant de rentrer dans le sujet de cette thèse, nous devons reconnaître que l'expression « médecine narrative » se prête parfois à des malentendus, ou bien à des usages imprécis. Par exemple, dans un *commentary* à un article de John Launer²⁵ qui fait, entre autres, un point sur le « mouvement » de la *Narrative Based Medicine* en Angleterre, Arthur Frank utilise « narrative medicine » pour faire allusion à un tas de « diverse interests »²⁶ en Amérique du Nord sur les récits expérientiels des personnes malades à la lumière des approches anthropologiques et sociologiques²⁷, les applications de la littérature et de la narratologie dans la pratique clinique²⁸, les descriptions de la narrativité en tant que modalité de pensée et d'intervention en médecine²⁹, les témoignages qui encouragent la pratique réflexive des soignant(e)s³⁰,

²² CHARON (Rita), « Introduction », *op. cit.*, p. 19.

²³ CHARON (Rita), DASGUPTA (Sayantani), HERMANN (Nellie) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016).

²⁴ OSLER (William), *The Principles and Practice of Medicine*, New York, D. Appleton and Company, 1892.

²⁵ LAUNER (John), « New Stories for Old : Narrative-Based Primary Care in Great Britain », *Families, Systems, & Health*, vol. 24, n° 3, 2006, p. 336-344.

²⁶ FRANK (Arthur), « Generosity in Medical Story Making : Commentary on Launer (2006) », *Families, Systems, & Health*, vol. 24, n° 3, 2006, p. 345.

²⁷ Voir, par exemple : KLEINMANN (Arthur), *The Illness Narratives : Suffering, Healing and The Human Condition*, New York, Basic Books, 1988 ; TOOMBS (Sheila Kay), *The Meaning of Illness : A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht, Kluwer Academic, 1993 ; GOOD (Byron J.), *Medicine, Rationality, and Experience : An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

FRANK (Arthur W.), *The Wounded Storyteller*, Chicago, The University of Chicago Press, 2013 (1995).

²⁸ Voir, par exemple : CAMPO (Rafael), *The Healing Art : A Doctor's Black Bag of Poetry*, New York, Norton, 2003.

²⁹ Voir, par exemple : MONTGOMERY HUNTER (Kathryn), *Doctors' Stories : The Narrative Structure of Medical Knowledge*, *op. cit.* ; MATTINGLY (Cheryl), *Healing Dramas and Clinical Plots : The Narrative Structure of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998 ; BRODY (Howard), *Stories of Sickness*, New York, Oxford University Press, 2003 (1987).

les bases de l'éthique clinique³¹. Il nous semble très intéressant de remarquer que le *commentary* de Frank a paru tout de suite après le livre de Charon. Curieusement, Frank range l'ouvrage de Charon à l'intérieur non seulement d'une définition mais aussi d'une théorie et d'une pratique qu'elle-même a constituées. Or, la *Narrative Based Medicine* de matrice britannique, à laquelle nous venons de faire allusion, n'a jamais établi un tel cadre disciplinaire. Le livre dirigé par Trisha Greenhalgh et Brian Hurwitz³², ainsi que l'un des articles les plus célèbres de Trisha Greenhalgh³³, soulignent certes la nécessité d'intégrer la *Evidence Based Medicine* avec la narrativité. Greenhalgh et Hurwitz suggèrent des pratiques et des modèles que John Launer³⁴ rattachera ensuite, d'une façon plus générale, à la culture psychanalytique et à la thérapie familiale. Toutefois, au rebours de la médecine narrative, la *Narrative Based Medicine* ne s'est pas douée d'une élaboration conceptuelle bien définie et d'une méthodologie interne. Comme Marinelli le souligne, la *Narrative Based Medicine* n'offre pas un parcours pour développer les compétences narratives³⁵, ce qui nous semble en tout cas fondamental pour chercher à atteindre concrètement l'idéal d'une médecine fondée *aussi* sur la narration.

³⁰ Voir, par exemple : BORKAN (Jeffrey), REIS (Shmuel), STEINMETZ (Dov) et MEDALIE (Jonh) H., (sous la direction de), *Patients and Doctors : Life-Changing Stories from Primary Care*, Madison, University of Wisconsin Press, 1999.

³¹ Voir, par exemple : CHAMBERS (Tod), *The Fiction of Bioethics : Cases as Literary Texts*, New York, Routledge, 1999 ; ZANER (Richard), *Conversations on the Edge : Narratives of Ethics and Illness*, Washington, Georgetown University Press, 2004.

³² GREENHALGH (Trisha) et HURWITZ (Brian), (sous la direction de), *Narrative Based Medicine : Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, Londre, Bmj Books, 1998.

³³ GREENHALGH (Trisha), « Narrative Based Medicine in an Evidence Base World », *British Medical Journal*, vol. 318, 30 janvier 1999, pp. 323-325.

³⁴ LAUNER (John), *Narrative Based Primary Care : A Practical Guide*, Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002.

³⁵ Voir : MARINELLI (Massimiliano), *Trattare le malattie, curare le persone*, Milan, FrancoAngeli, 2015, p. 10. Le discours de Marinelli nous semble assez paradoxal : il montre que la *Narrative Based Medicine* n'offre pas de méthodes et d'instruments pour atteindre l'idéal de l'intégration de la narrativité dans les soins, et pourtant il plaide pour l'usage de cette expression au détriment de « médecine narrative ».

Évidemment, la médecine narrative ne représente pas la seule application de la narration en médecine. L'univers des « pratiques narratives en santé »³⁶, comme Roberto Poma les définit dans un essai très récent, est de plus en plus vaste. Pourtant, il ne faut pas oublier que la médecine narrative incarne une pratique bien précise et particulière, avec ses principes et sa théorie. Certes, l'usage libre et ouvert de « médecine narrative » témoigne de la force et du succès d'une telle définition. Pourtant, un parallèle avec la psychothérapie contribuera peut-être à éclairer davantage ce que nous essayons de dire.

Nous savons qu'à partir des années '80 Michael White et David Epston ont développé le cadre conceptuel et pratique de la « thérapie narrative »³⁷. Nous savons également que toute (psycho)thérapie a une base narrative. Pourtant, l'on utilise l'expression « thérapie narrative » seulement pour se référer à l'approche de White et Epston (qui ne peut pas être définie une discipline). Pourquoi ne devrait-il pas en aller de même pour la médecine narrative ?

Bien entendu, la médecine narrative tend vers *une* médecine narrative, comme les différentes pratiques narratives en santé. Peut-être, faudrait-il dire que la médecine narrative cherche à construire une médecine *plus* narrative, étant donné que la médecine *est* narrative, comme Rita Charon, Kathryn Montgomery Hunter³⁸ et Jean-Marc Baleyte, auquel nous empruntons ce mot d'esprit, le disent bien.

D'ailleurs, on assiste à une sorte de paradoxe : même si l'expression est de plus en plus utilisée (souvent d'une manière large), la médecine narrative demande à être diffusée davantage, en France et ailleurs. D'un côté, il reste à mener des recherches et à produire des résultats plus précis, comme Remein, Childs, Pasco *et alii* le soulignent bien dans la *systematic review* que nous avons citée plus haut. De l'autre côté, nous avons déjà écrit qu'une nécessité d'institutionnalisation s'impose, pour le bien de la médecine narrative, mais aussi pour le bien de la médecine en général. Ces aspects

³⁶ POMA (Roberto), « La médecine narrative », dans Collège des humanités médicales, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres, 2021, p. 185.

³⁷ Voir, en particulier, le livre de référence : WHITE (Michael) et EPSTON (David), *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*, Bruxelles, Satas, 2009 (1990).

³⁸ « Medicine is fundamentally narrative ». Voir : MONTGOMERY HUNTER (Kathryn), *Doctors' Stories : The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, Princeton University Press, 1991, p. 5.

s'influencent réciproquement : les recherches, avec leurs résultats, dépendent du soutien institutionnel, et le soutien institutionnel se fonde sur les résultats de la recherche. Mais il y a peut-être un autre élément qui doit être pris en considération.

Les regards critiques sur la médecine narrative ont mis en lumière les limites de la notion de « singularité », qui représente – nous le rappelons – l'un des caractères narratifs de la médecine selon Charon.

Dans sa thèse de doctorat et dans un de ses articles, Juliette Ferry-Danini effectue une opération de déconstruction de cette idée. Elle soutient que « l'intérêt d'une approche narrative découle précisément des ressemblances entre les récits des patients »³⁹, et non pas de la thèse de leur singularité. Or, nous estimons que son propos est essentiellement philosophique et désincarné. Son argumentation ne repose que sur la critique d'un élément conceptuel appartenant à un champ disciplinaire beaucoup plus vaste et qui ne peut se passer de la pratique. En outre, Juliette Ferry-Danini ne prend pas véritablement en compte un autre caractère narratif de la médecine, celui de l'intersubjectivité, qui devance la singularité.

Du point de vue éthique, Marianne Dion-Labrie et Hubert Doucet⁴⁰ affirment, en outre, que la médecine narrative s'intéresse aux récits de maladie et aux interventions entre les patient(e)s et les professionnel(le)s de santé, en excluant l'analyse du cadre plus ample où ces échanges ont lieu. Dion-Labrie et Hubert Doucet cherchent à « pallier » cette limite en offrant une solution conceptuelle et théorique, qui s'inspire de Paul Ricœur, sans prendre en considération l'engagement actif de la médecine narrative en termes de justice sociale.

Ces contributions offrent l'occasion de s'interroger, par procuration, sur les limites liées à l'aspect de la singularité et de la subjectivité dans le cadre de la formation à la médecine narrative, qui reste principalement centrée sur la personne.

³⁹ FERRY-DANINI (Juliette), « La médecine narrative face à l'impossible singularité des récits », *Revue de la société de philosophie des sciences*, vol. 7, n° 2, 2020, p. 5. Voir aussi : FERRY-DANINI (Juliette), *Une Critique de l'humanisme en médecine : La « médecine narrative » et la « phénoménologie de la médecine » en question*, Thèse de doctorat, Université de la Sorbonne (Lettres), 2019.

⁴⁰ DION-LABRIE (Marianne) et DOUCET (Hubert), « Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : Perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste », *Éthique et santé*, vol. 8, 2011, p. 63-68.

Comme nous le montrerons dans l'état de l'art (chapitre 1), les formations existantes dépassent rarement le cadre de l'enseignement supérieur ou de quelques services hospitaliers. Columbia University est un centre mondial d'entraînement à la médecine narrative : entre 2006 et 2017, comme Charon le souligne bien, presque deux mille personnes ont participé à ses ateliers de médecine narrative⁴¹. Pourtant, les individus continuent à travailler dans des systèmes de soins où la narrativité ne constitue pas un aspect prépondérant. Parfois, la dimension narrative du soin n'est même pas prise en compte. En d'autres termes, l'on forme les personnes, mais l'on ne transforme pas encore, ou pas suffisamment, les milieux. Notre thèse cherche à donner une première réponse à cette limite, en proposant de former les personnes pour transformer les (mi)lieux, à la lumière d'une idée d'« hôpital narratif » qui représente aussi un idéal : un milieu à développer narrativement avec tous les individus qui l'habitent, le partagent et le vivent, *ensemble*.

C'est pourquoi nous nous sommes donné l'objectif d'élaborer un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à aujourd'hui, afin d'entraîner un plus grand nombre de professionnel(le)s et d'ouvrir, en même temps, des espaces à l'intérieur des milieux de soins où les compétences narratives auraient la possibilité de s'exprimer et de s'épanouir. Mais, dans le cadre disciplinaire de la médecine narrative, la théorie ne peut pas se détacher de la pratique. Notre modèle représente une élaboration, conceptuelle et narrative à la fois, de l'expérience qui a lieu au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), où un projet de formation hospitalière à la médecine narrative est mis en place depuis 2018.

Ce projet, qui se poursuit encore aujourd'hui, a un caractère tout à fait postmoderne, étant donné qu'il s'appuie sur le rapport mouvant (et souvent émouvant) entre les individus et les milieux. Une note d'Arthur Frank sur la notion de « projet » est particulièrement utile à cet égard :

En termes de sciences sociales, la différence se situe entre le projet de recherche qui exige que les résultats soient indiqués à l'avance et la recherche qui essaie de découvrir les paramètres

⁴¹ Voir : CHARON (Rita), « Introduction », *op. cit.*, p. 18.

d'investigation au cours de l'enquête. La différence n'est pas simplement quantitative ou qualitative : je la vois comme moderniste versus postmoderne. La modernité pense connaître les paramètres à l'avance et n'a besoin que de données pour étayer les conclusions anticipées. La postmodernité tend à considérer la recherche des paramètres comme une conclusion, et accepte que ses propres enquêtes aient créé ces paramètres au cours de l'enquête.⁴².

Ce passage nous autorise à souligner que notre modèle n'a pas été constitué *a priori*. Pourtant, il serait également incorrect de dire qu'il sera élaboré seulement *a posteriori*. Au contraire, il a été créé aussi *au fur et à mesure* que le projet avançait, avec la collaboration de toutes les personnes qui y ont pris part.

En particulier, grâce au statut d'Attaché littéraire hospitalier (ALHO), dont nous allons parler à la fin du chapitre 1, nous avons eu la possibilité d'organiser des ateliers de médecine narrative à l'intérieur du CHIC, d'y participer, d'apprécier les différentes réactions et réponses, d'apporter des corrections – le cas échéant – aux activités prévues, et de nourrir la réflexion. Nous pouvons bien paraphraser Barney Glaser et Anselm Strauss⁴³, en disant que celle du CHIC est une *formation ancrée* : une formation qui se construit à travers l'expérience et qui construit en même temps l'expérience, réflexivement et récursivement. Un projet postmoderne donne vie à un dispositif transférable, adaptable et corrigé : raisonnablement ouvert, en un mot. Nous voulons éviter de tomber dans le piège du *protocole*, ce qui nous semble d'ailleurs en contradiction avec les principes et la pratique de la médecine narrative. Dès lors nous ne proposons pas une structure rigide aux contenus figés, mais une application suffisamment généralisée pour que l'on puisse la soumettre à la critique et à la réflexion, mais aussi la réutiliser et l'exploiter ailleurs.

⁴² FRANK (Arthur W.), *The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, n. 38, p. 242 : « In social scientific terms, the difference is between the research proposal that requires the results be indicated in advance versus research that seeks to discover the parameters of investigation in the course of investigating. The difference is no longer simply quantitative versus qualitative : thus I think of it as modernist versus postmodern. Modernity thinks it knows the parameters in advance and only needs data to support anticipated conclusions. Postmodernity tends to regard finding the parameters at the conclusion, and accepts that its own investigations have created these parameters through the investigating »

⁴³ GLASER (Barney G.) et STRAUSS (Anselm L.), *La Découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Collin, 2010 (1967).

La notion de « modèle » nous paraît adaptée à notre objet aussi bien qu'à notre objectif : d'un côté, elle renvoie à une représentation à échelle réduite d'un phénomène qui vise à être *reproduit* ; de l'autre côté, à un niveau éthique, un modèle fonctionne comme un exemple à imiter, à suivre ou même à contredire pour qu'une action soit *produite*.

Par cohérence avec notre inscription disciplinaire, nous avons utilisé l'instrument de la narration dans le cadre de cette expérience, en écrivant régulièrement des « notes parallèles », comme nous l'expliquerons mieux dans le chapitre 1. En outre, nous utiliserons l'instrument de la narration tout au long de cette thèse, pour favoriser et accompagner le passage de l'expérience à son élaboration.

Cette élaboration ne se veut donc pas définitive, non seulement parce que le projet du CHIC présente un caractère postmoderne, mais aussi parce qu'il s'agit d'une première expérience, qui ne demande qu'à être étendue à l'hôpital et dans d'autres milieux de soins. Cela risque de nous faire retomber, paradoxalement, dans la limite que nous avons indiquée plus haut, pour ce qui concerne la diffusion de la médecine narrative. Nous en sommes conscients. Nous pourrions répondre que notre modèle se donne l'objectif *de* la diffusion.

Pour une question de cohérence formelle, le plan de cette thèse s'articule autour des trois phases fondamentales de ce modèle : les ateliers de base, les ateliers de créativité et les ateliers de co-animation, que nous détaillerons dans les chapitres centraux (2, 3 et 4). Pour rendre intelligible notre programme de travail, la description du contexte de l'action s'impose. C'est pourquoi, dans le chapitre 1, nous allons décrire en général le dispositif de l'atelier de médecine narrative, dresser un état de l'art sur les formations professionnelles et interprofessionnelles existantes, et présenter les spécificités du projet du CHIC.

Enfin, dans le chapitre 5, nous montrons de quelle façon nous avons utilisé le dispositif de l'atelier dans le cadre de la recherche, pour commencer à évaluer les résultats, les bénéfices et les limites de cette première expérience.

En annexe, nous reproduisons les contenus et les structures des ateliers de base qui ont eu lieu au CHIC (Annexe 1), les images citées dans la thèse (Annexe 2), et les transcriptions des textes produits par les participant(e)s lors des ateliers de recherche (Annexes 3 et 4).

Chapitre I

Les ateliers de médecine narrative

Dans ce chapitre nous allons fournir des informations liées au contexte intellectuel et institutionnel dans lequel s'insère notre programme de médecine narrative. Nous allons présenter ensuite le modèle de formation en trois phases à la médecine narrative en milieu hospitalier, à partir de l'expérience du CHIC. En premier lieu, à la lumière de la triade pratique de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, nous décrivons le dispositif pédagogique fondamental en médecine narrative : celui de l'atelier (notion qui n'a pas besoin d'explications, étant donné qu'elle se borne à traduire le terme anglais *workshop*). En deuxième lieu, nous dressons un état de l'art sur les formations professionnelles et interprofessionnelles existantes, qui répondent à des critères de cohérence avec la discipline de la médecine narrative, pour montrer ce qui a été fait jusqu'à aujourd'hui. En troisième lieu, nous présentons le projet du CHIC, à partir de son histoire et de ses objectifs, sans manquer de mettre en lumière les nouveautés et les spécificités par rapport à ce qui existe déjà, surtout pour ce qui concerne trois éléments : la mise à disposition de deux heures pour la médecine narrative sur le temps de travail, la création d'une figure professionnel(le) inédite, et la philosophie des groupes.

1.1 Au cœur de la formation

1.1.1 *La triade pratique.*

Avant de décrire le dispositif pédagogique de l'atelier – tel qu'il a créé et pratiqué par Rita Charon et ses collègues à Columbia University à partir de 2006 –, il nous semble nécessaire d'en présenter les présupposés théoriques. Nous nous référons à la triade pratique de la médecine narrative, avec ses mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, élaborés sur la base du modèle à la fois narratif et philosophique de la triple *mimesis*⁴⁴ de Paul Ricœur.

Pour introduire ces concepts, commençons par la comparaison que Rita Charon établit entre le fonctionnement du cœur et la rencontre avec un(e) patient(e) :

Assise dans le bureau avec un patient, je fais simultanément deux choses contradictoires. J'utilise mon cerveau d'une façon active et ordonnée en diagnostiquant, en interprétant et en formulant des hypothèses qui proposent une signification permettant une action. C'est le travail systolique du médecin : dynamiser, mettre en intrigue, guider l'action. Presque en même temps, ou en alternance avec ce travail systolique, se trouve le travail diastolique – se détendre, absorber, faire de la place en soi-même, pour une acceptation profonde, océanique de ce que le patient offre. Dans la position diastolique, j'attends, je fais attention, je me remplis de la présence du patient. Les mouvements systoliques et diastoliques du cœur constituent ensemble la fonction cardiaque par laquelle le cœur agit, et le dysfonctionnement de l'un ou l'autre est catastrophique⁴⁵.

Pour transformer cette comparaison en langage figuré, nous pourrions dire que les deux mouvements ici décrits – la phase diastolique de l'attention et la phase systolique de la représentation – sont *au cœur* de la théorie de la médecine narrative,

⁴⁴ Voir : RICŒUR (Paul), *Temps et récit : 1. L'intrigue et le récit historique*, Paris, Seuil, 1983, p. 105-162. Voir aussi : CHARON (Rita), *Médecine narrative, op. cit.*, p. 231-233.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 221.

et que plus en général ils sont (ou ils devraient être) *au cœur* de la pratique clinique et des relations de soins.

En effet, Rita Charon remarque :

Tout effort pour prodiguer du soin commence par l'attention donnée au patient. Nous sommes assis dans nos cabinets médicaux, dans nos boxes des salles d'urgences ou de notre côté du rideau vert qui sépare notre patient hospitalisé d'un autre qui souffre, à faire ce que nous pouvons pour nous *occuper attentivement* de la personne malade. Avant que nous provoquions l'enchaînement d'événements qui culminent par le diagnostic et le traitement, nous portons témoignage au patient de sa souffrance. Que nous traitions un stress post-traumatique ou l'aggravation d'une angine de poitrine, nous devons démarrer nos soins en écoutant le récit du patient sur ce qui s'est passé et confirmer que nous avons bien reçu le message. L'état d'attention est complexe exigeant et difficile à réaliser. [...] L'attention implique le vide du moi de façon à devenir un instrument pour recevoir ce que veut dire autrui⁴⁶.

Selon Rita Charon « l'attention ne s'atteint pas et ne fonctionne pas sans le corollaire obligatoire de la représentation »⁴⁷. La description de ces deux mouvements permet ainsi d'esquisser un modèle qui définit non seulement un cadre opérationnel, mais qui incarne aussi un principe éthique : « Il semble y avoir une connexion puissante et réciproque entre cet état d'attention et la représentation qui a lieu dans le processus d'écriture narrative. Dans notre pratique médicale narrative, nous constatons que le clinicien *doit* représenter ce dont il a été témoin »⁴⁸. En santé, il existe déjà des pratiques écrites de la représentation qui sont bien répandues : les dossiers hospitaliers⁴⁹ et les dossiers privés⁵⁰. Les dossiers privés peuvent parfois s'approcher de l'idéal de la médecine narrative, qui vise à intégrer dans la clinique les différents contextes de la maladie : celui du *disease*, c'est-à-dire la maladie en tant que construction biomédicale, et celui de la *illness*, c'est-à-dire la maladie en tant que vécu

⁴⁶ *Ibid.*, p. 222.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 230.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 228.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 236-244.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 245-249.

personnel, pour mentionner deux concepts qui ont eu beaucoup de succès à l'intérieur du champ de l'anthropologie de la maladie⁵¹. S'agissant de documents privés, ces dossiers sont étroitement liés à la personne qui les rédige et les utilise, pour qu'ils puissent représenter un modèle opérationnel. Les dossiers hospitaliers sont en revanche une véritable pratique sociale et historique. C'est le mode dominant de la narration médicale, largement répandu depuis sa création en 1916⁵². Au contraire des dossiers privés, les dossiers hospitaliers dépendent très peu de la subjectivité des professionnel(le)s qui les rédigent : la première personne des soignant(e)s disparaît, tout comme la première personne des patient(e)s.

Or, Roberto Poma le dit bien : « Les pratiques narratives reposent sur le postulat que l'identité d'un individu est le produit des relations et des histoires dans

⁵¹ Sur ces distinctions anthropologiques, auxquelles l'on peut ajouter l'idée de la *sickness* en tant que construction sociale de la maladie, voir : FABREGA (Horacio), *Disease and Social Behavior*, Cambridge, MIT Press, 1973, p. 3-87 ; EISENBERG (Leon), « Disease and Illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, n° 1, 1977, p. 9-23 ; FABREGA (Horacio), « The Scope of Ethnomedical Science », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. I, n° 2, 1977, p. 201-228 ; FABREGA (Horacio), « Ethnomedicine and Medical Science », *Medical Anthropology*, vol. 2, n° 2, 1978, p. 11-24 ; KLEINMANN (Arthur), « Concepts and a Model For the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine*, vol. 12, 1978, p. 85-93 ; LAPLANTINE (François), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992 (1986), p. 19-23.

Ces concepts n'ont pas manqué de soulever des questionnements, même profonds. Voir, par exemple : BOYD (Kenneth M.), « Disease, Illness, Sickness, Health, Healing And Wholeness : Exploring Some Elusive Concepts », *Medical Humanities*, vol. 26, 2000, p. 9-17.

⁵² Rita Charon écrit : « Jusqu'en 1916, chaque salle d'hôpital avait un journal d'enregistrement dans lequel on consignait les événements de la journée pour tous les malades de la salle. C'est au *Presbyterian Hospital* de New York, mon hôpital, qu'émergea l'idée brillante de donner à chaque patient un livre personnel – son dossier ». Voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 238. Voir aussi : REISER (Stanely Joel), « Creating Form out of Mass : The Development of the Medical Record », dans MENDELSON (E.), *Transformation and Tradition in the Sciences : Essays in Honor of I. Bernard Cohen*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, p. 303-316.

Cette remarque d'ordre historique nous semble particulièrement importante : elle suggère que les pratiques de la narration en médecine ne sont pas simplement paradigmatiques. Elles sont déterminées par le contexte, et elles le déterminent en même temps. Donc, si ces pratiques ne répondent plus entièrement aux soucis éthiques des contextes et des individus, elles peuvent être transformées et renouvelées, comme la médecine narrative cherche à le faire.

lesquelles il est impliqué depuis sa naissance »⁵³. Les narrations nous construisent, et nous nous construisons à travers les narrations. D'une manière encore plus substantielle, nous accomplissons des actes grâce à nos récits, qui sont toujours partagés, étant donné qu'ils présupposent la présence de quelqu'un qui les raconte et de quelqu'un qui les reçoit. Voilà, par exemple, la définition minimale de narration donnée par Barbara Herrnstein Smith d'un côté et James Phelan de l'autre : « Quelqu'un raconte à quelqu'un d'autre que quelque chose s'est passée »⁵⁴. À un niveau pragmatique et performatif, nous pourrions paraphraser le titre français de l'ouvrage le plus célèbre de John Langshaw Austin (*Quand dire, c'est faire*⁵⁵), en écrivant : « Quand raconter, c'est faire ». C'est pourquoi la façon de raconter soulève des questionnements éthiques sur les effets des récits, surtout dans un cadre comme celui de la médecine et des soins. De ce point de vue, les dossiers hospitaliers ne se bornent qu'à *traiter* – dans tous les sens du terme – l'aspect biomédical, qui ne s'avère plus (ou qui ne s'avère pas) suffisant aujourd'hui.

Dans nos « temps postmodernes », pour paraphraser Arthur Frank⁵⁶, et plus précisément à partir de la fin du XX^e siècle, la personne, qu'elle soit malade ou pas, veut avoir sa voix au chapitre lorsqu'il est question de ses maladies et expériences. Il suffit de considérer la diffusion éditoriale des témoignages à la première personne sur la maladie à partir des années '80 et '90, afin de s'en rendre compte⁵⁷. Nous pourrions

⁵³ POMA (Roberto), « La médecine narrative », *op. cit.*, p. 181.

⁵⁴ Voir : SMITH (Barbara Herrnstein), « Narrative Version, and Narrative Theories », dans MITCHELL (W. J. T.), *On narrative*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981, p. 228 ; PHELAN (James), *Living to Tell About It : A Rhetoric and Ethics of Character Narration*, Ithaca et Londres, Cornell University Press, 2005, p. 217.

⁵⁵ AUSTIN (John L.), *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1970 (1962).

⁵⁶ Voir : FRANK (Arthur W.), *The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, p. 4-7.

⁵⁷ Les spécialistes utilisent le terme de « autopathographie » pour se référer à ce genre d'écriture. Voir, par exemple : ARONSON (Jeffrey K.), « Patients' Perspectives », *The British Medical Journal*, vol. 321, 2000, pp. 1599-1692 ; ROSSI (Silvia), *Écrire le cancer. L'entrée en littérature de l'autopathographie : le cas italien*, Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense ; ROSSI (Silvia), *Écrire le cancer : De l'expérience de la maladie à l'autopathographie*, Paris, Téraèdre, 2019.

Nous avons des doutes par rapport à cette notion d'« autopathographie ». Ce sont des doutes très semblables à ceux qu'Arthur Frank soulève à l'égard de la définition de « pathography », donnée par

le dire aussi avec les termes d'Eliott G. Mishler, qui s'inspire à son tour de la notion husserlienne de *Lebenswelt* : si à l'époque moderne la « voix de la médecine » l'emportait sur la « voix du monde de la vie »⁵⁸, cette fracture épistémique et langagière demande à être réduite aujourd'hui.

Une telle requête est élaborée d'une manière particulière au sein d'un groupe social qui rassemble de plus en plus de personnes malades : la « société de la rémission »⁵⁹. Cette définition d'Arthur Frank souligne un paradoxe de la médecine moderniste : le progrès technologique et les succès thérapeutiques ont permis de transformer les pathologies (qui deviennent chroniques), de prolonger la durée de l'existence et de nous soustraire temporairement au domaine de la mort, en brouillant les frontières entre le « royaume » des personnes qui se portent bien et celui des personnes qui vont mal (comme le dirait Susan Sontag)⁶⁰. Toutefois la maladie est ainsi devenue un « style de vie » en soi, d'où le besoin de raconter et partager sa propre expérience. C'est pour cette raison que la capacité d'écoute des soignant(e)s et la disponibilité à entendre des récits différents par rapport à la narration médicale dominante, qui repose sur l'idée de maladie comme *disease*, deviennent des instruments fondamentaux non seulement pour avoir accès, à travers une sorte de

Anne Hunsaker Hawkins : « I am unwilling to adopt Hawkins's preferred term for illness stories, "pathographies", because no ill person has ever called her story a "pathography". Medical language differentiates itself by attaching Greek prefixes of "patho". To call people's stories "pathographies" places them under the authority of the medical gaze : medical interest in these stories is legitimated, and medical interpretations are privileged. Medicine certainly should be attentive to ill peoples stories – and few have done more than Hawkins to generate that attention – but physicians must be attentive on ill people's own terms » (*The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, n. 34, p. 226-227). Voir aussi : FRANK (Arthur W.), « Reclaiming an Orphan Genre : The First-Person Narrative of Illness », *Literature and Medicine*, vol. 13, n° 1, n. 3 et 5, 1995, p. 18.

Pour ce qui concerne la définition de « pathography », voir : HAWKINS (Anne Hunsaker), *Reconstructing Illness : Studies in Pathography*, West Lafayette, Purdue University Press, 1993, p. 1-31.

⁵⁸ Voir MISHLER (Elliot G.), *The Discourse of Medicine : Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex, 1984.

⁵⁹ Voir : FRANK (Arthur W.), *At the Will of the Body*, Boston, Houghton Mifflin, 1991, p. 136-142 ; FRANK (Arthur W.), *The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, p. 8-13.

⁶⁰ SONTAG (Susan), *Illness as Metaphor*, Vintage, New York, 1978, p. 3.

traduction interne, à des informations indispensables pour les relations et pour les soins – comprises les élaborations diagnostiques et les parcours thérapeutiques –, mais aussi pour répondre à des attentes sociales et à des besoins super-individuels.

Anatole Broyard écrit que la maladie soulève un problème plus général de style – et non pas, tout simplement, de style de vie – pour les personnes qui en font l'expérience : « Il me semble que toute personne gravement malade ait besoin de développer un style pour sa maladie »⁶¹. Est-ce que les soignant(e)s seraient censé(e)s se soustraire à cette question stylistique ? Rita Charon invite les cliniciens à faire un choix stylistique qui favoriserait l'intégration des éléments biomédicaux et des aspects biographiques : « Écrire en langage ordinaire ce qu'ils observent et subissent dans les actes de soin »⁶². D'ailleurs, elle dit :

En médecine narrative, nous avons appris combien écrire dans un langage technique sur nos patients nous aide à les *percevoir*, à interpréter ce qu'ils font, à connaître notre propre réponse émotionnelle à leur souffrance et à rendre cohérent tout ce que nous recevons d'eux⁶³.

Pourtant, pour nous rapprocher de l'affiliation, nous devons encore souligner que l'attention et la représentation ne se réfèrent pas seulement à ce que les professionnel(le)s de santé font ou peuvent faire. Tous les acteurs y sont impliqués : c'est la relation de soins qui peut être lue – et *représentée* – d'après ces élaborations conceptuelles.

Pendant qu'une personne prête son attention, l'autre expose sa représentation, et pendant qu'une personne expose sa représentation, une autre prête son attention. Ce sont des procédés réciproques et collaboratifs – pas d'attention sans représentation et pas de représentation sans attention – qui entraînent celui qui est attentif et celui qui s'expose dans des situations de pénétration, de capitulation, de besoin mutuel et de

⁶¹ BROYARD (Anatole), *Intoxicated by My Illness*, Clarkson Potter, New York, 1990, p. 52 : « It seems to me that every seriously ill person needs to develop a style for his illness ».

⁶² CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 228.

⁶³ *Ibid.*, p. 220.

confiance. Et, bien sûr celui qui prête son attention à un moment exposera ensuite sa représentation, créant ainsi des spirales entrecroisées au sein du moi et entre le moi et l'autre. Ces pratiques nous invitent à une relation intersubjective⁶⁴.

Et encore :

L'état d'attention et l'acte de représentation existent dans des relations réciproques en pratique clinique. Semblable aux mouvements cardiaques de systole et de diastole, ces états, quoique « opposés » en direction et en intention, sont nécessaires l'un à l'autre dans la pratique quotidienne. Tous ceux concernés par la transaction – patients, familles, soignants – interviennent chacun à leur tour en prêtant leur attention puis en exposant leurs représentations. Quand l'un expose sa représentation, l'autre prête son attention puis ils échangent leur rôle complémentaire⁶⁵.

D'un point de vue éthique, cela signifie que nos narrations et nos représentations contribuent à la construction des relations de soins (et donc des soins). En effet, Rita Charon dit que les pratiques proposées par la médecine narrative « autorisent une nouvelle sorte d'affiliation entre le clinicien et son patient, et entre les cliniciens eux-mêmes [...] »⁶⁶ :

Je peux *faire* des choses pour mes patients, comme conséquence de ces actes narratifs accomplis consciencieusement. Je *touche* mes collègues et les membres de mon équipe méthodiquement, personnellement et de manière conséquente grâce à mon écoute de ce qu'ils écrivent sur leur travail clinique et grâce à leur écoute de ce que j'écris sur le mien⁶⁷.

L'objectif, encore plus large, est celui de construire ensemble, en tant que société souffrante et soignante à la fois – partant d'une vulnérabilité commune – des « *actes narratifs partagés* » qui « *nous permettent de nous affilier en dyades de soins*

⁶⁴ *Ibid.*, p. 235.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 249.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 251.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 252.

efficaces avec le patient, et avec nos collègues, dans des collectifs professionnels cohérents »⁶⁸.

Il nous semble utile de conclure cette partie par une *représentation* littéraire de tout ce nous venons de dire : une représentation qui a été particulièrement importante, d'ailleurs, dans le cadre de l'élaboration de la triade pratique de la médecine narrative⁶⁹. Il s'agit du début du chapitre 3, dans le livre V, des *Ailes de la colombe* par Henry James. Ici, le personnage de Milly rencontre pour la première fois le docteur Sir Luke Strett, qui ne peut que lui consacrer dix minutes, étant donné qu'il a eu un imprévu et qu'il doit bientôt « sauter dans sa voiture »⁷⁰ : « Dix minutes seulement qu'il mit cependant à sa disposition d'une façon qu'elle admira plus encore qu'elle ne put y répondre, tant était limpide comme le cristal la grande coupe d'attention qu'il posa, vide, entre eux sur la table »⁷¹.

Cette « coupe d'attention », dont le « vide » se remplit de la présence de l'autre, permet justement de transformer en très peu de temps la représentation que Milly s'est faite du docteur :

Son beau visage tranquille, n'était pas, malgré sa fermeté, dur, comme elle l'avait cru d'abord ; il éveillait dans son imagination, d'une façon très étrange, l'idée d'un général et d'un évêque, et elle fut bientôt persuadée que, dans une aussi noble sphère, ce qui lui serait dévoilé serait pour son bien, pour le mieux⁷².

C'est ainsi qu'un nouveau type d'affiliation – un lien très puissant – peut se s'établir « sans perte de temps »⁷³ :

⁶⁸ *Ibid.*, p. 253.

⁶⁹ En effet, Rita Charon le cite dans la section de *Médecine narrative* (*Ibid.*, p. 223), qu'elle consacre à l'attention. Dans une communication par courriel, Rita Charon nous a confirmé que ce passage est à l'origine de l'élaboration conceptuelle de la médecine narrative.

⁷⁰ JAMES (Henry), *Les ailes de la colombe*, Paris, Gallimard, 1947, p. 260.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.*, p. 261.

⁷³ *Ibid.*

Et ce lien fut le trophée qu'elle emporta ce jour-là. C'était une possession réelle, une toute nouvelle ressource, une chose faite de la soie la plus douce, pliée sous le bras à souvenir. Elle ne l'avait pas en arrivant, et elle l'emportait en sortant ; c'était là, sous son manteau, dissimulé, invisible⁷⁴.

Dans la sous-section suivante, nous verrons *comment* il est possible de travailler, à un niveau formatif, les mouvements de l'attention et de la représentation, pour favoriser, entre autres, cette qualité du lien dans les soins.

1.1.2 À l'œuvre.

L'atelier de médecine narrative se donne l'objectif de renforcer, grâce à des pratiques disciplinaires et disciplinées de la lecture et de l'écriture, les compétences narratives qui sont à la base des mouvements de l'attention et de la représentation. Ce travail a lieu dans un contexte groupal et intersubjectif, qui favorise l'affiliation à travers le partage des émotions, des expériences et des textes. L'atelier est une *situation*, au sens que Guy Debord donne à ce terme⁷⁵ : une opportunité transformative pour les individus qui y participent, mais aussi pour les milieux.

Du point de vue morphologique, un atelier de médecine narrative se compose des trois activités fondamentales que nous venons de mentionner : la lecture, l'écriture, le partage. En synthèse, on commence par la lecture d'un texte littéraire, visuel ou musical, qui se fait à partir des catégories du *close reading* (ou lecture attentive), dont nous allons parler dans la deuxième moitié de cette sous-section. Ensuite, on répond à une consigne d'écriture élaborée à la lumière – ou à l'ombre, comme le dit Charon⁷⁶ – du texte proposé. Enfin, on prévoit le partage des écrits produits par les participant(e)s, qui répondent aux textes des autres avec de nouvelles

⁷⁴ *Ibid.*, p. 261-262.

⁷⁵ Voir DEBORD (Guy), « Rapport sur la construction des situations et sur les conditions de l'organisation et de l'action de la tendance situationniste internationale », *Inter*, vol. 44, 1989 (1957), p. 1-11.

⁷⁶ CHARON (Rita), « Un Cadre d'enseignement pour la lecture attentive », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 274.

remarques de lecture attentive. C'est un processus qui s'ouvre et se referme à la fois, comme les « boucles étranges » dont parle Douglas Hofstadter dans son ouvrage le plus connu⁷⁷ : quand on reprend l'activité initiale, on est déjà à un autre niveau.

Cette triade de la lecture, de l'écriture et du partage pourrait être mise directement en relation avec celle, théorique et pratique à la fois, de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, que nous avons exposée dans la sous-section précédente. En effet, il serait possible de dire que la lecture développe l'attention, l'écriture renforce la représentation, le partage élargit l'affiliation. Pourtant, la réalité expérimentielle des ateliers est beaucoup plus complexe par rapport à cette idée, étant donné que les trois mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation s'activent à tout moment. Pendant la lecture, par exemple, on se construit une *représentation* du texte de départ, et l'on renforce l'*affiliation* en partageant ses propres réponses esthétiques et émotionnelles ainsi que ses propres remarques. Pendant l'écriture, on renforce l'*affiliation* en accomplissant en silence le même acte ensemble, sur le papier, sous la contrainte d'une temporalité minutée qui fonctionne comme un élément de contenance et de stimulation, et l'on porte une nouvelle *attention*, plus personnelle et expressive, créatrice et créative, au texte de départ grâce à la transition thématique et/ou formelle assurée par la consigne. Pendant le partage, on consacre son *attention* aux textes des autres, et on y ajoute, de façon collaborative et constructive – ou pour mieux dire, co-constructive – ses propres *représentations*, qui vont nourrir l'identité et l'imaginaire du groupe dans lequel l'on se trouve, mais aussi, par extension, la culture narrative du milieu⁷⁸.

Comme nous l'avons anticipé plus haut, les réponses de lecture aux textes de départ et aux écrits des autres participant(e)s se configurent, dans les ateliers, à partir

⁷⁷ Voir : HOFSTADTER (Douglas), *Gödel, Escher, Bach : Les Brins d'une guirlande éternelle*, Paris, InterÉditions, 1998, p. 770-811.

⁷⁸ Pour une série d'indications sur le format de l'atelier de médecine narrative, voir : STANLEY (Patricia) et MARSHA (Hurst), « Narrative Palliative Care: A Method for Building Empathy », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, p. 2011, p. 39-55. Les auteurs de cet article cherchent à montrer comment l'on peut introduire la pratique de la médecine narrative dans les soins palliatifs. Pourtant, leurs points sur la construction d'un atelier de médecine narrative sont valables d'une façon plus générale.

d'un modèle bien précis, qui est la « marque distinctive de la médecine narrative », pour reprendre la définition de Charon⁷⁹ : la lecture attentive, issue directement des études littéraires⁸⁰. Or, Jane Gallop souligne bien l'importance et la valeur cet instrument d'analyse en dehors de la littérature :

C'est une compétence largement applicable, qui a de la valeur non seulement pour les chercheurs d'autres disciplines, mais aussi pour un large éventail d'étudiants aux avénirs très différents. Les étudiants formés à la lecture attentive l'appliquent à diverses sortes de textes – articles de journaux, manuels d'autres disciplines, discours politiques – et découvrent ainsi des choses qu'autrement ils n'auraient pas remarquées. Cette lecture améliorée, intensifiée, peut s'avérer précieuse dans le cadre de nombreux types de travail ainsi que dans la vie.

Grâce à cette application puissante de la lecture attentive à des textes non littéraires, les études littéraires se sont étendues aux études culturelles. En prenant en considération les documents qu'un historien ou qu'un sociologue analyserait, un spécialiste de la culture formé à la littérature peut remarquer des choses différentes et apporter une contribution originale⁸¹.

⁷⁹ Voir : CHARON (Rita), « La lecture attentive : Marque distinctive de la Médecine narrative », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 233-267. Voir aussi : CHARON (Rita), HERMANN (Nellie) et DEVLIN (Michael J.), « Close Reading and Creative Writing in Clinical Education : Teaching Attention, Representation, and Affiliation », *Academic Medicine*, vol. 91, n° 3, 2015, p. 345-350.

⁸⁰ Pour une mise en contexte sur les origines et les destinées de la lecture attentive, à partir des travaux d'Ivor Armstrong Richards, John Crowe Ransom, Cleanth Brooks, T. S. Eliot, Robert Penn Warren et plus en général de la *New Critics*, voir : CHARON (Rita), « La lecture attentive : Marque distinctive de la Médecine narrative », *op. cit.*, p. 253-244.

⁸¹ GALLOP (Jane), « The Historicization of Literary Studies and the Fate of Close Reading », *Profession*, 2007, p. 183-184 : « [Close reading] is a widely applicable skill, of value not just to scholars in other disciplines but to a wide range of students with many different futures. Students trained in close reading have been known to apply it to diverse sorts of texts – newspaper articles, textbooks in other disciplines, political speeches – and thus to discover things they would not otherwise have noticed. This enhanced, intensified reading can prove invaluable for many kinds of jobs as well as in their lives.

When literary studies broadened into cultural studies, it was precisely through the power of this move to close-read nonliterary texts. Looking at the same type of documents that a historian or a sociologist

Charon met bien en lumière l'intérêt de la lecture attentive pour la médecine narrative : un instrument qui se distingue « de la lecture occasionnelle, technique ou en vue d'obtenir des informations »⁸² et qui s'avère « utile pour améliorer la prise en charge des patients »⁸³, étant donné qu'il permet de « développe[r] la capacité d'écoute attentive »⁸⁴. Pour cette raison, la lecture attentive « est devenue l'une des méthodes fondamentales de l'enseignement et de la pratique de la médecine narrative »⁸⁵ :

Effectivement, la lecture attentive prépare [...] non seulement à lire de manière efficace et appliquée des textes littéraires complexes mais également à lire ou à écouter le récit des personnes malades avec nuance et intelligence. Dans le même temps, elle remplit une fonction bien plus importante non seulement en suggérant mais également en démontrant que nos actions en tant que soignants découlent du même « soi » que celui d'une personne transportée par une toile de Rothko, une *partita* de Bach, un roman de Virginia Woolf ou une bande dessinée d'Alison Bechdel. Finalement, l'adepte de la lecture attentive est alors en phase, de manière encore plus absolue et encore plus prononcée, avec tout ce qui a trait à la connaissance et tout ce qui s'en écarte ; avec tout ce qui est en rapport avec la conscience et tout ce qui s'en éloigne ; avec le corps, l'esprit et tout ce qui nous reste une fois que ces deux choses sont prises en compte ; et enfin avec la voix et la présence de l'autre⁸⁶.

En d'autres termes, la pratique de la lecture attentive nous aide à mettre en communication ce que nous vivons, en tant qu'individus, avec l'universalité de la littérature, de l'art et de la musique : c'est pour cette raison que l'écriture, dans un atelier de médecine narrative, se fait toujours à la lumière, ou « à l'ombre » d'un texte qui a été lu avec attention. La lecture attentive transforme la simple lecture en une

might look at, a literary-trained cultural scholar could notice different sorts of things and thus have something original to contribute ».

⁸² CHARON (Rita), « La lecture attentive : Marque distinctive de la Médecine narrative », *op. cit.*, p. 245.

⁸³ *Ibid.*, p. 246.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 247.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 247.

⁸⁶ *Ibid.*

expérience à haute résonance existentielle. Elle alimente la réflexion, l'introspection et l'affiliation des groupes. Or, la possibilité d'établir un tel lien avec l'universalité de l'humain contribue à accorder plus d'importance – à « rendre hommage » (Charon) – à nos expériences singulières, en nous apprenant en même temps à « rendre hommage » à celles des autres. Ainsi, nous pouvons répondre aux critiques sur la singularité des récits, dont nous avons parlé dans l'introduction : pour s'exprimer, la singularité est censée se plonger dans l'intersubjectivité, qui contribue à l'ouverture vers une communauté. D'ailleurs, c'est grâce au partage des textes et des narrations qu'il est possible de construire celles que Stanley Fish définit justement des *communautés interprétatives*⁸⁷.

La méthode de la lecture attentive en médecine narrative a été présentée et décrite par Rita Charon d'une façon complète dans deux chapitres, parus respectivement dans *Médecine narrative*⁸⁸ et dans *Principes et pratique de médecine narrative*⁸⁹. Nous n'allons pas répéter ce qui est dit dans ces contributions fondamentales. Nous nous bornerons à offrir une systématisation synthétique des catégories de la lecture attentive à partir des trois aspects que Jacques Miermont utilise pour analyser les rituels, les mythes et les *épistèmes* dans sa vision écologique. Nous nous référons, pour la précision, à la pragmatique, à la syntaxe et à la sémantique⁹⁰.

À un niveau pragmatique, dans la lecture attentive, on peut prendre très brièvement en compte les éléments de cadre, à partir du contexte biographique, matériel et historique de création, production et diffusion d'un ouvrage. À un niveau syntaxique, on peut décortiquer les caractéristiques formelles, comme le genre, la structure (plus ou moins visible), le type de narrateur, le style (qui se rattache aussi au contexte historique), la voix et/ou le point de vue, les figures de rhétoriques (avec une

⁸⁷ Voir : FISH (Stanley), *Is There a Text in This Class ? The Authority of Interpretive Communities*, Cambridge et Londres, Harvard University Press, 1980.

⁸⁸ CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 185-219. Le titre de ce chapitre est justement : « La lecture attentive ».

⁸⁹ CHARON (Rita), « Un Cadre d'enseignement pour la lecture attentive », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, *op. cit.*

⁹⁰ Voir MIERMONT (Jacques), *Écologie des liens : Essai*, Paris, ESF éditeur, 1993, p. 291-294.

attention particulière à la métaphore), le rythme, la construction de la temporalité et de l'espace. Enfin, à un niveau sémantique, on peut se pencher sur l'intrigue (qui a aussi un aspect syntaxique), sur les éléments thématiques, sur l'évocation de la sensorialité, sur les références et les allusions, mais surtout sur les émotions, les interprétations, les souvenirs et les expériences qu'un texte provoque chez les participant(e)s. Cela ne signifie pas qu'à chaque lecture attentive l'on considère tous ces éléments, en bloc. D'un côté, parfois on n'en a pas besoin : si l'on regarde une image ou que l'on écoute une musique, par exemple, les notions de narrateur et d'intrigue ou bien les figures de rhétoriques ne sont pas forcément utiles. De l'autre côté, les réponses de chaque groupe mettent en lumière quelques caractéristiques d'un texte, pour en laisser d'autres dans l'ombre. C'est pourquoi la lecture attentive demande à être travaillée au fil du temps et des expériences. Ainsi pourra-t-on s'habituer à utiliser ces instruments d'interprétation, de compréhension, d'écoute et surtout d'attention dans les relations avec les patient(e)s et leurs familles, avec les collègues, mais aussi avec soi-même, en s'appuyant sur des récits, des textes et des représentations que nous partageons ensemble, dans la vie quotidienne, pour construire un mouvement d'affiliation qui est capable d'améliorer la qualité des soins et des liens.

1.1.3 *Un genre clinique, pédagogique et créatif.*

Si la lecture attentive est une activité fondamentale dans le cadre des ateliers, parce qu'elle permet de travailler prioritairement l'attention comme nous l'avons dit, sans toutefois laisser de côté les autres mouvements de la triade pratique, nous devons maintenant présenter un autre outil spécifique de la médecine narrative : il s'agit du dossier parallèle, auquel nous avons fait allusion plus haut. Cet outil d'enseignement, d'écriture et de représentation a été créé en 1993 par Charon dans le cadre de sa supervision aux étudiant(e)s de Médecine en troisième année. Voilà le récit de son invention :

Comme les autres collègues internistes qui ont la fonction de superviseur, je demande à mes étudiants de présenter des cas lors de nos rencontres de supervision et leur donne des sujets de recherche à exposer les uns aux autres, sur des maladies comme le cancer du sein, la fibrillation auriculaire ou l'ictère nu. À la différence de mes collègues, je leur demande également d'écrire sur leurs patients en langage ordinaire. Il y a plusieurs années, je me sentais insatisfaite parce que mes étudiants n'avaient pas une méthode de routine pour étudier l'expérience de la maladie traversée par leurs patients, ou pour analyser ce qu'eux-mêmes éprouvent en les soignant. Depuis toujours, nous enseignons avec efficacité à nos étudiants le processus des maladies biologiques et nous les entraînons systématiquement à faire des ponctions lombaires et à présenter des cas en suivant le grand tour. Mais nous n'avons jamais été assez attentifs à les aider à développer leur intériorité en tant que médecins. Nous n'avons pas non plus développé des modèles de méthodes pour reconnaître ce que les patients et leurs familles traversent dans les mains de la maladie et, bien sûr, dans nos propres mains à l'hôpital⁹¹.

Et c'est justement pour fournir un tel modèle que Charon élabore le dossier parallèle. Pour le présenter aux étudiant(e)s, elle donne ces « seules instructions » :

Tous les jours, vous écrivez dans le dossier hospitalier à propos de chacun de vos patients. Vous savez exactement quoi y écrire et la forme dans laquelle écrire. Vous écrivez sur les plaintes courantes de vos patients, les résultats de votre examen physique, des tests de laboratoire, les avis des consultants et la stratégie. Si votre malade qui meurt du cancer vous rappelle votre grand-père qui est mort de cette maladie l'été dernier, et que, chaque fois que vous entrez dans la chambre de votre patient, vous pleurez votre grand-père, vous ne pouvez pas écrire cela dans le dossier hospitalier. Nous ne vous le permettons pas. Et, cependant, cela doit être écrit quelque part. Alors, vous l'écrirez dans le dossier parallèle⁹².

Au-delà de cet exemple spécifique, et d'une façon plus générale, le dossier parallèle peut être considéré comme un espace d'écriture capable d'accueillir tout ce

⁹¹ CHARON (Rita), *Médecine narrative, op. cit.*, p. 255-256.

⁹² *Ibid.*, p. 256.

que l'on n'a pas le droit d'écrire dans un dossier hospitalier, mais qui s'avère nécessaire pour un bon déroulement des soins. Si le dossier hospitalier se réfère à un(e) patient(e), qui en est le protagoniste – même si ce sont seulement les soignant(e)s qui racontent l'évolution de sa maladie, en se positionnant comme des narrateurs à la troisième personne, voir comme des narrateurs impersonnels –, le dossier parallèle appartient à la personne qui le compose. Au cours de la supervision de ses étudiant(e)s, Charon demande d'écrire au moins une « entry » par semaine dans le dossier parallèle, pour pouvoir ensuite la partager à voix haute en petit groupe et en faire la lecture attentive. On retrouve en partie la morphologie des ateliers que nous avons décrits plus haut. Pourtant, ces rencontres commencent directement avec le partage et la lecture attentive des écrits des participant(e)s, qui vont remplacer les textes littéraires, visuels ou musicaux. De plus, le moment de l'écriture a lieu en dehors du groupe, entre une séance et l'autre, à la lumière d'une expérience significative, qui peut être considérée comme un texte en puissance, à lire et à écrire : une sorte de prétexte et de pré-texte pour le récit.

Dans le chapitre 3 nous donnerons des exemples tirés du livre de Rita Charon et non seulement, pour montrer comment il est possible d'utiliser et de pratiquer le dossier parallèle dans la formation hospitalière à la médecine narrative, avec les professionnel(le)s de santé. Ici, nous nous bornons à souligner que la notion de dossier parallèle peut être élargie jusqu'à définir un véritable genre de narration en soi, qui se déroule parallèlement aux dossiers hospitaliers, et qui comprend une expérience de soin racontée par un(e) professionnel(le) qui l'a vécue, dans le but de la partager avec d'autres soignant(e)s et d'y réfléchir ensemble. L'aspect du partage nous semble essentiel. Sinon, on retomberait facilement dans le journal ou dans l'écriture autobiographique tout court : deux genres qu'effectivement le modèle du dossier parallèle évoque et convoque, comme l'on peut comprendre en lisant les cinq textes reproduits dans le chapitre narrativisé que Charon consacre à cet instrument⁹³.

Pourtant, au début de ce même chapitre, Charon mentionne deux dossiers parallèles qu'une étudiante a écrits en vers⁹⁴. Parmi les autres narrations qui

⁹³ *Ibid.*, p. 263-283.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 259-260.

pourraient être rangées dans la catégorie du dossier parallèle, tel que nous venons de le reconsidérer ici – d’une façon élargie –, on peut lire dans *Médecine narrative* le poème d’une oncologue⁹⁵ et la lettre d’une autre professionnelle de santé⁹⁶, qui ont participé à un séminaire d’oncologie narrative, où les participant(e)s sont invité(e)s à présenter des textes courts, en prose ou en vers, afin de les partager à voix haute et d’en faire en groupe une lecture attentive. D’ailleurs, c’est Rita Charon qui rapproche ce dispositif de la « méthode du dossier parallèle »⁹⁷.

La confluence des quatre types d’écriture que nous venons de mentionner (la prose autobiographique, le poème, le journal et la lettre) confère au dossier parallèle, considéré en tant que genre, un caractère créatif, et non seulement pédagogique et clinique. Et c’est justement grâce à la créativité que cet instrument permet de *faire des choses* différentes par rapport à un dossier hospitalier, tout en l’intégrant.

Dans les chapitres 2 et 3, nous montrerons comment nous avons utilisé cette notion de dossier parallèle pour construire une grosse partie de notre modèle. Pour l’instant, après avoir présenté les instruments conceptuels et pratiques fondamentaux de formation à la médecine narrative, nous allons dresser un état de l’art afin de montrer ce qui a été fait jusqu’à aujourd’hui.

1.2 Pour un état de l’art

1.2.1 Délimiter le champ.

Depuis une quinzaine d’années, c’est-à-dire au lendemain de la publication du livre fondamental de Charon en 2006, les expériences de médecine narrative et les applications des dispositifs se multiplient surtout dans l’enseignement supérieur⁹⁸,

⁹⁵ *Ibid.*, p. 100-101.

⁹⁶ *Ibid.*, 95-96.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 358

⁹⁸ Pour un panorama, voir ces *systematic reviews* : BARBER (Sarah) et MORENO-LEGUIZAMON (Carlos J.), « Can Narrative Medicine Education Contribute to the Delivery of Compassionate Care? A Review of

mais aussi dans le milieu professionnel et dans la recherche sur les histoires des patient(e)s⁹⁹.

La médecine narrative invite à la créativité. En outre, l'on s'approprie les outils d'une manière à la fois spécifique, singulière et originale selon les différents contextes d'application. Cela ne permet pas cependant de justifier toutes les expérimentations et les expériences. Nous estimons qu'une prise de liberté trop grande à l'égard des principes et des pratiques déjà élaborés ne favorise pas une véritable comparaison des résultats et donc la compréhension de plus en plus précise et ponctuelle des effets de la médecine narrative. Pour nous orienter dans l'océan des publications et des contributions parues après *Médecine narrative* de Charon, ainsi que pour dresser un état de l'art cohérent avec notre contexte d'application, avec l'objectif de cette thèse et avec les instruments fondamentaux que nous avons exposés dans la section précédente, nous avons délimité notre champ d'analyse sur la base de trois principes : primo, la présence d'une formation groupale à la médecine narrative dans un cadre professionnel, interprofessionnel ou hospitalier (qui peut comprendre les internes) ; secundo, l'usage de la lecture attentive ; tertio, l'activité d'écriture (créative, réflexive et/ou expressive).

Nous avons ainsi établi, sur la base de deux *systematic reviews* récentes – celle de Remein, Childs, Pasco *et alii*¹⁰⁰, que nous avons déjà mentionnée dans l'introduction, et celle de Schoonover, Hall-Flavin, Whitford *et alii*¹⁰¹ –, un premier *corpus* de sources secondaires, que nous avons intégré avec les résultats obtenus grâce

the Literature », *Medical Humanities*, vol. 43, 2017, p. 199-203 ; MILOTA (Megan M.), VAN THIEL (Ghislaine J. M. W.) et VAN DELDEN (Johannes J. M.), « Narrative Medicine as a Medical Education Tool : A Systematic Review », *Medical teacher*, vol. 41, n° 7, 2019, p. 802-810.

⁹⁹ Pour ce qui concerne l'usage de la médecine narrative dans la recherche sur les narrations des patient(e)s, voir : FIORETTI (Chiara) *et alii*, « Research Studies on Patients' Illness Experience Using the Narrative Medicine Approach : A Systematic Review », *BMJ Open*, vol. 6, 2016, p. 1-5.

¹⁰⁰ REMEIN (Christy Di Frances), CHILDS (Ellen), PASCO (John Carlo) *et alii*, « Content and Outcomes of Narrative Medicine Programmes : A Systematic Review of the Literature Through 2019 », *op. cit.*

¹⁰¹ SCHOONOVER (Kimberly L.), HALL-FLAVIN (Daniel) et WHITFORD (Kevin), « Impact of Poetry on Empathy and Professional Burnout of Health-Care Workers : A Systematic Review », *Journal of Palliative Care*, vol. 35, n° 2, 2020, p. 127-132.

à PubMed, ProQuest, Oatd, Theses.fr, Ndltd, Base, Ebsco et Google Scholar à partir de clés en français, anglais et italien. Avant de procéder à une synthèse réfléchie, qui nous sera utile pour faire ressortir ensuite les spécificités de notre expérience et de notre modèle, nous allons faire une description systématique, dans la sous-section suivante, de toutes ces sources, paragraphe par paragraphe, par ordre chronologique de publication et par ordre alphabétique d'auteur(e), si la coïncidence temporelle le demande.

Nous attribuons une lettre à chaque projet ou expérience. Cela nous permettra d'éviter la multiplication des références dans la synthèse réfléchie. Nous rangeons sous la même catégorie alphabétique les différentes publications qui parlent du même projet ou de la même expérience.

1.2.2 Une description systématique.

A.

Sands, Stanley et Charon décrivent le projet pilote d'oncologie narrative pédiatrique, avec l'équipe du Morgan Stanley Children's Hospital of New York Presbyterian, qui est né à la suite du séminaire d'oncologie narrative dont Charon parle dans *Médecine narrative*¹⁰².

La formation se compose de 6 séances hebdomadaires de 60 minutes, avec 10 minutes d'écriture et 50 minutes de partage et de lecture attentive à partir des textes des participant(e)s. 19 professionnel(le)s, dont 6 médecins, 12 infirmier(e)s et 1 psychologue, ont suivi cette formation. L'animation est assurée par un binôme avec

¹⁰² Rita Charon écrit : « Le staff d'oncologie pédiatrique, ayant appris de leurs collègues en oncologie adulte l'utilité [des] sessions [narratives], nous a demandé de l'aide pour débiter un programme d'oncologie narrative dans l'hôpital des enfants ». Pour une description complète de ce séminaire, avec la lecture attentive de trois textes écrits par les participant(e)s, voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 357-364.

des compétences médico-littéraires. Les résultats confirment l'hypothèse que la médecine narrative contribue au renforcement de l'empathie¹⁰³.

B.

Winkel, Hermann, Graham et Ratan décrivent une formation à la médecine narrative adressée à 18 internes en obstétrique et gynécologie : 6 ateliers de 60 minutes, avec 20 minutes de lecture attentive d'un texte littéraire, 10 minutes d'écriture, 30 minutes de partage et de lecture attentive. L'animation est assurée par un binôme médico-littéraire¹⁰⁴.

À partir de ce premier modèle, Winkel construit une formation biennale pour les internes en obstétrique et gynécologie. Le parcours se compose de 15 ateliers de 60 minutes au total, qui ont lieu une fois toutes les 6 ou 8 semaines pour des groupes de 6 à 10 participant(e)s. La lecture attentive porte sur des textes littéraires. L'animation est assurée par 1 ou 2 professionnel(le)s ou professeur(e)s, qui n'ont pas forcément reçu une formation spécifique. Winkel fournit aussi une liste de 15 textes pour la lecture attentive et une série de conseils¹⁰⁵. Une recherche des mêmes auteur(e)s sur

¹⁰³ SANDS (Stephen A.), STANLEY (Patricia) et CHARON (Rita), « Pediatric Narrative Oncology : Interprofessional Training to Promote Empathy, Build Teams, and Prevent Burnout », *Pediatric Narrative Oncology*, vol. 6, n° 7, 2008, p. 307-312.

¹⁰⁴ WINKEL (Abigail Ford), HERMANN (Nellie), GRAHAM (Mark J.) et RATAN (Rini B.), « No Time to Think : Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency », *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 2, 2010, p. 610-615. Dans la synthèse réfléchie, nous pourrions y faire allusion avec la sigle : B1.

¹⁰⁵ WINKEL (Abigail Ford), « Narrative Medicine : A Writing Workshop Curriculum for Residents », *MedEdPortal*, n° 12, 2016, p. 1-6. Dans la synthèse réfléchie, nous pourrions y faire allusion avec la sigle : B2.

Voir aussi le poster : MOSS (Haley A.), WINKEL (Abigail Ford), JEWELL (Andrea) *et alii*, « Narrative Medicine : Using Reflective Writing Workshops to Help House Staff Address the Complex and Challenging Nature of Caring for Gynecologic Oncology Patients », *Gynecologic Oncology*, vol. 133, 2014, p. 73.

les 66 internes qui ont suivi les ateliers, montre qu'une haute participation aux séances est associée à une diminution du niveau de *burn out*¹⁰⁶.

C.

Shelly Bobb décrit 3 ateliers de médecine narrative qu'elle a facilités dans un service de réanimation néonatale pour 11 onze infirmier(e)s. Chaque rencontre s'est adressée à un groupe qui se composait de 3 à 5 participant(e)s, avec la lecture attentive d'un texte littéraire. Après cette expérience, chaque participant(e) a été interviewé(e) individuellement. Shelly a mené une observation participante et écrit des notes de champ. L'enquête qualitative a mis en lumière des effets positifs en termes de renforcement des liens à l'intérieur de l'équipe¹⁰⁷.

D.

Heller et Heller décrivent la mise en place, depuis une dizaine d'année, d'un atelier régulier de médecine narrative, dans le cadre oncologique, pour un groupe qui comprend non seulement les professionnel(le)s, mais aussi les patient(e)s et leurs proches. Pour ce qui concerne la lecture attentive, les auteures mentionnent l'usage de textes littéraires, poétiques et autobiographiques¹⁰⁸.

E.

Birigwa, Khedagi et Katz décrivent une formation à la médecine narrative pour les internes en pédiatrie. 3 groupes de 6 à 8 participant(e)s (19 au total) ont pu assister à 4 ateliers hebdomadaires de médecine narrative de 60 minutes, avec la lecture

¹⁰⁶ WINKEL (Abigail Ford), FELDMAN (Nathalie), MOSS (Haley) *et alii*, « Narrative Medicine Workshops for Obstetrics and Gynecology Residents and Association with Burnout Measures », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, 2016, p. 27S-33S. Dans la synthèse réfléchie, nous pourrions y faire allusion avec la sigle : B3.

¹⁰⁷ BOBB (Shelley), *Finding Meaning and Sensemaking in Hospital Nursing Teams : The Promise of Narrative Medicine*, *op. cit.*

¹⁰⁸ HELLER (E. Angela) et HELLER (Frances Eicholz), « Narrative Medicine : A Practical Application for Using Writing as a Clinical Intervention with Cancer Patients, Caregivers and the Clinicians that Care for Them », *Psychooncology*, vol. 25, 2016, p. 10.

attentive de textes littéraires ou visuels, et avec l'animation d'un binôme formé à la médecine narrative. Une analyse préliminaire montre une réduction du stress au travail¹⁰⁹.

F.

Jacobs et Sgro décrivent une expérience qui a lieu en 2016, quand les internes, les étudiant(e)s et les infirmier(e)s du University of Pittsburgh Medical Center ont pu assister à 8 ateliers mensuels de médecine narrative de 60 minutes, avec la lecture attentive de textes littéraires, ainsi que l'observation de films, tableaux et photographies. L'objectif des premières enquêtes menées est celui de montrer que la formation à la médecine narrative contribue à l'augmentation de l'empathie et à la réduction du *burn out*¹¹⁰.

G.

Small, Feldman et Oldfield décrivent l'expérience de formation interprofessionnelle à la médecine narrative qui a lieu depuis 2014 au Charlotte R. Bloomberg Children's Center du Johns Hopkins Hospital. Le créneau horaire des ateliers mensuels, qui se déroulent de 17h30 à 18h30 (après les activités de service), explique le nom choisi pour ce projet qui dure encore aujourd'hui, sous la direction de l'écrivaine Laurence Small (qui a aussi un doctorat en littérature comparée) : AfterWards. Les groupes ne sont pas fixes, et la participation est ouverte à tou(te)s les professionnel(le)s du centre pédiatrique. Les sources proposées pour la lecture attentive peuvent être littéraires, ainsi qu'artistiques, musicales et filmiques. Après 18 mois, une enquête qualitative a été menée, auprès des 126 soignant(e)s qui ont assisté au moins à une séance, pour évaluer l'impact du projet. Les résultats ont montré que la médecine narrative peut jouer un rôle important dans la réduction des différences

¹⁰⁹ BIRIGWA (Ssanyu N.), KHEDAGI (Aparva M.) et KATZ (Cynthia J.), « Stop, Look, Listen, Then Breathe : The Impact of a Narrative Medicine Curriculum on Pediatric Residents (Descriptive Abstract) », *Academic Pediatrics*, vol. 17, 2017, p. e40-e41.

¹¹⁰ JACOBS (Zachary G.) et SGRO (Gaetan), « Pittsburgh Narratives : A Multidisciplinary Workshop in Narrative Medicine », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32, 2017, p. S697-S698.

hiérarchiques, le renforcement des liens au niveau de la communauté hospitalière et la promotion du *Self-Care* chez les soignant(e)s¹¹¹.

H.

Adamson, Sengsavang, Charise *et alii* décrivent une expérience, surtout de recherche, qui a eu lieu dans un hôpital pour la réhabilitation pédiatrique au Canada. Un groupe de 8 infirmier(e)s, provenant de trois unités différentes, se sont inscrit(e)s sur une base volontaire à la formation prévue, en recevant de petits honoraires pour la participation. Elles ont suivi 6 ateliers hebdomadaires de médecine narrative de 90 minutes, avec la lecture attentive de poèmes et de bandes-dessinées. L'enquête a mis en lumière des résultats positifs pour ce qui concerne l'empathie avec les patient(e)s et leurs familles, avec les autres infirmier(e)s et pour soi-même, l'augmentation de la valeur attribuée aux histoires des patient(e)s, la collaboration à l'intérieur de l'équipe infirmière, la motivation professionnelle, ainsi que l'identification de la souffrance morale¹¹².

I.

Hinyard, Wallace, Ohs et Trees décrivent une formation à la médecine narrative dans le contexte des soins palliatifs, pour favoriser la construction des projets de soins anticipés. 29 professionnel(le)s, surtout des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales, ont participé aux ateliers¹¹³. Dans ce même cadre, Wallace, Trees, Ohs et Hinyard décrivent un atelier de trois heures pour un groupe de 6 à 8

¹¹¹ SMALL (Lauren C.), FELDMAN (Leonard S.) et OLDFIELD (Benjamin J.), « Using Narrative Medicine to Build Community Across the Health Professions and Foster Self-Care », *Journal of Radiology Nursing*, vol. 36, 2017, p. 224-227.

¹¹² ADAMSON (Keith), SENGSAVANG (Sonia), CHARISE (Andrea) *et alii*, « Narrative Training as a Method to Promote Nursing Empathy within a Pediatric Rehabilitation Setting », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 42, 2018, p. e2-e9.

¹¹³ HINYARD (Lesley J.), WALLACE (Cara L.), OHS (Jennifer E.) et TREES (April), « Narrative Medicine and Reflective Practice Among Providers : Connecting Personal Experiences With Professional Action for ACP », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 36, n° 34, 2018, p. 9. Dans la synthèse réfléchie, nous pourrions y faire allusion avec la sigle : Ii.

participant(e)s, avec la lecture attentive d'un texte autobiographique et la présence d'un animateur. L'enquête menée montre l'intérêt de la médecine narrative, qui peut contribuer à renforcer les compétences de communication et favoriser la réflexion¹¹⁴.

J.

Wesley, Hamer et Karam décrivent un projet de médecine narrative pour les internes du Louisiana State University Health Sciences Center Internal Medicine Residency Program : une formation annuelle de 6 ateliers de 45 minutes (répétés 2 fois), avec 30 minutes de lecture attentive d'un texte littéraire ou l'observation d'une narration visuelle, 5 minutes d'écriture et 10 minutes de partage. 17 internes ont participé au moins à une séance. L'enquête qualitative, basée sur un questionnaire, a mis en lumière des bénéfices pour ce qui concerne le renforcement de la conscience des émotions, le bien-être au travail et la communication interprofessionnelle, avec une augmentation du sentiment d'affiliation à l'intérieur de l'institution¹¹⁵.

K.

Dans un article, qui reprend et développe de façon substantielle un *descriptive abstract* publié en 2017¹¹⁶, Gowda, Curran, Khedagi *et alii* décrivent une formation à la médecine narrative qui a eu lieu dans trois cliniques universitaires du New York Presbyterian Hospital, où les étudiant(e)s et les internes peuvent se former à la médecine générale, à la médecine interne et à la pédiatrie. D'avril 2016 à mars 2017, 36 ateliers de médecine narrative ont eu lieu. Chaque rencontre a eu une durée de 30

¹¹⁴ WALLACE (Cara L.), TREES (April), OHS (Jennifer E.) et HINYARD (Lesley J.), « Narrative Medicine for Healthcare Providers : Improving Practices of Advance Care Planning », *Omega : Journal of Death and Dying*, 2021 (Original Manuscript). Dans la synthèse réfléchie, nous pourrions y faire allusion avec la sigle: I2.

¹¹⁵ WESLEY (Tiffany), HAMER (Diana) et KARAM (George), « Implementing a Narrative Medicine Curriculum During the Internship Year : An Internal Medicine Residency Program Experience », *The Permanente Journal*, vol. 22, n° 2, 2018, p. 101-104.

¹¹⁶ GOWDA (Deepthima), BALMER (Dorene), KHEDAGI (Aparva) *et alii*, « Year-Long Narrative Medicine Intervention to Improve Interprofessional Practice in Three Primary Care Practices », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32, 2017, p. S725.

minutes. Les groupes, qui n'étaient pas fixes, se composaient de médecins, internes, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, assistant(e)s sociaux et sociales, personnel administratif. 104 professionnel(le)s au total ont assisté au moins à une rencontre, avec une participation moyenne aux groupes de 11 membres. L'enquête qualitative permet aux auteur(e)s de montrer la faisabilité de la formation à la médecine narrative dans un tel cadre interprofessionnel. Plus en particulier, les auteur(e)s proposent leur projet comme un modèle pour la mise en œuvre, dans les milieux cliniques, des pratiques relevant des humanités médicales, à partir d'ateliers de 30 minutes qui ont une structure bien précise : I) lecture ou observation attentive d'un ouvrage créatif (7 minutes) ; II) écriture sous consigne (de 3 à 5 minutes) ; III) partage en binôme (de 7 à 10 minutes) ; IV) partage avec le groupe (de 7 à 10 minutes). Pour donner une idée des contenus et favoriser la transférabilité, les auteur(e)s fournissent en outre, dans une table en annexe, les titres des sources et les consignes d'écriture de 12 ateliers. Enfin, les auteur(e)s mettent en lumière l'intérêt de la médecine narrative pour renforcer et améliorer la *InterProfessional Collaborative Practice*, c'est-à-dire la pratique et la collaboration interprofessionnelles¹¹⁷.

L.

Harrison et Chiota-McCollum décrivent une formation à la médecine narrative pour 18 internes en neurologie : 9 ateliers mensuels de 45 minutes pour des groupes de 10 à 12 membres, avec la lecture de poèmes ou de nouvelles, ou l'observation (et la création) d'une image. Les participant(e)s ont mis en lumière des effets positifs pour ce qui concerne les compétences de communication et le développement professionnel¹¹⁸.

¹¹⁷ GOWDA (Deepthima), CURRAN (Tayla), KHEDAGI (Apurva) *et alii*, « Implementing an Interprofessional Narrative Medicine Program in Academic Clinics : Feasibility and Program Evaluation », *Perspectives on Medical Education*, vol. 8, 2019, p. 52-59.

¹¹⁸ HARRISON (Madaline B.) et CHIOTA-MCCOLLUM (Nicole), « Education Research : An Arts-Based Curriculum for Neurology Residents », *Neurology*, vol. 92, 2019, p. e879-e883.

M.

Whitesides, McAdams, Quinn et Hussain décrivent un projet pour 44 internes en médecine interne. Chaque participant(e) a suivi 3 ateliers de médecine narrative de 60 minutes sur 6 mois, dans un groupe qui se composait de 12 à 15 membres, avec la lecture attentive de textes en prose ou en vers, ainsi que l'observation de narrations visuelles¹¹⁹.

N.

Yoo, Matos, Bota *et alii* décrivent le dispositif des ateliers « intergénérationnels » de médecine narrative. Dans chaque groupe, qui est co-animé par un binôme et qui se compose de 5 à 10 membres, il y a au moins un représentant d'une tranche d'âge : un(e) étudiant(e), un(e) interne, un médecin et un(e) enseignant(e) de la faculté. 4 séances hebdomadaires de 90 minutes ont eu lieu, avec la lecture attentive de textes littéraires. Les participant(e)s ont particulièrement apprécié la composition intergénérationnelle des groupes, qui serait censé renforcer l'empathie. Selon les auteur(e)s, les échanges non-hiérarchiques peuvent contribuer à réduire le stress au travail¹²⁰.

1.2.3 *En synthèse.*

Nous venons de sélectionner et de décrire 14 projets pertinents pour dresser un état de l'art dans le cadre de notre thèse. Or, ces 14 projets ont donné lieu à 18 textes publiés, dont 10 articles (A, B1, B2, B3, G, H, I2, J, K2, L), 7 *abstracts* (D, E, F, I1, K1, M, N) et une thèse de doctorat (C). Les publications ont vu le jour entre 2008 (A) et 2021

¹¹⁹ WHITESIDES (Louisa W.), MCADAMS (Meredith), QUINN (Sheila) et HUSSAIN (Farah), « The Role of Narrative Medicine as a Means of Reflection among Internal Medicine Interns », *Journal of General Internal Medicine*, 2019, vol. 34, p. S857.

¹²⁰ YOO (Jaeyun), MATOS (Meghan), BOTA (Melissa), SCHREWE (Brett) *et alii*, « Bye to Burnout : Intergenerational Narratives Break Barriers », *Medical Education*, vol. 53, 2019, p. 518.

(I2)¹²¹, avec une concentration en 2016 (B2, B3, C, D), 2017 (E, F, G, H, K1) et 2019 (K2, L, M, N). Les autres textes ont été publiés en 2010 (B1), 2018 (I1, J) et 2021 (I2). La durée de ces projets a été variable : 1 mois (E, N), 6 semaines (A, H), 6 mois (M), 8 mois (F), 9 mois (L), 1 an (B1, J, K) ou 2 ans au total (B3). Parfois les projets sont encore en cours au moment de la publication, depuis 3 ans dans un premier cas (G), depuis 6 ans dans un deuxième cas (B2) et depuis 10 ans dans un dernier cas (D)¹²².

Les formations prévoient : 3 rencontres (C, M), 4 rencontres (E, N), 6 rencontres (A, B1, H, J¹²³), 8 rencontres (F), 9 rencontres (L), 15 rencontres (B2, B3) ou 36 rencontres (K), avec une fréquence hebdomadaire (A, E, H, N), mensuelle (F, G, L), toutes les 6 semaines sur 1 an (B1), toutes les 6 ou 8 semaines sur 2 ans (B2 et B3), régulière mais non définie (D).

Les ateliers ont duré de : 30 minutes (K), 45 minutes (J, L), 60 minutes (A, B, E, F, G, M) et 90 minutes (H, N). Dans un cas (I2), les auteur(e)s font référence à un seul atelier de 3 heures, qui a pourtant lieu à l'intérieur d'un cadre plus ample (I1).

Dans quatre cas, les auteur(e)s décrivent précisément la structure minutée des ateliers, qui est proposée (B1, K) comme un modèle opérationnel qui peut être appliqué et transféré ailleurs :

1) écriture sur consigne (10 minutes), partage et lecture attentive à la lumière des textes des participant(e)s (50 minutes), pour un total de 60 minutes (A) ;

2) lecture attentive (20 minutes), écriture sur consigne (10 minutes), partage et lecture attentive à la lumière des textes des participant(e)s (30 minutes), pour un total de 60 minutes (B1) ;

3) lecture attentive (30 minutes), écriture sur consigne (5 minutes) et échanges (10 minutes), pour un total de 45 minutes (J) ;

¹²¹ Nous utilisons, si nécessaire, un numéro progressif à côté de la lettre quand nous avons cité plusieurs publications dans le cadre du même projet. Voir les notes plus haut, où nous avons déjà signalé ces sigles.

¹²² À partir de ce paragraphe, nous résumons les détails présents dans les sources secondaires que nous avons mentionnées plus haut. Cela signifie que le manque d'une référence correspond à un manque d'information dans la source prise en considération.

¹²³ Dans ce cas, les 6 séances ont pu être répétées 2 fois.

4) lecture ou observation attentive (7 minutes), écriture sous consigne (de 3 à 5 minutes), partage en binôme (de 7 à 10 minutes), partage avec le groupe (de 7 à 10 minutes), pour un total de 30 minutes (K).

Quand la lecture attentive ne concerne pas les écrits des participant(e)s, elle peut se faire à partir des textes littéraires (B, C, D, I, N). 8 projets (E, F, G, H, J, K, L, M) intègrent aussi les narrations visuelles et l'observation attentive.

Les enquêtes quantitatives et qualitatives menées, qui restent à être approfondies, ont montré des effets positifs pour ce qui concerne le renforcement de l'empathie (A, H), l'amélioration des compétences réflexives, communicatives et émotionnelles (I₂, J, L), la consolidation des liens à l'intérieur d'une équipe (C, H) ou d'une institution (G, J), avec une réduction de la hiérarchie (G, N) et une augmentation de la collaboration interprofessionnelle (K), ainsi que la réduction du stress au travail et la promotion du bien-être professionnel (B₃, E, J, G).

Le numéro total des participant(e)s concerné(e)s par les formations est compris entre un minimum de 8 (H) et un maximum de 126 (G) : 11 (C), 17 (J), 18 (B₁, L), 19 (A, E), 29 (I), 44 (M), 66 (B₃) et 104 (K).

La taille moyenne des groupes est variable : de 3 à 5 (C), de 5 à 10 (N), de 6 à 8 (E, I₂), de 6 à 10 (B₂ et B₃), 8 (H), de 10 à 12 (L), 11 (K), de 12 à 15 (M).

L'animation prévoit la présence d'une seule personne (B₂, C, I₂, K, M, et B₃), d'un binôme (A, B, E, N), d'une seule personne ou d'un binôme (B₂, B₃), d'un trinôme (H).

Les spécialités et/ou les services concernés sont : la pédiatrie (E, G, H, K), la médecine interne (J, K, M), la médecine générale (K), l'oncologie (D), l'oncologie pédiatrique (A), les soins palliatifs (I), l'obstétrique et la gynécologie (B), la réanimation néonatale (C) et la neurologie (L). Dans un cas (F) les projets n'ont pas de limitations de service ou de spécialité.

Pour ce qui concerne les figures professionne(le)s, les formations peuvent s'adresser spécifiquement aux internes (B, E, J, L, M) et aux infirmier(e)s (C, H). Sinon, les groupes sont interprofessionnels (A, F, G, I, K) ou bien interprofessionnels et intergénérationnels (N). Dans un cas, un groupe interprofessionnel régulier a la possibilité d'accueillir également les patient(e)s et leurs familles (D), mais les auteur(e)s ne donnent pas de précisions sur ce type d'intégration.

Dans notre description systématique, nous n'avons pas mentionné les articles qui se bornent à narrer une séance à l'intérieur d'un projet ou d'une formation plus ample. Ces témoignages sont intéressants et utiles, parce qu'ils permettent d'apprécier le fonctionnement d'un atelier. Ils ne donnent pas, cependant, une véritable possibilité de détailler le contexte d'application. En tout cas, pour apporter d'autres informations au sujet des spécialités, des services et des professionnel(le)s qui ont pu être touché(e)s par des expériences de médecine narrative, nous signalons que Lawrence fait allusion à un atelier pour le personnel administratif dans le cadre d'une maison de retraite¹²⁴, tandis Kirkland et Craig exposent une séance construite autour d'un tableau de Bernard Perlin, à l'intérieur d'un projet de 12 ateliers mensuels qu'ils sont assurés aux internes en chirurgie pour explorer le « regard chirurgical »¹²⁵. En outre, à partir d'un atelier qui a eu lieu à Bristol, Biglino, Bucciarelli-Ducci, Caputo *et alii* s'interrogent sur l'opportunité de constituer une « cardiologie narrative ».

Or, comme nous l'avons vu plus haut, la majorité des projets décrits a eu lieu dans le cadre d'un service ou dans le contexte d'une spécialité. Parmi les expériences interprofessionnel(le)s (A, F, D, G, I, K, N), seulement une n'a pas de limitations de service ou de spécialité (F), même si nous ne savons pas combien de participant(e)s elle a été capable de toucher. En outre, elle n'a fait que l'objet d'une publication très courte, et elle a eu une durée limitée, de 8 mois, avec autant d'ateliers.

Plutôt, ce sont les formations proposées dans le Charlotte R. Bloomberg Children's Center du Johns Hopkins Hospital (G), mais surtout dans les trois cliniques universitaires du New York Presbyterian Hospital (K) qui peuvent être rangées parmi les applications de la médecine narrative à un niveau hospitalier ou presque, vue leur ampleur.

¹²⁴ LAWRENCE (Lynn Sara) « The Group, The Photograph, The Wound, and the Writing : How a Social Worker Uses Narrative Medicine to Facilitate Groups, *Smith College Studies in Social Work* », vol. 86, n° 1, 2016, p. 55-56.

¹²⁵ KIRKLAND (Kathryn B.) et CRAIG (Sienna R.), « Exploring the Surgical Gaze Through Literature and Art », *Journal of the American Medical Association*, vol. 319, 2018, p. 1532-1534.

Il faut avouer que d'autres tentatives de ce type ont été faites. Nous pensons aux ateliers de médecine narrative offerts aux équipes de la Mayo Clinic¹²⁶. Rian et Hammer, qui y font allusion dans un article, ne rentrent ni dans la structure ni dans les contenus de cette expérience.

Chen, Huang et Yeh décrivent un « programme » qui se fonde sur une compétition lancée à la suite d'une conférence sur la médecine narrative : il est difficile de comprendre non seulement le développement méthodologique de leur projet, mais aussi la pertinence d'un tel concours avec les fondements théoriques et pratiques de la médecine narrative. Pourtant, les auteur(e)s s'y réfèrent ouvertement dans le titre de leur article, en arrivant à soutenir que les perceptions des participant(e)s après cette expérience permettraient de confirmer que la médecine narrative contribue à l'amélioration de l'empathie¹²⁷. On pourrait s'interroger également sur l'aspect éthique d'une telle application : il nous semble que la compétition se place aux antipodes par rapport à toute notion d'empathie¹²⁸.

Enfin, Polvani, Mammucari, Zuppiroli *et alii* décrivent la construction courageuse et généreuse d'une véritable communauté narrative à un niveau territorial et interinstitutionnel¹²⁹. Pourtant, leurs méthodes et leurs pratiques sont tellement disparates qu'il est difficile de les utiliser comme un point de départ pour réfléchir à

¹²⁶ RIAN (Johanna) et HAMMER (Rachel), « The Practical Application of Narrative Medicine at Mayo Clinic : Imagining the Scaffold of a Worthy House », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, 2013, p. 673-674.

¹²⁷ CHEN (Po-Jui), HUANG (Chien-Da) et YEH (San-Jou), « Impact of a Narrative Medicine Programme on Healthcare Providers' Empathy Scores Over Time », *BMC Medical Education*, vol. 17, 2017, p. 1-8

¹²⁸ Évidemment, le terme « empathie » peut donner lieu à des définitions et des interprétations différentes. Voir, par exemple, les contributions dans : BERTHOZ (Alain) et JORLAND (Gérard), (sous la direction de), *L'Empathie*, Odile Jacob, Paris, 2004. Mais surtout, pour ce qui concerne le lien entre l'empathie et l'expérience esthétique : GEFEN (Alexandre) et VOUILLOUX (Bernard), (sous la direction de), *Empathie et esthétique*, Hermann, Paris, 2013. En tout cas, il nous semble que rien ne puisse justifier, dans un cadre éthique et scientifique, l'association entre une compétition narrative et l'évaluation de l'empathie.

¹²⁹ POLVANI (Stefania), MAMMUCARI (Massimo), ZUPPIROLI (Alfredo) *et alii*, « Narrative Medicine, A Model of Clinical Governance : The Experience of The Local Health Authority of Florence in Italy », *Clinical Practice*, vol. 11, 2014, p. 493-499.

un modèle – certes ouvert et postmoderne, et en même temps rigoureux – de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier ou interprofessionnel. En d'autres termes, il nous semble que leur contribution ne reste qu'un témoignage puissant mais limité d'une tentative particulière, voire unique, d'application des pratiques narratives en santé.

1.3 Le projet du CHIC

1.3.1 *Autour de la temporalité.*

Quand nous avons commencé à construire le projet du CHIC, seulement une moitié des sources analysées et synthétisées dans la section précédente était disponible. Étant donné que l'objectif de cette thèse dépasse l'expérience brute, pour aller vers l'élaboration d'un modèle qui utilise l'instrument de la narration et qui le *double* en même temps, nous avons voulu établir un état de l'art cohérent avec le sujet de la recherche. Toutefois, il ne faut pas oublier que la temporalité d'aujourd'hui ne correspond pas à celle d'hier.

Ainsi allons-nous « raconter » l'histoire qui nous a permis de lancer les groupes de médecine narrative au CHIC, pour pouvoir commencer à en présenter les spécificités et les nouveautés, qui concernent surtout trois éléments, comme nous l'avons déjà dit : primo, la mise à disposition d'une temporalité pour la médecine narrative dans le cadre du travail à l'intérieur de l'hôpital ; secundo, la création d'un poste d'Attaché littéraire hospitalier (ALHO) ; tertio, la philosophie des groupes.

Or, au lendemain du colloque international « Médecine et récit : La maladie comme expérience biographique » (19 et 20 octobre 2017, Créteil et Paris)¹³⁰ – qui a été

¹³⁰ Nous avons pu participer à l'organisation avec Roberto Poma (Université Paris-Est Créteil), Daniele Lorenzini (Université Saint-Louis, Bruxelles), Isabelle Galichon (Telem, Université Bordeaux Montaigne) et Loren Wolfe (Columbia Global Centers, Paris). Le colloque a été financé par l'Université Paris-Est et Columbia Global Centers, Paris, avec le soutien du Projet Exploratoire Premier Soutien (PEPS) « NaPoss » (financé par UPE et le CNRS) dirigé par Roberto Poma, de la faculté des Lettres,

inauguré par une conférence plénière de Rita Charon (*An Ordinary Chaos : The Narrative Sublimation of Medicine*) et qui a vu la participation de beaucoup de spécialistes en humanités médicales¹³¹ –, Jean-Marc Baleyte a constitué une équipe, qui serait bientôt devenue pédagogique¹³², pour réfléchir, avec la collaboration de Roberto Poma et l'appui à distance de Rita Charon à Columbia University, à un projet de médecine narrative au CHIC.

Dès le début, nous avons eu l'objectif et l'ambition de construire une véritable expérience à un niveau hospitalier : nous voulions renforcer et élargir la culture de la narration à l'hôpital, ce qui représenterait une contribution plus ample à la qualité des soins, étant donné que la médecine narrative, comme nous l'avons déjà vu, peut avoir des effets positifs sur les relations avec les patient(e)s, l'adhésion aux traitements,

langues et sciences humaines de l'Université Paris-Est Créteil, du Laboratoire de recherche EA 4395 Lettres, Idées, Savoirs et le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

¹³¹ Voilà la liste des participants par ordre d'intervention : François Goupy (Université Paris Descartes); Véronique Lefebvre des Noëttes (Centre Hospitalier Émile Roux, Limeil-Brevannes) ; Micaela Castiglioni (Università degli Studi di Milano-Bicocca) ; Jean-Marc Baleyte (Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil) ; Régine Detambel (Écrivaine, bibliothérapeute) ; Dominique Brancher (Université de Bâle) ; Christian Delorenzo et Mario Cerati (IRCCS Galeazzi, Milano et Université de Milan) ; Philippe Sabot (Université Lille 3). La journée du 19 octobre (Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil) s'est terminée par la projection du film *Anna Sarah K.* (2017) de Mathieu Simonet. La journée du 20 (Columbia Global Centers, Paris) s'est terminée par une soirée débat autour du roman *Réparer les vivants* (2014), avec l'écrivaine Maylis de Kerangal et le comédien Emmanuel Noblet qui en a fait une adaptation sous la forme d'un monologue pour le théâtre.

Ce moment de rencontre a également représenté l'occasion pour jeter les bases de l'édition italienne de *Narrative Medicine*, que nous avons traduit sous la direction de Micaela Castiglioni. Voir : CHARON (Rita), *Medicina narrativa : Onorare le storie dei pazienti*, Milan, Raffaello Cortina, 2019.

¹³² En cette première phase, l'équipe était composée par : Jean-Marc Baleyte, Roberto Poma, Rita Charon, Christian Delorenzo, Laurence Caeymaex (Réanimatrice, CHIC, UPEC), Anne Rohan (Médecin de la douleur, Soins palliatifs, CHIC), Elisabeth Deletang (Coordinatrice des soins, CHIC), Rémi Bailly (Pédopsychiatre, CHIC), Rémy Dobenesque (Psychologue, Caen), Isabelle Galichon, François Goupy, Bérengère Guillery (Neuropsychologue, Université de Caen), Sylvie Jouanny (UPEC), Chantal Hévin (Cadre supérieure de santé, CHIC), Bruno Housset (Pneumologue, CHIC, UPEC), Camille Jung (Pédiatre, CHIC, UPEC), Véronique Lefebvre des Noëttes, Olivier Taïeb (Pédopsychiatre, Bobigny), Jérôme Payen (Pédopsychiatre, CHIC) et Loren Wolfe.

l'efficacité diagnostique, le recueil d'informations significatives pour les parcours thérapeutiques, le bien-être au travail et la réduction des erreurs dues aux incompétences narratives.

En mars 2018, après quatre réunions de l'équipe pédagogique (qui ont eu lieu le 12 décembre 2017, le 9 janvier, le 22 janvier et le 19 mars 2018), le projet a été officiellement présenté lors d'un collège médical et paramédical, avec le soutien du Directeur général (à l'époque, Stéphane Pardoux), de la Coordinatrice générale des soins (à l'époque, Elisabeth Deletang) et du Président de la Commission Médicale d'Établissement (à l'époque, Hervé Hagège).

En cette occasion, Jean-Marc Baleyte a tout d'abord présenté le contexte du projet et l'équipe pédagogique. Ensuite, nous avons lu à voix haute deux textes, l'incipit de *Mars* par Fritz Zorn et le chapitre 6 de *La mort d'Ivan Ilitch* par Léon Tolstoï¹³³, avant de montrer une vidéo créée pour l'occasion à partir d'une sélection des photographies qu'Angelo Merendino a faites à sa femme Jennifer, atteinte d'un cancer du sein : une véritable plongée émotionnelle pour commencer à faire toucher aux professionnel(le)s présent(e)s la puissance de l'instrument narratif, de la lecture et du partage en groupe.

Après avoir donné la définition canonique de médecine narrative – que nous avons déjà citée dans l'introduction de notre thèse ¹³⁴ –, Jean-Marc Baleyte a exposé les fondements scientifiques et expérimentaux, ainsi que les objectifs de cette discipline. Roberto Poma et Sylvie Jouanny ont mené une réflexion philosophique et littéraire sur les pouvoirs de la narration, en particulier dans un milieu de soins, à partir de la notion foucauldienne de « technique de soi »¹³⁵. Anne Rohan et Olivier Taïeb se sont focalisés sur l'importance des récits de maladie, en rappelant que les patient(e)s vont mieux après que les soignant(e)s parlent d'eux lors d'un staff ou d'une synthèse, et ils

¹³³ Voir : ZORN (Fritz), *Mars*, Paris, Gallimard, 1979 (1977), p. 33 ; TOLSTOÏ (Léon), *La Mort d'Ivan Ilitch*, Paris, Gallimard, 1997, p. 119-20. Nous citons ces deux passages respectivement dans les chapitres 4 et 2.

¹³⁴ « Une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles ». Voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 19.

¹³⁵ Voir FOUCAULT (Michel), « Les Techniques de soi », in *Dits et écrits*, t. II, Paris, Gallimard, 2001 (1984), pp. 1602-1632.

ont plaidé pour « monde du soin polyphonique », auquel la médecine narrative participerait bien.

Enfin, Jean-Marc Baleyte et Roberto Poma sont revenus au sujet spécifique de la rencontre, en remarquant, avant tout, qu'au contraire des États-Unis – où Columbia University représente le centre théorique et pratique de la médecine narrative –, il n'existe ni en France ni en Europe un hôpital où cette approche est au cœur de la pratique clinique. Ils ont ainsi suggéré que le CHIC devienne le premier « hôpital de médecine narrative » en Europe (ou tout simplement, comme nous le définissons, le premier « hôpital narratif » en Europe).

Pour atteindre cet objectif, ils se sont dit prêts à développer, d'un côté, l'enseignement existant depuis quelques années à la Faculté de médecine de Créteil dans le cadre de l'éthique médicale, ainsi que la recherche en partenariat avec d'autres institutions françaises et internationales. De l'autre côté, ils ont finalement proposé de lancer un projet pilote de formation hospitalière à la médecine narrative au sein du CHIC.

Pour l'instant, avant de conclure avec un autre élément de temporalité, il nous reste à dire qu'à la suite de cette rencontre, et compte tenu de la satisfaction des soignant(e)s, les instances institutionnelles ont donné leur approbation pour la mise en place du projet, en accordant à l'ensemble des professionnel(le)s la possibilité de disposer de deux heures pour participer tous les mois à un groupe de médecine narrative. Nous ne soulignerons jamais assez l'importance en soi de cette libération sur le temps de travail, qui témoigne d'un engagement actif, au sens d'un acte – éthique et politique en même temps – de la part de l'institution, comportant une reconnaissance, également institutionnelle, de la place que la narrativité a ou devrait avoir dans un milieu professionnel tel que celui de l'hôpital. En outre, cette quantité de temps nous semble particulièrement significative par rapport aux formations que nous avons mentionnées plus haut : dans les trois projets qui dépassent la limite d'un service, d'une spécialité ou de l'expérimentation, les ateliers mensuels ont une durée de 30 (K) ou de 60 minutes (F, G).

Certes, comme nous le verrons mieux dans la partie finale de cette thèse, les professionnel(le)s doivent être mis(e)s concrètement en condition de pouvoir profiter de ces deux heures, pour leur formation, pour leur bien-être et pour améliorer la

qualité de vie à l'hôpital : un accord de principe ne correspond pas à une possibilité réelle de participation, et il ne permet pas, en soi, de dépasser les résistances des organisations que Rita Biancheri met en évidence¹³⁶.

Toutefois, cette reconnaissance institutionnelle, avec la mise à disposition d'une temporalité propre à la médecine narrative, nous semble le premier pas vers sa diffusion intra-hospitalière et vers un changement compatible avec celle que Biancheri définit « l'organisation managériale actuelle des services de santé »¹³⁷.

Un deuxième pas pourrait être celui que nous allons décrire dans la sous-section suivante : la création d'une figure professionnelle qui est chargée de la médecine narrative à un niveau d'hôpital.

1.3.2 *Un littéraire à l'hôpital.*

En septembre 2018, une figure d'Attaché littéraire hospitalier (ALHO) à mi-temps a été créée au sein du service de pédopsychiatrie du CHIC, dirigé par Jean-Marc Baleyte, avec le soutien de la direction hospitalière, pour répondre aux besoins du projet de formation à la médecine narrative en termes de pédagogie, organisation et recherche. Depuis janvier 2021, ce poste a évolué à temps plein et à pérennité.

Or, ce n'est pas la première fois qu'un(e) spécialiste de littérature travaille dans le cadre de la santé. Nous en donnerons trois exemples.

Primo, dans le contexte de l'enseignement supérieur et de la recherche, Joanne Trautmann Banks a été « la première critique littéraire à être nommée dans une faculté de Médecine »¹³⁸ en 1972. Dès lors, à partir du volume bibliographique que Trautmann Banks a écrit avec Carol Pollard¹³⁹, l'approche de la *Literature and Medicine*

¹³⁶ Voir : BIANCHERI (Rita), « La medicina narrativa tra sfide teoriche e resistenze organizzative », dans BIANCHERI (R.) et TADDEI (S.), *Narrare la malattia per costruire la salute : Una prospettiva multidisciplinare*, Pise, Pisa University Press, p. 43-71.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 60.

¹³⁸ CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 32.

¹³⁹ TRAUTMANN BANKS (Joanne) et POLLARD (Carol), *Literature and Medicine : Topics, Titles and Notes*, Hershey, Department of Humanities The Milton S. Hershey Medical Center, 1975.

a beaucoup évolué et s'est diffusée, en allant nourrir les humanités médicales. Aujourd'hui, les « littéraires » habitent de plus en plus les facultés de Médecine, même si une telle présence demande à être accrue, surtout en France, comme nous l'avons déjà dit. Secundo, pour ce qui concerne le travail à un niveau de service hospitalier, l'écrivaine Celia Engel Bandman a rempli le rôle de *medical humanist*, qui a été créé au sein de The Institute of Medical Humanism de Bennington, en collaboration avec le centre oncologique du Southwestern Vermont Health Care, un hôpital régional. Bref, un(e) *medical humanist* serait censé(e) faciliter les échanges entre les soignant(e)s et les patient(e)s, en recueillant en première ligne l'histoire de maladie à la lumière de la « voix du monde de la vie » (pour reprendre la définition de Mishler). Nous analyserons mieux ce rôle, avec ses limites et ses dangers, au début du chapitre 4. Ici, nous nous contentons de dire que cette figure, malgré la volonté d'en faire un modèle¹⁴⁰, s'est construite entièrement autour de Celia Engel Bandman, qui l'a incarnée¹⁴¹. Tertio, comme nous l'avons vu plus haut, une autre écrivaine, Lauren Small, qui a aussi en doctorat en littérature comparée, dirige depuis 2014 le projet en médecine narrative AfterWards auprès du Charlotte R. Bloomberg Children's Center du Johns Hopkins Hospital. Grâce au site web personnel de Lauren Small, nous pouvons apprendre que ce projet figure parmi ses intérêts et ses travaux. Nous n'en savons pas davantage, étant donné que malheureusement un seul article, celui que nous avons cité plus haut, a été publié sur l'expérience d'AfterWards.

Nous avons donné ces trois exemples non seulement pour faire un point, mais aussi pour mettre en lumière trois aboutissements différents en ce qui concerne l'institutionnalisation de ces figures. Si dans le cadre de l'enseignement supérieur en santé les spécialistes de littérature ont pu commencer à trouver une place reconnue et

¹⁴⁰ BANDMAN (Celia Engel), BANDMAN (Bernard M.), BARR (Patricia A.) et MILLS (Letha E.), « The Medical Humanist : A Pilot Program in the Cancer Center Setting », dans TWOHIG (Peter L.) et KALITZKUS (V.), *Making Sense Of Health, Illness and Disease*, Amsterdam et New York, Rodopi, 2004, p. 217-231.

¹⁴¹ Voir aussi : BANDMAN (Celia Engel), « On Medical Humanism », *The Journal of Supportive Oncology*, vol. 2, n° 2, 2004, p. 108 ; BANDMAN (Celia Engel), « A Medical Humanist Says Good-Bye », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 2, 2008, p. 149-150 ; BANDMAN (Celia Engel), « Art Informs Medicine », *Journal Of Clinical Oncology*, vol. 28, n° 12, 2010, p. 2123-2124.

définie, dans le milieu hospitalier les choses sont allées différemment : comme nous l'avons dit, le modèle du *medical humanist* n'a pas été développé suffisamment pour qu'il puisse être transféré ailleurs, et nous n'avons pas assez d'informations sur le travail mené par Lauren Small.

Or, la création de l'ALHO essaie de donner une première réponse à ce problème, ainsi qu'à la question de la diffusion intra-hospitalière de la médecine narrative. Au fond, l'idée est simple : si l'on veut répandre cette discipline dans les milieux de soins, il est souhaitable qu'un(e) figure spécifique s'en occupe à temps plein, en termes d'organisation, de pédagogie et de recherche. Sinon, comment les projets de médecine narrative seront-ils capables de s'inscrire vraiment dans la vie institutionnelle et dans le fonctionnement d'un hôpital ? D'ailleurs, c'est un(e) spécialiste de littérature et de récit qui peut contribuer à élargir les horizons narratifs du milieu hospitalier. En même temps, le milieu hospitalier peut contribuer à élargir les horizons professionnels d'un(e) tel(le) spécialiste. Or, un entraînement spécifique est demandé : notre travail montre que cet entraînement spécialisé, discipliné et disciplinaire, peut se faire *pendant* un projet de médecine narrative. En d'autres termes, l'ALHO peut se former à la formation à la médecine narrative alors qu'il ou elle forme ses collègues de l'hôpital à la médecine narrative.

Évidemment, il y a des connaissances, des compétences et des intérêts de base qui sont demandés à un(e) ALHO. Primo, il est absolument nécessaire d'avoir lu et étudié avec attention les ouvrages de références pour la médecine narrative, à partir des livres et des articles de Rita Charon et de ses collègues de Columbia University que nous citons tout au long de cette thèse. En d'autres termes, une robuste connaissance des principes et de la pratique de la médecine narrative est demandée. Secundo, pour ce qui concerne les compétences, il faut savoir au moins pratiquer aisément la lecture attentive, enseigner sous une forme semblable à celle des travaux dirigés, mener des recherches à un niveau doctoral. Les expériences d'organisation, de théâtre (pour la lecture à voix haute), de publication et d'animation en atelier d'écriture créative sont évidemment un plus. Tertio, pour ce qui concerne les intérêts, il est conseillé d'être sensible à l'univers de la clinique, de la médecine, de la santé et de la maladie, même pour des raisons liées au vécu personnel. Tout cela est nécessaire mais pas suffisant. Il faut que l'ALHO soit placé(e) sous une forme de supervision. Nous avons eu la chance

et l'honneur de profiter de la supervision à distance de Rita Charon, qui nous a suivi, conseillé, dirigé et corrigé tout au long de notre parcours. Dans le cadre de sa supervision, Rita Charon nous a conseillé, dès la première séance, de garder trace de l'« histoire naturelle » des groupes pour pouvoir en remarquer les changements¹⁴². Nous avons développé son idée en créant un instrument spécifique, que nous avons appelé : « Notes parallèles ». Cette définition mélange l'instrument du « dossier parallèle » avec celui des « notes de champ » de la recherche ethnographique, et plus en particulier de l'auto-ethnographie¹⁴³ et de l'auto-ethnographie de la recherche et de la formation¹⁴⁴.

Concrètement, à la fin de chaque atelier, nous rédigeons un texte à la première personne du singulier en racontant tout ce que nous avons remarqué. Il s'agissait d'une sorte de « lecture attentive » de la séance, qui nous a soutenu dans la construction des rencontres à un niveau narratif et pédagogique, dans la prise de décisions à niveau organisationnel et dans la construction de notre modèle à un niveau de recherche. Les notes parallèles nous ont également permis d'élaborer une partie du vécu émotionnel, qui pouvait parfois être lourd. C'est pour cette raison que nous les avons rédigées en notre langue maternelle : nous avons besoin d'accéder à une expression plus directe du vécu.

Pour favoriser la diffusion de la médecine narrative à un niveau interinstitutionnel, on pourrait répliquer ce dispositif de supervision avec d'autres milieux de soins : un(e) ALHO désormais entraîné(e) serait en mesure d'accompagner d'autres professionnel(le)s de ce type en leur fournissant une supervision directe et en leur demandant d'écrire des notes parallèles pendant la constitution et la construction d'un projet hospitalier qui respecte les principes et la pratique de la médecine

¹⁴² « I do encourage you to have a “research” mind open at least to capture a natural history of what takes place in the group » (communication personnelle par courriel du 9 janvier 2019).

¹⁴³ Voir : ELLIS (Carolyn) et BOCHNER (Arthur), « Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity : Researcher as Subject », dans DENZIN (N. K.) et LINCOLN (Y. S.), *The Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage, 2000, p. 733-768.

¹⁴⁴ BENOZZO (Angelo) et Claudia PICCARDO, « Autoetnografia della formazione. L'approccio etnoclinico per l'analisi dei bisogni e la progettazione di un programma di formazione », *Risorsa Uomo*, vol. 4, 2004, p. 1-8.

narrative, et qui soit capable, en même temps, de s'adapter au contexte d'application. La présence d'un modèle suffisamment rigoureux et ouvert, comme celui que nous cherchons à décrire et élaborer ici, ne pourrait que participer à cette opération de dissémination, de création et de transférabilité des pratiques et des savoirs.

Les effets de la médecine narrative en termes de réduction du stress au travail, d'augmentation du bien-être professionnel, d'amélioration de la qualité des soins et de vie devraient justifier, à un niveau qui est à la fois éthique et – pourquoi pas – économique, la création d'une figure comme celle de l'ALHO au sein des hôpitaux : la « santé » d'un système est évidemment liée aux conditions des personnes qui l'habitent, surtout si l'on parle d'un système de santé. De plus, le modèle que nous avons expérimenté au CHIC se veut récursif et auto-génératif, comme nous l'expliquerons mieux dans les conclusions : la présence d'un(e) seul(e) ALHO nous semble donc suffisante au sein d'une institution pour contribuer non seulement à la constitution mais aussi à la multiplication des groupes de médecine narrative, à condition que ces groupes répondent à des critères bien définis, que nous allons détailler dans la sous-section suivante. Avant de conclure n'oublions pas que cet investissement limité à un(e) seul(e) figure professionnel(le) peut également apporter un gain institutionnel, sur une longue période, en termes de résultats et financements de recherche, formations à l'extérieur, supervisions de projets, liens avec d'autres hôpitaux et collaborations avec les universités. Ce sont des éléments concrets et pragmatiques qui vaut en tout cas la peine de prendre en compte, si l'on se pose légitimement la question de la faisabilité économique et financière d'un tel poste.

1.3.3 *La philosophie des groupes.*

Dans cette sous-section finale, nous allons présenter la philosophie de nos groupes de médecine narrative à partir de trois éléments fondamentaux : la composition, la règle de la confidentialité maximale et la co-animation médico-littéraire. Quant à la composition, nos groupes sont interprofessionnels, petits et fixes. Le caractère interprofessionnel ne demande pas de justification particulière : l'objectif de construire une formation véritablement hospitalière à la médecine narrative

impose ce choix. Il faut dépasser les limites des rôles, de la hiérarchie et des spécialités, si l'on veut travailler à un niveau plus ample par rapport à ce que l'on fait d'habitude.

Du point de vue de la taille, Stanley et Hurst conseillent, en général, qu'un groupe de médecine narrative ne dépasse pas les 12 ou 15 participant(e)s¹⁴⁵. En effet, dans les projets cités plus haut, les groupes se composent d'un minimum de 3 à un maximum de 15 membres. En particulier, Adamson, Sengsavang, Charise *et alii* ont décidé de limiter la participation à 8 professionnel(le)s¹⁴⁶, suivant les recommandations pour les travaux en petit groupe de l'American Balint Society¹⁴⁷. Cette taille nous semble la plus adaptée, surtout sur un temps de deux heures : en moyenne, chaque membre a ainsi à peu près de dix minutes à douze minutes pour parler, s'exprimer et échanger (si l'on compte une vingtaine ou une trentaine de minutes au total pour la lecture à voix haute et l'écriture). Le caractère fixe est un élément qui aide à constituer un cadre protégé et protecteur, pour que la confiance s'y installe peu à peu : il n'est pas du tout évident de se dévoiler face à des « inconnu(e)s ». Il l'est encore moins si ces « inconnu(e)s » font partie du même lieu de travail. C'est un élément pragmatique que l'on ne peut pas oublier quand l'on agit à l'intérieur d'une institution. La règle de la confidentialité maximale va dans une direction semblable : pour solliciter les échanges et la liberté d'expression, personne ne doit avoir le droit de parler à l'extérieur du groupe de ce que les autres membres révèlent dans leurs écrits et dans leurs témoignages. Cette règle est valable pour tout le monde. C'est pourquoi nous avons décidé de ne pas demander, en général, les textes produits par les participant(e)s, et de les prévenir au moins un mois à l'avance si une séance

¹⁴⁵ STANLEY (Patricia) et MARSHA (Hurst), « Narrative Palliative Care : A Method for Building Empathy », *op. cit.*, p. 49.

¹⁴⁶ ADAMSON (Keith), SENGSAVANG (Sonia), CHARISE (Andrea) *et alii*, « Narrative Training as a Method to Promote Nursing Empathy within a Pediatric Rehabilitation Setting », *op. cit.*, p. e3.

¹⁴⁷ Voir : ROBERTS (Michael), « Balint Groups : A Tool for Personal and Professional Resilience », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 3, 2012, p. 245-247.

serait enregistrée pour la recherche, tout en garantissant l'anonymat (comme nous le verrons mieux dans le chapitre 5)¹⁴⁸.

La question de la confidentialité se rattache à celle de l'espace physique où les ateliers ont lieu : un espace qui est censé favoriser un cadre protégé et protecteur. À l'intérieur d'un grand hôpital, il est difficile d'avoir une seule salle pour tous les groupes. Il faut s'adapter. Pourtant, on peut chercher au moins une salle fixe, à taille humaine et suffisamment tranquille, pour chaque groupe, en évitant les contextes qui soulèveraient des défenses, des résistances et des tensions, comme les bâtiments de la direction ou des ressources humaines. Une ou plusieurs tables représentent un équipement minimal. La présence d'étagères, de livres, de nappes blanches comme les feuilles d'un cahier, d'instruments pour écrire et dessiner, d'une machine à café et thé serait l'idéal.

Pour ce qui concerne l'animation, nous avons constitué des binômes incarnant symboliquement la complémentarité et l'intégration entre la médecine et la narration : un binôme médico-littéraire de base, qui peut s'élargir, le cas échéant, jusqu'à impliquer d'autres littéraires et les participant(e)s, comme nous le verrons dans le chapitre 4, dont l'ALHO représente toujours l'élément fixe, pour assurer un lien intergroupal. L'autre élément du binôme est représenté par un(e) professionnel(le) de l'hôpital, qui est censé(e) faire face, si nécessaire, aux questions d'ordre médical, clinique ou hospitalier pendant les séances, qui doit aussi avoir fait au moins une expérience de médecine narrative au préalable, pour ne pas être trop surpris(e) par le dispositif et pouvoir contribuer, éventuellement, à sa construction ou à son élaboration, et non seulement à la facilitation pendant la séance¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Ce choix ne peut qu'impacter sur notre thèse. En effet, nous ne rentrerons jamais dans le vif des histoires racontées et partagées par les professionnel(le)s lors des rencontres du CHIC. Nous serons pourtant obligés de le faire dans le chapitre 3, pour préciser le fonctionnement d'une certaine typologie d'ateliers. Nous anticipons dès maintenant que nous avons demandé et obtenu l'accord des auteur(e)s, et que nous nous sommes bornés à reproduire le strict nécessaire (trois narrations au total, dont deux fictionnelles).

¹⁴⁹ C'est pour cette raison que le 5 décembre 2018, un mois et dix jours avant le début des ateliers au CHIC, nous avons organisé à Reid Hall, avec le soutien de Rita Charon et Columbia University, une journée d'autoformation qui s'adressait à l'équipe pédagogique du projet et à celle des professionnel(le)s

Conclusion

Après avoir touché les deux éléments fondamentaux de contexte – le dispositif de l’atelier et l’état de l’art – qui nous permettront de rentrer dans le vif de notre sujet, nous pouvons essayer maintenant de résumer et généraliser le projet de formation à la médecine narrative du CHIC, tel que nous l’avons détaillé dans la dernière section de ce chapitre : des groupes interprofessionnel(le)s et confidentiels de 8 membres fixes qui suivent un atelier mensuel de deux heures sur leurs temps de travail à l’intérieur de l’espace hospitalier, avec la co-animation d’un binôme, voir trinôme, médico-littéraire, pour pratiquer la lecture attentive et l’écriture créative, expressive ou réflexive, ainsi que le dossier parallèle, en partageant ensemble des textes littéraires, visuels et sonores.

Nous pourrions donner d’autres précisions sur le cadre de notre expérience, mais nous nous contentons de souligner ici quelques éléments, dont la connaissance nous semble nécessaire pour pouvoir s’orienter dans la lecture : en janvier 2019, nous avons activé 5 groupes de médecine narrative au CHIC, c’est-à-dire un groupe par jour pendant la même semaine, qui continuent à se voir encore aujourd’hui, même si au début les professionnel(le)s touché(e)s par la formation, 40 au maximum, s’étaient inscrit(e)s et engagé(e)s seulement jusqu’à juillet 2019, quand

de l’hôpital qui avaient manifesté un intérêt pour la co-animation, c’est-à-dire Tsellina Desfemmes-Baleyte, Marina Vignot, Laurence Caeymaex, Jean-Marc Baleyte et Christine Fourmaux, auquel(le)s Sylvie Jouanny et Isabelle Galichon s’ajoutaient en tant que deuxièmes co-animatrices littéraires à côté de l’ALHO dans le cadre de deux groupes. En cette occasion, nous avons co-animé un atelier d’autoformation avec Roberto Poma, qui venait juste de suivre des *workshops* sur trois jours à Columbia University et qui a partagé cette expérience en lisant son témoignage.

Dans le chapitre 4, nous verrons de quelle façon nous avons mieux intégré la formation des co-animateurs médicaux et des co-animatrices médicales à l’intérieur de notre modèle. Ici, nous commençons à anticiper la différence que nous établissons entre « animation » et « facilitation » : si l’animation comprend tout le travail qui demande à être fait avant, pendant et après un atelier, la facilitation représente, au moins d’après notre usage, la partie de l’animation qui se limite à la sollicitation des échanges dans le groupe, au cours d’une séance.

le projet pilote serait terminé. Nous donnerons plus de précisions dans le chapitre 5, qui sera consacré aux résultats de l'expérience et à la recherche. A présent nous préférons nous focaliser sur l'élaboration de notre modèle, à partir de la phase ateliers de base, que nous allons présenter, décrire et justifier dans le chapitre suivant.

Chapitre 2

Les ateliers de base

Comme nous venons de le dire, dans ce chapitre nous allons exposer la première phase des ateliers de médecine narrative, qui s'inspirent directement du modèle de Columbia University. Nous les appelons : « Ateliers de base ». Cette définition nous semble bien adaptée au moins pour trois raisons.

En premier lieu, l'ordre des activités prévues suit idéalement la *structure de base* de la triade pratique de la médecine narrative, avec ses mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, qui correspondent d'une façon générale aux trois moments de la lecture, de l'écriture et du partage. En deuxième lieu, nous nous référons aux *compétences de base* – surtout en termes de lecture attentive – qu'il faut développer au début de toute formation à la médecine narrative. En troisième lieu, nous faisons également allusion à la *base de sécurité* de John Bowlby¹⁵⁰. Si l'on veut que les participant(e)s puissent explorer leurs mondes par le biais de l'écriture et arriver à les partager, le groupe devra devenir un espace suffisamment sûr : une sorte de « havre », pour reprendre la métaphore du psychologue britannique.

¹⁵⁰ Voir : BOWLBY (John), *Attachement et perte : L'attachement*, vol. I, Paris, Puf, 1978 (1969) ; BOWLBY (John), *Attachement et perte : La Séparation. Angoisse et colère*, vol. II, Paris, Puf, 1978 (1973) ; BOWLBY (John), *Attachement et perte : La Perte. Tristesse et dépression*, vol. III, Paris, Puf, 1984 (1980) ; BOWLBY (John), *A Secure Base*, Londres, Routledge, 1988.

Voir aussi, pour une synthèse : DUGRAVIER (Romain) et BARBEY-MINTZ (Anne-Sophie), « Origines et concepts de la théorie de l'attachement », *Enfances & Psy*, vol. 66, n° II, 2015, p. 14-22.

Ces trois éléments permettent d'expliciter trois objectifs fondamentaux, qui demandent à être travaillés en même temps lors des ateliers de base. D'un point de vue pédagogique, on cherchera à soutenir l'apprentissage des catégories spécifiques de la lecture attentive. D'un point de vue expressif, on essaiera de mobiliser les capacités personnelles d'écriture, afin de favoriser l'émergence et l'appropriation du dossier parallèle, qui sera travaillé à la fin de cette phase. D'un point de vue relationnel, on contribuera à la constitution du groupe et au renforcement des liens à l'intérieur de celui-ci, afin que la confiance et la confidentialité s'y installent : il s'agit de valeurs indispensables pour que les participant(e)s soient en mesure de partager leurs écrits, qui peuvent relever d'une intimité profonde. Le processus de construction groupale est d'autant plus délicat et important si l'on se trouve dans un milieu professionnel comme celui de l'hôpital, qui peut avoir tendance à décourager l'expression subjective et intersubjective.

En ce qui concerne le choix des narrations pour la pratique et l'apprentissage de la lecture attentive, nous savons bien que l'on n'est pas obligé de se limiter « aux textes qui traitent de la maladie, de la médecine ou de la santé »¹⁵¹, comme Rita Charon le dit. Elle y voit, au contraire, un risque, parce que les contenus pourraient l'emporter sur les aspects formels (comme la reconnaissance de la structure, du genre, des métaphores et de la voix). Il est peut-être utile de souligner que Rita Charon semble se référer surtout à l'enseignement de la lecture attentive aux étudiant(e)s ainsi qu'aux soignant(e)s qui vont suivre une formation à la médecine narrative à l'extérieur de leur milieu professionnel.

Pourtant, les caractéristiques de notre contexte suggéraient que, en ce qui concernait au moins les ateliers de base, il était plus cohérent et adapté de proposer des narrations liées justement aux sujets de la maladie, de la médecine ou de la santé, pour trois raisons. Primo, les séances se déroulaient à l'intérieur de l'hôpital, pendant le temps de travail. Secundo, les groupes n'étaient composés que par des professionnel(le)s qui ne se considéraient pas forcément comme des élèves, d'autant plus que la pédagogie se voulait horizontale et expérientielle. Tertio, si les textes s'éloignaient trop du cadre hospitalier, ils pourraient soulever des résistances ou des

¹⁵¹ CHARON (Rita), « Un Cadre d'enseignement pour la lecture attentive », *op. cit.*, p. 272.

refus au début d'un projet qui présentait déjà de grosses nouveautés en termes d'approche et de dispositif. Voilà pourquoi, pendant cette première phase, ce sont les consignes d'écriture qui contribuent à élargir l'horizon thématique et donc narratif, comme nous le verrons.

Or, dans les pages suivantes, nous expliquerons le dispositif des ateliers de base à partir de trois sous-catégories. Avant tout, nous présenterons l'atelier d'*introduction*, qui permet de toucher pour la première fois le fonctionnement d'une séance de médecine narrative. Ensuite, nous décrirons les deux ateliers de *présentation* et de *représentation*, où, pour encourager la connaissance intersubjective et une bonne dynamique groupale, les participant(e)s sont invité(e)s à se mettre en scène à travers l'écriture. Enfin, nous analyserons les trois ateliers sur la *lettre*, le *journal* et le *poème*, qui permettent de se rapprocher de plus en plus du dossier parallèle, où ces trois genres convergent partiellement.

Comme nous l'avons dit à la fin de l'introduction, nous avons reproduit les plans détaillés des ateliers, ainsi que les images mentionnées, en annexe (Annexes 1 et 2). Nous conseillons de procéder à une lecture comparée dès maintenant.

2.1 En guise d'introduction

2.1.1 *L'histoire de votre nom.*

Dans les enseignements de Rita Charon et de Columbia University, l'une des consignes d'écriture les plus utilisées pour briser la glace au début d'une rencontre, d'une formation ou d'un programme – est la suivante : « Write the story of your name »¹⁵². François Goupy et son groupe de travail l'ont reprise dans le premier TD à la

¹⁵² Voir : DEVLIN (Michael J.), RICHARDS (Boyd F.), CUNNINGHAM (Hetty) *et alii*, « Where Does the Circle End ? Representation as a Critical Aspect of Reflection in Teaching Social and Behavioral Sciences in Medicine », *Academic Psychiatry*, vol. 39, n° 6, 2015, p. 673 ; LAWRENCE (Lynn Sara) « The Group, The Photograph, The Wound, and the Writing : How a Social Worker Uses Narrative Medicine to Facilitate Groups, Smith College Studies in Social Work », *op. cit.*, p. 47 ; ENSIGN (Josephine), *Soul Stories : Voices*

Faculté de Médecine de l'Université Paris-Descartes sous cette forme : « L'histoire de votre nom, prénom ou surnom »¹⁵³.

Même si nous avons considéré la possibilité d'ouvrir l'expérience de la médecine narrative au CHIC par cette consigne désormais classique, elle a été finalement exclue pour trois raisons.

Tout d'abord, étant donné qu'une première séance peut représenter un modèle expérientiel pour les participant(e)s, il nous semblait nécessaire de commencer par l'activité qui marquerait effectivement le début de chaque atelier de base : la lecture attentive.

En deuxième lieu, dans le cadre de sa supervision, Rita Charon nous a conseillé de faire répondre à l'écrit, juste après la lecture à voix haute du premier texte, à la consigne suivante : *What do you see in the text ?* (« Qu'est-ce que vous voyez dans le texte ? »). Ainsi, à 6 mois de distance, nous pourrions proposer à nouveau ce même

from the Margins, San Francisco, University of California Medical Humanities Press, 2018, p. 152 ; GOWDA (Deepthima), CURRAN (Tayla) et BALMER (Dorene F.), « Mixed Methods Program Evaluation », dans KLUGMAN (C. M.) et LAMB (E. G.), *Research Methods in Health Humanities*, New York, Oxford University Press, 2019, p. 310 ; MILKIEWICZ-BRYJAK (Suzanne J.), *Breath One, Breath Two, Breath Three : Utilizing Narrative Consultation for Healthcare Culture Transformation*, Thèse de doctorat, Drew University, soutenue le 5 mars 2021, p. 84 ; WALLACE (Cara L.), TREES (April), OHS (Jennifer E.) et HINYARD (Lesley J.), « Narrative Medicine for Healthchare Providers : Improving Practices of Advance Care Planning », *op. cit.*, 2021, p. 5.

Il est utile de rappeler que cette activité d'écriture dépasse la cadre disciplinaire de la médecine narrative pour caractériser plusieurs approches pédagogiques fondées sur la narrativité. Voir encore : ALEJANO-STEELE (AnnJanette), HAMINGTON (Maurice), MACDONALD (Lunden) *et alii*, « From Difficult Dialogues to Critical Conversations : Intersectionality in Our Teaching and Professional Lives », dans OUELLET (M. L.), *An Integrative Analysis Approach to Diversity in the College Classroom*, numéro spécial de la revue *New Directions for Teaching and Learning*, vol. 125, 2011, p. 95 ; DECHIEF (Diane), « Desining for a Diverse Classroom », dans DALI (K.) et CAIDI (N.), *Humanizing LIS Education and Practice : Diversity by Desing*, Londre et New York, Routledge, 2020, p. 97.

¹⁵³ GOUPY (François), ABGRALL-BARBRY (Gaëlle), ASLANGUL (Élisabeth) *et alii*, « Une expérimentation pédagogique », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line Éditions, 2017, p. 124. Voir aussi : GOUPY (François), ABGRALL-BARBRY (Gaëlle), ASLANGUL (Élisabeth) *et alii*, « L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? », *la Presse Médicale*, vol. 42, n° 1, 2013, p. e3.

exercice afin d'évaluer les changements dans les compétences de lecture (et donc d'attention). Nous avons accueilli cette idée dans le premier atelier de recherche, dont nous parlerons dans le chapitre 5. Pour l'instant, il suffit de dire que, lors de la première séance, il nous paraît cohérent de commencer avec cet exercice mixte de lecture attentive et d'écriture expressive à la fois, non seulement pour marquer davantage l'importance de l'instrument du *close reading*, mais aussi pour une question d'équilibre dans la construction narrative du parcours de formation : la première phase des ateliers s'ouvrirait et se conclurait par le même texte et la même activité.

Enfin, nous rappelons que la composition des groupes du Chic est fixe. D'un côté, le temps pour se présenter et mieux se connaître ne manquerait pas. De l'autre côté, il nous semblait prioritaire de mettre en lumière et de favoriser dès le début la dynamique d'équipe, qui caractérise d'une façon générale le travail à l'hôpital et à laquelle notre expérience ne voulait pas se soustraire. L'histoire de son propre nom, même si elle est partagée en binôme ou en trinôme, renvoie à une focalisation immédiate sur la singularité. Nous avons plutôt l'objectif de solliciter l'intersubjectivité pour renforcer l'esprit d'un groupe qui venait juste de se rencontrer et qui était censé travailler ensemble.

D'ailleurs, dans un article auto-ethnographique écrit à quatre mains, Merel Visse rappelle ses difficultés face au *prompt* « Write the story of your name », à partir de la notion d'identité personnelle¹⁵⁴. Pour toutes ces raisons, nous avons remplacé la consigne sur l'histoire de son propre nom par un simple tour de table, étant donné que les participant(e)s ne se connaissaient pas du tout. Afin de détremper avec des éléments de confidentialité et d'informalité un premier échange qui risquait à être perçu comme trop officiel, nous avons demandé à chaque participant(e) non seulement de dire son nom, son prénom, son rôle et son service de rattachement, mais aussi de mentionner trois choses qu'il ou elle aimait faire.

Dans la section suivante, nous étudierons le type de dispositif qui peut être proposé pour favoriser une véritable présentation de soi à partir d'un texte littéraire.

¹⁵⁴ VISSE (Merel) et NIEMEIJER (Alistair), « Autoethnography as a Praxis of Care : The Promises and Pitfalls of Autoethnography as a Commitment to Care », *Qualitative Research Journal*, vol. 16, n° 3, 2016, p. 303-304.

Avant cela, nous allons justifier le choix de la narration pour l'atelier d'introduction et nous allons en exposer le fonctionnement.

2.1.2 *Les raisons d'un choix.*

Il n'est jamais facile de choisir le texte par lequel on commence un atelier de base. Il l'est encore moins au tout début d'une expérience : les groupes sont composés sans être formés, et l'affiliation doit être créée. Ainsi n'est-il pas possible de se baser sur le vécu collectif et sur l'histoire partagée pour repérer des idées. Le « principe d'exclusion » est restreint. Pour paraphraser le titre d'un récit très célèbre de Borges¹⁵⁵, les sentiers ne bifurquent pas : ils se multiplient vertigineusement et anxieusement, d'autant plus si l'on considère qu'un atelier d'introduction est bien important, étant donné qu'il fonctionne en même temps comme la présentation d'un dispositif et un modèle opérationnel.

Dans le but de trouver une solution, il est avant tout utile de s'interroger, à l'aide de l'imagination, sur les représentations possibles de l'expérience qu'on va faire et favoriser : comment pourrait-on aborder et vivre un premier atelier de médecine narrative ? Comme une découverte, une ouverture ou une plongée ? Il serait plausible de travailler sur les sujets du progrès et de l'évolution, par exemple, surtout dans le cadre d'un projet novateur comme celui du CHIC. Toutefois, les contenus trop explicites risquent d'induire des réponses et des réactions – aussi en termes d'opposition et de négation –, ainsi que de laisser de côté les aspects moins dicibles (et moins souhaitables, nonobstant présents), comme la peur de ne pas réussir à écrire, la difficulté de se dévoiler face à un groupe de personnes inconnues, le sentiment de ne pas être à la hauteur des tâches requises, la honte et l'embarras¹⁵⁶.

¹⁵⁵ BORGES (Jorge Louis), « Le jardin aux sentiers qui bifurquent », dans *Fictions*, Paris, Gallimard, 1951, p. 109-122.

¹⁵⁶ Les participant(e)s ont remarqué la présence de tous ces aspects émotionnels pendant les ateliers de recherche.

Au contraire, les éléments formels, rhétoriques et/ou syntaxiques, qui agissent comme des ensembles vides ou neutres, sollicitent l'activité sémantique, la construction du discours et l'attribution d'un sens. C'est pourquoi nous nous sommes focalisés sur une catégorie temporelle et conceptuelle à la fois, qui pourrait représenter à plusieurs niveaux – personnel, groupal et institutionnel – un miroir réflexif de l'expérience que nous allons partager : la catégorie de la « première fois ».

Malgré la différence du public concerné par la formation, une série de consignes du « Physicianship Program » à McGill University exploite cette idée :

Décrivez votre première expérience de X où X = vous avez soigné un patient mourant ; participé à une dissection anatomique ; été en colère contre un patient ; assisté à un arrêt cardiaque ; pleuré dans un service clinique ; été obligé de faire mal physiquement à un patient (exemple, lors d'une procédure invasive) ; vous avez fait une erreur¹⁵⁷.

Un commentaire suggère l'utilité pédagogique et expérientielle d'un tel sujet : « Ces “premières fois” sont chargées d'émotions et ont été décrites comme “transformatrices”. Leur évocation est particulièrement utile au début de la formation clinique »¹⁵⁸. On pourrait dire qu'elle est particulièrement utile au début de toute formation narrative, à condition que l'on laisse les participant(e)s libres de choisir la première fois qu'ils ou elles veulent raconter. Ainsi évite-t-on le piège de l'induction sémantique que nous avons signalée plus haut.

À la lumière de toutes ces réflexions, notre choix est finalement tombé sur un récit médical de l'écrivain russe Mikhaïl Boulgakov : *La Gorge en acier* (1925). Dans cette histoire, qui a été également incluse dans une anthologie de littérature et médecine¹⁵⁹, le narrateur et protagoniste raconte la première trachéotomie qu'il a faite,

¹⁵⁷ BOUDREAU (J. Donald) et FUKS (Abraham), « L'Histoire du 'Physicianship Program' à McGill University », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line Éditions, 2017, p. 105.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ FURST (Lilian R.), « Emergency ! An Introduction to Mikhail Bulgakov's *The Steel Windpipe* », dans *Medical Progress and Social Reality. A Reader in Nineteenth-Century Medicine and Literature*, New York, State University of New York Press, 2000, p. 177-188.

afin de sauver une petite fille de trois ans atteinte du croup diphtérique et exposée à un risque de mort.

Peut-être, n'est-il pas inutile rappeler que Mikhaïl Boulgakov a suivi des études de Médecine et qu'il a travaillé en tant que médecin dès 1916, avant de se consacrer entièrement à l'écriture à partir de 1921, comme son biographe Lesley Milne le dit¹⁶⁰. En particulier, du 29 novembre 1916 au 18 septembre 1917, Boulgakov a dirigé l'hôpital rural de Nikolskoïé, dans la région de Smolensk¹⁶¹ : ces expériences peuvent avoir influencé l'écriture non seulement de *La Gorge en acier* mais aussi d'une série d'histoires médicales, avec le même protagoniste, qui ont été publiées dans des revues quand Boulgakov était vivant. Ensuite, après la mort de Boulgakov, elles ont été rassemblées dans les *Carnets* ou *Récits d'un jeune médecin*¹⁶².

Dans cet ouvrage posthume, quatre autres textes se construisent autour d'une première expérience de soins ou bien ils y font référence (*La Serviette au coq*, *Baptême de la version*, *L'Éruption étoilée* et *L'Œil volatilisé*). Pourtant, c'est *La Gorge en acier* qui englobe toutes les caractéristiques narratives, formelles et stylistiques de ces récits : le

¹⁶⁰ MILNE (Lesley), *Mikhail Bulgakov : A Critical Biography*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 20.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 133. Voir aussi : CHAVAROT (Jean-Louis), « Préface », dans BOULGAKOV (M.), *Carnets d'un jeune médecin*, Paris, Gallimard, 2012, p. 13 ; WRIGHT (A. Colin), *Mikhail Boulgakov : Life and Interpretations*, Toronto et Buffalo, University of Toronto Press, 1978, p. 8.

Nous faisons cette remarque parce que les événements racontés dans *La Gorge en acier* se déroulent justement à l'intérieur de l'hôpital de Nikolskloïé.

¹⁶² Pour ce qui concerne les deux traductions du titre, voir : BOULGAKOV (Mikhaïl), *Carnets d'un jeune médecin*, Paris, Gallimard, 2012 ; BOULGAKOV (Mikhaïl), *Récits d'un jeune médecin*, Lausanne, Éditions L'Âge d'Homme, 1984.

Quant aux conditions de composition et de parution de l'ouvrage, Milne souligne bien qu'en 1919 Boulgakov laisse à Kiev un premier manuscrit. Dans une lettre datant du 17 novembre 1921, Boulgakov écrit qu'il est en train de retravailler sur un livre unitaire dont le titre serait : *Notes d'un médecin*. Pourtant Boulgakov ne publie les textes que quatre ans plus tard, de façon séparée : *La Gorge en acier* paraît le 15 août 1925 dans *Krasnaya panorama*, une revue grand public. Les autres sont imprimés dans *Meditsinskiy rabotnik*, qui s'adresse plutôt à des spécialistes, du 25 octobre 1925 au 23 décembre 1927. La première publication collective en volume date de 1963, c'est-à-dire vingt-trois ans après la mort de l'auteur. Pour plus de précisions éditoriales, voir : MILNE (Lesley), *Mikhail Bulgakov : A Critical Biography*, *op. cit.*, p. 125.

narrateur auto-diégétique, l'usage du passé et d'une temporalité bien définie, les métaphores liées à l'espace interne et externe, l'exploitation massive de l'ironie et du *suspense*, les conflits entre les deux types de discours direct (les pensées et les dialogues). En outre, *La Gorge en acier* représente le premier récit médical que Boulgakov a écrit et publié : une petite remarque de cadre, qui va toutefois renforcer le thème de la première fois. Enfin, même si une partie des événements racontés dans *La Serviette au coq* remontent jusqu'à l'arrivée du jeune docteur à l'hôpital, c'est *La Gorge en acier* qui marque le véritable début de l'activité clinique pour le protagoniste, avec une sorte de « rite de passage ». Cette dernière notion et métaphore nous semble particulièrement pertinente, parce qu'elle peut également refléter, restituer et donc aider à élaborer le sens de l'expérience que l'on fait lors d'un premier atelier de médecine narrative.

2.1.3 *La première fois.*

Pour ce qui concerne le déroulement de l'atelier d'introduction, il faut sans aucun doute commencer par le travail en amont que *La Gorge en acier* a demandé. Comme le texte est trop long pour qu'il soit lu entièrement à voix haute pendant une séance, il a été nécessaire de le couper, tout en cherchant à restituer l'intégralité de l'histoire, à partir de trois épisodes fondamentaux : primo, l'arrivée à l'hôpital de Lidka, la jeune patiente qui se trouve entre la vie et la mort à cause des conséquences du croup diphtérique dont elle est atteinte ; secundo, le conflit entre le personnage du jeune médecin et les proches de Lidka – sa mère et une vieille femme – au sujet de l'exécution d'une trachéotomie d'urgence ; tertio, la réalisation de l'opération chirurgicale et ses effets.

Dans le double but de soutenir l'attention lors de l'atelier et de combler les coupures textuelles à travers la co-construction imaginative, nous avons élaboré deux questions différentes, en sollicitant une réponse à l'oral auprès des groupes. Plus dans le détail, après avoir lu le passage initial, nous avons demandé de réfléchir sur les aspects thématiques, pour que l'élément de la première fois commence à émerger

naturellement. Ensuite, à la fin du deuxième extrait, nous avons posé la question suivante : « Comment imaginez-vous que l'histoire se termine ? »

Au-delà des contenus soulevés (qui se sont organisés autour des deux extrêmes du dénouement tragique et du *happy end*), une telle question ne contribue pas seulement à remplir les vides d'un récit comme celui de Boulgakov, qui doit être forcément présenté sous une forme raccourcie. Elle montre aussi la participation des processus de représentation à la dynamique de l'attention et vice-versa. En effet, les réactions des participant(e)s permettent d'imaginer les aspects de l'intrigue qui ne sont pas encore connus, mais aussi de réélaborer les passages que l'on vient de lire, et donc d'y porter encore plus d'attention.

Après avoir lu et convoqué le récit de Boulgakov afin de donner une réponse définitive à la question de la conclusion, nous avons demandé aux participant(e)s de souligner une phrase qui les avait particulièrement frappé(e)s. Au-delà de la requête, cette activité aidait à reconsidérer le récit dans son intégralité avant de répondre à la consigne suggérée par Rita Charon : « Qu'est-ce que vous voyez dans le texte ? »

Pour ne pas induire des réponses qui influenceraient la recherche, nous avons commencé à remplir la tâche pédagogique de l'ALHO – en termes de formation à la lecture attentive – seulement à la fin de ce premier exercice d'écriture, et plus en particulier pendant le partage à voix haute des écrits produits par les participant(e)s.

L'expérience nous a appris que cette tâche se compose idéalement de trois moments, qui peuvent se combiner et changer d'ordre selon les situations, exactement comme les mouvements de la triade pratique de la médecine narrative. Les notions d'attention, de représentation et d'affiliation nous aident justement à exposer le fonctionnement général de cette activité de présence, enseignement et animation à la fois.

Primo, on porte *attention* à ce que l'un(e) des participant(e)s est en train de partager, en demandant, au cas où cela serait nécessaire, de repérer les passages du texte qui ont engendré une certaine réaction (esthétique, émotionnelle et/ou cognitive). Secundo, on restitue une *représentation* de cette réponse à l'aide du langage spécifique du *close reading*, pour apporter des éléments de connaissance et des instruments d'analyse. Tertio, on sollicite l'*affiliation* avec les autres membres du groupe.

Un exemple concret va peut-être éclairer ce que nous venons de décrire d'une manière abstraite. Une participante dit : « À la lecture de ce texte, je sens ou vois comme un frisson. Je suis aussi inquiète que ce jeune médecin partagé entre l'envie d'agir et la peur de voir l'enfant mourir »¹⁶³. L'ALHO pourrait demander, en utilisant d'abord les mêmes mots pour se connecter à l'aspect émotionnel : « Dans quel passage, ou dans quels passages, avez-vous ressenti ou vu ce frisson ? » Ensuite, à la lumière des phrases mentionnées par la participante, l'ALHO cherchera à comprendre, toujours par des questions, si ce frisson a pu être provoqué par le *suspens* (« Je suis aussi inquiète »), qui se fonde, d'un point de vue narratif, sur le *conflit interne* (« l'envie d'agir » vs « la peur de voir l'enfant mourir ») du *protagoniste* (« ce jeune médecin »). Enfin, l'ALHO aura la possibilité de s'adresser au reste du groupe, pour analyser ensemble comment *l'auteur* a réussi à créer, à l'aide des instruments *stylistiques*, un *personnage* « partagé ».

Nous ne voulons pas affirmer que chaque réponse engendre un tel mécanisme d'animation. Parfois, il est suffisant soit de prêter *attention*, soit de proposer une nouvelle *représentation*, soit de favoriser l'*affiliation*. Souvent, il s'agit de rester en silence et d'effectuer ces opérations à l'intérieur de soi-même, comme dans une sorte de rêverie – au sens dont Wilfred Bion use ce terme¹⁶⁴ –, pour projeter et ouvrir à l'extérieur, par le biais d'une posture réflexive, un espace d'expression. En tout cas, il ne faut pas oublier que ces trois moments et mouvements contribuent, d'un point de vue pédagogique, à transmettre les éléments, le langage de base et l'attitude de la lecture attentive.

Pour ce qui concerne la consigne élaborée à la lumière, ou à l'ombre, de *La Gorge en acier*, nous voulions évidemment inviter à raconter une première fois. Bien que la majorité des participant(e)s réponde généralement avec un récit autobiographique, il fallait trouver une formulation qui donnerait aussi la possibilité

¹⁶³ Cette réponse a été donnée lors du premier atelier de base et relue à l'occasion du premier atelier de recherche. Toutefois, le reste du paragraphe n'a qu'un but didactique : c'est un exemple qui se fonde, donc, sur une sorte de « fiction » académique.

¹⁶⁴ Voir : BION (Wilfred), « A Theory of Thinking », *International Journal of Psycho-Analysis*, n° 43, 1962, p. 306-310 ; BION (Wilfred), *Learning from Experience*, Londres, William Heinemann, 1962.

et la liberté d'explorer la fiction, tandis que la solution méta-narrative serait assurée par le lien réflexif avec l'expérience que l'on était train de vivre : celle d'un premier atelier de médecine narrative.

Toutefois, pour raconter une première fois, il faut la choisir : les réminiscences ou les imaginations risquent de faire perdre du temps et même de bloquer l'écriture. C'est pourquoi nous avons donné une consigne de passage : nous avons invité à dresser une liste de premières fois, en soulignant qu'elles pouvaient être réelles ou fictionnelles, à partir de la forme de l'inventaire anaphorique, créée par Georges Perec¹⁶⁵. Dans un tel cas, le texte proposé et partagé à voix haute ne donne pas lieu à une lecture attentive. Il fonctionne comme un modèle qui sollicite la production écrite. Seulement à la suite de cette activité, nous avons demandé de choisir l'une de ces première fois, et de la raconter extensivement en dix minutes.

En fait, on ne peut pas oublier que les récits se composent, d'un point de vue performatif, par une série d'actions. Quand on écrit, on prend avant tout des décisions rhétoriques, qui ouvrent sur un aspect éthique : « Qu'est-ce que je vais raconter ? Comment ? Pourquoi ? » L'objectif de l'écriture peut être soutenu dans le groupe si

¹⁶⁵ PEREC (Georges), *Je me souviens*, Paris, Fayard, 2012. Voilà les dix *Je me souviens* qui font référence à une première fois : « 31. Je me souviens que l'une des premières fois que je suis allé au théâtre ma cousine s'est trompée de salle – confondant l'Odéon et la Salle Richelieu – et qu'au lieu d'une tragédie classique, j'ai vu *l'Inconnu d'Arras* d'Armand Salacrou » (*Ibid.*, p. 18) ; « 133. Je me souviens que ma première bicyclette avait des pneus pleins (*Ibid.*, p. 42) ; « 135. Je me souviens qu'Henri Salvador a enregistré quelque chose comme les premiers disques français de Rock and Roll sous le nom de Henry Cording » (*Ibid.*) ; 143. Je me souviens que je croyais que les premières bouteilles de coca-cola – celle qu'auraient bues les soldats américains pendant la guerre – contenait de la benzedrine (dont j'étais très fier de savoir que c'était le nom scientifique du 'maxitron') » (*Ibid.*, p. 42) ; « 155. Je me souviens que la première manifestation à laquelle j'ai participé avait pour cause l'élection – ou le retour – en Sorbonne du pétainiste Jean Guilton » (*Ibid.*, p. 47) ; « 224. Je me souviens que le premier film en cinémascope s'appelait *la Tunique* (et qu'il était nul) » (*Ibid.*, p. 63) ; « 240. Je me souviens que la première ligne équipée de métros sur pneus fut la ligne Châtelet-Lilas » (*Ibid.*, p. 67) ; « 259. Je me souviens que l'une des premières décisions que prit de Gaulle à son arrivée au pouvoir fut de supprimer la ceinture des vestes d'uniforme » (*Ibid.*, p. 71) ; « 291. Je me souviens que le premier film de Jerry Lewis et Dean Martin que j'ai vu s'appelait *la Polka des marins* » (*Ibid.*, p. 79) ; « 364. Je me souviens que j'étais abonné à un Club du Livre et que le premier livre que j'ai acheté chez eux était *Bourlinguer* de Cendrars » (*Ibid.*, p. 97).

l'on arrive à imaginer les tâches demandées par un certain type de texte, et que l'on traduit chacune de ces tâches dans une consigne précise et particulière. Ainsi, on contribue à éviter les blocages et à réduire la peur de la page blanche, un sentiment qui est particulièrement présent lors d'un atelier d'introduction et qui risque d'impacter sur la poursuite du parcours, s'il n'est pas suffisamment prévu et donc contenu.

2.2 Se (re)présenter

2.2.1 « *Nomen omen* ».

Après l'atelier d'introduction, nous nous sommes rendu compte que le tour de table initial n'avait pas été suffisant pour que les participant(e)s retiennent les noms et les prénoms de leurs collègues. Il s'agissait d'un aspect fondamental pour favoriser la connaissance intersubjective et la cohésion groupale, étant donné que, comme Merel Visse le suggère indirectement plus haut, les noms propres constituent une partie essentielle de l'identité perçue. Pourtant, l'importance de cet élément dépasse le simple cadre groupal : la façon dont on appelle – ou l'on n'appelle pas – l'autre, peut exercer une influence flagrante dans les soins.

Dans un livre qui représente surtout un guide pratique, qui va se révéler utile ici pour son caractère de témoignage¹⁶⁶, l'anesthésiste et réanimateur Jérôme Cros rappelle que parfois les professionnel(le)s de l'hôpital remplacent, à travers l'usage de la métonymie, les noms propres des patient(e)s par un numéro de chambre, une pathologie ou une zone anatomique. Voilà trois exemples mentionnés par Cros : « Il faut faire descendre la 205 à la radio »¹⁶⁷ ; « La pré-éclampsie d'hier a monté ses tensions »¹⁶⁸ ; « Il y a un coude aux urgences, il faudrait qu'on l'opère ce soir »¹⁶⁹. Cros

¹⁶⁶ CROS (Jérôme), *Mieux communiquer entre soignants : Un enjeu majeur de sécurité*, Arnette, Montpellier, 2018.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 14.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 15.

souligne bien que cet usage risque d'impacter non seulement sur les relations avec les personnes malades et leurs familles, mais aussi sur les actes médicaux. Il rapporte, par exemple, le cas d'un garçon de quinze ans « endormi par erreur »¹⁷⁰ à cause d'une substitution de personne provoquée par un malentendu métonymique.

C'est Arthur Frank qui raconte d'une manière très précise comment la substitution du nom peut être vécue par un individu malade. Il en parle dans un chapitre de son « mémoire analytique » *At the Will of the Body*, et plus en particulier quand les médecins lui demandent de se soumettre à une série d'examens, pour pouvoir établir un diagnostic capable de donner un ordre au chaos de ses symptômes :

The investigation required me to enter the hospital. Fluids were extracted, specialists' opinions accumulated, machines produced images of the insides of my body, but the diagnosis remained uncertain. One day I returned to my room and found a new sign below my name on the door. It said « Lymphoma », a form of cancer I was suspected of having. No one had told me that this diagnosis, which later proved to be wrong, had been confirmed. Finding it written there was like the joke about the guy who learns he has been fired when he finds someone else's name on his office door. In this case my name had not been changed, it had been defined. « Lymphoma » was a medical flag, planted as a claim on the territory of my body.

This colonization only became worse. During chemotherapy a nurse, speaking to Cathie, referred to me as “the seminoma in 53” (my room number). By then the diagnosis was correct, but it had crowded out my name entirely. The hospital had created its own version of my identity. I became the disease, the passive object of investigation and later of treatment. Nameless, how could I be the person who experiences ?¹⁷¹

Dans ces deux paragraphes, on remarque la présence d'un climax : d'un point de vue narratif, le terme « lymphoma » apparaît au début, avec la violence d'une communication indirecte, au-dessous du nom marqué sur la porte, même s'il n'arrive

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 16.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ FRANK (Arthur W.), *At the Will of the Body*, *op. cit.*, p. 51-52.

pas encore à le substituer complètement. C'est seulement quand le diagnostic est posé d'une façon définitive que l'infirmière, dans un dialogue avec Cathie – la femme d'Arthur Frank –, se réfère à ce dernier en remplaçant doublement son nom propre par la définition médicale de la pathologie et par une collocation à l'intérieur de l'espace hospitalier. Cette substitution linguistique semble être perçue, à la fin du passage, comme une réduction de l'individu à la maladie, et presque comme une annulation de l'expérience personnelle.

La fiction permet d'aborder davantage, à l'aide de l'imagination, la question du nom. Dans *La mort d'Ivan Ilitch* (1886), qui représente l'un des textes clés pour la médecine narrative¹⁷² et dont Jeanine Young-Mason souligne le potentiel en termes d'apprentissage de la compassion¹⁷³, Léon Tolstoï raconte l'histoire de la vie, de la maladie et de la mort d'Ivan Ilitch, un homme de loi dans la Russie fin-de-siècle, à partir du moment, en même temps initial et final, du nécrologue et des funérailles.

Parfaitement au centre et au cœur de l'ouvrage (c'est-à-dire au début du chapitre 6), on trouve cette focalisation interne, qui devient aussi une réflexion sur la mortalité :

Au fond de lui, Ivan Ilitch savait qu'il mourait, mais loin de s'y être habitué, il ne comprenait pas, tout simplement, il ne pouvait pas se mettre cela dans la tête.

¹⁷² Voir : CHARON (Rita), TRAUTMANN BANKS (Joanne), CONNELLY (Julia E.) *et alii*, « Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice », *Annals of Internal Medicine*, *op. cit.*, p. 600 ; BRÖMER (Rainer), « Literature Helps: Listening to the Narrative of Medicine », *The Lancet*, vol. 366, n° 4, 2005, p. 1919-1920 ; CHARON (Rita), *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015 (2006), p. 57-58, 70 et 203-205 ; ENGEL (John D.), ZARCONI (Joseph), PETHTEL (Lura) et MISSIMI (Sally), *Narrative in Health Care : Healing Patients, Practitioners, Profession, and Community*, Oxford-New York, Radcliffe Publishing, 2008, p. 149-164 ; ZOHOURI (Mahshid), AMINI (Mitra) et SAGHEB (Mohammad Mehdi), « Fourth Year Medical Students' Reflective Writing On *Death of Ivan Ilych*: A Qualitative Study », *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, vol. 5, n° 2, 2017, p. 73-77.

¹⁷³ Voir : YOUNG-MASON (Jeanine), « Tolstoi's "The Death of Ivant Ilyich" : A Source For Understanding Compassion », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 2, 1988, p. 180-183 ; YOUNG-MASON (Jeanine), « Understanding Suffering and Compassion », *Cross Currents*, vol. 51, n° 3, 2001, p. 347-358.

L'exemple de syllogisme qu'il avait appris dans la Logique de Kiesevetter : « Caius est un homme. Tous les hommes sont mortels, donc Caius est mortel », lui avait paru juste toute sa vie en ce qui concernait Caius, mais non par rapport à lui. Pour l'homme-Caius, pour l'homme en général, c'était parfaitement juste ; mais lui n'était pas Caius, il n'était pas l'homme en général, lui il avait toujours été un être tout à fait, tout à fait spécial par rapport à tous les autres ; lui, il était le Vania qui avait sa « maman » et son « papa », qui avait Mitia et Volodia, ses jouets, son cocher, sa nounou et, après la nounou, Katenka, qui avait eu toutes les joies, tous les chagrins, tous les engouements de l'enfance, de l'adolescence, de la jeunesse. L'avait-il connue, Caius, cette odeur du ballon à bandes de cuir que Vania aimait tant ? Caius embrassait-il comme lui la main de sa mère, et l'entendait-il, Caius, ce bruissement de soie que faisaient les plis de la robe de sa mère ? Caius s'était-il insurgé contre les petits pâtés à l'École de Jurisprudence ? Caius avait-il été amoureux comme lui ? Caius pouvait-il, comme lui, présider une séance ? Allons donc !¹⁷⁴

À la différence des passages de Jérôme Cros et d'Arthur Frank, ici le nom n'est pas remplacé par le numéro de la chambre, la zone anatomique ou la pathologie. Le nom du protagoniste semble pourtant en danger à cause de la situation menaçante dans laquelle il se trouve : la maladie grave et la mort, qui s'approche de plus en plus. Or, à partir du langage philosophique et plus en particulier juridique – qui représente une partie du vocabulaire existentiel du protagoniste –, le narrateur matérialise ce risque en créant une sorte de faux antagoniste : Caius¹⁷⁵.

Le procédé est vertigineux et presque paradoxal : en répétant le prénom (Ivan), le nom (Ilitch) et le surnom (Vania) du protagoniste, le narrateur l'oppose sans cesse,

¹⁷⁴ TOLSTOÏ (Léon), *La Mort d'Ivan Ilitch*, op. cit., p. 119-20. Pour ce qui concerne les implications rhétoriques de ce passage, voir : VIDAL (Jean-Pierre), « “Moi seule en être cause...” . Le sujet exacerbé et son désir d'apocalypse », *Protée*, vol. 27, n° 3, 1999, p. 45-55.

¹⁷⁵ Ce nom dérive de la célèbre triade latine, attestée pour la première fois dans les écrits d'Irnerio, fameux jurisconsulte de l'Université de Bologne au début du XII^e siècle, sous la forme : *Titius et Gaius et Sempronius*. D'ailleurs, ce nom fictif appartient à la tradition juridique des cas anonymes depuis le V^e siècle : on le retrouve déjà dans le *Digeste* de Justinien. Pour plus de précisions, voir : GANE (Yorick Gomez), « *Tizio, Caio e Sempronio* (e altri tizi fittizi) », *Rivista Italiana di Onomastica*, vol. 21, n° 1, p. 129-149.

avec sa singularité, à Caius. C'est ainsi que cet « homme en général » se particularise et finit par entrer dans une relation fictionnelle et conflictuelle avec le protagoniste. Ivan a beau chercher à s'en dissocier et à le combattre : à travers la voix du narrateur, il appelle et convoque Caius, comme si c'était quelqu'un d'autre. Mais Ivan, Ivan Ilitch, Vania, il est aussi Caius, comme tout le monde d'ailleurs, au contraire de ce que le discours indirect libre essaie d'affirmer (ou plutôt de nier). « Comment se peut-il ? Comment l'admettre ? » C'est ce qu'Ivan se demande quelques lignes plus bas, en faisant écho et en donnant voix en même temps aux questions que chacun de nous pourrait se poser.

À la lumière du passage de Tolstoï et des autres textes mentionnés, nous pouvons affirmer que le nom de la maladie peut être perçu comme un présage d'annulation et de mort, surtout s'il finit par écraser le nom de la personne malade. Pour toutes ces raisons, il nous semblait d'autant plus nécessaire et prioritaire de favoriser l'apprentissage et donc l'usage des noms dans les groupes de médecine narrative. Nous ne voulions pas rentrer explicitement dans un cadre didactique : nous ne connaissions pas les habitudes et les attitudes des participant(e)s. En revanche, nous pouvions transmettre l'importance et la centralité du nom à partir de notre posture de co-animation, en prononçant à chaque fois, par exemple, les prénoms des participant(e)s auquel(le)s on donnait la parole pendant la lecture attentive ou pendant le partage.

Pourtant, cela ne paraissait pas suffisant. Il était peut-être utile d'effectuer un travail spécifique sur les noms des personnages et des personnes, pour en solliciter l'utilisation non seulement dans le contexte spécifique du groupe, mais plus en général, d'une manière reflétée, dans le milieu que nous partageons, en tant que professionnel(le)s de l'hôpital. C'est pour cette raison que, lors des ateliers de présentation et de représentation, nous avons choisi des textes et proposé des consignes d'écriture qui donnaient la possibilité de tourner autour des noms, comme nous allons montrer ci-après.

2.2.2 Je « est » un autre ?

Au début du deuxième atelier de médecine narrative au Chic, que nous définissons « atelier de présentation », nous avons proposé quelques pages tirées de *Réparer les vivants* par Maylis de Kerangal. Dans ce roman – qui développe une nouvelle écrite par son auteure en précédence¹⁷⁶ et qui a eu beaucoup de succès après sa parution en 2013¹⁷⁷ –, on raconte l'histoire d'une greffe à travers les différents acteurs impliqués, dans le cadre d'une temporalité qui exploite les règles de la tragédie classique : vingt-quatre heures se passent entre le réveil de Simon Limbres – qui va bientôt mourir, à cause d'un accident de la route, en rentrant d'une session de surf avec ses copains – et la fin de l'opération grâce à laquelle son cœur retrouve une place à l'intérieur du corps de Claire Méjan¹⁷⁸.

Entre ces deux extrêmes narratives, beaucoup de personnages du monde hospitalier défilent sous les yeux du lecteur : Pierre Révol, par exemple, le docteur de la réanimation du Havre qui accueille Simon en état de mort encéphalique ; Cordélia Owl, l'infirmière qui s'occupe du corps de Simon, dans l'attente que ses parents prennent une décision au sujet du don d'organes ; Marthe Carrare, qui travaille à l'Agence de Biomédecine et qui doit trouver, dans le plus bref délai possible, des corps compatibles avec le cœur, les poumons, le foie et les reins de Simon ; Virgilio Brea, un chirurgien italien qui doit se rendre à l'hôpital du Havre pour prélever le cœur de

¹⁷⁶ Voir : DE KERANGAL (Maylis), « Cœur de nageur pour corps de femme compatible », dans AA. VV., *Qui est vivant ?*, Paris, Éditions Verticales, 2007, p. 88-95.

¹⁷⁷ *Réparer les vivants* a remporté beaucoup de prix littéraires après sa parution. En 2016, le réalisateur Katell Qullévéré en a tiré un film (homonyme) avec Tahar Rahim, Emmanuelle Seigner et Anne Dorval. Emmanuel Noblet en a proposé une mise en scène monologique, qui a gagné le « Molière seul(e) en scène », en 2017.

¹⁷⁸ En effet, le premier chapitre et paragraphe du roman – qui ne se compose que d'une phrase très longue – se conclut par une double remarque temporelle : « L'alarme d'un portable » et l'image « d'un écran tactile » qui montre « les chiffres 05 : 50 ». Voir : DE KERANGAL (Maylis), *Réparer les vivants*, Paris, Gallimard, 2014 (2013), p. 12. Le dernier paragraphe et chapitre se termine, juste après l'opération que Claire Méjan subit, par la phrase : « Il est cinq heures quarante-neuf » (*Ibid.*, p. 299).

Simon et le ramener ensuite à Paris ; Alice Harfang, une jeune interne qui appartient à une famille de médecins très célèbres et qui accompagne Virgilio pendant ce voyage éclair ; Emmanuel Harfang, le docteur de la Pitié-Salpêtrière qui va finalement « réparer » le corps de Claire Méjan grâce au cœur de Simon Limbres.

En ce qui concerne l'atelier de présentation, nous nous sommes focalisés sur un autre personnage qui fait partie de l'univers soignant décrit dans *Réparer les vivants* : Thomas Rémige, l'infirmier coordinateur des prélèvements d'organes et de tissus du pays rallié à l'hôpital du Havre. Nous avons fait ce choix pour trois raisons.

En premier lieu, afin de respecter et refléter la composition interprofessionnelle de nos groupes, il nous semblait nécessaire d'aborder un texte dont le protagoniste n'était pas un médecin, comme c'était le cas dans le récit de Mikhaïl Boulgakov, mais un autre professionnel de santé.

En deuxième lieu, la figure de Thomas Rémige est double : il est suspendu entre l'hôpital et la musique, sa carrière d'infirmier et son talent pour le chant, sa spécialité professionnelle et la passion pour les chardonnerets, la capacité d'écoute et son recueil d'enregistrements sonores. La superposition de l'aspect artistique et de l'identité soignante pouvait fonctionner comme un reflet fictionnel de la discipline même de la médecine narrative, où la médecine et la narration, la science et l'art, l'éthique et l'esthétique visent à s'intégrer.

En troisième lieu, les éléments du chant et des oiseaux avaient déjà émergé en occasion du tour de table pendant l'atelier d'introduction. Une participante avait raconté qu'elle prenait des cours de chant lyrique et que parfois elle se produisait dans des spectacles. Une autre avait dit qu'elle faisait du *birdwatching*. Ces révélations ont fourni des petits points d'appui pour la co-construction narrative de l'atelier de présentation. D'ailleurs, l'ALHO, en tant que figure de pivot qui accompagne les groupes, joue un rôle qui permet de tisser les liens parmi les séances, en se fondant sur les contenus apportés par les participant(e)s au fur et à mesure que le parcours s'avance.

Comme nous avons l'objectif expressif et groupal de solliciter les présentations des participant(e)s à partir de leurs noms, nous avons choisi le passage où Thomas Rémige est mentionnée, décrit et présenté pour la première fois par le narrateur de *Réparer les vivants*.

Tout d'abord, pour mettre en mouvement le processus de la lecture attentive et favoriser les échanges, nous avons posé trois questions : « Qu'est-ce que vous remarquez dans ce texte ? Qu'est-ce qui vous frappe ? Quels sont les éléments, à un niveau de forme ou de contenu, qui retiennent votre attention ? » La première formulation s'inspire directement de la question suggérée par Rita Charon en vue de l'atelier d'introduction (et de recherche) : nous avons remplacé « voir » avec « remarquer » dans le but de faire appel à une attention plus analytique. La deuxième formulation invite, à travers l'usage du verbe « frapper », au partage de la réponse émotionnelle. La troisième formulation s'inscrit pleinement, avec ses références à la « forme », au « contenu » et à l'« attention », dans le cadre de la lecture attentive. Ces trois questions sont ensuite devenues fixes, et elles constituent désormais une sorte de rituel pour favoriser les échanges après la lecture d'un texte à voix haute, mais aussi après le partage d'une image ou d'une musique¹⁷⁹.

À la suite de cette première sollicitation lors de l'atelier de présentation, nous avons demandé de comparer le texte de Maylis de Kerangal avec celui de Boulgakov, non seulement pour en faire ressortir les différences et aiguïser davantage l'attention, mais aussi pour donner des éléments de langage : le récit à la troisième personne vs le récit à la première personne (et donc le concept de narrateur hétérodiégétique, homodiégétique et autodiégétique¹⁸⁰) ; le présent historique vs le passé (pour ce qui concerne la mise en scène textuelle et verbale de la *temporalité*) ; le discours indirect libre vs les discours directs (du point de vue du *style*) ; les phrases longues vs les phrases brèves, avec leur retombées en termes de rythme (au niveau de la *voix*).

Nous avons ensuite donné une première consigne d'écriture imaginative à partir du texte, pour faire le lien entre l'activité de la lecture attentive et celle de l'écriture expressive avec laquelle la séance se terminerait. Plus en particulier, nous avons demandé de donner une identité au narrateur (ou à la narratrice) qui raconte la scène décrite dans *Réparez les vivants*, et de le (ou la) présenter à la troisième

¹⁷⁹ Évidemment, dans ces deux derniers cas, la première question devient : « Qu'est-ce que vous remarquez dans cette image ? » Ou bien : « Qu'est-ce que vous remarquez dans cette musique ? »

¹⁸⁰ Pour ce qui concerne ces notions, voir : GENETTE (Gérard), *Discours du récit*, Paris, Seuil, 2007 (1983), p. 254-264.

personne à partir de son nom, sans manquer de dévoiler la nature de sa relation avec le personnage de Thomas Rémige.

Une fois partagées à voix haute, ces imaginations ont contribué non seulement à faire émerger autrement les caractéristiques du texte lu, mais aussi à construire, au-delà et au-dessus de la narration, le réseau des liens possibles autour du personnage de Thomas Rémige, comme dans un roman à plusieurs mains et voix. La fonction du narrateur pouvait être remplie par des figures qui appartenaient à la famille ou au milieu d'origine de Thomas (la mère, le père, un jumeau, une jumelle, le frère de lait, un ami d'école ou d'enfance), à l'univers professionnel (un collègue ou le chef de service), à la vie personnelle (un copain ou une copine, un colocataire, un voisin de palier, une maîtresse, une femme mystérieuse), au monde des activités récréatives mentionnées dans le texte (la prof de chant, le chardonneret et même la musique). Dans quelques cas, c'était juste le personnage de Thomas Rémige qui parlait de soi à la troisième personne, comme si le narrateur autobiographique était décalé et dédoublé.

Ce dernier développement permet d'introduire la deuxième et dernière consigne d'écriture. Pour en dévoiler le fonctionnement et en expliquer le sens, nous l'avons anticipée, lors de l'atelier de présentation, par la simple lecture à voix haute d'une citation tirée de la lettre dite « du voyant » d'Arthur Rimbaud :

Je veux être poète, et je travaille à me rendre voyant : vous ne comprendrez pas du tout, et je ne saurais presque vous expliquer. Il s'agit d'arriver à l'inconnu par le dérèglement de tous les sens. Les souffrances sont énormes, mais il faut être fort, être né poète, et je me suis reconnu poète. Ce n'est pas du tout ma faute. C'est faux de dire : je pense : on devrait dire : On me pense. – Pardon du jeu de mots. – Je est un autre¹⁸¹.

À travers la deuxième consigne, nous voulions en effet inviter les participant(e)s à se faire « voyant(e)s », au sens de se regarder de l'extérieur et se présenter à la troisième personne, tout en transposant le paradoxe grammatical de Rimbaud à un niveau narratif. En d'autres termes, nous avons demandé de se raconter à partir des premiers mots du passage de Maylis de Kerangal que nous avons distribué

¹⁸¹ RIMBAUD (Arthur), *Lettres du voyant*, Genève, Droz, 1975, p. 112-114.

au début : « Ce matin » + « Son propre prénom et nom » (à la place de « Thomas Rémige »).

Il faut avouer que dans le roman le texte commence ainsi : « Ce dimanche matin, dans un studio en rez-de-jardin situé rue du Commandant-Charcot, Thomas Rémige fait basculer les lamelles d'un store vénitien »¹⁸². Notre « version » généralise une situation bien particulière en éliminant les références au contexte temporel et spatial pour favoriser la liberté d'expression et d'imagination. D'un point de vue philologique, nous devrions transcrire : « Ce [...] matin [...] Thomas Rémige fait basculer les lamelles d'un store vénitien ». Toutefois, il nous semblait que les deux parenthèses carrées pourraient trop attirer l'attention, en éloignant non seulement de la lecture attentive mais aussi du but de la consigne.

C'est pourquoi, au lieu de suivre la convention académique, nous avons privilégié l'adaptation presque « théâtrale », qui ajuste le texte à son contexte d'énonciation et d'usage : celui d'un atelier de médecine narrative. Dans les feuilles que nous avons distribuées, la phrase initiale est donc devenue, tout simplement : « Ce matin Thomas Rémige fait basculer les lamelles d'un store vénitien ». Pourvu que le texte de départ ne soit pas défiguré, ce genre d'intervention peut être tout à fait légitime dans le cadre de la médecine narrative, où les narrations assument aussi une valeur performative.

En ce qui concerne les textes écrits par les participant(e)s – qui restaient libres de mélanger invention et réalité dans leur propre présentation, bien qu'ils étaient censé(e)s mentionner leurs noms et prénoms –, nous soulignons que, d'un point de vue formel, la narration hétérodiégétique pouvait glisser vers la narration homodiégétique : en d'autres termes, dans les textes, la troisième personne, suggérée par le modèle, devenait parfois, d'une façon presque naturelle et fluide, une première personne.

À la lumière de cela, on pourrait se demander s'il ne faut pas ajouter un point d'interrogation à la fin de l'affirmation rimbaldienne, comme nous avons fait dans le titre de cette section, pour ouvrir à la réflexion : « je » est un autre ? On pourrait surtout se demander, d'une façon plus précise et ponctuelle, si les textes des

¹⁸² KERANGAL (Maylis De), *Réparer les vivants*, *op. cit.*, p. 74.

participant(e)s ne cherchaient pas à nous dire qu'un récit de soi à la troisième personne était insuffisant pour se présenter dans un groupe, et plus en particulier dans un groupe de médecine narrative.

C'est ainsi, en tout cas, que nous avons *entendu* le glissement du narrateur. Et dans le troisième atelier du CHIC, comme nous allons montrer dans les pages suivantes, nous sommes revenus à la première personne, en proposant une autre façon de se présenter, ou plutôt de se représenter.

2.2.3 Appelez-moi...

Le terme « représentation », avec lequel nous définissons le troisième atelier de base du CHIC, peut assumer, dans ce contexte, trois significations différentes.

Primo, d'un point de vue itératif, la représentation correspond à une nouvelle présentation. Comme nous venons d'anticiper, il était question de favoriser, dans l'atelier de représentation, une autre présentation de soi : à la première personne.

Secundo, à un niveau de dynamique littéraire, la représentation renvoie à une mise en scène de deuxième degré. C'est la différence qui existe, par exemple, entre une personne et un personnage. On retrouve ce clivage même – ou peut-être surtout – dans l'écriture autobiographique : malgré l'identité de l'auteur, du narrateur et du protagoniste (qui est l'une des caractéristiques fondamentales de l'autobiographie selon Philippe Lejeune¹⁸³), la sélection des événements racontés ne peut pas restituer le sujet dans sa complexité. En même temps, l'écriture permet de créer un deuxième sujet, qui est aussi un sujet double : le sujet raconté, et le sujet racontant. D'où le pouvoir transformatif de l'écriture autobiographique : la narration nous change, et l'écriture devient une forme d'expérience en soi, comme Arthur Frank le souligne bien¹⁸⁴. De ce point de vue, on pourrait se demander si toute autobiographie ne correspond pas, dans le fond, à une autofiction, c'est-à-dire, étymologiquement, à une construction de soi.

¹⁸³ Voir : LEJEUNE (Philippe), *Le Pacte autobiographique*, Paris, Seuil, 1996 (1975), p. 14-18.

¹⁸⁴ Voir : FRANK (Arthur), *The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, p. 20-25.

Tertio, pour revenir à la médecine narrative et plus en particulier à la triade pratique, la représentation coïncide avec un mouvement « systolique » qui est capable de traduire dans une action linguistique ce que l'on a accueilli et reçu pendant la phase diastolique de l'attention. Il ne s'agit pas d'une simple reformulation du discours d'autrui, mais d'une véritable reconstitution narrative, à la lumière d'une expérience individuelle, d'une relation partagée et d'un milieu commun, qui peut consolider l'affiliation.

Dans l'atelier de représentation, nous avons exactement l'objectif de faire intervenir ces trois éléments en même temps pour renforcer les compétences narratives (surtout en termes d'imagination et d'écriture), ainsi que le lien dans les groupes. En synthèse, il fallait solliciter les participant(e)s à se présenter pour une deuxième fois, à se représenter aussi en tant que personnages, et puis à représenter les représentations des autres.

Pour favoriser ces processus, il nous semblait que l'incipit célébrissime de *Moby Dick* (1851) de Herman Melville était particulièrement adapté. Il s'agit d'un roman qui n'a pas besoin de présentation : la bibliographie sur Melville en général, sur *Moby Dick* en particulier et sur la figure d'Ismaël dans le spécifique est immense comme la mer qui est au centre de cet ouvrage « océanique »¹⁸⁵. Pourtant, avant d'exposer et justifier le fonctionnement de l'atelier, il est nécessaire de préciser quelques points.

En premier lieu, le chapitre initial de *Moby Dick* n'aborde pas un sujet directement médical : dans ce passage, les figures de soins sont absentes. Pourtant, dès les premières lignes, Ismaël dit qu'il s'embarque, à chaque fois, « pour secouer la mélancolie et rajeunir le sang »¹⁸⁶. Donc, dans sa représentation en tant que personnage qui participe aux épisodes racontés, le narrateur donne tout de suite l'image d'un homme malade : d'un point de vue métaphorique, la mer devient un remède ou médicament, avec son « air pur »¹⁸⁷ qui fait penser à l'auto-prescription d'un changement dans le mode de vie pour récupérer la santé. Certes, la présence de la

¹⁸⁵ Pour un panorama critique, voir : YOTHERS (Brian), *Melville's Mirrors : Literary Criticism and America's Most Elusive Authour*, Rochester, Camden House, 2011.

¹⁸⁶ MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Flammarion, 2012, p. 46.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 50.

maladie n'est pas explicite comme au début de *Illiade* d'Homère, d'*Œdipe roi* de Sophocle ou du *Décameron* de Boccace, pour ne mentionner que quelques exemples classiques. Pourtant, on pourrait ranger *Moby Dick* parmi les ouvrages où la machine narrative se met en marche à partir d'une réaction à la maladie. À un niveau thématique, cela justifie notre choix et notre proposition du roman de Melville dans le cadre des ateliers de base.

En deuxième lieu, la figure d'Ismaël est très riche. Bien que la définition des « two Ishmaels »¹⁸⁸, élaborée par Walter E. Bezanson, ait eu beaucoup de succès, on ne peut pas réduire la fonction d'Ismaël à la simple dialectique narratologique entre personnage et narrateur. Comme les critiques successifs ont pu suggérer, Ismaël est une création plurielle : non seulement parce qu'il s'exprime souvent au « nous », comme un chœur¹⁸⁹ parlant au nom de la chiourme du *Pequod*, mais aussi parce que, dans l'économie du roman, il joue également le rôle d'un auteur dramatique, d'un philosophe métaphysique¹⁹⁰, d'un prophète¹⁹¹ et même du public¹⁹². Ces mécanismes littéraires ouvrent à une réflexion sur la complexité de l'identité et des identités, qui peuvent être explorées et mises en scène par le biais de l'écriture.

En troisième et dernier lieu, l'adresse initiale aux lecteurs (« *Call me...* ») fournit une formulation parfaite pour se présenter et représenter face à un groupe à partir de l'élément fondamental de son propre nom, qui restait au centre du troisième atelier de médecine narrative au CHIC.

Or, avant toute chose, face à un tel classique, il y avait un problème qui se posait et que nous n'avions pas encore rencontré : quelle traduction choisir ? À la différence du récit de Boulgakov, le roman de Melville a une longue tradition

¹⁸⁸ BEZANSON (Walter E.), « *Moby-Dick : Work of Art* », dans HILLWAY (T.) et MANSFIELD (S. T.), *Moby-Dick Centennial Essays*, Dallas, Southern Methodist University Press, 1953, p. 35.

¹⁸⁹ OLSON (Charles), *Call Me Ishmael*, New York, Grove Press, 1947, p. 58.

¹⁹⁰ Voir : YOUNG (John W.), « Ishmael's Development as Narrator : Melville's Synthesizing Process », *College Literature*, vol. 9, n° 2, 1982, p. 97-111.

¹⁹¹ Voir : GALLAGHER (Susan VanZanten), « The Prophetic Narrator of *Moby-Dick* », *Christianity and Literature*, vol. 36, n° 3, 1987, p. 11-25.

¹⁹² Voir : PÜTZ (Manfred), « The Narrator As Audience : Ishmael As Reader And Critic in *Moby-Dick* », *Studies in the Novel*, vol. 19, n° 2, 1987, p. 160-174.

traductive : les quatre traductions françaises sont celles, par ordre de parution, de Jean Giono (avec Lucien Jacques et Joan Smith, 1941)¹⁹³, d'Armel Guerne (1954)¹⁹⁴, d'Henriette Gueux-Rolle (1970)¹⁹⁵ et de Philippe Jaworski (2006)¹⁹⁶.

Comme Isabelle Génin le remarque bien, la traduction du poète Armel Guerne, réimprimée en 2005, a immédiatement suscité « des critiques très positives »¹⁹⁷. Dominique Jardez souligne que cette traduction est présentée, par l'éditeur Jane Strick, comme une « transplantation radicale », qui résulte « d'une rencontre idéale entre Melville et le poète-traducteur (on songe à Poe et à Baudelaire), dont la version est jugée la plus proche de l'*outlandish* américain »¹⁹⁸.

À la lumière de ces réflexions et d'une lecture des différentes versions, nous avons finalement choisi la traduction d'Armel Guerne pour sa « fidélité » (réelle ou prétendue). Une interrogation sur le concept de « traduction fidèle » dépasserait l'objectif de cette thèse. C'est pourquoi nous renvoyons, en général, aux considérations théoriques et pratiques d'Umberto Eco¹⁹⁹. Ici, nous nous demandons si la catégorie de « traduction fidèle » est la plus adaptée en médecine narrative. Ou faut-il plutôt considérer ce que les textes, traduits ou non, permettent de *faire* effectivement, en termes de lecture attentive et d'écriture expressive ou créative, dans le cadre d'un atelier, où c'est l'aspect performatif qui l'emporte ?

¹⁹³ MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Gallimard, 1941.

¹⁹⁴ MELVILLE (Herman), *Moby Dick ou Le Cachalot Blanc*, Paris, Sagittaire, 1954.

¹⁹⁵ MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Genève, Editio-Service, 1970.

¹⁹⁶ MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Gallimard, 2006.

¹⁹⁷ GENIN (Isabelle), « La Baleine Blanche a mauvais genre », *Palimpsestes*, vol. 21, 2008, p. 68. Il est peut-être utile de rappeler que, lors de la réimpression de la traduction d'Armel Guerne chez Presses Pocket en 1981, le *Magazine littéraire* de la même année remarque, dans la rubrique consacrée aux comptes rendus, que « la valeur de cette édition tient à la qualité de sa traduction : la meilleure, probablement, due à Armel Guerne, qui fait de la fidélité au texte la condition d'une qualité d'écriture ».

¹⁹⁸ JARDEZ (Dominique), « Le retour de *Moby Dick* », dans KAHN (R.) et SETH (C.), *La Retraduction*, Mont-Saint-Aignan, Publication des universités de Rouen et du Havre, 2010, p. 202-203.

¹⁹⁹ ECO (Umberto), « Riflessioni teorico-pratiche sulla traduzione », dans NERGAARD (S.), *Teorie contemporanee della traduzione*, Milan, Bompiani, 1995, p. 121-145 (en particulier, le paragraphe consacré à la sémiotique de la fidélité, p. 122-124).

Une réponse indirecte nous a été fournie par le premier groupe, auquel nous avons lu à voix haute le texte de Melville dans la traduction de Guerne. Les participant(e)s ont réagi en mettant en lumière la difficulté de compréhension, à cause non seulement des références multiples, qui demanderaient des recherches, mais aussi de la longueur excessive des phrases. Si parfois l'on évoque le « blocage de l'écrivain » (et nous consacrons une partie de nos efforts pour éviter ou réduire la possibilité que cela se passe pendant les séances), là, nous étions confrontés à une situation complémentaire et inattendue : le « blocage des lecteurs ».

Pour chercher à résoudre le problème, nous avons pensé proposer au deuxième groupe une autre traduction, avec des phrases moins longues : le choix ne pouvait que tomber sur la version d'Henriette Gueux-Rolle. En outre nous avons raccourci l'extrait, en le faisant terminer par la décision, de la part d'Ismaël, de s'embarquer pour aller pêcher la baleine. Enfin, afin d'alléger davantage le texte, nous avons éliminé une partie des références classiques en évitant la multiplication des parenthèses carrées : nous nous sommes bornés à indiquer les coupures à l'aide des trois points de suspensions, comme dans l'usage anglo-saxon, qui permet de conserver l'unité et la fluidité narratives.

Les réactions du deuxième groupe face à la version d'Henriette Gueux-Rolle ont été complètement différentes par rapport à celles du premier groupe : il n'y a eu aucun blocage. Au contraire, les échanges ont été riches. À la lumière de cette réponse esthétique, nous avons repropoé la traduction d'Henriette Gueux-Rolle aux trois groupes suivants, avec des résultats positifs en termes de lecture attentive.

C'était juste après cette activité que nous avons prévu de proposer la première consigne d'écriture favorisant la représentation de soi, au sens de se présenter pour une deuxième fois et de se représenter en tant que personnage, comme nous avons dit au début de cette section. Nous avons ainsi demandé aux participant(e)s de commencer leur textes comme celui de Melville (c'est-à-dire par l'impératif « Appelez-moi »), de remplacer « Ismaël » par son propre nom, et de continuer. Bien évidemment, on avait le droit de s'inspirer de sa propre autobiographie, d'utiliser la fiction ou de mélanger les deux.

Au lieu d'inviter à partager les textes avec le groupe comme d'habitude, nous avons préféré élaborer un dispositif qui permettait de traduire, d'un point de vue

performatif et relationnel, les mouvements de la triade pratique de la médecine narrative, avec une focalisation particulière, comme nous avons anticipé plus haut, sur le mouvement systolique de la représentation.

En premier lieu, pour solliciter la phase diastolique de l'attention, nous avons demandé aux participant(e)s de constituer des binômes²⁰⁰ et de partager leurs écrits avec leur partenaire. Nous avons conseillé de porter le maximum d'attention à la narration de l'autre et de lire son propre texte lentement, pour permettre à l'autre de faire la même chose.

Ensuite, dans le double but de favoriser l'appropriation des noms et de travailler d'une façon profonde sur la représentation (au sens spécifique du terme), nous avons demandé à chaque participant(e) de récrire, et donc de représenter, le texte de son propre partenaire, en gardant l'usage de la première personne. Je est un autre ? Oui, encore, peut-être.

Enfin, pour encourager et élargir l'affiliation, nous avons sollicité chaque couple de participant(e)s à sélectionner, après un nouveau partagé en binôme, deux textes sur quatre pour les lire à voix haute devant le reste du groupe. Dans la majorité des cas, les binômes ont choisi soit les deux représentations originales soit les deux récritures²⁰¹. Dans quelques cas, les binômes ont partagé les deux versions du même texte pour en faire une comparaison.

À la fin de ce processus et de l'atelier, il a été possible de fournir une première explication de la triade pratique de la médecine narrative qui se fondait directement sur ce que l'on venait de faire et vivre ensemble. Pour la précision, nous avons lu et

²⁰⁰ À cause de la nature de cet exercice (la représentation de soi à l'autre) et à la lumière de la construction du dispositif que nous allons exposer dans les lignes suivantes, il n'était pas possible de constituer des trinômes dans les groupes impairs (à la différence de ce qui s'est passé dans le quatrième atelier de base, comme nous le verrons dans la prochaine sous-section). Ainsi, dans l'atelier de représentation, l'ALHO a dû travailler, parfois, avec les participant(e)s qui étaient resté(e)s seul(e)s. Dans le chapitre 4, nous analyserons mieux les situations dans lesquelles l'ALHO peut passer de l'observation participante à la participation observante, sans impacter négativement sur les dynamiques groupales.

²⁰¹ C'est-à-dire : A lit son propre texte, et B lit son propre texte. Ou bien : A lit sa propre récriture du texte de B, et B lit sa propre récriture du texte de A.

commenté quelques passages tirés de *Médecine narrative* par Rita Charon²⁰². Cette forme de pédagogie horizontale, basée sur l'expérience, devrait permettre de toucher et de mieux comprendre les aspects de la théorie grâce à la pratique.

D'ailleurs, pendant le premier atelier de recherche, une participante a remarqué :

Il y a eu un moment, [...] c'était la fin de la troisième séance... tu as partagé un morceau de texte de Rita Charon. Et là, en fait, je n'avais pas besoin de plus, mais j'avais besoin de ça. C'était très bien que tu le fasses à ce moment-là parce que je commençais à me dire : « Bon ». [...] Vraiment à chaque fois j'étais très contente, mais j'avais du mal à comprendre comment ça allait s'articuler. C'était encore un peu flou.

Cela suggère que la fin d'un atelier de représentation est un moment bien adapté pour commencer à dévoiler les éléments théoriques de la médecine narrative, étant donné que les participant(e)s ont bien expérimenté le fonctionnement d'une séance, et que les groupes se sont désormais constitués. Les dévoilements théoriques contribuent à réduire, sans pourtant l'annuler, le risque du « flou », qui peut être, malgré les efforts, l'un des points faibles d'une formation fondée surtout sur l'expérience, comme nous le verrons mieux dans le chapitre 5.

2.3 Trois genres à l'œuvre

2.3.1 *Cher docteur, cher patient.*

Comme nous avons dit au début de cette thèse, le dossier parallèle convoque non seulement, d'une façon générale, l'écriture autobiographique, mais aussi les genres spécifiques de la lettre, du journal et de la poésie. Il est donc utile, sinon indispensable, de travailler sur ces trois typologies d'écriture après les ateliers d'introduction, de présentation et de représentation – qui permettent de favoriser la

²⁰² CHARON (Rita), *Médecine narrative*, op. cit., p. 221, 222, 228, 235, 249, 251-253.

création du groupe, de jeter les fondations pour la pratique de la lecture attentive, et de commencer à libérer la parole –, si l'on veut favoriser l'appropriation du dossier parallèle à partir de la deuxième phase : celle des ateliers de créativité. En effet, grâce à ce travail d'approfondissement, on est en mesure d'ouvrir un espace expressif dans le groupe, en fournissant aux participant(e)s un langage pour s'orienter dans le cadre du dossier parallèle et trouver, à l'intérieur de celui-ci, ses propres mots.

Lors du quatrième atelier de base au CHIC, nous avons pensé proposer une lettre, en tant que forme d'écriture spécifique dans le cadre plus ample et général d'une relation, aussi afin de marquer une continuité avec les activités et les jeux de rôle qui avaient permis de toucher, en conclusion de la troisième séance, le concept et le fonctionnement de la triade pratique de la médecine narrative.

Plus en particulier, nous avons tiré une lettre de *La Maladie* (2006), le roman de l'écrivain vénézuélien Alberto Barrera Tyszka²⁰³ qui a remporté le prix Herralde. Dans un article paru quelques mois après notre atelier, Orlando Mejía-Rivera range *La Maladie* parmi des ouvrages tels que *La Montagne magique* de Thomas Mann, *La peste* d'Albert Camus et *Le Pavillon des Cancéreux* d'Alexandre Soljenitsyne, qui représentent des instruments narratifs de réflexion dans le cadre des Humanités médicales²⁰⁴.

En effet, *La Maladie* met en scène une série de relations de soins, où les quatre personnages du médecin Andrés Miranda, de son père Javier, de sa secrétaire Karina Sánchez et de son patient Ernesto Durán se croisent, se superposent et s'enchevêtrent parfois sans le dire, parfois sans le savoir, parfois sans le vouloir, tout en élaborant de longues réflexions sur les pouvoirs et les limites, les lumières et les ombres du langage et de la narration.

²⁰³ Pour une note biographique sur Alberto Barrera Tyszka, voir : CAAMAÑO M. (Virginia), « De ciudades y pasiones. Un acercamiento a cuatro cuentos latinoamericanos del fin de siglo », *Filología y Lingüística*, vol. 36, n° 1, 2010, p. 65.

Je me contente ici de rappeler que Tyszka, né à Caracas en 1960, a publié, à partir de 1990, quatre romans, trois livres de contes, quatre recueils de poèmes, ainsi que la première biographie documentée de Hugo Chávez. Il a enseigné à la Faculté de Lettres, et il est aussi journaliste.

²⁰⁴ Voir : MEJIA-RIVERA (Orlando), « La literatura y el cine en la formación del médico y las humanidades médicas », *Acta Médica Colombiana*, vol. 44, n° 3, 2019, p. 1-5.

Parmi les huit lettres²⁰⁵ qui figurent dans la première partie de *La Maladie* – où le personnage d’Ernesto Durán écrit au docteur Andrés Miranda par courrier électronique –, nous avons choisi la deuxième pour mener notre activité de lecture attentive dans les groupes. Cette lettre se focalise bien sur la relation de soins : avec un langage qui peut être considéré comme persuasif et persécuteur à la fois, le patient fait ici appel à son médecin – ainsi qu’au cadre de leur relation, thérapeutique et épistolaire à la fois – afin de le solliciter et d’obtenir finalement un retour.

Avec la première consigne d’écriture, nous avons pensé demander aux participant(e)s de se mettre à la place du destinataire et de répondre. Pourtant, pour que la lettre soit prise encore plus au sérieux, nous voulions que personne n’était sûr qu’il s’agissait d’un texte fictionnel : on pourrait croire qu’un véritable patient avait envoyé ce courriel. Pour construire cette ambiguïté, nous avons travaillé en trois directions.

Primo, nous avons décidé de ne pas contextualiser la lettre après la lecture à voix haute ou attentive, au contraire de ce que nous avons fait pendant les ateliers d’introduction, de présentation et de représentation avec les textes de Mikhaïl Boulgakov, de Maylis de Kerangal et d’Herman Melville, en donnant quelques infos sur l’auteur(e), le titre de l’ouvrage et son intrigue, ainsi que l’année de première publication. C’est ce qu’un(e) ALHO fait d’habitude dans un atelier de base. Toutefois, il est possible d’utiliser le *suspense* en tant qu’instrument narratif pour construire la séance. C’est un choix délicat et dangereux, parce qu’il risque de ne pas fonctionner. En revanche, s’il est bien maîtrisé, il a un impact important du point de vue émotionnel et pédagogique.

Secundo, la lettre a été rendue anonyme : nous avons éliminé la référence au personnage du docteur dans l’en-tête et la signature du patient fictionnel à la fin. En effet, le caractère exotique de leurs noms et prénoms en espagnol – Ernesto Durán et Andrés Miranda – pourrait suggérer que la source était romanesque.

²⁰⁵ Voir : TYSZKA (Alberto Barrera), *La Maladie*, Paris, Gallimard, 2010, p. 14-15 (lettre 1), 26-30 (lettre 2), 40-45 (lettre 3), 65-67 (lettre 4), 91-92 (lettre 5), 92 (lettre 6), 93 (lettre 7) et 103 (lettre 8).

Tertio, comme dans le cas d'Herman Melville, nous avons signalé les quelques passages coupés par le biais des trois points de suspensions, pour garder l'unité textuelle.

Nous étions conscients que l'absence d'un cadre narratif, le manque de contextualisation et l'élimination des noms pourraient créer un vide qui bloquerait l'écriture lors de la première consigne. Ainsi, après la lecture attentive, nous avons donné un exercice intermédiaire de développement imaginaire à l'oral.

En particulier, nous avons demandé trois choses. En premier lieu, il fallait constituer des binômes, plus un trinôme dans les groupes impairs. En deuxième lieu, chaque binôme ou trinôme était censé imaginer, en discutant, l'histoire autour de la lettre. En troisième lieu, il était nécessaire d'attribuer une identité et des caractéristiques aux trois figures mentionnées, c'est-à-dire celle du patient, celle de la secrétaire et celle du médecin. On ne partagerait que leurs noms et prénoms avec le reste du groupe, dans une sorte de continuité avec le travail fait à partir de ces éléments pendant les deux ateliers précédents.

Après avoir rempli la première consigne d'écriture (« Répondez individuellement à la lettre du patient ») et après avoir lu les textes dans le cadre restreint d'un binôme ou d'un trinôme, beaucoup de participant(e)s s'attendaient à une nouvelle demande de réécriture, peut-être à cause de quelques ressemblances avec l'atelier de représentation. Pourtant, nous n'avons pas invité à récrire la lettre de l'autre, mais à *y répondre*, pour assumer finalement la voix et le point de vue du patient : un jeu de miroirs, qui permettait à chacun(e) de réfléchir et jouer à la fois les différents rôles d'une relation de soins véhiculée par la relation épistolaire.

Après cette deuxième consigne, les réponses ont été lues au sein des binômes ou des trinômes. Ensuite, nous avons demandé à chaque binôme ou trinôme de choisir seulement l'une de ces lignes narratives et de la partager avec le groupe. Pour respecter les représentations créées et vécues par les participant(e)s, et pour ne pas invalider le travail mené jusqu'à ce moment, nous n'avons pas dévoilé la « réponse » du roman et de l'auteur. Dans le but de contextualiser la lettre, nous nous sommes bornés à indiquer le nom de l'auteur, le titre de l'ouvrage et l'année de publication.

Pourtant, afin d'inviter à découvrir la « version » d'Alberto Barrera Tyszka – ne représentant, désormais, que l'une des histoires possibles pour nos groupes –, nous

avons lu à voix haute un paragraphe du « péritexte éditorial »²⁰⁶, c'est-à-dire la prière d'insérer de Gallimard, qui dévoile une partie de l'histoire tout en gardant le mystère :

Andrés Miranda, médecin dans un hôpital de Caracas, apprend que son père, Xavier, est atteint d'un cancer. Bien qu'il ait toujours soutenu qu'il *ne faut pas cacher la vérité aux patients*, cette fois-ci, il n'ose rien dire au malade. Au lieu de lui transmettre les résultats des examens, et dans l'espoir de trouver le bon moment pour lui parler en toute franchise, il l'invite à faire un voyage sur une île des Caraïbes, Margarita, qu'ils avaient déjà visitée ensemble des années auparavant. Mais le docteur Miranda a un autre souci : se débarrasser d'un ancien patient, Ernesto Durán, qui se dit très malade, et lui envoie régulièrement des e-mails pour lui demander de le recevoir d'urgence. Agacé, convaincu qu'il s'agit d'un malade imaginaire, Andrés demande à sa secrétaire, Karina, de ne plus lui transmettre les messages d'Ernesto. Il ignore qu'il existe entre eux une relation secrète dont la portée va créer très vite une situation explosive pour le médecin.

Effectivement, après cet atelier sur la lettre, quelques participant(e)s ont acheté et lu le bouquin. On pourrait se demander si un(e) ALHO n'a pas aussi la tâche d'inviter à s'appropriier *différemment* de la lecture en dehors du cadre groupal, pour que cette activité contribue à renforcer l'attention nécessaire dans les relations de soins grâce à une fréquentation plus assidue des narrations écrites.

Pour répondre à cette interrogation, mais aussi pour conclure cette sous-section, nous laissons la parole à une participant(e), qui a écrit, lors du premier atelier de recherche, en faisant allusion à d'autres ouvrages abordés ou mentionnés pendant les séances :

Personnellement, je n'ai pas beaucoup eu le temps de lire pendant mes loisirs, mais cet été, pendant mes congés, j'ai prévu de découvrir Boulgakov, et de lire le livre qui a inspiré *Le Scaphandre et le papillon...* Mes lectures ne s'arrêteront plus à l'intrigue.

²⁰⁶ Pour ce qui concerne cette notion, voir : GENETTE (Gérard), *Seuils*, Paris, Seuil, 1987, p. 26-34 et 98-109.

2.3.2 Un médecin malade.

Dans l'atelier que nous venons de décrire, les deux figures du soignant et du patient s'éloignent complètement. Pour reprendre les définitions de Rita Charon, nous pourrions dire que les différences par rapport aux croyances autour des causes²⁰⁷ provoquent une dissension très profonde entre les deux personnages d'Ernesto Durán et d'Andrés Miranda. Si l'un affirme avoir un problème somatique, l'autre dit que l'origine du trouble est psychique ou psychologique. Cette dissension se reflète dans la communication, où une sorte de fracture se produit : le patient attend et sollicite une réponse de la part d'un médecin qui pense l'avoir déjà donnée.

Pour contrebalancer cette situation avec un mouvement presque opposé de proximité, nous voulions que, dans le cinquième atelier de base du CHIC, les deux figures du soignant et du patient se réunissent, jusqu'à superposer ou coïncider. Un peu comme dans le film de Randa Haines *Le Docteur* (1991), où le chirurgien Jack MacKee découvre avoir un cancer du larynx.

Toutefois, comme nous devions encore approfondir le genre du journal, nous avons choisi un texte de ce type : le *Journal d'un médecin malade* (1944) par René Félix Eugène Allendy²⁰⁸, l'un des fondateurs de la Société Psychanalytique de Paris en 1926 avec René Laforgue et Marie Bonaparte.

Dans cet ouvrage autobiographique, le médecin et psychanalyste français, atteint d'une grave pathologie cardiaque, raconte ses « six mois de lutte contre la mort », comme le récite le paratexte éditorial du sous-titre. En réalité, du point de vue de la temporalité, moins de cinq mois s'écoulent entre la déclaration de la maladie et la fin des vicissitudes : la première page mentionne la date du 13 février 1942, tandis

²⁰⁷ Voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, op. cit., p. 66-71.

²⁰⁸ La littérature sur Allendy et sur son ouvrage est très réduite. Nous ne pouvons que renvoyer à la notice bio-bibliographique au début du *Journal d'un médecin malade ou Six mois de lutte avec la mort* (Paris, Denoël, 1944, p. IX-XII) et à : DE LANLAY (Fabienne), « René Allendy à la lumière du *Journal d'Anaïs Nin* et du *Journal d'un médecin malade* », *Revue française de psychanalyse*, vol. 61, n° 2, 1997, p. 661-665 ; WILSON (Steven), « 'À la frontière de deux mondes' : Spatial Perspectives on Mortality in Modern Physician Thanatographies », *L'Esprit Créateur*, vol. 61, n° 1, 2021, p. 54-67.

que la dernière page a été écrite le 10 juillet, c'est-à-dire deux jours avant la mort de son auteur.

Nous avons proposé le tout début de ce journal, où Allendy fait émerger et souligne d'une façon très puissante et touchante son double statut de médecin et de malade, en résumant une partie de son histoire de vie.

Pour ce qui concernait la lecture attentive, ce passage assez court (onze paragraphes) donnait la possibilité d'adapter, dans le cadre d'un atelier, l'un des exercices sur la structure visible que Rita Charon décrit :

Examiner précisément la structure d'une œuvre permet au lecteur d'interroger le sens des ruptures, l'impact du tempo et le message donné par le rythme de l'œuvre. La longueur relative des différentes parties en elles-mêmes donne un indice sur leur importance ou leur poids. Pendant les cours, je demande aux étudiants de noter la liste des chapitres et des sections avec les numéros de page et quelques mots de résumé de l'intrigue, de façon à les alerter sur la signification potentielle de ces éléments formels du texte²⁰⁹.

Ainsi, après les premiers échanges sur la forme et les contenus, avons-nous demandé aux participant(e)s de choisir, en continuant à discuter à l'oral, un seul terme qui résumait au mieux la signification de chaque paragraphe. Cet exercice obligeait à porter une nouvelle attention au texte et à en élaborer une représentation synthétique. Pour favoriser l'affiliation, nous avons ajouté que le groupe était censé trouver un consensus sur chaque mot.

À la suite de cette activité, nous avons prévu une série de jeux de rôles, dans la continuité avec l'atelier de représentation et avec celui sur la lettre. Tout d'abord, nous voulions demander aux participant(e)s d'écrire une page de journal, en gardant la date du jour de l'atelier : comme d'habitude, il serait possible d'utiliser la fiction, l'imagination et l'invention. Le partage se ferait en groupe : à la fin de chaque lecture, les participante(s) auraient deux minutes pour prendre des notes. Ensuite, nous inviterions à choisir librement le texte d'un(e) autre professionnel(le) et d'en raconter

²⁰⁹ CHARON (Rita), *Médecine narrative*, op. cit., p. 203.

la suite, encore sous la forme d'une page de journal, qui porterait la date du lendemain. Après chaque partage en groupe, les autres participant(e)s devraient mobiliser leur attention, en consultant éventuellement leurs notes, pour deviner le récit de départ.

Le but de ce dispositif était celui d'élargir les possibilités expressives, en favorisant une dynamique groupale de narration. Pourtant, nous n'avons eu que le temps de donner la première consigne d'écriture et de faire lire les textes. Afin de récupérer la dernière partie de l'atelier, nous l'avons réadaptée sur-le-champ dès la première séance, en demandant d'écrire chez soi la continuation de la page de journal d'un autre membre du groupe. Pour une question de cohérence narrative, nous avons conseillé de le faire au lendemain de la séance : ainsi la date de la deuxième page de journal correspondrait-elle effectivement au jour de sa rédaction. Au début de l'atelier suivant, on partagerait les textes.

Il nous semblait que ce changement avait l'avantage de commencer à déplacer une partie de l'activité d'écriture en dehors du groupe, comme c'est le cas pour le dossier parallèle dans les ateliers de créativité. Cela pouvait donc contribuer à poser des jalons pour la continuation de nos activités. Pourtant, il faut expliquer pour quelle raison nous avons laissé qu'une telle situation se produise. Pour le comprendre, il est nécessaire de revenir à l'exercice mentionné plus haut et inspiré de Rita Charon.

Comme nous l'avons dit, il était nécessaire de trouver un consensus pour arriver au choix d'un mot qui synthétisait chaque paragraphe. La recherche d'un accord groupal a suscité des échanges très riches sur le langage, sur le sens des mots et sur la signification du passage : les participant(e)s étaient bien impliqué(e)s, réussissant à prendre la parole sans aucun problème, probablement aussi grâce au travail fait dans les ateliers précédents. Pour reprendre la définition de Stanley Fish²¹⁰, les groupes ont révélé, pendant la discussion, leur nature de *communautés interprétatives* : les termes choisis permettaient de construire collectivement la *lecture* du texte, comme s'il s'agissait d'un récit commun. En effet, les choix ont reflété et montré des diversités assez frappantes dans la réception du même passage, qui finissait par raconter à chaque fois une histoire un peu différente.

²¹⁰ Voir : FISH (Stanley), *Is There a Text in This Class ? The Authority of Interpretive Communities*, op. cit.

En comparant les réponses de trois groupes, que nous avons notées pendant les séances et retranscrites ensuite dans les notes parallèles, on le comprend facilement :

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<i>Paragraphe 1</i>	Souffrance	Angoisse	Défaillance
<i>Paragraphe 2</i>	Défaite	Abdication	Renversement
<i>Paragraphe 3</i>	Torpeur	Torpeur	Glissement
<i>Paragraphe 4</i>	Moi-même	Dépersonnalisation	Dualité
<i>Paragraphe 5</i>	Rassurante	Enfariné	Confusion
<i>Paragraphe 6</i>	Compromis	Soulagement	Réaction
<i>Paragraphe 7</i>	Malades	Patients	Réalité
<i>Paragraphe 8</i>	Abandon	Doute	Doute
<i>Paragraphe 9</i>	Difficultés	Détresse	Détresse
<i>Paragraphe 10</i>	Changé	Changement	Tournant
<i>Paragraphe 11</i>	Admettre	Acceptation	Lucidité

Comme l'on voit, il n'y a que trois termes qui reviennent : « Torpeur », « Doubte » et « Détresse ». Dans un cas, le même aspect sémantique prend la forme d'un verbe au participe passé (« Changement » / « Changé »). Dans un autre cas, on peut apprécier la présence d'un couple de synonymes : « Malades » et « Patients ». Le reste est différent, bien qu'il s'agisse du même texte.

Or, nous n'avons pas interrompu cette activité, qui a pris plus de temps que prévu, parce que nous nous sommes rendu compte, en écoutant et en observant les échanges, que les groupes étaient déjà en train d'atteindre l'objectif d'ouvrir les possibilités expressives avec une dynamique collective de narration.

D'ailleurs, l'ALHO et plus en général les co-animateurs ou les co-animatrices ont une tâche qui est double, comme l'on a commencé à voir dans la sous-section consacrée à l'atelier de représentation et au changement de traduction : il ne suffit pas de construire un dispositif narratif. Il est également nécessaire d'être à l'écoute des groupes et de leurs réponses esthétiques, émotionnelles et réflexives, pour pouvoir adapter et rétablir le cadre de la séance, si nécessaire.

Aujourd'hui nous savons que, pour épargner du temps, il serait possible de corriger l'exercice inspiré de Rita Charon : on pourrait demander à chaque participant(e)s de dresser individuellement, en quelques minutes, une liste pour résumer en un mot les différents paragraphes d'un texte. Après le partage, on inviterait le groupe à trouver un consensus à partir des termes écrits.

En effet, la discussion complètement libre a parfois prolongé les temps. Par exemple, pour arriver à choisir le substantif « tournant » (paragraphe 10), le groupe 3 a dû prendre en considération dix autres mots (« combat », « capitulation », « constat », « parcours », « bilan », « focus », « évolution », « renoncement », « tristesse », « acceptation »). Ce jour, il n'y avait que sept participant(e)s. Si l'on avait demandé de faire l'exercice à l'écrit, le groupe aurait discuté sept mots au maximum.

Nous voulons conclure par le commentaire d'une professionnel(le) à propos de cet exercice, qui semble « scolaire » mais qui permet, en réalité, une forme de découverte dans le cadre groupal de la médecine narrative. En effet, à l'occasion du premier atelier de recherche, elle a dit :

J'étais surprise qu'un tel exercice, qui me paraissait assez barbant, permettait de mettre en relief plein de choses dans le texte et permettait de lire. C'est vrai que finalement, ça nous apprend aussi à lire avec plus d'attention, [...] de façon intéressante, plus approfondie.

2.3.3 *Et la poésie ?*

La majorité des dossiers parallèles est écrite en prose et à la première personne. L'idée même de narration semblerait exclure la poésie. Pourtant, comme nous l'avons vu au début de cette thèse, les professionnel(le)s et les étudiant(e)s ont utilisé les vers pour donner voix aux épisodes qui demandent à être racontés dans le cadre du dossier parallèle. En outre, la poésie offre la possibilité d'explorer davantage les aspects formels de la lecture attentive, en particulier pour ce qui concerne la voix, le style, la structure, le rythme, les figures de rhétorique, les métaphores. C'est pourquoi il est

effectivement utile de consacrer un atelier de base à ce genre littéraire, qui peut être éventuellement accompagné par une image et par une musique, pour trois raisons.

En premier lieu, d'un point de vue pragmatique, il est parfois utile de trouver une façon pour intégrer la brièveté d'un poème avec d'autres « langages ». En deuxième lieu, d'un point de vue pédagogique, la narration visuelle renforce l'aspect imaginaire et les réflexions sur les métaphores, tandis que la narration musicale permet de focaliser l'attention sur les éléments rythmiques et phoniques. En troisième lieu, d'un point de vue expérientiel, l'ouverture vers les formes non verbales permet d'introduire, surtout à la fin des séances de base, ce que les participant(e)s seront invité(e)s à faire pendant les ateliers de créativité et surtout de co-animation.

Pourtant, il faut bien savoir mélanger, d'un point de vue narratif, ces différentes modalités expressives et artistiques. C'est pourquoi, dans cette sous-section, nous allons fabriquer trois exemples, qui fonctionnent aussi comme des modèles²¹¹ : le premier se fondera sur un principe multimédial, le deuxième sur l'aspect thématique, le troisième sur les liens intertextuels.

Avant de rentrer dans le vif du discours, nous voulons souligner que, dans l'atelier sur la poésie, il est tout à fait possible de se focaliser seulement sur un texte en vers. Il est également possible d'intégrer les séances précédentes avec des images et des musiques. Pour cette raison, nous allons garder la définition d'« atelier sur la poésie », sans ajouter des références à l'image et à la musique, qui restent des éléments accessoires et secondaires dans le cadre des ateliers de base.

²¹¹ Dans le cadre spécifique de notre formation au CHIC, à cause des contraintes temporelles et organisationnelles, nous avons abordé le genre de la poésie directement pendant l'atelier consacré à la présentation du dossier parallèle. En effet, nous ne savions pas si le projet serait prolongé après les six premiers mois, et nous voulions qu'en tout cas les professionnel(le)s s'approprient de l'instrument du dossier parallèle, qui pourrait leur être utile.

Il faut quand même dire que nous avons proposé de travailler sur un poème lors de la journée d'autoformation, à laquelle nous avons fait allusion dans une note à la fin du chapitre précédent. Il est vrai que seulement les co-animateurs médicaux et les co-animatrices médicales avaient pu participer à cette séance. Mais il est également vrai que, grâce à eux et à elles, une petite partie des groupes avait déjà pu faire, par procuration, l'expérience de la poésie.

Primo, d'un point de vue multimédial, on peut proposer une narration où la poésie, l'image et la musique se superposent et coexistent. C'est le cas des vidéoclips. Le genre du *slam*, une forme de poésie chantée ou déclamée, nous semble particulièrement adapté, d'autant plus que les *slammeurs* abordent des sujets qui sont souvent en lien avec la souffrance physique, psychique, morale ou sociale.

Pour ce qui concerne la médecine narrative, nous pensons surtout à un artiste comme Fabien Marsaud : après avoir heurté le fond d'une piscine, il a risqué de perdre complètement l'usage de ses jambes. À la suite d'une longue période de rééducation, qu'il a racontée dans son livre *Patients*²¹², il a pu récupérer en partie ses capacités de mouvement. Encore aujourd'hui, il doit utiliser des béquilles pour pouvoir bouger. Après cette expérience, il a pris le pseudonyme de Grand Corps Malade, et il a cherché dans l'écriture un « autre support », comme il dit dans *Funambule* (2013) :

C'est pour ce besoin d'équilibre que j'ai dû prendre un peu de risques,
Après un mauvais coup du sort ma vie partait pour être triste.
Écarté des terrains de sport comme un sursaut j'ai compensé,
J'avais besoin d'un autre support, dans l'écriture je me suis lancé.
C'est pour ce besoin d'équilibre qu'il me fallait de l'aventure,
Toute mon histoire se refermait, fallait trouver une ouverture.
J'ai touché l'accélérateur pour retrouver des sensations,
Car comme je marche à deux à l'heure il me fallait une compensation.

Dans le cadre d'un atelier de base, le vidéoclip du *Bout du tunnel* nous semble particulièrement adapté. D'un côté, le texte de la chanson – qui se compose de soixante vers en rimes plates (quatre strophes de douze vers et deux refrains de quatre vers) – est suffisamment riche et synthétique à la fois pour permettre d'évoquer et de réviser presque toutes les catégories et les sous-catégories de la lecture attentive. De l'autre côté, *Le Bout du tunnel* a un caractère profondément narratif. Grand Corps

²¹² GRAND CORPS MALADE, *Patients*, Paris, Don Quichotte, 2012.

Malade y résume l'histoire d'une vie : celle de Laurent Jacqua, qui tue un Skinhead à l'âge de dix-huit ans, le 9 décembre 1984, à la suite d'une agression.

Après avoir confessé l'accident à la police, Jacqua finit en prison. En 1985, il découvre qu'il est séropositif. Pendant une dizaine d'années, Jacqua est pris dans une spirale de violence : il sort de la prison mais il y rentre tout de suite après, à cause d'un cambriolage. Le 9 octobre 1994, pour l'anniversaire de l'abolition de la peine de mort, Jacqua organise une évasion. Au bout de quelques mois de liberté, il est rattrapé. Il est placé à l'isolement, et il risque de mourir. En 1995, l'apparition de la trithérapie lui sauve la vie. Bien qu'en 1999 il soit condamné définitivement à trente ans, l'année suivante Jacqua commence à écrire. Il crée, rédige et illustre le premier blog d'un prisonnier en France. Finalement, en 2010, il sort grâce à une compression de peine, après avoir publié deux livres où il raconte son histoire²¹³.

L'existence de cette double source autobiographique donne la possibilité d'introduire, dans le cadre d'un atelier de base, un passage écrit directement par Jacqua. Pour rester dans le contexte médical, on pourrait, par exemple, proposer la scène de l'annonce du SIDA :

Durant cette année, je connus quelques problèmes de santé. Je tombais plusieurs fois malade. Je n'allais pas très fort. J'avais beaucoup maigri et je me sentais très fatigué. L'apparition de ganglions m'avait décidé à faire des analyses. Suite à cela, je fus appelé à l'infirmerie. J'y fus accueilli par le médecin pour les résultats. Il m'invita à m'asseoir. Il n'était pas très à l'aise et c'est d'une voix sourde qu'il me demanda si j'avais entendu parler du sida. Je lui répondis que j'avais vu cela à la télé, comme tout le monde. Je commençais à m'inquiéter des propos qu'il me tenait :

- Mais pourquoi m'en parlez-vous ? Suis-je malade ?

- Non, pas exactement...

C'est à ce moment-là qu'il se décida à me donner les résultats des analyses. J'étais, d'après lui, séropositif.

Il m'expliqua ce que cela voulait dire : j'avais été en contact avec le VIH.

²¹³ Voir : JACQUA (Laurent), *La Guillotine carcérale : Silence, on meurt*, Paris, Nautilus, 2003 ; JACQUA (Laurent), *J'ai mis le feu à la prison : L'histoire d'un blog 2006-2009*, Paris, Jean-Claude Gawsewitch, 2010.

Il me fit l'inventaire des modes de transmission sexuels ou sanguins, piqûres intraveineuses et autres...

Je n'étais pas toxicomane et il n'y avait pas trente-six solutions. Lisa, elle, l'était. Elle avait dû être contaminée par échange de seringue et moi, par elle, lors de nos rapports sexuels. Il ne pouvait en être autrement ! J'avais dû être contaminé dans le courant de l'année 1984.

Le monde s'écroulait !

À l'époque, on ne connaissait pas grand-chose de cette maladie mortelle.

L'espérance de vie, d'après les médecins, n'était que de trois à cinq ans...

Je luttais difficilement pour ne pas sombrer dans la dépression. Le malheur s'acharnait une nouvelle fois sur moi. J'informai Lisa de mon état de santé. Elle fit à son tour un test de dépistage qui se révéla positif. J'eus beaucoup de mal à remonter la pente, je ne voyais pas comment j'allais pouvoir m'en sortir. Je décidai de ne pas en parler à ma mère, afin de ne pas l'inquiéter.

Mon état d'esprit changea, je ne pouvais plus désormais être le même. Je n'avais plus d'espoir, même si j'essayais de faire comme si de rien n'était. Mon comportement était devenu plus violent en détention et je me retrouvais souvent au mitard. La prison dans la prison, le cachot.

En fait, je souffrais de cette destinée sans avenir qui m'empêchait d'avoir une quelconque espérance.

J'avais 20 ans et j'allais mourir²¹⁴.

Pour ce qui concerne la consigne d'écriture, on pourrait demander de choisir l'un des épisodes racontés dans *Le Bout du Tunnel* à la troisième personne par Grand Corps Malade, et de le développer à la première personne, comme si l'on se mettait à la place du protagoniste, Laurent Jacqua. Un tel exercice permettrait de focaliser de nouveau l'attention sur *Le Bout du Tunnel*, et de reprendre ou de réélaborer le style de *La Guillotine carcéral*, dans le but d'exercer la capacité à reconnaître et restituer la voix de l'autre.

²¹⁴ JACQUA (Laurent), *La Guillotine carcérale*, op. cit., p. 41-42.

Secundo, d'un point de vue thématique, il serait possible d'associer un poème, un tableau et une musique. Malheureusement, dans le cadre des ateliers de base, où l'on propose des sujets liés à l'univers de la médecine et du soin, les choix sont limités, étant donné que la musique à programme privilégie d'habitude d'autres thèmes. Certes, on peut travailler sur une chanson et une image, mais alors on retombe plutôt dans le modèle multimédial, dont on vient de parler, et l'on n'aborde pas le genre de la poésie en tant que tel. C'est le poème symphonique de Richard Strauss *Tod und Verklärung* (1889) qui offre l'une des rares possibilités d'introduire le thème de la maladie aussi d'un point de vue musical, vu que ce morceau décrit la dernière nuit d'une personne malade, qui s'approche de plus en plus de la mort.

Au contraire, dans l'histoire de l'art, les représentations de la maladie se multiplient. Il en est de même pour les poèmes écrits par les auteur(e)s malades. Chaque co-animateur ou co-animatrice sélectionnera les ouvrages qui lui semblent les plus adaptés pour les groupes. Pourtant, nous voulons signaler, en ce qui concerne la littérature française, l'existence d'une poète extraordinaire, qui mérite d'être connue davantage : Sabine Sicaud.

Sabine Sicaud est, en effet, un cas unique dans les annales des lettres françaises. Elle naît le 23 février 1913, à Villeneuve-sur-Lot, au sein d'une famille lettrée. Enfant prodige, après avoir remporté plusieurs prix, elle publie son premier recueil en 1926, à l'âge de treize ans : *Poèmes d'enfants*. Durant l'été 1927, elle se blesse un pied, et la lésion dégénère en ostéomyélite : elle en meurt le 12 juillet 1928, à l'âge de quinze ans. Pendant cette période, elle écrit douze textes très puissants sur son expérience de maladie. Trente ans après sa mort, Stock les rassemblera à l'intérieur d'un recueil complet de ses poèmes, et plus en particulier dans la section qui a pour titre : *Douleur, je vous déteste*²¹⁵.

En ouverture de cette section, il y a un poème très touchant, qui pourrait être mis en relation par contraste avec le poème symphonique de Richard Strauss, à la lumière de la dialectique entre musique et silence :

²¹⁵ SICAUD (Sabine), *Les poèmes de Sabine Sicaud*, op. cit., p. 89-122.

Pour plus d'informations, on peut également consulter l'anthologie biographique, composée par Odile Ayral-Clause : SICAUD (Sabine), *Le Rêve inachevé*, Bordeaux, Les Dossiers d'Aquitaine, 1996.

Vous parler ? Non. Je ne peux pas.
Je préfère souffrir comme une plante,
Comme l'oiseau qui ne dit rien sur le tilleul.
Ils attendent. C'est bien. Puisqu'ils ne sont pas las
D'attendre, j'attendrai, de cette même attente.

Ils souffrent seuls. On doit apprendre à souffrir seul.
Je ne veux pas d'indifférents prêts à sourire
Ni d'amis gémissants. Que nul ne vienne.

La plante ne dit rien. L'oiseau se tait. Que dire ?
Cette douleur est seule au monde, quoi qu'on veuille.
Elle n'est pas celle des autres, c'est la mienne.

Une feuille a son mal qu'ignore l'autre feuille.
Et le mal de l'oiseau, l'autre oiseau n'en sait rien.

On ne sait pas. On ne sait pas. Qui se ressemble ?
Et se ressemblât-on, qu'importe. Il me convient
De n'entendre ce soir nulle parole vaine.

J'attends - comme le font derrière la fenêtre
Le vieil arbre sans geste et le pinson muet...
Une goutte d'eau pure, un peu de vent, qui sait ?
Qu'attendent-ils ? Nous l'attendrons ensemble.
Le soleil leur a dit qu'il reviendrait, peut-être...²¹⁶

Dans le cadre d'un atelier de base, on pourrait écouter attentivement la première partie du poème symphonique de Richard Strauss et demander aux participant(e)s d'écrire librement ce que cette musique leur inspire. Après cette

²¹⁶ SICAUD (Sabine), *Les poèmes de Sabine Sicaud, op. cit.*, p. 89-90.

activité, l'on montrerait le portrait de Sabine Sicaud à 11 ans²¹⁷ sans en dévoiler l'identité : on demanderait de lui donner un nom et d'imaginer son histoire. On proposerait une lecture attentive du poème que nous venons de citer, avant d'inviter à utiliser la question initiale pour rédiger un texte : « Vous parler ? ». Ces deux exercices d'écriture pourraient être accompagnés et scandés par la deuxième et la troisième partie de *Tod und Verklärung*. Enfin, on compléterait l'écoute du poème symphonique de Strauss, et on dévoilerait les sources musicales, photographiques et littéraires de l'atelier, avec l'histoire d'une poète qui a été injustement oubliée.

Tertio, d'un point de vue intertextuel²¹⁸, il serait possible de construire un atelier à partir d'une citation ou d'une phrase qui traverse en même temps un poème, une image et une musique.

Nous savons que ce n'est pas du tout facile. Pourtant, on pourrait commencer par la cinquième et dernière partie de *East Cocker* (1940), le deuxième *Quator* de Thomas Stearn Elliot :

Me voici donc à mi-chemin, ayant eu vingt années –
En gros vingt années gaspillées, les années de l'entre-deux guerres –
Pour essayer d'apprendre à me servir des mots, et chaque essai
Est un départ entièrement neuf, une différente espèce d'échec
Parce que l'on n'apprend à avoir le dessus sur les mots
Que pour les choses que l'on n'a plus à dire, ou la manière
Dont on n'a plus envie de les dire. Et c'est pourquoi chaque tentative
Est un nouveau commencement, un raid dans l'inarticulé
Avec un équipement miteux qui sans cesse se détériore

²¹⁷ Reproduit dans : SICAUD (Sabine), *Le Rêve inachevé*, op. cit., p. 6.

²¹⁸ Pour ce qui concerne cette notion, voir : KRISTEVA (Julia), *Σημειωτική : Recherches pour une sémanalyse*, Paris, Seuil, 1969 ; ECO (Umberto), *Lector in Fabula : La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*, Milan, Bompiani, 1979 ; RIFFATERRE (Michaël), *La Production du texte*, Paris, Seuil, 1979 ; RIFFATERRE (Michaël), *Sémiotique de la poésie*, Paris, Seuil, 1982 ; GENETTE (Gérard), *Palimpsestes : La littérature au second degré*, Paris, Seuil, 1982.

Parmi le fouillis général de l'imprécision du sentir,
Les escouades indisciplinées de l'émotion. Et ce qui est à conquérir
Par la force et la soumission a déjà été découvert
Une ou deux fois, ou davantage, par des hommes qu'on n'a nul espoir
D'égaliser – mais il ne s'agit pas de concurrence –
Il n'y a ici que la lutte pour recouvrer ce qui fut perdu,
Retrouvé, reperdu : et cela de nos jours, dans des conditions
Qui semblent impropices. Mais peut-être ni gain ni perte,
Nous devons seulement essayer. Le reste n'est pas notre affaire.

La maison est là d'où l'on part. Comme nous avançons en âge
Le monde devient plus étrange, et plus compliqué le motif
De morts et de vivants. Non le moment intense
Isolé, dénué d'avant comme d'après,
Mais bien toute une vie brûlant à chaque moment
Et non le temps de vie d'un homme seulement
Mais celui-là de vieilles pierres indéchiffrables
Il y a un temps pour la soirée à la lueur des étoiles,
Un temps pour la soirée à la lueur de la lampe
(La soirée des photographies que l'on feuillette)
L'amour est le plus près d'être lui-même
Lorsqu'ici-et-maintenant cesse d'importer.
Les vieillards doivent être des explorateurs
Ici-et-là n'importe pas
Il nous faut toujours toujours nous mouvoir
Au sein d'une autre intensité
Pour une union plus intime, une communion plus profonde
A travers le froid obscur, la vacante désolation,
Le cri de la vague, le cri du vent, les vastes eaux
Du marsouin et du pétrel. En ma fin est mon commencement²¹⁹.

²¹⁹ ELIOT (Thomas Stearns), *Quatre Quators*, Paris, Seuil, 1950 (1943), p. 59-63. Or, la première partie de *East Cocker* commence justement par une expression où les éléments de la fin et du commencement sont renversés, comme dans une structure à miroir : « En mon commencement est ma fin » (*Ibid.*, p. 35).

Il est intéressant de remarquer que cette dernière phrase avait déjà été exploitée, six siècles avant Thomas Stearns Eliot, dans un morceau polyphonique de Guillaume Machaut : son quatorzième Rondeau, dont le titre est justement *Ma fin est mon commencement*. À partir de cette formule, Machaut construit un véritable palindrome sonore, où trois voix s'alternent en chantant la même ligne mélodique du début à la fin et de la fin au début. Le contenu devient ainsi la forme. Techniquement, ce procédé stylistique est celui du *Canon Cancrizans* : il sera ensuite exploité par Johann Sebastian Bach dans son *Offrande musicale*, et Douglas Hofstadter y consacra un dialogue dans *Gödel, Escher, Bach*²²⁰.

Juste avant ce dialogue, Hofstadter reproduit dans son livre une illustration de Maurits Cornelis Escher qui s'appelle *Canon Cancrizans* (1965) : il s'agit d'une série géométrique de crabes tellement enchevêtrés qu'il est impossible de comprendre où les uns commencent et les autres finissent. On pourrait ouvrir un atelier par une observation attentive de cette image, continuer avec l'écoute du Rondeau de Machaut et terminer par la lecture attentive du poème de T. S. Eliott, avant de demander d'écrire un texte poétique à partir de la phrase : « En ma fin est mon commencement ».

Si l'on voulait faire émerger davantage le sujet de la mortalité – qui nous rattache au contexte de la médecine et du soin –, il y aurait une autre solution. On sait que le *motto* et la devise de Marie Stuart était justement : « En ma fin est mon commencement ». Stefan Zweig le cite dans le titre du chapitre conclusif de la biographie tragique qu'il a consacrée à la reine écossaise²²¹. Pour la précision, Zweig raconte ici le dernier jour de Marie Stuart, condamnée à mort par sa sœur Élisabeth I le 1^{er} février 1587, et décapitée après une semaine exacte. *La Mort de Marie Stuart* du peintre Alexandre-Denis de Pujol offre une représentation de cet épisode : la reine, allongée par terre, semble presque s'évanouir, dans l'attente du bourreau.

²²⁰ Voir : HOFSTADTER (Douglas), *Gödel, Escher, Bach : Les Brins d'une guirlande éternelle*, op. cit., p. 225-229.

²²¹ Voir : ZWEIG (Stefan), *Marie Stuart*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1936.

Il serait possible de remplacer l'illustration d'Escher par ce tableau et inviter à écrire l'histoire que cette image évoque, sans donner aucun renseignement sur son origine, son titre et son auteur, et sans en faire une observation attentive en groupe. Le Rondeau de Machaut, qui dure à peu près six minutes, serait utilisé à la fois comme un fond sonore pendant l'écriture et comme un élément de timing. Après le partage des textes écrits par les participant(e)s, on lirait attentivement le poème de T. S. Eliott, avant de lancer la consigne d'écriture poétique à la lumière de la phrase : « En ma fin est mon commencement ». Seulement à la fin, par un coup de théâtre, on révélerait l'histoire de la femme représentée dans le tableau, Marie Stuart, en revenant ainsi au début.

Conclusion

Jusqu'ici, on a décrit le fonctionnement des six ateliers de base, à partir d'une subdivision en trois parties, qui correspondent aux sections principales de ce chapitre : l'atelier d'introduction ; les ateliers de présentation et de représentation ; les ateliers sur la lettre, sur le journal, sur la poésie (et, éventuellement, sur l'image et la musique). Nous avons élaboré et décrit ce sous-modèle en construisant en même temps un récit analytique de la formation menée au Chic, sans oublier d'ajouter des remarques plus générales sur la construction des séances, le fonctionnement groupal et les mécanismes d'animation.

Pour conclure, nous rappelons que notre sous-modèle – ainsi que notre modèle – se veut ouvert, surtout d'un point de vue sémantique : les textes et les consignes ne représentent pas de protocoles à suivre, comme c'est le cas dans d'autres propositions standardisées et formatées, surtout pour ce qui concerne l'enseignement de la Médecine à l'université²²². Nous avançons des exemples opérationnels, qui permettent d'éclairer comment on peut procéder dans le cadre d'une formation en milieu hospitalier et interprofessionnel.

²²² Voir, par exemple : GOUPY (François), ABGRALL-BARBRY (Gaëlle), ASLANGUL (Élisabeth) *et alii*, « Une expérimentation pédagogique », *op. cit.*

D'ailleurs, dans notre proposition, l'aspect morphologique l'emporte sur les contenus. Nous parlons d'une « morphologie » – et non pas d'une structure fixe ou répétable – pour souligner la liberté d'agir aussi sur l'enchaînement de la formation. La cohérence pédagogique demande que toutes les catégories de la lecture attentive soient abordées grâce aux textes proposés. Rien n'empêche de faire des changements par rapport à ce que nous avons présenté dans ce chapitre.

Par exemple, si la constitution des groupes procédait assez vite déjà pendant la séance d'introduction, on pourrait consacrer un seul atelier à la présentation et à la représentation des participant(e)s à la première personne. Il serait possible d'introduire la « narration » à la troisième personne ensuite, dans un atelier sur la poésie (avec une chanson comme *Le Bout du tunnel* de Grand Corps Malade), étant donné que les genres de la lettre et du journal n'offrent pas cette opportunité diégétique.

Il faut considérer que l'ordre spécifique des ateliers sur ces trois genres n'est pas significatif : il existe au moins six combinaisons différentes, pour ce qui concerne l'agencement des séances (poésie, journal, lettre ; poésie, lettre, journal ; lettre, poésie, journal ; lettre, journal, poésie ; poésie, lettre, journal ; poésie, journal, lettre). Sans compter que les narrations visuelles et sonores peuvent être introduites à tout moment, à l'exclusion du début, si l'on veut évaluer les compétences narratives dans le premier atelier de recherche.

Certes, il nous semble préférable de privilégier les narrations littéraires aussi longtemps que possible dans les ateliers de base, afin de travailler d'une manière approfondie les principes de la lecture attentive. En outre, il serait important de veiller à la bonne construction des ateliers, surtout quand on fait intervenir plusieurs typologies narratives.

Les exemples se multiplieraient facilement, un peu comme dans les contes de fées : selon le modèle morphologique de Vladimir Propp²²³, un nombre limité de fonctions décrit une série potentiellement illimitée de combinaisons et donc de récits. C'est avec le même esprit que nous invitons à s'approprier de notre sous-modèle : tout en respectant rigoureusement ses principes (qui sont les principes mêmes de la

²²³ Voir : PROPP (Vladimir), *Morphologie du conte*, Paris, Seuil, 1970.

médecine narrative), il est bien envisageable non seulement de l'exploiter en tant que tel, mais aussi et surtout de l'adapter et donc de le transformer d'une façon créative.

D'ailleurs, si nous ne sommes pas les premiers à témoigner directement, avec nos activités et notre travail, de l'importance de la créativité, comment pouvons-nous espérer de la transmettre aux étudiant(e)s, aux soignant(e)s et aux professionnel(le)s, à l'intérieur des milieux que nous partageons ?

Et c'est justement à la créativité que nous allons consacrer le chapitre suivant.

Chapitre 3

Les ateliers de créativité

À l'occasion du premier atelier de recherche, qui a eu lieu à la fin des ateliers de base et dont nous parlerons mieux dans le chapitre 5, nous avons partagé avec les groupes l'idée de faire évoluer le dispositif en nous concentrant, pendant la deuxième phase du parcours formatif, sur le dossier parallèle, qui deviendrait un objectif pédagogique, narratif et relationnel en soi.

Toutefois, lors d'une des séances consacrées à la recherche, une participante a souligné la « peur » que ce changement lui provoquait :

Je ne sais pas si avec ce genre d'écriture qu'on va faire, on va pouvoir à nouveau aussi bien travailler l'empathie, cette imagination. Moi, ce que j'aimais bien parfois, c'était réécrire à la place de l'autre, imaginer la suite de l'autre, faire tout ce jeu de rôle qui était superbe. Et j'ai peur que si l'on fait vraiment [ce dossier parallèle], il n'y ait pas... il y ait moins... peut-être qu'il faudrait ponctuer quelquefois ces séances par, à nouveau, des textes que tu nous proposes, et peut-être ces jeux de rôle.

Dans ce commentaire à l'oral, la professionnelle n'arrive pas à définir l'objet de sa « peur ». Elle n'avait presque pas pratiqué le dossier parallèle : comme nous avons dit dans une note à la fin du chapitre précédent, nous avons consacré juste une séance à cet instrument avant le premier atelier de recherche. Pourtant, la participant(e) soulève des doutes (« Je ne sais pas ») sur les aspects que le dossier parallèle permettrait de travailler. C'est pour cette raison qu'elle suggère de continuer à

« ponctuer » les nouvelles « séances » par des « textes » et des « jeux de rôle », dans la continuité de l'expérience menée pendant les ateliers de base.

Or, juste avant ce commentaire, la participante était en train de parler du dossier parallèle avec une autre soignante du groupe. Elle venait de lui demander « quel critère choisir » pour écrire le dossier parallèle. Le substantif « critère » est assez éloquent : il renvoie à une activité de jugement, avec un certain contrôle sur ce que l'on sélectionne. L'autre avait répondu : « Quelque chose [qui] m'a ému ou a favorisé mon imagination... Quelque chose qui stimule ma créativité ». Il semble que, pour cette deuxième soignante, l'espace narratif du dossier parallèle n'inhibe pas du tout les trois aspects de l'émotion, de l'« imagination » et de la « créativité ».

Voilà le mot-clé : créativité. Nous ne savons pas si la première participante craignait qu'il n'y aurait pas ou qu'il y aurait « moins » de « créativité » dans l'évolution de notre parcours et dispositif, étant donné qu'elle n'a pas dit ce dont elle avait « peur ». Pourtant, sa position et celle de sa collègue peuvent refléter deux points de vue différents sur le rapport du travail clinique – et de la médecine ou des soins en général – à la créativité.

Dans *Principes et pratique de médecine narrative*, Nellie Hermann consacre à cette question deux chapitres, qui composent la partie V du livre²²⁴. Nous renvoyons à son discours, qui offre un matériel généreux pour la réflexion, aussi pour ce qui concerne la notion de créativité : une notion qui pose des problèmes et qui engendre des malentendus à cause de son ampleur et de son ambiguïté, comme Hermann le souligne bien. Ici, nous nous contenterons de faire émerger quelques points qui peuvent être utiles pour introduire et commencer à éclairer notre définition de « ateliers de créativité ».

Tout d'abord, à un niveau conceptuel, même chez les professionnel(le)s de santé – comme nous venons de le voir –, la médecine et la créativité peuvent s'opposer. Nellie Hermann écrit :

²²⁴ Voir : HERMANN (Nellie), « Créativité : quoi, pourquoi, où ? », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 311-342 ; HERMANN (Nellie), « Peut-on enseigner la créativité ? », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 343-373.

L'idée d'un médecin créatif rend les gens un peu nerveux – j'ai entendu bien des professionnels qualifiés que des profanes dire des choses comme « personne ne veut d'un médecin inventif » ou « je ne veux pas que mon médecin devienne créatif avec ma santé », comme si la faculté à réfléchir de manière créative signifiait que votre façon de travailler était contraire à l'éthique²²⁵.

De plus, Hermann souligne que « dans l'univers de la médecine » les personnes « sont bien plus enclines à adopter la formule “écriture réflexive” » plutôt que celle de « “écriture créative” »²²⁶. Pourtant, pourquoi la réflexivité et la réflexion devraient-elle représenter le contraire de la créativité ? Ou, dans le meilleur des cas, une sorte d'alternative ? Ce sont des questions très semblables à celles qu'Hermann se pose et nous pose.

Or, rien ne nous empêche de reconnaître et attribuer l'aspect créatif à toute entreprise, y compris la médecine. Ne peut-on pas considérer la médecine comme une création humaine, qui nous permet ensuite de *faire des choses* les uns pour les autres ? À travers la médecine narrative, qui récupère l'élément du récit pour le faire émerger d'une manière plus puissante et consciente à la fois, on cherche justement à montrer qu'il est possible de jeter un pont, par le biais d'une notion élargie de créativité, entre les deux modes de pensées que Bruner définit respectivement « narratif » et « paradigmatique »²²⁷. Et Hermann ne manque pas de *construire* une narration qui pourrait être définie « paradigmatique », ayant en plus le mérite de provoquer une sorte de rupture dans la représentation dominante de la médecine en tant qu'activité non-créative :

²²⁵ HERMANN (Nellie), « Créativité : quoi, pourquoi, où ? », *op. cit.*, p. 312.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Voir : BRUNER (Jerome), *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge, Harvard University Press, 1986 ; BRUNER (Jerome), *Acts of Meaning*, Cambridge, Harvard University Press, 1990 ; BRUNER (Jerome), *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?*, *op. cit.* ; BRUNER (Jerome), (sous la direction de), *Culture et modes de pensée*, Paris, Retz, 2008.

Réfléchissons à présent à ce en quoi consiste le rendez-vous patient/médecin en général : le patient fait le récit au médecin (ou à tout autre professionnel de santé) de ce qui s'est passé dans sa vie, quels symptômes et quels troubles l'ont amené là. Le professionnel écoute, puis examine le patient en essayant de rassembler le plus d'informations possibles en vue du diagnostic et du programme de soins qui vont suivre. Durant tout ce processus, le médecin doit faire absolument attention aux détails qui en disent plus long que d'autres, tout en réfléchissant à ce qui éventuellement n'a pas été dit et en posant des questions complémentaires pour combler ces manques. Ce travail – effectuer un diagnostic différentiel basé sur les informations à disposition, identifier les autres informations nécessaires, évaluer ce qui est impossible à savoir, et accepter que certaines choses soient fausses ou trompeuses – ce travail *est en lui-même créatif*. Cela nécessite une réflexion [...] narrative par nature²²⁸.

Il serait possible de problématiser ces notions d'un travail créatif « en lui-même » ou d'une « nature » narrative, en les soumettant à l'interrogation. Toutefois, dans le cadre de cette thèse, l'aspect performatif est plus important par rapport à la question ontologique ou essentialiste. En d'autres termes, si l'on considère, aussi d'un point de vue éthique, que la médecine *est* narrative, qu'est-ce que cela implique en termes d'action ? Qu'est-ce que cela comporte ? Qu'est-ce que cela permet de faire ? Comment contribue-t-on à transformer les soins ?

Maintenant, nous sommes en mesure de revenir au sujet de ce chapitre : les ateliers de créativité. Au début, nous les appelions : « Ateliers de dossier parallèle ». Peut-être, cette expression justifie-t-elle, avec sa technicité, la réaction de la participante qui a eu « peur » de perdre une partie de l'expérience précédente. Ainsi avons-nous décidé de remplacer la référence à l'instrument spécifique par la notion sous laquelle on pouvait le placer : c'était ce que l'autre soignante avait fait en proposant une façon *créative* d'aborder l'écriture à partir de l'expérience clinique. D'ailleurs, il ne s'agit pas d'une explicitation inutile : comme l'on va voir, le dossier parallèle, qui devrait être « en lui-même, créatif », est parfois utilisé d'une façon uniformisée et presque protocolaire.

²²⁸ HERMANN (Nellie), « Créativité : quoi, pourquoi, où ? », *op. cit.*, p. 313.

D'un côté, notre choix linguistique cherche à souligner le type de contexte dans lequel l'écriture, la lecture et le partage du dossier parallèle veulent se faire, afin d'imaginer une créativité au service des soins et des soins au service de la créativité. De l'autre côté, cette expression garantit une forme d'ouverture, que nous avons contribué à *créer*, justement, en demandant aux participant(e)s d'amener aussi, à chaque séance, une narration de leur choix (littéraire, visuelle ou musicale), dont le sujet serait complètement libre.

Or, ce principe de porosité inspire le sous-modèle des ateliers de créativité, dont nous allons parler dans ce chapitre. Primo, nous en décrirons l'articulation et le fonctionnement, en soulignant le travail fait pour introduire la pratique du dossier parallèle. Secundo, nous donnerons trois exemples concrets de ce qui s'est passé dans les ateliers de créativité, sans manquer d'analyser le changement de posture dans la co-animation. Tertio, pour aller encore plus loin dans la compréhension et l'exposition du sous-modèle, nous reproduirons et analyserons, avec l'accord de leurs auteur(e)s qui resteront anonymes, trois textes écrits par les soignant(e)s du CHIC lors de la deuxième phase de formation à la médecine narrative.

3.1 L'évolution d'un dispositif

3.1.1 Vers le dossier parallèle.

Dans le chapitre 2 nous avons expliqué que les trois ateliers de base sur la lettre, le journal et la poésie ne se limitent pas à approfondir et renforcer l'activité de la lecture attentive. Ils fournissent également un langage qui prépare et favorise l'émergence du dossier parallèle, étant donné que ce genre de narration clinique, pédagogique et créative peut être écrit, comme nous l'avons vu, non seulement sous la forme du récit autobiographique, mais aussi en utilisant les langages de la lettre, du journal et de la poésie.

Avant de présenter le premier atelier de créativité, qui est consacré précisément à cet instrument, nous allons décrire trois éléments qui permettent d'ouvrir un espace pour commencer à penser la pratique du dossier parallèle au sein des groupes.

Primo, nous avons commencé à introduire la notion de dossier parallèle avant le début de l'expérience (par exemple, lors des présentations dans les services ou bien à l'occasion des demandes de renseignements). Sans trop rentrer dans les détails, nous disions que le dossier parallèle était l'un de nos objectifs pédagogiques, comme il s'agissait d'un instrument qui pourrait s'avérer utile dans les soins et pour les soins. Nous avons gardé le *suspense* en soulignant que l'on le découvrirait à un moment précis de notre parcours.

Secundo, au tout début de l'expérience, lors de l'atelier d'introduction, avant le tour de table, nous avons offert un cahier à tou(te)s les participant(e)s. C'était un objet simple et neutre, ne renvoyant nullement à l'institution : un cahier sans rayures ni carreaux, aux feuilles blanches et à la couverture noire, que nous avons défini à travers la métaphore du « journal de bord ».

Pour nous, c'était un véritable objet transitionnel, qui accompagnerait les participant(e)s entre le dedans du groupe et le dehors de l'hôpital. Il nous semblait qu'il matérialisait le dossier parallèle et qu'il ouvrait la possibilité d'écrire *entre-temps*, c'est-à-dire d'une séance à l'autre.

Tertio, à partir du deuxième atelier de base et au début de chaque séance, avant de distribuer le texte que l'on partagerait à voix haute et que l'on lirait avec attention, nous avons convoqué cette fonction transitionnelle du cahier, en posant toujours la même question : « Est-ce que quelqu'un a écrit quelque chose dans son cahier ? » Souvent, les participant(e)s répondaient par une autre question : « Fallait-il écrire quelque chose ? » Nous répliquions que l'on n'était pas obligé d'écrire quelque chose, mais que l'on pouvait le faire, au cas où. Si un(e) participant(e) avait écrit un texte, nous lui aurions demandé s'il ou elle voulait le partager. Or, il est intéressant de remarquer qu'une telle situation ne s'est *jamais* produite, pendant les cinq premiers ateliers. Cela ne signifie pas qu'il est inutile de poser la question, étant donné qu'elle contribue à rendre pensable l'écriture en dehors du groupe.

En effet, il s'agit d'un passage qui demande à être préparé et accompagné. Nous savons bien que, pour ce qui concerne le déroulement des séances, l'ALHO consacre

toute son attention à la construction d'un dispositif qui évite ou réduit le risque de se bloquer face à la page blanche. Pourquoi ne devrait-on pas consacrer la même attention à l'ouverture d'un espace expressif à l'extérieur du cadre protégé et protecteur du groupe ? Peut-être, cette ouverture est-elle d'autant plus délicate justement parce qu'elle va avoir lieu à l'extérieur de ce cadre, qui stimule la créativité.

Or, comme nous avons dit dans le chapitre 2, nous avons même demandé, lors de la séance consacrée au genre du journal, d'écrire un texte pour la rencontre suivante : à la fin des ateliers de base, une telle requête s'avère bien utile, si l'on veut préparer encore mieux les professionnel(le)s à l'écriture du dossier parallèle chez soi. On peut aussi conseiller aux participant(e)s de se donner un minutage précis, à l'aide d'un réveil, pour contenir la narration et la temporalité : cela permet de reproduire ce qui se passe pendant un atelier, en récupérant une partie de son cadre.

Aux antipodes de ce cheminement pédagogique, il existe des projets qui proposent aux professionnel(le)s, après une seule séance de formation (dont les contenus ne sont pas précisés), le choix entre l'écriture libre du dossier parallèle et l'utilisation d'un texte déjà structuré, qui devrait stimuler l'expression²²⁹. Même si ces structures textuelles peuvent être élaborées par des « experts »²³⁰, elles risquent de transfigurer complètement la pratique du dossier parallèle, surtout pour ce qui concerne l'aspect créatif. En outre, les activités de partage et de lecture attentive sont complètement absentes, ce qui enlève une partie vitale à l'instrument et au dispositif.

Au fond – comme dans une autre recherche où les auteurs s'interrogent sur la qualité de vie des neurologues et des infirmier(e)s italien(ne)s, pour comprendre comment ils abordent leur pratique clinique ainsi que pour identifier les signes de

²²⁹ Voir : BANFI (Paolo), CAPPUCCIO (Antonietta), LATELLA (Maria E.) *et alii*, « Narrative Medicine to Improve The Management and Quality of Life of Patients with COPD : The First Experience Applying Parallel Chart in Italy », *International Journal of COPD*, vol. 13, 2018, p. 288 ; CAPPUCCIO (Antonietta), NAPOLITANO (Silvia), Menzella (Francesco) *et alii*, « Use of Narrative Medicine to Identify Key Factors for Effective Doctor-Patient Relationships in Severe Asthma », *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, vol. 14, n° 26, 2019, p. 9.

²³⁰ BANFI (Paolo), CAPPUCCIO (Antonietta), LATELLA (Maria E.) *et alii*, « Narrative Medicine to Improve The Management and Quality of Life of Patients with COPD : The First Experience Applying Parallel Chart in Italy », *op. cit.*, p. 288.

burnout²³¹ –, on pourrait se poser des questions sur l’usage même de la notion de dossier parallèle dans de tels cas. Est-ce qu’il ne s’agit, plutôt, de textes semi-directifs pour l’analyse des vécus des soignant(e)s et de leurs relations aux patient(e)s dans le cadre d’une recherche qualitative ? Oui, l’application des outils de la médecine narrative ouvre – et s’ouvre – à la créativité. Mais de quelle façon peut-on soutenir l’application d’un outil créatif qui finit par mettre la créativité en danger ou par la reléguer au second plan ?

Dans le chapeau introductif, nous avons fait allusion à ce que Nellie Hermann dit à propos du rapport entre la créativité et la réflexivité en médecine. Dans les études que nous venons de citer, la question va encore plus loin, étant donné que l’application du dossier parallèle semble presque protocolaire, comme nous disions plus haut. Si la médecine narrative vise justement à l’élargissement de la narration en médecine pour améliorer la qualité de vie et des soins, il ne nous paraît pas cohérent de réduire la médecine narrative à une pratique uniformisée, en engendrant une perte non seulement de la créativité mais aussi de sa spécificité.

Pour éviter ce piège, nous allons présenter, dans la sous-section suivante, la séance consacrée au dossier parallèle, en rappelant qu’elle ne peut qu’avoir lieu, si l’on veut favoriser la liberté expressive et créative, à la fin d’un parcours de base où l’on aura bien travaillé les compétences narratives en termes d’attention et de représentation.

²³¹ Voir : CHESI (Paola), MARINI (Maria Giulia), MANCARDI (Gianluigi) *et alii*, « Listening to the Neurological Teams for Multiple Sclerosis : The SMART Project », *Neurological Sciences*, vol. 41, n° 8, p. 2231-2240. Ici, les auteurs ont demandé aux soignant(e)s de raconter leur vie professionnelle à partir d’un « semi-structured plot » et d’écrire deux dossiers parallèles (sans aucune formation au préalable). En ce qui concerne l’usage d’un « semi-structured plot » dans le cadre d’une recherche qui se réfère à la médecine narrative, voir aussi « the fairy tale track » utilisée dans une étude sur la fatigue au travail dans les services de réanimation : ALAMPI (Daniela) et PRIMERANO (Enzo), « Narrative Medicine, Intensive Care and Burn Out », *HSOA Journal of Anesthesia and Clinical Care*, vol. 7, 2020, p. 2.

3.1.2 *Inaugurer le parcours.*

Comme nous avons dit à maintes reprises, le dossier parallèle est un genre en soi. Pour quelle raison sa présentation devrait-elle être théorique ou explicative ? Pourquoi le dossier parallèle se soustrairait-il au dispositif de l'atelier, qu'il convoque en tout cas ?

En effet, la lecture attentive de quelques dossiers parallèles permet aisément aux membres d'un groupe soudé d'en toucher le fonctionnement et d'en comprendre les principes. À la différence des ateliers de base, où chaque séance se focalise sur une seule narration écrite (même si l'on peut prévoir d'utiliser des images et de la musique, surtout vers la fin du parcours), la multiplicité des formes convoquées par le dossier parallèle demande que l'on propose plusieurs textes. Combien ? Et lesquels ?

Ce texte de David nous semble particulièrement utile pour marquer le passage du cas clinique, avec son style apparemment détaché, à la première personne – singulière et plurielle à la fois – de l'écriture autobiographique :

SC est une femme noire âgée de soixante-dix-neuf ans, avec une insuffisance cardiaque congestive, une foule d'autres problèmes médicaux et un mauvais pronostic. Il n'y a pas grand-chose que notre équipe puisse lui offrir. Nous contrôlons ses symptômes et nous évaluons le temps qui lui reste à vivre mais nous n'accomplirons pas de miracle médical pour elle. Ce que nous lui avons donné, c'est le sentiment que nous étions là, que nous étions à ses côtés. Et cela seul a fait toute la différence pour elle. Elle a peur mais elle est calme. Elle est contrariée mais est reconnaissante et confiante. Elle accepte le déclin de sa fin de vie avec une grande dignité.

C'est le genre de personne que je voudrais être quand je serai face à ma propre fragilité, à ma propre décrépitude. Je veux être comme elle quand je mourrai. Je veux que mon cœur reste aussi doux que le sien lorsque j'en aurai fini avec la vie. Je me retrouve souvent dans une rêverie, à songer à sa façon de faire face à la dégradation et au désespoir. Je veux apprendre de cette femme. Je veux la comprendre. Je veux l'écouter. Je suis béni d'avoir le temps d'être avec elle et de prendre soin d'elle²³².

²³² CHARON (Rita), *Médecine narrative*, *op. cit.*, p. 263-264.

En revanche, le dossier parallèle de Tolulope peut évoquer le genre du journal :

Hier soir, pendant ma garde, on m'envoie aux urgences pour accueillir un homme HIV+, admis dans mon service pour soigner une diarrhée sévère. LD a près de trente ans. En 1990, on lui a annoncé pour la première fois qu'il avait le HIV, mais, à ce moment-là, il a refusé de prendre les médicaments. En 1997, il a développé une pneumonie PCP, on l'a alors traité et on l'a convaincu de prendre une trithérapie. Il l'a prise jusqu'au moment où, en 1999, il a rencontré une fille qui est devenue rapidement sa petite amie. (Quand je lui demande pourquoi il a arrêté la trithérapie, il me dit qu'il ne voulait pas qu'elle sache qu'il avait le HIV). Sa petite amie est maintenant séropositive (on ne sait pas clairement si c'est lui qui lui a transmis le virus) et il a un enfant avec elle, qui est né deux semaines avant que je rencontre LD et qui est encore dans le service de néonatalogie pour des complications. (Je ne connais pas le statut de l'enfant par rapport au sida, mais je sais que la maman n'a pas pris la prophylaxie appropriée pendant sa grossesse).

Plus j'en apprend sur ce patient, plus je remarque que je suis de plus en plus en colère et peut-être même furieux. D'une façon intéressante, le fait que je me rende si bien compte que je suis furieux me permet de mettre mes sentiments de côté pour m'occuper du patient convenablement. Je pense qu'il est tout à fait inconscient des conséquences de son comportement sur lui-même et sa famille. Au fond, il a mis un enfant au monde qui a peu de chances de s'en sortir.

Ressentir de l'empathie (être conscient, sensible, en faisant l'expérience, par procuration, des sentiments, des pensées et de l'expérience d'autrui) pour lui m'est impossible. Mon imagination n'est pas assez vive pour que je puisse me mettre à sa place. Pour m'imaginer à sa place, je dois déjà fondamentalement, m'imaginer être quelqu'un que je déteste, quelqu'un qui est complètement à l'opposé de moi. C'est tout bonnement impossible. Donc j'ai passé beaucoup de temps à me demander quelle émotion me conduit à vouloir aider ce patient. Je pense à la pitié (une sympathie peinée pour quelqu'un qui souffre). Je me sens vraiment désolé pour ce type. C'est un homme d'à peine trente ans, il a le sida, un nouveau-né, un déni majeur de sa situation, mais il se rend compte qu'il est malade. Il est probablement conscient de sa

dégradation et sait que la fin est proche. Je suis désolé pour lui, ce n'est pas de l'empathie mais de la pitié. C'est ce qui me motive à vouloir l'aider.²³³

Ce dossier parallèle d'une professionnelle s'adresse directement à un patient sous la forme d'une lettre qui ne sera jamais remise :

Mon ami,

Vous êtes revêche et désagréable, toujours à faire des affronts, vous dites : « Pour quelqu'un de petit, vous faites beaucoup de bruit ici ». Vous me coupez, vous m'avez corrigée tant de fois pendant ces soixante-neuf jours de captivité quand je parlais avec l'un de vos compagnons de chambre. Nous savons tous les deux que vous êtes mon préféré. Je savoure ma fin de journée avec vous, sans dossier ni stylo avec moi. Vous m'emmenez sur les champs de bataille de la Seconde-Guerre mondiale, à la table de cuisine où vos frères et vous parliez de base-ball – ensemble nous remontons le temps, en laissant votre chambre toujours sombre derrière nous. Vous transformez cette atmosphère subtilement, comme par enchantement. Cet échange avec vous, votre passé, votre point de vue, est un cadeau pour moi, Pete. Aucun codage de la feuille de statistiques, qui a tant d'importance ici, ne peut saisir cela.²³⁴

Enfin, le texte suivant représente une sorte de « dossier lyrique », qui s'inspire ouvertement d'un poème très célèbre de Dylan Thomas. En effet, il en transforme le titre (*Do Not Go Gentle into That Good Night*²³⁵) dans une sorte de refrain :

Nous voulons que tout soit fait,
N'entre pas apaisé dans cette bonne nuit.
Les infirmières ne pensent pas qu'elle ait besoin de traitement pour la douleur,
N'entre pas apaisé,
Dis à ton mari d'arrêter de me torturer.
N'entre pas apaisé dans cette bonne nuit,

²³³ *Ibid.*, p. 271-272.

²³⁴ *Ibid.*, p. 95-96.

²³⁵ THOMAS (Dylan), *Collected Poems*, New York, New Directions, 1957, p. 128.

Tu es un menteur, tu ne prends pas soin de lui. Oublie le NPR,
N'entre pas apaisé.
Si seulement ils pouvaient se mettre en rage.²³⁶

Pour généraliser les principes de ce choix, nous pouvons dire qu'il nous semble suffisant et cohérent de construire une séance sur le dossier parallèle à partir de quatre textes qui convoquent non seulement la narration autobiographique mais aussi les trois genres fondamentaux de la lettre, du journal et de la poésie. Peut-être, pour une question d'une unité diégétique, serait-il recommandable de privilégier cet ordre : 1) récit autobiographique ; 2) journal ; 3) lettre ; 4) poème. C'est ce que nous avons fait plus haut. En tout cas, il est toujours possible de trouver et donc de choisir d'autres dossiers parallèles, et de les mettre ensemble suivant des principes adaptés aux contextes.

À la lumière, ou à l'ombre, des textes proposés, on invitera les participant(e)s à se lancer dans l'écriture de leur premier dossier parallèle, à le partager à voix haute et à commenter les dossiers parallèles des autres en utilisant les catégories de la lecture attentive, qui favorise une approche respectueuse, bienveillante et humble.

Il s'agit d'un moment très intense, même d'un point de vue émotionnel, soit pour le groupe soit pour l'ALHO : parfois, les histoires évoquent des expériences anciennes et douloureuses. Pourtant, l'instrument du dossier parallèle, le cadre de l'atelier et le groupe peuvent permettre d'élaborer ce qui s'est passé et d'y donner une signification différente, comme une soignant(e) le dit dans un texte remis lors des ateliers de recherche. Et c'est justement par ce témoignage que nous concluons notre sous-section :

[Le dossier parallèle] m'a permis de raconter une lourde et douloureuse expérience de garde externe d'il y a plus de trente ans, à laquelle je pense souvent et à laquelle je penserai différemment depuis que je l'ai partagée.

²³⁶ CHARON (Rita), *Médecine narrative*, op. cit., p. 260.

3.1.3 Un modèle d'intervision ?

À la fin du premier atelier de créativité, consacré entièrement au dossier parallèle, on demandera aux participant(e)s de prendre l'habitude d'écrire dans leur cahier, entre une séance et l'autre, au moins une narration de ce type, pour pouvoir la partager au début de chaque rencontre.

Ainsi les dossiers parallèles prennent-ils la place des textes littéraires, qui ont ouvert jusqu'à ce moment les ateliers. Cette substitution, qui institue une comparaison indirecte, pourrait aider à percevoir les dossiers parallèles à l'égal des textes littéraires, et à leur « rendre hommage »²³⁷ d'une façon semblable, à travers la pratique de la lecture attentive. Cela contribue à rendre hommage, par conséquent, aux histoires des patient(e)s, de leurs familles et des collègues qui y sont racontées.

Or, pendant les ateliers de créativité, l'ALHO continue à aider les participant(e)s à se focaliser sur les aspects textuels et narratifs des dossiers parallèles, en les interrogeant sur la forme, la structure, la temporalité, l'intrigue, les métaphores, la voix... Face à l'usage d'un lexique spécialisé, l'ALHO peut demander des explications, pour mieux comprendre les textes mais aussi pour favoriser les compétences d'expression et de communication chez les soignant(e)s. Parfois, l'ALHO se retrouve dans une situation semblable à celle des patient(e)s, qui peuvent se sentir exclu(e)s à cause de la spécificité du langage clinique. L'ALHO a justement la possibilité d'assumer consciemment cette position, qui n'est pas confortable, dans le but de favoriser le passage de la « voix de la médecine » – pour reprendre les définitions d'Elliot G. Mishler – à celle du monde de la vie²³⁸.

Pendant le partage des dossiers parallèles, il est irréal de penser que les professionnel(le)s se bornent à prendre en compte les seuls aspects textuels de leurs histoires, et donc de leurs expériences, de leurs pratiques et de leurs émotions. Le groupe assume plutôt une fonction de soutien entre pairs, d'accueil et d'élaboration, comme dans le dispositif de l'intervision, qui a été développé surtout dans les

²³⁷ Nous citons ici l'expression que Rita Charon utilise dans le sous-titre de *Médecine narrative*.

²³⁸ MISHLER (Elliot G. Mishler), *The Discourse of Medicine : Dialectics of Medical Interviews*, op. cit.

contextes de la psychologie et de la psychothérapie²³⁹, et dont le concept peut être également convoqué dans le cadre de la médecine narrative.

Voilà, par exemple, l'une des définitions officielles de l'intervision en France :

Dispositif de rencontre et d'échanges entre pairs, elle [l'intervision] a pour objectif un partage et une réflexion collective respectueuse des pratiques et des expériences professionnelles, dans un regard croisé et bienveillant. Elle s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge psychologique. Cette élaboration mutuelle se déroule dans un cadre où chacun s'engage à la confidentialité et s'organise sur un mode non hiérarchique, ce qui la distingue entre autres de l'évaluation et de l'autoévaluation. L'intervision est également à différencier de la supervision, qui s'articule obligatoirement autour d'un animateur mis en place d'expert. Outre son rôle dans la lutte contre l'isolement professionnel, l'intervision offre un espace d'élaboration mutuelle et permet aux participants de croiser des visions différentes en lien avec leurs fonctions, lieux d'exercice et orientations théoriques avec les histoires et les pratiques²⁴⁰.

Si on élimine l'adjectif « psychologique » après l'expression « prise en charge », on se rendra immédiatement compte que cette modalité professionnelle et relationnelle colle parfaitement avec les ateliers de médecine narrative dans un milieu hospitalier comme celui du CHIC. Or, l'ALHO ne peut nullement être considéré(e) comme un(e) superviseur(e) dans ce cas, étant donné qu'il met son expertise textuelle et narrative au service des groupes et des participant(e)s pour favoriser les échanges entre pairs, et non pas pour « améliorer la qualité de l'acte professionnel des

²³⁹ Voir, par exemple : BIANCHI (Fulvio), GROBBERIO (Monica) et PINTUS (Patrizio), « Intervisione narrativa », *Appunti del Centro Terapia Cognitiva*, vol. 2, 2005, p. 89-93 ; PATTINI (Elena) et CAPELLI (Francesca), « Voci dal coro : Un modello di intervisione sistemica », *Tecniche e terapia*, vol. 3, 2012, p. 80-81 ; GOLIA (Geoffrey M.) et MCGOVERN (Amanda R.), « If You Save Me, I'll Save You : The Power of Peer Supervision in Clinical Training and Professional Development », *British Journal of Social Work*, vol. 45, n° 2, 2015, p. 634-650 ; BOUVARD (Gabrielle), « L'intervision : Lieu de créativité du psychologue clinicien », *Le Journal des psychologues*, vol. 374, n° 2, 2020, p. 45-48.

²⁴⁰ Citée par : BOUVARD (Gabrielle), « L'intervision : Lieu de créativité du psychologue clinicien », *op. cit.*, p. 46.

personnes dont [il] est responsable, de façon à assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques »²⁴¹.

On peut ajouter que, selon Gabrielle Bouvard, les groupes d'intervention « facilitent le renforcement de la pratique [...] et agissent comme des espaces transitionnels permettant de laisser libre cours à la créativité professionnelle »²⁴². Elle définit cette créativité comme un « besoin » professionnel et un « outil de travail » à la fois, d'où son importance pour encourager le « patient développer ses capacités créatives personnelles »²⁴³.

D'ailleurs, Winnicott avait déjà mis en lumière l'importance de la créativité pour la santé et dans la vie en général :

Le lecteur consentira, je l'espère, à envisager la créativité dans son acception la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais bien plutôt en la considérant comme la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure.

Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure : le monde et tous ces éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter. La soumission entraîne chez l'individu un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance. Ce peut être même un réel supplice pour certains êtres que d'avoir fait l'expérience d'une vie créative juste assez pour s'apercevoir que, la plupart du temps, ils vivent d'une manière non créative, comme s'ils étaient pris dans la créativité de quelqu'un d'autre ou dans celle d'une machine.

Cette seconde manière de vivre dans le monde doit être tenue pour une maladie, au sens psychiatrique du terme. Tout compte fait, notre théorie présuppose que vivre créativement témoigne d'une bonne santé et que la soumission constitue, elle, une

²⁴¹ CASTRO (Dana), DELEFOSSE (Marie Santiago) et CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS (Valérie), « La Supervision de la pratique clinique : Définitions et questionnements », *Le Journal des psychologues*, vol. 270, n° 7, 2009, p. 45.

²⁴² *Ibid.*, p. 48.

²⁴³ *Ibid.*, p. 45. Même si Bouvard se réfère spécifiquement aux psychologues clinicien(ne)s, nous sommes convaincus que ses réflexions peuvent s'appliquer et s'adapter à tou(te)s professionnel(le)s de soins.

base mauvaise de l'existence. Il est vraisemblable que l'attitude générale de notre société et l'atmosphère philosophique de notre époque favorisent une telle conception²⁴⁴.

Sans trop rentrer dans les conséquences éthiques et politiques d'une telle vision, qui nous semble en tout cas souligner le pouvoir et l'aspect révolutionnaire de la créativité, nous soulignons que le concept d'intervision est tout à fait cohérent avec le caractère, le fonctionnement et les objectifs de la deuxième phase de notre modèle formatif. Nous finissons même par nous demander si les ateliers de médecine narrative en général et ceux de créativité en particulier ne peuvent pas être considérés comme un véritable dispositif d'intervision interprofessionnelle dans les milieux de soins.

Au-delà de cette question définitoire et institutionnelle à la fois, il est venu le temps de souligner que, pendant les ateliers de créativité, les participant(e)s commencent aussi à jouer un rôle qui s'approche de l'ALHO et de la co-animation, non seulement parce que leurs dossiers vont constituer l'ossature des séances, mais aussi parce que, comme nous l'avons anticipé plus haut, ils sont invités à amener au moins un autre type de narration (littéraire, visuelle ou musicale).

Cette dernière activité a deux avantages : d'un côté, à un niveau organisationnel, si les participant(e)s n'arrivent pas à rédiger un dossier parallèle entre deux rencontres, les autres narrations offriront un matériel suffisant pour lire, écrire et partager d'autres textes ; de l'autre côté, en ce qui concerne la cohérence pédagogique, on travaille davantage la créativité, en élargissant les horizons sémantiques des

²⁴⁴ WINNICOTT (D. W.), « La Créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975 (1971), p. 127-128. Voir aussi : WINNICOTT (D. W.), « Jouer. L'activité créative et la quête de soi », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975 (1971), p. 108-126. Voir encore, pour ce qui concerne les contributions critiques sur la créativité dans la pensée et l'œuvre de Winnicott : AUBOURG (Frédéric), « Winnicott et la créativité », *Le Coq-héron*, vol. 173, n° 2, p. 21-30 ; ANZIEU-PREMMEREUR (Christine), « De la créativité chez Winnicott », *Le Carnet PSY*, vol. 151, n° 2, 2011, p. 22-25 ; RUTI (Mari), « Winnicott with Lacan : Living Creatively in a Postmodern World », *American Imago*, vol. 67, n° 3, p. 353-374 ; BRACONNIER (Alain) et GOLSE (Bernard), (sous la direction de), *Winnicott et la création humaine*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2012.

séances. Évidemment, ces changements dans le dispositif exercent une influence sur le rôle de l'ALHO, qui ne doit plus préparer minutieusement les ateliers, mais qui est censé aiguïser son attention, sa présence et sa créativité pour co-construire les séances avec les participant(e)s, en improvisant des consignes d'écriture et éventuellement des jeux des rôles à la lumière des contributions textuelles.

À proprement parler, le dispositif de la co-animation se partage-t-il en deux, avec une distribution implicite des tâches : les membres des groupes créent et/ou choisissent les textes à lire, tandis que l'ALHO se focalise sur les consignes, pour relancer l'écriture, le partage et la lecture.

En ce qui concerne l'aspect quantitatif, le nombre des ateliers de créativité, à la différence de ceux de base, ne doit pas forcément être fixé dès le début : la temporalité, l'avancement des groupes et le cheminement pédagogique donnent des indications utiles pour s'adapter au contexte. Pour que les participant(e)s puissent rentrer dans le dispositif et s'appropriier de son fonctionnement, ainsi que des instruments d'écriture, il nous semble conseillable de prévoir un minimum de trois séances, en plus de celle consacrée entièrement au dossier parallèle. Pour une question d'équilibre dans la construction narrative du modèle pédagogique, il nous paraîtrait excessif de consacrer à l'ensemble des ateliers de créativité un nombre supérieur à six séances, en dépassant ainsi la taille de la première partie du parcours.

En synthèse, le dispositif, que nous venons de décrire, est profondément créatif et créateur en soi, à tous les niveaux, d'où la définition que nous avons choisie pour cette deuxième phase. Puisque l'explication du dispositif est assez abstraite, nous allons l'éclairer en donnant trois exemples dans la section suivante.

3.2 Les voies de la narration

3.2.1 Aimer bien.

Comme nous venons de le dire, la créativité caractérise aussi la co-animation pendant la deuxième phase des ateliers : l'ALHO est censé(e) inventer sur-

le-champ des consignes d'écriture et des activités à la lumière, ou à l'ombre, des textes lus et partagés par les participant(e)s, dans le but de relancer et ouvrir le travail au sein des groupes. Comment faire ? Dans cette section, nous donnerons trois exemples concrets à partir des narrations « libres » que les membres des groupes du CHIC ont amenées lors des ateliers de créativité²⁴⁵. Cela nous permettra également de réfléchir, d'une manière plus générale, sur quelques principes qui guident l'élaboration des consignes et la construction des séances dans le cadre de la médecine narrative.

Commençons par le philosophe, psychanalyste et écrivain français J.-B. Pontalis, et plus en particulier par un chapitre tiré de *Fenêtres* (2000), un livre qui ouvre, comme l'objet métaphorique et concret lui donnant le titre, sur la narration et la réflexion à la fois. Il s'agit d'un ensemble d'anecdotes autobiographiques sur le travail du psychanalyste, accompagnées par de véritables *rêveries* sur la pratique soignante qui suivent le flux des pensées et des émotions.

Probablement, la proximité des différents chapitres de *Fenêtres* avec le dossier parallèle pourrait éclairer l'une des raisons pour lesquelles le livre de Pontalis a été proposé lors d'un atelier de créativité. En tout cas, voilà le chapitre de *Fenêtres* qui a été partagé :

Aimer bien ses patients : condition nécessaire pour moi. Je vois bien ce qu'on pourrait me rétorquer : ne serait-ce pas pour être payé de retour, une façon de m'assurer que je suis aimé par eux ? N'empêche : je ne conçois pas comment je pourrais leur consacrer tant de temps, d'attention, vouer une si grande part de ma vie à écouter leurs plaintes, à faire mien, sans m'y confondre, ce que Lagache appelait leur « monde personnel », si je ne pensais pas que ce qui les entrave – symptômes, inhibitions, répétition, narcissisme à vif –, que ce qui les rend captifs de leur névrose recouvre ce que je ne peux me représenter autrement que comme *mouvement vers*, même si la finalité de ce mouvement est de détruire – soi ou l'objet.

Un pari sur les forces de vie.

Serais-je plus médecin que je ne le crois ? Un médecin qui ne serait pas soumis à l'exigence de « guérir » mais porté par un besoin plus fort que celui qui ne vise qu'à

²⁴⁵ Nous allons reproduire les narrations « libres » amenées par les participant(e)s sans indiquer le groupe d'appartenance pour garder la confidentialité et l'anonymat.

rendre la vie vivable, supportable (ce qui implique une bonne part de résignation). Faire en sorte que l'autre se sente, se veuille vivant. Je ne sais pas trop ce que j'entends par là. Peu m'importe.

La fameuse formule de Bichat : « La vie est l'ensemble des forces qui résistent à la mort ». Juste mais un peu trop négative à mon goût. Alors, quoi ? L'« élan vital » de Bergson ? Un peu trop positif, cette fois. Freud, lui, a choisi un mot latin, *libido*, que n'ignoraient pas les Pères de l'Église : la *libido* peut se diriger vers les objets multiples, vers le savoir aussi bien que sur la vengeance, elle se déplace, elle ne tient pas en place, elle migre... Elle va dans tous les sens. Plus tard, il s'est tourné vers un petit dieu grec, Éros, plus civilisé et civilisateur, finalement, que *libido*, moins indomptable, moins sauvage, Éros qui vient aiguillonner, éveiller Psyché endormie. Éros est vif, joyeux. Libido, toxique, peut préférer la mort.

Aimer bien ses patients : condition pour que le goût de vivre leur revienne et que les choses trouvent leur saveur, pour qu'à tout le moins ce qu'un peintre épris de couleurs appelait une « cordialité pour le réel » l'emporte sur l'hostilité, le rejet.

Aimer bien ses patients – pas trop, comme si ce trop était un mal, un amour destructeur pour soi comme pour l'autre. Les aimer bien, différent de, et même opposé à, vouloir leur bien. Ne rien exiger, mais se fier à ce qu'il y a de vivant en chacun²⁴⁶.

Il s'agit d'un texte très riche en réflexions et en références : le « monde personnel » de Lagache, la « fameuse formule » de Bichat, Freud et les pères de l'Église, Éros et Psyché...

Dans le but de favoriser davantage l'attention face à une telle narration, il serait possible d'inviter les membres d'un groupe à souligner la phrase qui les frappe le plus. Ensuite, on demanderait de la partager avec les autres participant(e)s et de raconter son choix. Enfin, chacun pourrait écrire à la lumière, ou à l'ombre, de la phrase choisie. Pourtant, ces activités seraient faisables seulement si la narration était amenée sous le format imprimé par la personne qui la propose, ce qui n'est pas toujours le cas dans le cadre d'un atelier de créativité. En tant qu'ALHO, il convient donc de porter, dès le début, une attention *double* au texte : d'un côté, il y a l'attention qui permet de solliciter l'activité de la lecture attentive dans le groupe, en avançant, si nécessaire, des

²⁴⁶ PONTALIS (Jean-Bertrand), *Fenêtres*, Paris, Gallimard, 2000, p. 121-123.

remarques sur la structure, la forme, le genre, le style, la voix, la temporalité, l'intrigue, les répétitions et les métaphores ; de l'autre côté, il y a l'attention qui soutient l'élaboration d'une consigne, afin de pouvoir ensuite faire émerger d'une façon plus puissante, à travers l'écriture, le mouvement de la représentation.

Pour un souci de conceptualisation, nous venons de présenter cette dynamique d'une façon séparée. Toutefois, il est possible d'établir un lien très fort entre le premier et le deuxième aspect : c'est pourquoi nous parlons d'une « attention double », et non pas de deux formes d'attention. En effet, l'attention portée à une narration favorise la reconnaissance des éléments qui donnent lieu à la formulation d'une consigne d'écriture, et donc à la stimulation de la représentation.

Pour reprendre l'exemple de Pontalis, la phrase à l'infinitif « aimer bien ses patients » caractérise l'élan narratif. La triple répétition, au tout début et à la fin, assure une sorte de circularité au discours, qui ne manque pas de s'éloigner de son centre, avec les références multiples, pour y revenir à la fin. D'ailleurs, la première moitié de cette phrase donner le titre au chapitre : *Aimer bien*. Il est donc possible de supposer ou d'imaginer que cette expression fonctionnait comme un véritable dispositif d'écriture pour l'auteur. En tout cas, elle peut fonctionner comme un dispositif d'écriture dans un groupe de médecine narrative.

Étant donné que les consignes invitent à élargir l'horizon expressif et à libérer la parole, il nous semble que la formulation la plus adaptée à la lumière, ou à l'ombre, du texte de Pontalis soit justement celle du titre : « Aimer bien ». C'est la consigne que nous avons donnée lors de la séance. L'allusion aux « patients » risque d'exclure les professionnel(le)s de l'hôpital qui ne sont pas impliqué(e)s directement dans les soins. En outre, elle serait redondante, vu que le partage de la narration de départ offre déjà en soi la possibilité de récupérer cet élément discursif et thématique.

Pour généraliser la réflexion menée dans cette sous-section, nous pouvons dire que l'extrapolation d'une phrase particulièrement significative est l'un des principes fondamentaux qui guident l'élaboration d'une consigne d'écriture. Parfois – il faut le reconnaître – ce sont les dossiers parallèles des participant(e)s qui offrent cette opportunité, lors d'un atelier de créativité.

Dans un groupe, per exemple, une soignante avait commencé son dossier parallèle par la phrase : « Je me souviendrai toujours de ». Après la préposition, elle

avait mentionné le nom d'une patiente. Nous avons repris le tout début de son dossier parallèle, en demandant à tous les membres du groupe d'écrire un texte qui commençait par : « Je me souviendrai toujours de... ».

Toutefois, afin d'éviter de tomber dans le piège de la répétition et de la proposition du même principe au fil des ateliers de créativité (ce qui pourrait tout à fait contraster avec cette définition), nous allons montrer, dans la sous-section suivante, comment il est possible de construire des modalités inédites, et créatives, de partage.

3.2.2 *La nuit n'est jamais complète.*

Dans un autre groupe, une participante a proposé un poème où l'on retrouve l'image de la fenêtre, qui donne le titre à l'ouvrage de J.-B. Pontalis dont nous venons de parler.

Il s'agit de *Et un sourire* de Paul Éluard, publié pour la première fois dans le recueil *Phénix* en 1951 :

La nuit n'est jamais complète
Il y a toujours puisque je le dis
Puisque je l'affirme
Au bout du chagrin une fenêtre ouverte
Une fenêtre éclairée
Il y a toujours un rêve qui veille
Désir à combler faim à satisfaire
Un cœur généreux
Une main tendue une main ouverte
Des yeux attentifs
Une vie la vie à se partager²⁴⁷.

²⁴⁷ ÉLUARD (Paul), *Œuvres complètes*, vol. 2, Paris, Gallimard, 1968, p. 444.

Pendant la séance consacrée au dossier parallèle, nous avons proposé le « dossier lyrique » dont nous avons parlé plus haut : celui qui utilise le titre d'un poème de Dylan Thomas comme un véritable refrain (« N'entre pas apaisé dans cette bonne nuit »).

Or, quand la participante a partagé le texte d'Éluard, nous avons fait le lien intertextuel avec cette source précédente, que le groupe avait pu lire et partager. Vue cette résonance avec l'histoire collective – que l'on peut bien rappeler, en règle générale, afin de renforcer davantage l'affiliation –, la consigne s'est organisée autour du premier vers du poète français, qui mentionne l'élément de la « nuit », comme le fait Dylan Thomas²⁴⁸ : « La nuit n'est jamais complète ». Ainsi avons-nous invité à écrire un texte, en sept minutes, qui commençait par ces mêmes mots. Il n'y avait aucune restriction formelle : en d'autres termes, il ne fallait pas forcément écrire un poème. D'ailleurs, on peut contribuer à l'ouverture expressive dans le groupe aussi grâce à une telle remarque sur la liberté de choix par rapport au genre de la narration de départ.

Pour ce qui concerne la co-animation, nous avons convoqué la créativité à nouveau pour le partage : comme la séance allait bientôt terminer, il ne serait possible de procéder à la lecture attentive de tous les textes écrits. C'est pourquoi nous avons privilégié le moment de l'affiliation, en demandant aux participant(e)s de lire leurs créations à voix haute les unes après les autres, sans jamais s'interrompre : une sorte de performance groupale, dans laquelle l'incipit d'Éluard fonctionnerait en tant que « refrain » collectif (un peu comme le titre de Dylan Thomas dans le « dossier lyrique » évoqué plus haut).

Une telle modalité peut avoir trois avantages, par rapport à ce que l'on fait d'habitude, quand on sollicite la lecture attentive de chaque texte après son partage à voix haute.

D'un point de vue performatif, chaque participant(e)s est presque obligé(e) de porter une attention concrète non seulement aux narrations des autres, mais aussi à sa

²⁴⁸ Peut-être, est-il intéressant de remarquer que le poème de Paul Éluard et celui de Dylan Thomas sont parfaitement contemporains : tous les deux ont été publiés pour la première fois en 1951.

propre réponse émotionnelle, afin de comprendre à quel moment lire son propre texte dans le cadre de la dynamique groupale.

Ensuite, d'un point de vue pédagogique, la lecture attentive des participant(e)s se focalise surtout sur les liens parmi les textes, et donc sur l'aspect de l'intertextualité. Peut-être, faudrait-il parler de « transtextualité », étant donné que le texte de départ *circule* dans des textes qui sont écrits simultanément : avec une métaphore fluviale, on pourrait dire que l'influence directe de la source se ramifie dans des bras secondaires qui continuent à appartenir au même cours textuel. Il s'agit d'une écriture presque collective, ou collectivisée, qui élargit la notion de « parallélisme », sur laquelle le genre du dossier parallèle se fonde.

Enfin, d'un point de vue relationnel, les liens intertextuels permettent d'apprécier, de découvrir ou de faire émerger les liens intersubjectifs au sein du groupe, en contribuant à renforcer, avec les deux autres aspects que nous venons de mentionner, le sentiment et le mouvement de l'affiliation, d'où l'intérêt de fabriquer parfois, dans le cadre des ateliers de créativité, de telles modalités de partage.

Tout cela suggère et confirme bien que l'attention, la représentation et l'affirmation sont à la fois des élaborations conceptuelles – qui permettent de décrire, entre autres, le fonctionnement d'un atelier de médecine narrative –, ainsi que des outils pratiques, qui peuvent être utilisés au service de la créativité et de la co-animation pour construire une séance.

3.2.3 Questions de (con)science

Il faut avouer que parfois, dans le cadre des ateliers de créativité, les narrations choisies, amenées et partagées par les participant(e)s ne semblent pas offrir une accroche immédiate d'un point de vue textuel.

C'est le cas de ce passage tiré de *Questions de conscience*, un livre du médecin Jean-François Mattei, qui a été également ancien ministre de la Santé :

D'abord posées en termes simples tels que « soulager », « lutter contre la douleur » et, « si possible guérir », les préoccupations médicales sont, désormais, beaucoup plus

étendues. Jusqu'où et comment peut-on améliorer les conditions de vie et les aptitudes ? Avec l'intention initiale d'améliorer l'individu, la question est posée de savoir s'il est acceptable de renforcer certaines facultés humaines par des interventions génétiques. Est-il légitime d'aller vers plus d'efficacité dans la lutte contre les maladies, en particulier infectieuses et cancéreuses, en améliorant les défenses de l'organisme grâce à des techniques qui modifient le génomes des personnes, à titre non seulement curatif mais aussi préventif ? S'il est souhaitable de chercher à endiguer la perte de mémoire chez des personnes malades, est-il justifié d'augmenter les capacités mémorielles de sujets sains afin de les rendre plus efficaces ? Est-il envisageable, s'il n'y a pas de troubles pathologiques, de chercher à améliorer la qualité du sommeil, voir diminuer sa durée ? Est-il admissible de chercher à modifier le comportement des personnes par des implants cérébraux réglables et modulables ? [...]

Certes, par analogie avec la chirurgie esthétique, on aurait vite fait de s'affranchir de tous ces dilemmes : en remodelant le nez, les oreilles ou les seins, ne procède-t-on pas, au sens strict du terme, à une amélioration de la personne ? À tout le moins de son pouvoir de séduction ? Après tout, ne s'agit-il pas du choix délibéré d'une personne qui souffre de l'image qu'elle pense offrir aux autres et qui veut en changer pour se sentir plus épanouie ? De quel droit pourrait-on s'opposer à son projet de faire remodeler son corps ?²⁴⁹.

Il nous paraît compliqué de trouver une phrase ou une expression *dans* ce texte qui inspirent directement une consigne. La démarche abstraite, l'interrogation philosophique et les questions éthiques – qui parfois deviennent des questions rhétoriques – sollicitent surtout une réponse, ou bien une prise de position. D'ailleurs, sur treize phrases au total, la majorité (neuf) se termine par un point d'interrogation. Comment travailler la créativité à la lumière de ce passage ?

D'un point de vue général, il s'agit justement de *transformer*, d'une façon créative, le sujet que l'on entrevoit à la base du développement discursif. Dans le cas spécifique de Mattei, le dernier mot du sous-titre du livre (« post-humanisme ») suggère une voie : la science-fiction permettrait de traduire la pensée paradigmatique en pensée narrative, par le biais de la consigne, qui fonctionnerait comme un

²⁴⁹ MATTEI (Jean-François), *Questions de conscience : De la génétique au posthumanisme*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2017, p. 120-121.

phénomène transitionnel²⁵⁰. On pourrait inviter, par exemple, à se raconter en tant qu'androïde, automate ou robot. On pourrait également demander de transcrire les pensées d'une personne dont le comportement serait modifié « par des implants cérébraux réglables et modulables ». On pourrait faire parler une prothèse, comme si cet objet avait une volonté extérieure par rapport au corps qui l'accueille.

Toutefois, à la lumière du substantif « pouvoir », que Mattei utilise vers la fin du passage, nous avons préféré la consigne suivante : « J'ai un superpouvoir ». Une telle élaboration à la première personne du singulier favorise le récit de soi. En outre, la notion de « superpouvoir », qui reprend celle d'amélioration²⁵¹, ne restreint pas le choix au genre de la science-fiction, vu qu'elle peut être considérée en tant que métaphore. Or, l'une des soignantes l'a justement interprétée de cette façon. Et c'est par son texte que nous allons ouvrir la section suivante.

3.3 Autour des récits

3.3.1 *J'ai un super-pouvoir.*

Comme nous l'avons déjà anticipé, nous consacrerons cette section à trois narrations écrites par les professionnel(le)s du CHIC à l'occasion des ateliers de créativité. Nous les reproduisons avec leur accord sous une forme anonyme. Cela nous permettra de donner une idée encore plus précise du travail que l'on fait pendant la deuxième phase de formation interprofessionnelle à la médecine narrative. En même temps, nous allons convoquer les catégories de la lecture attentive, pour montrer comment on peut répondre à une narration partagée dans le cadre d'une séance.

²⁵⁰ Voir : WINNICOTT (Donald W.), « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *Jeu et réalité : L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2002 (1953), p. 7-39.

²⁵¹ Le texte de Mattei mentionne cette notion à maintes reprises, à travers l'infinitif « améliorer » (3 fois), le participe présent « améliorant » (1 fois), le substantif « amélioration » (1 fois). En outre, il ne faut pas oublier que, dans le titre de la section dont le passage cité fait partie, Mattei mentionne le terme « méliorisme ». Le titre en entier est : « La voie du méliorisme ». Voir : MATTEI (Jean-François), *Questions de conscience : De la génétique au posthumanisme*, op. cit., p. 121.

Commençons par le texte écrit à la lumière, ou à l'ombre, du passage de Jean-François Mattei, que nous venons de citer dans la sous-section précédente :

J'en ai marre de ce superpouvoir. Tout le monde me réduit à cette caractéristique :
« Oui, mais toi, tu peux... »

Alors, c'est vrai, ce truc-là, je peux le faire, et on n'est pas nombreux dans ce cas-là... Mais, du coup, à chaque fois qu'on me demande un service, de l'aide, qu'on me demande d'intervenir, c'est TOUJOURS mon superpouvoir qu'on sollicite. C'est simple, j'ai l'impression d'être une sorte de distributeur automatique : on met une pièce, on appuie sur un bouton, et hop ! Mon superpouvoir !

D'ailleurs, les gens me parlent quasiment plus, ils ne m'expliquent même plus dans quel contexte ils ont besoin de mon superpouvoir. Ils se posent devant moi, et ils attendent, les bras croisés, que j'agisse, que je « le fasse »... En fait ça m'épuise, ce superpouvoir, ça me grignote, ça me mine...

Et puis, je sens bien que je n'ai pas le droit de refuser, de m'échapper, de fuir... Parce que comme disait l'oncle de Spiderman : « Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités ».

Et ben, vous savez quoi ? Moi, je vous le donne, mon superpouvoir ! Et bonne chance !

Tout d'abord, ce texte confronte le lecteur à un mystère : quel est le superpouvoir dont on parle ? Cette suspension permet de considérer la notion de superpouvoir d'une façon métaphorique, comme nous le disions plus haut. Est-ce que le narrateur et protagoniste a un simple « pouvoir » qui est perçu en tant que « superpouvoir » ? Ou bien s'agit-il d'un véritable « superpouvoir » ? Et donc, plus en général, qu'est-ce que c'est qu'un « superpouvoir » ?

L'allusion à Spiderman vers la fin du texte contribue à faire émerger et construire cette duplicité : le personnage de Spiderman est évidemment un superhéros, doué de plusieurs superpouvoirs ; pourtant, sa devise ne se réfère qu'à un « pouvoir », bien qu'il soit défini « grand ».

Le manque de toute référence ouverte à une qualité extérieure s'accompagne à une focalisation sur l'intériorité du personnage, favorisée par l'usage de la première personne. En particulier, le protagoniste semble être réduit à un objet par le regard des autres qui demandent son intervention : dans le deuxième paragraphe, la

comparaison avec le « distributeur automatique », dans lequel « on met une pièce, on appuie sur un bouton, et hop ! », est très éloquente.

L'usage répété du pronom impersonnel « on » souligne et augmente cette « impression » de réification et dépersonnalisation, qui atteint son sommet dans le troisième paragraphe, où les relations s'effilochent : les « gens » – terme qui souligne l'aspect de la pluralité – ne s'adressent presque pas ou presque plus au protagoniste. L'image des « bras croisés » exprime la lourdeur et le poids des attentes, ou bien des prétentions, qui mènent à une sorte de crise : « En fait ça m'épuise, ce superpouvoir ». Mais de quel épuisement est-on en train de parler ? Le personnage du « superhéros » est-il devenu une deuxième métaphore ?

L'utilisation explicite du verbe « épuiser » et le contexte de partage sollicitent une interprétation du texte liée à l'univers hospitalier. Nous ne pouvons pas nous empêcher de penser à l'image « héroïque » du soignant, que l'on retrouve surtout dans le modèle narratif de la « restitution », selon la définition d'Arthur Frank²⁵² : le médecin est considéré comme un héros moderniste²⁵³ qui a le pouvoir – ou peut-être, le superpouvoir – de rendre la santé perdue au patient. Il s'agit d'une véritable *master narrative*²⁵⁴, comme Arthur Frank le montre bien : une narration qui ne domine pas seulement le discours de la médecine moderne, mais aussi les représentations sociales.

²⁵² Voir : FRANK (Arthur), *The Wounded Storyteller*, op. cit., p. 75-96.

²⁵³ Pour ce qui concerne le concept de *modern hero*, voir : BAUMAN (Zygmunt), *Mortality, Immortality, and Other Life Strategies*, Stanford, Stanford University Press, p. 209.

²⁵⁴ Dans les sciences humaines et les études culturelles, le concept de *Master Narrative*, qui s'accompagne de celui de *Counter-Narrative*, est à ce jour tellement répandu et débattu qu'il ne demande pas à être expliqué davantage. Nous nous bornons à signaler quelques ouvrages fondamentaux pour faire un point sur la question : LYOTARD (Jean-François), *La condition postmoderne*, Paris, Éditions de Minuit, 1979 ; MISHLER (Elliot George), « Models of Narrative Analysis : A Typology », *Journal of Narrative and Life History*, vol. 5, n° 2, 1995, p. 87-123 ; FAIRCLOUGH (Norman), *Discourse and Social Change*, Cambridge, Polity Press, 1992 ; BAMBERG (Michael) et ANDREWS (Molly), (sous la direction de), *Considering Counternarratives : Narrating, Resisting, Making Sense*, Amsterdam, John Benjamins, 2004 ; LUEG (Klarissa) et LUNDHOLT (Marianne Wolff), (sous la direction de), *Routledge Handbook of Counter-Narratives*, Londres et New York, Routledge, 2020.

Selon notre lecture, qui se fonde sur le caractère narratif de l'éthique – tel qu'il est formulé par Rita Charon²⁵⁵ –, le texte reproduit dans cette sous-section semble mettre en garde contre l'un des dangers inhérents à cette représentation héroïque ou superhéroïque : l'épuisement.

Dans la partie finale, le protagoniste, après avoir touché la question du droit et de la responsabilité, ne redonne pas la santé aux personnes auxquelles il s'adresse (« vous »), étant donné que l'univers du soin n'est pas explicité. Au contraire, avec une sorte de coup de théâtre, le protagoniste décide de redonner à ces « gens » son superpouvoir : un acte de libération, souligné par la vivacité et la vitalité du langage et de l'expression, qui pourraient rappeler un monologue théâtrale. Avec une petite pointe d'ironie et d'humour final, juste avant la sortie de scène : « Et bonne chance ! »

3.3.2 *Mais il est gentil...*

Comme nous avons dit plus haut, ce sont parfois les dossiers parallèles amenés par les participant(e)s qui inspirent ou suggèrent une consigne d'écriture dans le cadre d'un atelier de créativité. Les exemples textuels que nous allons reproduire et commenter dans cette sous-section, appartiennent justement à cette catégorie.

Pendant un atelier de créativité, une soignante a lu un dossier parallèle qui racontait une consultation avec une « femme battue ». Dans le texte, la soignante mentionnait l'expression par laquelle cette femme se référait à son mari : « Mais il est gentil ». Pendant la discussion, la soignante a dit qu'elle avait rencontré plusieurs victimes de violence conjugale. Il lui semblait que la majorité d'entre elles utilisait justement cette phrase : « Mais il est gentil ». La soignante a expliqué qu'elle n'arrivait pas à comprendre non seulement comment on pouvait se retrouver dans une telle situation, mais aussi comment il était possible de dire qu'un homme violent était « gentil ».

Le dévoilement de cette difficulté de compréhension nous a fait penser qu'il était utile de convoquer le groupe pour construire, par le biais de la narration et de

²⁵⁵ Voir : CHARON (Rita), *Médecine narrative*, op. cit., p. 108-114.

l'imagination, le point de vue d'un personnage qui tombait victime d'une violence conjugale, afin de pouvoir au moins chercher à s'en approcher. Nous avons donc demandé d'écrire, en dix minutes, un texte autour d'un tel personnage. Il fallait commencer par la phrase que l'auteure du dossier parallèle avait mise en lumière, comme s'il s'agissait d'un refrain : « Mais il est gentil ».

Nous reproduisons ci-dessous les quatre textes écrits lors de cette séance, exactement dans leur ordre de partage à voix haute. Nous allons expliquer ensuite les raisons d'un tel choix.

Mais avant cela, nous devons dire que le groupe n'était pas nombreux à cette occasion. Nous avons donc accepté de donner notre apport, comme les professionnel(le)s nous l'ont demandé.

À la fin du chapitre 4, nous préciserons mieux les conditions générales de participation d'un(e) ALHO aux activités d'écriture lors des différentes phases de notre modèle de formation à la médecine narrative.

1.

Mais il est gentil, trop gentil !

D'ailleurs, pourquoi ces cadeaux, ces sorties, ces voyages en Italie, ces week-ends de rêve ?

Mais je regrette un peu mes amis, que je ne vois plus depuis que je suis avec lui...

C'est vrai que je suis très occupée et que tout mon temps se passe avec lui et pour lui.

Mais pourquoi veut-il que je cesse de travailler ? J'adore mon métier dans lequel je m'épanouis complètement !

C'est vrai qu'il est riche et que j'ai tout ce qu'il me faut.

Mais mon indépendance ?

C'est vrai, ce sac Vuitton ! Depuis le temps que j'en rêvais ! Et ces vêtements de luxe, après avoir jeté toutes mes robes qu'il n'aimait pas ! Pourtant elles étaient jolies, mais il veut que je commence une toute nouvelle vie avec lui...

C'est vrai qu'il pique des colères. Je comprends que c'est ma faute, qu'il m'aime et qu'il me souhaite parfaite. C'est ce que j'essaie, chaque jour : être parfaite, être celle qu'il attend, même si je dois modifier un peu mon caractère.

Nous allons déménager bientôt très loin. Je regrette un peu qu'on s'éloigne autant de ma famille, de mes amis, de mon quartier, où j'ai vécu tant d'années heureuses, où j'ai mes attaches, où tout le monde me connaît, me reconnaît ...

Mais je comprends qu'il m'aime et veut m'avoir pour lui seule. Je suis son seul avenir comme il est mon seul futur !

Pourtant, il garde ses amis, lui !

Pourtant, il garde son travail, lui !

Mais il m'aime très fort !

Trop fort ?

2.

Mais il est gentil. Parfois, il parle fort. Cela ne signifie pas forcément qu'il crie. Même si, parfois... Oui, il me crie dessus. Mais parce que c'est moi qui fais des bêtises.

Hier, par exemple. Vous savez ce que j'ai fait ? Je suis trop bête. Il me le répète toujours.

- T'es trop bête.

Hier, je disais, j'ai oublié d'acheter du pain, quand je suis allée faire des courses au supermarché. Pourtant, je sais qu'il aime bien avoir du pain sur la table, pour le déjeuner du samedi. C'est le seul jour où il mange à la maison... et bon. J'ai oublié le pain. Je suis trop nulle. Il a commencé à m'engueuler.

- T'es trop nulle.

Il s'est approché de moi. Il m'a regardé dans les yeux. J'ai baissé la tête. Il a relevé mon visage. Il a commencé à bouger sa tête, de droite à gauche, de gauche à droite, comme s'il disait que non. J'avais honte, j'avais peur. J'attendais qu'il levât sa main, et que sa main me touchât. Mais non pas avec une caresse. Non, avec une gifle.

Si j'avais été punie, il m'aurait libérée de ma peine, de ma faute. Mais il ne l'a pas fait, non. Il est resté là, debout. Il ne disait rien.

Parce qu'il est gentil, trop gentil.

3.

- Mais il est gentil, docteur, il m'a cueilli une fleur pour me consoler.

- Vous consoler de quoi ?

- Ma jambe, elle est cassée : il a poussé l'étagère et elle m'est tombée dessus.
- Il vous a cassé la jambe ?
- Mais il est gentil, docteur, il était juste un peu énervé.
- Vous trouvez cela « gentil » de vous casser la jambe ?
- Mais non, docteur ! De m'apporter une fleur !
- Où est-elle cette fleur ?
- Elle est là, docteur, dans mon portefeuille. Sa gentillesse est là, vous voyez ?

La femme ouvre alors son portefeuille. Une fleur jaune à la tige irrégulière tombe sur sa jambe plâtrée.

- Ça c'est gentil, n'est-ce pas docteur ? Elle est belle, non ?
- Mais oui, c'est très gentil de sa part. Mais la fleur est morte, n'est-ce pas ?

4.

Mais il est gentil, je l'ai bien vu ; il est attentionné... à sa manière, à certains moments... qu'il a choisis.

Ceci m'est insupportable.

Cette gentillesse n'est pas sincère, je n'en veux plus, je ne l'accepte plus... Je préfère rester seule et attendre que les minutes, les jours passent, comme ces dix dernières minutes en silence.

Lors de la séance, après chaque partage, nous avons procédé à la lecture attentive, comme d'habitude, en mettant en lumière les caractéristiques des différentes narrations : le monologue intérieur et les contradictions implicites dans la voix du narrateur, en ce qui concernait le premier texte : le genre de l'anecdote et la chute circulaire, basée à la fois sur la répétition et sur le *suspense*, en ce qui concernait le deuxième texte ; la forme du dialogue et l'usage d'un narrateur hétérodiégétique, en ce qui concernait le troisième texte ; la brièveté du discours qui reflétait le caractère improvisé du choix de la part de la protagoniste, et la référence méta-narrative à la temporalité prévue pour répondre à la consigne, en ce qui concernait le quatrième et dernier texte.

Mais seulement à la fin le groupe a pu dire que, du point de vue de l'intrigue, ces quatre narrations formaient un récit cohérent et unitaire, comme les quatre

chapitres d'un roman écrits à plusieurs mains. Pourtant il n'y avait eu aucun accord au préalable parmi les participant(e)s. Et le partage avait suivi naturellement l'ordre chronologique d'une histoire collective, qui venait d'être créée, sans que personne ne le savait.

Or, ce genre d'événement se produit assez souvent dans les ateliers de médecine narrative : les anecdotes pourraient se multiplier. Parfois, les groupes utilisent la notion de « magie » pour définir ce qui se passe dans de telles circonstances.

Si l'on voulait donner une explication, il serait possible de convoquer l'idée analytique de « sujet transitionnel » de Peciccia et Debenedetti : selon eux, dans le cadre d'une relation significative (et en particulier dans le cadre d'une relation thérapeutique), les personnes impliquées construisent un sujet tiers, une sorte d'identité commune et intersubjective (ou trans-subjective), qui s'exprime à travers les individus et les dépasse en même temps, tout en les mettant en communication entre eux²⁵⁶.

D'ailleurs, nous pouvons témoigner que, pendant l'écriture des notes parallèles, nous avons parfois imaginé les groupes comme s'ils étaient des unités métaphoriques ou des personnages à part entière : nous avons besoin de créer des figures et des images, des *sujets en transition*, pour entrer en relation non seulement avec les participant(e)s, mais aussi avec l'identité mouvante que chaque groupe pouvait assumer au fur et à mesure que l'expérience s'avancait.

Évidemment, il ne s'agissait que d'une des représentations possibles : c'était notre représentation, il ne faut pas l'oublier. De plus, cette représentation contribuait également à la construction du groupe, étant donné qu'un(e) ALHO a une fonction, une position et une posture très particulières, qui s'approchent de la participation observante, plutôt que rester dans le cadre plus traditionnel de l'observation participante, comme nous montrerons mieux dans le chapitre 4.

²⁵⁶ Voir, par exemple : BENEDETTI (Gaetano) et PECICCIA (Maurizio), *Sogno, inconscio, psicosi*, Chieti, Metis, 1995 ; BENEDETTI (Gaetano) et PECICCIA (Maurizio), « Il disegno speculare catatimico », dans Forgia (M.) et Marozza (M. I.), *La parola che immagina*, Bergamo, Moretti e Vitali, 2014, p. 221-225.

En tout cas, du point de vue de la co-animation, il est bien utile de souligner les situations dans lesquelles l'affiliation montre et démontre toute sa puissance, parfois au-delà et au-dessus des mots, parce que cela contribue à dévoiler et renforcer en même temps la qualité du lien qui s'est fait – et qui se fait – dans les groupes. L'affiliation nourrit l'affiliation, exactement : c'est un processus récursif, génératif et réflexif à la fois, que la narration permet d'alimenter, de respecter et de garder si l'on continue à mobiliser les mouvements de l'attention et de la représentation à travers une pratique essentiellement relationnelle de la textualité.

3.3.3 *Un témoignage.*

Pour conclure cette section, qui correspond aussi à la deuxième partie de notre parcours, nous allons reproduire un dossier parallèle qu'une participante a amené et voulu partager à la fin des ateliers de créativité, lors de la séance qui a été consacrée à une synthèse théorique et à la recherche, comme nous verrons dans le chapitre 5.

Ce témoignage, que nous n'allons pas commenter d'un point de vue stylistique et formel, souligne, selon nous, un moment fondamental du point de vue pédagogique et médical à la fois : le passage de l'explication à la compréhension, grâce à la possibilité de convoquer, d'une façon plus profonde et consciente, la phase de l'attention, pour pouvoir être à l'écoute radicale, si l'occasion le demande et le permet, malgré la difficulté de « résister ». Il ne s'agit pas seulement d'une compétence acquise, mais aussi d'un choix éthique et clinique, que les ateliers de médecine narrative, et plus en particulier ceux de créativité, sont capables de favoriser, comme la soignante l'a dit ensuite, en commentant son texte :

J'aime bien ces consultations. Je vais peut-être comprendre. Comprendre au lieu d'expliquer. C'est peut-être cela qu'il nous manque. On sort de la médecine directe, qui répond à une question, un symptôme, un signe. Je m'extirpe de mon logiciel habituel fait d'arbres décisionnels, de choix, d'actions. Je résiste tant bien que mal : ne pas poser de questions médicales, ne pas savoir combien elle pèse, ne pas avoir de données factuelles, cette fois-ci. Je me laisse porter par

les questions de D. [un collègue] et me mets à imaginer son logement, les chambres, la cuisine, les repas en famille, les pleurs et les cris des frères et sœurs. Aujourd'hui, ce n'est qu'un tout petit pas dans l'univers de S. [la patiente], mais elle m'a laissé l'entrevoir.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté, tout d'abord, le dispositif des ateliers de créativité en nous focalisant sur le genre du dossier parallèle. Ensuite, nous avons donné trois exemples de co-construction des séances, en mettant en lumière le rôle du co-animateur et le processus d'élaboration des consignes. Enfin, nous avons reproduit trois narrations afin d'aller plus au fond dans l'illustration de notre sous-modèle.

Or, pendant les ateliers de base, nous avons travaillé d'une façon explicite l'outil de la lecture attentive. Pourtant, comme nous l'avons vu, la construction des séances permettait de se rapprocher du dossier parallèle et de le faire émerger graduellement. En d'autres termes, nous avions un double objectif pédagogique : l'un était immédiat, l'autre était prévisionnel.

Les ateliers de créativité ne se soustraient pas à cette dynamique pédagogique : si le genre du dossier parallèle a été abordé directement, en tant qu'instrument d'écriture dont le groupe s'appropriait, le partage des narrations ne permettait pas seulement de nourrir les séances avec d'autres sources de créativité. Comme nous avons déjà commencé à le remarquer, elle contribuait à introduire également le principe de la co-animation, dont tou(te)s les participant(e)s feraient une expérience complète dans la troisième et dernière phase de notre modèle, que nous allons décrire et exposer dans le chapitre suivant.

Chapitre 4

Les ateliers de co-animation

Après les ateliers de créativité, dont nous venons de parler, il nous semblait nécessaire de commencer à construire l'objectif d'une plus ample diffusion de la médecine narrative à un niveau intra-institutionnel.

D'un côté, en ce qui concerne le parcours formatif, nous pensions préparer les participant(e)s à la co-animation pour multiplier les groupes au sein du CHIC. Assez vite, à l'occasion des ateliers de base, nous nous sommes rendu compte que les co-animateurs médicaux et les co-animatrices médicales participaient aux activités prévues au même titre que les autres membres, en échangeant leurs réponses esthétiques, en écrivant des textes ou des dossiers parallèles, en les partageant à voix haute. Ce positionnement entre dedans et dehors, qui avait été assumé d'une manière tout à fait naturelle, nous a suggéré qu'il était possible d'entraîner les professionnel(le)s à la co-animation à l'intérieur des groupes et lors des ateliers, au fur et à mesure que l'expérience avançait, sans recourir – comme nous l'avions fait juste avant le début des ateliers de base – à des journées d'autoformation, qui pourraient s'avérer insuffisantes.

De l'autre côté, au-delà de notre parcours formatif, il nous paraît que l'expérience complète de la co-animation aiderait en général et davantage la posture et la facilitation narratives des professionnel(le)s vis-à-vis des patient(e)s et de leurs familles, ainsi que des collègues, au sein de l'hôpital.

Susan Marie Barone et Mariana Lazzaro-Salazar remarquent que l'étude de la narrativité en médecine se focalise très souvent sur le rôle des personnes malades en tant que narrateur(e)s, tandis que peu d'attention est consacrée aux soignant(e)s comme « narrative facilitators »²⁵⁷. Pourtant, comme le soulignent aussi Elizabeth Boyd et John Heritage²⁵⁸, ainsi que Vera Kalitzkus et Peter F. Matthiessen²⁵⁹, il s'agit d'une fonction très importante, qui contribue à la co-construction des récits, des entretiens²⁶⁰, des choix thérapeutiques et donc des parcours de soins.

À la fin du chapitre 1, nous avons déjà fait allusion à la figure du *medical humanist*, qui a été créée et incarnée par l'écrivaine Celia Engel Bandman auprès du Southwestern Vermont Regional Cancer Center. Ici, nous voulons souligner les risques liés à la présence d'un(e) humaniste médical(e) qui s'occupe de la partie « narrative » en écoutant le(s) patient(e)s en dehors de l'entretien clinique (et même avant) : une figure qui deviendrait un interprète pour les soignant(e)s et un guide pour les patient(e)s dans le monde peu familier de la maladie, en jetant un pont entre les « deux cultures » des humanités et de la science²⁶¹. En réalité, il nous semble qu'une telle figure contribuerait à renforcer ou souligner la séparation entre ces deux cultures : entre la voix de la médecine et celle du monde de la vie, pour le dire avec les expressions d'Elliot G. Mishler. Si la fonction de médiation n'est pas demandée ou

²⁵⁷ BARONE (Susan Marie) et LAZZARO-SALAZAR (Mariana), « Forty Bucks Is Forty Bucks': An Analysis Of A Medical Doctor's Professional Identity », *Language & Communication*, vol. 43, 2015, p. 27-34.

Voir aussi : BARONE (Susan M.), *Seeking Narrative Coherence : Doctors' Elicitations and Patients' Narratives in Medical Encounters*, Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington, 2012.

²⁵⁸ KALITZKUS (Vera) et MATTHIESSEN (Peter F.), « Narrative Based Medicine : Potential, Pitfalls & Practice », *The Permanente Journal*, vol. 13, n° 1, p. 80-88.

²⁵⁹ BOYD (Elizabeth) et HERITAGE (John), « Taking the History : Questioning During Comprehensive History-Taking », dans Heritage (M.), *Communication in Medical Care : Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006, p. 151-184.

²⁶⁰ Sur les analyses conversationnelles de l'entretien clinique, voir le panorama de : TEN HAVE (Paul), « On the Interactive Constitution of Medical Encounters », *Revue française de linguistique appliquée*, vol. 11, n° 2, 2006, p. 85-98.

²⁶¹ Voir : BANDMAN (Celia E.), BANDMAN (Bernard M.), BARR (Patricia A.) et MILLS (Letha E.), « The Medical Humanist : A Pilot Program in the Cancer Center Setting », *op. cit.*, p. 219.

nécessaire, l'on finit par ajouter un tiers, qui ne favorise pas forcément la facilitation narrative des professionnel(le)s.

Paradoxalement, la présence d'un(e) humaniste de ce type finit même par réduire la possibilité que les soignant(e)s recueillent et accueillent les narrations des patient(e)s et des familles, par le simple fait que c'est l'humaniste médical(e) qui s'en occupe. De plus, à un niveau éthique, on pourrait se demander à quel droit un individu extérieur à une relation de soins est censé parler au titre d'une personne qui y est impliquée. Au contraire, la pratique de la co-animation, favorisée par la collaboration avec l'ALHO, invite les professionnel(le)s d'un groupe de médecine narrative à faire à tour de rôle l'expérience de la facilitation narrative, pour pouvoir y réfléchir et travailler, afin de la renforcer, la réactiver ou la réutiliser ensuite, ou tout simplement afin d'en être plus conscient(e)s dans les soins.

En effet, dans notre modèle, l'ALHO ne remplace *jamais* les soignant(e)s. D'ailleurs, les professionnel(le)s peuvent avoir déjà de bonnes compétences d'écoute et d'attention, qui ne sont pas forcément à découvrir ou améliorer. Pourtant, pour que ces compétences, acquises ou à acquérir, trouvent un espace à l'intérieur de l'hôpital, l'hôpital doit se configurer aussi en tant qu'espace narratif. Si l'on n'agissait pas en même temps sur les milieux, il pourrait se créer une situation extrême dans laquelle les professionnel(le)s ont des compétences très affinées, mais l'hôpital et la santé ne donnent pas la possibilité de les mettre au service des patient(e)s et de leurs familles, ainsi que des collègues.

D'un point de vue général, il nous semble donc qu'un(e) humaniste à l'hôpital ne sert pas de médiateur(e) entre les soignant(e)s et les patient(e)s. L'humaniste accompagne plutôt, avec humilité, les professionnel(le)s dans la création des dispositifs qui contribuent à élargir les horizons du récit à l'intérieur des milieux de soins, en favorisant l'activité de la facilitation narrative, qui est si importante en médecine.

Pour atteindre les objectifs dont nous venons de parler, nous avons fait évoluer davantage notre expérience, en élaborant les « ateliers de co-animation ». Cette définition ne demande pas d'explications particulières, vu qu'elle se construit à partir de l'activité que les professionnel(le)s sont invité(e)s à faire dans ce contexte : co-animer une séance de médecine narrative à l'intérieur du cadre protégé et protecteur

de leur groupe. Or, nous pouvons finalement souligner que nous n'utilisons pas les termes de « facilitation » et d' « animation » (ou « co-animation », si ce sont plusieurs personnes qui l'assurent) de la même façon. Dans notre usage, l'animation se réfère à tout le travail qui doit être mené avant, pendant et après un atelier de médecine narrative pour en constituer le cadre et en garantir le déroulement.

La facilitation ne représente que la phase centrale de l'animation : une fois qu'une séance a commencé, on facilite les échanges des participant(e)s pour les soutenir dans la lecture attentive, dans l'écriture et dans le partage. D'ailleurs, comme nous venons de le montrer, la facilitation dépasse le cadre spécifique de la médecine narrative, vu que les soignant(e)s peuvent avoir un rôle de « narrative facilitators » avec les patient(e)s et leurs familles, ainsi qu'avec les collègues.

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord décrire et exposer la structure de la troisième et dernière phase de notre modèle, dont le parcours s'organise à partir de trois étapes. Mais avant de donner quelques exemples pratiques des séances co-animées (ce que nous ferons dans la dernière et troisième partie), nous consacrerons la section centrale à ce qui s'est passé en février 2020, exactement au moment où les professionnel(le)s devaient commencer à co-animer les différents ateliers. Nous nous référons à la pandémie de Coronavirus, qui n'a pas manqué d'impacter sur notre projet, où l'aspect groupal est essentiel. Ainsi avons-nous été obligés de recréer un cadre, non seulement pour contenir la dispersion et la déstructuration des groupes, mais aussi pour pouvoir élaborer un dispositif qui nous permettait ensuite de proposer aux participant(e)s l'expérience de la co-animation entièrement en distanciel, comme nous allons le voir dans les pages suivantes.

4.1 Un parcours en trois étapes

4.1.1 Le moment du passage.

Pour introduire la pratique de la co-animation et inviter les participant(e)s à changer de rôle, il est conseillable de prévoir une première séance qui fait le lien avec

le parcours précédent : un moment de passage, qui reprend et réélabore quelques éléments des ateliers de créativité, tout en les transformant. Or, il faut savoir qu'un co-animateur ou une co-animatrice ne proposent jamais un texte écrit de leur main pour commencer une séance, lancer une activité de lecture attentive ou fournir un exemple²⁶² : la proposition d'un tel « modèle » textuel risque de bloquer la créativité et l'expression des participant(e)s. C'est pourquoi l'ALHO ne demande pas aux membres d'un groupe d'amener un dossier parallèle, quand l'on commence la phase consacrée à la co-animation : l'ALHO les invite à choisir simplement une narration littéraire, artistique et/ou musicale pour la partager avec les autres.

Dans une telle situation, le dossier parallèle ne serait pas adapté pour une autre raison. Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, les dossiers parallèles sont parfois très chargés d'un point de vue émotionnel. En outre, ils donnent l'occasion d'échanger des réflexions autour de la pratique soignante. Ces narrations sont donc tellement proches du vécu qu'il serait difficile, pour les auteur(e)s, de les utiliser comme des bases de travail pour fabriquer des dispositifs narratifs.

Imaginons, alors, que les membres d'un groupe se présentent avec des narrations librement choisies lors du premier atelier de co-animation. Pour mieux éclairer et exposer le fonctionnement d'une telle séance, nous intégrons notre explication avec des exemples tirés de l'expérience.

Pour ce qui concerne les images, prenons en considération trois ouvrages : le tableau *Guernica*, peint par Picasso en 1937, au lendemain du bombardement de la ville homonyme, pendant la Guerre d'Espagne ; le très célèbre *Cri* (1893) d'Edvard Munch ; et enfin *Peinture 324 x 362 cm : Polyptyque C*, un « noir » de l'artiste contemporain Pierre Soulages.

Pour ce qui concerne les textes littéraires, nous disposerons de trois autres sources.

²⁶² Dans les ateliers de co-animation, l'ALHO a la possibilité et la liberté de participer aux activités d'écriture et de partage au même titre que les autres membres d'un groupe. Nous avons déjà commencé à en parler dans le chapitre 2, en ce qui concernait la composition des binômes lors de l'atelier de représentation, et dans le chapitre 3, quand nous avons donné un exemple d'atelier de créativité.

À la fin de ce chapitre, nous analyserons plus dans le détail la question de la « participation observante » de l'ALHO.

En premier lieu, l'incipit de *Mars* par Fritz Zorn, l'un des premiers témoignages autobiographiques entièrement consacrés au cancer :

Je suis jeune et riche et cultivé ; et je suis malheureux, névrosé et seul. Je descends d'une des meilleures familles de la rive droite du Lac de Zurich, qu'on appelle aussi la Rive dorée. J'ai eu une éducation bourgeoise et j'ai été sage toute ma vie. Ma famille est passablement dégénérée, c'est pourquoi j'ai sans doute une lourde hérédité et je suis abîmé par mon milieu. Naturellement, j'ai aussi le cancer, ce qui va de soi si l'on en juge d'après ce que je viens de dire.

Cela dit, la question du cancer se présente d'une double manière : d'une part c'est une maladie du corps, dont il est bien probable que je mourrai prochainement, mais peut-être aussi puis-je la vaincre et survivre ; d'autre part, c'est une maladie de l'âme, dont je ne puis dire qu'une chose : c'est une chance, qu'elle se soit enfin déclarée.

Je veux dire par là qu'avec ce que j'ai reçu de ma famille au cours de ma peu réjouissante existence, la chose la plus intelligente que j'aie jamais faite, c'est d'attraper le cancer²⁶³.

En deuxième lieu, la traduction française des deux couplets initiaux du poème épique *Mirèio* (1859), composé par le poète provençal Frédéric Mistral :

Je chante une jeune fille de Provence.
Dans les amours de sa jeunesse,
À travers la Crau, vers la mer, dans les blés,
Humble écolier du grand Homère,
Je veux la suivre. Comme c'était
Seulement une fille de la glèbe,
En dehors de la Crau il s'en est peu parlé.

Bien que son front ne brillât
Que de jeunesse ; bien qu'elle n'eût
Ni diadème d'or ni manteau de Damas,
Je veux qu'en gloire elle soit élevée

²⁶³ ZORN (Fritz), *Mars*, Paris, *op. cit.*, p. 33.

Comme une reine, et caressée
Par notre langue méprisée,
Car nous ne chantons que pour vous²⁶⁴.

En troisième lieu, les deux dernières phrases du pamphlet *Indignez-vous* par Stéphan Hessel, sorti pour la première fois en 2010 : « CREER, C'EST RESISTER. RESISTER, C'EST CREER »²⁶⁵.

Pour ce qui concerne la musique, nous n'aurons, en revanche, que deux morceaux à notre disposition : le *Duetto buffo di due gatti* (1825), attribué à Gioacchino Rossini, où un couple de sopranos, accompagnées au piano, chante en miaulant (le vidéo de la performance de Montserrat Caballé et Concha Velasco est bien célèbre) ; le quatrième mouvement de la symphonie n° 6 en fa majeur (op. 68), dite *Pastorale*, de Ludwig van Beethoven.

Dans le premier atelier de co-animation, l'ALHO demande à chaque participant(e) de partager avec le reste du groupe la narration choisie, en la montrant (s'il s'agit d'une image), en la lisant à voix haute (s'il s'agit d'un texte) ou en la faisant écouter (s'il s'agit d'une musique).

Étant donné que la lecture ou l'observation attentive de ces ouvrages risqueraient de prendre beaucoup de temps, l'ALHO invite les membres à présenter brièvement leurs narrations les unes après les autres et à les accompagner de quelques mots de contexte, comme nous avons fait plus haut.

Ensuite, l'ALHO propose la première consigne d'écriture, qui se fonde, en réalité, sur un fonctionnement méta-narratif : l'ALHO demande à chaque participant(e) d'élaborer, à la lumière, ou à l'ombre, de « leur » narration, le texte d'une consigne « longue » (c'est-à-dire, comme nous le verrons mieux ensuite, une consigne pour laquelle on donne au moins sept minutes de temps).

Pendant le partage à voix haute des consignes, l'ALHO a une double tâche : d'un côté, l'ALHO peut aider les membres à parfaire leurs formulations ; de l'autre côté, l'ALHO invite le reste du groupe à transcrire les consignes des autres.

²⁶⁴ MISTRAL (Frédéric), *Mirèio*, Arles, Marcel Petit CPM, 1980, p. 3.

²⁶⁵ HESSEL (Stéphan), *Indignez-vous !*, Montpellier, Indigène, 2011.

Voilà huit exemples de consignes élaborées à la lumière, ou à l'ombre, des narrations mentionnées plus haut :

- 1) « Choisissez une figure dans *Guernica* par Picasso, et parlez à sa place » ;
- 2) « Vous êtes le personnage peint par Munch. Racontez l'histoire qui vous a conduit à pousser ce cri » ;
- 3) « Sortez du noir de Soulages et entrez dans le bleu de Klein » ;
- 4) « Continuez le passage de Zorn » ;
- 5) « Mistral chante une jeune fille de Provence. Et vous, qu'est-ce que vous chantez ? » ;
- 6) « Commencez un texte par la phrase avec laquelle Hessel termine le sien : CREER, C'EST RESISTER. RESISTER, C'EST CREER » ;
- 7) « Donnez une voix aux deux chats de Rossini, sans les faire miauler » ;
- 8) « Décrivez la scène que vous imaginez en écoutant le morceau de Beethoven ».

Comme l'on voit, chaque consigne mentionne ouvertement la narration à laquelle elle s'inspire. Cela permet non seulement de garder trace des contenus émergés, mais aussi de favoriser l'écriture à la lumière, ou à l'ombre, des narrations proposées (qui peuvent être partagées de nouveau avant l'écriture, le cas échéant).

Pour que toutes les possibilités narratives soient explorées, il est conseillable de demander aux participant(e)s de trouver un accord en ce qui concerne la distribution des consignes à l'intérieur du groupe. Après le partage, l'ALHO favorise les échanges et les réflexions comme d'habitude.

Seulement à la fin, l'ALHO résume et convoque la structure de cette première rencontre pour expliquer comment les ateliers de co-animation vont s'organiser : l'ALHO demandera à chaque participant(e), non plus d'une façon groupale mais à tour de rôle – selon un calendrier établi –, de choisir une ou plusieurs narrations et d'élaborer des consignes d'écriture, dans le but de construire une séance, la faciliter et y réfléchir.

Nous exposerons et expliquerons mieux le fonctionnement précis de cette deuxième étape, que nous venons juste d'introduire, dans la sous-section suivante.

4.1.2 Co-animer.

Pour chaque participant(e), l'expérience de la co-animation avec l'ALHO, qui représente la deuxième étape de notre parcours (comme nous venons de le dire), se déroule en trois moments, qui s'organisent autour des trois activités nécessaires pour poser le cadre formel et sémantique de tout atelier de médecine narrative : la construction, la facilitation, la réflexion.

Ces trois moments ne correspondent pas, d'une façon référentielle, aux mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation. Ils se donnent pourtant l'objectif de favoriser l'activation de la triade pratique de la médecine narrative à l'intérieur d'un groupe et tout au long d'une séance. Dans cette section, nous allons exposer chacun de ces moments, en apportant des éléments de réflexion et d'analyse.

Primo, au moment de la construction, qui a lieu *avant* la séance, l'ALHO demande à un(e) participant(e) de commencer à proposer une ou plusieurs narrations (littéraires, visuelles et sonores), ainsi que quelques consignes.

Ensuite, l'ALHO dialogue avec ce(tte) participant(e) en évaluant les modifications éventuelles à apporter, afin d'arriver à établir un dispositif définitif et partagé, à la lumière duquel l'on s'accorde sur les différentes tâches de facilitation en vue de la séance. De ce point de vue, chaque participant(e) a ses besoins et ses désirs : il y a des professionnel(le)s qui veulent faciliter en entier, et il y en a d'autres qui préfèrent avoir un soutien sur des points spécifiques, comme le partage à voix haute des narrations proposées, la gestion de la temporalité ou du minutage, la sollicitation des échanges pendant la lecture attentive...

Enfin, l'ALHO demande de rédiger un document de synthèse avec le plan de la séance. Ce travail de schématisation a un double avantage : d'un côté, il favorise l'élaboration finale du dispositif narratif ; de l'autre côté, il permet de garder une trace écrite, qui peut être réutilisée pendant la séance en cas de difficulté.

Bref, la proposition, le dialogue et l'élaboration : voilà comment nous pouvons définir les trois temps dont la construction se compose.

Secundo, au moment de la facilitation, qui a lieu *pendant* la séance, l'ALHO s'occupe de toutes les questions pratiques. Le co-animateur ou la co-animatrice peut ainsi se focaliser sur la facilitation, qui demande beaucoup d'énergies et de présence. Par exemple, l'ALHO pourra imprimer ou distribuer les textes, projeter les images ou reproduire les musiques, dans le cas d'une rencontre en présentiel. Sinon, l'ALHO veillera à l'envoi d'un lien pour la visioconférence et aux partages d'écrans en distanciel. En d'autres termes, l'ALHO garde le cadre concret de la séance, avec une fonction de support.

En outre, tout en respectant les rôles que le co-animateur ou la co-animatrice lui attribue ou demande, l'ALHO observe la séance d'un regard qui pourrait être comparé à celui d'un narrateur à la troisième personne. En cas de difficulté, de blocage ou de problème, l'ALHO peut intervenir à la première personne, avec des actions délicates qui soutiennent la facilitation et permettent de recadrer la séance.

Mais il ne faut jamais oublier qu'entre la troisième personne de l'observation détachée et la première personne de la participation active, il y a la deuxième personne de la réflexion incarnée : il s'agit d'un regard tourné vers l'intériorité, qui s'observe et qui nous observe, comme dans une lettre que l'on écrit à soi-même, en traduisant d'une façon transitionnelle ce que l'on voit et ce l'on éprouve pour chercher à comprendre si c'est vraiment le cas d'agir.

Il est difficile de définir au préalable les situations qui demandent une intervention de la part de l'ALHO dans le cadre des ateliers de co-animation. D'habitude, l'ALHO agit sur les aspects de la temporalité et de la sollicitation des échanges, comme nous avons déjà dit. Pourtant, un groupe pourrait même avoir besoin de dilater la temporalité ou d'entendre ses silences. Dans de tels cas, il ne serait pas conseillable d'intervenir.

En tout cas, c'est la pratique consolidée de la facilitation qui affine les capacités d'être à l'écoute de soi-même – avec les mouvements d'observation, d'action et de réflexion que nous avons décrits –, ainsi que du groupe. Nous rappelons que l'ALHO n'apporte qu'un regard parmi les autres. Toutefois, c'est un regard expérimenté, qui cherche à focaliser consciemment l'attention sur les différentes dynamiques (intrasubjectives, intersubjectives, groupales et narratives).

Enfin, au moment de la facilitation, l'ALHO peut même décider de répondre aux consignes et de partager ses écrits avec les autres membres du groupe. C'est un changement de rôle cohérent avec cette phase du modèle formatif : si les participant(e)s remplissent la fonction d'ALHO à tour de rôle, alors l'ALHO pourra prendre la place d'un(e) participant(e). Mais nous en parlerons mieux à la fin de ce chapitre.

Tertio, au moment de la réflexion, qui a lieu *après* la séance, l'ALHO se met à l'écoute du co-animateur ou de la co-animatrice pour solliciter son retour sur l'expérience, en favoriser l'élaboration et apporter, si nécessaire, des éléments ou des outils pédagogiques qui pourront être réutilisés dans le cadre de la médecine narrative ou, plus en général, lors de la facilitation narrative avec les patient(e)s et leurs familles, ainsi que les collègues.

Idéalement, afin de préparer cet échange dialogique, l'ALHO pourrait même solliciter, tout de suite après la séance, l'écriture d'une note parallèle, l'instrument dont nous avons parlé dans le chapitre 1. Mais il faut considérer que cette tâche demande un effort supplémentaire, et qu'elle doit être compatible avec les engagements cliniques des professionnel(le)s.

En général, l'on se retrouve à revoir et réviser la construction de la séance afin de comprendre ce qui s'est bien passé et ce qui est à améliorer, ou simplement à adapter. De plus, il y a beaucoup de questions qui émergent sur la facilitation : quoi dire ? Comment dire ? Faut-il rompre les silences ? Ou bien est-il préférable d'attendre ? Quelqu'un s'est peut-être ennuyé ? A-t-on suffisamment cadré ? Ou a-t-on exagéré ?

Nous pourrions continuer à l'infini avec de telles questions, que l'on se pose souvent après avoir facilité un atelier. Mais nous préférons dire que pour nous l'intérêt de la médecine narrative réside surtout dans la possibilité d'adresser, et de s'adresser, ces questions : de les laisser entendre pour qu'elles prennent de l'espace. Ainsi s'habituerait-on, peut-être, à *répondre* d'une manière moins directe et plus créative, non seulement comme des lecteurs et des lectrices face à un texte littéraire, mais aussi – ou surtout – comme des soignant(e)s qui sont censé(e)s recevoir l'appel à la

narration, selon la formule d'Arthur Frank²⁶⁶, lancé par la maladie, par la souffrance et par une vulnérabilité que nous partageons tous, en tant qu'êtres humains.

Pour conclure, nous soulignons que, même si nous avons ici présenté la construction, la facilitation et la réflexion d'une façon chronologique et linéaire, elles peuvent être considérées, d'un point de vue morphologique, en tant que fonctions qui interviennent à tout moment du processus de la co-animation, exactement comme la triade pratique de la médecine narrative, qui s'active complètement et en même temps, avec ses spirales de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, pendant les activités de lecture, d'écriture et de partage.

En effet, au moment de la *construction*, l'on s'interroge sur la *facilitation* que l'on va assurer, et l'on mène une *réflexion* bien précise sur les narrations et les consignes à proposer.

Ensuite, au moment de la *facilitation*, l'on met la *construction* de la séance à l'épreuve, en adaptant les activités, le cas échéant, à la lumière de la *réflexion* sur ce qui se passe à l'intérieur de soi-même et au sein de groupe.

Enfin, au moment de la *réflexion*, l'on révise la *construction* de la séance, en la corrigeant si nécessaire, et l'on élabore, à partir du vécu, des stratagèmes, des méthodes et des techniques pour la *facilitation*, qui pourront être utiles dans d'autres expériences.

4.1.3 Le groupe qui (s')anime.

Quand chacun(e) des participant(e)s a fait au moins une expérience de co-animation à tour de rôle, l'ALHO peut proposer un dernier atelier, pendant lequel c'est le groupe qui anime (et qui s'anime). Une telle séance – qui fait le pendant à un niveau structurel avec la première, et qui représente la troisième et dernière étape des

²⁶⁶ FRANK (Arthur), *The Wounded Storyteller*, op. cit., p. 53-74.

ateliers de co-animation – permet de construire et retrouver une dynamique collective et intersubjective après des pratiques forcément individuelles et individualisées²⁶⁷.

Le dispositif général d'un tel atelier est assez simple. Nous allons le présenter d'une façon abstraite, avant d'en donner un exemple.

Au tout début, l'ALHO partage une narration littéraire ou visuelle. Ensuite, l'ALHO pose la question par laquelle on commence l'activité de la lecture ou de l'observation attentive : « Qu'est-ce que vous remarquez dans ce texte (ou dans cette image) ? » Pendant les échanges, l'ALHO reste en silence, pour que le groupe prend l'espace de la facilitation.

Quand personne n'a plus rien à dire, l'ALHO donne la première consigne d'écriture. Il s'agit, en réalité, d'une autre consigne méta-narrative, comme dans le cas du premier atelier de co-animation. Plus spécifiquement, l'ALHO demande aux participant(e)s d'élaborer trois consignes d'écriture (avec le minutage correspondant) à la lumière, ou à l'ombre, de la narration proposée au début.

Pendant la lecture à voix haute des consignes, l'ALHO invite les participant(e)s à transcrire celles des autres. Ensuite, l'ALHO sollicite le groupe à trouver un

²⁶⁷ Nous le disons parce que, dans un groupe, nous avons sollicité une co-animation en trio, mais le résultat n'a pas été satisfaisant pour trois raisons.

En premier lieu, les temporalités et les engagements des professionnel(le)s impliqué(e)s étaient tellement différents qu'il a été difficile de constituer un cadre de travail efficace, avant et après la séance.

En deuxième lieu, les discussions sur le choix des textes se sont multipliées au début, en ralentissant la construction de la séance. En général, la proposition d'une narration a un caractère de subjectivité : d'une certaine manière, cela fonctionne comme un partage d'éléments significatifs, expressifs et sensibles pour le membre d'un groupe. C'est donc un moment délicat, qui demande un accueil, une attention et une écoute, même si l'on va changer de texte. Si les propositions de plusieurs professionnel(le)s ne collent pas d'un point de vue thématique, émotionnel ou esthétique, un mécanisme de concurrence et d'antagonisme peut se déclencher.

En troisième lieu, la définition des rôles pour la facilitation a déterminé une sorte de séparation, comme si un seul atelier contenait trois séances qui n'avaient pas été suffisamment développées.

Comme cette expérience a fait émerger des sentiments de frustration et d'insatisfaction, chacun(e) des participant(e)s a pu ensuite animer un atelier tout(e) seul(e). Cela nous a appris que la véritable co-animation, au moins d'un point de vue pédagogique, fonctionne bien dans le cadre d'une relation à deux : celle d'un(e) professionnel(le) qui travaille seulement avec l'ALHO.

consensus autour d'une consigne et à y répondre. Lors du partage des écrits, l'ALHO continue à ne pas intervenir, en laissant que le groupe se détermine. Vers la fin de la séance, l'ALHO demande aux participant(e)s de réfléchir non seulement sur la séance qu'ils viennent d'animer ensemble, mais aussi sur leurs expériences de co-animation.

Si l'on voulait que le groupe s'anime tout seul depuis le début, on pourrait demander aux participant(e)s d'amener une narration et d'arriver à un choix consensuel avant de procéder à la lecture attentive. Mais dans ce cas le dispositif ressemblerait à celui du premier atelier de co-animation.

Sinon, on pourrait inviter les participant(e)s à rechercher une narration immédiatement et sans délai sur internet à travers leur téléphones portables. Cette solution, qui radicalise le principe de l'auto-animation, a trois désavantages : primo, d'un point de vue temporel, les activités peuvent se prolonger au-delà du cadre prévu ; secundo, d'un point de vue relationnel, on risque de soulever dès le début des mécanismes de concurrence ; tertio, d'un point de vue thématique, il est impossible de savoir au préalable si les narrations sont adaptées.

En effet, si l'on veut que le groupe trouve un espace expressif pour animer et s'animer, les textes ou les images doivent être suffisamment ouverts, polysémiques et capables de stimuler l'imagination ainsi que la créativité, plutôt que la réflexion.

Nous pensons, par exemple, à un poème comme *Voyelles* d'Arthur Rimbaud :

A noir, E blanc, I rouge, U vert, O bleu : voyelles,

Je dirai quelque jour vos naissances latentes :

A, noir corset velu des mouches éclatantes

Qui bombinent autour des puanteurs cruelles,

Golfes d'ombre ; E, candeur des vapeurs et des tentes,

Lances des glaciers fiers, rois blancs, frissons d'ombelles ;

I, pourpres, sang craché, rire des lèvres belles

Dans la colère ou les ivresses pénitentes ;

U, cycles, vibrations divins des mers virides,

Paix des pâtis semés d'animaux, paix des rides

Que l'alchimie imprime aux grands fronts studieux ;

O, suprême Clairon plein des strideurs étranges,
Silences traversés des Mondes et des Anges :
– O l'Oméga, rayon violet de Ses Yeux !²⁶⁸

Ou encore, pour ce qui concerne les narrations visuelles, nous pensons à un tableau énigmatique comme *Cygnes se reflétant en éléphants* (1937) de Salvador Dalí. Au CHIC nous avons utilisé cette image à l'occasion du dernier atelier de co-animation, qui a pu avoir lieu en distanciel : le double trio des animaux au premier plan qui donnent le titre à l'ouvrage, la créature métamorphique sur la gauche à l'identité indéfinie, l'homme qui tourne le dos un peu plus haut, les arbres secs au centre de la scène parmi lesquels l'on devine le profil d'une femme, les formes des nuages, la barque sans pilote dans la mer qui se perd à l'horizon, les flammes infernales sur la droite, une ville au lointain et la lune transparente fournissent un matériel très riche pour la représentation.

Pour le confirmer, il suffit de mentionner quelques consignes que l'ouvrage de Dalí a inspirées dans nos groupes :

Vous vous réveillez dans ce tableau.

Vous êtes une chimère venue des tréfonds de la terre.

L'un des cygnes s'échappe et s'approche de vous.

Le voyage maritime de l'éléphant, animal terrestre, transformé en cygne.

Moi, l'éléphant...

La quantité des consignes produites par les participant(e)s (au moins une vingtaine par séance) nous a en outre permis de réfléchir d'une façon ponctuelle sur ce type d'activité, qui est si importante dans le cadre de la co-animation. En particulier, nous nous sommes rendu compte que l'on peut regrouper les consignes en trois catégories par rapport au minutage : les consignes brèves (de 1 à 3 minutes), les consignes moyennes (de 4 à 6 minutes), les consignes longues (plus de 7 minutes).

²⁶⁸ RIMBAUD (Arthur), *Œuvres complètes*, Paris, Librairie Générale Française, 1999, p. 279-280.

Primo, les consignes brèves invitent à agir d'une façon directe sur le texte ou l'image de départ : on peut demander, par exemple, de donner un titre, souligner une phrase, raconter ce que l'on voit... Secundo, les consignes moyennes sollicitent l'ouverture imaginative ou réflexive, à partir des éléments et des détails d'un ouvrage : il est possible de focaliser l'attention sur un personnage, une histoire et un scénario, d'écrire en se laissant emporter par une musique, de continuer une histoire. Tertio, les consignes longues touchent aux éléments collectifs et généraux qui se cachent derrière une narration spécifique, en permettant aux participant(e)s de raconter et de se raconter.

Maintenant, pour conclure le discours sur la troisième phase de notre modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier, il ne nous resterait qu'à faire un petit pas en arrière et donner les exemples des séances co-construites avec les participant(e)s. Pourtant, comme nous l'avons anticipé, quand nous allions commencer la deuxième étape des ateliers de co-animation, la pandémie de Coronavirus est venue impacter nos vies. Dans la section suivante, nous décrirons comment il a été possible de reconstituer le cadre et les groupes en distanciel (ou malgré le distanciel), avant et afin de pouvoir reprendre le parcours prévu.

4.2 L'irruption du distanciel

4.2.1 Deux tentatives de proximité.

Pendant les premiers mois de la pandémie, à partir de février 2020, il a été impossible de se rencontrer, comme chacun(e) de nous le sait bien, l'ayant expérimenté directement. La crise globale, due au Coronavirus, ne pouvait qu'affecter d'une manière particulière les systèmes sanitaires et les professionnel(le)s de santé, qui ont vu changer leurs pratiques et leurs habitudes, voir leurs règles, du jour au lendemain, sans aucune préparation : les services ont été transformés, la charge de travail est devenue immense, les expériences ont été fortes et violentes.

Bien évidemment, ces bouleversements profonds ne pouvaient pas épargner nos ateliers de médecine narrative : nous avons dû renoncer aux séances en présentiel et chercher d'autres manières pour nous retrouver et réduire les distances. Mais si les visioconférences se sont à ce jour imposées, il faut se rappeler qu'au début la situation était différente, au moins pour nous, dans notre projet du CHIC.

En particulier, pour pouvoir confirmer que la visioconférence était la façon la plus efficace pour adapter le dispositif de l'atelier au distanciel et en distanciel, nous avons exploré deux modalités, que nous allons présenter dans les pages suivantes.

Notre discours procédera d'une façon linéaire. Mais nous soulignons que, dans le cadre de notre histoire vécue et partagée, les expériences se sont superposées ou confondues, l'organisation s'est construite autour des nécessités des groupes et des professionnel(le)s, les réponses ont eu besoin de temps pour s'élaborer.

Il nous semble important de faire ce préambule, même d'un point de vue éthique : on ne peut pas oublier qu'un grand nombre de complexités et de difficultés se cachent derrière les simplifications apparentes d'une exposition dont la linéarité n'est qu'un objectif discursif.

En premier lieu, nous avons exploré une modalité que nous pourrions définir épistolaire ou, pour mieux dire, « e-pistolaire », étant donné qu'elle se fondait entièrement sur l'instrument du courrier électronique. Nous avons touché la puissance de ce moyen de communication dans le cadre de la supervision assurée par Rita Charon, dont nous avons parlé à la fin du chapitre 1.

D'accord avec un groupe, qui n'arrivait pas à fixer le créneau pour une première visioconférence à cause des engagements des professionnel(le)s, nous avons tenté de traduire le dispositif de l'atelier dans une sorte de « lettre ». Il nous semblait cohérent non seulement d'utiliser cette forme pour lancer les activités et commencer les échanges avec les participant(e)s, mais aussi de proposer, au moins au début, des narrations qui appartenaient à ce genre.

Voilà le courriel que nous avons envoyé, en utilisant la structure ainsi que le langage de la lettre, avec un ton de confidentialité et la recherche d'une proximité à travers les mots :

Mes chère(s),

Comme d'accord, je vous envoie cette missive, sous format électronique, pour reprendre ce que nous avons fait jusqu'au début de cette année, dans nos belles rencontres du mercredi.

J'espère que cette relation épistolaire pourra s'avérer utile et efficace afin de rester en contact et continuer nos travaux dans ce contexte de « distanciation sociale », à laquelle la défense de la santé nous oblige.

Commençons par la lecture.

En pièce jointe, vous trouvez deux *Lettres à soi-même* de Paul-Jean Toulet : le début de la lettre du 23 mai 1903, ainsi que la lettre complète du 11 mars 1904.

Je ne sais pas si vous connaissez Jean-Paul Toulet. Il suffit de savoir qu'il a été un poète français, né à Pau en 1867 et mort à Guéthary en 1920. Son ouvrage le plus connu est *Les Contrerimes*, parues posthumes en 1921.

Mais il est aussi l'auteur des *Lettres à soi-même*, parues également posthumes en 1927 et, ensuite, en 1950 (en édition augmentée). Il s'agit d'une soixantaine de cartes postales et de lettres que Paul-Jean Toulet a eu l'idée non seulement d'adresser à lui-même mais aussi d'expédier – concrètement – à sa propre adresse, de manière irrégulière, pendant une douzaine d'années, de 1899 à 1910.

Après avoir lu ces lettres de Toulet, je vous propose d'écrire une lettre à vous-même. Il ne faudra que mentionner le lieu et la date de la lettre dans l'entête, commencer par la formule « Ma chère + votre prénom », et signer par votre prénom, comme Paul-Jean Toulet a fait.

Combien de temps ? 12 minutes.

Après avoir écrit la lettre, je ne vous demande ni de la partager avec tout le monde ici, ni évidemment d'aller à la Poste et l'envoyer à votre adresse, comme Jean-Paul Toulet. Cela serait bien risqué, en ce moment. Mais pensez bien à faire savoir au groupe, par retour de mail, que vous avez écrit à vous-même.

Ainsi pourrai-je bien vous donner la deuxième consigne d'écriture, qui reste à découvrir.

Christian²⁶⁹

²⁶⁹ Nous avons éliminés les détails pour garder la confidentialité et éviter toute possibilité de reconnaître le groupe.

Dans cette lettre, nous avons fait converger trois moments fondamentaux d'un atelier de médecine narrative : en premier lieu, la mise en contexte de la narration proposée ; en deuxième lieu, l'invitation à la lecture attentive ; en troisième lieu, la première consigne d'écriture.

Voilà la première lettre de Paul-Jean Toulet que nous avons envoyée en pièce jointe :

En vue de Sicile et à bord du Tonkin, 23 mai 1903

Mon cher Paul-Jean,

Vous trouverez cela singulier, ridicule peut-être, que moi-même je vous écrive. Mais j'ai envie de vous faire profiter un peu de ce délicieux papier à lettre que me donna Rouget à Hanoï, outre que cette correspondance, comme on dit, n'est pas destinée à la publicité... à moins que la postérité... Mais pensez-vous que la postérité s'occupera jamais de vous ou de moi ? Si on le croyait ça vaudrait bien de prendre des attitudes. Comment aimeriez-vous qu'elle vous vît ? Moi mordant et raffiné comme un outil de dentiste, cachant un grand fond de tendresse (huit mètres au moins, ce qui est plus qu'à Quantchéou) sous les algues de l'ironie, aimé des femmes, craint des hommes, et finissant dans un four d'ivoire une vie de passions mondaines et mystérieuses [...].²⁷⁰

Et voilà la deuxième lettre de Paul-Jean Toulet :

De Paris, la nuit de la Mi-Carême, 11 mars 1904

Mon cher Paul-Jean,

J'ai connu, moi aussi des Carnavals pleins d'une ivresse légère ; et, sous un ciel plus indulgent, de galantes Mi-carêmes, où l'approche du printemps ajoutait à l'improviste du plaisir une verte espérance. Aujourd'hui, je la passai tout seul dans ma chambre, et ni la voix d'un ami qui vous hèle, ni ce doux bruit d'une jupe qui vient, ne troublèrent ma méditation : celle-ci ne sortit d'ailleurs point de cette espèce de résignation hébétée

²⁷⁰ TOULET (Paul-Jean), *Journal et Voyages*, Paris, Le Divan, 1955, p. 208-209.

où mon peu de bonheur, à force de monotonie, a fini par me réduire. Soudain, à travers les rideaux et les vitres, j'entendis sonner des cors ; et ce fut comme un mirage. J'étais sous un bois roux d'automne, déjà dépouillé, - dans l'air plus vaste et plus sonore des premiers après-midis froids. Les voix de cuivre étaient au loin comme l'écho de mon cœur ambitieux et mélancolique, et la feuille du platane tournoyait autour d'une tête oubliée. Alors la soif de mourir me revint avec force ; et je connus que le goût de la vie ne m'avait jamais quitté.

Toulet²⁷¹

Après trois retours – sur six participant(e)s – de la part du groupe (pour confirmer, comme demandé, qu'une première lettre à soi-même avait été écrite), nous avons envoyé un autre courriel, avec la deuxième consigne d'écriture, l'invitation au partage et l'annonce d'une activité qui suivrait :

Mes chère(s),

Maintenant, une semaine après la première consigne, je vous invite à lire (ou relire) votre lettre.

La consigne d'écriture est : « Répondre à la lettre que vous avez adressée à vous-même ».

12 minutes, comme la semaine dernière.

Il faudra commencer par votre nom (« Ma chère + nom ») et signer par votre prénom.

Après, si vous le voulez, vous pouvez partager par retour de mail au groupe votre deuxième lettre.

Alors, je vous donnerai la troisième consigne d'écriture...

Bonne journée, bon travail et bonne écriture,

Christian

Nous avons un objectif double. D'un côté, nous voulions faciliter les échanges par courriel, en commentant chaque lettre et en invitant les membres à en faire autant. De l'autre côté, après cette phase de partage et de lecture attentive à l'écrit, nous pensions demander aux participant(e)s de choisir la deuxième lettre d'un(e)

²⁷¹ *Ibid.*, p. 234-235.

collègue et d'y répondre en se mettant à sa place (un peu comme dans le quatrième atelier de base, dont nous avons parlé dans le chapitre 2). Il nous semblait qu'un tel dispositif permettrait de passer de soi-même à l'autre, en retissant les liens intersubjectifs que la pandémie était en train d'effiloche.

Pourtant, nous n'avons eu qu'une réponse, à laquelle nous avons donné un retour de lecture attentive. Les échanges se sont arrêtés là. Notre tentative n'avait fonctionné qu'à moitié. Toutefois, cela nous a permis de nous rendre compte que, si le courriel réduisait la distance pendant l'activité d'écriture²⁷², il ne pouvait pas du tout remplacer le partage des textes et les échanges de lecture attentive. C'est pourquoi cette modalité n'était pas complètement adéquate.

Ainsi avons-nous exploré une modalité que l'on pourrait définir « mixte ». Dans un autre groupe, en effet, seulement deux ou trois participant(e)s étaient en mesure de se connecter en visioconférence. À cause des difficultés dues à la crise sanitaire, ces participant(e)s nous demandaient en outre de réduire la durée de nos séances. Afin d'arriver à impliquer tout le monde, nous avons pensé, à la lumière de ce que nous avons appris grâce à l'expérience décrite plus haut, de garder le partage et les échanges pendant les rencontres en distanciel, qui auraient une durée réduite de 90 minutes pour répondre à la demande des participant(e)s.

Nous décalerions une partie de l'activité d'écriture et de représentation en dehors des séances, plus précisément entre une séance et l'autre. Pour assurer le lien pédagogique, narratif et relationnel, nous écririons à chaque fois un courriel qui résumerait le contenu de la séance, qui donnerait une consigne à tout le groupe et qui inviterait les participant(e)s à nous envoyer leurs textes, en cas d'absence : nous pourrions les lire avec les autres en visioconférence et donner un retour à l'écrit.

C'est ce que nous avons fait à deux occasions. La première fois, nous avons envoyé par courriel un tableau à l'ensemble du groupe, sans en révéler ni l'auteur ni le titre, pour inviter les participant(e)s à raconter l'histoire que cette image leur inspirait. Lors de l'atelier suivant, nous avons révélé qu'il s'agissait d'un ouvrage de Jan Steen : *Visite du médecin* (1661-1662). Ensuite, nous avons écrit un courriel pour résumer les

²⁷² D'ailleurs, nous avons déjà compris, grâce aux ateliers de créativité, que l'écriture pouvait avoir lieu en dehors du groupe.

contenus émergés pendant la séance, et nous avons sollicité à écrire un texte dont le titre serait : *Il y a toujours de l'espoir*.

De nouveau, notre tentative n'a fonctionné qu'à moitié. Seulement les participant(e)s présent(e)s en visioconférence ont répondu aux consignes d'écriture. Les autres ne partageaient pas leurs textes. Cela nous a permis de comprendre et de confirmer que le moment de la rencontre, même en distanciel, est fondamentale pour que les professionnel(le)s soient impliqué(e)s dans le groupe et dans ses activités.

Malgré les difficultés pour s'accorder sur les créneaux, nous ne pouvions que chercher à traduire les ateliers de médecine narrative dans une modalité entièrement en visioconférence, en travaillant sur les typologies des narrations à proposer, c'est-à-dire sur les contenus et sur les aspects sémantiques, ainsi que sur le dispositif de la séance, comme nous allons le montrer dans les deux sous-sections suivantes.

4.2.2 *Retrouver un espace.*

À la fin du chapitre 1, nous avons fait allusion à l'importance de l'espace pour des ateliers de médecine narrative à un niveau de système hospitalier. L'irruption de la pandémie ne nous permettait plus de nous retrouver dans la salle qui avait accompagné et contenu nos rencontres pendant un an, en contribuant à la constitution d'un cadre protégé et protecteur.

Ainsi nous semblait-il prioritaire de reconstruire un espace commun, qui ne pouvait pas être physique, étant donné que chacun se connecterait depuis un lieu différent. Il fallait plutôt créer un milieu véritablement transitionnel à l'aide de l'imagination, et donc de l'imaginaire qui en découlerait.

Le *Voyage autour de ma chambre*, écrit par Xavier de Maistre en 1794, nous paraissait particulièrement adapté afin d'atteindre cet objectif. Primo, la condition de composition de cet ouvrage, avec l'auteur arrêté à son domicile, pouvait représenter une situation semblable à celle dans laquelle chacun(e) de nous se trouvait. Secundo, le texte de l'écrivain savoyard fournissait un modèle pour raconter l'espace intime d'une façon inédite et créative. Tertio, les « récits de voyages » des participant(e)s

autour de leurs chambres permettraient la première constitution d'un espace commun.

C'est pour ces raisons que nous avons pensé proposer deux passages tirés de l'ouvrage de Xavier de Maistre. Tout d'abord, nous avons partagé et lu à voix haute le chapitre initial, qui présente le « livre » ainsi que son idée :

Qu'il est glorieux d'ouvrir une nouvelle carrière et de paraître tout à coup dans le monde savant, un livre de découvertes à la main, comme une comète inattendue étincelle dans l'espace !

Non, je ne tiendrai plus mon livre *in petto* ; le voilà, messieurs, lisez.

J'ai entrepris et exécuté un voyage de quarante-deux jours autour de ma chambre. Les observations intéressantes que j'ai faites et le plaisir continu que j'ai éprouvé le long du chemin me faisaient désirer de le rendre public ; la certitude d'être utile m'y a décidé.

Mon cœur éprouve une satisfaction inexprimable lorsque je pense au nombre infini de malheureux auxquels j'offre une ressource assurée contre l'ennui et un adoucissement aux maux qu'ils endurent. Le plaisir qu'on trouve à voyager dans sa chambre est à l'abri de la jalousie inquiète des hommes ; il est indépendant de la fortune.

Est-il en effet d'être assez malheureux, assez abandonné, pour n'avoir pas de réduit où il puisse se retirer et se cacher à tout le monde ? Voilà tous les apprêts du voyage.

Je suis sûr que tout homme sensé adoptera mon système. De quelque caractère qu'il puisse être et quel que soit son tempérament, qu'il soit avare ou prodigue, riche ou pauvre, jeune ou vieux, né sous la zone torride ou près du pôle, il peut voyager comme moi ; enfin, dans l'immense famille des hommes qui fourmillent sur la surface de la terre, il n'en est pas un seul, non, pas un seul (j'entends de ceux qui habitent des chambres), qui puisse, après avoir lu ce livre, refuser son approbation à la nouvelle manière de voyager que j'introduis dans le monde²⁷³.

Ensuite, nous sommes passés au chapitre 4, qui commence à décrire la chambre et le sens du voyage :

²⁷³ DE MAISTRE (Xavier), *Voyage autour de ma chambre*, Londres, MacMillan and Co., 1911, p. 1-2.

Ma chambre est située sous le quarante-cinquième degré de latitude ; sa direction est du levant au couchant ; elle forme un carré long qui a trente-six pas de tour, en rasant la muraille de bien près. Mon voyage en contiendra cependant davantage ; car je traverserai souvent en long et en large, ou bien diagonalement, sans suivre de règle ni de méthode.

Je ferai même des zigzags, et je parcourrai toutes les lignes possibles en géométrie si le besoin l'exige. Je n'aime pas les gens qui sont si fort les maîtres de leurs pas et de leurs idées, qui disent : « Aujourd'hui je ferai trois visites, j'écrirai quatre lettres, je finirai cet ouvrage que j'ai commencé ». Mon âme est tellement ouverte à toutes sortes d'idées, de goûts et de sentiments ; elle reçoit si avidement tout ce qui se présente !

Et pourquoi refuserait-elle les jouissances qui sont éparses sur le chemin si difficile de la vie ? Elles sont si rares, si clairsemées, qu'il faudrait être fou pour ne pas s'arrêter, se détourner même de son chemin, pour cueillir toutes celles qui sont à notre portée.

Il n'en est pas de plus attrayante, selon moi, que de suivre ses idées à la piste, comme le chasseur poursuit le gibier, sans affecter de tenir aucune route. Aussi, lorsque je voyage dans ma chambre, je parcours rarement une ligne droite : je vais de ma table vers un tableau qui est placé dans un coin ; de là je pars obliquement pour aller à la porte ; mais, quoique en partant mon intention soit bien de m'y rendre, si je rencontre mon fauteuil en chemin, je ne fais pas de façons, et je m'y arrange tout de suite.

C'est un excellent meuble qu'un fauteuil ; il est surtout de la dernière utilité pour tout homme méditatif. Dans les longues soirées d'hiver, il est quelquefois doux et toujours prudent de s'y étendre mollement, loin du fracas des assemblées nombreuses.

Un bon feu, des livres, des plumes, que de ressources contre l'ennui ! Et quel plaisir encore d'oublier ses livres et ses plumes pour tisonner son feu, en se livrant à quelque douce méditation, ou en arrangeant quelques rimes pour égayer ses amis ! Les heures glissent alors sur vous et tombent en silence dans l'éternité, sans vous faire sentir leur triste passage²⁷⁴.

Pendant la lecture attentive, on a rencontré quelques difficultés : à cause du manque d'un exemplaire imprimé, de la nouveauté de l'instrument, du partage d'écran

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 5-6.

et de la longueur des passages, il était difficile de faire référence aux textes de Xavier de Maistre d'une façon ponctuelle.

Pourtant, les participant(e)s ont réussi à répondre à la consigne d'écriture, qui les invitait à raconter l'espace de leur chambre ou de la pièce dans laquelle ils et elles se trouvaient, comme si l'on y voyageait dedans, grâce à une sorte d'ouverture et de compensation imaginative.

Compte tenu des problèmes émergés pendant la lecture attentive, nous avons décidé de commencer l'atelier suivant – qui se donnait toujours l'objectif de favoriser la constitution d'un espace transitionnel – par une image, et non pas par un texte : *La Condition humaine* de René Magritte, dans sa version de 1933.

La présence du tableau dans le tableau a stimulé immédiatement la réflexion, les échanges et l'observation attentive. Quelques participant(e)s se sont même demandé(e)s si la fenêtre derrière le tableau (dans le tableau) correspondait à la représentation d'une véritable fenêtre ou bien à celle d'un trompe-l'œil, un élément qui ajouterait un troisième niveau méta-visuel à l'ouvrage.

Nous avons donné une première consigne d'écriture imaginative, en demandant de raconter ce qu'il y avait derrière le tableau dans le tableau, ou derrière le trompe-l'œil, le cas échéant : en d'autres termes, au-delà de l'espace représenté par le peintre. Les écrits des participant(e)s ont apporté d'autres éléments d'observation attentive, qui ont contribué à nourrir la réception de la narration que nous avons proposée ensuite : un poème d'Emily Dickinson, qui s'organisait, comme le tableau de Magritte, autour de l'image de la fenêtre. Le voilà :

De ma Fenêtre j'ai comme Paysage
Juste une Mer – avec une Tige –
Si l'Oiseau et le Fermier – considèrent que c'est un « Pin » –
C'est leur Affaire –

Il n'a ni Port ni « Parcours » – sauf pour les Geais –
Dont il coupe en deux l'itinéraire vers le Ciel –
Ou pour un Écureuil, c'est plus facile – ainsi – d'atteindre
Sa Péninsule vertigineuse –

Dans l'Intérieur des terres – le Sol est en dessous –
Et au-dessus – est le Soleil –
Son Commerce – s'il a un Commerce –
Est celui des Épices – Je le déduis des Parfums qui l'entourent –

Sa Voix – s'affirme – quand le Vent le traverse –
Les Muets peuvent-ils – définir le Divin ?
La Définition de la Mélodie – c'est –
Qu'il n'existe pas de Définition –

Il – inspire notre Foi –
Eux – inspirent notre Vue –
Quand cette dernière – sera remise
J'aurai la Conviction que quelque part j'ai rencontré
Cette Immortalité –

Ce Pin à ma fenêtre était-il un « Membre
De la Royale » Infinité ?
Ces Intuitions – sont des introductions à Dieu –
Qu'il faut par conséquent – révéler –²⁷⁵

Malgré la complexité du poème, sa signification énigmatique et la ponctuation très particulière, que les participant(e)s n'ont pas manqué de souligner et que nous avons mis en relation avec le style de la poète anglaise, la lecture attentive a été favorisée grâce au travail initial sur l'image et à la présence d'un texte qui était bien adapté au partage d'écran, n'occupant qu'une page.

Enfin, par cohérence avec l'objectif de l'atelier, nous avons invité les groupes à s'approprier du premier vers de Dickinson pour décrire, créer et partager la vision d'un paysage extérieur à travers l'objet interstitiel et transitionnel de la fenêtre, qui faisait le lien avec l'espace interne et intérieur à la fois.

²⁷⁵ DICKINSON (Emily), *Poésies complètes*, Paris, Flammarion, 2020 (2009), p. 783 et 785.

Les réponses des participant(e)s, qui ont été mis(es) en condition d'intégrer les différents éléments sémantiques, formels et imaginaires, ne nous ont pas seulement fait comprendre que l'espace expressif et groupal commençait à se reconstituer. Elles nous ont également suggéré que nous venions probablement d'établir un premier dispositif opérationnel pour les ateliers en distanciel.

Dans la sous-section suivante, nous en allons justement exposer les principes et le fonctionnement, qui se fondent sur le dialogue entre l'image et les mots, un peu comme dans le genre littéraire et visuel à la fois de l'emblème.

4.2.3 *Un dispositif emblématique.*

Les spécialistes du XVI^e siècle ont longuement étudié le genre hybride de l'emblème, dont la mode européenne a été inaugurée par la publication des *Emblemata* d'Alciato en 1531²⁷⁶, et qui a bien des points de contact avec la longue tradition iconographique des hiéroglyphes, des énigmes et des blasons²⁷⁷. En général, dans les emblèmes, les images s'accompagnent d'une devise, qui en résume le sens, et d'un ou de plusieurs textes qui en développent le thème. Pour reprendre les termes fondamentaux de la cosmologie de Nicolas de Cusa²⁷⁸, c'était un mécanisme continu de *contractio* et d'*explicatio*, de réduction et d'élargissement, qui reflète le rapport complexe que la Renaissance entretient avec les idées de microcosme et macrocosme.

²⁷⁶ ALCIATO (Andrea), *Emblematum liber*, Augsbourg, Heinrich Steyner, 1531.

²⁷⁷ Voir, par exemple : PRAZ (Mario), *Studi sul concettismo*, Florence, Sansoni, 1946 ; INNOCENTI (Giancarlo), *L'immagine significativa : Studio sull'emblematica cinquecentesca*, Padoue, Liviana Editrice, 1981 ; INNOCENTI (Loretta), *Vis Eloquentiae : Emblematica e persuasione*, Palermo, Sellerio, 1983.

²⁷⁸ Voir : SANTINELLO (Giovanni), *Introduzione a Niccolò Cusano*, Bari, Laterza, 1971 ; CASSIRER (Ernst), *Individu et cosmos dans la philosophie de la Renaissance*, Paris, Minuit, 1983 (1927) ; STAUB (Hans), *Le Curieux Désir : Scève et Peletier du Mans poètes de la connaissance*, Genève, Droz, 1967.

Voilà, pour donner une idée de ce genre, un exemple tiré de *Delie, object de plus haulte vertu* de Maurice Scève, le premier *canzoniere* en langue française publié en 1544, c'est-à-dire treize ans après les *Emblemata* d'Alciato :



Si grand beaulté, mais bien si grand merveille,
 Qui a Phebus offusque sa clarté,
 Soit que je sois present, ou escarté,
 De sorte l'ame en sa lueur m'esveille,
 Qu'il m'est advis en dormant, que je veille,
 Et qu'en son jour un espoir je prevoy,
 Qui de bien brief, sans deslay, ou renvoy,
 M'esclercira mes pensées funebres.
 Mais quand sa face en son Mydy je voy,
 A tous clarté, & a moy rend tenebres²⁷⁹.

Comme l'on peut voir, le soleil est le protagoniste de l'image. Le poète construit son dizain autour de la métaphore traditionnelle et hyperbolique de la femme en tant qu'astre terrestre (« sa face en son Mydy ») qui est capable d'offusquer même Phébus. La devise met en communication les deux narrations : d'un côté, elle entoure l'image ; de l'autre, elle fournit une chute au poème. Au-delà des lectures particulières et des discussions des spécialistes, nous introduisons le concept d'emblème comme un élément de

²⁷⁹ SCÈVE (Maurice), *Délie, object de plus haulte vertu*, Paris, Hachette, 1916, p. 42-43.

comparaison qui nous aide à dévoiler et modéliser le fonctionnement des ateliers de médecine narrative en distanciel : un dispositif qui est emblématique aussi au sens contemporain du terme, étant donné que la visioconférence se fonde justement sur la primauté de l'élément visuel.

Les conditions concrètes des séances en présentiel nous avaient habitués à focaliser notre attention ainsi que notre lecture sur les narrations littéraires : grâce au distanciel, nous avons pu nous rendre compte que la disponibilité des textes imprimés, le partage d'un espace commun et la proximité physique représentaient des éléments significatifs, qui nous donnaient la possibilité de faire des choses avec les textes, lors de la première phase de notre modèle.

En revanche, la présence d'un écran et l'utilisation d'un outil multimédia déterminaient d'autres modalités d'action et de relation, en favorisant, pour une sorte de cohérence communicative et communicationnelle, l'usage de plusieurs sources, à partir d'une image qui conduisait à un texte, avec lequel elle pouvait avoir un lien plus ou moins thématique. Cela permettait non seulement de stimuler mais aussi de soutenir une attention tout à fait différente par rapport à celle des rencontres physiques.

Si le médium est le message, comme le dit le sociologue de la communication Marshall McLuhan²⁸⁰, il sera intéressant de remarquer que, dans les ateliers en distanciel, même le texte est censé fonctionner comme une image : pour que les participant(e)s puissent le lire, avec attention ou non, il est recommandable qu'il ne dépasse pas la taille d'une feuille, en effet.

Pourtant, comme nous l'avons dit plus haut, les emblèmes se composent également d'une devise, c'est-à-dire d'une phrase qui accompagne l'image et dont la saveur est plus ou moins gnominique et sapientielle.

Dans un atelier en distanciel, on peut laisser l'élaboration de cette formule symbolique aux participant(e)s, en leur demandant, par exemple, comme première consigne d'écriture après une activité d'observation attentive, de donner un titre à une image, de la résumer en une phrase, de la définir en trois mots, ou bien de choisir l'un des personnages représentés et de lui attribuer un nom.

²⁸⁰ Voir : MCLUHAN (Marshall), *Message et Massage, un inventaire des effets*, Paris, Pauvert, 1968 (1967).

Ensuite, il est possible d'inviter le groupe à développer le discours visuel à partir d'un ou de plusieurs éléments de l'image, en racontant, par exemple, l'histoire autour d'un objet, d'un personnage ou même de la scène observée.

Après le partage, on peut faire intervenir un texte littéraire, accompagné par l'activité de la lecture attentive. Finalement, l'on est en mesure de donner au moins une troisième et dernière consigne, qui permet d'élargir davantage les horizons imaginatifs et narratifs de la séance.

Voilà l'idée de base que nous avons utilisée, quand l'espace groupal nous semblait désormais reconstitué, pour construire les autres séances en distanciel, comme nous allons le montrer à travers trois exemples.

Dans un cas, nous avons proposé d'observer attentivement le tableau de Claude Monet *Impression, soleil levant* (1872). Nous avons demandé de lui donner un titre et de le partager, avant de passer, sans aucune consigne intermédiaire, à la lecture attentive de *Demain* par Robert Desnos²⁸¹. La temporalité suspendue du poème le mettait en lien non seulement avec le chef d'œuvre du peintre français mais aussi avec le contexte que nous étions en train de vivre. Enfin, nous avons utilisé le titre de Desnos en tant que consigne d'écriture (longue, en 10 minutes) : « Demain... ».

Dans un deuxième cas, nous avons demandé d'observer avec attention un autre ouvrage de Monet, appartenant à la série des « portraits » qu'il a consacrés à la cathédrale de Rouen entre 1892 et 1894. Sans passer par une consigne brève, nous avons invité les participant(e)s à raconter à l'écrit, en 5 minutes, ce que l'on pouvait voir dans cette image, et à le partager. Après avoir montré une sorte de tableau cumulatif avec 29 représentations de la cathédrale que Monet a faites (qui fonctionnait comme une sorte de devise), nous aurions voulu proposer la nouvelle de Raymond Carver *Cathédral* (1981)²⁸², où un homme aide un vieux copain de sa femme à dessiner une cathédrale, même si ce dernier est aveugle. Mais la *short story* de l'écrivain américain est trop longue pour être partagée, même d'une façon partielle,

²⁸¹ DESNOS (Robert), *Destinée arbitraire*, Paris, Gallimard, 1975, p. 182-183

²⁸² CARVER (Raymond), *Where I'm Calling From : New and Selected Stories*, New York, Vintage Contemporaries, 1989, p. 356-375. Pour la traduction française, voir : CARVER (Raymond), *Les Vitamines du bonheur*, Paris, Stock, 2003.

lors d'un atelier en visioconférence. Ainsi avons-nous pourvu la traduction française du poème de Lisel Mueller²⁸³ *Monet Refuses the Operation* (*Monet refuse l'opération*), que Robert D. Denham mentionne dans un essai bibliographique très utile si l'on recherche des sources poétiques ayant un lien direct avec des tableaux²⁸⁴. Dans ce texte, la poète d'origine allemande imagine que Monet – souffrant effectivement de cataracte – écrit une lettre en vers à son médecin, pour refuser l'opération qui lui permettrait de *mieux* voir : il ne veut pas perdre son regard artistique. Cette narration se rattache directement non seulement au tableau que nous avons proposé, mais aussi, d'une manière plus générale, au sujet de la médecine. À la lumière, ou à l'ombre, de ce texte, nous avons sollicité les participant(e)s à assumer le point de vue du médecin qui reçoit la lettre de Monet, et à lui répondre en 10 minutes.

Dans un troisième et dernier cas, nous avons commencé nos activités par *Le Faux Miroir* (1928) de René Magritte, un tableau où un œil reflète un ciel nuageux. Nous avons demandé de donner un titre à cet ouvrage et de le lire à voix haute. Ensuite, nous avons sollicité les participant(e)s à imaginer et présenter à l'écrit, en 5 minutes, le personnage auquel cet œil pouvait appartenir. Après le partage des textes, nous avons proposé une lecture attentive de *L'Étranger*, le premier des *Petits poèmes en prose* (1869) de Charles Baudelaire, où l'on retrouve l'élément thématique et visuel des nuages à la fin :

- Qui aimes-tu le mieux, homme énigmatique, dis ? ton père, ta mère, ta sœur ou ton frère ?
- Je n'ai ni père, ni mère, ni sœur, ni frère.
- Tes amis ?
- Vous vous servez là d'une parole dont le sens m'est resté jusqu'à ce jour inconnu.
- Ta patrie ?
- J'ignore sous quelle latitude elle est située.
- La beauté ?

²⁸³ MUELLER (Lisel), *Second Language*, Baton Rouge et Londres, Louisiana State University Press, 1986, p. 59-60.

²⁸⁴ DENHAM (Robert D.), *Poets on Paintings : A Bibliography*, Jefferson et Londres, McFarland & Company, 2010.

- Je l'aimerais volontiers, déesse et immortelle.
- L'or ?
- Je le hais comme vous haïssez Dieu.
- Eh ! qu'aimes-tu donc, extraordinaire étranger ?
- J'aime les nuages... les nuages qui passent... là-bas... là-bas... les merveilleux nuages !²⁸⁵

À la lumière, ou à l'ombre, de ce texte, nous avons invité, avec un petit jeu de rôle, les participant(e)s à choisir un personnage inventé par l'un(e) de leurs collègues à l'occasion de la deuxième consigne, et à le questionner afin de construire, en 10 minutes, un dialogue semblable à celui de Baudelaire. Comme nous le voyons dans tous les exemples mentionnés dans cette section, et comme nous le montrerons encore dans la section suivante, les narrations ici abordées n'ont pas forcément un lien direct avec la médecine, la maladie et les soins²⁸⁶. C'est une possibilité que Rita Charon suggère bien, et qu'elle conseille même, comme nous l'avons dit au début du chapitre 2. Ici, nous ajoutons que les ateliers de créativité permettent d'introduire, d'une manière naturelle, une certaine liberté thématique, grâce aux contributions et propositions textuelles, visuelles ou musicales que les participant(e)s amènent à côté des dossiers parallèles. Nous en concluons que, après la deuxième phase de notre modèle, il est possible d'élargir les horizons thématiques, et donc narratifs, des séances : l'expérience consolidée des groupes et de ses membres réduit le risque que cela soit perçu comme « hors sujet » par rapport au milieu professionnel et hospitalier.

²⁸⁵ BAUDELAIRE (Charles), *Œuvres complètes, op. cit.*, p. 7.

²⁸⁶ Afin de confirmer ce que nous disions plus haut, en citant McLuhan, au sujet de la cohérence entre le *medium* et le message, en d'autres termes entre la forme et le contenu, où bien – pour transposer au niveau du discours narratif les catégories saussuriennes – entre le signifiant et le signifié, nous remarquons que les narrations proposées lors de ces trois séances ont toujours un lien thématique plus ou moins direct avec l'élément la « vision », qui renvoie à l'instrument de la visioconférence. En particulier, nous nous référons au concept d'impression (pour ce qui concerne le premier exemple), à la difficulté de voir (pour ce qui concerne le deuxième exemple), à l'élément de l'œil (pour ce qui concerne le troisième exemple). Pour les définitions de signifiant et de signifié, voir la référence classique : DE SAUSSURE (Ferdinand), *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1972 (1916).

Après ces exemples, nous pouvons avancer une autre généralisation, qui concerne le dispositif emblématique pour la construction des ateliers en distanciel. Par cohérence avec le médium visuel et avec le développement discursif de cette sous-section, nous essayons de le traduire et le résumer graphiquement par un « tableau » :

Image
Observation attentive
Consigne(s)
Partage(s)
Texte
Lecture attentive
Consigne(s)
Partage(s)

Nous rappelons que, comme dans le reste de cette thèse, nos dispositifs ne sont pas du tout prescriptifs : ils se veulent, plutôt, descriptifs et performatifs à la fois, étant donné qu'ils représentent l'élaboration d'un certain nombre d'expériences – qui se fondent sur des principes bien définis – et qu'ils peuvent être exploités pour construire et même transformer la pratique. En effet, nous avons utilisé le dispositif emblématique du distanciel en tant que base de départ et de travail pour accompagner les différent(e)s participant(e)s dans la construction des ateliers de co-animation en visioconférence, en leur laissant la liberté de s'en approprier, de l'adapter et de le changer, comme nous allons le montrer dans les pages suivantes.

4.3 S'adapter au contexte

4.3.1 *Un panorama.*

Après une période de passage, caractérisée par l'adaptation des séances de médecine narrative au distanciel, les ateliers de co-animation ont pu finalement avoir

lieu en visioconférence, selon les temporalités et les besoins propres aux différents groupes.

Concrètement, au moment de la construction, nous demandions à un(e) professionnel(le), qui était censé(e) co-animer une séance, de bien vouloir nous faire une proposition par courriel d'une image et d'un texte, ainsi que des consignes qui pouvaient en découler. Une telle requête nous permettait d'évoquer notre dispositif emblématique, sans le dévoiler d'une manière explicite, pour poser un cadre suffisamment précis mais aussi ouvert à d'autres possibilité. Nous continuions le dialogue par courriel, par téléphone ou par visioconférence, jusqu'à arriver au moment de l'élaboration, qui précédait l'atelier.

Dans la continuité avec la représentation que nous avons fournie à la fin de la sous-section précédente, nous allons reproduire ci-après un deuxième tableau synthétique, pour donner un aperçu visuel et chronologique du le travail fait, en montrant comment chacun(e) s'est approprié(e) du dispositif emblématique exposé plus haut.

Mais avant tout voilà la liste des abréviations, par ordre alphabétique, que nous allons utiliser pour nous référer aux différentes activités qui constituent l'ossature des ateliers : Cb > Consigne brève ; Cm > Consigne moyenne ; Cl > Consigne longue ; *I* > Image ; *L* > Lecture attentive ; *M* > Musique ; *O* > Observation attentive ; *P* > Partage ; *T* > Texte ; *V* > Vidéo.

1	<i>M</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<i>V</i>	<i>M</i>	<u>Cm</u>	<i>P</i>	<i>M</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<i>V</i>			
2	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<u>Cm</u>	<i>P</i>	<u>Cl</u>					
3	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<i>T</i>					
4	<i>I</i>	<i>O</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<i>I</i>	<i>O</i>		
5	<i>I</i>	<i>O</i>	<i>I</i>	<i>O</i>	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>						
6	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<u>Cl</u>						
7	<i>I</i>	<i>O</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cm</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>				
8	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<u>Cb</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>				
9	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cm</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>						
10	<i>I</i>	<i>O</i>	<u>Cb</u>	<u>Cm</u>	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>L</i>	<u>Cl</u>	<i>P</i>					

11	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<i>I</i>	O	<i>T</i>	L	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P
12	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<i>I</i>	O	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P				
13	<i>T</i>	L	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P				
14	<i>T</i>	<u>Cb</u>	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P						
15	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P				
16	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P				
17	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cb</u>	P	<u>Cl</u>	P		
18	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<u>Cb</u>	P		
19	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P		
20	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cb</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<u>Cb</u>	P
21	<i>T</i>	L	<u>Cm</u>	P	<i>I</i>	O	<u>Cl</u>	P						
22	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cb</u>	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	
23	<i>V</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P
24	<i>I</i>	O	<u>Cb</u>	P	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<i>M</i>	<u>Cl</u>		
25	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<u>Cb</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<u>Cb</u>	P		
26	<i>I</i>	O	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<i>M</i>	<u>Cm</u>	P			
27	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P		
28	<i>I</i>	O	<u>Cm</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<i>T</i>	L	<u>Cl</u>	P	<u>Cm</u>	P

Comme l'on peut voir, nous avons 74 narrations au total, c'est-à-dire entre 2 et 3 narrations par atelier. Plus précisément, 24 séances s'organisent soit autour de 2 narrations soit autour de 3 narrations, avec une distribution parfaite d'un point de vue quantitatif (12 et 12). Les autres 4 séances s'organisent autour de 1, 2 ou 5 narrations.

La majorité des séances se fonde sur le couple emblématique des textes (35) et des images (31). Les musiques (5) et les vidéos (3) sont minoritaires. Nous ne rentrerons pas dans le détail des narrations proposées : cela risquerait de produire une accumulation de références qui n'auraient pas une grande signification pour les lecteurs et les lectrices. Nous préférons donner trois exemples qui nous semblent particulièrement significatifs dans la sous-section suivante.

Pourtant, il est peut-être utile de mentionner les genres spécifiques qui ont été abordés lors des ateliers de co-animation, pour donner une idée des choix faits par les participant(e)s.

Primo, en ce qui concerne les 35 textes, nous avons : 11 passages tirés d'un roman ; 9 passages tirés d'un livre autobiographique ; 5 poèmes ; 3 transcriptions d'un podcast ; 2 passages tirés d'un essai ; 2 courtes nouvelles ; 1 passage tiré d'un ouvrage théâtral ; 1 texte publié sur twitter ; 1 tripléte de citations. Les participant(e)s ont donc privilégié des morceaux textuels (27 cas sur 35), plutôt que des textes à part entière, comme les poèmes et les nouvelles.

Secundo, en ce qui concerne les 31 images, nous avons : 18 tableaux ; 4 photos ; 2 installations ; 1 caricature ; 1 dessin ; 1 carte géographique ; 1 fresque ; 1 mural ; 1 sculpture ; 1 carré d'images (c'est-à-dire une sorte de collage électronique, avec l'association de 1 mural, 1 tableau, 1 photo publique et 1 photo personnelle). Il est inutile de remarquer que le choix est retombé prioritairement sur les reproductions des œuvres picturales.

Tertio, en ce qui concerne les musiques, nous avons : 3 morceaux de musique vocale ; 2 morceaux de musique instrumentale.

Enfin, en ce qui concerne les vidéos, nous avons : 2 scènes tirées d'un film ; 1 clip musical.

Du point de vue de l'ordre et de l'agencement de ces narrations, on remarque que la plupart des séances commence avec l'image (22 sur 28), comme dans le genre de l'emblème. Moins d'un quart (6 sur 28) débute soit par le texte (4 sur 28) soit la musique (1 sur 28) soit par la vidéo (1 sur 28).

Plus en particulier, dans la majorité des séances (15 sur 28), 1 image est suivie par 1 texte (9 sur 28) ou bien par 2 textes (6 sur 28). Deux fois, nous avons soit 2 textes soit 1 image, 1 texte et 1 musique. Tous les autres cas (9 sur 28) présentent des structures uniques, voir : 1 image ; 2 images et 1 texte ; 3 images ; 2 images et 2 textes ; 1 image, 2 textes et 1 image ; 1 texte et 1 image ; 1 texte et 2 images ; 1 vidéo, 1 image et 1 texte ; 1 musique, 1 vidéo, 2 musiques et 1 vidéo.

Pour ce qui concerne l'écriture, les consignes longues (39) l'emportent légèrement sur les consignes brèves (24) et moyennes (22), pour un total de 85 consignes (une moyenne presque parfaite de 3 consignes par séance). Plus précisément, les participant(e)s chargé(e)s de la co-animation ont donné : 1 consigne dans 1 cas, 2 consignes dans 6 cas, 3 consignes dans 12 cas et 4 consignes dans 9 cas.

Une moitié des séances (15) commence avec une consigne brève. L'autre moitié débute soit par une consigne moyenne (10 séances), soit par une consigne longue (3 séances). Pourtant, l'on remarque que dans 16 cas la typologie des consignes suit un ordre unique et différent à chaque fois. Dans les autres 12 cas, nous avons : 1 consigne brève, 1 consigne moyenne, 1 consigne longue (6 séances) ; 1 consigne moyenne, 1 consigne longue, 1 consigne longue (3 séances) ; 1 consigne brève, 1 consigne longue, 1 consigne longue (2 séances) ; 1 consigne moyenne, 1 consigne brève, 1 consigne longue, 1 consigne brève (2 séances). Nous en concluons que l'organisation des consignes est généralement libre. Pourtant, il nous semble qu'à un niveau expérientiel la dynamique à 3 consignes avec une augmentation exponentielle du minutage a la tendance à être la plus fréquente.

Seulement deux séances (la 15 et la 16) ont exactement la même structure, avec l'observation attentive d'une image, deux consignes, dont la première est brève et la deuxième est moyenne, suivies par les partages, la lecture attentive d'un texte, une consigne longue et la partage final. Un certain esprit de géométrie nous pousserait à dire que cette organisation (dont les séances 8, 10 et 18²⁸⁷ peuvent se rapprocher) incarne d'une manière idéale le dispositif emblématique que nous avons exposé plus haut, avec la présence de l'image, de la devise et du texte.

Pourtant, face à la complexité et à la richesse des formes que la réalité permet de construire, nous rappelons, et nous nous rappelons, que nos instruments, surtout dans un cadre comme celui de la médecine narrative, risquent de conduire à des répétitions stériles, si elles ne se fondent pas sur la créativité et sur le lien, qui élargissent les possibilités de l'attention, de la représentation et de l'affiliation.

²⁸⁷ Dans cette séance, en effet, comme dans les séances 20 et 25, la dernière consigne brève avait juste une fonction de synthèse et réélaboration finale : les membres du groupe ont été invités à choisir un mot pour résumer l'expérience faite.

Pour le reste, la structure de cet atelier se rapproche bien des autres séances dont on parle dans ce paragraphe.

4.3.2 Trois exemples.

Dans cette sous-section, où nous allons présenter trois exemples concrets d'ateliers de co-animation en distanciel – pour contribuer à rendre de moins en moins abstrait le discours que nous avons construit jusqu'ici –, nous ne pouvons commencer que par l'une des séances qui incarnent idéalement, comme nous l'avons dit plus haut, le dispositif emblématique.

Dans un groupe, une professionnelle, devenue co-animatrice, a proposé de commencer par le tableau *Noirmoutier* que Pierre-Auguste Renoir a peint en 1892. Dans cette scène rurale, il est impossible de ne pas remarquer la présence d'un arbre qui occupe tout le premier plan avec ses branches, ses feuilles et même son ombre : il semble le véritable protagoniste de cette scène, où l'on perçoit d'autres arbustes, un couple de dames, et la mer sillonnée par les barques aux voiles blanches comme des nuages dans le lointain, à l'horizon. C'est pourquoi la première consigne s'est organisée autour de cet élément, sous une forme qui rappelait bien celle d'une devise et qui ne manquait pas de faire allusion à une longue tradition littéraire, artistique et musicale, qui s'est imposée à partir du *Roland Furieux* de Ludovico Ariosto²⁸⁸ : « Quelle est la phrase que vous écririez sur le tronc d'un arbre » (en 1 minute).

Après le partage, les participant(e)s ont été sollicité(e)s, suivant toujours cette ligne, à explorer l'imaginaire végétal, en inventant et assumant le point de vue d'un arbre, pour se raconter en 5 minutes.

La lecture à voix haute des écrits a conduit vers celle attentive de *Premier Mai*, un poème de Victor Hugo qui se liait à la toile de Renoir par le biais de la référence générale à une temporalité printanière, mais aussi par le geste d'écriture que nous avons accompli au début de la séance (comme l'on peut voir au vers 5, où l'élément de la « devise » sur un arbre est mentionné explicitement) :

²⁸⁸ Nous rappelons que, dans le poème d'Arioste, Roland est amoureux d'Angélique. Il devient complètement fou quand il découvre, en lisant des mots et un poème gravés sur les troncs des arbres, qu'Angélique est amoureuse de Médor. Voir : ARIOSTO (Ludovico), *Orlando furioso secondo l'editio princeps del 1516*, Turin, Einaudi, 2016, vol. II, p. 717-726.

Tout conjugue le verbe aimer. Voici les roses.
Je ne suis pas en train de parler d'autres choses ;
Premier mai ! l'amour gai, triste, brûlant, jaloux,
Fait soupirer les bois, les nids, les fleurs, les loups ;
L'arbre où j'ai, l'autre automne, écrit une devise,
La redit pour son compte et croit qu'il l'improvise ;
Les vieux antres pensifs, dont rit le geai moqueur,
Clignent leurs gros sourcils et font la bouche en cœur ;
L'atmosphère, embaumée et tendre, semble pleine
Des déclarations qu'au Printemps fait la plaine,
Et que l'herbe amoureuse adresse au ciel charmant.
A chaque pas du jour dans le bleu firmament,
La campagne éperdue, et toujours plus éprise,
Prodigue les senteurs, et dans la tiède brise,
Envoie au renouveau ses baisers odorants ;
Tous ses bouquets, azurs, carmins, pourpres, safrans,
Dont l'haleine s'envole en murmurant : Je t'aime !
Sur le ravin, l'étang, le pré, le sillon même,
Font des taches partout de toutes les couleurs ;
Et, donnant les parfums, elle a gardé les fleurs ;
Comme si ses soupirs et ses tendres missives
Au mois de mai, qui rit dans les branches lascives,
Et tous les billets doux de son amour bavard,
Avaient laissé leur trace aux pages du buvard !
Les oiseaux dans les bois, molles voix étouffées,
Chantent des triolets et des rondeaux aux fées ;
Tout semble confier à l'ombre un doux secret ;
Tout aime, et tout l'avoue à voix basse ; on dirait
Qu'au nord, au sud brûlant, au couchant, à l'aurore,
La haie en fleur, le lierre et la source sonore,
Les monts, les champs, les lacs et les chênes mouvants,
Répètent un quatrain fait par les quatre vents²⁸⁹.

²⁸⁹ HUGO (Victor), *Les Contemplations*, Lausanne, Rencontre, 1962, p. 115-116.

La troisième et dernière consigne d'écriture se fondait sur la référence à la temporalité avec laquelle ce poème s'ouvre. En d'autres termes, la co-animatrice a demandé aux autres participant(e)s de raconter *un premier mai*.

Pour contrebalancer ce choix, qui offre un exemple paradigmatique de notre dispositif emblématique, nous allons présenter, en deuxième lieu, la séance qui s'en est le plus éloignée, c'est-à-dire celle qu'une autre participante a construit, en tant que co-animatrice, autour de trois narrations musicales : la *Dance hongroise n° 5 en fa dièse mineur* (1869) de Johannes Brahms ; une interprétation de *Der Heyser Bulgar* (un morceau instrumental qui appartient à la tradition juive du *klezmer*) ; *Bad* (1987) par Michael Jackson.

Les trois consignes d'écriture, qui ont été données tout de suite après chaque écoute (sans aucune discussion en groupe), gardaient toujours la même forme, qui sollicitait un aspect particulier de l'attention. Plus précisément, la co-animatrice a demandé de décrire les images que la première musique inspirait (en 3 minutes), d'écrire les sentiments que la deuxième musique provoquait (en 6 minutes), de raconter les souvenirs que la troisième musique évoquait (en 9 minutes).

Après le premier partage des textes, nous avons regardé la célèbre scène du coiffeur dans *Le Dictateur* de Charlie Chaplin, dont les gestes sont justement accompagnés et scandés par le morceau de Brahms : pour reprendre le mot clé de la consigne initiale et aller dans la même direction, nous pouvons dire que ce sont des *images* très connues d'un point de vue culturel.

À la fin de la séance, nous avons regardé le clip raccourci de *Bad* de Michael Jackson, pour comprendre comment la musique avait été traduite en narration. Ces deux vidéos ont enrichi et nourri les contenus de l'atelier, sans donner lieu à une activité d'observation attentive.

Il est vrai que, dans cette séance, l'image a gardé son importance, à côté de la musique. En outre, les consignes ont eu une progression bien précise. Pourtant le développement était vraiment inédit : il a permis de travailler en profondeur des aspects rarement abordés, comme ceux du rythme, de l'évocation sonore et du pouvoir de la musique.

Une originalité extrême a caractérisé deux autres ateliers, pendant lesquels les respectives co-animatrices ont invité les autres participant(e)s à élaborer des narrations visuelles, en produisant des dessins à la lumière, ou à l'ombre, des images présentées.

Dans le premier cas (qui correspond à la séance 5 du tableau reproduit plus haut), trois ouvrages artistiques sur la souffrance ont été observés les uns après les autres : seulement à la fin, les membres du groupe ont été invité(e)s à représenter d'une façon complètement libre la maladie sur une feuille blanche.

Mais nous voulons parler d'une autre séance, qui s'est organisée comme une véritable narration à moitié visuelle et à moitié verbale, grâce aussi à l'enchaînement des consignes. Après l'observation attentive de *Girl with Balloon* (2002), le célèbre mural de Banksy, la co-animatrice a invité à faire un dessin, en 2 minutes, que la fillette protagoniste de l'image pourrait mettre, comme un message dans la bouteille, à l'intérieur du ballon qui s'éloignait d'elle.

Les participant(e)s, après avoir montré leurs narrations visuelles, ont été invité(e)s à assumer le point de vue du ballon pour raconter leur voyage, jusqu'à destination, en 8 minutes. Les textes ont été lus à voix haute comme d'habitude, avant la troisième et dernière consigne, qui sollicitait chaque membre du groupe à se mettre du côté du personnage imaginaire qui recevait le ballon avec son message, et à élaborer en 5 minutes une réponse qui serait renvoyée à la fillette.

Nous avons participé activement, au même titre que les autres membres du groupe, à ces deux ateliers de co-animation, qui ont utilisé l'instrument du dessin pour mettre en mouvement l'aspect de la représentation d'une façon différente, avec l'image au centre du discours. Dans la sous-section suivante, nous allons justement aborder cette question d'une façon plus générale et précise à la fois.

4.3.3 *Sur la participation observante.*

À l'occasion des ateliers de base, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, l'ALHO peut répondre aux consignes d'écriture et partager ses textes pour que tout(e)s les professionnel(le)s soient mis(e)s en condition de mener les activités

prévues. Nous en avons parlé, et nous l'avons fait, lors de l'atelier de représentation, quand nous avons demandé de travailler en binôme, mais les groupes étaient parfois impair. Dans une situation semblable, l'apport de l'ALHO est fondamental pour éviter qu'un(e) participant(e) reste seul(e) et soit donc exclu(e). Au contraire, dans l'atelier sur la lettre, les jeux de rôle permettaient d'écrire et de partager les textes soit en binôme soit en trinôme, ce qui résolvait le problème à la racine.

Au début de la formation, il est déconseillé, comme nous l'avons déjà anticipé, qu'un(e) ALHO écrive et partage ses textes dans d'autres situations. Nous le répétons : on risque de fournir une pierre de touche, qui peut contribuer au blocage de l'expression dans les groupes.

Lors des ateliers de créativité, l'ALHO est censé(e) écrire et partager ses textes quand un groupe le demande explicitement, comme nous l'avons montré dans le chapitre 3. Une telle requête est souvent liée soit à la perception d'un besoin (le nombre des membres peut parfois sembler insuffisant), soit à la manifestation d'un désir d'intégration : dans les deux cas, l'ALHO répond non seulement à une consigne d'écriture, mais plus en général à un appel du groupe. Il n'y aurait aucune raison pour se refuser. D'ailleurs, une adhésion plus profonde de l'ALHO au groupe contribue, dans cette phase, à déconstruire l'aspect hiérarchique et à renforcer le sentiment d'affiliation, en libérant ainsi la parole et l'expression dans les groupes.

Jusqu'à ce moment, la participation directe de l'ALHO aux activités narratives des groupes se borne donc à une fonction générale de support. Avec les ateliers de co-animation, tout change. L'ALHO offre une sorte de supervision aux participant(e)s avant et après une rencontre.

Pourtant, *pendant* la séance, c'est le modèle de l'intervision qui semble s'imposer : une intervision qui ouvre son champ d'action, étant donné qu'elle permet de réfléchir sur la pratique non seulement de la médecine, mais aussi de la médecine narrative. C'est pourquoi l'ALHO peut jouer un rôle comparable à celui des co-animateurs médicaux et des co-animatrices médicales fixes lors des ateliers de base et de créativité. En d'autres termes, l'ALHO est désormais libre de choisir à quelles activités participer en tant qu'un membre d'un groupe qui écrit, partage et se dévoile.

Ce changement a trois effets principaux. Primo, il permet de refléter et de rendre reconnaissable la présence du dispositif des ateliers de co-animation derrière

celui de la séance. Secundo, il sollicite l'apport de l'ALHO d'une façon inédite, qui contribue à élargir l'affiliation au sein du groupe. Tertio, il favorise le passage du modèle traditionnel de l'observation participante – qui a été précisé pour la première fois par Bronisław Malinowski²⁹⁰ et qui a encore beaucoup de succès aujourd'hui dans le cadre de la recherche qualitative de matrice ethnographique²⁹¹ – à celui de la participation observante²⁹² ou de la participation de l'observation²⁹³.

En d'autres termes, l'ALHO ne se borne plus à observer ce qui se passe dans le groupe auquel il ou elle participe. Probablement l'ALHO ne se borne jamais à la

²⁹⁰ Voir surtout : MALINOWSKI (Bronisław), *Les Argonautes du Pacifique occidental*, Paris, Gallimard, 1963 (1922).

²⁹¹ Voir, en général : GARFINKEL (Harold), *Studies in Ethnomethodology*, New York, Basic Books, 1967 ; COENEN-HUTHER (Jacques), *Observation participante et théorie sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995 ; EMERSON (Robert M.), FRETZ (Rachel I.) et SHAW (Linda L.), « Participant Observation and Fieldnotes », dans ATKINSON (P.), COFFEY (A.), DELAMONT (S.) et alii, *Handbook of Ethnography*, Londres, Sage, 2001, p. 352-368 ; DEWALT (Kathleen M.) et DEWALT (Billie R.), *Participant Observation : A Guide for Fieldworkers*, Plymouth, AltaMira Press, 2011 ; HAMMERSELY (Martyn) et ATKINSON (Paul), *Ethnography : Principles in Practices*, Londres et New York, Routledge, 2019 (1983).

Pour ce qui concerne les applications de l'ethnographie et les usages de la participation observante dans le cadre plus spécifique de la recherche qualitative en santé, nous renvoyons à : CARDANO (Mario), « La ricerca etnografica », dans RICOLFI (L.), *La ricerca qualitativa*, Rome, Carrocci, 1997, p. 45-92 ; BLOOR (Michael), « The Ethnography of Health and Medicine », dans ATKINSON (P.), COFFEY (A.), DELAMONT (S.) et alii, *Handbook of Ethnography*, Londres, Sage, 2001, p. 177-187 ; FOLEY (Rose-Anna), « L'Observation », dans KIVITS (K.), BALARD (F.), FOURNIER (C.) et WINANCE (M.), *Les Recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin, 2016, p. 117-132 ; GHIROTTI (Luca), « Etnografia », dans SASSO (L.), BAGNASCO (A.) et GHIROTTI (L.), *La ricerca qualitativa : Una risorsa per i professionisti della salute*, Milan, Edra, 2016 (2015), p. 99-119 ; BRUNI (Attila), « Il metodo etnografico », dans MORTARI (L.) et ZANNINI (L.), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Milan, Raffaello Cortina, 2017, p. 123-154.

²⁹² Sur cette notion, voir le panorama de : BASTIEN (Soulé), « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches Qualitatives*, vol. 27, 2008, p. 127-140.

²⁹³ Voir : TEDLOCK (Barbara), « From Participant Observation to the Observation of Participation : The Emergence of Narrative Ethnography », *Journal of Anthropological Research*, vol. 47, 1991, p. 59-94 ; TEDLOCK (Barbara), « The Observation of Participation and the Emergence of Public Ethnography », dans DENZIN (N. K.) et LINCOLN (Y. S.), *The Sage Handbook of Qualitative Research : Third Edition*, Thousand Oaks, Sage, 2005 p. 467-481.

fonction de l'observation participante, étant donné que la construction des dispositifs, la proposition des narrations et les remarques de lecture attentive prévoient déjà une participation observante. Pourtant, ce type de posture devient visible surtout lors des ateliers de co-animation.

Pour donner quelques précisions numériques, nous pouvons dire que, lors des ateliers de créativité du CHIC, nous avons répondu en tant qu'ALHO à 23 consignes d'écriture sur 85 au total, à l'occasion de 15 séances sur 28 (un peu plus de la moitié). Même si nous connaissions les consignes à l'avance, nous n'avions rien préparé. Nous avons toujours écrit avec les autres participant(e)s, sous l'influence des échanges qui avaient eu lieu au sein du groupe jusqu'à ce moment.

En relisant nos textes, nous nous sommes rendu compte qu'il est possible de les ranger en trois catégories fondamentales : les récits de la santé, les effets du miroir et les libérations de la parole, qui se rattachent respectivement des éléments du contexte et de la sémantique, de l'inter-subjectivité et de la relation, de la subjectivité et de la créativité. Nous allons les définir ci-après, sans manquer de donner quelques exemples.

Pour ce qui concerne les récits de la santé, nous nous référons à des narrations, fictionnelles ou autobiographiques, qui touchent directement et ouvertement les contenus liés d'une manière spécifique aux systèmes et aux milieux de soins, où l'on peut mener une expérience de formation à la médecine narrative comme celle du Chic. Nous pensons aux sujets de la maladie, la médecine et la santé, qui déterminent déjà, d'ailleurs, le centre thématique autour duquel s'organise le choix des narrations à proposer pour la lecture attentive pendant les ateliers de base.

Voilà, par exemple, l'histoire, que nous avons dû et voulu inventer pour répondre à la consigne : « Racontez une première visite à domicile ».

Je n'oublierai jamais la première visite médicale à domicile que j'ai faite. Je n'avais que vingt-six ans. Je venais d'ouvrir mon cabinet de médecin généraliste. C'était un dimanche. Le dimanche de Pâques.

J'étais à la table, quand j'ai reçu un appel.

– C'est Madame M., – elle m'a dit. – L'une de vos patientes.

Je ne l'avais jamais vue. Je ne connaissais même pas son nom. Elle m'a expliqué qu'elle n'avait pas réussi à venir me voir dans mon cabinet parce qu'elle avait des problèmes à bouger.

Ensuite, tout d'un coup, elle a crié :

- Je me meurs !
- Calmez-vous, Madame, - ai-je cherché à lui dire.

Mais elle a rebondi :

- Je m'étouffe. Venez me voir, monsieur le Docteur, s'il vous plaît, venez me voir.
- Avez-vous appelé le 15 ? - ai-je lui demandé.
- Je vais mourir, Docteur.

Je pensais à une crise d'angoisse. Mais si elle était vraiment en train de mourir ? J'étais tellement jeune. Cela pourrait détruire ma carrière. Non, je devais partir. J'ai laissé le gigot et les légumes dans mon assiette, j'ai quitté ma famille, et je suis parti.

Quand je suis arrivé, j'ai tapé à la porte.

- C'est qui ? - m'a demandé une voix, presque convulsive, de l'autre côté de la porte.
- C'est le Docteur.
- Le Docteur ?
- Monsieur Delorenzo.
- Qui m'assure que vous êtes Monsieur Delorenzo ? Je ne vous ai jamais vu.
- Madame, ouvrez cette porte, s'il vous plaît.
- Vous pourriez être quelqu'un d'autre.
- Alors vous n'êtes pas en train de mourir.
- Mais si, si, - et elle a ouvert la porte, très lentement.

Les ténèbres, voilà la première chose que j'ai vue. Je n'avais pas remarqué, jusqu'à ce moment, que les volets étaient baissés. Dehors, c'était midi. Dedans, c'était minuit.

- Entrez, - m'a dit-elle.

Et je suis entré dans le noir.

Bien évidemment, nous n'allons pas commenter notre écrit. Nous nous bornons à remarquer que cet exercice d'imagination et de fiction nous a permis d'aborder un point de vue étranger à notre vécu : cela nous a aidé à mieux être à l'écoute, par procuration, des narrations construites par les autres membres du groupe, qui faisaient allusion à des événements autobiographiques.

Pour ce qui concerne les effets du miroir, nous nous référons aux textes qui apportent un regard réflexif ou autoréflexif sur les groupes et dans les groupes, en mettant en lumière l'aspect de l'intersubjectivité et en faisant même allusion parfois, d'une façon métadiscursive, à l'expérience de médecine narrative.

Par exemple, nous avons construit ce discours direct, sous la forme d'un monologue qui ouvre au dialogue, à la lumière, ou à l'ombre, du *Double portait* (1502) de Giorgione dans le but de répondre à une consigne qui nous demandait de raconter la relation entre les deux protagonistes du tableau. Nous avons cueilli cette occasion pour fournir deux regards différents sur l'idée même de relation :

- Notre relation. Nous devons raconter notre relation. C'est quoi, notre relation ? C'est quoi, ce qui nous lie ? Nous sommes liés par l'espace. Nous nous trouvons dans le même endroit. Nous sommes liés par le sang, aussi. Non, cela ne signifie pas que nous sommes issus de la même famille. Mais, pour tous les deux, le sang circule dans les veines. Nous avons un cœur qui bat, et qui distribue ce sang à l'intérieur de nos corps. D'ailleurs, s'il est vrai qu'Adam et Ève sont nos aïeux, cela signifie que nous sommes des frères, n'est-ce pas ? Des frères et des sœurs. Nous sommes des hommes et des femmes. Est-ce que ces définitions vont vraiment définir notre relation à nous et à nous-mêmes ? Peut-être sommes-nous des cousins et des cousines de premier, de deuxième, de troisième, de millième degré ? Sommes-nous des amis, des collègues ? Ce sont les mots qui disent ça, ou bien qui cherchent à le dire. Ce que nous, nous pouvons dire, la seule chose que nous, nous pouvons dire, c'est que nous sommes en relation, oui, et que nous ne pouvons pas ne pas être en relation, et c'est notre relation qui l'emporte sur tous, même sur nous...

- Mais qu'est-ce que tu racontes ! Nous sommes deux personnages d'un tableau, ce n'est que ça, notre relation !

Dans un autre cas, une co-animatrice a proposé, après l'observation du portrait photographique de Julie Stouvenel par Sarah Moon, de lire avec attention un passage tiré du livre *Hors de moi* de Claire Marin. Plus en particulier, nous avons pris en considération les pages où la narratrice raconte le début de ses symptômes, en faisant allusion à trois consultations avec des médecins qui « évoqueront le diagnostic d'une

maladie auto-immune » ²⁹⁴. Pour répondre à la consigne (« Vous recevez cette patiente »), nous avons remplacé la figure de la narratrice avec celle de l'auteure, en imaginant de répondre à son appel téléphonique :

Bonjour, Mademoiselle.

Non, je regrette, ce n'est pas le service de neurologie.

Et non, je ne suis pas le docteur Dupont.

C'est le Chic, bien sûr.

Peut-être est-ce le standard qui vous a mis en communication avec la mauvaise personne ? Je m'appelle Christian Delorenzo, et je m'occupe de la médecine narrative.

C'est quoi la médecine narrative ?

C'est une façon de lire et d'écrire autrement à l'hôpital.

Ça vous intéresse.

Oui, bien sûr, je peux vous expliquer comment ça fonctionne concrètement. Nous lisons des textes ensemble. Nous y réfléchissons ensemble. Nous écrivons ensemble. Nous lisons à haute voix nos textes ensemble.

Avec qui ? Mais avec les professionnels de l'hôpital.

Tous les professionnels, oui. Ou bien, les professionnels qui veulent les faire.

Non, les patients ne sont pas là.

Ça vous intéresserait pourtant ? Vous êtes écrivaine ?

Claire Marin ? Ah, oui. Je vous connais ! J'ai lu *La maladie, catastrophe intime*. J'ai adoré.

Mais vous pourriez participer comme littéraire. Comme co-animatrice littéraire.

Qu'est-ce que vous en pensez ?

Ce texte nous a permis non seulement de refocaliser notre attention et celle du groupe sur le dispositif de l'atelier, mais aussi d'annoncer, d'une manière créative, la phase de la reprise et de la diffusion qui a lieu, comme nous le dirons dans les conclusions, après les ateliers de co-animation, avec un mécanisme récursif, génératif et transférable à la fois.

²⁹⁴ MARIN (Claire), *Hors de moi*, Paris, Allia, p. 26.

Pour ce qui concerne les libérations de la parole, nous nous référons aux textes qui construisent, renforcent ou élargissent l'espace de la créativité et l'horizon de la narration, à partir d'une subjectivité qui garde, en tout cas, le lien avec les autres et avec le contexte dans lequel elle est en train de s'exprimer.

Nous fournissons, de ce point de vue, un dernier exemple en reproduisant un texte que nous avons composé autour du sujet de l'espérance, comme la consigne de la co-animatrice nous le demandait, après la lecture attentive d'un poème d'Andrée Chedid qui a justement pour titre ce mot. Voilà ce que nous avons écrit :

L'espérance

Si ça danse

C'est bien dense

Oui, parfois

Ça aboie

Comme un chien de sa voix

Mais sa voie ?

Ça se voit

Et se voit pas

Ça se vit

Ça sévit

Mais ça s'évite

Jamais

Ça se pense

Ça nous panse

Ça me pense ?

Ça dépend

Oui

L'espérance

Oui ou non ?

C'est un mot amorcé

Morcelé

Mis à mort

Mais en tout cas

Malgré tout

Vit toujours

L'espérance

L'espérance

L'espérance

En reproduisant ces textes – qui ont, en partie, une valeur personnelle et testimoniale –, nous sommes confrontés à une difficulté, que nous pouvons considérer d'une façon double.

D'une part, elle reflète probablement la difficulté de dévoiler des aspects subjectifs face à une collectivité ou à un groupe en milieu professionnel. C'est ce qui peut se passer dans un atelier de médecine narrative à l'hôpital, surtout au début d'un parcours. Pourtant, nous avons la possibilité éthique d'utiliser cette difficulté pour imaginer des vécus possibles, pour mettre notre subjectivité à disposition d'autrui et pour construire des dispositifs qui aident à contenir cette même sensation, aussi au sens de lui donner un contenu. Comment peut-on favoriser la créativité, l'expression et la parole sans être conscient de l'effort qu'elles comportent ?

De l'autre côté, cette difficulté se rattache aux règles, plus ou moins écrites, d'une thèse de doctorat classique et traditionnelle, qui pousse et invite à une prise de distance par rapport à l'objet considéré. Au contraire, une attitude et une posture de participation observante demandent, en premier lieu, de participer activement à ce que l'on observe. La narration représente un instrument de passage fondamental entre l'expérience vécue et l'élaboration conceptuelle, qui reste pourtant proche de ce que l'on fait.

Cela pourrait être l'une de nos limites. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que, dans le projet du CHIC, nous avons agi à trois niveaux : celui de l'organisation, celui de

la pédagogie, et celui de la recherche appliquée. Nous ne sommes pas de sociologues des sciences comme Bruno Latour et Steve Woolgar qui construisent un laboratoire d'observation extérieur au laboratoire observé, pour montrer et démontrer que le laboratoire est le résultat d'un système de croyances et d'une pratique culturelle (dont rien ne serait exclu)²⁹⁵.

Il nous est donc difficile, sinon impossible, d'embrasser un concept tel que celui de la bonne distance. Nous préférons nous donner l'objectif d'une juste proximité par rapport aux événements vécus et décrits. C'est la direction de cette thèse, qui ne peut que s'inscrire dans une vision de la médecine narrative, mais plus en général des sciences humaines et sociales, semblable à celle d'Arthur Frank, selon lequel le concept de témoignage est central pour l'observation et pour l'observateur, aussi d'un point de vue académique et professionnel²⁹⁶.

C'est pourquoi nous répétons, à maintes reprises, que notre modèle et nos dispositifs ne veulent pas avoir un caractère prescriptif, mais descriptif et performatif à la fois : ils restent à être réappliqués, corrigés et précisés, comme nous ne manquerons pas de le répéter dans les conclusions. Nous sommes conscients qu'il s'agit d'une première expérience, et que la majorité du temps a dû être consacrée à la construction, la mise en œuvre et la pratique des ateliers.

En outre, nous rappelons que nous n'observons pas un ouvrage stratifié par les siècles et par les interprétations critiques, qui nous permettent de le considérer comme un objet plus ou moins extérieur à nous (même si l'on pourrait se poser beaucoup de questions sur l'implication qu'un *sujet* de recherche demande et produit dans un *sujet* qui mène la recherche). Nous cherchons, plutôt, à construire une première élaboration discursive, qui se donne l'objectif, comme venons de le dire plus haut, de garder la juste proximité par rapport aux pratiques exposées, racontées et élaborées.

La narration nous enseigne, pragmatiquement, que le point de vue participe à la construction de ce que l'on observe. Et si l'observation à la troisième personne, ou

²⁹⁵ LATOUR (Bruno) et WOOLGAR (Steve), *La Vie de laboratoire : La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 1988 (1979).

²⁹⁶ Voir : FRANK (Arthur), *The Wounded Storyteller*, *op. cit.*, p. 19.

même à l'impersonnel, est encore dominante, les pratiques à la première et la deuxième personne se diffusent de plus en plus, en contribuant à élargir non seulement nos capacités créatives et expressives, mais aussi nos possibilités d'élaboration.

D'ailleurs, dans cette sous-section, la réflexion presque autoethnographique sur nos textes nous a aidé non seulement à préciser davantage l'aspect de la participation observante dans la co-animation des groupes. Elle nous a également permis – tout en respectant la règle maîtresse de la confidentialité – de commencer à élaborer trois catégories narratives (les récits de santé, les effets du miroir, les libérations de la parole), qui peuvent être utilisées comme des instruments d'analyse et de lecture des textes que les participant(e)s écrivent lors d'un atelier de médecine narrative.

Cela ne signifie pas que nos trois catégories sont capables de définir tout ce que les membres d'un groupe écrivent : nous n'avons pas l'ambition de réduire la complexité du monde aux simplifications du langage. Nous essayons plutôt de mettre à disposition notre expérience en construisant et en élaborant des dispositifs qui peuvent être transférés et adaptés ailleurs, dans le but de favoriser la diffusion de la médecine narrative dans les milieux de soins, qui reste l'objectif majeur, d'un point de vue théorique et pragmatique à la fois, de cette thèse de doctorat.

Conclusion

Avec ce chapitre, dans lequel nous avons exposé les principes des ateliers de co-animation ainsi que le dispositif emblématique du distanciel, pour donner enfin quelques exemples des séances en visioconférence et de participation observante, nous terminons la description et l'élaboration de notre modèle de formation en trois phases à la médecine narrative en milieu hospitalier.

Pourtant, pour une question de cohérence disciplinaire et expérientielle, nous avons utilisé l'espace et l'instrument de l'atelier aussi pour construire la phase de la recherche, en élaborant un autre dispositif qui nous a permis de conduire une

première évaluation sur les effets, les bénéfices et les limites de notre expérience, comme nous allons le montrer dans le chapitre suivant.

Chapitre 5

Les ateliers de recherche

Comme nous l'avons anticipé à la fin du chapitre précédent, nous avons utilisé le dispositif de l'atelier pour commencer à évaluer l'impact de la formation à travers des *focus groups* qui se sont inscrits au sein du parcours, avec l'objectif secondaire de continuer à approfondir et favoriser la co-construction narrative de l'expérience.

Les ateliers de recherche du CHIC ont eu lieu à trois reprises par groupe, exactement à la fin de chaque « phase » de l'expérience formative (c'est-à-dire après les ateliers de base, après les ateliers de créativité et après les ateliers de co-animation), et donc dans la continuité avec le parcours pédagogique et le processus narratif. Nous avons continué à garantir notre présence, en assurant une fonction d'observation et de facilitation, si nécessaire. Le groupe a joué un rôle semblable à celui de l'interviewer dans le cadre de la *Narrative Inquiry*, en stimulant les échanges pour élargir le récit de l'expérience ainsi que la réflexion. Nous nous inspirons de cette approche²⁹⁷ aussi pour ce qui concerne l'analyse des témoignages, qui ne se bornera

²⁹⁷ D'un pont de vue méthodologique, voir, en particulier : RIESSMAN (Catherine Kohler), *Narrative Analysis*, Londres, Sage, 1993 ; RIESSMAN (Catherine Kohler), *Narrative Methods for the Human Sciences*, Londres, Sage, 1998 ; CLANDININ (D. Jean) et CONNELLY (F. Michael), *Narrative Inquiry : Experience and Story in Qualitative Research*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000 ; FRASER (Heather), « Doing Narrative Research : Analysing Personal Stories Line by Line », *Qualitative Social Work*, vol. 3, n° 2, 2004, p. 179-201 ; BLEAKLEY (Alan), « Stories as Data, Data as Stories: Making Sense of Narrative Inquiry in Clinical

pas à prendre en compte les contenus et les aspects sémantiques, mais qui abordera également les éléments formels (comme dans l'activité de la lecture attentive).

Dans les trois ateliers de recherche, nous avons posé la même question, qui remplissait également la fonction de consigne d'écriture : « Racontez votre propre expérience de la médecine narrative dans ce groupe jusqu'à aujourd'hui » (en 15 minutes). Nous avons choisi cette formulation parce qu'elle inscrivait la dimension individuelle (« votre propre ») dans le cadre du récit (« racontez »), de « l'expérience », de l'articulation collective (« dans ce groupe ») et de la temporalité (« jusqu'à aujourd'hui »). Toutefois, la structure précise de chaque atelier a été différente.

Comme anticipé, lors de la première séance consacrée à la recherche, nous avons relu le texte de l'atelier d'introduction (*La Gorge en acier* de Mikhaïl Boulgakov) et nous avons posé la même question de lecture attentive (« Qu'est-ce que vous voyez dans ce texte ? »), dans le but comparer les réponses à 6 mois de distance, comme indiqué par Rita Charon. Ensuite, nous avons donné la consigne d'écriture et invité au partage. À cette occasion, nous avons enregistré les échanges.

Le deuxième atelier de recherche a pris une forme mixte : pour apporter plus des précisions théoriques, comme demandé et souhaité par les participant(e)s, nous avons présenté les trois articulations conceptuelles fondamentales de la médecine narrative, c'est-à-dire les quatre dissensions, les cinq caractères narratifs et la triade pratique, dont nous avons déjà parlé dans l'introduction et dans le chapitre 1. Nous avons laissé les quinze dernières minutes à disposition du groupe pour répondre à la question de recherche, sans prévoir aucun partage et sans enregistrer les échanges. Il faut savoir que dans deux cas les groupes n'ont pas eu le temps de répondre lors de la séance. Ainsi avons-nous demandé d'envoyer les textes par courriel, et seulement une

Education », *Medical Education*, vol. 39, 2005, p. 534-540 ; CLANDININ (D. Jean) et CONNELLY (F. Michael), « *Narrative Inquiry* », dans GREEN (J. L.), CAMILLI (G.) et ELMORE (P. B.), *Handbook of Complementary Methods in Education Research*, Washington, Lawrence Erlbaum Associates, 2006, p. 477-487 ; KELLY (Teresa) et HOWIE (Linsey), « Working with Stories in Nursing Research : Procedures Used in Narrative Analysis », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 136-144 ; ZANNINI (Lucia), « La Narrative Inquiry », dans MORTARI (L.) et ZANNINI (L.), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Milan, Raffaello Cortina, 2017, p. 155-188.

moitié des participant(e)s a pu remplir cette tâche. D'ailleurs, nous étions désormais en février 2020, au début de la pandémie en France.

Pour ce qui concerne le troisième atelier de recherche, nous avons posé tout simplement la question : « Racontez votre propre expérience de la Médecine Narrative dans ce groupe », sans « aujourd'hui », parce que nous étions arrivés à la fin du parcours. Nous avons consacré le reste de l'atelier à l'écriture, au partage et aux échanges, qui ont été enregistrés. Tous les textes écrits par les participant(e)s à l'occasion des trois ateliers de recherche sont consultables en annexe (Annexe 3 et 4), comme nous l'avons dit à la fin de l'introduction. Pour nous inscrire pleinement dans le cadre d'une recherche véritablement narrative et dialogique, telle qu'elle a été définie par Arthur Frank²⁹⁸, il nous paraît nécessaire de donner voix aux professionnel(le)s qui ont co-construit cette expérience avec nous.

Or, nous nous sommes toujours exprimés à la première personne du pluriel, et nous continuerons à le faire jusqu'à la fin, comme la norme académique le demande. Nous sommes conscients que nous avons déjà transgressé le cadre d'une thèse traditionnelle en utilisant largement l'instrument de la narration, ce qui est toutefois cohérent avec notre inscription disciplinaire. Il nous semblait donc acceptable, possible et souhaitable de renoncer à la première personne du singulier. Pourtant, nous savons bien que l'usage de la première personne du pluriel se veut surtout rhétorique. Or, l'on pourrait répliquer que dans un discours tout est rhétorique, et que l'on construit le « moi » exactement comme l'on construit le « nous », pour ce qui concerne l'exercice linguistique en soi. Cela est vrai, au moins en partie, et au CHIC nous avons même organisé une séance autour du narrateur à la première personne du pluriel, à la lumière, ou à l'ombre, de l'incipit très célèbre de *Madame Bovary* par Gustave Flaubert (« Nous étions à l'Étude »²⁹⁹), afin de préparer l'atelier inter-groupal

²⁹⁸ Voir, en particulier : FRANK (Arthur W.), *The Renewal of Generosity : Illness, Medicine, and How To Live*, Chicago, The Chicago University Press, 2004 ; FRANK (Arthur W.), « What Is Dialogical Research, and Why Should We Do It ? », *Qualitative Health Research*, vol. 15, 2005, p. 964-974 ; FRANK (Arthur W.), *Letting Stories Breathe : A Socio-Narratology*, Chicago, The Chicago University Press, 2010 ; FRANK (Arthur W.) et SOLBRÆKKE (Kari Nyheim), « Becoming a Cancer Survivor: An Experiment in Dialogical Health Research », *Health*, 2021, p. 1-16.

²⁹⁹ FLAUBERT (Gustave), *Madame Bovary*, Paris, Gallimard, 2001, p. 47.

dont nous parlerons dans la section suivante. Pourtant, à un niveau pragmatique et performatif, nous savons que les mots nous permettent de faire des choses. Et d'un point de vue éthique il nous semble nécessaire de souligner que « notre » point de vue, très précis et très particulier, mais aussi limité, ne peut pas inclure la pluralité et la complexité des regards que les participant(e)s portent, et ont portés, sur cette expérience à la fois individuelle et collective.

Or, pour se faire une idée de la richesse des voix impliquées, nous invitons à lire les écrits des participant(e)s *avant* notre analyse³⁰⁰, qui les intégrera, quand nécessaire, avec les transcriptions des enregistrements, afin de comprendre les effets ainsi que les limites de notre expérience par rapport aux élaborations conceptuelles fondamentales de l'attention, de la représentation et de l'affiliation.

Avant tout, nous devons fournir quelques informations plus précises sur le contexte du CHIC, à partir de sa temporalité précise, pour donner une première idée de l'impact institutionnel de notre projet de formation.

5.1 Autour de la participation

5.1.1 *Un calendrier.*

Comme nous l'avons anticipé à la fin du chapitre 1, nous avons commencé à travailler en tant qu'ALHO au CHIC en septembre 2018. En octobre 2018, nous avons

³⁰⁰ Dans l'annexe 3, nous reproduisons les deux réponses de lecture attentive à partir du texte de Mikhaïl Boulgakov. Nous attribuons un numéro progressif à chaque auteur(e), sans distinction de groupe. Nous utilisons les lettres A e B pour nous référer aux deux textes écrits à 6 mois de distance, respectivement en janvier 2019 et en juin 2019.

Dans l'annexe 4, nous reproduisons les récits expérientiels. Dans cette partie de notre thèse, nous utilisons les lettres A, B, C, D et E pour nous référer aux groupes. Avec le premier chiffre, nous indiquons l'auteur(e). Avec le deuxième, le numéro de la séance (1, 2, ou 3). Dans un seul cas, nous avons utilisé un troisième numéro, parce qu'une participant(e) a remis deux écrits à l'occasion du deuxième atelier de recherche. Nous allons ranger les textes par groupes et par auteur(e)s en suivant l'ordre des ateliers.

lancé l'appel à participation pour les ateliers de médecine narrative : nous avons prévu d'activer 5 groupes, c'est-à-dire 1 groupe par jour pendant la même « semaine de la médecine narrative », qui aurait lieu une fois par mois à partir de janvier 2019. Les groupes étaient censés se retrouver de 13h à 15h : la direction des paramédicaux a indiqué que ce créneau était le plus adapté pour favoriser la participation. 40 places étaient disponibles. La participation était libre et volontaire. Avant la fin de décembre 2018, toutes les places étaient prises.

Les 30 ateliers de base (6 par groupe) ont eu lieu de janvier à juin 2019. Pendant cette première partie de l'expérience, nous avons veillé, en tant qu'ALHO, à la construction des ateliers, en proposant les textes pour la lecture attentive et les consignes d'écriture, qui étaient les mêmes pour tous les groupes. Afin d'avoir le temps de corriger nos propositions, nous les avons envoyées par courriel, au moins une semaine avant le début des séances, à Rita Charon pour sa supervision, ainsi qu'à l'équipe des co-animateurs et des co-animatrices, avec lequel(le)s nous avons ensuite pourvu la facilitation des rencontres. Le premier atelier de recherche (5 séances au total, 1 par groupe) a eu lieu en juin 2019, à la fin de cette première phase. Les résultats encourageants et les retours des soignant(e)s ont convaincu l'hôpital à poursuivre le projet. Les 20 ateliers de créativité (4 par groupe) ont eu lieu de septembre à décembre 2019. Le deuxième atelier de recherche (et de théorie, 5 séances au total, 1 par groupe) a eu lieu en janvier 2020. Les ateliers de co-animation devaient commencer en février et terminer en juin 2020. Les derniers ateliers de recherche étaient prévus en juillet 2020. Pourtant, à cause de la pandémie, nous avons dû mener les ateliers en distanciel à partir de ce moment. Nous en avons animé 32 ateliers au total. Avec la temporalité qui convenait à chaque groupe, nous avons pu faire 28 ateliers de co-animation en visio-conférence. Nous avons terminé les ateliers de recherche (5 séances au total, 1 par groupe) avec presque un an de retard par rapport à la temporalité que nous avons définie au début, ce qui a impacté sur l'écriture de cette thèse. Les groupes ont pu se retrouver physiquement, se mélanger et s'ouvrir pour la première fois aux autres professionnel(le)s de l'hôpital le 10 septembre 2021, pour une « Après-midi de la médecine narrative », avec un atelier inter-groupe et un moment de témoignage. Nous avons préparé cette rencontre en distanciel, en utilisant toujours le dispositif de l'atelier avec chaque groupe, pour un total de 5 séances.

Cela signifie que, de janvier 2019 à septembre 2021, nous avons animé 131 ateliers de médecine narrative au CHIC. Chaque groupe a pu profiter de 27 ateliers (dont 1 commun et inter-groupe), c'est-à-dire 54 heures de formation. En faisant référence à l'état de l'art que nous avons dressé dans le chapitre 1, nous rappelons que le nombre maximal de rencontres dans le même milieu professionnel s'élève à 36 séances de 60 minutes, dans le cadre la formation décrite par Gowda, Curran, Khedagi *et alii*³⁰¹.

5.1.2 Sur la composition des groupes.

Comme nous le disions plus haut, 40 professionnel(le)s, dont 36 femmes (90 %) et 4 hommes (10 %), se sont engagé(e)s, sous une forme volontaire d'adhésion et de participation, pour les 7 premiers ateliers (6 de base et 1 de recherche) de janvier à juin 2019. Voilà les métiers concernés : 12 infirmier(e)s, 8 médecins (dont 1 interne), 7 cadres, 3 professionnel(le)s de l'administration, 3 aides-soignant(e)s, 2 psychologues, 1 aumônier, 1 musicienne, 1 assistante sociale, 1 secrétaire médicale et 1 sage-femme. Voilà les services et/ou les équipes d'appartenance : centre de lutte anti-tuberculose, chirurgie générale et urologie, équipe de liaison et de soins en addictologie, équipe mobile soins palliatifs, équipe mobile gériatrie, gynécologie et maternité, hépatogastro-entérologie, médecine judiciaire, oncologie, ORL, pédiatrie, pédopsychiatrie, pôle cancer, pneumologie, réanimation néonatale, unité autisme.

Pendant cette première phase, le taux de présence s'est élevé au 70% au total, et au 73% si l'on ne prend en considération que les soignant(e)s. Il faut en effet savoir que tou(te)s les 3 professionnel(le)s de l'administration ont abandonné l'expérience après avoir assisté à une seule séance. Cela pose évidemment un problème, qui a été mis en lumière par une soignante lors des ateliers de recherche : comment impliquer les professionnel(le)s non-soignant(e)s de l'hôpital dans le cadre d'une formation à la

³⁰¹ GOWDA (Deepthima), BALMER (Dorene), KHEDAGI (Apurva) *et alii*, « Year-Long Narrative Medicine Intervention to Improve Interprofessional Practice in Three Primary Care Practices », *op. cit.*

médecine narrative ? La réponse n'est pas du tout facile à donner, et elle soulève une question d'ordre institutionnel.

Il est difficile d'établir avec la même précision le taux de présence après les ateliers de base, étant donné que 5 professionnel(le)s ont quitté l'hôpital, 2 professionnel(le)s ont eu une grossesse, 1 professionnel(le) est partie à la retraite, 1 professionnelle a commencé l'école des cadres, 1 interne a terminé sa période au CHIC. Malgré ces désistements, et malgré la pandémie, un noyau dur de 20 professionnel(le)s du CHIC était encore là à la fin des ateliers de co-animation, après plus de deux ans, et tous les groupes ont survécu. En septembre 2021, nous avons ainsi mis à disposition 20 places pour de nouveaux et de nouvelles inscrit(e)s, qui ont intégré les groupes à la fin de novembre 2021. Nous expliciterons mieux ce caractère récursif et auto-génératif de notre modèle dans les conclusions.

Pourtant, avant de rentrer dans le vif de l'analyse des textes écrits par les participant(e)s, il nous reste encore un sujet à aborder.

5.1.3 *Dans le détail.*

Nous terminons cette section en fournissant quelques informations non seulement sur la participation aux ateliers de recherche mais aussi sur la reproduction des textes écrits par les professionnel(le)s. Ce sont des prémisses fondamentales pour la compréhension des analyses que nous allons mener dans les sections suivantes.

Pour ce qui concerne l'exercice de comparaison à partir de la lecture attentive des extraits tirés de *La Gorge en acier* par Mikhaïl Boulgakov, nous avons à notre disposition un *corpus* de 20 textes. En réalité, lors du premier atelier de recherche, 28 professionnel(le)s ont répondu à la question : « Qu'est-ce que vous voyez dans ce texte ? » 8 professionnel(le)s n'ont pas partagé leur version initiale soit à cause d'une absence lors de l'atelier de base soit à cause d'un oubli du cahier.

En outre, à l'occasion de l'atelier d'introduction, nous n'avions pas annoncé – et nous n'aurions pas pu le faire, vue la nature de l'exercice – que la réponse à la première consigne pourrait être utilisée pour la recherche. Ainsi n'avons-nous pas voulu solliciter davantage les professionnel(le)s qui n'avaient pas remis leurs écrits. C'est

pourquoi notre analyse ne portera que sur les 20 doubles textes que nous avons effectivement à notre disposition, et qui fournissent déjà beaucoup d'éléments d'analyse.

Pour ce qui concerne le récit de l'expérience, 73 textes ont été rédigés par 37 professionnel(le)s. 11 professionnel(le)s ont répondu à l'occasion des trois ateliers de recherche, 6 professionnel(le)s n'ont répondu qu'à l'occasion du premier et du deuxième atelier de recherche, 5 professionnel(le)s n'ont répondu qu'à l'occasion du premier et du troisième atelier de recherche, 2 professionnel(le)s n'ont répondu qu'à l'occasion du deuxième et du troisième atelier de recherche, 11 professionnel(le)s n'ont répondu qu'à l'occasion du premier atelier de recherche, 2 professionnel(le)s n'ont répondu qu'au deuxième atelier de recherche. Tout(e)s les participant(e)s ont donné leur accord pour la reproduction et l'analyse des textes sous une forme anonyme.

Pour une question de cohérence, nous n'incluons pas, dans ce *corpus*, les écrits des co-animatrices littéraires. Au contraire, nous allons bien prendre en considération les textes des co-animateurs médicaux et des co-animatrices médicales fixes pour deux raisons. D'un côté, le groupe de la co-animation médicale proprement dit n'avait fait qu'une très petite expérience de la médecine narrative avant le début des ateliers du CHIC. De l'autre côté, tout(te)s les participant(e)s, ainsi que les co-animateurs médicaux et les co-animatrices médicales, ont assuré, à tour de rôle, l'animation médico-littéraire pendant la troisième phase de notre expérience. Les deux groupes de la co-animation médicale fixe et de la participation professionnelle nous semblent, donc, suffisamment homogènes pour que leurs récits soient analysés ensemble.

5.2 De l'attention à la représentation

5.2.1 Plus de...

À la lecture ou à l'observation immédiate des textes rédigés par les participant(e)s lors du premier atelier de base et du premier atelier de recherche du CHIC, une différence quantitative saute aux yeux : les écrits à 6 mois de distance sont

généralement plus longs, voire beaucoup plus longs, bien que le temps à disposition pour répondre à la consigne soit le même.

Dans le tableau suivant, nous allons indiquer le nombre de caractères de chaque texte, espaces compris, pour favoriser une comparaison. Nous ajoutons le pourcentage entre parenthèse, pour signaler avec encore plus de précision la nature de l'augmentation ou de la réduction.

	Janvier 2019 (A)	Juin 2019 (B)
1	317	707 (+ 223%)
2	352	904 (+ 257%)
3	26	183 (+ 704%)
4	212	513 (+ 242%)
5	397	346 (- 13%)
6	409	704 (+ 172%)
7	379	708 (+ 187%)
8	187	629 (+ 336%)
9	179	363 (+ 203%)
10	624	914 (+ 146%)
11	330	516 (+ 156%)
12	254	532 (+ 209%)
13	195	439 (+ 225%)
14	185	609 (+ 329%)
15	207	502 (+ 243%)
16	365	691 (+ 189%)
17	295	504 (+ 171 %)
18	205	510 (+ 249%)
19	172	845 (+ 419%)
20	305	504 (+ 165%)
TOTAL	5595	11119 (+ 199%)

Seulement dans un cas il y a une réduction de caractères (du 13%). Pour le reste, l'augmentation est comprise entre le 165% et le 704%, avec une moyenne du 199%. En d'autres termes, à 6 mois de distance, les textes des participant(e)s sont devenus, généralement, deux fois plus longs.

On pourrait tirer trois conclusions en lien avec les trois mouvements de la triade pratique de la médecine narrative : primo, l'entraînement à la lecture attentive permettrait effectivement de porter plus d'attention à une narration ; secundo, l'habitude d'écrire solliciterait la représentation ; tertio, la confiance dans le groupe et la construction de l'affiliation participeraient à libérer la parole.

Il serait aussi possible de penser, tout simplement, que la deuxième lecture, malgré le passage du temps, favorise naturellement ces différences. Dans la sous-section suivante, nous chercherons à donner une réponse à ce doute, en prenant en considération les réactions et les échanges des participant(e)s dans les groupes.

5.2.2 *Un autre texte ?*

Bien que la différence quantitative soit frappante, seulement deux participant(e)s l'ont mise en lumière à l'occasion de la deuxième lecture du texte de Boulgakov (à la suite du partage de 4.B et de 18.B). Dans le premier cas, la remarque n'a pas été faite par la personne ayant répondu à la consigne, mais par une autre professionnelle qui a dit : « C'est beaucoup plus détaillé, la deuxième fois ». Dans le deuxième cas, c'est l'auteure qui a commenté : « Il y a beaucoup plus de détails dans le deuxième texte ». Deux participant(e)s (12 et 13) n'ont remarqué aucun changement, malgré l'augmentation du 209 % et 225 % dans leurs textes, probablement à cause de la ressemblance stylistique des réponses (surtout chez 13, qui a toujours utilisé le genre de la liste). Les autres ont mis en lumière des différences qualitatives, comme nous le verrons mieux dans la sous-section suivante. Pourtant, dans quatre groupes sur cinq, les participant(e)s ont soulevé le doute que nous avons donné des passages différents du texte de Boulgakov, dont le deuxième serait plus long et détaillé.

Voilà un exemple particulièrement significatif de discussion, qui résume toutes les autres :

- C'est dingue. Moi, quand je l'ai lu, j'ai dit : « Ah, ce n'est pas tout à fait le même ». Et alors, je ne saurais plus, maintenant que je l'ai lu, je ne sais plus à quel moment... Je ne me rappelais plus qu'il y avait un infirmier dans cette histoire. Je ne savais plus s'il

allait la sauver ou pas, je ne me rappelais plus. Ou plutôt, non, ce n'est pas ça. Quand il dit : « Elle va mourir », et tout ça. Je me suis dit : « Ah, ce n'est pas la même histoire ». Peut-être que je me rappelais qu'il la sauvait, mais là, il m'a tellement convaincue, avant de mourir, que je dis : « Ah, non, mais c'est une autre histoire, c'est une autre petite fille, mais qu'est-ce qu'elle rassemble à la première, mais c'est une autre histoire, elle va mourir, celle-là ». Et puis finalement elle ne meurt pas. Mais...

- Mais ce n'est pas écrit différemment que la première fois ? Moi aussi, je...
- Mais toi aussi, tu as eu cette idée...
- Oui, moi aussi, je ne me souvenais pas des mots « égorger ».
- Mais moi non plus. Ça, non plus. « Je vais l'égorger », pas du tout.
- Oui, il y a des choses.
- J'ai l'impression qu'il y a des passages...
- Il y a deux versions...
- Ce n'est pas une traduction différente ?
- Il y a des passages en plus sur le texte d'aujourd'hui.
- Moi aussi, j'ai l'impression. Vous aussi ?
- C'est la même chose.
- C'est la même chose ?
- C'est la même chose.
- Oh, là, là.
- Quand je l'écoutais, là, cette fois-ci, je me disais : « Ah, rappelle-toi, il l'a sauvée, il l'a sauvée ». On n'a pas d'inquiétude, on n'est pas angoissé comme la première fois.
- Je ne me rappelais plus qu'il y avait la grand-mère, derrière.
- La grand-mère, oui.
- J'ai oublié les personnages secondaires, on va dire : l'infirmier, la grand-mère...
- C'est la perception qui n'est pas la même, peut-être. Moi, j'ai l'impression aussi qu'il y avait plus de passages.
- Là ?
- Là.
- Moi aussi. Ça veut dire qu'on était plus ouvert, alors, à l'écoute ?
- On n'a pas écouté de la même façon, quoi.
- Plus de détails.
- Oui, j'ai l'impression qu'il y a plus de détails que la première fois.
- Oui, c'est ça. C'est ça.

- Moi aussi.
- Comme si le texte, c'était plus développé que la première fois. On dirait que la première fois, c'était un résumé.
- Oui, c'est ça. J'ai cru que l'ALHO nous avez fait une farce, et mit deux versions, et un truc comme ça.

Seulement une comparaison attentive avec la feuille imprimée et distribuée à l'occasion du premier atelier de base a convaincu ce groupe que non, l'ALHO n'avait fait aucune farce, et que oui, il s'agissait du même texte et de la même traduction. C'était l'attention du groupe qui avait augmentée sensiblement, jusqu'à rendre le texte de Boulgakov non-reconnaissable.

Nous en concluons que les participant(e)s ont attribué à la narration de départ une caractéristique qui appartenait à leurs écrits (et à leurs lectures). Et cela fournit également une réponse négative au doute que nous avons soulevé à la fin de la sous-section précédente : ce n'est pas la deuxième lecture en elle qui favorise un tel changement. C'est l'effet d'une formation à la médecine narrative.

5.2.3 *Des transmissions aux récits.*

Dans la sous-section précédente, nous avons anticipé que, pendant les échanges, les participant(e)s se sont focalisé(e)s sur les différences « qualitatives », c'est-à-dire formelles, stylistiques et linguistiques entre les deux textes écrits à 6 mois de distance, en réutilisant ainsi, d'une manière autoréflexive, l'instrument et les catégories de la lecture attentive. Plus précisément, lors de l'atelier d'introduction, 7 textes sur 20 (8.A, 9.A, 10.A, 13.A, 15.A, 19.A, 20.A) ont été écrits avec un « style télégraphique », pour citer la définition d'un professionnel(le). La structure décousue et la syntaxe déstructurée, qui s'accompagnent parfois des tirets, ont pu être rapprochées, à l'occasion du premier atelier de recherche, aux transmissions infirmières, aux notes ou au genre de la liste.

Une professionnelle a parlé ainsi de ses deux textes (10.A et B) avec une collègue :

- Là, c'est rédigé. C'est... il y a des idées. Il y en a beaucoup moins d'idées, mais beaucoup plus...
- Pertinentes.
- Pertinentes, voilà. C'est plus...
- Plus fine.
- Ah, oui, parce que... là, au début, c'est un peu un pot-pourri, plein de trucs. Il n'y a pas de phrases, au début.

Une autre a dit à l'égard de ses écrits (15.A et B) :

- La différence, c'est qu'il y a des phrases. Beaucoup des ratures... J'ai fait juste une rature.
- Et la première fois ?
- C'est une catastrophe.

Les différences peuvent également concerner l'attitude de lecture. Par exemple, une professionnelle a dit que, dans son deuxième texte (6.B), elle a voulu se focaliser « plus sur Boulgakov » :

Quasiment l'auteur, ce n'est même pas le médecin. D'ailleurs, c'est plus comment l'auteur, il arrive à faire passer des choses. Et pourquoi, est-ce que ça fait des choses comme ça ? Pourquoi ça nous attrape autant, quoi.

De ce même point de vue, une soignante a avoué, en parlant de son écrit (11.B) :

- J'ai regardé un peu la trame et le temps, mais je ne l'ai pas dit. Voilà, j'ai regardé le côté littéraire, quoi. C'est quand même un peu plus abouti.

Une autre professionnelle a comparé ses deux textes (14.A et 14.B) en disant :

- J'étais restée vraiment très synthétique sur la description de l'histoire, quoi, la première fois, voilà... Juste raconter très synthétiquement, et là, oui, je me rends

compte que j'ai plus vu la forme du texte, le découpage des phrases, des descriptions, des dialogues, voilà. Le rythme du texte.

Bref, « un côté technique » avait apparu, pour reprendre les mots utilisés par une participante dans son commentaire à l'écrit (17.B) d'une collègue.

Pour mettre à l'épreuve ces perceptions, nous avons voulu mener une petite enquête quantitative et lexicale sur le vocabulaire de la littérature, de la narration, de l'écriture, de la lecture attentive et de la médecine narrative dans les textes produits à 6 mois de distance. Nous avons découvert que, lors du premier atelier de base, les participant(e)s ont utilisé 12 lemmes qui appartiennent à ces champs lexicaux, et un total de 18 occurrences, c'est-à-dire, par ordre alphabétique : auteur (1), description (2), discours (1), drame (1), expression (1), exprimer (1), happy end (1), lecture (2), personnage (1), poésie (1), scène (1), texte (5). En revanche, à l'occasion du premier atelier de base, les participant(e)s ont utilisé 46 lemmes pour un total de 124 occurrences, c'est-à-dire : auteur (8), accumulation (1), chronologique (1), contexte (1), décrire (13), descriptif (3), description (9), dialogue (1), dichotomie (1), dilemme (1), discours (2), dossier parallèle (1), écrire (1), écrit (2), écriture (1), épisode (2), exprimer (2), forme (2), happy end (1), histoire (2), journal (1), lecteur (1), lecture (7), littéraire (1), métaphore (1), narrateur (6), narratif (1), narration (1), passage (1), personnage (4), phrase (1), poésie (1), point de vue (1), première personne (2), présent (1), protagoniste (2), raconter (5), récit (3), relire (1), rythme (1), rythmé (2), scène (5), suspens (1), terme (1), texte (16), titre (2).

Si l'élément quantitatif est en rapport avec le développement des capacités d'attention, tous ces changements qualitatifs se rattachent plutôt à l'aspect de la représentation, en confirmant le lien profond qui existe entre ces deux mouvements de la triade pratique, comme Rita Charon le souligne bien dans les passages que nous avons cités au début de cette thèse.

D'ailleurs, les commentaires des participant(e)s lors des ateliers consacrés à la recherche font émerger les effets profonds de la formation à la médecine narrative sur les capacités de représentation. Par exemple, voilà ce qu'une professionnelle dit, en général, sur l'écriture :

On pense ne pas pouvoir écrire... Et on arrive à ces séances très timides, au début. Et puis, en fait, on écrit, on y prend goût et on passe un cap. On arrive à écrire, en fait. On découvre des talents... des talents cachés, dans cette médecine narrative.

Une autre participante reconnaît, en faisant allusion à la parution d'un document pour un événement qu'elle a organisé à l'hôpital :

De toute façon, ça nous modèle, cette formation. Je vois habituellement... Là, je viens d'organiser un événement. Habituellement, j'aurais écrit une page de remerciements. J'en ai écrit quatre... Pour les remerciements. En faisant bien attention à tout décrire, à remercier tout le monde. Je me suis dit : « Wow. Habituellement, c'est juste une page ». Mais là, je rentre bien dans le détail en expliquant ce que chacun a fait, ce que chacun a apporté. Je me suis engagée personnellement, aussi, voilà... Je pense que ça vient de cette formation.

Enfin, une troisième soignante remarque ces changements profonds dans ses « transmissions » infirmières :

Avant, je me contentais de marquer juste ce qui se passait, quelques mots. Maintenant, je raconte un peu plus. C'est beaucoup plus compréhensible pour ceux qui arrivent après, aussi.

Avant, ça me paraissait évident. Mais voilà, en fait, si moi, je me relisais deux mois après, je ne savais pas dans quel contexte c'était. Là, je me mets un peu plus dans le contexte, et je fais des phrases beaucoup plus facilement. Je me suis remise à récrire des choses simples. Ne serait-ce que de mettre sujet et complément, c'est beaucoup plus compréhensible.

Il y a des petites choses que je ne retrouvais pas avant, où ça partait un peu dans tous les sens. Là, je vois des différences. Je ne suis pas une écrivaine, mais au moins, pour le nécessaire, je suis plus satisfaite de moi.

Les exemples pourraient se multiplier, et l'on en retrouve quelques-uns dans les témoignages écrits par les participant(e)s³⁰². Et c'est justement sur ces textes que nous

³⁰² Voir, par exemple : D.2.1, E.1.2.1, E.2.1 et E.2.2.

devons maintenant nous pencher, si nous voulons nous rapprocher du troisième mouvement de la triade pratique, qui manque encore à l'appel : celui de l'affiliation.

5.3 Pour arriver à l'affiliation

5.3.1 *Les formes de l'écriture.*

Avant d'aborder directement les questions liées à l'affiliation, nous commençons par une petite analyse, surtout à un niveau formel, des récits qui ont été produits par les participant(e)s lors des trois ateliers de recherche : une sorte de lecture attentive qui portera brièvement sur l'ensemble des textes, pour nos inscrire encore plus pleinement dans le cadre de la médecine narrative et de la *Narrative Inquiry*, et pour tirer d'autres conclusions sur les effets spécifiques de notre formation.

Nous rappelons qu'à l'occasion des trois ateliers de recherche 37 professionnel(le)s ont rédigé 73 textes au total. Dans cette sous-section, ainsi que dans les deux sous-sections suivantes, nous pourrions nous référer soit à un récit précis soit à l'ensemble des participant(e)s qui mentionnent un élément lexical ou sémantique que nous avons codé. Dans le premier cas, nous utiliserons la sigle alphanumérique qui précède le(s) texte(s) en question dans l'Annexe 4. Dans le deuxième cas, nous nous bornerons à indiquer entre parenthèse le pourcentage des participant(e)s qui ont répondu d'une certaine manière.

Pour ce qui concerne le genre, la plupart des textes (69 sur 73, dont 2 avec une ellipse finale) est rédigée sous la forme d'un récit autobiographique et autoréflexif. Dans un cas, le récit se termine par une sorte de poème sur quatre lignes (C.3.2), qui s'organise autour de la métaphore de la médecine narrative comme fil rouge entre la pratique quotidienne et la vie personnelle. Dans un deuxième cas (D.1.2), un acrostiche final a été construit à partir de toutes les lettres qui forment l'expression « médecine narrative » : il nous semble très intéressant de remarquer que, dans cette structuration à la fois lyrique et ludique – qui se fonde, bien évidemment, sur la répétition de chaque lettre, suivie par la conjonction « comme » – le mot « attention », qui est si

important dans notre cadre disciplinaire, est utilisé 2 fois. Dans un troisième cas (D.3.3), le poème figure dans le texte, avec 6 vers dont la structure syntaxique se fonde d'une manière régulière, ligne par ligne, sur l'anaphore du terme « adieu », qui est suivi par un substantif renvoyant toujours au lexique biomédical du *disease* (ou à celle que Mishler définirait « la voix de la médecine »), et sur la juxtaposition presque antithétique après la virgule de « bonjour », introduisant une sorte de traduction (selon celle que Mishler définirait « la voix du monde de la vie ».) Voilà, brièvement, les six couples lexicaux dont il est question : pathologie > étrangeté ; algies > douleur ; rémission > répit ; coordination > relations ; observation > regard ; dossier > poème (mot qui renvoie évidemment, à un niveau métalittéraire et autoréflexif, à cette portion du texte et à son genre).

Du point de vue de la voix, les auteur(e)s utilisent parfois de l'humour (par exemple, C.1.2 et D.8.1), qui arrive jusqu'à l'ironie et à l'antiphrase (B.2.3). En particulier, ce dernier texte a pu être écrit et partagé aussi parce que le groupe savait bien comment l'accueillir : cela témoigne de l'espace de liberté et d'expression qui se crée dans un groupe de médecine narrative. D'ailleurs, l'ironie se transforme dans une sorte d'autodérision bienveillante à la fin du récit, quand l'auteure dévoile qu'elle a demandé d'augmenter la fréquence des ateliers.

Trois autres écrits retiennent particulièrement notre attention à un niveau stylistique (C.6.1, C.8.2 et D.7.1). Dans le premier cas (C.6.1), la répétition des verbes à l'infinitif (nous en avons compté trente-quatre), au début, au milieu et à la fin de chaque phrase, cache presque le sujet, qui n'apparaît timidement qu'une fois (« pour moi »), avant de s'objectiver, deux lignes plus bas, à la troisième personne (« soi-même »). Dans le deuxième cas (C.8.2), le témoignage se construit entièrement autour de la métaphore majeure de la « chorégraphie », qui devient une sorte d'instrument imaginaire pour raconter et réorganiser l'expérience. Dans le troisième cas (D.7.1), l'élément de la musique, qui est mentionné explicitement en tant qu'outil de soin, se reflète dans le style, qui privilégie les répétitions sonores et les effets phoniques, avec un rythme large et ouvert, comme un *adagio* d'Albinoni.

Pour ce qui concerne les 4 textes qui n'appartiennent pas au genre du récit autobiographique et réflexif, on peut remarquer la présence de : 2 listes (B.1.1 et B.6.1) ; 1 lettre qui s'adresse aux autres membres du groupe (E.1.1) ; 1 page de journal (A.1.3,

avec la mention de la date en haut, que nous avons cachée en partie, comme les autres références temporelles, pour éviter l'identification).

Il faut reconnaître que le début d'un récit (E.4.1) rappelle, avec son anecdote initiale, le dossier parallèle, qui est mentionné explicitement à 7 reprises (A.3.2, A.8.2, B.3.2, C.1.2, C.1.3, C.3.1, E.2.1) par 6 professionnel(le)s différentes, pour un total de 14 occurrences.

Or, notre première analyse porte sur la forme des textes en fournissant un exemple de lecture attentive appliquée à la recherche. Elle pourrait être approfondie davantage. Pourtant, elle montre déjà que les professionnel(le)s ont choisi de réutiliser, dans leurs témoignages, tous les genres que nous avons abordés à l'occasion de notre formation à la médecine narrative : le récit à la première personne, la lettre, le journal, la poésie, le dossier parallèle, qui correspondent exactement aux cinq typologies fondamentales d'écriture autour desquelles les deux premières phases de notre modèle se sont organisées.

On pourrait penser que l'appropriation de ces « langages » se fait aussi en dehors du groupe, et qu'elle participe à l'amélioration de la qualité des soins, comme les deux témoignages d'une soignante (D.2.1 et D.2.2) le soulignent bien. Nous concluons cette partie en reprenant deux passages tirés de ces textes, pour les mettre en relief et indiquer un exemple lumineux d'application personnelle des instruments appris et pratiqués pendant la formation à la médecine narrative :

Quotidiennement, je suis plus attentive aux mots utilisés sur une lettre, un mail, pendant une discussion, un entretien, et aux mots et à la forme que j'utilise dans mes propres écrits professionnels.

À chaque situation dans laquelle je me sentais en difficulté, ou qui m'apportait une satisfaction professionnelle, je mettais par écrit quelques notes, parfois un texte, qui pouvait être partagé avec le groupe, soit gardé précieusement.

Au fil des ateliers, j'ai aussi développé le goût de la narration, d'essayer de surprendre, d'émouvoir, de faire rire, bref de transmettre des émotions aux autres membres du groupe grâce à mes textes.

Cela m'a fait réfléchir sur ma posture de soignant au quotidien, sur les relations que j'entretiens avec les patients, leurs familles, mais aussi avec mes collègues. Chaque

histoire de vie permet de comprendre les affects des patients et leur famille au moment où nous les prenons en charge et comment cela nous touche, ou pas, comment leur histoire fait écho à la nôtre, ou au contraire, pourquoi nous n'arrivons pas à avoir de l'empathie pour certains.

L'écriture, pendant ou en dehors des ateliers, est aussi devenue une sorte d'exutoire, pour me permettre d'exprimer ce qui m'était difficile de dire oralement.

En résumé, la médecine narrative est pour moi une expérience très positive, qui au quotidien me permet d'être plus en phase avec mes patients et leurs familles.

5.3.2 *Une métaphore majeure.*

Nous pouvons nous rapprocher finalement du mouvement de l'affiliation grâce à un autre élément de représentation, c'est-à-dire une métaphore qui a émergé dans tous les cinq groupes lors du troisième atelier de recherche, et qui restitue le sens général de l'expérience à un niveau individuel mais aussi intersubjectif : l'image de la « bulle ».

Dans quatre textes (A.8.3, B.7.3, D.1.3, E.1.3), et dans autant de groupes, les professionnel(le)s l'ont utilisée, d'une manière ponctuelle, pour se référer à l'espace et au temps protégés des ateliers, qui sont comme suspendus et qui permettent de se poser, en réfléchissant sur soi et sur sa propre pratique pendant deux heures avec régularité.

Dans un autre cas (C.1.1), la bulle est devenue un élément d'oxygénation, et donc quelque chose qui est presque nécessaire. Une professionnelle du même groupe (C) a dit, lors des échanges : « De 13h30 à 15h30, on oublie un peu le reste. C'est une petite bulle réconfortante ».

Enfin, une professionnel(le) a construit entièrement son troisième témoignage (A.1.3) autour de l'image de la bulle, qui est devenue ainsi une métaphore majeure. Après le partage, l'un de ses collègues a commenté de la sorte :

Moi, j'ai été très sensible à un mot que tu as employé... c'est le mot : bulle. Et j'ai trouvé ça très juste... ça a bien résonné... je trouve que c'est tout à fait pertinent, pour cet

espace qui se crée à l'hôpital mais en même temps un peu à côté. Et ça s'est prouvé, d'ailleurs, avec le fait qu'on fait durer nos ateliers également par visio... Cet espace autre est vraiment central.

De ce point de vue, on pourrait se poser une question sur la « temporalité » de la bulle. D'ailleurs, cette image a émergé puissamment, et d'une façon inter-groupale, à l'occasion des ateliers de recherche qui ont eu lieu *après* l'arrivée du Coronavirus. Cela pourrait suggérer que la formation à la médecine narrative en distanciel a représenté, pendant la pandémie, un espace protégé de socialité pour les soignant(e)s ainsi qu'une possibilité de résister ensemble, en groupe et dans un groupe. La médecine narrative comme une occasion de rencontre dans une société qui se sent profondément menacée, d'un point de vue sanitaire ? Peut-être. Et nous ne manquerons pas de parcourir cette piste dans nos recherches futures.

Pourtant, d'autres images et d'autres expressions avec une signification semblable ont été utilisées à l'occasion du premier et du deuxième atelier de recherche : les termes « moment » (21, 62 %), « parenthèse » (13,51 %) et « espace » (8,1 %) sont ceux qui reviennent le plus dans les textes écrits par les participant(e)s, qui mettent en lumière l'aspect transitionnel de l'atelier, entre dedans et dehors (comme dans le commentaire que nous venons de reproduire plus haut).

En outre, pendant les échanges, les professionnel(le)s ont parlé d' « un moment qui libère la tension qu'on a dans la journée et dans les services », d' « un moment dans le travail où on peut faire autre chose », d' « un moment vraiment très, très privilégié » et d' « une parenthèse, un moment pour voir et pour faire différemment de tout le reste ».

On trouve aussi, dans les textes, des élaborations plus imaginatives, comme celle de l'oasis (C.7.1) et de l'arc-en-ciel (C.8.2). Lors du premier atelier de recherche, une participante a même utilisé la métaphore du « morceau de chocolat » :

C'est comme je me mets un morceau de chocolat dans la bouche, et j'apprécie. C'est un truc, je sais que c'est bien. Je sais que ça me fait du bien. [...] Et là, même si au début on avait des craintes, après on sait qu'on va faire des choses qui vont être plaisantes. C'est le morceau de chocolat, ça ne trahit jamais. C'est toujours bon.

Or, l'espace de la médecine est représenté aussi comme quelque chose de sacré. Une participante, dont on a déjà mentionné le texte (E.1.3), a associé la bulle à un « sanctuaire de bienveillance », qui devrait grandir à l'intérieur de l'institution.

Voilà un autre commentaire au témoignage construit entièrement autour de la métaphore majeure de la bulle (A.1.3) :

C'est un pas de côté que nous permet l'atelier... À la fois c'est dans le cadre, dans l'institution... et cela nous sécurise, et nous permet de partir, de rêver et de réfléchir. Oui, c'est un peu le cadre dans le cadre. C'est un peu, pour reprendre l'idée du rituel, quand on va à la messe... une heure par semaine, c'est familial... cette métaphore... il y a une espèce de sacralité, et on peut être ouvert et aussi penser au sens des choses, à soi, à la mort, à la vie.

Il est très intéressant de remarquer que l'aspect de la ritualité a fait l'objet d'un véritable choix lexical dans un autre groupe. Après le partage d'un texte (B.1.3), où l'atelier était défini comme une « routine », une professionnelle a soulevé des doutes sur ce substantif, qui pouvait avoir, selon elle, une nuance négative. À la suite d'une petite discussion, nous avons invité le groupe à trouver un consensus autour d'un autre terme, qui mettrait d'accord tout le monde.

Le participant(e)s ont voulu commencer en prenant en considération les synonymes de « routine » et « routinier », à l'aide du seul dictionnaire que nous avons à disposition³⁰³. Voilà les mots mentionnés : « Expérience », « Habitude », « Ordinaire », « Tradition », « Casanier », « Coutumier », « Habituel », « Ordinaire », « Rituel », « Traditionnel ». Finalement, le groupe a décidé de transformer l'adjectif en substantif, et le choix est retombé sur : « Rituel ».

Pour explorer davantage cette notion, nous avons demandé quels étaient les aspects les plus importants de ce rituel. Voilà les échanges qui s'en sont ensuivis :

³⁰³ RIPERT (Pierre), *Dictionnaire des synonymes de la langue française*, Paris, Bookking International, 1994, p. 274.

- Une unité de lieux et de temps.
- Une unité de personnes.
- Le rituel, c'est quand même le déroulé. Il y a un quand même une certaine façon dont ça se passe [...].
- Donc, une unité de lieu, de temps, de personnes et d'action, c'est ça ?
- On est dans une pièce de théâtre.

La référence à la pièce de théâtre prend tout son sens dans un contexte comme celui de la médecine narrative, où l'on « pratique » la littérature. Mais elle fonctionne aussi comme une métaphore dans la métaphore, ou peut-être comme une métaphore *derrière* la métaphore, qui fait émerger et cache en même temps l'aspect de l'« unité ».

Dans son ouvrage fondamental, Jacques Miermont met en lumière l'importance des *rites*, à côté des *mythes* et des *épistèmes* – c'est-à-dire, pour simplifier, les récits identificateurs et les connaissances partagées – dans le cadre d'une écologie des liens³⁰⁴.

Or, en médecine narrative, les textes littéraires fonctionnent comme de véritables mythes qui favorisent la construction d'une communauté interprétative, pour reprendre la définition de Stanley Fish. En même temps, les membres de cette communauté peuvent se raconter à la lumière, ou à l'ombre, de ces narrations collectives.

Grâce à ses catégories, la lecture attentive représente un accès épistémique aux narrations, et d'une façon plus générale à l'écoute. Les éléments de connaissance s'activent pendant cette pratique, qui est également communautaire et qui renvoie plus en général aux présupposés conceptuels de notre discipline.

Les professionnel(le)s du CHIC nous permettent de comprendre que l'atelier assure, et incarne, l'aspect rituel, qui est bien important selon Miermont, étant donné qu'il a une fonction d'individuation. En d'autres termes – les termes de la médecine narrative – l'atelier serait non seulement un dispositif mais aussi un *rite* fondamental, qui participerait, grâce à son cadre protecteur, à constituer et construire l'affiliation,

³⁰⁴ Voir : MIERMONT (Jacques), *Écologie des liens*, *op. cit.*, p. 23-40.

c'est-à-dire à renforcer la qualité des liens, avec des bienfaits sur le plan individuel, groupal et institutionnel.

Or, du point de vue individuel, les écrits des participant(e)s confirment une augmentation du bien-être et une réduction du stress au travail (56,76 %) ainsi qu'une amélioration des capacités réflexives (56,76 %). Pendant les échanges une participant(e) a dit : « Je pense que ça a un impact important surtout en termes de bien-être.... En termes de QVT [qualité de vie au travail] ». Une autre professionnelle a mis en lumière la possibilité de se prendre soin de soi en tant que soignant(e) grâce à la médecine narrative :

La médecine narrative, c'est une façon de prendre soin du soignant que l'on est, voilà. Et c'est pour ça que j'en parle même quand je fais des ateliers d'éducation thérapeutique, j'en parle comme une thérapeutique, comme une façon de se soigner, d'écrire, de se projeter dans l'écriture. J'ai beaucoup, beaucoup d'enfants qui écrivent, qui ont des projets d'écriture et c'est très thérapeutique. Ça reste très thérapeutique. C'est vrai qu'on néglige beaucoup tout ce qui est atelier d'écriture et ça a une force incroyable, voilà, de thérapie.

Du point de vue groupal, les professionnel(le)s ont apprécié les aspects de la bienveillance et de l'absence de jugement (51,35 %), de la possibilité du partage (48,65 %), de la richesse des échanges (27,03 %), de la confiance (24,32 %), de l'écoute (21,62 %), de la liberté (18,92 %), du respect (10,81 %).

Enfin, du point de vue institutionnel, presque la moitié des participant(e)s (48,65 %) a particulièrement apprécié l'absence de hiérarchie, ainsi que la composition interprofessionnelle et pluridisciplinaire des groupes. Voilà ce qu'une professionnelle a pu dire lors des échanges dans un groupe : « Tout le monde est sur le même piédestal, ici. Il n'y a pas de hiérarchie ». Et voilà le commentaire d'une autre soignante, dans un groupe différent, sur l'aspect réparateur d'une formation intra-hospitalière à la médecine narrative :

Ce n'est pas anodin, pour moi, que ça soit l'hôpital qui crée cette possibilité, qui nous offre cette occasion, cette expérience. En fait, je pense que ça peut vraiment avoir un

peu modifié ma vision de l'hôpital, pas de manière très rationnelle mais... L'impression qu'il y a quelque chose qui m'est offert, d'original et d'irremplaçable, par l'hôpital. Et ça, je trouve que c'est presque... Ça pourrait avoir, à un certain moment ou pour certaines personnes, le pouvoir d'une réparation, en fait, sur certains aspects qui peuvent être des souffrances au travail ou des choses qui nous pourrissent la vie. Et à l'hôpital le fait d'avoir ça peut éventuellement avoir donné un aspect de réparation.

Nous voulons conclure cette section par un échange qui nous semble particulièrement adapté : les participant(e)s reprennent la métaphore de la bulle, en faisant émerger les effets sur le plan individuel, groupal et institutionnel. Ils soulignent, en particulier, la possibilité de tisser des liens plus forts, c'est-à-dire de renforcer l'affiliation, grâce aux groupes, qui constituent de véritables espaces transitionnels :

- En écoutant, j'ai l'impression qu'on est dans une bulle. Tant qu'on n'est pas rentré dans une bulle, on ne va pas savoir ce qui se passe, et cette bulle-là, en fait, elle n'éclate jamais. Elle est toujours là, suspendue dans le temps... On y prend plaisir et effectivement, c'est difficile d'expliquer ce qu'on fait... et puis après, il y a une certaine pudeur, moi, en tout cas j'ai une certaine pudeur, parce ce qu'on n'a pas envie de partager aussi toutes ces émotions avec un extérieur. Mais oui, on s'y sent bien.
- Et je ne sais pas si vous l'avez remarqué, on s'est tous rencontré en chair et en os en dehors des ateliers d'écriture... Et c'est vrai que ça va au-delà de la formation elle-même. Il y a de la continuité, de la continuité. Voilà. On crée du lien, en fait, on crée du lien entre nous qui sommes dans une même structure sans se connaître, voilà...
- Je voulais juste rebondir aussi, à la fois sur l'idée du temps suspendu, donc, la métaphore de la bulle, et puis, sur la diversité... En fait je me disais que ça rend mieux compte de cet espace particulier qui constitue le groupe, qui est à la fois dans l'hôpital, et on a la question de la diversité... et en même temps, ce groupe est hors de l'hôpital, ce temps suspendu qu'on retrouve... Donc l'oscillation de l'espace qui est dans l'hôpital et l'espace qui est en dehors de l'hôpital. En fait, ce n'est pas un entre-deux, c'est à la fois dans l'hôpital et à la fois à l'extérieur. C'est les deux réunis.

5.3.3 À l'ombre de la bulle.

La représentation de la bulle permet non seulement de faire émerger les caractéristiques, ainsi que les effets et les bienfaits de notre formation à la médecine narrative d'un point de vue individuel, groupal et institutionnel, comme nous venons de le voir. Elle participe aussi à mettre en lumière les limites et les difficultés d'une telle expérience : les *ombres*, si l'on veut utiliser une autre image.

En effet, la bulle peut exprimer, en premier lieu, une sorte de « séparation » par rapport au monde extérieur : un espace qui devient *trop* protégé et presque clos. Dans le dernier passage que nous venons de citer, par exemple, la soignante dit qu'elle a une « certaine pudeur », étant donné que l'on n'a pas forcément envie de partager les « émotions » à « l'extérieur ». Une autre participant(e) souligne dans son texte (C.1.2) que la confiance dans le groupe de médecine narrative est un aspect très différent par rapport à ce qui se passe au sein des équipes et des services, caractérisés par une sorte de méfiance. Surtout, une partie des professionnel(le)s (21,62 %) s'interroge sur les apports concrets de notre formation à la pratique clinique, comme si la médecine narrative pouvait être un monde séparé et que ses effets se « limitaient » au bien-être.

Or, cela n'est pas le cas : comme nous l'avons vu, d'autres participant(e)s arrivent à bien intégrer et « traduire » les instruments de la médecine narrative dans leurs activités quotidiennes. Pourtant, on pourrait utiliser ces remarques pour se demander, d'une façon générale, si la formation telle que nous l'avons conçue est suffisante non seulement pour que la médecine narrative se diffuse à un niveau intra-hospitalier, mais aussi pour qu'elle ait un véritable impact sur l'ensemble des soins.

Faudrait-il imaginer d'ouvrir les groupes aux patient(e)s et à leurs représentant(e)s de temps en temps ? Ou bien faudrait-il penser construire, avec les participant(e)s, des dispositifs adaptés et créatifs, mais toujours cohérents et rigoureux par rapport aux principes que nous avons exposés, afin d'intégrer davantage la narrativité au sein de l'hôpital ? Ou encore faudrait-il accompagner les soignant(e)s dans leur pratique quotidienne ? Évidemment, ces trois éléments ne s'excluent pas mutuellement. Si chaque bulle a commencé à s'ouvrir délicatement avec un atelier inter-groupal qui est censé se répéter deux ou trois fois par an, et que de nouveaux et

de nouvelles participant(e)s viennent d'être accueilli(e)s, il reste à savoir *comment* nous pouvons solliciter l'appropriation personnelle des instruments narratifs.

D'ailleurs, un cinquième des professionnel(le)s (21,62 %) a souligné que l'écriture peut représenter une difficulté en soi, même quand l'on s'habitue à l'utiliser : un soutien au-delà des ateliers favoriserait non seulement l'application mais aussi la diffusion de la médecine narrative à un niveau intra-hospitalier.

Enfin, quelques participant(e)s n'ont pas manqué de souligner dans leurs textes (A.2.1, A.2.2, A.3.2, D.2.2), ou pendant les discussions lors du premier atelier de recherche, le caractère un peu « flou » de la formation. C'est pourquoi nous avons fait un gros point théorique, dont l'utilité n'est pas passée inaperçue, avant de demander le deuxième retour à l'écrit. Mais peut-être il existe une autre solution, qui précise davantage notre modèle, et que nous exposerons dans les conclusions générales de cette thèse.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté les premiers résultats sur les effets de notre formation à la médecine narrative en termes d'attention, de représentation et d'affiliation, sans manquer d'en prendre en compte les limites et les difficultés. Évidemment, ces résultats pourront être mis à l'épreuve, approfondis et enrichis avec d'autres interrogations sur le *corpus* que nous avons constitué, mais aussi avec de nouvelles questions (comme celle sur les effets des ateliers en distanciel pendant la phase aiguë de la pandémie).

À la lumière, *et* à l'ombre, de notre première expérience de formation en milieu hospitalier, il est possible de confirmer que la médecine narrative contribue à l'amélioration des compétences narratives, à l'augmentation du bien-être professionnel et au renforcement des liens au sein de l'institution. Pourtant, il nous reste à comprendre et préciser comment favoriser l'application des apprentissages en dehors de l'atelier, et à l'intérieur l'hôpital, pour construire un milieu et un système de soins et de santé qui soient de plus en plus narratifs.

Conclusions

Nous avons dès le début inscrit notre thèse dans le champ disciplinaire de la médecine narrative, non seulement pour nous positionner d'une façon claire, mais aussi pour justifier un usage académique de la narration en tant qu'instrument qui permet de passer de l'expérience concrète à son élaboration conceptuelle. Ce travail a des points de contact avec les approches de la *Grounded Theory* et de l'ethnographie (ou de l'auto-ethnographie) de la recherche et de la formation. Les « notes parallèles », à titre d'exemple, relèvent aussi de cette démarche.

Dans le chapitre 1, nous avons brossé le cadre théorique et pratique du dispositif pédagogique pour la formation expérientielle à la médecine narrative : l'atelier, avec ses activités de lecture attentive, d'écriture sous consigne et de partage, qui favorisent une bonne activation des mouvements de l'attention, de la représentation et de l'affiliation, en renforçant ainsi les compétences narratives des participant(e)s. Nous avons également dressé un état de l'art spécifique sur les formations à la médecine narrative en milieu professionnel, dans le but de faire émerger la particularité de notre contexte d'application : celui du CHIC.

Dans la partie centrale de notre thèse, nous ne nous sommes pas bornés à fournir le modèle de cette expérience. Puisque notre projet de formation, de recherche et d'écriture s'inscrit dans une approche que nous avons qualifiée de postmoderne, nous avons exposé *simultanément* les trois phases, que nous avons définies : « Ateliers de base », « Ateliers de créativité » et « Ateliers de co-animation ». Nous avons consacré un chapitre à chaque phase, pour en présenter les caractéristiques et les différences à la lumière de notre expérience. Ainsi, nous nous sommes inscrits

pleinement dans un cadre formatif : nous nous sommes formés nous-mêmes à *et par* la formation en médecine narrative. Nous avons formé les participant(e)s à acquérir des compétences narrative. Et nous avons contribué à « former la formation » par le travail d'écriture de cette thèse.

Dans le chapitre 5, nous avons tiré les premières conclusions sur les effets de cette formation. Le dispositif des ateliers de recherche participe à l'élaboration d'une méthode interne à la médecine narrative, avec les apports de la *Narrative Inquiry*. En d'autres termes, nous avons cherché à mélanger la créativité et la rigueur pour constituer « une pratique incarnée et réfléchie », comme Edgar Rivera Colón suggère de le faire³⁰⁵.

L'expérience des ateliers a produit des bienfaits indéniables sur les participant(e)s : amélioration des compétences narratives, augmentation du bien-être professionnel, renforcement des liens au sein de l'institution. Toutefois, les limites, les doutes et les difficultés exprimés nous interrogent sur la nécessité de préciser davantage notre modèle, voire de le corriger, en vue d'autres applications. Pour éviter que la formation soit perçue comme trop « floue », il nous semblerait utile d'associer la pédagogie narrative (horizontale) des ateliers à des mises au point théoriques, en précisant les acquis fondamentaux une dizaine de minutes à la fin de chaque séance. Dans les trois premiers ateliers de base, on pourrait favoriser la réflexion des participant(e)s à partir de l'élaboration fondamentale de la triade pratique de la médecine narrative, en définissant tout d'abord l'attention, en parlant ensuite de la représentation, et pour finir en se penchant sur l'attention. En d'autres termes, il serait souhaitable d'introduire un concept par séance, pour préciser les objectifs des ateliers et leur donner un sens, avant de commencer le travail d'approfondissement sur les genres de la lettre, du journal et de la poésie.

³⁰⁵ Voir : COLÓN (Edgar Rivera), « Des issues de secours jusqu'aux données qualitatives : Levier pédagogique, recherche incarnée, et médecine narrative comme “oreille du cœur” », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 377-392.

Ensuite, une lettre comme celle de Tyzska – ou plus en général un texte présentant un certain degré de conflictualité narrative – offrirait bien la possibilité d'aborder le sujet des dissensions et d'introduire, dans la séance suivante, l'importance de la narration en médecine à la lumière des cinq caractères de la singularité, de la causalité/contingence, de la temporalité, de l'intersubjectivité, de l'éthique.

Pour marquer la fin de la première phase, on pourrait prévoir un atelier avec une présentation systématique des catégories de la lecture attentive à la lumière, ou à l'ombre, d'un poème ou d'une chanson. Un rappel synthétique des principaux éléments théoriques de la médecine narrative, déjà abordés dans les séances précédentes, favoriserait l'élaboration personnelle.

Ce travail nous semble aujourd'hui nécessaire pour entamer la phase des ateliers de créativité, avec l'introduction du dossier parallèle ainsi que l'exposition des changements dans le dispositif. On pourrait introduire le premier atelier de recherche à la fin des ateliers de créativité, avec la relecture du texte de la séance d'introduction, la nouvelle proposition de la question suggérée par Rita Charon (« Qu'est-ce que vous voyez dans ce texte ? »), et la consigne qui favorise le récit expérientiel. Il serait en outre intéressant de comparer ces résultats sur la lecture attentive à 10 mois ou 12 mois avec ceux à 6 mois, que nous avons déjà recueillis. Cela nous aiderait à mieux comprendre le développement des compétences narratives. Enfin, il serait possible de démarrer la troisième phase du parcours, avec la co-animation des participant(e)s et ses trois étapes, pour conclure avec un deuxième atelier de recherche.

Ce modèle dans le modèle n'est pas un modèle définitif. C'est une reformulation conclusive qui reste évidemment à préciser. Elle représente, pourtant, un exemple du travail que l'on peut faire pour s'approprier de notre modèle et le transférer *ailleurs*, dans le temps et dans l'espace.

En effet, comme nous l'avons anticipé, notre modèle se veut transférable. Mais avant – *et afin* – d'aborder la question de la dissémination interinstitutionnelle de la médecine narrative, il faut s'interroger sur sa diffusion intra-hospitalière. C'est pourquoi nous allons présenter ici deux caractéristiques, auxquelles nous avons déjà fait allusion : la récursivité et l'auto-généralité. Pour ce qui concerne la récursivité, il est possible de recommencer les ateliers de base après ceux de co-animation. Comme nous le disions plus haut, les groupes peuvent accueillir de nouveaux et de nouvelles

professionnel(le)s, tandis que les collègues les plus expérimenté(e)s, ayant déjà fait l'expérience de la médecine narrative, sont libres de participer mais aussi de co-animer à tour de rôle. Or, ces professionnel(le)s auraient également la possibilité de devenir des co-animateurs médicaux et des co-animatrices médicales, à côté de l'ALHO, dans des groupes inédits. Les deux inscriptions sont évidemment compatibles, mais l'on pourrait trouver d'autres solutions créatives.

Dans le cadre de ce travail nous voulons remarquer que ce type de récursivité engendre un mécanisme auto-génératif, qui rappelle un peu l'effet « boule de neige » : les groupes peuvent grandir et se multiplier au fil du temps, en mettant le modèle de formation à l'épreuve et en le corrigeant. Il s'agit d'une transférabilité « interne », qui pourrait attirer, avec son offre formative, d'autres hôpitaux et milieux de soins, pour contribuer, finalement, à diffuser la médecine narrative à un niveau interinstitutionnel. D'ailleurs, le CHIC a participé à la fondation d'un réseau international d'hôpitaux narratifs (NHN, avec l'université de Paris-Est Créteil, l'université Milano-Bicocca et l'hôpital de Biella en Italie), pour comparer et diffuser les pratiques narratives.

Toutefois, l'impact profond de la médecine narrative sur les patient(e)s et leurs familles reste à mesurer, d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Mais comment pouvons-nous espérer d'obtenir des données fiables si seulement une petite partie des soignant(e)s reçoit une formation à la médecine narrative à l'intérieur d'une institution ? Le CHIC compte 2740 professionnel(le)s. Seulement, le 1,5% a fait, jusqu'à aujourd'hui, l'expérience de la médecine narrative. Certes, par rapport à d'autres institutions, nos actions ont une diffusion importante. Mais c'est une importance relative, il ne faut pas l'oublier. S'il fallait former un tiers des professionnel(le)s, quel type de changement pourrait-on apprécier au niveau des soins ? Il serait question de créer au moins 150 groupes. Si on organisait 50 groupes par mois, c'est-à-dire deux groupes par jour et une douzaine de groupes par semaine – une tâche de travail qui est absolument compatible avec la présence d'un seul ALHO expérimenté –, un tiers du CHIC recevrait une formation complète à la médecine narrative sur un total de 6 ans (1 an pour les ateliers de base et de créativité + 1 an pour les ateliers de co-animation).

Il faudrait travailler avec la direction pour que les professionnel(le)s aient non seulement le droit de suivre un atelier de médecine narrative de deux heures sur leur

temps de travail, mais aussi la possibilité de le faire concrètement. Souvent les obligations hospitalières sont trop contraignantes. Parfois, il est difficile de quitter le service. Il faudrait établir un véritable plan de formation à une échelle hospitalière.

Nous avons une expérience de presque trois ans, et nous disposons d'un modèle inédit de formation à la médecine narrative qui n'est ni parfait ni définitif, mais qui fonctionne. Si le CHIC veut rejoindre l'objectif de devenir un véritable hôpital de médecine narrative, ou tout simplement un hôpital narratif, alors notre formation demande à être diffusée davantage, à un niveau plus ample et plus large, à l'intérieur de l'institution.

Or, cette formation est-elle suffisante ? Les questions posées dans le chapitre 5 ne nous quittent pas. Peut-être faudrait-il inventer et élaborer des dispositifs plus ciblés. Pourtant, ce modèle existe. Et il a déjà obtenu des résultats qui justifieraient une inscription plus profonde au sein de l'hôpital. Si cela semblait irréel et peu praticable, nous pourrions rappeler qu'un poste d'Attaché littéraire hospitalier a été créé il y a trois ans, et que la médecine narrative au CHIC constitue aujourd'hui une réalité bien établie. D'ailleurs, nos rêves vont bien au-delà de la question spécifique de la diffusion de la médecine narrative à un niveau hospitalier.

Qu'est-ce qui nous empêcherait d'imaginer des hôpitaux non seulement narratifs, mais aussi artistiques et musicaux ? Des hôpitaux qui accueillent des bibliothèques, des œuvres d'art, un piano dans le hall, des musiques de fond dans les salles d'attente et dans les couloirs. Un infirmier qui lit un poème d'Emily Dickinson avec ses collègues. Une patiente qui pleure tout bas, en sanglotant doucement, parce qu'elle entend, au lointain, le deuxième Concerto pour violon de Felix Mendelssohn. Un grand-fils qui parle avec un médecin du cancer de sa mamie bien-aimée, devant la reproduction géante des *Trois Âges de la femme* par Gustav Klimt.

C'est une vision très audacieuse, nous ne pouvons pas le nier. Pourtant, avec cela, nous ne voulons nier ni la souffrance ni la maladie ni la mort. Au contraire. La littérature, l'art et la musique nous permettent de les inscrire dans une expérience plus vaste, humaine et universelle, qui peut offrir un soulagement compatible avec les soins médicaux. Il n'est pas question de prescrire un livre, un ouvrage d'art ou un morceau de musique, comme s'il s'agissait d'un médicament. Mais nous pouvons nous laisser accompagner et emporter par la beauté, qui aide les corps souffrants, qui nous

entraîne à l'attention, à l'observation et l'écoute, qui nous *forme* et nous permet de nous reconnaître, à la lumière *et* à l'ombre d'une vulnérabilité commune, d'une fragilité partagée.

Pourquoi devrions-nous renoncer à tout cela ? Pourquoi devrions-nous adhérer à la métaphore de l'hôpital comme prison, pour reprendre la représentation qui a été dévoilée et expliquée pour la première fois par Michel Foucault³⁰⁶ ? Pourquoi ne devrions-nous pas construire un hôpital qui ressemble à un recueil de vécus, à une anthologie du vivant ? Avec ces questions nous espérons ouvrir un espace de réflexion et de discussion de plus en plus ample, au sein de cette société qui cherche à soigner, à se soigner, à nous soigner. Parce que nous en avons tous et toutes besoin. Car nous sommes des humains, nous sommes des corps. On ne peut pas l'oublier.

³⁰⁶ Voir : FOUCAULT (Michel), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

Annexe 1

Les ateliers de base

1. Atelier d'introduction

1. Lecture :

Je me souviens parfaitement de cette nuit, c'était le 29 novembre, un vacarme à la porte me réveilla : [...] on m'avait amené au poste hospitalier de Nikolskoïe, à onze heures du soir, une petite fille. La garde-malade me dit d'une voix sourde :

– La petite est faible, elle meurt... Je vous en prie, docteur, venez à l'hôpital...

Je me souviens avoir traversé la cour, m'être dirigé vers le réverbère à pétrole de l'entrée de l'hôpital, sans cesser de le regarder scintiller, comme fasciné. La salle de consultation était déjà éclairée et mon personnel au complet m'attendait, déjà habillé et en blouse. Il s'agissait de l'infirmier, Démian Loukitch, jeune encore mais très capable, et de deux sages-femmes pleines d'expérience : Anna Nikolaïevna et Pélagie Ivanovna. Pour ma part, je n'étais qu'un médecin depuis deux mois et affecté à la tête de l'hôpital de Nikolskoïe.

L'infirmier, d'un geste solennel, ouvrit la porte en grand, et la mère apparut. Elle entra comme un bolide, glissant dans ses bottes de feutre. Sur son foulard, la neige n'avait pas encore fondu. Elle tenait dans ses bras un ballot qui chuintait et sifflait à un rythme régulier. Elle avait un visage altéré et pleurait tout bas. Lorsqu'elle quitta sa peau de mouton et son foulard, qu'elle défit son ballot, j'aperçus une petite fille qui devait avoir trois ans. Je la regardai et oubliai pour un instant la chirurgie opératoire, la solitude, l'inutilité de mon fatras universitaire, j'oubliai tout, résolument, devant la beauté de la fillette. À quoi la comparer ? Ce n'est que sur les boîtes de bonbons que l'on dessine de tels enfants : des cheveux naturellement frisés, en grosses boucles couleur des seigles presque mûrs, des yeux bleu foncé, absolument immenses, des joues de poupée. Ce sont les anges que l'on dessinait ainsi. Cependant, un étrange brouillard se nichait au fond de ses yeux, je compris que c'était de la peur : elle ne pouvait plus respirer. « Elle va mourir d'ici une heure », pensai-je avec une certitude absolue, et mon cœur se serra douloureusement...

À chaque respiration, la gorge de la petite fille se creusait, ses veines gonflaient et son visage rosé prenait une teinte légèrement violette. Cette couleur, j'en saisis immédiatement le sens et la portée. Je compris sur-le-champ de quoi il s'agissait, établis mon premier diagnostic à la perfection, et, chose importante, en même temps que les sages-femmes qui, elles, avaient déjà de l'expérience :

« La petite a le croup diphtérique, sa gorge est déjà encombrée par des pellicules et sera bientôt complètement bouchée... »

– Depuis combien de jours est-elle malade ? demandai-je dans le silence attentif de mon personnel.

– C'est le cinquième jour, oui, le cinquième, dit la mère en me regardant fixement de ses yeux secs.

– Croup diphtérique, dis-je entre mes dents à l'infirmier.

Et à la mère :

– Mais à quoi pensais-tu, dis-moi, à quoi ?

À ce moment-là, une voix pleurnicharde s'éleva derrière moi :

– Le cinquième jour, monsieur le docteur, oui, le cinquième !

Je me retournai et vis une vieille femme silencieuse, le visage tout rond dans un foulard³⁰⁷.

2. *Quel est le sujet de ce passage ?*

3. Lecture :

Jusque-là, je n'avais jamais vu de diphtérie, si ce n'est des cas bénins rapidement oubliés. [...]

– Voilà, dis-je, étonné de mon propre calme, la situation est la suivante : il est trop tard, la petite est en train de mourir. Et rien n'y fera, si ce n'est une chose : l'opération. Pourquoi avais-je dit cela ? J'en fus moi-même épouvanté, mais je ne pouvais pas le dire.

« Et si elles donnaient leur accord ? » Cette pensée me traversa l'esprit.

– Comment cela ? demanda la mère.

³⁰⁷ BOULGAKOV (Mikhaïl), *Récits d'un jeune médecin*, Lausanne, L'Âge d'Homme, p. 30-32.

– Il va falloir ouvrir au bas de la gorge et placer un tube en argent pour permettre à la petite de respirer ; alors, peut-être, nous la sauverons, expliquai-je.

La mère me regarda comme on eût regardé un fou et protégea Lidka, la petite fille, de ses bras. La vieille, elle, se remit à rabâcher :

– Tu n’y penses pas ! Ne laisse pas ouvrir ! Tu n’y es pas ! Lui ouvrir la gorge ? !

[...]

Je sortis ma montre et ajoutai :

– Je vous donne cinq minutes pour réfléchir. Si vous n’êtes pas d’accord, passé ces cinq minutes, je ne me charge plus de rien.

– Pas d’accord ! dit la mère d’un ton tranchant.

– Pas notre consentement, ajouta la vieille.

– Bon, comme vous voulez, dis-je d’une voix sourde, et je pensai : « Voilà, c’est fini ! Pour moi, c’est plus facile. J’ai dit et proposé ce qu’il fallait, les sages-femmes ont ouvert de ces yeux ! Elles ont refusé, je suis sauvé. »

À peine avais-je eu cette pensée que, d’une voix étrangère à la mienne, quelqu’un dit à ma place :

– Mais, enfin, vous êtes devenues folles ? Comment ça, pas d’accord ? Vous faites mourir cette petite. Acceptez donc. Comment n’avez-vous pas pitié ?

– Non ! cria de nouveau la mère.

Et, intérieurement, je pensais : « Mais qu’est-ce que je suis en train de faire ? Je vais bien l’égorger, cette petite fille. » Mais ce que je disais était tout autre :

– Allez, dépêchez-vous, dépêchez-vous d’accepter ! Mais acceptez donc ! Regardez, ses ongles bleussent déjà.

– Non ! Non !

– Eh bien, emmenez-les dans la salle, et qu’elles y restent !

On les emmena par le couloir faiblement éclairé. J’entendais leurs pleurs et le sifflement de la petite fille.

L’infirmier revint aussitôt :

– Elles acceptent ! dit-il.

Tout se pétrifia en moi, cependant je dis d’une voix distincte :

– Stérilisez immédiatement bistouri, ciseaux, écarteurs et sonde !

Un instant plus tard, je traversai la cour à toute vitesse, et là, dans un crissement, la tempête de neige voltigeait comme un démon. J’arrivai chez moi et, comptant chaque minute, je saisis un livre, le feuilletai et finis par trouver un schéma de trachéotomie.

Là-dessus, tout était clair et simple : la gorge était ouverte et le bistouri planté dans la trachée-artère. Je me mis à lire le texte, mais je ne comprenais rien, les mots bizarrement, sautaient devant mes yeux. Je n'avais jamais vu pratiquer de trachéotomie. « Oui, mais il est trop tard, à présent », pensai-je et, jetant un regard angoissé sur le bleu, sur les couleurs vives de ce schéma, j'eus la sensation qu'une affaire difficile, effrayante, venait de me tomber dessus. Alors, sans prendre garde à la tempête, je retournai à l'hôpital³⁰⁸.

4. *Comment imaginez-vous que l'histoire se termine ?*

5. Lecture :

J'enfonçai le bistouri dans la trachée, puis y plaçai le tube en argent. Celui-ci glissa facilement, mais Lidka resta immobile. L'air ne pénétra pas dans la trachée comme il aurait fallu. Je poussai un profond soupir et m'arrêtai : c'est tout ce que je pouvais faire. J'avais envie de demander pardon à quelqu'un, de me repentir d'être entré à la faculté de médecine avec une telle légèreté. Le silence régnait. Je voyais Lidka qui bleussait. J'avais envie de tout abandonner et de me mettre à pleurer quand, soudain, Lidka tressaillit vivement, expulsa à travers le tube un jet de vilaines mucosités et l'air pénétra dans sa gorge avec un sifflement ; puis, la petite fille commença à respirer et à hurler. [...]

Comme dans un rêve, et à travers le voile de transpiration qui me couvrait les yeux, je voyais les visages heureux des sages-femmes ; l'une d'entre elles me dit :

– En voilà une opération brillamment réussie, docteur !

Je pensai qu'elle se moquait de moi et, d'un air sombre, je lui lançai un regard en dessous. Puis, les portes s'ouvrirent toutes grandes et un souffle d'air frais entra. On emmena Lidka dans un drap et, aussitôt, la mère apparut à la porte. Elle avait des yeux de bête sauvage. Elle me demanda :

– Alors ?

En entendant le son de sa voix, je sentis une sueur me couler dans le dos : alors, seulement, je compris ce qu'il se serait passé si Lidka était morte sur la table d'opération. Mais c'est d'une voix parfaitement tranquille que je lui répondis :

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 34-37.

– Calme-toi un peu. Elle est vivante. Elle vivra, j’espère. Seulement, tant que nous n’aurons pas retiré le tube, elle ne pourra pas parler, alors, n’ayez pas peur.

[...]

Je rentrai chez moi en traversant la cour. Je me souviens de la lumière bleue de mon cabinet, du Doderlein posé là et des livres éparpillés. Tout habillé, je m’approchai du canapé, m’y allongeai et cessai aussitôt de voir quoi que ce soit. Je dormis sans même faire un seul rêve³⁰⁹.

6. *Soulignez la phrase qui vous frappe le plus (1 minute).*

Partage en groupe.

7. *Consigne d’écriture : Qu’est-ce que vous voyez dans le texte ? (3 minutes).*

Partage en groupe.

8. *Consigne d’écriture : Dressez une liste de premières fois (5 minutes).*

Partage en groupe.

9. *Consigne d’écriture : Choisissez l’une de ces première fois, et racontez-la (10 minutes).*

Partage en groupe.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 40-41.

2. Atelier de présentation

1. Lecture :

Ce matin Thomas Rémige fait basculer les lamelles d'un store vénitien ; il est seul, nu et il chante. Il s'est placé au centre de la pièce – toujours au même endroit –, le poids du corps également réparti sur ses deux pieds, le dos droit, les épaules légèrement rejetées en arrière, la cage thoracique ouverte afin de dégager la poitrine et le cou, une fois stabilisé a effectué de lents mouvements circulaires de la tête afin d'assouplir les cervicales, a répété ces mêmes rotations avec chaque épaule, puis il s'est appliqué à visualiser la colonne d'air qui l'armature, depuis le creux du ventre jusqu'à la gorge, ce conduit interne qui propulse le souffle et fera vibrer ses cordes vocales, il peaufine sa posture. Enfin il ouvre la bouche, un four – un peu curieux en cet instant, vaguement ridicule –, emplit d'air ses poumons, contracte sa ceinture abdominale, puis expire comme on ouvre un passage, et fait durer l'action le plus longtemps possible, mobilisant son diaphragme et ses zygomatiques – un sourd aurait pu l'écouter rien qu'en apposant ses mains sur lui. Observant la scène, on pourrait y voir un lien avec la salutation au soleil ou la louange matinale des moines et moniales, ce lyrisme de l'aube ; on pourrait y voir tel rituel corporel visant à l'entretien et à la conservation du corps – boire un verre d'eau fraîche, se laver les dents, dérouler un tapis de sol en caoutchouc devant la télévision pour faire de la gymnastique –, quand pour Thomas Rémige il s'agit de tout autre chose : une exploration de soi – la voix comme une sonde infiltrée dans son corps et répercutant au-dehors tout ce qui l'anime, la voix comme un stéthoscope.

Il a vingt ans quand il quitte la ferme familiale, un clos normand cosu que reprendront sa sœur et son beau-frère. Fini le car de ramassage scolaire et la boue dans la cour, l'odeur de foin trempé, le meuglement isolé d'une vache laitière réclamant la traite et la barrière de peupliers poussés serrés sur un talus herbeux, désormais il habite un studio minuscule que ses parents lui louent dans le centre de Rouen, radiateur électrique et canapé clic-clac, roule sur une Honda 500 de 1971, a commencé l'école d'infirmiers, aime les filles, aime les garçons, ne sait pas, et lors d'une virée à

Paris pénètre un soir dans un karaoké à Belleville, les Chinois sont là en nombre, cheveux vinyle et pommettes cirées, des habitués venus peaufiner leur prestation, des couples surtout, qui s'admirent et se filment, rejouant les gestes et les postures des émissions télévisées, et soudain, cédant sous la pression de ceux qui l'accompagnent, le voilà qui choisit un morceau, un truc bref, un truc simple – Heartache de Bonnie Tyler –, son tour venu monte sur scène, alors lentement se métamorphose : son corps aboulique peu à peu se place, une voix sort de sa bouche, une voix qui est la sienne mais qu'il ne connaît pas, timbre, texture et tessiture inouïs, comme si son corps logeait d'autres versions de lui-même – un fauve rayé, une falaise vive, une fille de joie – quand le DJ évidemment ne s'est pas trompé, quand c'est bien lui qui chante, et alors, saisissant sa voix comme sa signature corporelle, saisissant sa voix comme la forme de sa singularité, il fait le projet de vouloir se connaître, et commence à chanter. [...] Le temps et l'argent qu'il consacre au chant enflent au fil des années, finissant par concerner une part conséquente de sa vie quotidienne et d'un salaire que gonflent les gardes à l'hôpital : il vocalise chaque matin, étudie chaque soir, deux fois par semaine prend un cours auprès d'une chanteuse lyrique au physique en forme d'ampoule – un cou de girafe et des bras de roseaux, buste puissant et ventre plat, bassin en proportion, volumineux, le tout abrité sous une chevelure ondoyant jusqu'aux genoux, dévalant le long de jupes en flanelle –, la nuit piste sur la Toile tel récital, tel opéra, tel nouvel enregistrement, télécharge le tout, pirate, copie, archive, l'été traverse la France pour se rendre ici ou là, dans un festival d'art lyrique, dort sous la tente ou partage un bungalow avec d'autres amateurs qui lui ressemblent, rencontre Ousman, musicien gnawa et baryton moiré, et soudain l'été dernier c'est le voyage en Algérie et l'acquisition d'un chardonneret de la vallée de Collo pour lesquels il claque l'intégralité de l'héritage de sa grande mère – trois mille euros en cash roulés dans un mouchoir en batiste.

Ses premières années comme infirmier de réanimation lui secouent la paillasse : il pénètre un outre monde, un espace souterrain ou parallèle, en lisière de l'autre et troublé par leur affleurement limitrophe et continu, ce monde perfusé de mille sommeils où lui ne dort jamais. Dans les premiers temps, il sillonne le service comme on lève sa propre cartographie interne, conscient qu'il rejoint ici l'autre moitié du temps, la nuit cérébrale, le cœur de réacteur – sa voix s'éclaircit, elle gagne en nuance, c'est à ce moment-là qu'il étudie son premier lied, une berceuse de Brahms justement,

un chant de forme simple et sans doute la chante-t-il pour la première fois au chevet d'un patient agité, la mélodie comme un analgésique tactile. Horaires flexibles, charges lourdes, pénurie de tout : le service délimite un espace clos, obéissant à ses propres règles, et Thomas a le sentiment de se couper peu à peu du monde extérieur, de vivre en un lieu où la césure nuit / jour n'affecte plus rien en lui. Il a parfois le sentiment de perdre pied. Pour prendre l'air, il multiplie les stages dont il sort lessivé mais lesté d'un regard toujours plus profond et d'une voix plus riche, travaillant sans jamais thésauriser une énergie dont on commence à faire cas dans les réunions de service, maîtrisant des interventions équilibrées à tous les stades de l'endormissement, y compris la phase de réveil, manipulant avec mesure les appareils de surveillance et de suppléance, s'intéressant à la prise en charge de la douleur. Sept ans à ce rythme puis l'envie de graviter autrement dans ce même périmètre. Il devient l'un des trois cents infirmiers coordinateurs des prélèvements d'organes et de tissus du pays, rallie l'hôpital du Havre, il a vingt-neuf ans, il est magnifique. [...]

Impossible de prévoir quoi que ce soit aujourd'hui, Thomas Rémige est d'astreinte, la réa peut l'appeler à n'importe quel moment durant ces vingt-quatre heures, c'est le principe. Comme chaque fois, il doit composer avec ces heures à la fois vacantes mais indisponibles – ces heures paradoxales qui sont peut-être l'autre nom de l'ennui –, organiser la latence, et d'ailleurs bien souvent merdoie, ne parvenant ni à se reposer ni à exploiter ce temps libre, maintenu dans l'expectative, paralysé par les atermoiements – se prépare pour sortir, finalement reste ; commence un gâteau, un film, un archivage de sons numériques – les chants du chardonneret –, finalement bazarde, rembobine, laisse en plane et reporte, on verra plus tard, mais plus tard n'existe jamais, plus tard, c'est un flux de temps plein que brassent des horaires aléatoires. Aussi, découvrant le numéro de l'hôpital qui s'affiche sur l'écran du téléphone, Thomas ressent-il à la fois un pincement déceptif et un soulagement³¹⁰.

2. Consigne d'écriture : *Imaginez le narrateur ou la narratrice de ce passage. Commencez par son prénom. Écrivez le texte à la troisième personne du singulier et au présent (5 minutes).*

Partage en groupe.

³¹⁰ DE KERANGAL (Maylis), *Réparer les vivants*, Paris, Gallimard, 2014 (2013), p. 74-80.

3. Consigne d'écriture : *Commencez par « ce matin », suivi par votre prénom et votre nom, et continuez (10 minutes).*

Partage en groupe.

3. Atelier de représentation

1A. Lecture (première traduction proposée) :

Appelez-moi Ismaël.

Il y a quelque temps – le nombre exact des années n'a aucune importance – n'ayant que peu ou point d'argent en poche, et rien qui me retînt spécialement à terre, l'idée me vint et l'envie me prit de naviguer quelque peu et de m'en aller visitant les étendues marines de ce monde. C'est un remède à moi ; c'est une manière que j'ai de me sortir du noir et de redonner du tonus à la circulation de mon sang. Oui, chaque fois que je me sens la lèvre amère et dure ; chaque fois qu'il bruine et vente dans mon âme et qu'il y fait un novembre glacial ; chaque fois que, sans préméditation aucune, je me trouve planté devant la vitrine des marchands de cercueils ou emboîtant le pas aux funèbres convois que je rencontre ; et surtout, oui, surtout, chaque fois que je sens en moi les mauvaises humeurs l'emporter à ce point qu'il me faille le puissant secours des principes moraux pour me retenir d'aller courir les rues à seule fin de jeter bas, fort méthodiquement, le chapeau des gens, – alors, oui, je considère qu'il est grand temps pour moi de filer en mer au plus vite. C'est ce qui me tient lieu de pistolet et de plomb. Caton se jette sur son glaive, non sans emphase et sans grandiloquence philosophiques ; je gagne moi, bien plus discrètement, le bord de quelque voilier. Et il n'y a rien là qui soit fait pour surprendre : tous les hommes, ou presque, à un moment ou à un autre de leur existence, nourrissent ou ont nourri, à un degré quelconque, des sentiments fort voisins des miens à l'égard de la mer.

[...]

Mais quand je dis que j'ai accoutumé de prendre la mer chaque fois que je commence à me sentir l'œil trouble et du vague au regard, lorsque je me mets à avoir un peu trop sentiment de l'existence de mes propres poumons, je n'ai pourtant pas dans l'idée et je ne voudrais pas que vous en concluez que ce soit en condition, état et situation de passager. Non, car pour prendre la mer comme passager, il faut nécessairement que vous soyez possesseur d'une bourse ; et une bourse, voyez-vous, ce n'est guère qu'une chiffé s'il n'y a pas quelque chose dedans. En outre, messieurs les passagers souffrent du mal de mer ; ils deviennent nerveux, excitables et querelleurs ; ils ne dorment pas la

nuit et, d'une façon générale, ils n'y prennent guère de plaisir. Je ne m'embarque jamais comme passager, non ; et quoique je sois plutôt salé par les embruns et assez loup de mer sans doute, je ne monte non plus jamais à bord en qualité de commodore, ni en qualité de capitaine, ni encore en qualité de coq. À ceux qui les aiment, j'abandonne la gloire et les honneurs de ces emplois. Pour moi, j'abomine le supplice des charges respectables et le poids accablant des dignités : tous les embarras et les tracas de quelle sorte qu'ils soient. J'ai déjà bien assez affaire d'avoir à prendre soin de moi, sans encore vouloir me charger du gouvernement de navires, barques, bricks, schooners ou que sais-je encore ! Quant à embarquer en qualité de coq – bien que, je l'avoue, il y ait à la chose beaucoup d'honneur, le coq étant à bord une sorte d'officier – je me vois mal, en vérité, en train de faire rissoler des volailles ; ce qui n'empêche que, de ces mêmes volailles, une fois rôties, bien juteuses et beurrées à point, salées et poivrées judicieusement, je ne connais personne qui puisse parler avec le respect, voire avec la révérencieuse déférence que je puis y mettre. C'est par un analogue penchant gastronomique et un semblable goût allant jusqu'à l'idolâtrie pour les ibis rôtis et les grillades d'hippopotames, que les Égyptiens de l'Antiquité ont été portés à enfourner les momies de ces créatures, telles que vous pouvez encore les voir, dans ces fours colossaux que sont les pyramides.

Eh bien non ! Lorsque je prends la mer, c'est en qualité de simple matelot, comme homme d'équipage, comme mathurin du gaillard d'avant, droit devant le grand mât, juste entre le trou du poste d'équipage et les hauteurs, là-haut, de la tête royale du mât. Il est vrai qu'on me commande pas mal, qu'ils me font faire des tas de choses et que je vais, bondissant d'espar en espar comme une sauterelle dans les jeunes prairies de mai. Certes, au premier abord, ce genre de choses ne laisse pas d'être plutôt déplaisant ; votre sens personnel de l'honneur s'en trouve offensé, et tout spécialement si vous sortez d'une honorable et fière famille de vieille souche terrienne comme les Van Rensselaer, par exemple, les Randolph ou les Hardicanute ; – et beaucoup plus sensiblement encore si, juste avant de plonger vos mains dans la baille à brai, vous venez de jouer les autorités en qualité d'instituteur de campagne, inspirant un respect mêlé de crainte aux plus costauds de vos garnements. La transition est raide, je vous l'affirme, de maître d'école à matelot ; et il vous faut, pour la supporter avec le sourire, une fameuse décoction de Sénèque et des stoïques ! Le temps aidant, toutefois, même cela finit par passer.

Après tout, si quelque vieille peau de capitaine m'ordonne d'attraper le faubert et de laver les ponts, – eh bien ?... que peut-elle bien peser, au bout du compte, cette indignité ? Quelle gravité a cet affront, sur les balances, veux-je dire, du Nouveau Testament ? Prétendez-vous que l'archange Gabriel aura, si peu que ce soit, moins bonne opinion de moi parce que j'aurai, dans ces circonstances, obéi promptement et respectueusement à cette vieille peau ? Quel est celui qui n'est pas un esclave ? Voilà ce que je vous demande. Donc, mes amis, et quoi que puissent me commander les vieux capitaines, même et encore s'ils me houspillent et me cognent dessus, n'ai-je pas la parfaite satisfaction de savoir que tout un chacun reçoit sensiblement sa ration personnelle d'une façon ou d'une autre, physiquement ou métaphysiquement veux-je dire ! Car c'est ainsi que circule à la ronde l'universel argument frappant, et que tous les humains sont là, à se frictionner réciproquement les côtés, et à se contenter avec cela.

Pour y revenir, donc, j'ajouterai que je m'embarque toujours comme simple matelot pour la simple et notable raison qu'ils se font un devoir, messieurs les capitaines, de toujours me payer pour ma peine, alors que je n'ai point entendu dire jusqu'ici qu'ils eussent payé le moindre centime à ceux qui embarquent comme passagers. Il paraît même que ce sont, au contraire, les passagers qui payent. Or, voilà bien : payer ou être payé, cela fait la plus grande différence qui soit au monde. La civilité empressée avec laquelle un homme reçoit de l'argent est positivement merveilleuse, stupéfiante même, si nous tenons compte que nous regardons formellement l'argent comme la source, la racine et le fondement de tous les maux terrestres, et que nous pratiquons hautement la ferme foi qu'un riche ne saurait à aucun prix entrer au ciel. Hélas ! quel prodigieux accord et quel cœur merveilleux ne mettons-nous pas à nous précipiter nous-mêmes dans la perdition !

Dernière raison enfin : je m'embarque toujours comme simple matelot par hygiène, c'est-à-dire à cause de la salubre gymnastique qu'on pratique, et de l'air pur qu'on respire sur le gaillard d'avant. Car à considérer qu'en ce bas monde les vents debout sont nettement les plus nombreux, et plus constants de beaucoup que le vent arrière (pour autant que vous n'alliez jamais, du moins, à l'encontre des maximes pythagoriciennes), il se fait donc que le commodore sur la dunette inhale la plupart du temps un air de seconde main, si je puis dire, lequel air il reçoit, c'est l'évidence même, exhalé par les hommes du gaillard d'avant. Il croit, lui, qu'il le respire en premier ; mais non pas ! Et c'est de même, exactement, qu'il en va en tant d'autres affaires, où le

commun mène et précède ses chefs, alors que ceux-ci, cependant, n'en ont pas le moindre soupçon.

Quant à dire comment il fut qu'après avoir humé à maintes reprises l'air marin comme matelot long-courrier, je me fusse alors mis en tête d'embarquer pour une campagne de pêche à la baleine, c'est ce que, mieux que quiconque, doit savoir le délégué invisible des Parques qui me tient sans relâche sous sa surveillance, qui m'espionne et me file en secret, et, par des voies inénarrables, m'influence et me gouverne. Il apparaît indubitablement que ce mien départ pour cette croisière de grande pêche était partie intégrante du grandiose programme établi et élaboré par la Providence depuis longtemps déjà. Ce devait être une manière de bref interlude, un court solo parmi des exécutions de plus grande envergure, et j'ai idée que cette partie du programme devait se présenter à peu près comme suit :



Néanmoins, si je suis incapable de dire comment il se fait que les régisseuses du Grand Théâtre, mesdames les Parques, m'aient inscrit dans le rôle misérable d'une pêche à la baleine, alors que d'autres que moi se voyaient octroyer de superbes rôles dans d'imposantes tragédies, ou distribuer de petits rôles courts et faciles dans des comédies légères, ou encore de bouffonnes répliques dans de bonnes farces ; – oui, si je suis incapable de dire exactement pourquoi, je crois pourtant pouvoir, à présent que je me rappelle toutes les circonstances, apercevoir quelque peu les ressorts secrets et mobiles cachés adroitement sous toutes sortes de faux-semblants, de déguisements et de masques, qui m'ont amené à jouer malgré moi ma partie dans le rôle qui m'était dévolu, mais non sans me bercer dans l'illusion trompeuse que c'était par le libre choix

de mon seul jugement sans aucun parti pris et par la décision sincère et exclusive de mon unique et personnelle volonté³¹.

1B. Lecture (deuxième traduction proposée) :

Appelez-moi Ismaël. Voici quelques années – peu importe combien – le porte-monnaie vide ou presque, rien ne me retenant à terre, je songeai à naviguer un peu et à voir l'étendue liquide du globe. C'est une méthode à moi pour secouer la mélancolie et rajeunir le sang. Quand je sens s'abaisser le coin de mes lèvres, quand s'installe en mon âme le crachin d'un humide novembre, quand je me surprends à faire halte devant l'échoppe du fabricant de cercueils et à emboîter le pas à tout enterrement que je croise, et, plus particulièrement, lorsque mon hypocondrie me tient si fortement que je dois faire appel à tout mon sens moral pour me retenir de me ruer délibérément dans la rue, afin d'arracher systématiquement à tout un chacun son chapeau... alors, j'estime qu'il est grand temps pour moi de prendre la mer...

Toutefois, quand je dis avoir l'habitude de prendre la mer chaque fois que mon regard commence à s'embrumer, quand je me préoccupe par trop de mes poumons, je n'aimerais pas qu'on en conclue que j'y vais en tant que passager. Il y faudrait une bourse, or une bourse, s'il n'y a rien dedans, n'est qu'une loque. D'autre part les passagers ont le mal de mer, deviennent hargneux, insomniaques et n'ont, en général, pas grand plaisir. Non, je ne m'embarque jamais comme passager, et bien que j'aie quelque chose du loup de mer, je ne pars jamais non plus comme Commodore, Capitaine ou Maître-coq. Je laisse à ceux qui les apprécient ces distinctions et ces titres de gloire. Pour ma part, j'abhorre tout labeur honorable, respectable, les épreuves et tribulations de quelque nature qu'elles soient. J'ai bien assez à faire à m'occuper de moi-même sans assumer la responsabilité de navires, de trois-mâts barques, de bricks, de goélettes et que sais-je encore. Quant à m'engager comme coq – bien qu'il me faille reconnaître le prestige de cet emploi, le cuisinier valant à bord un officier, d'une certaine manière –, je n'ai jamais éprouvé de penchant au rôtissage des volailles... quoiqu'une fois rôties, raisonnablement beurrées, judicieusement salées et poivrées,

³¹ MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Le Club Français du Livre, 1955, p. 3-10.

personne ne parlera des dites volailles avec plus de respect, pour ne pas dire de révérence, que moi...

Non. Quand je prends la mer c'est comme simple matelot de devant le mât, d'aplomb au gaillard d'avant et au sommet du mât de cacatois. À vrai dire, je reçois pas mal d'ordres, on me contraint de sauter d'espar en espar, comme une sauterelle dans la prairie de mai. Au début, cette soumission est assez déplaisante. Vous vous sentez blessé dans votre dignité surtout si vous êtes issu d'une vieille aristocratie terrienne... Combien davantage encore si, juste avant de mettre la main dans le pot à brai, vous posiez en grand seigneur parce que, instituteur de campagne, vous teniez en respect vos plus forts gaillards. Cuisant changement, je vous le garantis, que de passer de la fonction de maître d'école à celle de marin...

Si quelque vieux rat de capitaine m'ordonne de prendre un balai et de nettoyer les ponts, alors quoi ? Quel est le poids de cette humiliation, pesée, il s'entend, sur la balance du Nouveau Testament ? Pensez-vous que l'archange Gabriel aura de moi une opinion meilleure si, dans cette circonstance donnée, j'obéis à ce vieux rat avec promptitude et déférence ? Qui n'est pas esclave ? je vous le demande. De sorte que les vieux capitaines peuvent bien me donner des ordres, m'accabler de coups et de horions, j'ai la satisfaction de savoir que c'est dans l'ordre des choses, que tout un chacun est à peu près logé à la même enseigne – que ce soit sur le plan physique ou métaphysique – et que, l'universel coup de matraque ayant achevé sa tournée, les hommes n'ont plus qu'à se frictionner mutuellement les omoplates et s'estimer contents.

Je m'embarque aussi toujours comme matelot parce que ces messieurs se font un point d'honneur de me payer pour ma peine, alors que je n'ai jamais oui-dire qu'ils aient donné un liard à un passager. Au contraire, les passagers doivent payer. Et il n'y a pas de différence au monde plus grande qu'entre payer et être payé. Le fait de payer est peut-être le pire fléau que nous aient attiré les maraudeurs du Paradis terrestre. Mais être payé... qu'y a-t-il de comparable à cela ? C'est merveille de voir l'empressement courtois avec lequel un homme reçoit de l'argent alors que nous sommes tous fermement convaincus que l'argent est la source de tous les maux affligeant le genre humain, et qu'en aucun cas le riche ne peut entrer au ciel. Ah ! comme nous nous livrons de gaieté de cœur à la perdition !

En dernier lieu, je m'engage toujours comme matelot parce que c'est un sain exercice et pour l'air pur qui fouette le gaillard d'avant. Car, en ce monde, les vents debout

prédominant toujours sur les vents arrière... de sorte que, la plupart du temps, le Commodore ne reçoit au gaillard d'arrière qu'un air déjà frelaté par les marins du gaillard d'avant. Il croit avoir la primeur du vent, mais il n'en est rien. D'une manière à peu près identique, la roture mène ses chefs en bien des domaines sans que ceux-ci s'en doutent. Mais j'ignore la raison pour laquelle, après avoir goûté à plusieurs reprises des embruns en tant que marin marchand, je me mis dans la tête de m'embarquer sur un navire baleinier.³¹²

2. Consigne d'écriture : *Présentez-vous à la première personne. Commencez par : « Appelez-moi... », suivi par votre prénom (10 minutes).*

Partage en binôme.

3. Consigne d'écriture : *Récrivez la présentation de l'autre à la première personne. Commencez par : « Appelez-moi... », suivi par le prénom de l'autre (10 minutes).*

Partage en binôme.

Partage en groupe (choix de deux textes).

³¹² MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Flammarion, 2012, p. 46-50.

4. Atelier sur la lettre

1A. Lecture :

Cher docteur,

Se peut-il que mon message ne vous soit pas parvenu ? Internet et toutes ces choses-là, c'est un peu nouveau pour moi, au début il m'est arrivé d'appuyer sur la mauvaise touche. J'ai passé des jours à réfléchir, tout en patientant. Régulièrement j'ouvre la messagerie électronique de l'ordinateur pour voir si j'ai reçu une réponse de votre part. Rien.

Dans le même temps, je n'appelle plus pour essayer de vous parler. La dernière fois, votre secrétaire m'a dit qu'elle suivait vos consignes, que vous lui avez vous-même demandé de ne plus vous passer mes appels... Je ne peux pas le croire, lui ai-je dit. Je ne peux croire une telle chose. Et elle m'a raccroché au nez. Après cela, je n'ai plus rappelé. Mais je suis toujours inquiet, docteur, je ne comprends pas ce qui se passe. Je ne vois aucune explication logique. C'est pour cela que j'insiste, pour cela qu'il est important que je vous écrive un nouveau message et si important que vous me répondiez.

J'ai par ailleurs songé que vous ne vous souveniez peut-être pas de moi. Est-ce le cas ? Cela me semble curieux, mais pourrait expliquer pourquoi vous ne m'avez pas répondu. Ou peut-être me confondez-vous avec quelqu'un d'autre. C'est également une possibilité. J'ai retourné la question dans ma tête pendant des jours. J'imagine que vous ne vous souvenez pas de la plupart des gens qui passent par votre cabinet. Combien de patients voyez-vous chaque jour ? Sept, huit, dix, douze ? voire plus. À multiplier par les cinq jours de la semaine, naturellement. C'est beaucoup. Vous devez penser qu'il est impossible de se rappeler tout ce monde. Mais je suis sûr que personne ne vous oublie, vous. Pour nous tous, vous êtes le docteur. Notre docteur. Mon docteur. Pour vous nous sommes des malades anonymes, vos patients, des gens qui attendent qu'on s'occupe d'eux. N'oubliez pas ce mot, justement : patients. Des gens qui ont de la patience. Vous, en revanche, vous avez un nom et un prénom. Vous êtes le docteur. Vous êtes unique.

À présent je crains que vous ne preniez mal ce que je viens de vous écrire. J'espère que non. Je vous dis tout cela parce que ça concerne la relation qui me lie à vous. Si vous permettez, je vais vous rappeler notre premier rendez-vous. J'ai découvert votre existence dans une salle d'attente, en lisant une de ces revues médicales qu'on trouve dans les salles d'attente, dans un article vous parliez de la relation entre médecins et malades. Vous disiez, je suppose que vous vous en souvenez, que cette relation fait elle aussi partie du traitement, que la relation entre un médecin et son patient pouvait être une forme de soin ou pas. Vous disiez qu'on ne pouvait pas parler de maladies mais de malades. Que la maladie, de façon abstraite, n'existait pas. Qu'existaient seulement des personnes réelles, les malades, et que la relation entre médecin et patient devait être une relation personnelle, mais aussi une pratique médicale.

Je vous avoue que j'ai été très impressionné. À tel point que je suis immédiatement allé chercher vos coordonnées afin que vous deveniez mon médecin. Je vous l'ai dit lors de ce premier rendez-vous. Et vous m'avez écouté très attentivement. Du moins c'est ce que j'ai senti. J'ai senti que votre intérêt était sincère. Nous avons parlé de mon travail à la compagnie du téléphone. Nous avons parlé de ma vie, de ma famille, de mes parents, de mes frères et sœur. Je vous ai raconté mon divorce, je vous ai dit combien ça s'était mal passé et combien ça se passe encore mal avec mon ex-femme. Puis nous avons parlé de la partie physique. Là aussi vous vous êtes montré très attentif. Je sentais que vous m'écoutez avec un intérêt profond et authentique, avec respect. J'ai essayé de vous expliquer dans le détail ce qui m'arrivait. Comme j'ignore si vous vous en souvenez ou non, je crois devoir le répéter. S'il vous plaît, faites à présent preuve d'un peu de patience à mon égard.

Depuis un certain temps, je souffre de brusques chutes de tensions, une décompensation interne qui me précipite presque chaque jour au bord d'évanouissement permanents. Les symptômes sont clairs : sueurs froides, pâleur, sensation de faiblesse, abaissement de la température du corps... Et naturellement un peu de nausée, comme n'importe qui juste avant de s'évanouir. Je vous ai raconté cela et vous avez tout noté. Vous m'avez posé des questions. Puis, vous m'avez examiné, vous avez mesuré ma tension. « Douze-huit », avez-vous conclu. Avant d'ajouter : « Très bien ». Je vous ai alors parlé de l'article que j'avais lu, je vous ai dit que c'était suite à cet article que j'étais venu vous voir. Vous avez simplement souri avec amabilité. Je vous assure que j'étais certain d'avoir enfin trouvé un médecin auquel me fier.

Lors de notre second rendez-vous, cette fois vous vous en souvenez sûrement, je suis venu avec les examens que vous m'aviez prescrits. Un examen hématologique complet et une analyse des lipides. Vous m'avez traité avec la même gentillesse que la première fois et nous avons même plaisanté un peu... Puis nous en sommes venus aux questions médicales. Vous m'avez dit que les examens étaient bons, que j'allais bien. Évidemment je vous ai rétorqué que c'était impossible. Je continuais à avoir les mêmes nausées. Peut-être n'avez-vous pas apprécié que j'insiste. Mais je devais le faire. C'était moi qui m'évanouirais, pas vous. C'est d'ailleurs ce que je vous ai dit. Vous m'avez alors assuré que j'allais bien. Que je ne m'évanouirais pas. Qu'il était physiquement impossible que je m'évanouisse. Cette fois-là, vous m'avez demandé de vous croire, de vous faire confiance. Et je l'ai fait, docteur. Maintenant c'est à moi de vous demander la même chose : croyez-moi, ayez foi en moi, faites-moi confiance. S'il vous plaît, répondez-moi !

Dans l'attente d'une rapide réponse, très cordialement...³³

2. Activité en binôme ou trinôme à l'oral : *Imaginez les événements autour de la lettre et les identités des figures mentionnées, en leur donnant un nom et un prénom* (10 minutes).

Partage en groupe (noms et prénoms).

3. Consigne d'écriture : *Répondez à la lettre du patient* (10 minutes).

Partage en binôme ou trinôme.

4. Consigne d'écriture : *Répondez à la lettre de votre partenaire que vous venez de « recevoir »* (10 minutes).

Partage en binôme.

Partage en groupe (choix de deux lettres).

³³ TYSZKA (Alberto Barrera), *La Maladie*, Paris, Gallimard, 2010, p. 26-30.

5. Atelier sur le journal

1. Lecture :

13 février 1942

La nuit a été très pénible, j'ai retrouvé cette sensation de cœur défaillant que j'avais déjà connue il y a quelques semaines, l'impression d'avoir dans la poitrine un organe qui va cesser sa tâche, si ce n'est pas maintenant, dans quelques minutes, une promenade en bordure de l'agonie, l'impression que chaque battement est une nouvelle chance sur laquelle on ne pourra pas compter longtemps.

Je suis si las que je n'aurai plus la force d'aller à mon bureau demain. Cette fois il faudra renvoyer les malades qui ont rendez-vous. Ça, c'est vraiment une abdication, une défaite. Les rôles sont renversés.

Je voudrais me plonger dans une torpeur dont je ne me sens pas loin, mais c'est une torpeur sans images ou aux images d'un vilain gris sale et indistinct, une torpeur qui a quelque chose de fétide.

J'ai une impression : le personnage qui suffoque est-il entièrement moi-même ?

J'essaie de suivre une pensée qui serait rassurante, qui voisinerait avec une certaine notion du moi, mais c'est là le caractère de cauchemar de ce grouillement de la pensée ; il me vient l'idée que la solution du problème a quelque rapport avec la composition d'une farine médicale.

Il me semble qu'en restant tout à fait immobile et penché en avant et surtout en suivant bien le rythme voulu de mes respirations saccadées, je pourrai maintenir un compromis entre la paresse de mon cœur et la nécessité de le faire durer.

Je pense que mes malades de demain viennent de loin, l'un du fond du département, l'autre de la ville voisine ; le troisième ne m'intéresse pas, c'est un petit timide, malveillant, antipathique.

Pour combien de temps vais-je m'enfoncer dans la situation de maladie ? J'ai connu cet abandon quand j'étais enfant, mais il me semble qu'alors quelque chose en moi avait la certitude d'une reprise ultérieure, maintenant je ne sais plus.

Une sensation de sécheresse dans le nez me semble devoir ajouter un comble à mes difficultés respiratoires. J'ai l'impression que quelque chose, là, va se boucher qui rendra tous les autres efforts inutiles.

Il y a quelque chose de changé depuis l'âge de quatorze ans, quand j'ai brusquement renoncé aux séries ininterrompues de maladies avec lesquelles je confondais mon enfance et, à l'exception d'une maladie de guerre qui entre 1915 et 1918 m'a tout de même sauvé la vie en me retirant des champs de bataille, je n'ai jamais pris le lit ni interrompu mon travail une seule journée.

Il faudra admettre que la vie, en tout cas, ne sera plus exactement ce qu'elle a été jusqu'ici³⁴.

2. *Trouvez un mot qui résume chaque paragraphe. Tout le groupe doit être d'accord.*

3. *Consigne d'écriture : Écrivez une page de journal, avec la date d'aujourd'hui (10 minutes).*

Partage en groupe.

Prise de notes (2 minutes) après chaque partage.

4. *Consigne d'écriture : Écrivez la suite du journal d'un autre participant de votre choix avec la date de demain (10 minutes).*

Partage en groupe.

Deviner le texte de départ.

³⁴ ALLENDY (René Félix Eugène), *Journal d'un médecin malade*, Paris, Denoël, 1944, pp. 1-2.

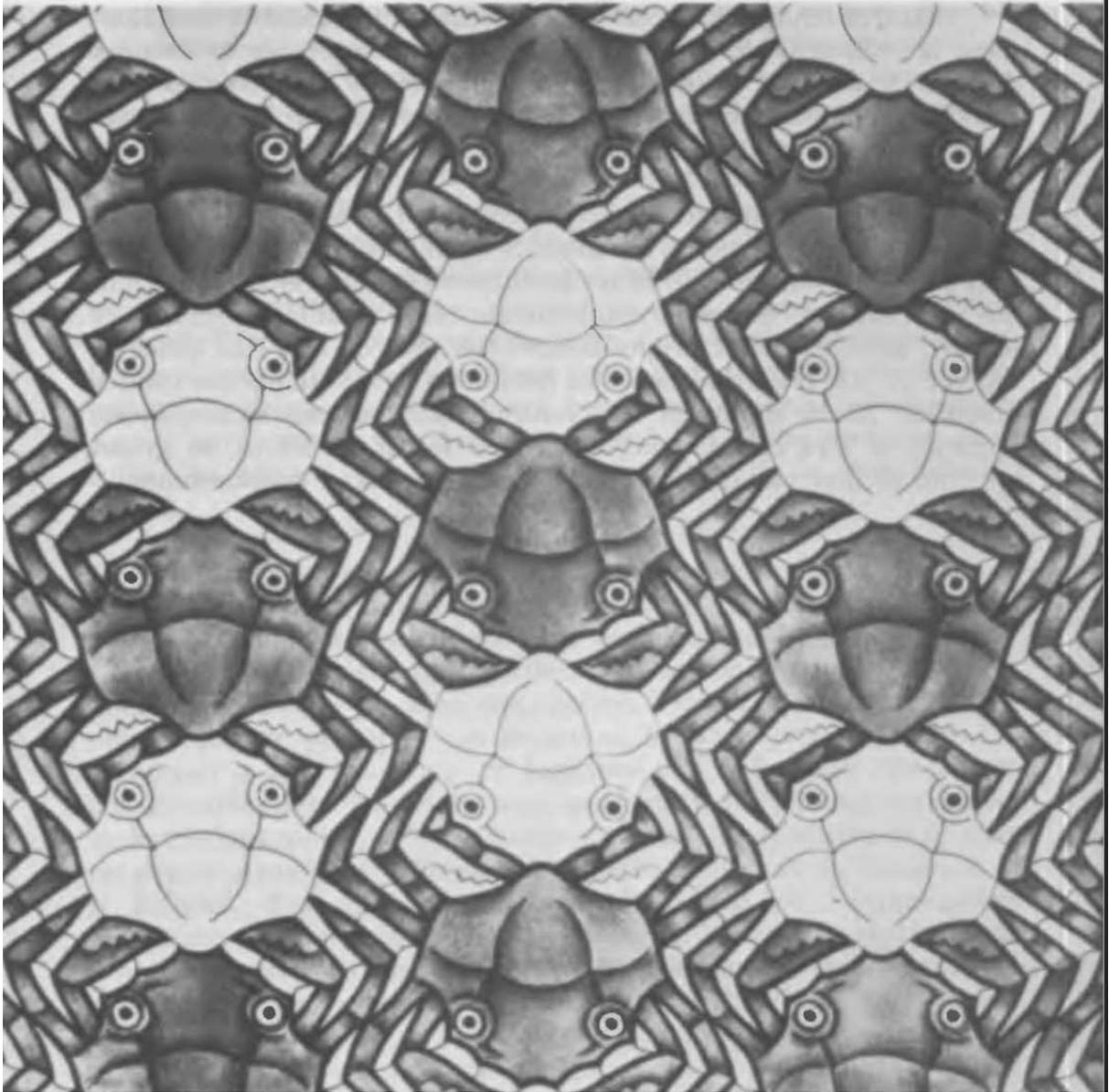
Annexe 2

Les images



Portrait de Sabine Sicaud (1924)

Bibliothèque d'Agen



Maurits Cornelis Escher (1898-1972)

Canon Cancrizans (1965)



Alexandre Denis Abel de Pujol (1825-1861)

La Mort de Marie Stuart (s. d.)

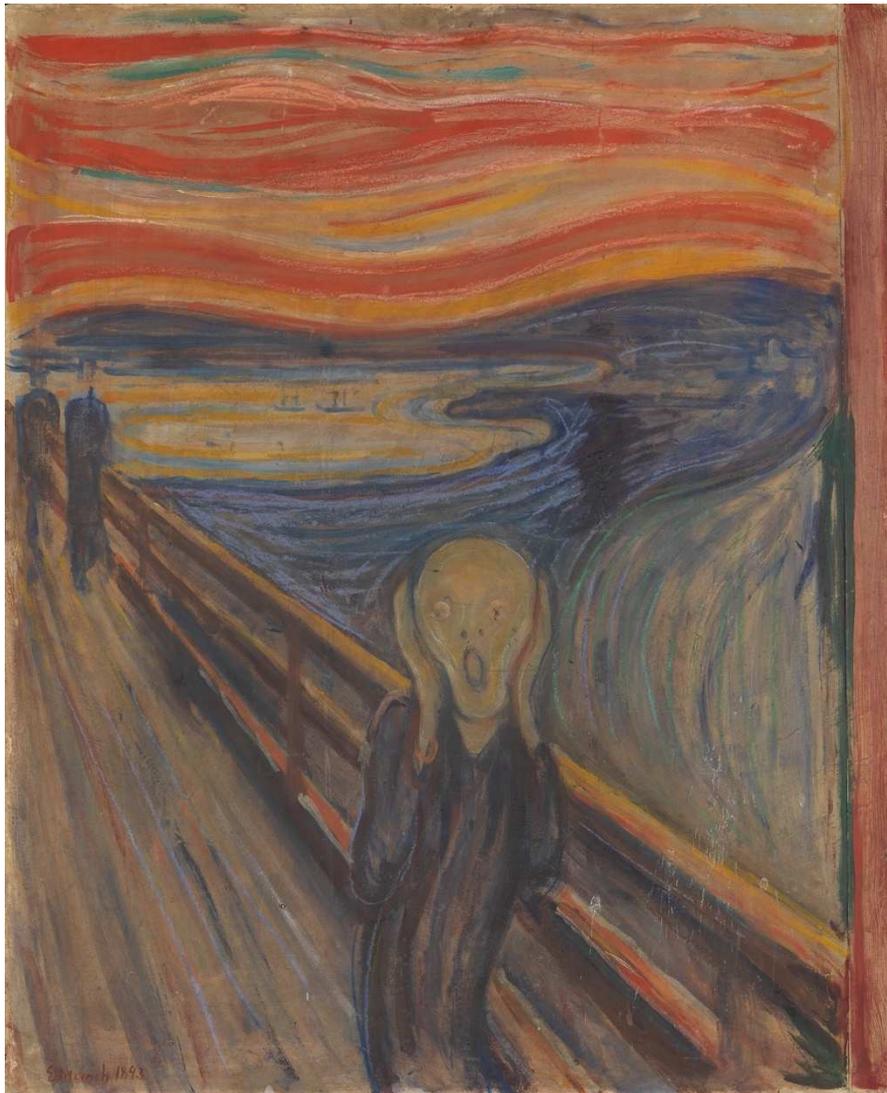
Musée des beaux-arts, Valenciennes



Pablo Picasso (1881-1973)

Guernica (1937)

Museo nacional centro de arte Reina Sofia, Madrid



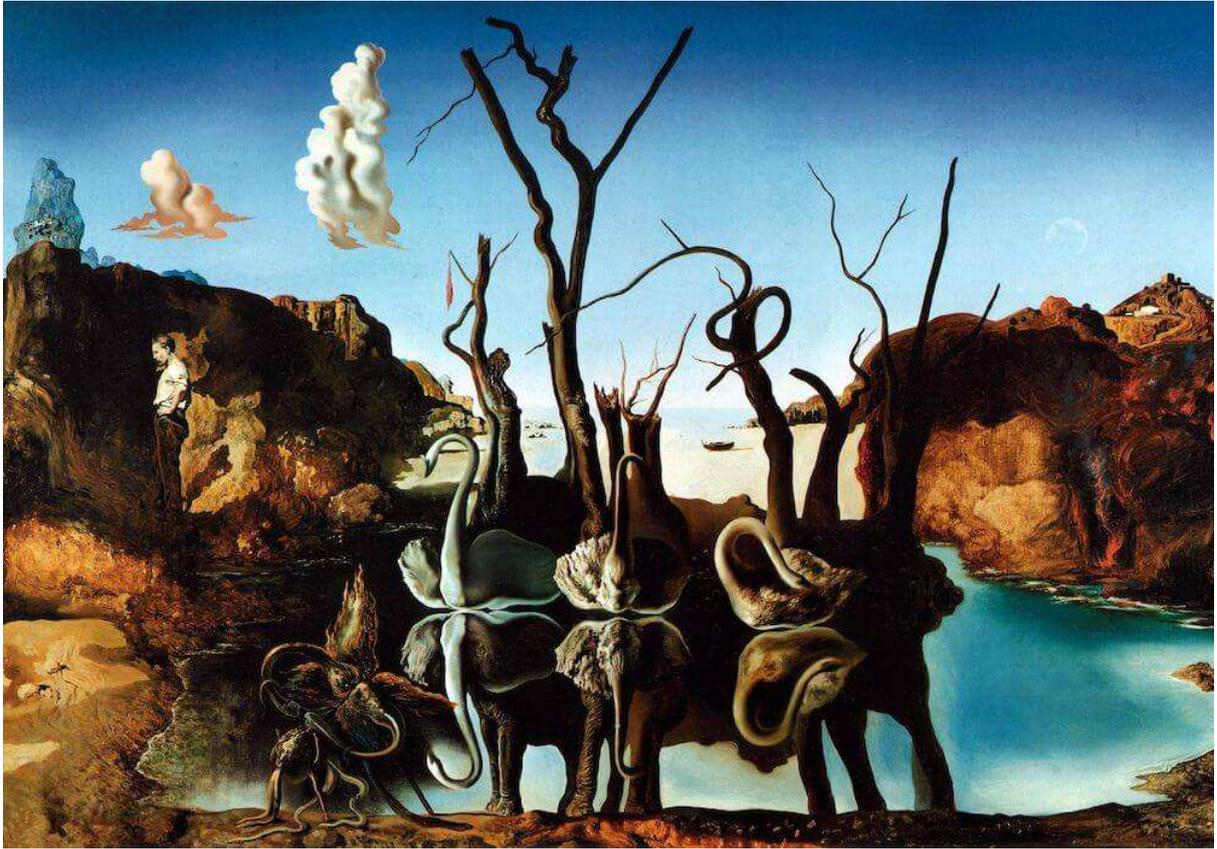
Edvard Munch (1881-1973)

Le Cri (1893)

Munchmuseet, Oslo



Pierre Soulages (1919)
Peinture 324 x 362 cm : Polyptyque C (1985)
Musée National d'Art Moderne, Paris



Salvador Dalí

Cygnes se reflétant en éléphants (1937)

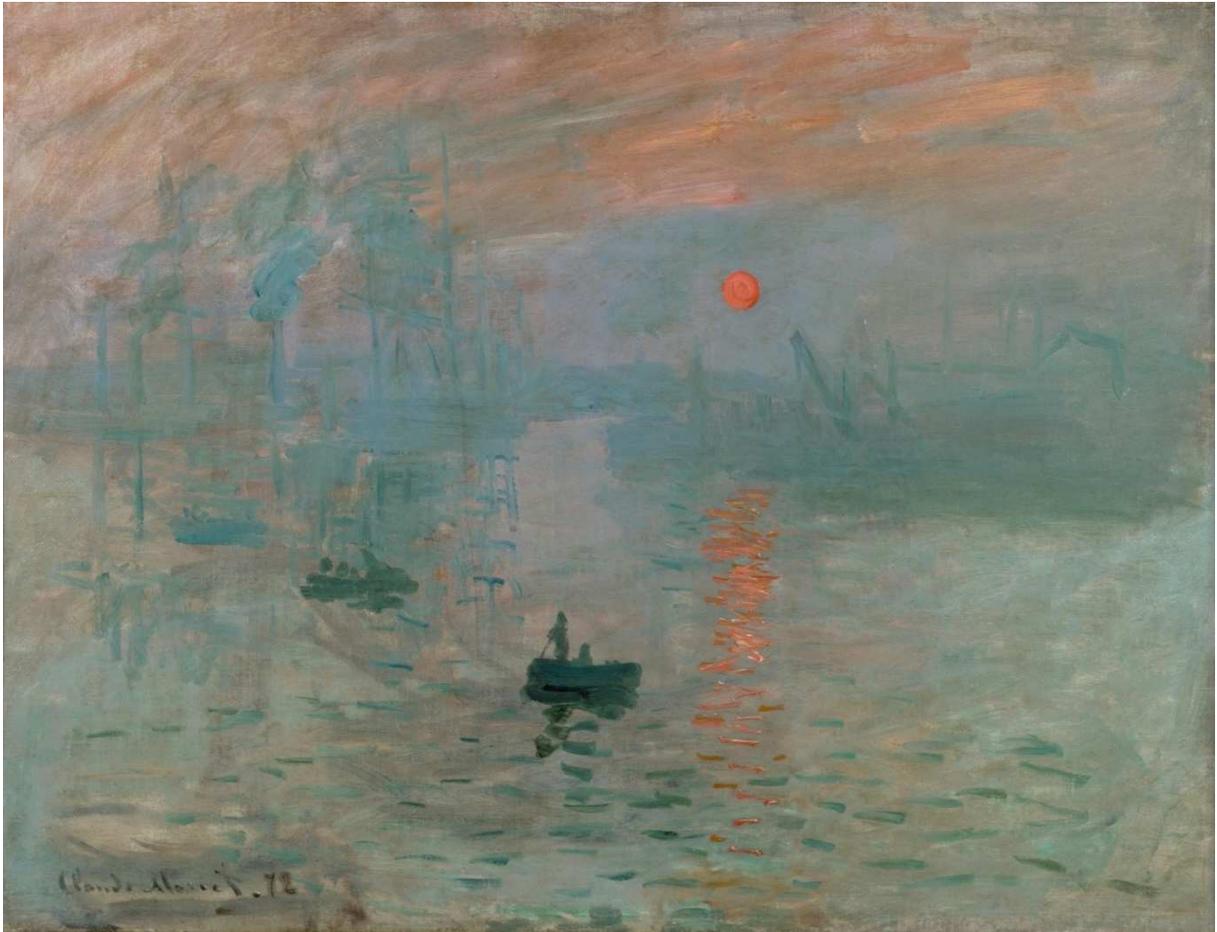
Cavalieri Holding, Genève



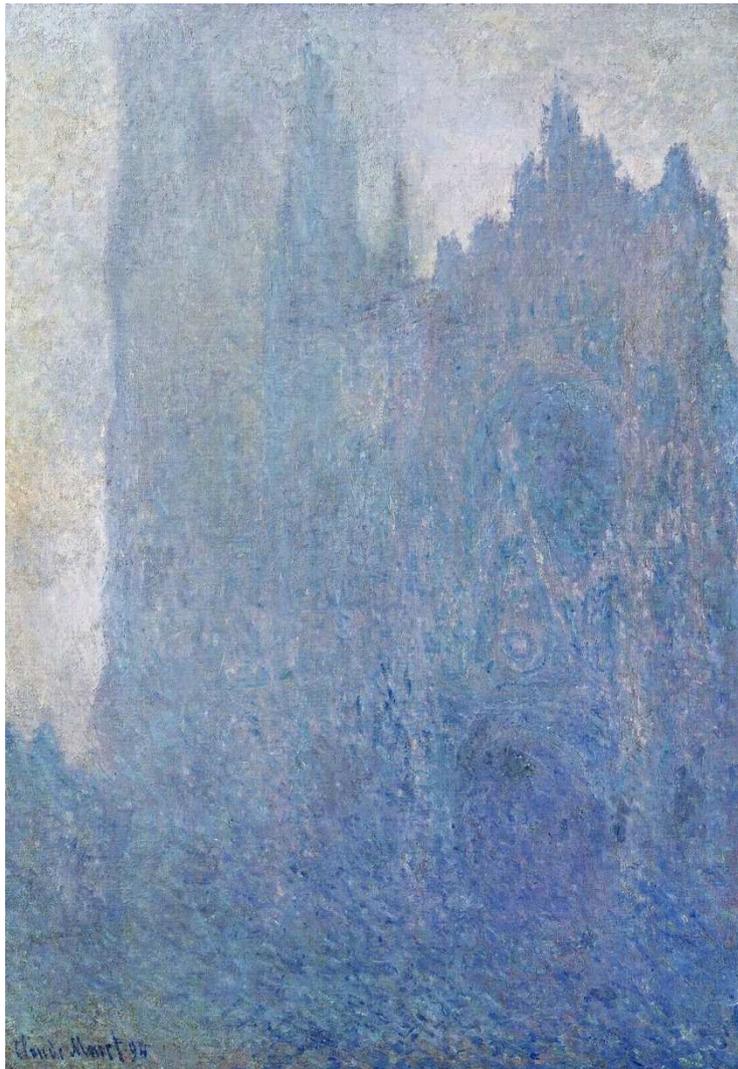
Jan Steen (1626-1679)
La Visite du médecin (1661-1662)
Wellington Museum, Londre



René Magritte (1898-1967)
La Condition humaine (1933)
National Gallery of Art, Washington



Claude Monet (1840-1926)
Impression, soleil levant (1872)
Musée Marmottan, Paris



Claude Monet

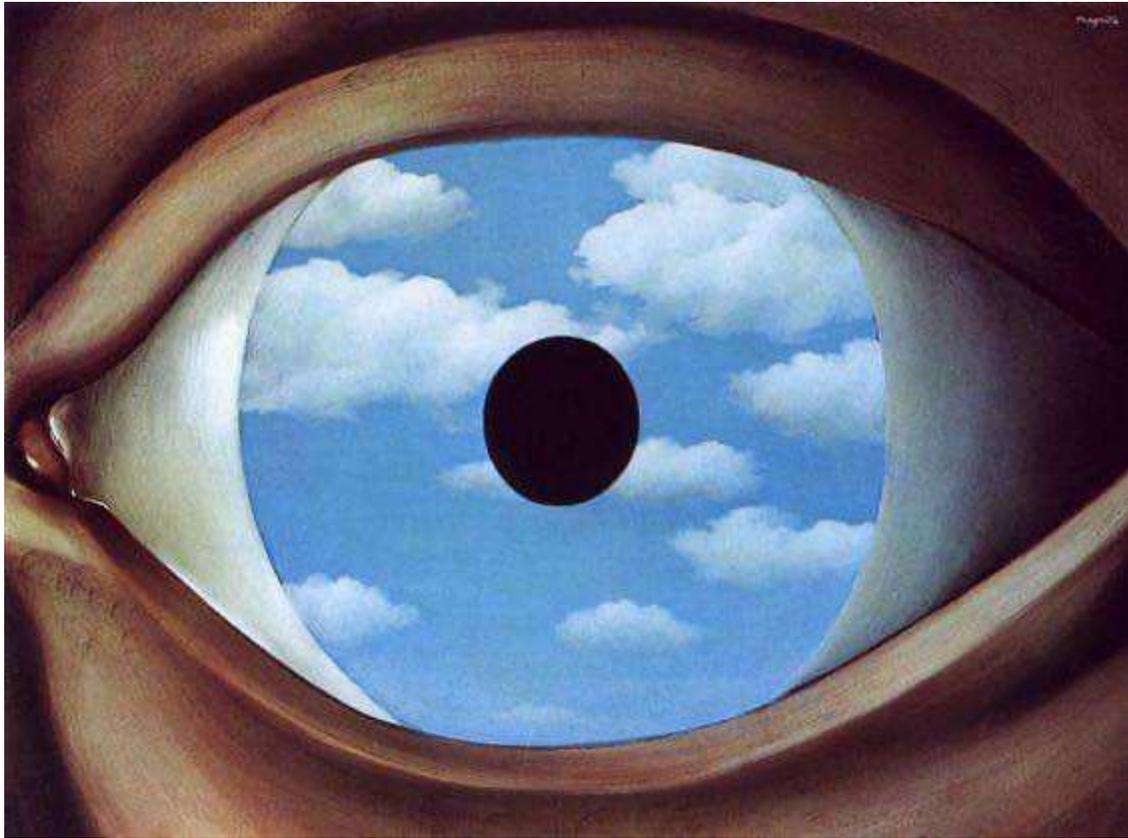
La Cathédrale de Rouen dans le brouillard (W1348, 1894)

Collection privée



Claude Monet

La série des « Cathédrales de Rouen »



René Magritte

Le Faux Miroir (1928)

The Museum of Modern Art, New York



Pierre-Auguste Renoir (1841-1919)

Noirmoutier (1892)

Barnes Foundation, Philadelphia



Banksy (1974)

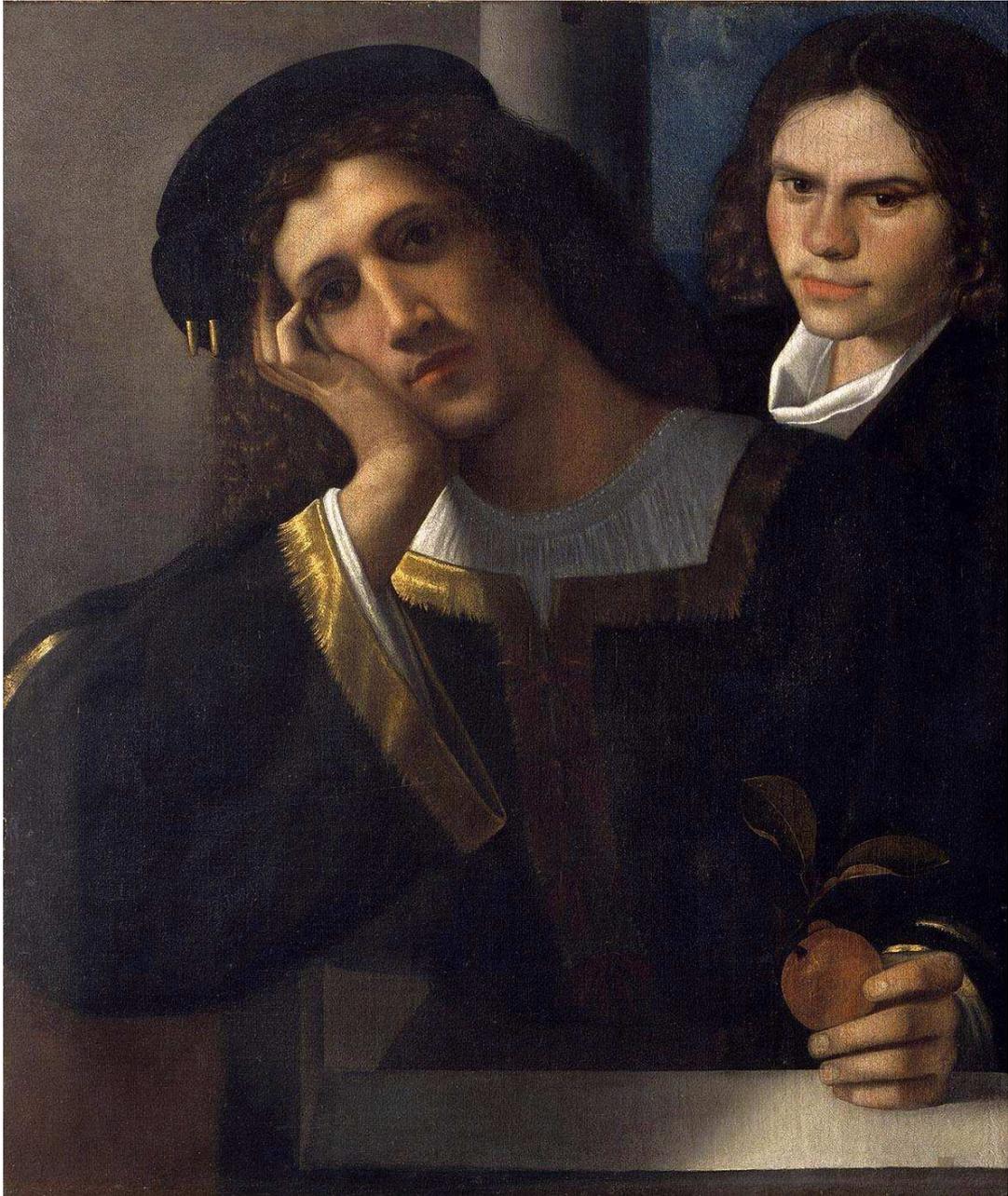
Girl with Balloon (2000)

Pont de Waterloo, Londre



Sarah Moon (1941)

Julie Stouvenel (1989)



Giorgione (1478-1510)

Double portrait (1502)

Museo nazionale del Palazzo di Venezia, Rome

Annexe 3

« Qu'est-ce que vous voyez dans ce texte ? »

1.A

Dans ce texte, je vois l'expression d'un duel entre ce que le docteur doit faire pour honorer son serment de médecin et sa part d'homme avec une fragilité et l'angoisse qui en ressort. Ce texte montre que nos actions se dictent parfois contre notre volonté intérieure et que nous ne sommes pas maîtres de nos actions.

1.B

Ce que je vois dans ce texte c'est la différence de discours entre ce que ce jeune médecin exprime à l'oral et ce qu'il pense en réalité.

On le sent effrayé lors de ses réflexions mais son discours est assuré voir même autoritaire et culpabilisant envers la mère.

Il est paralysé par une peur intérieure, en vient même à regretter d'avoir étudié la médecine mais à la fin de l'intervention dit à la famille de ne pas avoir peur.

On peut sentir sa fragilité en tant que jeune médecin avec peu d'expérience qui se sent dépassé par la tâche qu'il doit soudain accomplir et des responsabilités dont il est responsable. Il en perd un peu son humanité dans ses réactions envers la famille sans s'en rendre compte.

2.A

À la lecture de ce texte, je sens ou vois comme un frisson. Je suis aussi inquiète que ce jeune médecin partagé entre l'envie d'agir et la peur de voir l'enfant mourir. Je repense aux vieilles urgences, lorsque j'étais interne, cette inquiétude, ces sensations qui te font revenir tel qu'un cheval au galop tout ce que l'on a appris pendant nos études.

2.B

J'ai eu beaucoup de plaisir à relire ce texte qui m'avait déjà beaucoup ému à la première lecture.

J'aime la description de ce jeune médecin dans la nuit et dans le froid de la Russie qui va convaincre la mère qu'il peut sauver sa fille alors qu'il n'en est pas vraiment sûr lui-même et qu'il est obligé d'aller voir dans un livre comment faire une trachéotomie. En tant que médecin, il est facile pour moi de m'identifier à ce personnage car on est parfois obligé de « prendre sur soi » et de faire des choses qu'on n'a jamais fait, de se surpasser pour essayer de sauver des patients.

A la deuxième lecture, on est plus attentif aux descriptions, alors qu'à la première lecture, j'étais inquiète et curieuse de savoir si le médecin allait réussir ou pas à sauver la fillette.

A la deuxième lecture, on sait qu'elle va vivre donc on a plus de temps pour détailler le texte, la forme et les descriptions.

3.A

La naissance d'un médecin.

3.B

Un jeune médecin fait l'expérience de l'inconnu qui caractérise la pratique du soin. Il se sent dépassé, perdu, ne croit pas en lui. À la peur s'ajoute la colère, mais tout fini bien.

4.A

Un jeune médecin face à une situation d'urgence qu'il n'a jamais vue auparavant. Il est face à la souffrance d'une mère et de son enfant. Une prise de décision qui doit être rapide et une gestion de ses craintes.

4.B

Moi, je vois dans ce texte un jeune médecin appelé en urgence pour un enfant qui va mal, avec une équipe – l'infirmier et la sage-femme – prête à intervenir.

Je vois cette maman qui porte son enfant qui a du mal à respirer, et ce médecin qui pose un diagnostic et propose une solution, et la peur et la surprise de son comportement. Il arrive à rester calme alors qu'il n'a jamais fait de trachéotomie.

Je vois aussi cette maman avec l'autre personne, dite « la vieille », qui refusent mais qui finissent ce soin.

5.A

La détresse d'une maman. La peur de voir son enfant souffrir. Un médecin jeune, diplômé, calme et sûr de lui en apparence, mais qui, à l'intérieur de lui-même, était paniqué. Le courage et le doute face à sa proposition d'opérer, et intérieurement il espérait peut-être un refus de la famille de cette petite fille de trois ans. Le soulagement du cris de cette petite fille qui finalement respire.

5.B

Un jeune médecin diplômé depuis deux mois, la difficulté à prendre une décision médicale pour une petite fille souffrante de problèmes respiratoires, la détresse de la famille et le refus de celle-ci de pratiquer une intervention chirurgicale. Son inquiétude voyant cette petite fille qui souffrait et qui commençait à changer de couleur de peau.

6.A

Je vois... plutôt, je sens la solitude du médecin, je ressens son humanité qui est touchée par la fillette et la situation dramatique. Je ressens la panique du médecin et le fait que sa pensée soit comme arrêtée subitement. Je ressens aussi son dilemme intérieur entre la facilité qu'il y aurait à ne pas opérer et le courage de cette voie qui est finalement plus forte que lui. Je ressens toute son humilité.

6.B

Il y a à la fois la description de la situation, de l'action, mais également l'analyse des émotions et ressentis du médecin mais aussi des autres protagonistes. Du coup, c'est à plusieurs niveaux de lecture qui peuvent se faire, essentiellement du point de vue du médecin, qui dissèque la scène et ses ressentis. Toute l'action se passe dans l'ordre chronologique, et au présent, ce qui intensifie le vécu du lecteur, comme si on était présent durant toute la scène. On passe par toutes les étapes émotionnelles du médecin : une forme de peur, qui est balayée par le sens du devoir, le doute, la fermeté dans l'action, puis l'attente et enfin le soulagement et le « lâchage » final. Un sommeil sans rêve.

7.A

Émotion, humilité, humanité, médecin qui a beaucoup de responsabilités sans expérience. Être humain qui agit avec humilité et humanité face à une situation non connue. Du bon geste. Texte qui dégage beaucoup d'émotions dans le ressenti du médecin, de la mère et de l'enfant. On a l'impression de vivre la scène au fur et à mesure de la lecture. Beaucoup de descriptions précises.

7.B

Texte descriptif d'une situation donnée.

Texte narratif, décrit par l'auteur avec ses sentiments, ses peurs et ce qu'il pense être des faiblesses.

Un titre qui relate le moment avec le nom du narrateur.

C'est un texte d'histoire parallèle, ou dossier parallèle ?

Cela peut amener à un débat par la suite qui permettrait de discuter des difficultés ressenties du narrateur et pouvoir en discuter aussi avec ses pairs, les membres de l'équipe présente (les sages-femmes et les infirmiers).

Le fond et la forme de l'écrit peuvent, je pense, aussi aboutir à des analyses de pratiques professionnelles ou bien des groupes de parole qui permettraient de libérer des angoisses, des craintes de chaque professionnel.

8.A

– La nuit – Une lumière – Réverbère – Pièce de consultation – Personnel soignant –
Le médecin – La mère – L'enfant – Architecture – Un bâtiment – La cour – L'hôpital –
Des allers-retours.

8.B

Dans ce texte, je remarque d'abord le titre qui ne m'avait pas interpellée la première fois mais qui prend tout son sens à présent : *La Gorge en acier*, métaphore du tube introduit dans la trachée.

Le narrateur se souvient de sa première trachéotomie et en raconte les détails, il décrit de façon précise le lieu, l'espace et le temps.

Sa lecture m'évoque les mouvements d'une caméra qui irait des plans larges, descriptifs, jusqu'à cibler l'intensité et l'urgence de la situation.

L'auteur semble comme dédoublé, il y a une dichotomie entre l'énormité de ce qu'il se prépare à faire et le calme qui l'envahit et le pousse à agir.

9.A

La solitude du médecin.

La magie du diagnostic et du traitement.

La richesse de la rencontre avec le patient et la famille.

La beauté et la poésie de la situation malgré le drame.

9.B

La solitude du médecin.

L'angoisse de ne pas y arriver, de ne pas « faire bien », de ne pas restituer ce qu'on a appris.

La beauté et la poésie de la scène.

La description très littéraire de la petite fille.

Le tourbillon des pensées dans le cerveau du jeune médecin.

L'émotion qui peut paralyser la réflexion.

La chute de pression brutale après un stress immense.

10.A

Une expérience, mais il n'est pas le seul. Parallèle avec l'actuel. Émotion accrue des autres. Vertus, décisions plus difficiles qu'en famille. Pas d'accord. Intérieur-extérieur. Voie intérieure versus discours. Vie, émotions persos versus cadre professionnel. Discussion, valeurs versus pratique professionnelle. Je vois des émotions qui nous effraient et nous transportent, cette individualité transcendée par le rôle qui nous est donné par la société. Mon changement en fonction de ce que l'on attend de moi. Le peu de fierté au final exprimé, et le doute, l'universalité et l'intemporalité des ressentis problématiques.

10.B

Texte qui décrit une scène passée et racontée par celui qui l'a vécue.

L'auteur, Mikhaïl Boulgakov, est alors un jeune médecin et il raconte une de ses premières expériences en tant que jeune médecin.

S'y mêlent des descriptions et des termes médicaux et le descriptif d'émotions.

S'entremêlent l'image, l'expression calme, presque froide, du jeune médecin, et le bouillonnement de ses émotions fortes mais contenues.

Ce sont les décisions rapides à prendre qui font naître le suspens. Le sujet aussi, car il est question de la vie ou de la mort d'une fillette.

Il est décrit par le verbatim des personnages, des interventions et influences qu'exerce les protagonistes pour décider, la peur et l'angoisse du médecin quand il s'agit de faire le geste, qu'il n'a jamais effectué, les quelques instants de peur de l'échec et une fin de rêve... D'ailleurs, le médecin s'endort et, précise-t-il, il ne fait pas de rêve.

11.A

Je vois une situation d'urgence médicale. Je vois un jeune médecin, chirurgien, confronté à une situation d'urgence médicale. Il fait un diagnostic, pose une indication thérapeutique qui pourrait sauver une petite fille de trois ans d'une mort certaine, n'a jamais réalisé l'intervention. Il surmonte ses peurs et sauve la petite.

11.B

Le narrateur parle à la première personne. Il décrit un évènement du passé avec beaucoup de détails, détails sur le lieu, les faits, avec des descriptions très précises de la petite fille. Le narrateur est un jeune médecin confronté à une urgence vitale. Il fait un diagnostic. Il propose un geste qu'il connaît à travers les livres, mais ne l'a jamais réalisé. Il s'interroge, il décrit sa peur de faire le geste. Il décrit son dilemme. Il espère presque le refus de la mère. Une fois le geste réussi, il s'endort.

12.A

Plusieurs thèmes sont mis en lumière dans ce texte : responsabilité, manque d'expérience, intérêt du travail en équipe. Ce jeune médecin, malgré son manque d'expérience, prend ses responsabilités, s'en sort plutôt bien avec l'aide de l'entourage présent.

12.B

Journal d'un médecin. Narration rythmée. Parle de ces débuts de jeune médecin, sorti de formation et avec peu d'expérience. Il est confronté à la réalité d'une situation d'urgence qu'il n'a pas encore vécue, et doute de ses capacités. Cependant, il est bien accompagné et entouré par des personnes avec beaucoup d'expériences et de vécus que lui-même. Face au refus de soins par la famille pour sauver cette petite fille en urgence vitale : dilemme. Happy end, cependant. Petite fille sauvée. Médecin ressorti avec plus d'expérience.

13.A

- Du stress
- De la remise en question
- Diminution de l'estime de soi
- Conflit intérieur
- Fuite
- Courage
- Équipe
- Envie de bien faire
- Enjeu
- Pression
- Soutien
- Cohésion
- Prise en compte d'autrui

13.B

- De la peur
- De la remise en question
- De l'éthique
- Du questionnement
- Du sang froid
- Confiance, esprit d'équipe, soutien, relais
- De la fuite, puis de la prise de conscience, de la prise de responsabilité
- Ça cogite. Ça va vite, aussi vite que l'urgence de l'acte
- L'écriture renvoie du rythme (urgence)
- Humilité (il faut savoir dire qu'on ne sait pas où se documenter pour acquérir les connaissances encore non utilisées)
- Soulagement

14.A

On voit un homme face à une situation qu'il redoute, qui l'effraie. Il croit qu'il va échouer. Donc il pense abandonner, mais il va au-delà de son appréhension et réussit à s'en sortir.

14.B

Dans ce passage, on ressent l'angoisse et la précipitation du médecin face à cette situation. Le texte est rythmé, avec une accumulation de descriptions, puis un dialogue avec des phrases courtes, qui accentue cette sensation d'urgence et d'angoisse.

Le médecin est très partagé. Il pense des choses et dit le contraire. Intérieurement, il est terrifié, mais il n'en laisse rien paraître. Les actions s'enchaînent, on n'a l'impression d'une rapidité dans le déroulement mais à la fois aussi comme si le temps s'était arrêté quand il réfléchit ou quand la petite fille ne se remet pas à respirer tout de suite.

15.A

Égocentrique. Jeune médecin face à ses responsabilités. Prendre conscience de la situation. Au cas de la prise en charge, des très petites filles et familles, prise du risque, savoir, même si l'expérience...

15.B

C'est un récit d'un évènement qui a marqué l'auteur. L'auteur est le narrateur. Le « je » est utilisé. C'est un passage qui lui permet de s'exprimer à l'écrit. De nombreuses émotions y sont présentées qui peuvent aller de la stupeur au stress. Ces émotions sont en lien avec les temps qui sont décrits. L'auteur prend le temps de décrire l'environnement, les personnes qui l'entourent lorsqu'il prend le temps d'observer, tout comme lorsque les actions s'enchaînent, il décrit de manière « accélérée ».

16.A

C'est le souvenir d'un médecin le jour de la venue d'une petite fille à deux doigts de mourir étouffée. Le souvenir est fait de ce qu'il a traversé comme environnement physique, la nature et son état et aussi le contenu de ses pensées qui se déroulaient à toute vitesse. Il se souvient du revirement de sa pensée face à une situation où il était seul décisionnaire.

16.B

Aujourd'hui à la lecture de ce texte, je ressens une avancée dans le récit plus régulière, que lors de la première fois, où le texte de *La gorge en acier* avait été partagé.

Les personnages sont plus distincts aussi, à mon entendement, je peux les visualiser plus facilement car le sentiment, ou la sensation est plus posée, moins hâtive que la première fois.

Le texte paraît équilibré, la description se fait étape par étape, le chirurgien dont les pensées sont présentées dans ce texte, est habité par une responsabilité qui le conduit à dépasser ses intentions de laisser tomber.

Il est porté par le respect de la profession qu'il exerce, le respect des patients dont la vie dépend de lui.

17.A

Les pensées profondes d'un jeune médecin face à la difficulté et à la responsabilité professionnelle et le diagnostic. Un geste opératoire. Peur de pratiquer le geste et de la mort. Sensibilité aux détails et à l'observation. La description de l'environnement et des personnages qui l'entourent.

17.B

Dans ce texte un jeune docteur raconte une expérience passée. Il décrit la prise en charge en urgence d'une petite fille atteinte du croup diphtérique, nécessitant une trachéotomie. L'auteur écrit ce texte à la première personne. Il décrit le contexte, donc un jeune médecin responsable d'un hôpital. La scène se passe en hiver. Il décrit chaque personnage présent lors de l'épisode, avec soit des détails physiques soit selon leur profession. L'auteur nous raconte cette histoire à travers son ressenti.

18.A

Un jeune médecin qui vient de découvrir toute la difficulté de sa profession, mais aussi un homme... face à une famille en détresse qui ne peut montrer ses doutes, ses peurs, et se doit d'espérer toujours.

18.B

C'est le récit d'un jeune médecin qui relate une nuit de garde le 29 novembre. Il est accompagné par son équipe, plus ancienne dans le service. Il doit faire face à une urgence. Il s'agit d'une petite fille de trois ans accompagnée par sa mère et une autre femme plus âgée. Cette fillette de toute beauté a le « croup diphtérique », et est en grande difficulté pour respirer. La seule solution de sauver, pour elle, est l'opération, mais le jeune médecin n'est pas tout à fait à l'aise avec cette intervention.

19.A

- Urgence vitale
- Angoisse
- Peur
- Risque de mort d'un enfant
- Courage
- Incertitude
- Responsabilité
- Soulagement : dénouement heureux
- Poids de la réussite pour l'auteur

19.B

D'une part, je vois un médecin qui est empreint de peur et solitude. La solitude de ce jeune médecin, à qui l'on a confié la lourde responsabilité d'un hôpital. Et je vois aussi chez lui finalement, après une évaluation d'une situation dramatique où le pronostic vital d'un enfant est engagé, même s'il est entouré d'une équipe soignante qui le soutient, finalement le courage, l'efficacité, les bons réflexes et la réussite malgré tout, alors qu'au tout début il était presque soulagé de ne pas avoir à opérer cette petite fille pour ne prendre aucun risque. Et d'autre part je vois une fillette de trois ans, belle comme un cœur, amenée par sa mère dans un état critique, en grande détresse, devant faire face à la terrible annonce du médecin d'une mort certaine, imminente, le désarroi, l'horreur, puis la lueur d'espoir et finalement la vie.

20.A

Happy end. Les affres intérieures d'un médecin qui doit prendre une décision dont il n'est pas certain, ni de sa dextérité, ni du résultat final. Boulgakov. La solitude du médecin au moment où il doit prendre la décision, et au retour seul chez lui. La Russie par les parements des femmes et les foulards.

20.B

Je vois le dialogue intérieur d'un médecin inexpérimenté et ses incertitudes théoriques, face à une situation de vie ou de mort et face à une situation « en vrai ». Il se questionne sur le sens de sa mission de médecin. On le voit à la fois soulagé du refus de soin. Ce sera finalement moins difficile pour lui.

Puis, je vois une équipe bienveillante à ses côtés. Je vois aussi une famille, une mère terrorisée par l'état de son enfant, sa petite fille, un ange blond, dont le pronostic vital est en jeu.

Annexe 4

Groupe A

A.1.1

J'ai été très surprise d'écrire dès la première séance de médecine narrative avec une certaine facilité et beaucoup de plaisir. Avoir un temps court et limité me stimulait et me permettait d'écrire vite mais sans trop me relire et donc cela libérait donc mes inhibitions.

Mais j'ai été encore plus surprise d'avoir écrit lors de la première séance sur le thème « la première fois que... » Car j'ai raconté alors la première fois que j'ai vu en consultation une jeune femme nommée X, très belle et non fumeuse, et que je devais lui annoncer qu'elle avait un cancer du poumon. Cette consultation a sans doute été une des plus pénibles de ma vie dont et j'en garde un souvenir très précis et très triste. Pour avoir raconté cette histoire qui a plus de dix ans devant un groupe que je ne connaissais pas mais avec qui je n'ai pas rapport professionnel direct, donc pas la crainte d'être jugée ou de paraître trop émotive ou fragile...

Outre cette interrogation « comment j'ai osé raconter cette consultation qui m'avait bouleversée ? », je me suis rendu compte que j'avais eu plaisir à écrire cette histoire et qu'en plus cela m'avait fait du bien, comme si cela m'avait libéré de pouvoir l'écrire et le lire à d'autres.

A.1.2

L'atelier de médecine narrative a lieu une fois par mois le X depuis un an.

Nous sommes un petit groupe de 5 ou 6, à venir régulièrement.

Nous avons partagé la lecture et l'écriture de textes et il est clair qu'une relation de confiance existe maintenant entre nous. C'est sans doute cette relation qui fait la force de cet atelier.

Le X matin, quand je sais que l'atelier va avoir lieu, cela me réjouit. Sortir du quotidien, pouvoir parler de soi, de ses questionnements, de ses patients difficiles, de ses émotions est un bienfait et une détente. Malheureusement, on ne peut pas le faire aussi simplement avec les autres médecins de son service car il y a toujours une défiance alors qu'on pourrait s'entraider ou se parler. Son vécu de la relation avec un patient est très personnel et certains patients nous bouleversent plus que d'autres. De pouvoir écrire et raconter l'histoire de l'un parce qu'elle est triste ou de l'autre parce qu'elle est violente, etc., permet de se faire du bien en partageant avec les autres du groupe.

On ne sent pas de jugement ou de critique. La confiance s'est installée au fil des mois et je n'imaginerai pas à ce jour de changer de groupe.

Est-ce que ces ateliers de médecine narrative m'ont permis de changer ma pratique ?

Je ne sais pas. Ou m'ont permis d'écouter les patients différemment ? Je ne sais pas.

Mais j'éprouve un plaisir certain à y aller le X...

A.1.3

Le XX/XX/2021

Aujourd'hui c'est l'atelier de médecine narrative !

C'est une bouffée d'air frais dans la journée... Dès le matin, d'y penser, ça me met de bonne humeur.

Bien sûr, cela oblige à courir toute la matinée pour être à l'heure à l'atelier. Mais ensuite, une fois que l'atelier commence, je me détends.

J'oublie la course, les milliards de choses à faire, je rentre dans une sorte de bulle...

Une bulle transparente à travers laquelle je peux regarder l'hôpital, les patients, les collègues et les décrire en écrivant. Je peux aller en avant, en arrière, repartir dans le temps, me souvenir d'un patient, me souvenir d'un jour où il s'est passé un événement inhabituel, d'un moment triste ou d'un fou-rire.

Cette bulle transparente me permet de réfléchir à l'abri de l'agitation extérieure. Elle me permet de réfléchir avec calme mais aussi différemment. Elle me permet de regarder mon rôle de médecin, mes relations avec les patients ou avec les autres, sans être dérangée mais surtout avec une autre perspective.

Cette bulle est un refuge mais elle me permet également de communiquer et de partager avec les autres personnes de l'atelier. J'aime écouter les autres lire leur texte.

Et ces rapports sont si différents des rapports habituels de l'hôpital, pas de hiérarchie, pas de tension, pas de pression, pas d'urgence...

Cette bulle est un peu magique, vous l'avez compris... La seule chose que je regrette, c'est qu'elle ne me permet pas de me projeter dans le futur ! C'est une blague. Le présent à date fixe dans ma bulle me suffit tout à fait...

A.2.1

J'ai initialement souhaité intégrer ce groupe de médecine narrative par curiosité. L'écriture dans la formation et le travail d'un psychologue prend une grande place et je souhaitais m'ouvrir aux éventuelles réflexions et techniques qui pouvaient découler

de cette discipline que je ne connaissais pas. Par ailleurs, je pense également que je souhaitais repenser mon propre rapport à l'écriture mais également bloquer un temps pour cela lors de ma présence à l'hôpital. En effet, dans une certaine mesure, le temps hospitalier ne me permettait pas (et c'est encore le cas aujourd'hui) d'écrire autant que je l'aurais souhaité ou autant qu'il le faudrait, ni même toujours de suffisamment penser ma pratique. En ce sens, je dirais que si cette expérience a été bien plaisante (en ce qu'elle propose et de la manière dont elle le propose) et enrichissante (partage de vécus, découverte d'un nouveau dispositif, qualité du groupe et de son meneur), une certaine déception est néanmoins présente, un sentiment de rester sur sa faim, de ne pas avoir suffisamment appris, ce qui est sans aucun doute lié à ma fonction qui veut que...

A.2.2

Je me suis lancé dans la participation aux ateliers de médecine narrative par curiosité, sans trop réellement savoir à quoi m'attendre. C'est avec un certain plaisir, encore présent aujourd'hui, que j'ai découvert cette approche. Si les tenants et aboutissants de cette démarche m'ont pendant un temps paru assez flous, les derniers mois m'ont permis de mieux me représenter les choses, bien qu'un travail d'appropriation – personnelle – me semble encore nécessaire, notamment à travers une lecture des travaux de R. Charon et peut-être la découverte des autres approches existantes.

A.2.3

Écrire peut paraître simple, pourtant ça ne l'est pas. Écrire nécessite toujours un temps, parfois un espace, au moins symbolique, et met à l'œuvre la capacité de narrer, de raconter.

Écrire, pour moi, n'a jamais été « facile », mais cela a toujours été sous-tendu d'un désir, et de plaisirs.

C'est ainsi que j'ai débuté l'expérience de la médecine narrative, une approche que le psychologue que je suis ne pouvait que trouver intéressante, voire nécessaire, dans le cadre particulier de la médecine, de l'hôpital.

Je ne pourrais pas dire que la médecine narrative m'a apporté dans la pratique de mon métier – je ne peux pas non plus dire qu'elle m'ait coûté. Loin s'en faut : en effet, si je devais résumer mon expérience de manière concise, je dirais que...

A.3.1

C'est X qui m'a demandé de m'inscrire dans les ateliers de médecine narrative, et sans chercher de quoi il s'agit, je connaissais vaguement la thérapie narrative, j'ai décidé d'y participer. Je n'étais pas présente au premier atelier, mais j'ai beaucoup aimé le texte, que j'ai reçu après, et cela m'a donné envie d'assister à la deuxième séance. L'écriture demandée me paraissait difficile, mais à la lecture mon texte ne me semble pas si mauvais. Durant les ateliers j'ai vite apprécié de se mettre à l'écriture sur un temps donné, dix à quinze minutes environ. Cela ne permet pas de reprendre, effacer, réfléchir à nouveau sur l'écrit et demande de trouver une fin au bout du temps. Chaque atelier avait une approche différente, avec une consigne particulière, plus parfois plus facile, parfois plus difficile à exécuter. Je pense il faudrait régulièrement s'exercer à écrire des textes en relation avec le travail de soignant, probablement sur un horaire et temps très fixe afin de s'y tenir. Avec la pratique on aurait sûrement un grand bénéfice personnel. Et en écrivant je pense aux maintes anecdotes vécues dans ma vie professionnelle, que je vais mettre sur papier.

A.3.2

Depuis un an j'assiste régulièrement aux ateliers de médecine narrative. Initialement nous avons, à partir d'un texte littéraire, écrit notre propre récit selon une consigne donnée. Cette consigne était suffisamment vague, à ce que les textes écrits par les participants étaient très variés. On voyait plutôt certaines personnes s'emparer de la consigne d'une façon souvent similaire. Bref, on aurait pu retrouver l'auteur de chaque texte sans difficulté.

Les textes apportés par nous-même, écrits au calme à la maison, suivaient, eux-aussi, ce même principe. Cela nous indique déjà la subjectivité de nos récits et les perspectives du monde qui sont imprégnées de nos expériences et de nos vécus.

Aujourd'hui nous avons entendu une partie théorique de la médecine narrative et la relation d'interaction qui se crée entre le patient et le soignant. L'attention, la représentation et l'attention permettent de créer finalement un rapport de compréhension mutuelle, nécessaire pour le traitement de la maladie. Ceci comprend différentes dimensions, de la connaissance des faits simples jusqu'à l'interprétation devant le contexte culturel du patient mais aussi du soignant.

Cette analyse me sera sûrement très utile dans les rapports avec les patients et les soignants de notre équipe et me donne même envie d'initier un dossier parallèle pour au moins certaines situations un peu difficiles.

La chronologie d'apprentissage de ces ateliers est bien construite.

A.3.3

La médecine narrative, un atelier de groupe que je suis depuis plus que deux ans. Initialement nous étions sept ou huit personnes mais vite un noyau restant de cinq personnes s'est formé. Depuis ce temps nous échangeons nos idées, nos ressentis, nos réflexions, tout teintés de notre expérience personnelle et les discussions que nous avons autour d'un texte ou autour d'une image sont riches en émotions.

Difficile de dire ce que cela m'apporte personnellement et j'ai entendu dire que la médecine narrative peut être vue comme un médicament ou un traitement. Ce qui me fait plaisir est de retrouver le groupe, de sortir des histoires purement médicales et se pencher sur un texte ou une image afin de le voir avec nos propres yeux. Et ce qu'est fascinant est la diversité des points de vue que l'on peut trouver en se prêtant à ce jeu. Vu que l'on se connaît bien il n'y a pas de jugement, pas de ridicule, et on s'amuse pendant ce travail car chacun donne un peu de lui. C'est une approche nouvelle dans notre quotidien mais qui reste pour moi isolée de ma pratique clinique, même si je pense que j'aimerais l'intégrer.

A.4.1

Mon expérience face à la médecine narrative a débuté de façon assez chaotique. Premier écrit, page blanche. Deuxième écrit, ça ne pouvait pas être pire, donc quelques mots ont bien voulu sortir.

Au fil des ateliers, j'ai pris confiance en moi, mais aussi ou groupe, la bienveillance, le non-jugement m'ont permis de libérer mes écrits.

Il n'est pas toujours facile d'écrire, de prendre ce temps, et les ateliers permettent de trouver ce moment où l'on se coupe du reste. C'est un instant en dehors de son service mais au sein de l'hôpital.

A.4.2

Mes expériences face à la médecine narrative, de mes débuts laborieux, incapable d'écrire, à aujourd'hui où cela me semble plus fluide.

Plus fluide, certes, mais pas toujours évident de lâcher sur papier mes pensées, mes sentiments.

Au début, on découvre le groupe, chacun de son côté, on n'ose pas, on se retient. Puis le déclic, savoir que ce qui se passe dans le groupe reste dans le groupe permet de passer au-delà de ses craintes.

Les mois passent, une année, où une fois par mois on se retrouve.

Souvent on arrive dans le *speed*, on continue à gérer ce qui se passe à l'extérieur, il faut lâcher, raccrocher, se poser, si l'on veut pouvoir s'ouvrir dans le groupe.

Ce n'est pas toujours évident « se lâcher prise », mais on y prend goût. Quand on repart, on se sent plus léger, comme si on avait déposé nos paquets, qui ne sont pas forcément des cadeaux, mais les choses sont posées.

On repart, on attend le prochain.

A.5.1

J'ai tout d'abord été enchantée par l'ambiance chaleureuse et bienveillante que X a pu encourager dans le groupe. La parole était libre, sans jugements de valeur. Je m'y sentais bien et allait avec entrain et plaisir à ce groupe. Il s'agissait d'une petite parenthèse enchantée qui m'a permis de m'initier à l'écriture en utilisant des manières différentes de m'exprimer (en utilisant le « il », ou bien en utilisant les mots de ma collègue...) Cela m'a permis de m'entraîner à exprimer mes ressentis sur des situations de soins ou non. Au travers des différents textes et exercices, j'ai pu appréhender mes ressentis en tant que soignante, mais aussi en tant que personne ainsi que ceux du patient. Ce groupe me permettra, je pense, grâce à l'utilisation de différentes méthodes d'écriture et en partant de textes littéraires de pouvoir exprimer des ressentis, des émotions sur les situations de soins, souvent chargées en émotions, et de pouvoir prendre du recul sur mes ressentis.

J'ai aussi au travers de mes écrits et de l'analyse littéraire de Mr X, appris à mieux me connaître.

A.6.1

Lorsque l'on m'a présenté ces ateliers avant l'inscription, j'ai trouvé l'idée intéressante de pouvoir se retrouver avec d'autres personnes. Ce que l'on m'a présenté me semblait bien mais je trouvais cela très subjectif et j'avais du mal à vraiment comprendre ce en quoi cela allait consister.

Ma plus grosse peur était la partie écriture. N'ayant jamais été très douée pour écrire je me demandais si j'arriverai à répondre à la demande des exercices et si cela serait

intéressant pour les autres. Aimant lire, et voulant découvrir de nouvelles choses, je me suis inscrite.

Au début du premier atelier les doutes étaient toujours présents.

Les premiers écrits, je n'en étais pas satisfaite me sentant bloquer, comme si je ne parvenais pas à aller au fond de ma pensée.

Au fil et à mesure des exercices il m'a été plus facile d'écrire, d'analyser les écrits des autres participants, et d'échanger avec eux.

J'arrive maintenant mieux à sortir mes idées, les différents échanges m'ont permis, je pense, de voir le regard que portent les autres participants sur leurs travaux et les miens et cela m'a permis d'être plus en confiance. De plus, j'apprécie le fait que nous fassions tous partie de milieux professionnels différents. Je trouve que cela permet de s'ouvrir au sein de l'hôpital vers d'autres pratiques, d'autres pensées et d'autres visions.

Cette atelier m'a permis d'avoir du recul vis à vis de certaines pratiques au niveau professionnel et personnel.

A.7.1

Je souhaite donc donner mon expérience sur ce que vous nous avez apporté durant la formation.

C'est une expérience que j'ai bien aimée, qui m'a permis de découvrir une façon de traiter différents extraits de plusieurs illustrations. Une façon plus littéraire, plus appliquée.

Cela nous a permis de pouvoir analyser l'écriture et la façon de penser de chaque personne issue de ce groupe. Effectivement chaque façon de penser est différente.

Une formation riche en littérature et en culture générale qui nous apporte que du plus, qui nous permet de s'apercevoir que nous sommes libres de penser et d'écrire ce que l'on vit.

A.8.2

Quand le projet de médecine narrative a été présenté sur l'hôpital celui-ci m'a aussitôt donné envie et je n'ai pas été déçue. L'ambiance y est conviviale et surtout

chargée de bienveillance. Au fil des séances nous commençons à nous connaître et à se faire confiance.

Je trouve le cheminement intéressant. Nous sommes parties de textes littéraires associés à une écriture en lien avec le texte. « Écrire à la façon de... » (l'étayage du texte initial étant encore présent), pour ensuite écrire sur notre vécu de soignant au sein du Chic. Le dossier parallèle lu aux autres peut permettre à mon sens d'avoir une vision différente de la situation vécue. Les remarques, les réactions de ceux qui écoutent permettent de se remettre en question dans sa position de soignant et peuvent aider à mieux se connaître (quel genre de soignant je suis et comment aurais-je pu faire différemment ?)

De plus, écrire permet de faire un pas de recul sur une situation de soin et de mieux en comprendre les enjeux (pour nous et pour le patient).

A.8.3

Lorsque la proposition de participer à un atelier de médecine narrative a été proposée au sein de l'équipe, je me suis dit « pourquoi pas ? » Je trouvais intéressant de pouvoir m'ouvrir à la narration, à la narration des ressentis propres aux soignés, mais aussi à nos propres sentiments de soignants.

Nous nous sommes retrouvés il y a deux ans autour de tables disposés en rectangle. Nous étions un groupe assez conséquent. X nous a lu un texte et proposé des consignes d'écriture autour de celui-ci. Je me suis dit en moi-même que ça allait être difficile. Finalement, les mots sont venus au fur et à mesure.

Chacun a ensuite lu son texte à tour de rôle dans une atmosphère de contenance et de bienveillance. Au fil des séances, le groupe s'est un peu étiolé mais nous sommes restés un noyau fidèle à nos séances mensuelles. La pandémie n'a pas eu raison de cette cohésion. Les séances ont pu continuer et se réinventer autrement, sans perdre en force.

Le groupe y est soutenant et bienveillant. C'est une bulle, un temps à part, où nous pouvons rêver, penser, échanger, et ainsi mieux comprendre nos réactions et celles de nos patients.

Ensuite, X nous a demandé à tour de rôle d'animer une séance avec son soutien. C'est très intéressant de découvrir l'univers de nos collègues au travers de leurs choix de tableaux et de textes.

La co-animation était assez intimidante pour moi ayant le sentiment de ne pas avoir assez de connaissances littéraires pour faire des liens suffisamment pertinents, mais j'y ai pris beaucoup de plaisir.

J'espère que nous pourrons continuer ainsi sur cette nouvelle année.

Groupe B

B.1.1

Parenthèse : avoir un moment pour voir et faire différemment.

Être capable d'écrite et d'écrire avec un stylo.

Recul sur les textes + analyses.

Partage de groupe, échanges, écoute.

Se challenger.

Au début, plus d'avis discordants sur les textes. Au fur et à mesure, les avis des uns venaient enrichir l'avis général.

Découverte de certains textes, auteurs que je n'avais pas lus, car pas envie, avec la découverte de situations parfois connues ou étranges, proches de notre vécu.

Développement de la curiosité.

Analyse du texte qui peut permettre de mieux analyser les situations, de les percevoir différemment.

B.1.2

Au tout début, on m'a demandé de venir à une réunion de « médecine narrative ». Je n'avais aucune idée de ce que cela pouvait bien être. La question qui m'était posée était comment nous pourrions évaluer l'impact de la mise en place d'un tel programme au CHIC. J'avoue que je n'en avais aucune idée.

Ensuite, X m'a dit qu'il restait des places, que ce serait bien d'y aller. Je me suis inscrite.

Lors des premiers ateliers, nous étions 8 soignants (et X bien sûr), avec tous des fonctions et parcours très différents. Un point nous rejoignait je pense : notre confrontation à la souffrance et à la mort. Cela est devenu un thème récurrent des premiers ateliers. Nous avons pris l'habitude d'écrire de petits textes, en temps limité. Il est difficile de maintenir ces groupes mais un noyau dur est resté. Peu à peu, nous sommes rentrés dans une deuxième phase où nous avons pu prendre du recul sur les textes et les récits. Analyse de la forme, contextualisation, généralisation. Je crois maintenant qu'on ne fait que débiter l'aventure. Bien sûr, ce n'est pas toujours facile de se libérer. Un atelier par mois est sans doute également insuffisant, mais j'ai le sentiment que ces deux heures, coupées du monde nous offrent une grande liberté et sont très précieuses.

B.1.3

Il s'agit bien d'un groupe, avec ses singularités. Dans ce groupe, nous avons appris à mieux nous connaître et chacun y a pris une place particulière. Ces retrouvailles tous les mois sont maintenant une petite routine. Nous partageons beaucoup pendant ces deux heures : partage d'expérience, d'histoires vécues, d'émotions, de rires. Nous avons aussi appris à travailler à distance du fait des restrictions liées à la Covid. Ces temps d'échange autour de différents supports (textes, visuels ou audios) sont des occasions de découvrir et de percevoir différemment des œuvres. Cela permet également de se déconnecter du travail quotidien et de prendre du recul sur les événements.

B.2.1

Une salle en sous-sol ; pas de piano mais la musique des mots.
Réflexions autour d'un thème, on n'aime pas ou on aime ;
Drôle ou vrai jeu de rôle ;
Ou triste, ou conte, seule l'expression compte
Au chronomètre, décompte du temps ; résultat escompté, pas que du vent
Réflexion, action
Pas de chichis, ni de rifici ;
Une histoire nait, nécessite une écoute attentive, elle l'est
Bienveillance indispensable, sinon exercice impensable
En septembre, de ce club, on retrouve les membres
Retrouver ses acolytes, agiter de concert ses élytres
Sourires, rires et larmes partagés, une communion renaît.

B.2.2

Une salle en sous-sol,
Toujours pas de piano
Toujours la musique des mots
Réflexion/action
Non pas en solo mais en groupe
L'apprentissage monte en croupe
Chevauchées vers de nouveaux horizons
En vue, animations

Bientôt au lieu d'être client, on sera animateur
Il faudra réfléchir et ce sera un dur labeur
Il sera nécessaire de créer la communion
Mais aussi la cohésion
On pourra ainsi grandir
Et avoir un bel avenir.

B.2.3

Que dire que je n'ai jamais dit ? C'est le troisième exercice sur le même sujet. Notre meneur d'ateliers d'écriture s'épuise, bat de l'aile, et ne trouve plus de nouveaux sujets à nous proposer. Déjà, nous avions des prémisses. Il nous avait demandé de co-animer un atelier sur un thème de notre choix. Je n'avais pas bien compris. Je croyais que c'était pour nous, pour nous aider à évoluer, apprendre à diriger un atelier d'écriture. En fait, pas du tout. Déjà, en fait, il avait plus d'idées, plus de thèmes à nous proposer. Il était obligé de faire appel à notre inspiration, à notre imagination, vu qu'il n'en avait plus. C'est terrible ! Cela montre que c'est un travail difficile. Peut-être, est-ce la fin de l'atelier, ou bien un nouveau début parce que nous allons en permanence co-animer avec l'intervenant, avec nos idées, en faisant semblant de lui demander de l'aide pour le rassurer. Je crois que c'est la solution, car s'il se rend compte de son incapacité, ça risque de le déprimer. Donc voilà l'avenir : co-animation permanente, peut-être avec de nouvelles personnes qui amèneront de nouvelles idées, de nouvelles sensations, réflexions, suggestions. Un nouveau départ sur une machine qui fonctionnait bien, qui stimulait notre créativité intellectuelle et éclairait certains de nos X, hélas, une fois par mois. J'avais déjà demandé d'augmenter la fréquence de ces ateliers, car entre deux séances les muscles de mon cerveau s'atrophiaient, et c'était douloureux de les faire repartir, courbatures le lendemain et tout ça. Mais impossible de se faire entendre. Les gens sont trop fainéants.

B.3.1

J'étais ambivalente de prime abord, parce que j'y voyais des similitudes avec le psy, et dans le temps, j'étais méfiante sur la façon dont les échanges, qui ont été souvent assez personnels d'emblée, allaient être contenus, et dans quelle « sécurité » les échanges allaient avoir lieu.

Mais le groupe a été très bienveillant, et la conduite « minutée » de X a opéré comme un cadre vraiment contenant. De plus, la posture du co-animateur ajoute un lien supplémentaire dans le groupe, à mi-chemin entre dedans et dehors. Je suis toujours venue avec plaisir, et j'ai trouvé que le climat était, une fois encore, bienveillant, ce qui a permis à chacun de livrer ce qu'il voulait livrer, et de le faire sans pression.

J'aurais aimé peut-être davantage des liens avec les éléments théoriques de la médecine narrative, plus tôt dans le déroulé des groupe, car je me suis demandée, dans les deux ou trois premières séances, où on allait et le sens de ce que l'on faisait. Une fois ces éléments théoriques apportés, je me suis sentie plus à l'aise, même s'il me semble avoir toujours « joué le jeu » des consignes.

J'ai également trouvé que le groupe a commencé à « faire groupe » au bout de la quatrième séance avec une complicité grandissante, du fait qu'on avait appris à mieux se connaître. Pour cette raison, entre autres, j'aimerais poursuivre le travail en groupe.

Le lien entre littérature et clinique, même s'il était présent dans les textes, m'est apparu progressivement dans la pratique narrative. Et j'ai très envie d'explorer davantage les effets de cette pratique littéraire sur ma pratique clinique. J'ai envie de comprendre comment ça s'articule, et apprendre aussi de la pluridisciplinarité du groupe, et plus simplement de la diversité des individus qui le composent.

B.3.2

En tant que psychologue, je constate les complémentarités qui existent entre la pratique des « dossiers parallèles », et les actes et la posture du psychologue qui pratique déjà assez naturellement cette réflexivité sur la relation avec les patients : qu'est-ce que cette histoire me fait, quels mouvements j'observe chez les patients, chez moi.

Il s'agit également, au-delà d'une prise de recul induite par le passage à l'écrire, d'inscrire ces dossiers dans la réalité institutionnelle de la prise en charge du patient. À ce titre, ce « dossier parallèle » vient s'ajouter au maillage déjà existant des staffs, des réunions de synthèse, des éventuelles supervisions existantes, maillage qui permet la prise de distance, et une approche analytique des pratiques des soignants au sens large.

De plus, élément essentiel du dispositif, l'échange pluridisciplinaire autour de ces dossiers parallèles lors des sessions mensuelles, permet également de « s'entendre

dire » et d'entendre les réactions de tiers qui ne sont pas impliqués dans la relation avec le patient, chacun depuis sa place de professionnel, ce qui est très éclairant.

Enfin, et cet objectif me semble converger avec celui poursuivi par le psychologue, le dossier parallèle est un outil de subjectivation du soignant et donc du patient, qui peut ainsi redevenir « sujet de soin » et non plus seulement « objet de soin ». C'est un ré-humanisation de la relation de soin, au travers des mots.

B.4.1

J'ai assisté à plusieurs réunions de présentation de la médecine narrative. Présentations parfois touchantes et parfois moins.

Je ne comptais pas forcément initialement y participer. Je ne savais pas ce que je pourrais apporter, ce que les groupes pourraient m'apporter. Je m'imaginai une réunion de participants « barbants » qui se raconteraient leur expérience. Et puis, les démarches de constitution de groupe ont commencé et j'ai dit oui !

Aujourd'hui je crois que la fin de cet atelier va être difficile à surmonter...

J'ai repris goût à la lecture d'un texte, à l'analyse de celui-ci. J'ai appris sur les structures, les fonctionnements, de chaque écrit.

Au-delà des apports théoriques, j'ai envie d'écrire. L'écriture permet de figer un sentiment, une situation. Je me suis même surprise à relire mon petit cahier noir de temps en temps...

Le groupe a aussi compté beaucoup. La diversité des personnalités et des horizons professionnels m'ont permis d'apprendre de l'expérience de l'autre, de sa subjectivité mais aussi de son individualité. Les échanges ont été riches et parfois drôles. Cela nous a permis aussi de nous connaître. Maintenant avec certains nous nous regardons à un œil complice lorsque nous nous croisons dans les couloirs de l'hôpital. J'ai aimé venir tous les mois vous rencontrer tous. Cela a été pour un moment hors du temps où la réalité du quotidien s'échappait.

B.5.1

Une formation constructive par rapport à la lecture et la compréhension.

Expériences partagés dans le travail de groupe : une écoute, pas de différences, bienveillance.

Contrairement aux premières séances, je parle plus facilement (en groupe), ça m'a aidée à avoir moins « peur » de mes idées, je me sens plus à l'aise, même si je rougis toujours.

Je vis certaines situations différemment, je suis plus dans l'analyse, plus à l'écoute de ce qui n'est pas dit.

Je me sens plus sûre de moi.

Des séances émouvantes.

B.6.1

La lecture et sa construction chronologique.

La signification des mots qui permet l'ouverture d'esprit, de l'illusion et de la création.

Le déroulement de la lecture avec l'interaction dans le groupe.

Le lien entre notre ressenti, nos émotions, la réalité du texte décrite par l'écrivain.

L'évolution progressive de la compréhension des textes.

Les expériences de chacun élaborées.

B.7.2

Expérience qui date de plus d'un an où ils nous ont demandé de lire, écouter des textes inconnus, écrits par des auteurs pas connus de mon registre mais qui font écho à nos propres expériences, mon expérience professionnelle de soignant mais pas que. Cette implication à cette expérience a pour ma part était d'abord de me positionner d'emblée comme co-animateur, vivre cette journée d'immersion et de formation en décembre sur Paris avec des professionnels d'horizons différents qui étaient impliquées dans ce projet. De faire la communication de ce projet à l'échelle institutionnelle pour la proposer aux professionnels et de ce fait de se retrouver entre deux, qui était à la fois vouloir s'impliquer comme membre et se lancer dans l'écriture puis être positionnée comme co-animatrice ; cela a parfois été astreignant et parfois non, ou même confortable : être détachée du groupe car éloignée du terrain et n'ayant plus de contact direct avec le patient soigné. De ce fait, je me suis vue parfois et même surprise de faire un parallèle de ce qui se passe non plus du côté professionnel mais personnel car personne n'est à l'abri de rien : nous sommes aussi

positionnées de l'autre côté et nous pouvons et nous vivons aussi des histoires de soignés.

B.7.3

Une expérience nouvelle datant d'une année antérieure à la crise sanitaire que nous vivons.

Celle-ci a débuté en 2019, des co-animateurs aidés par un littéraire ont mené des groupes mensuels réunissant des professionnels du CHIC : autour de la table, vite devenue blanche par la nappe qui y était déposée, nous écoutions des textes, parfois connus mais souvent inconnus, il faut bien l'admettre. Les consignes d'écritures se succédaient, les temps d'échanges en faisaient tout autant. Le partage à voix haute et la connivence du groupe se construisaient entre nous. La régularité mensuelle nous permettait de rentrer dans une bulle d'échange littéraire qui se voulait professionnelle, personnelle : l'entité groupe était bien fondée. Le temps faisant, les contraintes de certains les obligeaient à quitter ce groupe. Un noyau « dur » s'est maintenu et quant à lui, est resté encre dans ces habitudes mensuelles qui ont su perdurer malgré ces vagues successives que nous avons dû subir. La deuxième vague s'est un peu calmée, l'année 2021 est arrivée et avec elle l'espoir de maintenir ce groupe qui sera très probablement implémenté de nouveaux professionnels dans les mois à venir.

Cette expérience nouvelle ne l'est plus tant que cela mais je peux dire que pour moi, c'est une belle et agréable expérience.

B.8.2

Participer à un atelier de médecine narrative n'a pas été une démarche naturelle pour moi. J'ai découvert la lecture plaisir tardivement à l'âge adulte, et elle me semble toujours un peu hors de moi.

Concernant l'écriture : c'est une forteresse inatteignable, formée d'une multitude de verrous : l'orthographe, les accords, les compléments d'objet direct et indirect ; je n'ai pas reçu les clés, je me suis donc tournée vers d'autres modes d'expression : le dessin et la couture.

Avec cette opportunité c'est donc un défi que je me suis lancée !

J'ai pu découvrir à travers les ateliers, les différentes formes de texte comme une palette de couleurs disponibles à exprimer mon vécu de la relation de soin : aucune structure de soin ne m'avait donné cette possibilité.

Les ateliers m'ont permis d'apercevoir d'autres réalités de soins, d'approche, de sensibilité, de poésie... Toutes ces émotions qui me traversent pendant le soin, et sur lesquelles je mets délicatement un mouchoir pour ne pas trop les brusquer, trouvent un chemin d'expression grâce à la médecine narrative, et je m'ouvre à une relation de soin plus compassionnelle.

Groupe C

C.1.1

Je me suis inscrite aux ateliers de médecine narrative sans aucune idée préconçue.

Je pense être passée à côté de la première séance car si je me souvenais du texte, je ne me souvenais plus du tout de ce que j'avais écrit, à juste titre puisque je n'avais pas rédigé grand-chose.

Le séance « je me souviens » est gravée en moi car si l'écriture de mes « premières » fois a été fluide, leur lecture face au groupe a été douloureuse, l'émotion m'a saisie, me souvenir et écrire des petites tranches de vie enfouies au plus profond de moi a été émotionnellement parlant un séisme. J'ai hésité à revenir mais la bienveillance des membres du groupe m'a fait changer d'avis, le fait aussi qu'une de mes phrases favorites que j'ai rabâché à mes enfants est « il faut toujours finir ce que l'on a commencé et ne pas faire la part belle aux regrets ». Je suis donc revenue, avec beaucoup de plaisir. J'ai instauré un espace de convivialité car c'est ma conception pour favoriser le partage, l'échange et la confiance.

C'est comme ça que je définis à présent ces ateliers : un espace de réflexion et de confiance alliant profondeur et légèreté. Me livrer n'est plus douloureux, c'est devenu libérateur.

Je ne perçois pas encore ce que sera la suite, ni ce que j'en ferai personnellement ou professionnellement, mais je suis prête à poursuivre l'aventure.

C.1.2

Voilà, j'ai posé la consigne que tu nous as donnée, X, en titre et ça m'a pris quelques secondes sur le temps imparti.

Comment commencer ? Que raconter ? J'aimerais me dire que je suis atteinte du syndrome de la page blanche, ça voudrait dire que je me rapproche d'un talent d'écrivain ce qui n'est pas le cas, je suis lucide et hop deux lignes écrites presque trois !

Boileau disait (tu as vu X, j'ai une référence littéraire sérieuse !) : « Ce que l'on conçoit bien, s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent clairement ».

Dans ma vie personnelle comme professionnelle, je me suis souvent servie de cette phrase, je n'ai compris un concept, une idée, un projet que si je suis capable de le réexpliquer à quelqu'un d'autre, je me demande donc si j'ai compris ce qu'est la médecine narrative, alors à défaut de pouvoir l'expliquer je vais raconter ce que j'ai

vécu et comment je l'ai vécu. Et là, je sais X, c'est la consigne depuis le départ !!!! Il faut raconter son expérience, je comprends vite mais à mon rythme !

Ainsi, la médecine narrative a d'abord été pour moi la rencontre avec un petit groupe de personnes très sympathiques au talent d'écriture incroyable, j'ai vécu des expériences de narration qui m'ont fait osciller entre intenses moments d'émotions et d'évasion : j'ai me suis retrouvée dans un magasin de fleurs, dans un salon de danse, face au regard d'un nouveau-né et j'ai même croisé la route d'un éléphant... et nous avons partagé de bons moments conviviaux autour de café, thé et douceurs.

Mes premiers propres mots couchés sur le papier m'ont fait replonger dans mon passé un peu lointain d'infirmière, mes personnages étaient autant de fantômes que je croyais oubliés mais qui étaient subitement revenus me hanter. De fait, l'exercice « je me souviens de la première fois où » a été d'une grande violence pour moi car elle a réveillé des souvenirs douloureux. Je n'ai pu continuer à participer qu'en prenant quelques précautions de protection personnelle, mettre un peu de légèreté, de gaité et d'humour sans perdre en authenticité a été pour moi la seule possibilité de poursuivre l'expérience. Je dirais qu'aujourd'hui, la bouffée d'oxygène des séances a remplacé la bouffée d'angoisse du début surtout depuis l'arrivée des dossiers parallèles qui me permettent de m'exprimer autrement et en plus de l'écriture. Je suis bluffée à ce stade par la force des écrits du groupe mais aussi par le choix des dossiers parallèles des uns qui illustrent parfois si bien les récits des autres.

C'est là que j'entrevois la transposition et l'intérêt de la médecine narrative : un groupe de professionnels, une équipe qui construit et se construit une identité au service des patients.

Voilà, nous en sommes enfin au clap de fin, j'ai bien entendu débordé les 15 minutes mais je te laisse, X, toute latitude pour réduire ma prose.

C.1.3

Notre groupe s'est construit au fil du temps et des ateliers, ce que je retiens est que les discussions, les échanges sont d'autant plus riches quand on partage avec un groupe où la bienveillance est le maître mot.

J'ai fait de belles rencontres au fil de l'écriture, des lectures et surtout des échanges.

Parfois, surtout au début, l'émotion m'a surprise au décours d'une histoire, les expériences, les dossiers parallèles m'ont souvent ramenée à une expérience antérieure personnelle, émotionnellement chargée.

J'ai parfois, au début surtout, songé à me protéger, à arrêter l'expérience, mais des moments de pure poésie, de partage, d'humanité m'ont fait me raccrocher et me plaire de plus en plus dans ces ateliers, à les attendre même avec impatience comme une bulle d'oxygène.

Je suis parfois surprise aussi de voir à quel point nous sommes en phase et comment des écrits individuels et personnels peuvent se rejoindre.

L'expérience des dossiers parallèles nous a permis d'atteindre et de développer tout un panel d'impression, d'imagination et d'y ancrer le rapport au soin.

La co-animation, par contre, est un exercice qui n'est pas aussi simple qu'il y paraît mais heureusement X est là et le groupe nous porte.

C.2.1

Assise devant mon poste informatique, je me sens submergée par la masse de travail à abattre. Une torpeur semble s'être abattue sur moi et je ne sais pas comment je vais y échapper.

Soudain, le mot médecine narrative apparaît sur mon écran. Sont annoncés des ateliers de médecine narrative dans l'établissement. Je referme le mail et me questionne des semaines durant sur ma participation à ces ateliers. Assistante sociale depuis X ans, je suis souvent confrontée aux histoires de vie. Je les prends ou essaie de les prendre en compte pour mieux accompagner les patients. Mais depuis quelques mois, je me sens sourde à ces récits. Se préserver ? la lassitude ? une perte de sens de mon travail ? tout se mélange.

Plusieurs mois sont passés et je trépigne d'impatience d'être au premier atelier. Je ne sais ce que je vais y trouver mais m'y jette. Je m'y jette tellement que mon corps, je le ressentirai plus tard vivra ce trop-plein d'émotion.

1^{er} atelier : Je découvre ceux avec qui je vais coécrire, copartager et qui sait m'émouvoir. Il y en a que je connais (mon estomac se noue à l'idée de me dévoiler à eux) et des inconnus (ouf se sera plus simple).

2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} : les ateliers défilent, les rencontres humaines se font fortes et l'on se découvre des points communs.

Ecrivain !!!!! Celui qui touche par les mots. Me voilà encouragée par mes collègues à prendre la plume. Je prends confiance.

Fin de l'expérience. Nous avons osé être, osé dire, osé lâcher prise. Les semaines sont passées, et les doutes se sont mêlés au sentiment intérieur d'être encore dans la rencontre avec l'autre.

C.2.2

« Ce que l'on ne dit pas nous tue... » J'aime cette citation parce qu'elle synthétise ce que j'ai compris depuis un an de la médecine narrative. Cette nécessité pour le soignant de mettre des mots sur les maux. De donner un sens au mal qui dit. Mais pour cela, dans ses pratiques souvent transcrites en actes, il lui faut individualiser ses prises en charge et prescriptions.

Voilà mon résumé de mon expérience de la médecine narrative.

C.2.3

16 janvier 2019 : nous-voilà à ce premier atelier ! Tout plein d'émotions me traversent. Pourquoi ? Je ne saurais l'expliquer mais je pressens que je vais passer par toutes les phases. Un peu comme dans un grand huit.

X, X, X, X, X et tous les autres....

Janvier, février, mars, avril, mai, juin... les mois s'égrènent et les rencontres se font plus fortes. Dès le début, le groupe s'est lié d'une grande bienveillance et l'écoute porté à chacun nous permet de nous livrer sans fard. Presqu'une mise à nu. Je découvre des personnes croisées au gré de mes années au CHIC, des visages connus sans que nos routes n'aient eu à se joindre. Et voilà que défilent quelques passages de nos vies personnelles et professionnelles pas tant éloignés que cela !

Les ateliers nous ramènent à ses vies qui parfois basculent sans crier gare, à ces visages que nous avons vu sans vraiment les regarder, à ces histoires de vie qui nous soudain nous font sens.

2020 : quelle année ! Tout est bouleversé à cause d'un petit virus. Je me sens presque amputée pendant ses deux mois de confinement. Je saisis alors ma plume pour mieux coucher mes maux. A la tristesse succède le bonheur de retrouver le groupe. Je fais fi de ma timidité pour co-animer et me prends au jeu.

2021 : je découvre que ces ateliers m'ont donné foi en moi. Presqu'une catharsis !

C.3.1

Médecine narrative.

Le concept me plait.

Il apporte à lui seul une ouverture sur une réflexion complémentaire au soin, une prise de recul nécessaire qu'apporte l'écriture.

Alors je me lance. Je m'inscris.

J'ai eu la chance il y a quelques années de participer à une journée d'introduction à la médecine narrative. Quelques exercices d'écriture, quelques mots sur Rita Charon.

Pourtant, malgré mon engouement pour cette discipline je ressens de la difficulté à expliquer au fond ce qu'est la médecine narrative et ce qu'elle peut apporter.

Au 6^{ème} atelier des éléments de réponse sont apparus. La médecine narrative comme un chemin vers un dossier parallèle où l'écriture permettrait au soignant la mise en mot des aspects annexes d'une prise en charge. Tous ces aspects qui ne figurent pas dans le dossier médical et paramédical. Comme un espace où la retranscription du vécu, du ressenti et de l'émotion aurait sa place. Avec comme principal objectif, le bien être psychique des soignants étroitement lié au bon accompagnement des personnes soignées.

Je repars de ce groupe convaincue des bienfaits de la médecine narrative.

Un groupe que j'espère retrouver l'année prochaine. La qualité d'écoute, la bienveillance, la richesse des rencontres et l'absence de jugement ont fait de ces ateliers des moments précieux.

C.3.2

La première fois que j'ai entendu parler de médecine narrative je me suis sentie attirée par cette discipline.

J'imaginai alors un espace pour pouvoir prendre du recul, cet espace si nécessaire quand le faire prend tant de place.

Se poser, poser des mots et revenir grandi.

Au fur et à mesure des séances rythmées par des échanges autour de lectures et écritures que nous proposaient X et X, j'ai pu avoir une représentation plus précise de ce que l'on nomme médecine narrative.

Écrire nous dit X, pour prêter attention.

Les différents ateliers de médecine narrative sont de véritables parenthèses au sein d'un groupe d'horizons différents, où règne une grande qualité d'écoute et une absence de jugements.

Une expérience qui me renvoie à la certitude que raconter permet de mieux soigner et d'écouter l'autre avec une attention particulière.

La médecine narrative comme un fil rouge,

Au sein de ma pratique quotidienne en réa,
Auprès de ma sœur qui m'a transmis le côté précieux de l'écriture pour poser des
mots sur ses pensées,
Auprès de mon fils quand je partage ses lectures de français et que la médecine
narrative comme un fil rouge vient à mes pensées.

C.4.1

Je me souviens avoir reçu un mail il y a plusieurs mois m'invitant à participer à des
séances de médecine narrative encadré par un certain X.

Je ne savais pas du tout ce qu'elle signifiait mais étant curieuse de nature et profitant
de cette occasion pour enrichir ma situation professionnelle, j'ai répondu à M. X.
J'avais peur de ne pas être à l'aise, de ne pas savoir quoi dire ou écrire mais nos
premiers échanges par mail m'ont rassurée. Je n'ai pas pu me présenter à la première
séance mais cela aussi n'était pas problématique et je me suis donc présentée à la
« première » deuxième séance avec plaisir et curiosité. Les séances se sont toutes très
bien déroulées et même avec de petits gourmandises. J'y ai découvert des personnages
riches, mais aussi des écrivains et narrateurs fantastiques. Un jeu d'imagination, de
transfert, de jeu de rôle se sont opérés pendant ces séances, et tout cela guidé sans
être jugé par X. Nous avons pu nous libérer la pensée et la plume jusqu'à la séance du
19 juin où j'ai pu réellement me rendre compte de l'impact de l'écriture. Lors de cette
séance, je me suis rendu compte davantage de la difficulté de parler d'une situation
complexe que de la difficulté à la narrer. Écrire est, je pense, salvateur mais partager à
haute voix avec ses pairs est une chose très différente. J'invite les curieux à l'aise ou
non avec un BIC, un quatre couleurs, peu importe l'objet employé de dévoiler sur une
feuille des mots, des idées, et d'y essayer, sans aucune prétention à visée
psychologique, psychanalyste de se libérer et y découvrir peut-être un réel plaisir (ou
talent pour certains).

C.4.3

Un cahier noir à spirale.

Un crayon.

Des consignes et des mots qui suivent.

Cela peut sembler simple au premier abord. Mais quel mots ? Ceux utilisés pour mes
séances de médecine narrative.

Avant de pouvoir rentrer dans le vif du sujet, il a fallu se rappeler ses souvenirs de cours de français pour décrire une narration. Le contexte, le temps, la forme ? (Genre, structure, narrateur, style).

Puis, une fois ces petits rappels, il fallait rester attentive à la lecture du texte faite par notre « coach » et suivre ses consignes.

Encore une fois, rien de compliqué en apparence.

Mais la médecine narrative est un exercice difficile ou plutôt inhabituel, où l'on doit sortir de notre propre visions des choses, prendre la distance et se mettre à la place du patient, d'un autre narrateur, d'un autre personnage etc. Ces jeux de rôle m'ont permis dans ma pratique quotidienne de pédiatre de me mettre davantage à la place des parents et des familles que je suis, et affiner mon empathie.

Et la médecine narrative, c'est aussi un groupe de personnes. Certes, qui travaille au sein d'un même hôpital, mais qui ne se connaissent pas et qui pourtant ont si vite appris ensemble à partager des moments forts et si souvent émouvants.

Car écrire, c'est aussi se libérer, se délivrer des maux par les mots.

Et ce temps d'écriture imposé par un calendrier, des consignes, sont de véritables moments salvateurs qui plus est dirigé par la bienveillance d'un coach sans jamais juger ni critiquer.

Je vous la conseille sans hésiter !

C.5.1

La médecine narrative m'était inconnue. Est-ce une médecine d'ailleurs ? Cette dénomination contient la question de la définition, des contours de la médecine. Est-ce un savoir, une science, un ensemble d'actes ayant pour objectif commun de guérir, de soulager, d'accompagner les maux ? Une narration peut-elle avoir cet objectif ? Mon expérience de la médecine narrative est celle d'une ouverture vers la pensée, une levée de la censure de l'imaginaire à l'hôpital.

C'est l'expérience d'une réappropriation du langage comme médium de la pensée. Ce langage à l'écrit dans cette action d'écrire, va au-delà de lui même, poser sur la feuille ce qui dès lors prend forme par la même occasion : une activité de pensée et d'existence plus pleine. J'écris, je raconte par écrit, donc je suis. Celle-ci peut servir d'exutoire, d'activité de transformation de la réalité, de dilatation de l'expérience

vécue. Elle permet de vivre davantage avec soi-même, plus amplement être humain, ce qui se vivait de manière parfois étriquée, raccourcie, simplifié.

En ce sens elle élève l'expérience et l'enrichit lui donnant du sens et de l'humanité.

Mais cette expérience de médecine narrative est aussi celle d'une communauté. Un collectif se crée autour des lectures et des écrits, des échanges intimes sur ce que nous fait le texte lu, ce qu'il nous suggère où il trouve une accroche. Cette expérience ouvre la double perspective d'oser se montrer, dévoiler quelque chose de soi par l'écriture, de cesser de se dérober aux autres. Elle est une épreuve de confiance, qui apporte du réconfort et du sens partagé.

Elle est aussi une ouverture vers l'univers de l'autre : un laisser passer pour y pénétrer en ce sens, par le langage, une voix vers le développement d'une compréhension de l'inconnu, d'une imagination pour entrer dans l'expérience contée par l'autre. Elle peut en ce sens favoriser l'idée d'une empathie et d'un partage réussi des émotions, par le langage. Ceci a du sens, dans les soins à l'autre.

C.5.3

De la première séance je ne me souviens même pas. Ce qui me reste, ce sont les univers partagés du début et l'étonnement aujourd'hui de ne pas y avoir eu accès avant.

Un dispensaire russe au fond d'un pays enneigé de nuit, les pas dans la neige, l'image du visage de la grand-mère. Le diagnostic de l'infirmière par ses mots, la fièvre du médecin, ses doigts tournant les pages du livre qui donnait la clé du traitement.

Une des membres de notre groupe, témoignant de cette situation de décès, logée irrémédiablement dans sa mémoire depuis sa jeune expérience d'infirmière.

Une île tropicale, ses buissons, ses haies, les maisons colorées que j'imagine en bois, une vieille main d'une grand-mère, tout ça venant d'un collègue du groupe.

La lettre d'un patient qu'il fallait écrire au médecin qui ne répond jamais. Mélange de déception, de reproche, de demande adressée.

Un auteur argentin, que j'ai imaginé médecin. Les médecins écrivent, autre chose que des anamnèses. L'essentiel du métier.

Perdre la relation, ne pas en profiter... ce serait rater notre métier. Un collègue disait dans un film qu'il faisait : « Sans toi, – disait-il au patient, à l'intérieur de lui-même, – je ne me connaîtrais pas ». La médecine narrative, pour moi c'est un chemin qui fait s'allumer des régions du cerveau souvent restées inactives, somnolentes. L'imaginaire, pour moi vital, et souvent sollicité. La médecine narrative avec ses

échanges, ces écritures, ouvre mon imaginaire, de déploie comme un éventail, révélant des paysages des émotions différentes.

Une barque qui quitte le port au petit matin, moi dedans. Ou lui. Ou eux.

Nous sommes à plusieurs, nous occupons des scènes nouvelles. Nous changeons de place plusieurs fois.

J'ai appris à les aimer. Ils ont partagé des fragments de leurs mondes intérieurs, ils m'ont entraînée avec eux.

Élargir le point de vue, s'ouvrir aux expériences. Aujourd'hui cette médecine narrative est beaucoup plus qu'elle ne l'était au départ. On s'éloigne de la prise directe avec le monde du soin. Le détour en vaut la peine. Pour moi il s'agit de réapprendre à écouter ceux qu'on ne connaissait pas, à se laisser amener par eux, par le récit, dans des confins inattendus. Et ces images mentales, ces expériences suscitées par l'échange, enrichissent les capacités d'imagination.

C.6.1

S'inscrire au groupe de médecine narrative ? Oui, mais sans avoir compris vraiment ce que c'est !

Être dans un groupe bienveillant, dans l'hôpital mais finalement « en dehors », découvrir des textes poétiques, émouvants, beaux, questionnant... essayer d'analyser ou de « ressentir » ces textes, d'où ressortir des éléments importants pour moi, livrer l'analyse au groupe et en débattre, découvrir qu'un même texte peut susciter beaucoup de réflexions différentes.

Essayer d'écrire soi-même des textes relatant des moments particulièrement importants ou difficiles, inventer des histoires et apprendre à les raconter. Interagir avec les autres personnes du groupe pour fabriquer des histoires. Retrouver le goût d'écrire pour décrire, raconter, partager, susciter une discussion, un échange.

Découvrir d'autres façons de penser, d'interpréter le texte.

Enrichir son esprit de réflexions souvent inattendues et surprenantes des autres personnes du groupe.

Avoir toujours et toujours envie de lire de nouveaux textes. Et peut-être essayer d'écrire pour raconter...

C.7.1

La médecine narrative m'a apporté une oasis dans la tempête de mon travail quotidien.

J'ai pris plaisir à écrire autrement que de façon synthétique.

La bienveillance du groupe m'a permis de libérer la « parole/écriture » chez moi.

Parfois je me surprends à penser médecine narrative puis être obligé de translater en version pratico-pratique.

C'est parfois difficile car, comme aujourd'hui, j'ai du « mal » à me rassembler, mon éparpillement, voire écartèlement, me parasite.

C.8.2

Pour raconter mon expérience de la médecine narrative, je vais utiliser l'image de l'apprentissage d'une chorégraphie de danse.

Le CHIC invite les soignants à participer à l'apprentissage d'une chorégraphie intitulée « La médecine narrative » sous la direction de X. Il organise des rencontres avec les soignants pour informer et sensibiliser sur le but et le fonctionnement de cette création. Les soignants s'inscrivent en fonction de leur organisation du travail et sont repartis dans différents groupes.

Je faisais du groupe de l'atelier de X que j'ai surnommé « l'arc en ciel ». Nous étions très variés par nos catégories professionnelles et chaque personne mettait en valeur la qualité de l'autre. C'était un groupe convivial et respectueux.

Lors de notre première rencontre, notre chorégraphe nous donnait des consignes pour apprendre les pas de base pour apprivoiser les mouvements et verbaliser nos ressentis. Nous apprenions à nous connaître à travers ce travail ludique et pédagogique. Nous découvrons le langage, le vocabulaire, les clés essentiels pour construire ensemble cette chorégraphie.

Au fur et à mesure de l'avancement de notre projet, notre corps commençait à se délier ; nous partagions nos émotions ; les mouvements devenaient fluides ; nous étions en harmonie avec notre esprit. Nous découvrons nos limites et nos capacités.

Tout cela se déroulait sous le regard bienveillant de notre chorégraphe. Il nous aidait à avancer à notre rythme et valorisait le travail de chacun afin qu'on puisse être confiant dans notre apprentissage.

Parfois certains enchainements peuvent être difficiles à exécuter, le chorégraphe nous décortiquait les mouvements et faisait prendre conscience de notre posture et la réajuster.

Associer et dissocier notre corps était un exercice difficile. Suivre le rythme de la musique, tenir compte de l'autre, occuper l'espace, coordonner les mouvements, se rattraper lorsqu'on rate un pas et c'était dynamique.

La chorégraphie de la médecine narrative est un support :

- pour réécrire l'histoire des patients dans le parcours de leur maladie afin de les accompagner au mieux dans leur projet de soins ;
- apprendre à écouter, à observer, à ressentir et à canaliser mes émotions pour mieux comprendre les besoins du patient et l'accompagner à atteindre son objectif.

Groupe D

D.1.1

C'est une découverte, un premier pas vers l'écriture. Beaucoup d'hésitations, de ratures mais peu de doutes et d'interrogations. Le groupe m'a permis d'être à l'aise. Le cadre s'y est prêté. Une parenthèse de deux heures dans notre journée.

Il m'est encore difficile de m'exprimer à l'écrit mais j'y prends plaisir. La dynamique du groupe est enrichissante, nous sommes tous et toutes différents. Des parcours, des expériences et des fonctions de tout horizon mais l'impression d'une unité et surtout du respect.

Les exercices étaient parfois déstabilisants mais le fait de les partager en groupe ils sont devenus très intéressants. Au début, cela m'était difficile d'être attentive, les dernières séances étaient moins compliquées.

Les nappes blanches me font penser à un esprit « neutre » où tout le monde est libre de s'exprimer.

Ce qui était bien et ce qui m'a permis d'être à l'aise, c'est de pouvoir partager à l'oral.

La notion de partage est très présente au sein du groupe. À travers les exercices, nous avons pu partager une partie de nos expériences professionnelles et parfois personnelles. En ce qui me concerne, je n'ai pas pu raconter des expériences personnelles. Le fait d'inventer des personnages, des situations m'ont mis à l'aise. Imaginer, penser, raconter, partager, se retrouver, écouter, s'entendre sont quelques mots pour raconter cette expérience.

Peut-être qu'en sortant je souhaiterais davantage écrire, mais quinze minutes c'est trop court !

D.1.2

Je me souviens être venue par curiosité et désormais je viens motivée.

Chaque atelier me permet de me découvrir, de m'exprimer autrement, de prendre confiance en moi. Pendant deux heures, j'ai l'impression que le temps est comme suspendu et qu'on est libre de s'exprimer, de partager des valeurs, des idées, des émotions en toute confiance mais aussi être capable d'écouter les autres personnes du groupe.

Cela me permet aussi de m'interroger sur mes pratiques en particulier sur le temps et la qualité d'écoute des patients.

En quelques mots, la médecine narrative est pour moi :

M comme moment de partage

E comme émotions

D comme dimensions

E comme écriture

C comme compréhension

I comme interaction

N comme nuances

E comme échanges

N comme nouer des liens

A comme attention

R comme raconter des histoires

R comme relation

A comme attention

T comme temps

I comme interrogations

V comme valeurs

E comme empathie

D.1.3

Cette expérience est avant tout de belles rencontres. Peut-être que je n'aurai jamais croisé le chemin de certaines collègues qui exercent dans d'autres spécialités que la mienne.

A chaque séance, je prends un réel plaisir à retrouver le groupe et partager nos réflexions, expériences et émotions.

J'ai le sentiment que le temps est comme suspendu pendant deux heures et que le groupe est comme dans une bulle.

Il m'est parfois difficile de m'exprimer mais l'empathie du groupe m'encourage.

Même si nos regards et points de vue sont différents, je trouve ma place.

Il m'a fallu un temps d'adaptation pour être davantage à l'écoute des autres et de moi-même. Je me découvre, surtout à l'écrit. Parfois mes récits me surprennent.

Je retrouve, en qualité de soignante, face à la sensibilité des uns et des autres.

D.2.1

Ce groupe m'a premièrement permis de rencontrer d'autres personnes travaillant à l'hôpital.

C'est un groupe où la parole est libre, on ne se juge pas, les avis sont toujours positifs, pertinents, bienveillants, ce qui permet de prendre confiance dans l'écriture puis dans la prise de parole.

Cela m'a permis aussi de prendre du recul par rapport à ma pratique quotidienne, de réfléchir au sens du prendre soin aussi.

J'y ai appris beaucoup, je ne suis pas une littéraire, même si je lis beaucoup. J'espère avoir amélioré mon « style » d'écriture. Mais surtout, quotidiennement, je suis plus attentive aux mots utilisés sur une lettre, un mail, pendant une discussion, un entretien, et aux mots et à la forme que j'utilise dans mes propres écrits professionnels.

Personnellement, je n'ai pas beaucoup eu le temps de lire pendant mes loisirs, mais cet été, pendant mes congés, j'ai prévu de découvrir Boulgakov, et de lire le livre qui a inspiré *Le scaphandre et le papillon*... Mes lectures ne s'arrêteront plus à l'intrigue.

En résumé, la bienveillance de tous dans le groupe et l'analyse fine de X, m'a permis de lire et d'écrire différemment qu'auparavant.

D.2.2

La médecine narrative fut une totale découverte pour moi. Jamais je n'avais entendu parler de cette spécialité, le concept était un peu flou pour moi au départ, et je ne comprenais pas comment cela pouvait enrichir ma pratique au quotidien.

Les premiers ateliers furent une surprise. Les échanges entre les membres du groupe étaient riches, la parole libre, personne n'était jugé sur ce qu'il écrivait. Les textes choisis m'amènèrent aussi à rechercher de nouvelles lectures personnelles.

Puis, après chaque séance, l'attente de la prochaine se faisait sentir. A chaque situation dans laquelle je me sentais en difficulté, ou qui m'apportait une satisfaction professionnelle, je mettais par écrit quelques notes, parfois un texte, qui pouvait être partagé avec le groupe, soit gardé précieusement.

Au fil des ateliers, j'ai aussi développé le goût de la narration, d'essayer de surprendre, d'émouvoir, de faire rire, bref de transmettre des émotions aux autres membres du groupe grâce à mes textes.

Cela m'a fait réfléchir sur ma posture de soignant au quotidien, sur les relations que j'entretiens avec les patients, leurs familles, mais aussi avec mes collègues. Chaque histoire de vie permet de comprendre les affects des patients et leur famille au

moment où nous les prenons en charge et comment cela nous touche, ou pas, comment leur histoire fait écho à la nôtre, ou au contraire, pourquoi nous n'arrivons pas à avoir de l'empathie pour certains.

L'écriture, pendant ou en dehors des ateliers, est aussi devenue une sorte d'exutoire, pour me permettre d'exprimer ce qui m'était difficile de dire oralement.

En résumé, la médecine narrative est pour moi une expérience très positive, qui au quotidien me permet d'être plus en phase avec mes patients et leurs familles.

D.3.1

C'est une première expérience, chose certaine.

C'est la découverte de la médecine narrative, concept inconnu jusqu'alors.

Ce n'est pas tant le concept dont j'ai envie de parler. Je dirais même qu'il me semble encore flou. Mais c'est l'occasion qui m'est donnée de partager mon vécu.

Écrire, raconter la médecine, le soin...

Je dirais que cette approche est l'irruption de la forme dans l'écriture restreinte, pauvre, distante dans les écrits professionnels.

Pourquoi mettre de la forme alors ?

C'est finalement cette phrase que j'ai notée il y a quelques minutes et dans cette dernière séance qui me semble être fondamentale : « Les détails servent aussi la synthèse ».

Prendre le temps de penser et repenser à certains détails qui révèlent le plus fondamental. Et pour cela l'écriture est un outil privilégié. On pose des mots, on peut les changer, on peut les relire et inciter à la prise de recul si fondamentale pour la prise en charge du patient et l'apaisement du professionnel.

Le deuxième versant de cette expérience est le vécu de groupe. Un assez petit groupe pour permettre l'expression de chacun, un groupe assez disparate pour permettre des différences. Un groupe encadré pour stimuler et encourager, pour donner de la légitimité à chacune.

Du bonheur.

D.3.3

Moments décalés et instants d'évasion, la médecine narrative c'est ce petit groupe dans lequel on peut tout mélanger.

Mélanger, relier, élargir.

Mélanger écrit et image, relier mots et sensations, élargir l'art de la médecine à l'art tout court.

Mélanger, relier, élargir. C'est finalement le contraire de différencier. La médecine narrative c'est peut-être ça. Ne pas différencier, apprendre à mélanger. Peut-être à contre sens de nos « bons soins » si précis, si spécifiques, si encadrés et protocolisés.

L'atelier de médecine narrative, c'est sortir du cadre, du cadre prévu des mots. La santé, la maladie peuvent être littéraires, alors qu'on les veut souvent scientifiques.

Adieu pathologie, bonjour étrangeté.

Adieu algies, bonjour douleur.

Adieu rémission, bonjour répit.

Adieu coordination, bonjour relations.

Adieu observation, bonjour regard.

Adieu dossier, bonjour poème.

La médecine peut se dire avec d'autres mots.

C'est aussi sortir du cadre des mots, ou plutôt partager ceux qui émergent au regard d'une image, l'image qui peut nous parler aussi bien des sens que des concepts.

Et si on parlait musique maintenant ?

D.4.1

Avant tout une belle expérience de rencontres diverses et variées.

Au début réticente, mais attirée, je pensais avec mon esprit rebelle que cela représentait une commande institutionnelle, d'autant plus que la première séance a eu lieu dans les locaux de la DRH.

Après en être sortie, je me suis sentie plus légère, plus libre pour m'exprimer.

En proposant cette formation « médecine narrative » cela me parlait. Chouette, on va faire des nouvelles choses qui pourront nous servir dans notre vie de tous les jours, et pas qu'au niveau professionnel. Je me suis même renseignée, avant de m'engager.

Quèsaco ?

J'avais aussi entendu de Mr X, nouvellement arrivé, par mes collègues psychologues. C'était surtout le charme à l'italienne que je connais peu, que je venais chercher, pour un peu de dépaysement dans cette routine pesante de notre quotidien.

Et puis tout cela pouvait me faire découvrir d'autres âmes littéraires que celle que je connais.

Je ne me suis pas trompée.

J'ai appris à mettre en forme mes pensées déjà bien ancrées dans mes propres valeurs.

J'ai fait six mois de voyages en médecine narrative.

D.4.3

Tout d'abord, une grande et belle expérience de rencontre Humaine, de personnalités différentes, de professions diverses, avec une grande histoire commune d'Universalité. Merci de nous permettre de nous rencontrer humainement, de créer du Lien avec nos propres sensibilités.

Ça m'a aussi permis d'améliorer ma communication écrite, voire orale, verbale, ma manière d'appréhender, de rencontrer l'autre grâce à l'écriture.

Ça m'a aussi permis d'exprimer mes propres sensibilités, de développer certaines compétences d'expression de manière aidante, apaisante et thérapeutique.

Ça a aussi confirmé mon projet d'écriture autobiographique pour partager ma propre et lourde expérience de soignante.

Tout le monde devrait pouvoir bénéficier d'une telle formation qui répond à des besoins de soignant et « d'être à prendre en soin ».

D.5.1

Lorsque j'ai reçu un mail du président de la CME proposant de participer à une expérience de médecine narrative au sein de notre hôpital, ma curiosité a été éveillée. J'ai cherché en vain ce qu'était la médecine narrative, et me suis inscrite, curieuse de découvrir cet abord très particulier de la littérature. Je suis arrivée en retard à la première réunion, manquant ainsi les présentations. Dans la tête, se bousculaient mille et une choses à faire, je n'avais pas mangé. Fallait-il perdre deux heures dans une journée tant remplie ! Le doute, la culpabilité me faisaient presque regretter d'être là avec des personnes presque inconnues.

Et puis nous avons écouté la lecture d'un extrait de *La gorge en acier* de Boulgakov, avant d'écrire nous-mêmes en réponse à la première consigne. J'aime écrire, j'aime lire, j'aime le moment de l'écriture ou de la lecture, qui me soustraient au quotidien, aux difficultés et à l'anxiété.

J'avais enfin compris ce que je cherchais au fil des exercices d'écriture et des lectures.

J'ai découvert chacune des personnes du groupe si différentes et si attachantes.

Je n'ai plus manqué une seule séance, heureuse de rejoindre le groupe. J'ai découvert un moment privilégié hors du temps. Ce temps que je ne m'autorisais pas à prendre.

D.5.3

Médecine narrative. Vous avez dit médecine narrative ?

L'expliquer, je ne suis pas certaine de savoir le faire, mais le vivre au sein de notre groupe est pour moi bien une réalité et je peux en parler.

La médecine narrative, c'est d'abord une rencontre ou plutôt des rencontres au fil du temps au sein de notre groupe. Certains membres sont partis mais le noyau dur résiste et à chaque séance le lien se tisse et se resserre, avec une confiance qui grandit.

En dépit du Covid, qui est venu perturber le déroulement de nos séances, le groupe s'est reformé et a survécu.

Au fur et à mesure des séances, des lectures, et des consignes d'écriture, le stylo et la parole se sont libérés. La confiance en soi et en l'autre s'est installée jusqu'à découvrir une certaine autonomie permettant de co-animer les séances. L'écriture, l'analyse et les réflexions sont pour moi libératrices et thérapeutiques. Peut-être, est-ce cela la médecine narrative.

D.6.1

En premier lieu, j'ai fait connaissance de personnes qui m'étaient complètement inconnues avec qui il a été très agréable d'échanger des idées, des témoignages. La médecine narrative m'a permis de comprendre les textes que nous avons étudiés d'une autre façon, non pas de mieux les comprendre littéralement mais structurellement, voire d'appréhender la lecture en général d'une autre manière.

Je ne me pose plus beaucoup de question quant au style, à la temporalité ou autre, tout ceci vient presque naturellement.

De plus, cette formation plus qu'agréable, une fois par mois, me sort de mon quotidien et je m'attelle pour ne pas la rater.

D.7.1

Un début d'après-midi de janvier, l'aventure commence. Je me sens propulsée dans une situation à moitié à mes dépens. J'ai choisi de vivre cette expérience car elle

répond à une idée née avec un malade. Il lisait des textes de grands écrivains, qu'il me nommait avec un plaisir manifeste. Ce plaisir lui permettait d'échapper à la souffrance qui l'emportait.

Ainsi, ce premier jour dans l'atelier de médecine narrative, je suis intimidée devant la grandeur qu'il représente.

Être avec des professionnels de la santé, est un honneur, une occasion nouvelle pour m'introduire dans ce milieu.

Atelier après atelier, semaine après semaine, je sens au fur et à mesure du temps qui passe, que je prends corps avec plus de sérénité, et de confiance. Être pleinement musicienne au sein d'un groupe qui me reflète, qui reflète ma réflexion en même temps que le texte que j'écris.

Être dans l'atelier de médecine narrative me fait travailler, en profondeur, dans l'invisible, l'indicible, mon approche du malade, qu'il soit petit, adolescent, adulte ou une personne âgée.

La musique en moi, plus précisément ce qu'elle est dans son fondement, s'est mêlée à l'expérience de la narration, grâce à l'écoute du groupe, grâce au partage des textes de chacun.

La musique sous toutes les formes, rejoint l'écriture dans la matérialisation, dans l'expression des sensations.

D.8.1

Je suis arrivée dans ce groupe par hasard, je suis nouvelle sur le Chic (prise de fonction septembre 2019). Rapidement ma cadre nous informe du projet de médecine narrative. Je ne comprends pas trop les tenants et les aboutissants du projet. Je passe et repasse devant les affiches informatives sans y prêter attention (pas plus que le reste de l'affichage d'ailleurs, trop d'infos tue l'infos). Au bout de quelques temps je parais être la seule sollicité et sollicitable, ma cadre ne sait pas vraiment me vendre le projet mais dans un désir d'intégration j'accepte de m'inscrire. Et bien ce jour-là, s'il devait se reproduire et bien j'accepterai de nouveau.

Je me suis mise en difficulté en participant à un projet bien loin de mes préoccupations et de mes hobbies quotidiens.

Le premier jour la lecture m'angoisse. Le travail écrit, d'analyse demandé me fait peur. L'échec, l'imparfait, le nul me dérangent. J'ai peur d'être à côté de la plaque. Et

bien même si je l'ai été (c'est sûr au moins une fois), je n'ai jamais ressenti ça avec le groupe que nous formons depuis le début. J'ai pour habitude d'être en retrait dans l'observation avant de me livrer. Cela n'a pas été le cas ici. Le groupe m'inspire confiance. Je me sens forte avec eux. Même si nous ne partageons pas les mêmes idées, l'échange est dirigé vers la compréhension du ressenti de l'autre et non dans le jugement et l'envie de le faire changer d'avis.

J'ai appris à cet atelier à lire. Par lire je veux dire comprendre, donner du sens, chercher le but. Avant la lecture était surtout une succession de mots mais je n'y trouvait pas forcément de sens. J'ai appris lors de cet atelier le partage, l'écoute sans jugement malgré que l'atelier se trouve sur mon lieu de travail.

J'ai apprécié également la rencontre des professionnels du Chic que je n'aurais sans doute pas croisé, ou eu l'occasion de côtoyer sous ce projet.

Nous avons par le biais de la médecine narrative pu faire du partage, retour d'expérience, mais toujours en respectant le cadre du texte.

Ma cadre m'a demandé dernièrement ce que j'en avait retiré de la médecine narrative. Professionnellement je ne sais pas, mais personnellement c'est certain.

Je n'ai jamais participé à quelque chose avec autant de bienveillance de la part du groupe mais également du maître de séance et des intervenants.

Groupe E

E.1.1

À mes collègues de l'atelier de médecine narrative du X.

Au commencement, il y avait beaucoup de monde, des gens de tous les services de l'hôpital. Je ne connaissais personne. Mais dès que nous nous sommes mis à lire, écrire et partager nos récits, ça nous a tous unis. J'étais touchée de voir la sensibilité de chacun pour les textes, le plaisir de tous à écrire des choses à la fois différentes mais où je pouvais me reconnaître. Nous pouvions échanger et rire de nos ressemblances et de nos écarts. Cet atelier m'a fait beaucoup de bien, m'a soulagé de mots enfouis et plus légers à vivre et à apporter sur le papier. Merci à tous pour ce calme, cette valorisation de nos productions et cette bienveillance partagée.

D'ailleurs, je m'appliquais au début de ne rien écrire de médical, car j'avais surtout besoin de narrer des émotions personnelles et je suis vraiment reconnaissante que cela puisse être possible. Ça m'a permis ensuite de raconter une lourde et douloureuse expérience de garde externe d'il y a plus de trente ans, à laquelle je pense souvent et à laquelle je penserai différemment depuis que je l'ai partagée avec vous.

Puis, les collègues des services administratifs, les non-soignants, sont partis. Je me suis demandé pourquoi. Je me suis dit peut-être que le point de départ d'un récit de soignant pouvait être difficile pour eux. Existe-t-il des textes d'autres personnes dans un hôpital ? Pourrait-on aussi imaginer qu'un texte extérieur à l'hôpital puisse venir nourrir et soutenir la vie à l'hôpital ? L'atelier changerait alors de nom, ouvrirait ses horizons. Ne dit-on pas que l'hôpital doit être ouvert sur la cité ? On ne l'appellerait plus médecine narrative, mais narration à l'hôpital, ou narration en médecine. Qu'en pensez-vous ?

A bientôt, j'espère, pour écrire la suite ensemble.

E.1.2.1

Comment j'y suis venue ? Comment je m'y suis inscrite ? X nous avait fortement encouragés à nous rendre à la présentation que faisait X.

J'aime la casuistique, les histoires singulières, le droit de faire des liens entre les maladies, le malade, sa vie, la mienne... Je sais que ce ne sont que des hypothèses,

mais c'est mon oxygène, c'est un plaisir qui m'aide à être plus efficace – si vous me permettez cette expression – dans le concret de mon travail.

Parce que, vous savez, dans de nombreux services de psychiatrie, nous ne pouvons plus prononcer de mot de psychanalyse, de psychopathologie, de psychodynamique... ça froisse la société donc l'ARS... qui crient à l'obscurantisme et ne donnent pas de sons.

La médecine narrative m'est apparue comme un champ possible de renouer avec un travail autour du singulier du patient de toutes les personnes qui l'accompagnent dans sa maladie.

Bien sûr, la première fois, j'avais peur, comme avant d'aller voir un thérapeute pour lui raconter mon histoire, comme avant un devoir sur texte au lycée où j'avais peur de ne pas avoir d'idée, de ne les finir dans le temps imparti.

« Il reste 3 minutes » a dit X et bien je vous dis que l'écoute et les narrations partagées m'ont apporté beaucoup, m'ont aidée à surmonter ma peur et à prendre la parole en grande réunion dans le service, par exemple. Pourtant ça n'est pas de l'écrit. Ça doit être ça, les effets « de surcroît ».

E.1.2.2

La médecine narrative m'a permis de faire de belles rencontres, par les histoires, les récits, les mots. Comment vous en parler ? Ça ressemble à un atelier d'écriture mais il y est question de soins à l'hôpital, ça ressemble à un groupe Balint où l'on s'intéresserait essentiellement à la narration pour toucher le fond de l'histoire.

Tenez, c'est peut-être plus commode de vous dire que, lorsque j'étais étudiante, avec mes condisciples, nous nous apercevions que pour être « bons amis », s'asseoir ensemble sur les mêmes bancs, manger au self et prendre ces cafés en groupe ne suffisait pas. Nous avons une chance d'être bons amis si nous avons passé des vacances ensemble. Et bien, peut-être que la médecine narrative pourrait jouer ce rôle au sein de l'hôpital : nous aurions une chance de devenir « bons collègues » si nous partageons des temps de narration ensemble. En tout cas, c'est ce qui se passe pour moi, j'ai plaisir à échanger un sourire, un bonjour, un clin d'œil complice avec mes collègues de la médecine narrative et ce partage humanise la vie à l'hôpital. Je reviens sur ce que j'avais dit de mon souhait de partager de la narration avec tous les professionnels de l'hôpital avec l'idée de partir de textes qui pourraient parler d'eux aussi et pas seulement des soignants : des textes qui parlent à tous les humains que nous sommes, des textes de jardiniers, les confidences d'un cuisinier ou les poèmes

d'une secrétaire. Et pourquoi pas un atelier avec les patients ? On pourrait y lire des histoires de malades. Ce serait quoi alors : narration à l'hôpital ? Narration de l'hôpital ? Narration dans l'hôpital ?

En tout cas, même si l'hôpital est désespéré, l'hôpital se narre...

E.1.3

Je m'étais inscrite sans trop me représenter ce que seraient nos ateliers de médecine narrative. Pourtant, j'avais écouté attentivement la présentation initiale. Mais, venant de l'hôpital, l'expérience me paraissait tellement inédite que j'avais peine à l'envisager... un espace de lieu et de temps pour s'écouter et s'exprimer : voilà comment je me l'imaginais cet atelier.

Dès le premier groupe – il y avait alors beaucoup de participants, de toutes professions de l'hôpital – j'ai ressenti que le cadre de cet atelier permettait confiance, bienveillance et ouvrait à la construction de récits polyphoniques. A partir d'un même support : texte, tableau, pièce de musique... j'ai pris plaisir à me joindre au chœur des participants pour répondre à la question : « Que remarquez-vous dans ce texte ? ». Puis, toujours en groupe, il nous était permis quelques minutes de nous recentrer en notre corps et notre esprit pour construire notre récit singulier – toujours à partir de ce même texte – puis de le partager ou non oralement.

Je crois que j'ai mesuré l'importance de ce travail d'écoute patiente – jusqu'au bout du récit de chacun – à la mesure des émotions que mes collègues m'ont fait ressentir : de l'empathie grave lorsqu'ils racontaient des histoires vécues avec les patients, histoires dramatiques, au rire d'un récit imaginaire loufoque, à l'admiration devant la beauté d'un texte dans sa forme et son originalité.

J'ai beau savoir l'importance de l'écoute des patients, de leur famille, de mes collègues, dans la co-construction des soins... le passage par l'expérience singulière et groupale de la médecine narrative – où l'on occupe tour à tour différentes places : lire aux autres, écouter les autres, décrire ensemble, raconter une histoire de patient – qui a besoin de se dire et re-dire pour cheminer plus confortablement avec moi – me raconter... cette expérience polyphonique - d'écoute, d'empathie, de co-animation, d'imaginaire et d'expression – permet à mon corps et à mon esprit d'incarner davantage toutes ces valeurs du « prendre soin » à l'hôpital.

Que cette petite bulle, ce sanctuaire de bienveillance, de respect et de créativité partagés, grandisse dans notre institution.

E.2.1

Médecine narrative. Ces deux mots, côte à côte, m'ont intéressée parce qu'ils n'allaient pour moi pas ensemble justement : la science et le récit. Je n'avais pas trop d'idée de la théorie qui sous-tend la médecine narrative. Par contre, j'avais un objectif personnel : savais-je toujours écrire ? Les occasions manquent d'écrire dans le quotidien. Je suis venue avec réserve, comme d'habitude. Ne pas oublier qu'on est dans le professionnel, pas toujours bienveillants, voire hostiles. Il m'a donc bien fallu quelques mois pour rentrer dans le vif du sujet, et pouvoir exprimer « le dossier parallèle » au groupe. Il faut avoir confiance pour confier ses écrits à soi-même d'abord, et aux autres. Dans mon travail je pense qu'il y a eu des répercussions dans ma pratique. Je suis devenue la co-animatrice du groupe écriture et du coup je n'ai pas eu trop d'appréhension à l'animation. Avec une petite patiente nous sommes lancées dans la lecture de la mythologie grecque, à deux voix, à son rythme. L'idée m'en est probablement venue de la proximité retrouvée avec le livre.

E.2.2

Dans ma profession, nous avons peu d'espaces d'expression permettant de mêler monde professionnel et monde personnel. Cet espace, je l'ai trouvé à la médecine narrative.

J'ai immédiatement utilisé ces moments de rencontre et d'échange pour parler de mon travail, car pour moi le cadre était évident : j'étais dans la sphère du professionnel et je ne parle pas de sujet personnel à des inconnus.

Découvrir par les écrits le monde d'autres travailleurs de l'hôpital m'a beaucoup touchée et intéressée. Venant de spécialités et de professions différentes, nous avons ainsi partagé les expériences vécues par les uns et les autres. Par le partage de la narration écrite, nous avons partagé le poids de certaines histoires, de vie et de maladie, de patients.

Le lien s'est fait tout naturellement entre la vie de ce groupe et la vie de l'atelier écriture que je co-anime depuis cette année dans mon centre de soins. Lien également avec la séance hebdomadaire avec une jeune que je reçois, séance qui contient une partie lecture à deux ou une voix de la mythologie grecque.

Maintenant, il m'arrive souvent de me dire que « tiens, j'écrirai bien quelque chose sur cette situation, ou cette question, ou ce patient, ou cette famille ». Écrire permet

de poser l'émotion sur papier et ainsi de prendre la distance nécessaire pour travailler sereinement.

Cet outil m'a convenu enfin et surtout car j'aime la liberté qu'il offre.

E.2.3

La médecine narrative se vit, certes sous-tendue par une théorie. Mais la théorie n'est rien sans application concrète.

Avant tout, pour moi, les deux heures par mois du X sont une fenêtre possible sur mon propre imaginaire. Enfin il est possible de créer, un texte beau ou non, positif ou négatif, humoristique ou non, en lien avec les événements hospitaliers, ou de vie, que l'on se prend toute l'année. Flot de patients, de paroles, d'échanges sans cesse renouvelé.

La médecine narrative permet un arrêt dans ce flot d'interactions. Un arrêt dont on peut faire ce que l'on veut.

La co-animation a été un moment fort. Que va-t-on offrir à nos collègues ? Un peu de soi, c'est évident. Ce fut un moment où ce qu'on savait de soi, mais qu'on a peut-être feint d'oublier, resurgit.

Je déteste diriger. Je déteste être dans la lumière pour mener. C'est nécessaire, pourtant. Je le fais pourtant. La lumière, oui, mais pour voguer, rêver, ne pas être pris par le temps. Ce temps de la co-animation m'a beaucoup amusé, néanmoins. Découvrir les autres autrement, à travers leurs passions ou préoccupations, et revenir vers soi. Vais-je oser les fesses de Kardashian ? J'ai trop ri, en le préparant et en l'expérimentant sur les membres de ma famille. Dedans, dehors. Une chance, cet espace que l'on nous permet de s'offrir. Un espace de liberté au milieu des procédures et protocoles.

E.3.1

Un des médecins avec lesquels je travaille, est venu un jour me trouver pour me faire part de la mise en place de ces séances narratives, et il m'a demandé si je souhaitais y participer. Au début, interrogative sur ces séances, mais après enthousiaste. J'ai fini par accepter. Après tout, écrire, j'adore. Mais parfois pas assez de temps et de calme entre l'agitation du travail et le quotidien de la maison. J'ai donc fini par me dire que cela serait très, très agréable d'avoir un espace-temps pour écrire, lire. Je ne savais pas précisément de quoi il s'agissait exactement, mais je n'avais aucune crainte. Les premières séances furent des temps de lecture et de partage avec d'autres

professionnels que je ne connaissais pas pour la majorité d'entre eux. Alors, évidemment, j'étais parfois dans la retenue quand il fallait dévoiler un peu son ressenti, ses émotions. Et puis, au fil du temps, je découvrais des émotions, des sensibilités, parfois très proches des miennes, et cela devenait de plus en plus agréable de partager, de découvrir, d'écouter et de prêter attention, dans ce lieu assez particulier où je me suis surprise parfois à lâcher des émotions et sentiments profondément cachés de ma vie professionnelle.

E.3.2

Au tout début de cette formation, je me suis demandé quel était le sens de tout cela et puis au fil du temps, j'ai compris que notre intéressement y était pour beaucoup dans cette parenthèse professionnelle de réflexions, pour que celle-ci soit synonyme de qualité et peut être d'apaisement.

Par moments, pouvoir enfin partager vraiment ce que l'on pense avec d'autres professionnels (avec lesquels nous ne travaillons pas habituellement), nous fais ressentir une vraie libération de ce qui peut être parfois douloureux ou anxiogène.

Enfin un espace de temps, temps d'écoute, temps de lecture, pour nous soignants... Pouvoir partager nos émotions positives ou négatives, pour se rendre compte que dans ces tourbillons hospitaliers, nous ne sommes pas seuls à nous débattre avec toutes ces émotions : peur, colère, tristesse, joie. Une véritable grande découverte pour moi « un aller simple vers la rencontre d'autres soignants pour de grands moments de partage ».

Difficile en 15 minutes d'évoquer cette découverte, il y aurait tant à dire mais pour ma part elle m'a un peu appris à libérer par écrit le trop plein d'émotions avec lesquelles parfois je me sens un peu troublée...

E.3.3

Par où commencer !!!

Au début de cette expérience je rencontre plusieurs personnes travaillant sur l'hôpital mais de tous secteurs et professions confondus.

Ne me sentant pas forcément à mon aise, plutôt réservée, j'écoute beaucoup et parle peu.

Chacun de nous se présente et tente d'expliquer sa venue sur l'atelier.

Pour ma part la première motivation était la curiosité.

« L'écriture narrative », complètement inconnue pour moi.

Je découvre au fil du temps et des ateliers, des personnalités, des tempéraments tous très différents, mais je retrouve aussi des affinités, des sensibilités très proches des miennes ou parfois si éloignées que ma curiosité ne pouvait être que sollicitée.

E.4.1

La première fois que j'ai entendu parler de la médecine narrative, c'était par l'intermédiaire d'un de « nos » internes. Une jeune fille brillante, qui était venue effectuer son premier stage d'internat, mais qui nous avait tous marqués par sa vivacité d'esprit et son sérieux. On se demandait tous : mais est-elle vraiment en premier semestre, cette petite ? Tous les patients l'adoraient. Un petit bout de femme, *small and beautiful*, aux cheveux blonds et les yeux bleu ciel. Lorsque je me demandais de quoi il s'agissait, elle m'a répondu que c'était un moyen de partager notre vécu avec les patients à l'hôpital, afin d'améliorer d'une part la prise en charge et d'autre part, quand même, ça nous permettait de nous épancher, afin de libérer de la place dans notre cerveau. Quelques mois plus tard l'occasion s'est présentée et alors je ne savais nullement en quoi ça consisterait, mais je me suis inscrite sans trop d'hésitations, mais en même temps en étant convaincue que je n'irais pas jusqu'au bout de l'aventure. Je n'ai pas le temps. Puis, vint le premier atelier : se retrouver dans une salle, avec des personnes que je ne connaissais pas, à lire des textes, en me demandant par quelle miracle j'allais bien pouvoir trouver des choses à écrire, puis, oh, mon Dieu, les partager. J'étais sceptique. Et finalement ce fut plaisant, parfois surprenant, et souvent très intéressant. Des liens se sont créés dans le groupe. Je pense à la fonction de chacun d'entre nous. Ça m'obsède, même. Et je mesure l'importance de chaque personne, de ce qu'elle apporte dans son métier. Je me dis que c'est formidable, la notion d'équipe me vient à l'esprit, de soutien et finalement de respect. Un grand respect pour toutes ces personnes. J'essaie de comprendre également quel impact tout ceci aura sur l'exercice de la médecine, la médecine au quotidien. Est-ce que je ferai plus d'attention aux récits de mes patients ? Est-ce que je les écouterai davantage ? Je respecterai plus les informations précieuses qu'ils me confieront, pour finalement arriver au bouquet final. C'est le traitement, quoi. Soigner, mais non pas soigner un organe ou une maladie, mais un malade.

E.4.2

La médecine narrative, j'y étais venue sans vraiment savoir ce que ça voulait dire.

C'était l'inconnu total, mais j'étais curieuse.

Lors de la première séance, j'ai été agréablement surprise. J'ai trouvé amusante cette lecture à voix haute du texte. En revanche, lorsqu'il a fallu écrire des choses, j'ai pensé : je n'ai rien à écrire. Par quoi commencer ? et à quoi cela va-t-il servir ?

Puis, j'ai écrit sans me poser de questions. Et les mots ont pris un sens, pendant les ateliers et également lors de l'exercice de mes fonctions. Et peut-être même aussi à la maison !

Je crois sincèrement que cette expérience m'a permis de redonner une place essentielle au récit des patients, d'être plus réceptive à leurs histoires afin de renforcer les compétences, restant humble. Par ailleurs, le fait de prendre le temps d'écouter, puis d'écrire aide à être en capacité de mieux aider les patients, de les accompagner dans les épreuves douloureuses (annonces, diagnostics difficiles, lors de procédures pourvoyeuses de stress, anxiété et douleurs).

Avec cette expérience, je me sens plus à l'aise encore lorsque j'écoute un patient ou sa famille, c'est la bonne distance, une sorte de réhabilitation de la parole du patient, avec pour résultat un cheminement plus facile vis le ou les diagnostics.

E.5.1

Avant de rentrer dans les détails, je voudrais dire que c'est une expérience enrichissante et qui m'a beaucoup plu. Chaque mois j'attendais cet atelier, que je pense être un moment de pause et de réflexion, de calme et de partage nécessaires. Quand les ateliers nous ont été proposés, j'ai immédiatement adhéré à cette expérience. J'avais peur du côté inconnu, être avec des personnes inconnues, et surtout je sais de moi être très mauvaise en français, en littérature, ce qui en tout cas c'est ce que disaient mes profs. Mais j'ai aussi en moi ce goût pour la romance, dans le sens, raconter des histoires, rêver, mettre de la poésie dans les histoires. Donc, cela a été un défi.

À l'arrivée je suis dans un groupe, où je sens une maturité, un côté réflexif passé par leur vie, leur profession, alors que moi je le commence à peine. Avec du recul sur les quelques mois passés à participer aux ateliers, je suis ravie d'être dans ce groupe du X. J'ai trouvé beaucoup de bienveillance et de richesse dans l'échange. Ensuite, j'ai appris à regarder autrement certaines situations, certaines personnes. Je ne crois pas être encore dans la mesure d'écrire, mais au moins la réflexion est là. Je souhaiterais

pouvoir poursuivre cette expérience. Un petit mot également pour notre guide : il a parfaitement été dans la générosité et dans l'accueil de nos pensées et de nos textes.

E.5.2

Pour moi la médecine narrative c'est d'abord une opportunité arrivée au bon moment de ma carrière. Une prise de fonction différente qui m'obligeait à prendre beaucoup de recul sur moi, ma profession et mon avenir. Les ateliers m'ont permis de me mettre à écrire, à réfléchir et à poser mes idées. En écoutant parler les membres du groupe, en écoutant les expériences, cela m'a permis de me rendre compte que dans ma pratique professionnelle très technique, je ne prenais plus le temps d'écouter. C'est ce qui m'avait obligé à changer de voix.

De me remettre à lire et d'écrire, choix jusque-là très difficile pour moi, cela m'a donné du temps ; effacer le stress et l'enfermement des tâches quotidiennes pour se trouver des moments de calme.

Je ne prends plus soin des patients directement mais à travers mon discours, mon équipe ; en leur demandant de se poser pour réfléchir et parler, discuter et se « connecter », on gagne en qualité de soin et en qualité de vie.

Domage pour moi ce temps d'absence ces derniers mois, cela me demande un travail particulier pour me remettre en selle.

Bibliographie

1. Sources primaires.

1A. Textes.

ALCIATO (Andrea), *Emblematum liber*, Augsbourg, Heinrich Steyner, 1531.

ALLENDY (René Félix Eugène), *Journal d'un médecin malade ou Six mois de lutte avec la mort*, Paris, Denoël, 1944.

ARIOSTO (Ludovico), *Orlando furioso secondo l'editio princeps del 1516*, Turin, Einaudi, 2016.

BAUDELAIRE (Charles), *Œuvres complètes*, Paris, Laffont, 2004.

BORGES (Jorge Louis), « Le jardin aux sentiers qui bifurquent », dans *Fictions*, Paris, Gallimard, 1951, p. 109-122.

BOULGAKOV (Mikhaïl), *Récits d'un jeune médecin*, Lausanne, L'Âge d'Homme, 1984.

– *Carnets d'un jeune médecin*, Paris, Gallimard, 2012.

BROYARD (Anatole), *Intoxicated by My Illness*, Clarkson Potter, New York, 1990, p. 52.

CARVER (Raymond), *Where I'm Calling From : New and Selected Stories*, New York, Vintage Contemporaries, 1989.

– *Les Vitamines du bonheur*, Paris, Stock, 2003.

DE MAISTRE (Xavier), *Voyage autour de ma chambre*, Londres, MacMillan and Co., 1911

DE KERANGAL (Maylis), *Réparer les vivants*, Paris, Gallimard, 2014 (2013).

– « Cœur de nageur pour corps de femme compatible », dans AA. VV., *Qui est vivant ?*, Paris, Verticales, 2007, p. 88-95.

DESNOS (Robert), *Destinée arbitraire*, Paris, Gallimard, 1975.

- DICKINSON (Emily), *Poésies complètes*, Paris, Flammarion, 2020 (2009).
- ELIOT (Thomas Stearns), *Quatre Quators*, Paris, Seuil, 1950 (1943).
- ÉLUARD (Paul), *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, 1968.
- FLAUBERT (Gustave), *Madame Bovary*, Paris, Gallimard, 2001.
- FRANK (Arthur W.), *At the Will of the Body*, Boston, Houghton Mifflin, 1991.
- GRAND CORPS MALADE, *Patients*, Paris, Don Quichotte, 2012.
- HESSEL (Stéphan), *Indignez-vous !*, Montpellier, Indigène, 2011.
- HUGO (Victor), *Les Contemplations*, Lausanne, Rencontre, 1962.
- JACQUA (Laurent), *La Guillotine carcérale : Silence, on meurt*, Paris, Nautilus, 2003.
- *J'ai mis le feu à la prison : L'histoire d'un blog 2006-2009*, Paris, Jean-Claude Gawsewitch, 2010.
- JAMES (Henry), *Les ailes de la colombe*, Paris, Gallimard, 1947, p. 260.
- MARIN (Claire), *Hors de moi*, Paris, Allia, 2008.
- MELVILLE (Herman), *Moby Dick*, Paris, Gallimard, 1941.
- *Moby Dick ou Le Cachalot Blanc*, Paris, Sagittaire, 1954.
- *Moby Dick*, Genève, Edito-Service, 1970.
- *Moby Dick*, Paris, Gallimard, 2006.
- *Moby Dick*, Paris, Flammarion, 2012.
- MUELLER (Lisel), *Second Language*, Baton Rouge et Londres, Louisiana State University Press, 1986.
- PEREC (Georges), *Je me souviens*, Paris, Fayard, 2012.
- PONTALIS (Jean-Bertrand), *Fenêtres*, Paris, Gallimard, 2000.
- RIMBAUD (Arthur), *Lettres du voyant*, Genève, Droz, 1975.
- SCÈVE (Maurice), *Délie, objet de plus haute vertu*, Paris, Hachette, 1916.
- SICAUD (Sabine), *Les Poèmes de Sabine Sicaud*, Paris, Stock, 1958.
- *Le Rêve inachevé*, Bordeaux, Les Dossiers d'Aquitaine, 1996.
- THOMAS (Dylan), *Collected Poems*, New York, New Directions, 1957.
- TOLSTOÏ (Léon), *La Mort d'Ivan Ilitch*, Paris, Gallimard, 1997.
- TOULET (Paul-Jean), *Journal et Voyages*, Paris, Le Divan, 1955.
- TYSZKA (Alberto Barrera), *La Maladie*, Paris, Gallimard, 2010.
- ZORN (Fritz), *Mars*, Paris, Gallimard, 1979.

ZWEIG (Stefan), *Marie Stuart*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1936.

1B. *Images.*

ANONYME, *Portrait de Sabine Sicaud*, Bibliothèque d'Agen, 1924.

BANSKY, *Girl with Balloon*, Pont de Waterloo, Londres, 2000.

DALI (Salvador), *Cygnés se reflétant en éléphants*, Cavalieri Holding, Genève, 1937.

DE PUJOL (Alexandre-Denis), *La Mort de Marie Stuart*, Musée des beaux-arts, Valenciennes, XIX^e siècle.

ESCHER (Maurits Cornelis), *Canon Cancrizans*, s. l., 1965.

GIORGIONE, *Double portrait*, Museo nazionale del Palazzo di Venezia, Rome, 1502.

MAGRITTE (René), *Le Faux Miroir*, The Museum of Modern Art, New York, 1928.

– *La Condition humaine*, National Gallery of Art, Washington, 1933.

MUNCH (Edvard), *Le Cri*, Munchmuseet, Oslo, 1893.

MONET (Claude), *Impression, soleil levant*, Musée Marmottan, Paris, 1872.

– *La Cathédrale de Rouen dans le brouillard* (W1348), Collection privée, 1894.

MOON (Sarah), *Julie Stouvenel*, 1989.

PICASSO (Pablo), *Guernica*, Museo nacional centro de arte Reina Sofia, Madrid, 1937.

RENOIR (Pierre-Auguste), *Noirmoutier*, Barnes Foundation, Philadelphia, 1892.

STEEN (Jan), *La Visite du médecin*, Wellington Museum, Londres, 1661-1662.

SOULAGES (Pierre), *Peinture 324 x 362 cm : Polyptyque C*, Musée National d'Art Moderne, Paris, 1985.

1C. *Musiques.*

ANONYME, *Der Heyser Bulgar*, s. d.

BEETHOVEN (Ludwig van), *Symphonie n° 6 en fa majeur op. 68 « Pastorale »*, 1808.

BRAHMS (Johannes), *Dance hongroise n° 5 en fa dièse mineur*, 1869.

GRAND CORPS MALADE, *Funambule*, 2013.

– *Le Bout du tunnel*, 2013.

JACKSON (Michael), *Bad*, 1989.

MACHAUT (Guillaume), *Rondeau XIV*: « *Ma fin est mon commencement* », XIV^e siècle.

ROSSINI (Gioacchino, attribué à), *Duetto buffo di due gatti*, 1825.

STRAUSS (Richard), *Tod und Verklärung*, 1889.

2. Sources secondaires.

ADAMSON (Keith), SENSAVANG (Sonia), CHARISE (Andrea) *et alii*, « Narrative Training as a Method to Promote Nursing Empathy within a Pediatric Rehabilitation Setting », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 42, 2018, p. e2-e9.

ALAMPI (Daniela) et PRIMERANO (Enzo), « Narrative Medicine, Intensive Care and Burn Out », *HSOA Journal of Anesthesia and Clinical Care*, vol. 7, 2020, p. 1-5.

ALEJANO-STEELE (AnnJanette), HAMINGTON (Maurice), MACDONALD (Lunden) *et alii*, « From Difficult Dialogues to Critical Conversations : Intersectionality in Our Teaching and Professional Lives », dans OUELLET (M. L.), *An Integrative Analysis Approach to Diversity in the College Classroom*, numéro spécial de la revue *New Directions for Teaching and Learning*, vol. 125, 2011, p. 91-100.

ANZIEU-PREMMEREUR (Christine), « De la créativité chez Winnicott », *Le Carnet PSY*, vol. 151, n° 2, 2011, p. 22-25.

ARONSON (Jeffrey K.), « Patients' Perspectives », *The British Medical Journal*, vol. 321, 23-30 décembre 2000, pp. 1599-1692.

AUBOURG (Frédéric), « Winnicott et la créativité », *Le Coq-héron*, vol. 173, n° 2, p. 21-30.

AUSTIN (John L.), *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1970 (1962).

BAMBERG (Michael) ET ANDREWS (Molly), (sous la direction de), *Considering Counternarratives : Narrating, Resisting, Making Sense*, Amsterdam, John Benjamins, 2004.

BANDMAN (Celia Engel), « On Medical Humanism », *The Journal of Supportive Oncology*, vol. 2, n° 2, 2004, p. 108.

– « A Medical Humanist Says Good-Bye », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 2, 2008, p. 149-150.

– « Art Informs Medicine », *Journal Of Clinical Oncology*, vol. 28, n° 12, 2010, p. 2123-2124.

BANDMAN (Celia E.), BANDMAN (Bernarnd M.), BARR (Patricia A.) et MILLS (Letha E.), « The Medical Humanist : A Pilot Program in the Cancer Center Setting », dans TWOHIG (Peter L.) et KALITZKUS (V.), *Making Sense Of Health, Illness and Disease*, Amsterdam et New York, Rodopi, 2004, p. 217-231.

BANFI (Paolo), CAPPuccio (Antonietta), LATELLA (Maria E.) *et alii*, « Narrative Medicine to Improve The Management and Quality of Life of Patients with COPD : The First Experience Applying Parallel Chart in Italy », *International Journal of COPD*, vol. 13, 2018, p. 287-297.

BARBER (Sarah) et MORENO-LEGUIZAMON (Carlos J.), « Can Narrative Medicine Education Contribute to the Delivery of Compassionate Care? A Review of the Literature », *Medical Humanities*, vol. 43, 2017, p. 199-203.

BARONE (Susan M.), *Seeking Narrative Coherence : Doctors' Elicitations and Patients' Narratives in Medical Encounters*, Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington, 2012.

BARONE (Susan M.) et LAZZARO-SALAZAR (Mariana), « Forty Bucks Is Forty Bucks': An Analysis Of A Medical Doctor's Professional Identity », *Language & Communication*, vol. 43, 2015, p. 27-34.

BASTIEN (Soulé), « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches Qualitatives*, vol. 27, 2008, p. 127-140.

BAUMAN (Zygmunt), *Mortality, Immortality, and Other Life Strategies*, Stanford, Stanford University Press.

BECKMAN (Howard B.) et FRANKEL (Richard M.), « The Effects of Physician Behaviour on the Collection of Data », *Annals of Internal Medicine*, vol. 101, n° 5, 1984, p. 692-696.

BENEDETTI (Gaetano) et PECICCIA (Maurizio), *Sogno, inconscio, psicosi*, Chieti, Metis, 1995.

– « Il disegno speculare catatimico », dans LA FORGIA (M.) et MAROZZA (M. I.), *La parola che immagina*, Bergamo, Moretti e Vitali, 2014, p. 221-225.

BENOZZO (Angelo) et PICCARDO (Claudia), « Autoetnografia della formazione. L'approccio etnoclinico per l'analisi dei bisogni e la progettazione di un programma di formazione », *Risorsa Uomo*, vol. 4, 2004.

BERT (Giorgio), *Medicina narrativa : Storie e parole nella relazione di cura*, Rome, Il Pensiero Scientifico, 2007.

BERTHOZ (Alain) et JORLAND (Gérard), (sous la direction de), *L'Empathie*, Odile Jacob, Paris, 2004.

BEZANSON (Walter E.), « *Moby-Dick : Work of Art* », dans HILLWAY (T.) et MANSFIELD (S. T.), *Moby-Dick Centennial Essays*, Dallas, Southern Methodist University Press, 1953, p. 30-58.

BIANCHI (Fulvio), GROBBERIO (Monica) et PINTUS (Patrizio), « Intervisione narrativa », *Appunti del Centro Terapia Cognitiva*, vol. 2, 2005, p. 89-93.

BIANCHERI (Rita), « La medicina narrativa tra sfide teoriche e resistenze organizzative », dans BIANCHERI (R.) et TADDEI (S.), *Narrare la malattia per costruire la salute : Una prospettiva multidisciplinare*, Pise, Pisa University Press, p. 43-71.

BION (Wilfred), « A Theory of Thinking », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 43, 1962, p. 306-310.

– *Learning from Experience*, Londre, William Heinemann, 1962.

BIRIGWA (Ssanyu N.), KHEDAGI (Apurva M.) et KATZ (Cynthia J.), « Stop, Look, Listen, Then Breathe : The Impact of a Narrative Medicine Curriculum on Pediatric Residents (Descriptive Abstract) », *Academic Pediatrics*, vol. 17, 2017, p. e40-e41.

BLANCHIN (Solène), *Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier*, Thèse d'exercice, Université de Montpellier, 2021.

BLEAKLEY (Alan), « Stories as Data, Data as Stories: Making Sense of Narrative Inquiry in Clinical Education », *Medical Education*, vol. 39, 2005, p. 534-540.

BLOOR (Michael), « The Ethnography of Health and Medicine », dans ATKINSON (P.), COFFEY (A.), DELAMONT (S.) et alii, *Handbook of Ethnography*, Londre, Sage, 2001, p. 177-187.

BOBB (Shelley J.), *Finding Meaning and Sensemaking in Hospital Nursing Teams : The Promise Of Narrative Medicine*, Thèse de doctorat, Marquette University, 2016.

BOCKAROV (Mariana), *Narrative Medicine in the Native Tongue : The Effect of the L1 as a Moderating Variable of Exam Performance in Experimental Disclosure Therapy*, Thèse de doctorat, University of Toronto, 2015.

BORKAN (Jeffrey), REIS (Shmuel), STEINMETZ (Dov) et MEDALIE (Jonh) H., (sous la direction de), *Patients and Doctors : Life-Changing Stories from Primary Care*, Madison, University of Wisconsin Press, 1999.

BOUDREAU (J. Donald) et FUKS (Abraham), « L'Histoire du 'Physicianship Program' à McGill University », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line, 2017, p. 95-108.

BOUVARD (Gabrielle), « L'intervision : Lieu de créativité du psychologue clinicien », *Le Journal des psychologues*, vol. 374, n° 2, 2020, p. 45-48.

BOWLBY (John), *Attachement et perte : L'attachement*, vol. I, Paris, Puf, 1978 (1969).

– *Attachement et perte : La Séparation. Angoisse et colère*, vol. II, Paris, Puf, 1978 (1973).

– *Attachement et perte : La Perte. Tristesse et dépression*, vol. III, Paris, Puf, 1984 (1980).

– *A Secure Base*, Londre, Routledge, 1988.

BOYD (Elizabeth) et HERITAGE (John), « Taking the History : Questioning During Comprehensive History-Taking », dans Heritage (M.), *Communication in Medical Care : Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006, p. 151-184.

BOYD (Kenneth M.), « Disease, Illness, Sickness, Health, Healing And Wholeness : Exploring Some Elusive Concepts », *Medical Humanities*, vol. 26, 2000, p. 9-17.

BRACONNIER (Alain) et GOLSE (Bernard), (sous la direction de), *Winnicott et la création humaine*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2012.

BRODY (Howard), *Stories of Sickness*, New York, Oxford University Press, 2003 (1987).

BRÖMER (Rainer), « Literature Helps : Listening to the Narrative of Medicine », *The Lancet*, vol. 366, n° 4, 2005, p. 1919-1920.

BRUNER (Jerome), *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge, Harvard University Press, 1986.

– *Acts of Meaning*, Cambridge, Harvard University Press, 1990.

– *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?*, Paris, Retz, 2002.

– (sous la direction de), *Culture et modes de pensée*, Paris, Retz, 2008.

BRUNI (Attila), « Il metodo etnografico », dans MORTARI (L.) et ZANNINI (L.), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Milan, Raffaello Cortina, 2017, p. 123-154.

CAAMAÑO M. (Virginia), « De ciudades y pasiones. Un acercamiento a cuatro cuentos latinoamericanos del fin de siglo », *Filología y Lingüística*, vol. 36, n° 1, 2010, p. 35-75.

CAMPO (Rafael), *The Healing Art : A Doctor's Black Bag of Poetry*, New York, Norton, 2003.

CAPPUCCIO (Antonietta), NAPOLITANO (Silvia), Menzella (Francesco) *et alii*, « Use of Narrative Medicine to Identify Key Factors for Effective Doctor–Patient Relationships in Severe Asthma », *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, vol. 14, n° 26, p. 1-12.

CARDANO (Mario), « La ricerca etnografica », dans RICOLFI (L.), *La ricerca qualitativa*, Rome, Carrocci, 1997, p. 45-92.

CASSIRER (Ernst), *Individu et cosmos dans la philosophie de la Renaissance*, Paris, Minuit, 1983 (1927).

CASTRO (Dana), DELEFOSSE (Marie Santiago) et CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS (Valérie), « La Supervision de la pratique clinique : Définitions et questionnements », *Le Journal des psychologues*, vol. 270, n° 7, 2009, p. 45-48.

CHAMBERS (Tod), *The Fiction of Bioethics : Cases as Literary Texts*, Londre et New York, Routledge, 1999.

CHARON (Rita), « To Build A Case : Medical Histories as Traditions in Conflict », *Literature and Medicine*, vol. 11, n° 1, 1992, p. 115-132.

– « The Narrative Raod to Empathy », dans SPIRO (H. M.), MCCREA CURNEN (M. G.), PESCHEL (E.) et ST. JAMES (D.), *Empathy and the Practice of Medicine : Beyond Pills and the Scalpel*, New Haven et Londre, Yale University Press, 1993, p. 147-159.

– « Literature and Medicine : Origins and Destinies », *Academic Medicine*, vol. 75, n° 1, 2000, p. 23-27.

– « Reading, Writing, and Doctoring : Literature and Medicine », *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 319, n° 5, 2000, p. 285-291.

– « Narrative Medicine : A Model for Empathy, Profession, and Trust », *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, n° 15, 2001, p. 1897-1902.

– « Narrative Medicine : Form, Function, and Ethics », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 1, 2001, p. 83-87.

– « The Ethicality of Narrative Medicine », dans HURWITZ (B.), GREENHALGH (T.) et SKULTANS (V.), *Narrative Research in Health and Illness*, Malden, Oxford et Carlton, Blackwell Publishing, 2004, p. 23-36.

– « Narrative Medicine : Attention, Representation, Affiliation », *Narrative*, vol. 13, n° 3, 2005, p. 261-270.

– *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015 (2006).

– *Medicina narrativa : Onorare le storie dei pazienti*, Milan, Raffaello Cortina, 2019 (2006).

– « Introduction », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 15-31.

– « La lecture attentive : Marque distinctive de la Médecine narrative », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 233-267.

– « Un Cadre d'enseignement pour la lecture attentive », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 268-308.

CHARON (Rita), DASGUPTA (Sayantani), HERMANN (Nellie) et alii, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016).

CHARON (Rita), HERMANN (Nellie) et DEVLIN (Michael J.), « Close Reading and Creative Writing in Clinical Education : Teaching Attention, Representation, and Affiliation », *Academic Medicine*, vol. 91, n° 3, 2016, p. 345-350.

CHARON (Rita), TRAUTMANN BANKS (Joanne), CONNELLY (Julia E.) *et alii*, « Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice », *Annals of Internal Medicine*, vol. 122, 1995, p. 599-606.

CHAVAROT (Jean-Louis), « Préface », dans BOULGAKOV (M.), *Carnets d'un jeune médecin*, Paris, Gallimard, 2012, p. 9-19.

CHEN (Po-Jui), HUANG (Chien-Da) et YEH (San-Jou), « Impact of a Narrative Medicine Programme on Healthcare Providers' Empathy Scores Over Time », *BMC Medical Education*, vol. 17, 2017, p. 1-8.

CHESI (Paola), MARINI (Maria Giulia), MANCARDI (Gianluigi) *et alii*, « Listening to the Neurological Teams for Multiple Sclerosis : The SMART Project », *Neurological Sciences*, vol. 41, n° 8, p. 2231-2240.

CLANDININ (D. Jean) et CONNELLY (F. Michael), *Narrative Inquiry : Experience and Story in Qualitative Research*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000.

- « *Narrative Inquiry* », dans GREEN (J. L.), CAMILLI (G.) et ELMORE (P. B.), *Handbook of Complementary Methods in Education Research*, Washington, Lawrence Erlbaum Associates, 2006, p. 477-487.

COENEN-HUTHER (Jacques), *Observation participante et théorie sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995.

COLÓN (Edgar Rivera), « Des issues de secours jusqu'aux données qualitatives : Levier pédagogique, recherche incarnée, et médecine narrative comme "oreille du cœur" », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 377-392.

CROS (Jérôme), *Mieux communiquer entre soignants : Un enjeu majeur de sécurité*, Arnette, Montpellier, 2018.

DE LANLAY (Fabienne), « René Allendy à la lumière du *Journal* d'Anaïs Nin et du *Journal d'un médecin malade* », *Revue française de psychanalyse*, vol. 61, n° 2, 1997, p. 661-665.

DE SAUSSURE (Ferdinand), *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1972 (1916).

DEBORD (Guy), « Rapport sur la construction des situations et sur les conditions de l'organisation et de l'action de la tendance situationniste internationale », *Inter*, vol. 44, 1989 (1957), p. 1-11.

DECHIEF (Diane), « Desining for a Diverse Classroom », dans DALI (K.) et CAIDI (N.), *Humanizing LIS Education and Practice : Diversity by Desing*, Londre et New York, Routledge, 2020, p. 92-104.

DENHAM (Robert D.), *Poets on Paintings : A Bibliography*, Jefferson et Londre, McFarland & Company, 2010.

DEVLIN (Michael J.), RICHARDS (Boyd F.), CUNNINGHAM (Hetty) *et alii*, « *Where Does the Circle End ? Representation as a Critical Aspect of Reflection in Teaching Social and Behavioral Sciences in Medicine* », *Academic Psychiatry*, vol. 39, n° 6, 2015, p. 669-677.

DEWALT (Kathleen M.) et DEWALT (Billie R.), *Participant Observation : A Guide for Fieldworkers*, Plymouth, AltaMira Press, 2011.

DION-LABRIE (Marianne) et DOUCET (Hubert), « Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : Perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste », *Éthique et santé*, vol. 8, 2011, p. 63-68.

DUGRAVIER (Romain) et BARBEY-MINTZ (Anne-Sophie), « Origines et concepts de la théorie de l'attachement », *Enfances & Psy*, vol. 66, n° II, 2015, p. 14-22.

ECO (Umberto), *Lector in Fabula : La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*, Milan, Bompiani, 1979.

- « Riflessioni teorico-pratiche sulla traduzione », dans NERGAARD (S.), *Teorie contemporanee della traduzione*, Milan, Bompiani, 1995, p. 121-145.

EISENBERG (Leon), « Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, n° 1, 1977, p. 9-23.

ELLIS (Carolyn) et BOCHNER (Arthur), « Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject », dans DENZIN (N. K.) et LINCOLN (Y. S.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage, 2000, p. 733-768.

EMERSON (Robert M.), FRETZ (Rachel I.) et SHAW (Linda L.), « Participant Observation and Fieldnotes », dans ATKINSON (P.), COFFEY (A.), DELAMONT (S.) *et alii*, *Handbook of Ethnography*, Londre, Sage, 2001, p. 352-368.

ENGEL (John D.), ZARCONI (Joseph), PETHTEL (Lura) et MISSIMI (Sally), *Narrative in Health Care : Healing Patients, Practitioners, Profession, and Community*, Oxford-New York, Radcliffe Publishing, 2008.

ENSIGN (Josephine), *Soul Stories : Voices from the Margins*, San Francisco, University of California Medical Humanities Press, 2018.

FABREGA (Horacio), *Disease and Social Behavior*, Cambridge, MIT Press, 1973.

– « The Scope of Ethnomedical Science », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, n° 2, 1977, p. 201-228.

– « Ethnomedicine and Medical Science », *Medical Anthropology*, vol. 1, n° 2, 1978, p. 11-24.

FAIRCLOUGH (Norman), *Discourse and Social Change*, Cambridge, Polity Press 1992.

FERRY-DANINI (Juliette), *Une Critique de l'humanisme en médecine : La « médecine narrative » et la « phénoménologie de la médecine » en question*, Thèse de Doctorat, Université de la Sorbonne, 2019.

– « La Médecine narrative face à l'impossible singularité des récits », *Revue de la société de philosophie des sciences*, vol. 7, n° 2, 2020, p. 1-6.

FIORETTI (Chiara) *et alii*, « Research Studies on Patients' Illness Experience Using the Narrative Medicine Approach : A Systematic Review », *BMJ Open*, vol. 6, 2016, p. 1-5.

FISH (Stanley), *Is There a Text in This Class? The Authority of Interpretive Communities*, Cambridge et Londres, Harvard University Press, 1980.

FOLEY (Rose-Anna), « L'Observation », dans KIVITS (K.), BALARD (F.), FOURNIER (C.) et WINANCE (M.), *Les Recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin, 2016, p. 117-132.

FOUCAULT (Michel), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

– « Les Techniques de soi », in *Dits et écrits*, t. II, Paris, Gallimard, 2001 (1984), pp. 1602-1632.

FRANK (Arthur W.), « Reclaiming an Orphan Genre : The First-Person Narrative of Illness », *Literature and Medicine*, vol. 13, 1994, p. 1-21.

– *The Wounded Storyteller*, Chicago, The University of Chicago Press, 2013 (1995).

– *The Renewal of Generosity : Illness, Medicine, and How To Live*, Chicago, The Chicago University Press, 2004.

– « What Is Dialogical Research, and Why Should We Do It ? », *Qualitative Health Research*, vol. 15, 2005, p. 964-974.

– « Generosity in Medical Story Making : Commentary on Launer (2006) », *Families, Systems, & Health*, vol. 24, n° 3, 2006, p. 345-349.

– *Letting Stories Breathe : A Socio-Narratology*, Chicago, The Chicago University Press, 2010.

FRANK (Arthur W.) et SOLBRÆKKE (Kari Nyheim), « Becoming a Cancer Survivor: An Experiment in Dialogical Health Research », *Health*, 2021, p. 1-16.

FRASER (Heather), « Doing Narrative Research : Analysing Personal Stories Line by Line », *Qualitative Social Work*, vol. 3, n° 2, 2004, p. 179-201.

FURST (Lilian R.), « Emergency ! An Introduction to Mikhail Bulgakov's The Steel Windpipe », dans *Medical Progress and Social Reality. A Reader in Nineteenth-Century Medicine and Literature*, New York, State University of New York Press, 2000, p. 177-188.

GALLAGHER (Susan VanZanten), « The Prophetic Narrator of Moby-Dick », *Christianity and Literature*, vol. 36, n° 3, 1987, p. 11-25.

GALLOP (Jane), « The Historicization of Literary Studies and the Fate of Close Reading », *Profession*, 2007), p. 181-186

GANE (Yorick Gomez), « Tizio, Caio e Sempronio (e altri tizi fittizi) », *Rivista Italiana di Onomastica*, vol. 21, n° 1, 2015, p. 129-149.

GARFINKEL (Harold), *Studies in Ethnomethodology*, New York, Basic Books, 1967.

GEFEN (Alexandre) et VOUILLOUX (Bernard), (sous la direction de), *Empathie et esthétique*, Hermann, Paris, 2013.

GENETTE (Gérard), *Palimpsestes : La littérature au second degré*, Paris, Seuil, 1982.

– *Discours du récit*, Paris, Seuil, 2007 (1983).

– *Seuils*, Paris, Seuil, 1987.

GENIN (Isabelle), « La Baleine Blanche a mauvais genre », *Palimpsestes*, vol. 21, 2008, p. 55-74.

GHIROTTI (Luca), « Etnografia », dans SASSO (L.), BAGNASCO (A.) et GHIROTTI (L.), *La ricerca qualitativa : Una risorsa per i professionisti della salute*, Milan, Edra, 2016 (2015), p. 99-119.

GLASER (Barney G.) et STRAUSS (Anselm L.), *La Découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Collin, 2010 (1967).

GOLIA (Geoffrey M.) et MCGOVERN (Amanda R.), « If You Save Me, I'll Save You : The Power of Peer Supervision in Clinical Training and Professional Development », *British Journal of Social Work*, vol. 45, n° 2, 2015, p. 634-650.

GOOD (Byron J.), *Medicine, Rationality, and Experience : An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

GOUPY (François), ABGRALL-BARBRY (Gaëlle), ASLANGUL (Élisabeth) *et alii*, « L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? », *la Presse Médicale*, vol. 42, n° 1, 2013, p. e1-e8.

GOUPY (François), ABGRALL-BARBRY (Gaëlle), ASLANGUL (Élisabeth) *et alii*, « Une expérimentation pédagogique », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line, 2017, p. 119-140.

GOUPY (François) et LE JEUNNE (Claire), (sous la direction de), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line, 2017.

GOWDA (Deepthima), BALMER (Dorene), KHEDAGI (Aparva) *et alii*, « Year-Long Narrative Medicine Intervention to Improve Interprofessional Practice in Three Primary Care Practices », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32, 2017, p. S725.

GOWDA (Deepthima), CURRAN (Tayla) et BALMER (Dorene F.), « Mixed Methods Program Evaluation », dans KLUGMAN (C. M.) et LAMB (E. G.), *Research Methods in Health Humanities*, New York, Oxford University Press, 2019, p. 305-320.

GOWDA (Deepthima), CURRAN (Tayla), KHEDAGI (Aparva) *et alii*, « Implementing an Interprofessional Narrative Medicine Program in Academic Clinics : Feasibility and Program Evaluation », *Perspectives on Medical Education*, vol. 8, 2019, p. 52-59.

GREENHALGH (Trisha), « Narrative Based Medicine in an Evidence Base World », *British Medical Journal*, vol. 318, 30 janvier 1999, pp. 323-325.

GREENHALGH (Trisha) et HURWITZ (Brian), (sous la direction de), *Narrative Based Medicine : Dialogue and discourse in clinical practice*, Londres, Bmj Books, 1998.

GREENHALGH (Trisha) et HURWITZ (Brian), « Why Study Narrative », dans GREENHALGH (T.) et HURWITZ (B.), *Narrative Based Medicine : Dialogue and discourse in clinical practice*, Londres, Bmj Books, 1998, p. 3-16.

HAIDET (Paul), KROLL (Tony L.) et SHARF (Barbara F.), « The Complexity of Patient Participation : Lessons Learned from Patients' Illness Narratives », *Patient Education and Counselling*, vol. 62, n° 3, 2006, p. 323-329.

HAMMERSELY (Martyn) et ATKINSON (Paul), *Enthography : Principles in Practices*, Londre et New York, Routledge, 2019 (1983).

HARRISON (Madaline B.) et CHIOTA-MCCOLLUM (Nicole), « Education Research : An Arts-Based Curriculum for Neurology Residents », *Neurology*, vol. 92, 2019, p. e879-e883.

HAWKINS (Anne Hunsaker), *Reconstructing Illness : Studies in Pathography*, West Lafayette, Purdue University Press, 1993.

HELLER (E. Angela) et HELLER (Frances Eicholz), « Narrative Medicine : A Practical Application for Using Writing as a Clinical Intervention with Cancer Patients, Caregivers and the Clinicians that Care for Them », *Psychooncology*, vol. 25, 2016, p. 10.

HERMANN (Nellie), « Créativité : quoi, pourquoi, où ? », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 311-342.

– « Peut-on enseigner la créativité ? », dans CHARON (R.), DASGUPTA (S.), HERMANN (N.) *et alii*, *Principes et pratique de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020 (2016), p. 343-373.

HINE (Wendy L.), *Narrative Medicine And Traditional Medical Interviewing Approaches In Women With Breast Cancer*, Thèse de doctorat, The University of New Mexico, 2013.

HINYARD (Lesley J.), WALLACE (Cara L.), OHS (Jennifer E.) et TREES (April), « Narrative Medicine and Reflective Practice Among Providers : Connecting Personal Experiences With Professional Action For ACP », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 36, n° 34, 2018, p. 9.

HOFSTADTER (Douglas), *Gödel, Escher, Bach : Les Brins d'une guirlande éternelle*, Paris, InterÉditions, 1998.

INNOCENTI (Giancarlo), *L'immagine significativa : Studio sull'emblematica cinquecentesca*, Padoue, Liviana Editrice, 1981.

INNOCENTI (Loretta), *Vis Eloquentiae : Emblematica e persuasione*, Palermo, Sellerio, 1983.

JACOBS (Zachary G.) et SGRO (Gaetan), « Pittsburgh Narratives : A Multidisciplinary Workshop in Narrative Medicine », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32, 2017, p. S697-S698.

JARDEZ (Dominique), « Le retour de Moby Dick », dans KAHN (R.) et SETH (C.), *La Retraduction*, Mont-Saint-Aignan, Publication des universités de Rouen et du Havre, 2010, p. 199-208.

KALITZKUS (Vera) et MATTHIESSEN (Peter F.), « Narrative Based Medicine : Potential, Pitfalls & Practice », *The Permanente Journal*, vol. 13, n° 1, p. 80-88.

KELLER (Alyse), *Performing Narrative Medicine : Understanding Familial Chronic Illness through Performance*, Thèse de doctorat, University of South Florida, 2017.

KELLY (Teresa) et HOWIE (Linsey), « Working with Stories in Nursing Research : Procedures Used in Narrative Analysis », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 136-144.

KIRKLAND (Kathryn B.) et CRAIG (Sienna R.), « Exploring the Surgical Gaze Through Literature and Art », *Journal of the American Medical Association*, vol. 319, 2018, p. 1532-1534.

KLEINMANN (Arthur), « Concepts and a Model For the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine*, vol. 12, 1978, p. 85-93.

– *The Illness Narratives : Suffering, Healing and The Human Condition*, New York, Basic Books, 1988.

KRISHNAN (Armin), *What Are Academic Disciplines ? Some observations on the Disciplinarity vs. Interdisciplinarity debate*, University of Southampton, National Centre for Research Methods, 2009.

KRISTEVA (Julia), *Σημειωτική : Recherches pour une sémanalyse*, Paris, Seuil, 1969.

LAPLANTINE (François), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992.

LATOUR (Bruno) et WOOLGAR (Steve), *La Vie de laboratoire : La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 1988 (1979).

LAUNER (John), *Narrative Based Primary Care : A Practical Guide*, Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002.

– « New Stories for Old : Narrative-Based Primary Care in Great Britain », *Families, Systems, & Health*, vol. 24, n° 3, 2006, p. 336-344.

LAWRENCE (Lynn Sara) « The Group, The Photograph, The Wound, and the Writing : How a Social Worker Uses Narrative Medicine to Facilitate Groups, *Smith College Studies in Social Work* », vol. 86, n° 1, 2016, p. 45-57.

LEFEVE (Céline), « Les Humanités médicales : Perspectives historiques et pédagogiques », dans LEFEVE (C.), THOREAU (F.) et ZIMMER (A.), *Les Humanités médicales : L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Arcueil, Doin, p. 35-47.

LEJEUNE (Philippe), *Le Pacte autobiographique*, Paris, Seuil, 1996 (1975).

LEVINSON (Wendy), ROTER (Debra L.), MULLOOLY (John P.) *et alii*, « Physician-Patient Communication : The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 277, n° 7, 1997, p. 553-559.

LILLRANK (Annika), « Back Pain and the Resolution of Diagnostic Uncertainty in Illness Narratives », *Social Science and Medicine*, vol. 67, 2003, pp. 1045-1054.

LOVECCHIO (Chiara), *Ética y medicina narrativa : Una perspectiva filosófica*, Thèse de doctorat, Universidad de Salamanca, 2009

LUEG (Klarissa) et WOLFF LUNDHOLT (Marianne), (sous la direction de), *Routledge Handbook of Counter-Narratives*, Londre et New York, Routledge, 2020.

LYOTARD (Jean-François), *La Condition postmoderne*, Paris, Minuit, 1979.

MALINOWSKI (Bronisław), *Les Argonautes du Pacifique occidental*, Paris, Gallimard, 1963 (1922).

MARINELLI (Massimiliano), *Trattare le malattie, curare le persone*, Milan, FrancoAngeli, 2015.

MARINI (Maria Giulia), REALE (Luigi), CAPPUCIO (Antonietta) *et alii*, « Narrative Medicine to Highlight Values of Italian Pain Therapists in a Changing Healthcare System », *Pain Management*, vol. 4, n° 5, 2014, p. 351-362 ; « Narrative Medicine Educational Project to Improve the Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease », *ERJ Open Research*, vol. 4, 2018, p. 1-12.

MATTEI (Jean-François), *Questions de conscience : De la génétique au posthumanisme*, Paris, Les Liens qui Libèrent LLL, 2017.

MATTINGLY (Cheryl), *Healing Dramas and Clinical Plots : The Narrative Structure of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

MCLUHAN (Marshall), *Message et Massage, un inventaire des effets*, Paris, Pauvert, 1968 (1967).

MEJIA-RIVERA (Orlando), « La literatura y el cine en la formación del médico y las humanidades médicas », *Acta Médica Colombiana*, vol. 44, n° 3, 2019, p. 1-5.

MIERMONT (Jacques), *Écologie des liens : Essai*, Paris, ESF éditeur, 1993.

MILKIEWICZ-BRYJAK (Suzanne J.), *Breath One, Breath Two, Breath Three : Utilizing Narrative Consultation for Healthcare Culture Transformation*, Thèse de doctorat, Drew University, 2021.

MILNE (Lesley), *Mikhail Bulgakov : A Critical Biography*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

MILOTA (Megan M.), VAN THIEL (Ghislaine J. M. W.) et VAN DELDEN (Johannes J. M.), « Narrative Medicine as a Medical Education Tool : A Systematic Review », *Medical teacher*, vol. 41, n° 7, 2019, p. 802-810.

MISHLER (Elliot G.), *The Discourse of Medicine : Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex, 1984.

– « Models of Narrative Analysis : A Typology », *Journal of Narrative and Life History*, vol. 5, n° 2, 1995, p. 87-123.

MONTGOMERY HUNTER (Kathryn), *Doctors' Stories : The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, Princeton University Press, 1991.

MOSS (Haley A.), WINKEL (Abigail Ford), JEWELL (Andrea) *et alii*, « Narrative Medicine : Using Reflective Writing Workshops to Help House Staff Address the Complex and Challenging Nature of Caring for Gynecologic Oncology Patients », *Gynecologic Oncology*, vol. 133, 2014, p. 73.

MUSKIEVICZ (Krisann), « *Literature and Medicine* » and « *Narrative Medicine* » : *A Distinction between Terms*, Thèse de doctorat, The University of Texas Medical Branch, 2012.

OLSON (Charles), *Call Me Ishmael*, New York, Grove Press, 1947.

OSLER (William), *The Principles and Practice of Medicine*, New York, D. Appleton and Company, 1892.

PATTINI (Elena) et CAPELLI (Francesca), « Voci dal coro : Un modello di intervizione sistemica », *Tecniche e terapia*, vol. 3, 2012, p. 79-87.

PHELAN (James), *Living to Tell About It : A Rhetoric and Ethics of Character Narration*, Ithaca et Londres, Cornell University Press, 2005.

POLVANI (Stefania), MAMMUCARI (Massimo), ZUPPIROLI (Alfredo) *et alii*, « Narrative Medicine, A Model of Clinical Governance : The Experience of The Local Health Authority of Florence in Italy », *Clinical Practice*, vol. 11, 2014, p. 493-499.

POMA (Roberto), « La médecine narrative », dans Collège des humanités médicales, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres, 2021, p. 181-191.

PRAZ (Mario), *Studi sul concettismo*, Florence, Sansoni, 1946.

PROPP (Vladimir), *Morphologie du conte*, Paris, Seuil, 1970.

PÜTZ (Manfred), « The Narrator As Audience : Ishmael As Reader And Critic in Moby-Dick », *Studies in the Novel*, vol. 19, n° 2, 1987, p. 160-174.

REISER (Stanely Joel), « Creating Form out of Mass : The Development of the Medical Record », dans MENDELSON (E.), *Transformation and Tradition in the Sciences : Essays in Honor of I. Bernard Cohen*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, p. 303-316.

REMEIN (Christy Di Frances), CHILDS (Ellen), PASCO (John Carlo) *et alii*, « Content and Outcomes of Narrative Medicine Programmes : A Systematic Review of the Literature Through 2019 », *British Medical Journal*, vol. 10, 2020, p. 1-15.

RIAN (Johanna) et HAMMER (Rachel), « The Practical Application of Narrative Medicine at Mayo Clinic: Imagining the Scaffold of a Worthy House », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, 2013, p. 670-680.

RICŒUR (Paul), *Temps et récit : 1. L'intrigue et le récit historique*, Paris, Seuil, 1983

RIESSMAN (Catherine Kohler), *Narrative Analysis*, Londres, Sage, 1993.

– *Narrative Methods for the Human Sciences*, Londres, Sage, 1998.

RIFFATERRE (Michaël), *La Production du texte*, Paris, Seuil, 1979.

– *Sémiotique de la poésie*, Paris, Seuil, 1982.

RIPERT (Pierre), *Dictionnaire des synonymes de la langue française*, Paris, Bookking International, 1994.

ROBERTS (Michael), « Balint Groups : A Tool for Personal and Professional Resilience », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 3, 2012, p. 245-247.

ROSSI (Silvia), *Écrire le cancer. L'entrée en littérature de l'autopathographie : le cas italien*, Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2016.

– *Écrire le cancer : De l'expérience de la maladie à l'autopathographie*, Paris, Téraèdre, 2019.

RUTI (Mari), « Winnicott with Lacan : Living Creatively in a Postmodern World », *American Imago*, vol. 67, n° 3, p. 353-374.

SANDS (Stephen A.), STANLEY (Patricia) et CHARON (Rita), « Pediatric Narrative Oncology: Interprofessional Training to Promote Empathy, Build Teams, and Prevent Burnout », *Pediatric Narrative Oncology*, vol. 6, n° 7, 2008, p. 307-312.

SANTINELLO (Giovanni), *Introduzione a Niccolò Cusano*, Bari, Laterza, 1971.

SCHMIDT (Karen) et CHARON (Rita), « La médecine narrative à Columbia University : L'évolution d'une discipline », dans GOUPY (F.) et LE JEUNNE (C.), *La Médecine narrative : Une révolution pédagogique ?*, Paris, Med-Line, 2017, p. 78-93.

SCHOONOVER (Kimberly L.), HALL-FLAVIN (Daniel) et WHITFORD (Kevin), « Impact of Poetry on Empathy and Professional Burnout of Health-Care Workers : A Systematic Review », *Journal of Palliative Care*, vol. 35, n° 2, 2020, p. 127-132.

SMALL (Lauren C.), FELDMAN (Leonard S.) et OLDFIELD (Benjamin J.), « Using Narrative Medicine to Build Community Across the Health Professions and Foster Self-Care », *Journal of Radiology Nursing*, vol. 36, 2017, p. 224-227.

SMITH (Barbara Herrnstein), « Narrative Versions, Narrative Theories », dans MITCHELL (W. J. T.), *On Narrative*, Chicago, The University of Chicago Press, 1980, p. 209-232.

SONTAG (Susan), *Illness as Metaphor*, Vintage, New York, 1978, p. 3.

STANLEY (Patricia) et MARSHA (Hurst), « Narrative Palliative Care: A Method for Building Empathy », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, p. 2011, p. 39-55.

STARMER (Amy J.), SPECTOR (Nancy D.), SRIVASTAVA (Rajendu) *et alii*, « Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program », *The New England Journal of Medicine*, vol. 371, n° 17, 2014, p. 1803-1812.

STAUB (Hans), *Le Curieux Désir : Scève et Peletier du Mans poètes de la connaissance*, Genève, Droz, 1967.

TEDLOCK (Barbara), « From Participant Observation to the Observation of Participation : The Emergence of Narrative Ethnography », *Journal of Anthropological Research*, vol. 47, 1991, p. 59-94.

– « The Observation of Participation and the Emergence of Public Ethnography », dans DENZIN (N. K.) et LINCOLN (Y. S.), *The Sage Handbook of Qualitative Research : Third Edition*, Thousand Oaks, Sage, 2005 p. 467-481.

TEN HAVE (Paul), « On the Interactive Constitution of Medical Encounters », *Revue française de linguistique appliquée*, vol. 11, n° 2, 2006, p. 85-98.

TOOMBS (Sheila Kay), *The Meaning of Illness : A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht, Kluwer Academic, 1993

TRAN (Ahn N.), HAIDET (Paul), STREET JR. (Richard L.) *et alii*, « Empowering Communication : A Community-Based Intervention for Patients », *Patient Education Counselling*, vol. 52, n° 1, 2004, p. 113-121.

TRAUTMANN BANKS (Joanne) et POLLARD (Carol), *Literature and Medicine : Topics, Titles and Notes*, Hershey, Departement of Humanities The Milton S. Hershey Medical Center, 1975.

VIDAL (Jean-Pierre), « “Moi seule en être cause...” . Le sujet exacerbé et son désir d’apocalypse », *Protée*, vol. 27, n° 3, 1999, p. 45-55.

VISIER (Laurent), « Vingt Ans d’enseignement des sciences humaines et sociales dans les études médicales en France », *Bioethica Forum*, vol. 4, n° 4, p. 143-148.

VISSE (Merel) et NIEMEIJER (Alistair), « Autoethnography as a Praxis of Care : The Promises and Pitfalls of Autoethnography as a Commitment to Care », *Qualitative Research Journal*, vol. 16, n° 3, 2016, p. 301-321.

WALLACE (Cara L.), TREES (April), OHS (Jennifer E.) et HINYARD (Lesley J.), « Narrative Medicine for Healthchare Providers : Improving Practices of Advance Care Planning », *Omega. Journal of Death and Dying*, 2021 (Original Manuscript).

WEEMS (Sandra Gayle), *The Poetics of Healing Voicing Illness and Trauma in Literature, Narrative Medicine, and Reflective Writing*, Thèse de doctorat, University of Florida, 2015.

WESLEY (Tiffany), HAMER (Diana) et KARAM (George), « Implementing a Narrative Medicine Curriculum During the Internship Year : An Internal Medicine Residency Program Experience », *The Permanente Journal*, vol. 22, n° 2, 2018, p. 101-104.

WHITE (Michael) et EPSTON (David), *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*, Bruxelles, Satas, 2009 (1990).

WILSON (Steven), « 'À la frontière de deux mondes' : Spatial Perspectives on Mortality in Modern Physician Thanatographies », *L'Esprit Créateur*, vol. 61, n° 1, 2021, p. 54-67.

WINKEL (Abigail Ford), « Narrative Medicine: A Writing Workshop Curriculum for Residents », *MedEdPORTAL*, n° 12, 2016, p. 1-6.

WINKEL (Abigail Ford), FELDMAN N., MOSS H., JAKALOW H., SIMON J., BLANK S., « Narrative Medicine Workshops for Obstetrics and Gynecology Residents and Association with Burnout Measures », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, 2016, p. 27S-33S.

WINKEL (Abigail Ford), HERMANN (Nellie), GRAHAM (Mark J.) et RATAN (Rini B.), « No Time to Think : Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency », *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 2, 2010, p. 610-615.

WINNICOTT (Donald W.), « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *Jeu et réalité : L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2002 (1953), p. 7-39.

– « *Jouer. L'activité créative et la quête de soi* », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975 (1971), p. 108-126.

– « La Créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975 (1971), p. 127-161.

WRIGHT (A. Colin), *Mikhail Boulgakov : Life and Interpretations*, Toronto et Buffalo, University of Toronto Press, 1978.

YOO (Jaeyun), MATOS (Meghan), BOTA (Melissa), SCHREWE (Brett) *et alii*, « Bye to Burnout : Intergenerational Narratives Break Barriers », *Medical Education*, vol. 53, 2019, p. 518.

YOTHERS (Brian), *Melville's Mirrors : Literary Criticism and America's Most Elusive Authour*, Rochester NY, Camden House, 2011.

YOUNG (John W.), « Ishmael's Development as Narrator : Melville's Synthesizing Process », in *College Literature*, vol. 9, n° 2, 1982, p. 97-111.

YOUNG-MASON (Jeanine), « Tolstoi's "The Death of Ivan Ilyich" : A Source For Understanding Compassion », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 2, 1988, p. 180-183.

- « Understanding Suffering and Compassion », *Cross Currents*, vol. 51, n° 3, 2001, p. 347-358.

ZANER (Richard), *Conversations on the Edge : Narratives of Ethics and Illness*, Washington, Georgetown University Press, 2004.

ZANNINI (Lucia), *Medical humanities e medicina narrativa : Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Milan, Raffaello Cortina, 2008.

- « La Narrative Inquiry », dans MORTARI (L.) et ZANNINI (L.), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Milan, Raffaello Cortina, 2017, p. 155-188.

ZOHOURI (Mahshid), AMINI (Mitra) et SAGHEB (Mohammad Mehdi), « Fourth Year Medical Students' Reflective Writing On *Death of Ivan Ilych*: A Qualitative Study », *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, vol. 5, n° 2, 2017, p. 73-77.