

# La narration est une composante essentielle de la consultation

Anne-Lise Tesarik

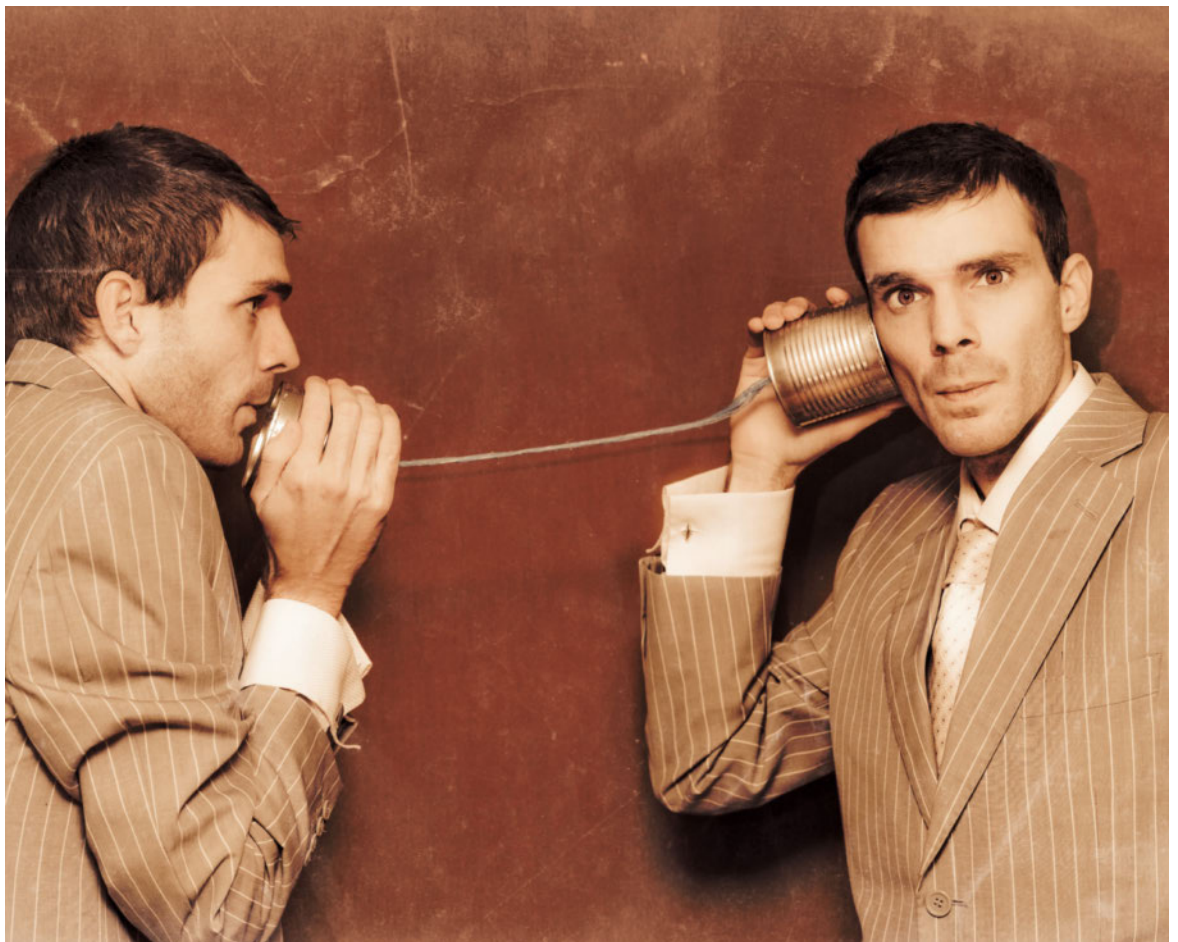
Fribourg

Résumé de l'atelier «A l'heure de l'informatique, ouvrir une fenêtre sur le contenu narratif de la consultation».

*«L'Homme est un animal conteur; la seule créature sur Terre qui se raconte des histoires pour comprendre quel type de créature il est»* dit Salman Rushdie. Et c'est bien au travers des histoires que nous nous racontons que nous découvrons le sens de ce que nous vivons et que nous nous inventons un avenir.

Ainsi, nos patients nous racontent beaucoup d'histoires, des histoires qui donnent relief à notre consultation et dont on se souvient.

C'est l'envie d'en savoir plus sur la médecine narrative et la curiosité de découvrir comment intégrer cet aspect de notre consultation dans un dossier informatisé qui a réuni notre petit groupe de 11 personnes pour une journée de formation, animée par la Dre Monique Savopol et moi-même – médecins internistes-généralistes – ainsi que Débora Kapp – conteuse et recueilleuse d'histoires de vie. Nous avons bien sûr, tout au long de la journée, écouté et raconté beaucoup d'his-



toires. Elles n'apparaîtront pas dans ce résumé de nos réflexions et échanges. Les histoires sont faites pour être racontées et écoutées, elles se prêtent mal à l'écriture.

La médecine basée sur la narration peut être considérée comme la face complémentaire de la médecine basée sur les preuves, le côté créatif de l'art médical. Le prof. François Groupy de Paris la définit dans l'annonce d'un cours comme une *compétence qui permet dans le dialogue avec nos patients de reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires qu'ils nous amènent*. C'est «une composante primordiale de notre métier: favoriser la confiance du patient dans une relation personnalisée et empathique» (Dr Jacques Cornuz [1]).

Le terme de médecine narrative apparaît dans les années nonante au Canada, puis aux USA. Pensée par des médecins formés et travaillant selon la médecine scientifique mais ayant des racines dans la médecine traditionnelle des «peuples premiers»: Rachel Naomi Remen, Rita Charon (Honoring the stories of illness) et Lewis Mehl-Madrona sur lequel repose notre réflexion d'aujourd'hui.

Il s'agissait alors de sortir du champ d'une médecine occidentale formatée selon une conception biologique, quantifiable, maîtrisable de la maladie pour s'ouvrir à la puissance de guérison des forces vitales du malade et de son entourage. Retrouver la modestie d'Ambroise Paré dans son «je le pansai, Dieu le guérit». Deux faces de notre art médical: alors que la médecine scientifique traite des maladies selon des schémas reproductibles et prédictibles, la médecine narrative conçoit la maladie comme intimement tissée dans l'histoire de vie du malade, au grès de forces vitales complexes, biologiques bien sûr, mais aussi spirituelles, environnementales et sociales, qui échappent à notre entendement et à notre maîtrise. C'est dans l'écoute active des histoires particulières de chaque patient que surgit la découverte de ce qui rend malade cette personne-là et surtout des forces spirituelles, culturelles et relationnelles qu'elle pourra mobiliser vers un chemin personnel de guérison.

Ecouter activement, entrer dans l'histoire que nous raconte le patient permet une re-création commune d'un récit qui prend sens pour les deux interlocuteurs. C'est en effet bien là l'expérience des recueilleurs d'histoires de vie: de leur écoute participative naît une histoire unique qui ne serait pas la même face à une autre personne. Cette co-histoire initie un processus de transformation tant chez le narrateur que chez l'auditeur. Notre identité personnelle est en effet faite d'histoires: celles que dès avant notre naissance et tout au long de notre vie nos parents, notre culture, notre religion, notre société et nous-même se racontent sur nous. La

## Liste d'éléments interprétatifs

**Quelle personne êtes-vous? Quelle origine? Quelle orientation donnez-vous à votre vie, quelle responsabilité? Quel avenir?**

«La santé et la maladie découlent de la façon dont nous répondons à ces 4 questions simples. Questions puissantes parce qu'elles nous forcent à raconter une histoire à notre sujet. Cette histoire devient ensuite notre identité» [2].

**Quels points de repère sur la carte mentale du patient? Quelles sont les balises qui structurent la trame narrative du patient?**

«Nous avons besoin pour pouvoir orienter nos perceptions – leur donner sens – d'une carte mentale dont les points d'orientation deviennent le support de notre pensée, nous permettent d'interpréter notre vécu de manière à pouvoir agir» [2].

**Quelle quête? Quel défi?**

«Face à l'adversité, l'humain a tendance à désigner un ennemi à combattre. Or quantité de contes mythologiques tournent autour d'un défi, du fait de surmonter une faiblesse, une manière de penser» [3]. Echanger une histoire d'ennemi contre celle d'un défi permet de sortir du rôle de victime pour redevenir acteur de notre vie.

**Quels ressentiments? Quels reproches personnels Quelle blessure encore ouverte?**

Pas de guérison «sans processus de transformation des sentiments continus et destructifs de culpabilité, blâme et colère en émotions positives telles que l'empathie et la reconstruction» [3].

**Quelles croyances? Quelles convictions? Quelles valeurs culturelles? Quelles appartenances? Quelles personnes, communautés ressources?**

**Quels incontournables dans les choix de vie du patient? Éléments de directives anticipées?**

médecine narrative se fonde sur l'idée que la guérison peut être considérée comme la transformation d'histoires qui nous enferment dans une identité de malade en une nouvelle histoire porteuse de vie: ainsi, intégrer dans notre consultation le narratif permet d'ouvrir un espace, de faire place à ce qui surgit du plus profond de la conscience du malade et du médecin, de déconstruire les histoires, les idées préconçues et les croyances qui mènent à la maladie pour laisser émerger un récit renouvelé, un récit personnel construit sur l'identité profonde du patient et sur la réalité de sa vie, qui lui permette de mobiliser des forces de guérison.

## Comment dans notre dossier médical valoriser, donner place au matériel narratif de la consultation?

Au-delà du dossier, l'enjeu est bien d'intégrer dans notre pensée médicale ce qui ressort du vécu du patient, du sens qu'il donne à sa vie et à sa maladie: la manière dont on met des mots sur notre rencontre avec le patient, l'organisation des notes dans notre dossier ne déterminent-elles pas en effet notre regard sur le patient: une personne humaine, sujet de sa vie plutôt qu'un porteur de maladies, objet de la médecine?

Comment donner espace à cette partie essentielle de notre travail dans le cadre formaté d'un dossier médical?

Lors de la préparation de l'atelier, nous avons réfléchi une grille visant à faciliter la notation des éléments narratifs apportés par le patient, puis des points d'accrochage thérapeutique relevés par le médecin. Nous nous sommes appuyées – en plus de notre expérience personnelle – sur le livre de Louis Mehl-Madronna pour l'aspect recueil de l'histoire. Ce texte, construit sur l'expérience de type chamanique de l'auteur n'est pas utilisable pour réfléchir l'aspect thérapeutique. Nous nous sommes donc librement inspirées d'un texte venant d'un tout autre domaine, celui du développement durable. Dans un livre retranscrit en français par La Revue Durable, Georges Marshall réfléchit sur la difficulté pour l'humain de changer son comportement face à une menace sérieuse dont il a pourtant pleinement conscience. Il part du concept que l'humain fonctionne avec deux cerveaux: rationnel et émotionnel et que la décision amenant au changement appartient au cerveau émotionnel. *«Les cerveaux émotionnel et rationnel travaillent ensemble sur les tâches complexes, mais l'engagement du cerveau émotionnel est décisif pour pousser à agir... Pour passer du cognitif à l'agir, il est nécessaire de convertir les enjeux complexes en récits»...*

Nous avons élaboré comme base de discussion une liste d'éléments interprétatifs qui devaient – à la manière dont on note les données anamnestiques habituelles – permettre d'ordonner et de donner sens au contenu narratif de la consultation pour le transcrire dans le dossier du patient (voir l'encadré).

En fait, bien que les items proposés aient semblé pertinents en regard de notre pratique, ils se sont révélés inutilisables dans notre discussion: le narratif ne se prête pas à une réduction interprétative. Il se raconte, se partage dans l'immédiat et perd toute consistance une fois écrit: c'est ce qui a été vécu, ce avec quoi le patient ressort qui compte.

Alors comment garder trace dans nos dossiers de ces histoires échangées, des traces qui ne soient pas figées. Voici quelques-unes de nos idées:

- noter dans le dossier les mots précis utilisés par le patient dans sa manière de se raconter. Faire préciser au patient. C'est bien ça que vous voulez dire? Il est tout à fait possible de faire de l'écran une 3<sup>e</sup> personne de la consultation: le regarder ensemble, se souvenir, corriger...
- noter en regard les mots qui nous sont venus dans ces moments de partage. «Quand on entend une histoire, on fait partie de l'histoire».
- utiliser des emogys ou d'autres signes personnels pour marquer l'atmosphère de la consultation.
- Créer un «album» du patient dans lequel mettre en vrac des bouts d'histoire, le scan de cartes reçues, les photos...

En guise de conclusion: la narration est bien une composante essentielle de notre consultation, riche du partage qu'elle permet avec le patient, source de souvenirs significatifs au potentiel transformateur. Étonnamment, c'est un domaine qui reste encore très peu réfléchi et étudié, probablement du fait que le narratif, s'il ne reste spontané et improvisé, perd toute saveur. Peut-être, faudrait-il commencer simplement à lui donner une petite place, imaginative et personnalisée, dans nos dossiers pour que nous prenions conscience de son importance.

#### Crédit photo

© Jorgosphotos | Dreamstime.com

#### Références

- 1 Hommage à un médecin qui a rappelé certaines... evidence! Jacques Cornuz, Rev. Med 496, nov 2015.
- 2 Médecine Narrative, Louis Mehl-Madronna, ISBN 976-2-84445-888-9.
- 3 La Revue Durable» No56, 2016. Adaptation de Georges Marshall "Don't Even Think about It. Why our Brain are wired to Ignore Climate Change", Bloomsbury, Londres, 2014.

#### Pour aller plus loin, suggestion d'un participant

- Livre apporté par un participant: Narrative-based Primary care, John Launer, ISBN 1-85775-539-1.

Correspondance:  
Dre Anne-Lise Tesarik  
Beau-chemin 9  
CH-1722 Bourguillon  
al.tesarikvoug[at]bluewin.ch