



UNIVERSITÉ DE NANTES

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRE

par

Vincent Roux

Né le 24 octobre 1992 à MONTPELLIER (34)

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2021

FIBROMYALGIE ET PSYCHIATRIE, PERTINENCE DES OUTILS DE
L'APPROCHE NARRATIVE ?

Président : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Docteur Wilfrid MARTINEAU



UNIVERSITÉ DE NANTES

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRE

par

Vincent Roux

Né le 24 octobre 1992 à MONTPELLIER (34)

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2021

FIBROMYALGIE ET PSYCHIATRIE, PERTINENCE DES OUTILS DE
L'APPROCHE NARRATIVE ?

Président : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Docteur Wilfrid MARTINEAU

Remerciements :

Au professeur Nizard, d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse et d'avoir montré à chaque rencontre beaucoup de prévenance et d'attention. J'ai été surpris de me sentir, chose précieuse, à ce point considéré, respecté et soutenu. J'imagine que le climat de tolérance qui règne dans votre service vous doit beaucoup. Sans lui l'idée de ce travail n'aurait pas germé. À mon étonnement encore, ce travail sur la douleur a opéré une sorte de réconciliation avec mes études médicales. Merci pour cela également.

Au Docteur Martineau, d'avoir accepté de diriger et de juger ce travail. Merci d'avoir été, depuis le début de mon internat, une source d'inspiration importante. Voir pratiquer un soin généreux et intelligent, à la fois proche des patients et conscient d'enjeux plus vastes, m'a fait aimer la psychiatrie. Merci de montrer le chemin, et de faire une place aussi importante à la transmission de savoir. J'aurais envie, dépassant ma position et de manière maladroite, de vous remercier également au nom de vos patients, et d'un nombre considérable d'internes.

Au Professeur Bonnot de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, et de vous être montré à chaque occasion arrangeant et compréhensif concernant les péripéties de cet internat réformé. Merci là encore pour le savoir transmis avec passion, pour l'attention portée à cette transmission, pour l'inventivité dans la recherche de nouveaux moyens de partage de connaissance.

Au Professeur Sauvaget enfin, de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail. Merci pour ce que vous nous transmettez également, et pour la tolérance et la disponibilité dont vous avez toujours fait preuve. À titre personnel, j'ai été touché de la manière respectueuse dont vous avez accompagné le départ public en retraite de votre prédécesseur. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

À mon ami Aurélien, l'amitié est l'antidote au destin, c'est ce qui me vient en pensant à toi.
À mon ami Clément, indispensable liberté, au long du long chemin.

À ma mère et mon père, plein de courage. Je suis heureux de vous dire merci.
et Antoine, mon frère, sa sensibilité et son intelligence.

Et puis à tous les amis, à Farah qui est si précieuse, aux rencontres qui ont compté, à ceux qui autorisent le monde par l'écriture ou la musique. À ma famille qui se transforme comme tout. À ceux qui m'ont inspiré pour faire ce métier : René Vayr, Christine Fouchar, et monsieur Guillaume Remize en particulier. À Pauline et son enfant qui vient, à qui je dédie ce travail sur les histoires, en espérant qu'on puisse encore en raconter dans le monde qui vient.

Aux livres et aux arbres.

INTRODUCTION

I.	DEFINITIONS ET ENJEUX DU SYNDROME FIBROMYALGIQUE.....	2
I.1	Définitions : la fibromyalgie.....	2
I.2	Historique et aperçu des enjeux d'une maladie polémique.....	3
I.3	Fibromyalgie et psychiatrie, des liens statistiques forts ?.....	4
I.4	Question de la variabilité des symptômes.....	5
II.	DOULEUR ET SENSIBILISATION, PASSAGE A LA CHRONICITE.....	6
II.1	Définition de la douleur et de la douleur chronique.....	6
II.2	Douleur et stress d'un point de vue évolutif ?	6
II.3	Douleur et stress, dynamique dans le temps.....	7
II.3.1	Une douleur localisée induit d'abord une anesthésie.....	7
II.3.2	La vulnérabilité secondaire à la douleur	8
II.3.3	Voies du stress et de la douleur : similitudes en modèles animaux.....	9
II.3.4	Douleur et stress : des maladies contagieuses ?	9
II.4.	Modèle pour la fibromyalgie ? Charge allostatique.	9
II.5.	Douleur et sens, un contrôle central ?.....	10
II.6.	Conclusion et transition.....	11
III.	APPROCHE NARRATIVE, ABORD THEORIQUE.....	12
III.1	La réalité est une construction : l'héritage des sciences sociales dans le champ de la santé mentale.....	13
III.1.1.	La pensée systémique.....	13
III.1.2.	Constructivisme, puis Constructionnisme social.....	13
III.1.2.1.	Réalité.....	13

III.1.2.2.	Identité.....	14
III.1.2.3.	Langage.....	15
III.2	La métaphore narrative de la réalité.....	15
III.2.1.	La métaphore littéraire de Bruner.....	15
III.2.2.	Représentation des histoires, et ambiguïté du texte.....	17
III.2.3.	Structure interne des histoires en deux niveaux.....	18
III.2.4.	Dynamique et évolution des histoires.....	18
III.3	Le processus thérapeutique selon l'approche narrative.....	19
III.4	Approche narrative et éthique, théories de Foucault.....	20
IV. APPROCHE NARRATIVE, OUTILS ET MISE EN PRATIQUE		22
IV.1	La posture en approche narrative	23
IV.1.1.	Posture du thérapeute.....	23
IV.1.2.	Concentration sur les intentions.....	23
IV.2	Dynamique des entretiens.....	24
IV.2.1.	Conversations en échafaudage.....	24
IV.2.2.	Changements chez le patient : de la vulnérabilité vers l'initiative.....	25
IV.2.3.	Lenteur et obstination.....	26
IV.3	L'externalisation : le patient réalise qu'il n'est pas le problème.....	26
IV.3.1.	Négocier	26
IV.3.2.	Nommer le problème.....	27
IV.3.3.	Cartographier.....	28
IV.3.4.	Évaluer.....	28
IV.3.5.	Justifier.....	29
IV.4	La construction d'histoire alternative.....	29
IV.4.1.	Une conversation par aller-retours.....	29
IV.4.2.	Autres outils : utilisation des relations dans la conversation.....	32
IV.4.3.	Autres outils : témoins et autres supports.....	32
IV.5	Approche narrative et évaluation.....	33

V. APPROCHE NARRATIVE, MALADIE SOMATIQUE ET DOULEUR	
CHRONIQUE.....	34
V.1 Travail en approche narrative avec des patients souffrant de maladies chroniques non psychiatriques.....	35
V.1.1. Externalisation.....	35
V.1.2. Exceptions et histoires alternatives.....	36
V.2 Approche narrative et récits dans les milieux soignants.....	36
V.3 Rôles de l'approche narrative en milieu de soin ?.....	37
V.4 Travaux en approche narrative avec des patients douloureux chroniques	38
V.4.1. Études en prise en charge collective.....	38
V.4.2. Étude en prise en charge individuelle.....	41
V.4.3. Cas cliniques : présentation.....	44
V.5 Discours sociétaux, analyse conclusive des études et des cas cliniques.....	46
V.5.1. Fibromyalgie et identité ?.....	46
V.5.2. Approche narrative et connaissances : Un paradoxe avec l'expertise du patient ?.....	46
V.5.3. Discours sociétaux dominants.....	47
V.5.3.1. Précision : Historique du sens de la douleur.....	48
V.5.3.2. Précision : Douleur et fatigue, travail et santé.....	48
V.5.3.3. Conclusion sur les discours dominants.....	48
CONCLUSION.	49
ANNEXES : cas clinique n°1.....	52
ANNEXES : cas clinique n°2.....	57
BIBLIOGRAPHIE	60
Serment d'Hippocrate.....	72

INTRODUCTION

La douleur est un phénomène passionnant, quelle que soit l'angle sous lequel on la considère. Ses bases biologiques fondamentales, l'histoire qu'elle entretient avec la médecine, les discours culturels qui l'encadrent, et les liens qui existent entre tous ces niveaux de compréhension contribuent à l'intérêt qu'elle présente. Lorsqu'elle persiste, sans cause explicable et sans traitement suffisamment efficace, elle préoccupe le monde médical de manière considérable. Maladie de nos sociétés, les questions qu'elle soulève sont incontournables, sur tous les plans là encore : questions philosophiques, questions biologiques, questions médicales et de politique de santé. Ces questions se croisent et se rejoignent.

Une frontière se situe entre plusieurs espaces. Dans le monde vivant des écosystèmes, elle se situe entre le bois et la prairie ou sur les berges d'un étang par exemple. Mais ce n'est pas juste une séparation, c'est aussi un milieu spécifique, situé entre deux milieux ayant une organisation plutôt stable. Et la frontière est une zone biologiquement riche et variée, pleine de formes d'organisations fragiles mais nombreuses. La douleur chronique, de la même manière, se situe à l'intersection de plusieurs milieux, et correspond elle-même à un milieu très riche : c'est ce que m'ont laissé entrevoir les recherches effectuées dans le cadre de ce travail.

Ce travail interroge pour le psychiatre la pertinence de l'approche narrative, un courant de psychothérapie au croisement entre santé mentale et sciences sociales, pour aborder les patients souffrant de fibromyalgie. Ces patients sont souvent amenés à rencontrer un psychiatre au cours de leur parcours de soin. Son rôle comme celui des autres médecins confrontés à la douleur chronique, est ambigu et complexe. Pour certains il s'agit simplement d'effectuer un diagnostic des éventuelles maladies psychiatriques fréquemment associées à la fibromyalgie, pour leur apporter le traitement adéquat. La lecture du livre récent "l'Homme Dououreux", co-écrit par des scientifiques issus de l'anthropologie, des neurosciences et de la neurologie, a marqué un tournant dans les objectifs que se donne ce travail. Sur des arguments de nature biologique comme anthropologique, les auteurs insistent sur l'enjeu de "remettre le patient douloureux au cœur de son histoire", rôle qui semble dévolu à tous les médecins algologues mais en particulier aux psychiatres. (1)

"Remettre le patient au cœur de son histoire" me paraît un objectif complexe. En complément des approches médicamenteuses psychiatriques pour la fibromyalgie lesquelles, hors AMITRIPTYLINE et DULOXETINE, se sont montrées faiblement efficaces, et avec un faible niveau de preuve selon les recommandations internationales,(2) nous essayons de voir dans ce travail si les outils de l'approche narrative pourraient être utiles dans ce contexte. Il s'agit d'une approche récente, et peu de travaux font référence à son application dans le cadre de la fibromyalgie ou de la douleur chronique. Ce travail pourrait donc être utile dans ce cadre. Devant la nature particulière du phénomène de la fibromyalgie, et de la

douleur chronique en général, nous avons choisi d'élargir les sources de ce travail en partie en dehors des sciences médicales, ainsi des travaux historiques, sociologiques ou anthropologiques pourront être cités.

Nous allons d'abord évoquer les particularités de la fibromyalgie, les principaux enjeux de son diagnostic dans l'histoire médicale récente, ainsi que les liens cliniques et anamnestiques qui la relie à la psychiatrie. Puis, toujours au sein de notre première partie, nous nous concentrerons brièvement sur les données de biologie fondamentale qui peuvent éclairer la nature de ces liens. En deuxième partie nous présenterons les bases théoriques de l'approche narrative, ainsi que les outils d'entretien qui ont été développés. Cette partie finira sur la question de l'évaluation de cette méthode. Enfin en troisième partie nous présenterons les travaux ayant été réalisés à ce jour concernant l'approche narrative dans le cadre des maladies chroniques, puis de la douleur chronique et de la fibromyalgie en particulier, et nous tenterons une synthèse et analyse à la fois de ces études et des deux cas cliniques situés en annexe.

Nous concluons en dernier lieu sur les intérêts et limites de ces notions.

Il ne nous a pas paru hors de propos de donner à une thèse médicale ces sources diverses. La médecine, et la psychiatrie particulièrement, ne sont-elles pas aussi des milieux frontières ?

I. DEFINITIONS ET ENJEUX DU SYNDROME FIBROMYALGIQUE

Si la fibromyalgie ne constitue pas le cœur du métier du psychiatre, il est fréquent que les patient.e.s fibromyalgiques soient adressé.e.s à un psychiatre dans leur parcours de soin. Il paraît donc important que les psychiatres soient informés de cette pathologie, malgré le peu de place qu'elle occupe dans leur formation. Dans cette première partie, nous expliquerons ce qu'est la fibromyalgie et les enjeux qui entourent cette affection, puis nous montrerons comment les sciences médicales fondamentales éclairent les questions des causes de la fibromyalgie et de la douleur chronique, en soutenant une conception non dualiste de la maladie.

I.1 Définition de la fibromyalgie :

La fibromyalgie est actuellement une des pathologies douloureuses chroniques les plus fréquentes, avec une prévalence de 1,5 jusqu'à 4% dans la population générale en France, c'est à dire une maladie concernant plus de 500000 personnes dans les estimations basses, parmi lesquelles 80 à 90% de femmes. (3,4)

Les symptômes : Il s'agit de patient.es atteint.es dans la majorité des cas de douleurs diffuses (100%), de fatigue (98%) et de troubles du sommeil (78%). Il s'y ajoute, de façon variable, des troubles cognitifs ainsi que des troubles fonctionnels qui peuvent être très variés (ORL, digestifs,

gynécologiques...). Les classifications initiales qui incluaient des « points douloureux » ont été abandonnées au profit de la description de zones douloureuses, retenues plus pertinentes. Un diagnostic de fibromyalgie se pose par l'association de douleurs et d'autres symptômes et en l'absence d'une autre explication aux douleurs, bien qu'on parle désormais pour la fibromyalgie d'une maladie et non plus d'un « syndrome », et qu'elle ne soit plus un « diagnostic d'élimination ». (5)

Ces patient.es présentent les premiers symptômes autour de 35 ans en moyenne.

Il existe des degrés différents pour la fibromyalgie, mais le retentissement fonctionnel est généralement sévère avec un niveau d'incapacité important. L'autonomie et l'indépendance sont significativement réduites, ces patient.es ne peuvent généralement conserver un travail à temps plein, et doivent adapter leur quotidien. Il s'agit d'une maladie persistante, dont l'évolution est incertaine, la plupart des patient.es conservant des douleurs. Les recommandations internationales récentes (2016) (2), indiquent que le traitement adapté de la fibromyalgie est une prise en charge multimodale pluridisciplinaire, avec des niveaux de preuve et une efficacité moyenne voire faible pour toutes les approches individuellement : pharmacologiques, neuromodulation, psychologiques, psychocorporelles, ...

Il s'agit également d'une maladie dont le diagnostic prend souvent plus de 2 ans à être posé, avec une moyenne de 3,7 spécialistes consultés avant diagnostic et une consommation de soin importante, notamment des investigations coûteuses et répétées, mais aussi fréquemment des traitements antalgiques au long cours. En règle générale, il n'existe aucune anomalie au niveau radiologique ou au niveau biologique, et donc aucun marqueur spécifique pour l'instant.

1.2 Historique et aperçu des enjeux concernant une maladie polémique :

Une première phase houleuse : Le nom de fibromyalgie a été utilisé pour la première fois en 1976, au rang des rhumatismes non articulaires(1) comme un syndrome associant douleur et fatigue. Il avait été préalablement décrit dans les années 20 sous le nom de fibrositis, et la médecine du XIXe siècle avait déjà eu l'intuition de son existence. L'apparition et la diffusion de ce syndrome depuis les années 1970, dans le milieu médical et l'espace public, alors que les symptômes douloureux chroniques étaient connus depuis des siècles a été attribué à plusieurs facteurs, dont des changements sociaux (7) (8) (cf partie 6.4)

Peu de maladies ont été autant que la fibromyalgie l'objet de débats au sein de la médecine et au sein de la société. Le syndrome fibromyalgique a soulevé de nombreuses questions, et en premier lieu sur sa réalité : dans un compte rendu de l'académie de médecine datant de 2007, il est dit que la fibromyalgie est un syndrome, une « entité clinique fonctionnelle faite de douleurs diffuses chroniques » mais pas une maladie, pointant l'absence de cause identifiée et l'absence d'anomalie anatomique ou biologique

décelable. Ceci a conduit à ne pas admettre la fibromyalgie sur la liste des affections longue durée. (9)

Par ailleurs, les débats sur la fibromyalgie ont fait intervenir, en Europe notamment, des questions concernant les pressions (sociales) émanant des associations de malades d'une part et de laboratoires pharmaceutiques d'autre part, certains voyant dans cette maladie un phénomène social servant des intérêts particuliers, plus qu'un phénomène médical authentique. Aussi les traitements ont-ils été contrôlés, l'autorisation de mise sur le marché a été plusieurs fois refusée à des médicaments comme la pregabaline ou la duloxetine dans l'indication spécifique de la fibromyalgie (alors qu'ils sont autorisés aux Etats-Unis et qu'ils y font l'objet de publicités importantes). (8) Une position radicale extrait la fibromyalgie du champ de la médecine : dans les années 2000, elle figurait encore au rang des « no-diseases » dans le British Medical Journal(10) (11) (12) laissant imaginer le doute qui existait sur sa réalité médicale.

La position inverse, tenue par les associations de malades notamment, récusait des facteurs psychosociaux à la fibromyalgie, forgeant le mot « fibrosceptique » pour définir les médecins qui ne croient pas à la réalité des symptômes, et invoquant des modifications neurologiques (et surtout pas psychiatrique)(8). Le débat continuait sur l'utilité du diagnostic, entre ceux qui pensaient que les patients y gagnaient une légitimité sociale et un soulagement, la proposition d'une prise en charge et la diminution des facteurs aggravants, et d'autres que les patients y perdaient à travers le fait de se focaliser sur les symptômes, sans développer des stratégies d'adaptation (voir conclusion). (13)

Puis un changement progressif : Au milieu de ces débats, une recherche intense a vu le jour, avec le développement des centres de la douleur (aujourd'hui structures douleurs chroniques), la constitution de connaissances spécifiques et nombreuses concernant la douleur chronique dans la discipline de l'algologie qui prône un abord pluridisciplinaire. Si nous ne sommes pas en mesure d'expliquer les mécanismes en détails, ni de disposer de molécules tout à fait satisfaisante, en revanche on comprend de mieux en mieux l'installation de la douleur chronique et ses mécanismes d'entretien. Les recherches en neuroimagerie et en IRMf en particulier, depuis les années 2000, affinent progressivement notre compréhension de la douleur, et ont montré chez les douloureux chroniques des dérèglements de la perception douloureuse au niveau central. S'ils ont été, selon l'Inserm, un tournant dans la considération de la fibromyalgie(14), ils sont insuffisants à faire cesser tout débat à son propos, et posent d'autres questions, que nous verrons plus loin.

1.3 Fibromyalgie et psychiatrie : des liens fréquents.

La fibromyalgie présente effectivement des liens importants avec des facteurs de stress psychosociaux, ce qui amène fréquemment les patient.es souffrant de fibromyalgie à rencontrer des spécialistes en santé mentale, psychiatre ou psychologue. Ces liens sont les suivants : les patient.e.es fibromyalgiques ont plus fréquemment traversé des événements de vie douloureux voire traumatiques dans l'enfance, des

maltraitements psychologiques, des violences physiques ou des violences sexuelles. (15) En cohérence avec ces données, des études portant sur les troubles de l'attachement dans la fibromyalgie montrent qu'un mode d'attachement insécurisé majore le risque de fibromyalgie (16)(17)

Au regard de ces difficultés précoces, il n'est pas étonnant que la fibromyalgie soit associée, comme le reste des pathologies douloureuses chroniques, à d'importantes comorbidités, psychiatriques en particulier : - **à l'anxiété/stress** : on voit jusqu'à 7 fois plus de troubles anxieux chez les patients fibromyalgiques qu'en population générale. Tout comme pour la dépression, la prévalence de l'anxiété est très importante, entre 25 % et 35 %. Par ailleurs, quasiment 50% des patients souffrant de fibromyalgie présentent des symptômes communs avec l'état de stress post-traumatique. La douleur et l'apparition de la fibromyalgie peut résulter d'un ESPT, ou bien constituer l'événement traumatique en soi. (15), (18)

- **à la dépression** : les études retrouvent deux fois plus d'épisodes dépressifs caractérisés en prévalence vie entière chez des patients fibromyalgiques (42%) qu'en population générale (19%) (20) De nombreuses hypothèses concernant ce lien ont été évoquées, que la douleur occupe la fonction de dépression masquée, que la dépression soit réactionnelle à la douleur chronique, ou bien que douleur et dépression partagent des facteurs étiopathogéniques communs. (21) (Cette dernière hypothèse a conduit certains auteurs à regrouper la fibromyalgie dans le « spectre des troubles affectifs », avec la dépression, les troubles anxieux et certains troubles fonctionnels.(22)avec une possibilité d'une prédisposition familiale(25) sans que les études génétiques ne retrouvent d'éléments clairs en faveur d'une étiologie univoque.(24))

Précisons par ailleurs qu'aucune structure de personnalité ne semble être liée à la fibromyalgie, bien que selon certaines études on puisse voir une sur-représentation des personnalités obsessionnelle-compulsive (23,3%), évitantes (10,7%) et passives-agressives (10,7%) dans la fibromyalgie(16). Il a été montré que les profils de personnalité ou de structure psychopathologique ne montraient de différence sur les critères symptomatiques de fibromyalgie : ni sur la durée, ni sur l'intensité des symptômes. (25)

Pour finir, une tendance importante à l'alexithymie est retrouvée chez les patients souffrant de fibromyalgie, toutes personnalités confondues. Ces patients semblent, dans une proportion importante (40% contre 8% en population générale) en difficultés pour identifier et verbaliser leurs émotions, ont des capacités d'imagination restreinte et un mode de pensée centré sur l'extérieur.(26)

1.4 La Fibromyalgie et la question de la variabilité des symptômes :

Nous l'avons vu, les facteurs de stress psychosociaux dans l'enfance sont des facteurs de risques de développer une fibromyalgie. C'est un premier lien, un lien historique. Le deuxième lien, instantané cette fois, réside donc dans l'association de troubles thymiques avec la fibromyalgie. Mais ce deuxième lien, entre fibromyalgie et trouble anxieux ou dépressif, semble être plus qu'une association, une co-occurrence.

C'est également un lien d'interdépendance, c'est à dire que les symptômes cardinaux de la fibromyalgie : douleur, fatigue et sommeil, sont connus pour dépendre de l'état émotionnel du patient, de son contexte affectif, ce qui est également le cas dans la douleur aiguë non pathologique. Ainsi des émotions négatives (colère, dégoût, peur, tristesse) augmentent la perception douloureuse et la sensation de fatigue, chez des patients fibromyalgiques comme chez des sujets sains, alors qu'une émotion intense avec sensation de danger imminent supprime douleur et fatigue.(27) (28) L'intensité du stress est corrélé également à l'intensité des symptômes perçus dans la fibromyalgie. (29) Ainsi il existe des facteurs de risque « psychosociaux », il semble également exister des facteurs d'entretien « psychosociaux ».

Ces particularités contribuent aux difficultés rencontrés par médecins et patient.es fibromyalgiques lors du suivi, et aux débats sur son statut. La douleur et la fatigue sont essentiellement subjectifs, il faut donc se baser sur ce que le patient rapporte, exprime dans ses mots ou son comportement et non pas sur ce que le médecin observe. Ceci est contraire à l'attitude médicale habituelle, et participe sans doute du fait que la fibromyalgie semblait en 2007 être considérée par les médecins généralistes anglais comme la « moins noble des maladies » (la plus noble étant, selon le même sondage, l'infarctus du myocarde(30)).

Ces questions sont éclairées par les avancées dans la compréhension des mécanismes directs ou indirects qui relient épisodes stressants et apparition de douleurs chroniques. C'est pourquoi nous avons choisi de faire figurer dans ce travail la brève partie fondamentale qui suit, exposant certaines connaissances, hypothèses et questionnements sur la nature des phénomènes douloureux. Ces travaux et hypothèses nous permettront d'appuyer la nécessaire transition vers un cadre explicatif qui dépasse un dualisme corps-esprit ne convenant pas à la fibromyalgie.

II. DOULEUR ET SENSIBILISATION, PASSAGE A LA CHRONICITE.

II.1 Définitions

La définition actuelle de la douleur, revue à l'été 2020 par l'IASP (International Association for the Study of Pain) est la suivante : « *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant à celle associée, à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* (31) et selon la classification internationale des maladies, la douleur chronique est une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois. Cette définition de la douleur met de la distance entre lésion et ressenti douloureux. En effet, les connaissances actuelles montrent que si la douleur n'est pas un sens, en revanche la douleur a du sens. Elle n'est pas le miroir exact du stimulus.

II.2 La douleur et le stress d'un point de vue évolutif.

La douleur n'est pas une acquisition récente dans l'évolution, et nous la partageons avec de nombreux représentants du règne animal (32). Elle est définie sur un plan évolutif comme la sensation qui

nous prévient d'une lésion. L'un des rôles (principaux) du cerveau est de favoriser les comportements de survie, et la douleur y participe. Dès l'entrée du message nociceptif, une cascade d'événements qui va des plus primitifs (réflexe musculaire, fuite) aux plus élaborés (analyse de la dangerosité, analyse du contexte, références biographiques et culturelles, contrôle de l'émotion...) survient avec une organisation temporelle qui commence par la fuite, la syncope, ou le cri, et finit par le contrôle ou l'acceptation(33). Cette cascade d'événements est particulièrement complexe. Les données neurobiologiques indiquent que l'information douloureuse, lors de son intégration au niveau cérébral et après avoir convergé au niveau médullaire, effectue une grande divergence pour aller se mettre en relation avec de nombreuses structures, dessinant un « système douleur » à l'architecture très complexe(34) et confirmant le lien empirique, expérimental et statistique observé entre douleur et émotion. L'information nociceptive au sein de ces structures **a perdu tout caractère somatique (localisation)**. Elle est au centre de structures activées également par le stress, qui ont à voir avec l'attention, les émotions,(35) l'anticipation, le contrôle cognitif... dans une *unicité fonctionnelle* : *c'est à dire pas seulement des réseaux neuronaux en communication les uns avec les autres, comme le voudrait l'approche psychosomatique qui reste dualiste, mais les mêmes réseaux neuronaux*. Il ne semble pas y avoir de séparation du stress en fonction d'une origine corporelle ou psychosociale.(36)

Ces données et d'autres ont conduit à la théorie que la douleur participe à l'établissement du schéma corporel par une sorte « d'auscultation permanente » du corps, et surtout fait partie d'un système plus vaste ayant pour fonction adaptative de détecter tout événement nouveau, saillant.(32) Des événements nociceptifs qualifiés de **nouveaux** par rapport à ceux mémorisés engagent un processus d'attention, de priorité, sur exprimant leur perception, en les faisant émerger comme désagréables et douloureux. L'information nociceptive enclenche une évaluation globale de la situation, avec des systèmes facilitateurs de la douleurs, (37) et des systèmes de contrôle de la douleur. Ces systèmes de contrôle descendant (du cerveau vers la moelle épinière) soit proviennent du tronc cérébral et s'activent automatiquement en cas de douleur (cf plus bas) ou proviennent via le thalamus de régions corticales, et sont impliqués dans le contrôle cognitif. (38) Ce système de détection implique que « tout facteur qui contribue à augmenter le caractère **nouveau** de la douleur a la capacité d'amplifier la réponse de notre cerveau à une information nociceptive. »(33)

II.3 Douleur et stress, dynamique dans le temps

Pour tenter de modéliser les pistes de compréhension qui font évoluer la douleur vers la chronicité, en particulier dans la fibromyalgie, nous allons tenter schématiquement de voir la dynamique des processus douloureux et des processus de stress dans le temps.

II.3.1 Une douleur localisée induit d'abord une anesthésie de tout le reste du corps.

Au moment de la transmission d'un stimulus nociceptif intense vers le cerveau, des voies descendantes issues de noyaux du tronc cérébral déclenchent une analgésie, médiée par des opioïdes endogènes, de tout le reste du corps (ces voies ont été appelées « contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs » (3) ou CIDN). La fonction présumée de cette opération d'analgésie est multiple :

- Attirer l'attention sur une blessure localisée. Il s'agit d'une stratégie physiologique répandue : l'inhibition latérale. Pour reprendre une image, il s'agit d'un mécanisme qu'on peut assimiler à « l'orateur qui demande silence dans l'assemblée ».(40)
- Empêcher un envahissement douloureux en cas de polytraumatisme ou de blessure étendue, chaque lésion inhibant l'autre.(41)

Ce mécanisme rentre plus largement dans une stratégie de réponse au stress, puisqu'il existe une activation de ces mêmes voies en cas de stress non douloureux (analgésie induite par le stress)(42). La puissance de cette analgésie est dépendante de l'intensité du stimulus, et **persiste dans le temps** après la période du stimulus nociceptif.

II.3.2 Une vulnérabilité secondaire à la douleur.

Dans un second temps, une douleur occasionne des mécanismes d'hypersensibilité par sensibilisation au site, mais également générale, de tout le corps. Cette hypersensibilité ne signifie pas une douleur. Elle signifie que si nous sommes blessés de nouveau à n'importe quel endroit du corps, le ressenti douloureux sera plus intense. Il existe donc physiologiquement une phase après une douleur, qui associe allodynie (douleur pour un stimulus normalement indolore) et hyperalgésie (douleur exagérée à un stimulus normalement douloureux) (43) (44) par un mécanisme de sensibilisation centrale.

Cette hypersensibilité persiste une fois que la lésion douloureuse est guérie, sous forme de trace, préfigurant la notion d'une mémoire de la douleur. Ce qui amène certains chercheurs à penser qu'on ne revient jamais à l'état initial, « guérir n'est pas revenir » (45) Certaines études vont dans le sens d'une persistance à très long terme de ces mécanismes d'hypersensibilités secondaire dans le cas de douleurs survenant tôt dans l'existence, lors de période critiques. (46,47) La douleur du nouveau-né a été longtemps rendue supportable par le fait qu'il ne parle pas, mais elle est désormais prévenue et considérée. Lorsqu'on blesse un nouveau-né, les études indiquent qu'il conserve localement une zone douloureuse hypersensible et également une hypoalgésie sur le reste du corps. La notion de potentialisation à long terme (PLT) illustre cette apprentissage précoce. Ces études ont montré de manière expérimentale qu'il existe une douleur du corps active et sensible « en amont du langage et de la conscience réflexive, la maturation de l'hippocampe se faisant autour de deux ans ». Avec l'avancée en âge, cette mémoire du corps s'intègre à des schémas plus complexes, cognitifs. (45) Mémoire implicite (du corps), mémoire épisodique (des contextes) et mémoire sémantique participent toutes trois aux traces de la douleur. (48)

II.3.3 Voies du stress et voies de la douleur : similitudes dans les modèles animaux : les deux induisent une sensibilisation centrale

Douleur, peur et stress ont de nombreuses similarités biologiques (l'augmentation de l'adrénaline notamment). Certains auteurs comparent l'apparition de la douleur aiguë à une attaque de panique (49). Les modèles expérimentaux humains sont difficiles à mettre en place pour des raisons éthiques, il s'agit ici de modèles animaux dont les résultats doivent être interprétés avec prudence chez l'homme, mais qui permettent d'éclairer certaines hypothèses.

Un individu (rat) soumis à une situation de stress sans lésion douloureuse et un individu soumis à une lésion douloureuse, vont réagir de la même manière dans le temps : une première phase d'analgésie de tout le corps induite par le stress, puis une deuxième phase, plus longue (plusieurs semaines dans les modèles animaux), de récupération pendant laquelle l'organisme est dans un état d'hypersensibilité douloureuse.(50) C'est à dire, encore une fois, un état de vulnérabilité à la douleur de tout le corps. Un stress préalable augmente les effets d'une blessure, notamment la phase de vulnérabilité secondaire. Une blessure préalable augmente les effets du stress, notamment la phase de vulnérabilité secondaire. (51)

Cette vulnérabilité, dans une perspective(45) évolutive pourrait avoir été sélectionnée pour favoriser un comportement de prudence secondaire à une blessure ou un stress. Toute nouvelle blessure ou stress pendant cette période semble rallonger la période de récupération / vulnérabilité à la douleur. (41)

Ces mécanismes de vulnérabilité secondaire après une première phase d'analgésie étant médiés par des opioïdes endogènes, ils amènent de nombreux auteurs à réfléchir à la pertinence de l'antalgie par opiacés à long terme. Les modèles animaux vont dans ce sens. (52)(54 Certaines études chez l'humain vont également dans le sens, après l'effet antalgique, d'une vulnérabilité iatrogène à la douleur lors d'un traitement par morphiniques.(53)

II.3.4 Douleur, stress et empathie : des maladies contagieuses ?

Par ailleurs, le rat étant un animal social, il a été exploré dans les mêmes études la relation entre douleur/stress et socialité : (54) Un compagnonnage avec un animal qui souffre lui-même de douleur chronique, ou bien qui est stressé, induit en 3-4 jours chez un individu une vulnérabilité latente à la douleur. Pour alimenter ces réflexions, certaines expériences chez l'être humain montrent des activations des systèmes d'inhibition du tronc cérébral (CIDN) à la simple vue de soi-même (en vidéo) ou de quelqu'un avec qui on a une relation affective proche, ayant un comportement visiblement douloureux. (55)

II.4 Modèle explicatif pour la fibromyalgie ? (56)

Pour certains auteurs, l'installation de la fibromyalgie dans laquelle on retrouve à la fois des anomalies périphériques (des cellules musculaires comme des fibres nociceptives) et centrales tant au niveau de l'intégration du message nociceptif qu'au niveau des voies descendantes (57) peut s'inscrire dans une conception temporelle de charge allostatique progressivement croissante (45). L'allostasie est une amélioration du concept d'homéostasie développé par Claude Bernard, qui ne considère des fluctuations autour d'un milieu intérieur stable, avec des mécanismes régulateurs. Elle y rajoute la dimension du temps, et donc celle de la mémoire d'un organisme, présentant lors d'un changement un nouvel équilibre adaptatif « entrées-sorties », qui peut se manifester par une vulnérabilité latente. Ainsi l'adaptation prolongée à un environnement stressant aurait pour prix une « charge allostatique » et ces organismes, tout en maintenant un fonctionnement en apparence normal, deviennent de plus en plus vulnérables à un passage à la douleur chronique.

II.5 Douleur et anticipation, un contrôle central ?

Ces phénomènes d'analgésie induite par la douleur ou le stress ne résument pas l'expérience et le ressenti de la douleur. En effet ils semblent **eux-même sous contrôle** : le sens global dans lequel se déroule cette expérience conditionne ce phénomène d'analgésie. Des études (58) ont montré que l'anticipation de l'effet d'analgésie du reste du corps lors d'une blessure (CIDN) augmente cet effet, alors que l'anticipation inverse **supprime ce mécanisme physiologique**, y compris au niveau neuronal. Pour les patients fibromyalgiques, dont on a vu que ce mécanisme descendant inhibiteur était dysfonctionnel, (57) les mêmes chercheurs se sont demandés si l'anticipation de l'analgésie pouvait « relancer » ce contrôle inhibiteur. Ils ont montré (59) que si l'anticipation changeait de nouveau la perception subjective de la douleur, indiquant selon eux l'activation de la voie de contrôle en provenance du cortex/thalamus, en revanche l'activité anormale des CIDN était inchangée. Ils concluent en disant que dans la fibromyalgie, l'analgésie induite par l'anticipation positive restait possible, mais par une autre voie que les voies venant du tronc cérébral.

Ces observations, selon certains auteurs, montrent combien notre douleur, que ses mécanismes soient normaux ou altérés comme dans le syndrome fibromyalgique, est manipulée par « notre vécu, notre expérience et nos attendus personnels ». Ils en concluent également que toute stratégie antalgique, y compris médicamenteuse, implique l'adhésion du patient pour être efficace. (40) rendant hasardeuse toute prévision : « aucun modèle n'est possible car les significations de la personne douloureuse médiatisent en permanence l'incidence des molécules ». (40) Certains auteurs résument le processus allant de la nociception à l'expérience consciente de la douleur en trois niveaux : texte, contexte et subtexte (48), correspondant respectivement à l'information douloureuse, à son analyse contextuelle et émotionnelle, et aux processus de réaction et de régulation cognitive (60). Il existe des boucles de rétroaction entre ces trois

niveaux, ce qui signifie que le chemin de l'information n'est pas à sens unique. Les processus psychiques et cognitifs interviennent tout au long du parcours et influencent l'information en amont. Cette image textuelle résonne avec les théories de l'approche narrative, dont l'application dans la fibromyalgie reste le principal sujet de ce travail.

II.6 Conclusion et transition :

Les données biologiques confirment que la fibromyalgie est une maladie qui semble favorisée par la répétition chronique de situations stressantes pour l'organisme, tout particulièrement par des douleurs et stress survenues précocément dans l'existence(61), avec une sensibilisation centrale progressive à la douleur, ainsi qu'une « déprogrammation » périphérique(57). Elle s'installerait à l'occasion d'un événement ou par usure, sous la forme d'une rupture d'un équilibre avec une charge allostatique élevée. Le traitement antalgique par morphinique à long terme pourrait également aggraver un processus de vulnérabilité acquise. Si nous avons pris le parti de faire figurer dans ce travail sur la fibromyalgie cette partie fondamentale, c'est d'une part pour montrer comment nos connaissances laissent entrevoir l'absence de distinction entre le corps et l'esprit : la douleur et le stress étant en partie confondus, partageant les mêmes réseaux et ayant les mêmes effets. L'éducation du patient fibromyalgique et une information minimale sur ces mécanismes de la douleur sont considérés indispensables, pour réduire les peurs, les croyances et les comportements de santé inadaptés.(64) Les débats qui animent la question des douleurs chronique sont révélateurs d'une persistance en particulier dans le monde médical, mais dans la société au sens large, d'un dualisme ancien entre ce qui relève de l'esprit et ce qui relève du corps, les deux étant supposés être soumis à des règles différentes. Ainsi donc, reconnaître à la fibromyalgie un statut **d'affection médicale somatique classique**, même résultant de facteurs de risque psycho-sociaux, faisait craindre à certains l'augmentation in fine du nombre de patient.es fibromyalgiques. Elle faisait également craindre d'enfermer le patient dans un destin de douleur en méconnaissant le caractère variable de la douleur en fonction des émotions, déresponsabiliser le patient et prendre le risque de le focaliser sur les symptômes, rentrer dans le processus vicieux de la plainte chronique, et donc prendre le risque de majorer les douleurs et la fatigue.

À l'inverse, reconnaître la fibromyalgie comme une **affection à point de départ et d'arrivée psychique** et ne voir les douleurs que sous l'angle de la variabilité émotionnelle, peut conduire à penser que le patient déprogrammé, sensibilisé et dans cet état d'hyperalgésie pourrait faire cesser ses douleurs en faisant une psychothérapie, en changeant son mode de vie, ou en déplaçant son attention. Ce discours est aussi celui qu'un manque d'efforts ou de volonté est principalement en cause dans la fibromyalgie, ou bien que la plainte douloureuse ne sert que des objectifs relationnels (bénéfices secondaires). C'est empêcher pour le médecin des mécanismes empathiques qui permettent de comprendre l'expérience du patient, prendre le risque de la stigmatisation, rajouter l'exclusion aux douleurs, alimenter un vécu d'injustice chez

le patient. C'est donc également prendre le risque de majorer les douleurs et la fatigue.

Ces deux positions radicales impliquent de prendre une autre position, non dualiste, qui correspond à nos connaissances fondamentales. Il est intéressant de voir la façon dont la douleur et la douleur chronique, par leur nature particulière, nous obligent à penser au delà de ce dualisme, et selon des nouvelles règles où psychologie, sociologie et biologie se rejoignent pour expliquer le fonctionnement d'un individu.(63).

D'autre part, nous avons conclu cette partie fondamentale sur la question du sens de la douleur, sa variabilité en fonction de l'anticipation positive ou négative, en fonction de la sociabilisation, ce qui nous ouvre à un autre aspect : En parallèle des recherches sur des modèles explicatifs, il paraît important de s'intéresser au sens que revêt pour un patient fibromyalgique l'expérience de sa maladie, voire d'évaluer de quelle manière ce sens pourrait changer. Dans la prise en charge de la douleur chronique, il est souvent rappelé que l'important n'est pas de guérir les douleurs d'un patient, ce que nous ne savons pas encore faire, mais plutôt de changer son point de vue, ses dispositions, par rapport à la douleur. C'est l'objectif que se donne la SFETD, ainsi que la plupart des abords psychothérapeutiques (64) étudiés dans la douleur chronique (les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies d'acceptation et d'engagement, l'hypnothérapie(65), ...)

Ce qui nous paraissait intéressant dans les techniques proposées par l'approche narrative que nous allons maintenant voir, c'est justement la concentration exclusive sur le sens que donne le patient à son expérience, et sur le rapport qu'il entretient avec un problème, laissant complètement de côté un modèle explicatif qui ne soit pas celui du patient. L'approche narrative, située dans le champ des psychothérapies, est née en Océanie. Les premiers articles sont publiés dans les années 1980 par deux thérapeutes : Michael White en Australie et David Epston en Nouvelle Zélande. Elle fait partie des approches de psychothérapie qui se destinent à la santé mentale mais trouvent leur origine dans les sciences sociales, s'inspirant largement de la pensée anthropologique du XXème siècle. La diffusion des articles et ouvrages à propos de la thérapie narrative s'est faite progressivement, et, à l'heure actuelle, elle est étudiée et pratiquée principalement dans le monde anglo-saxon, dans des champs divers : en santé mentale, en thérapie individuelle ou familiale. Faisant une place exclusive au vécu de l'expérience par le patient, il nous paraissait intéressant d'évaluer son application aux patient.e.s atteint.e.s de fibromyalgie, pour les raisons que nous avons vues. Il s'agit de déterminer si l'approche narrative pouvait être un outil effectif pour le psychiatre. La partie théorique suivante tente d'approcher la pensée des thérapies narratives.

III. L'APPROCHE NARRATIVE : ABORD THEORIQUE

De la même manière que la douleur n'est pas le reflet du stimulus, la perception qu'a l'homme de la réalité n'est pas le reflet de faits objectifs. C'est une idée ancienne chez les philosophes, mais qui a pris un poids considérable grâce aux réflexions de l'anthropologie moderne et de l'étude approfondie de cultures

différentes au cours du XXème siècle. Ces observations ont confirmé que la connaissance humaine, y compris les faits scientifiques, ne constitue ni une représentation « vraie », ni le reflet fidèle d'une réalité indépendante et « ontologique ». Cette idée a eu de nombreuses implications en psychothérapie, et constitue une donnée, un postulat, pour de nombreuses approches. (2).

III.1 Héritage des sciences sociales en santé mentale : la réalité est une construction,

La généalogie de l'approche narrative est riche et nous ne pourrions pas détailler toutes ses influences, seulement les principales. Il ne s'agit pas ici d'évaluer la validité des thèses mais simplement de les exposer pour situer l'approche narrative dans l'histoire de la pensée.

III.1.1 La pensée systémique :

L'approche narrative est souvent rapprochée du courant de pensée systémique, au côté d'autres courants en psychothérapie, en particulier les thérapies brèves et thérapies familiales. White et Epston étaient tous deux initialement des thérapeutes familiaux. Les principaux apports de la pensée systémique dans le champ de la santé mentale sont dus à Gregory Bateson, anthropologue et zoologue américain. Dès les années 1950, il travailla à développer des collaborations entre anthropologues, psychiatres et thérapeutes, empruntant également aux mathématiques la théorie cybernétique. Cette théorie réfute schématiquement un modèle de causalité linéaire selon lequel « une cause donne un effet », et lui préfère une causalité circulaire, donnant lieu par la suite au concept de rétro-action par exemple. Ces notions et ces travaux collaboratifs, appliqués à la santé mentale, ont donné naissance à de nombreux modèles thérapeutiques basés sur la communication et la prise en compte des systèmes relationnels dans lesquels le patient est inclus (famille, société) pour expliquer les troubles qu'il présente. Les travaux de Bateson ont fortement influencé White.(67)

III.1.2 Courants de pensée : constructivisme et constructionisme social. (68)

III.1.2.1. Réalité

La réalité est considérée ici comme la connaissance qu'on a du monde. Jusqu'aux années 1980, la pensée systémique pouvait accepter qu'il existe une réalité objective à l'extérieur de l'individu. Les systèmes avaient simplement une logique qu'il suffisait de percer à jour pour régler le trouble qui pesait sur le patient en thérapie. La pensée systémique elle-même a opéré un virage et une conception constructiviste s'est installée (69) inspirée des travaux du physicien Heinz von Foerster(70) qui a insisté sur la relation entre système observateur et système observé, montrant que ces deux systèmes étaient inséparables. Cette place faite à l'observateur a été appelé la seconde cybernétique.

Dans la « Construction Sociale de la Réalité » publié en 1966 et récemment retraduit en français,

Berger et Luckmann étudient la manière dont les êtres humains fabriquent la connaissance. Cette analyse a fait date en sociologie.(71) Cette construction se fait en trois étapes : Un phénomène est d'abord externalisé dans l'interaction entre individus **à travers le langage** (externalisation), puis il devient progressivement un « fait social » (objectivation ou réification), puis il est internalisé (internalisation) par les individus. À la fin de ce processus, ce phénomène construit socialement donne pour les individus la sensation d'être réel. White, dans une mise en perspective anthropologique, précise que les réalités sont négociés entre les communautés, et distribuées au travers de ces communautés.(72) *Réalité et communauté vont de pair*. Chaque communauté a donc une réalité, qui n'est pas plus proche de « la réalité » qu'une autre. C'est une des pensées fortes de l'anthropologie moderne, qui ne place pas les progrès scientifiques et technologiques des sociétés modernes dans d'autres catégories de connaissances, permettant donc une remise en perspective.

Ce mouvement constructiviste est allé plus loin en effet du point de vue épistémologique quant à la place de la connaissance, y compris celle produite par la recherche scientifique, en annonçant que le chercheur (précisons que ces auteurs étaient eux-mêmes chercheurs en biologie) n'avait besoin pour développer des connaissances que d'une communauté d'observateurs dont les déclarations forment un système cohérent, mais pas d'un objet en soi. (73) *Tout ce que nous considérons réel est construit socialement, rien n'est réel tant que les hommes ne s'accordent à dire qu'il en est ainsi*(74) L'approche narrative s'inscrit donc tout à fait dans ce « renoncement à l'épistémologie du vrai » dont parle Elkaim. (75)

III.1.2.2 Identité

L'identité est considérée ici comme la connaissance qu'on a de soi, et l'identité est soumise aux mêmes règles que la réalité. (69) Ce sont des théories non-structuralistes de l'identité, sur lesquelles l'approche narrative s'aligne : il n'y a pas de structure interne à l'identité. (66) L'identité se construit dans une relation, et cette relation **est** l'identité. *S'il est convenu que c'est à travers le langage que le sens de soi est construit, et les actions et expériences rendues sensées, alors c'est un processus qui doit avoir lieu entre des gens*. (66) Pour Von Foerster, ceci implique une dimension d'éthique relationnelle du travail thérapeutique, accordant une place essentielle au tiers qui met en relation l'autre et soi-même.

Avec l'anthropologie d'Edward Bruner (76) l'approche narrative s'intéresse à la manière dont les sociétés, dans une dimension collective, construisent des narrations, sortes d'« idées à la mode » qui façonnent leur destin et leur identité en tant que peuple, et par là les existences et les identités des individus qui les composent. A l'échelle de l'individu, ceci a été étudié par Kenneth Gergen, psychologue, qui développera plus tard les thèses constructivistes dans un nouveau courant - le constructionnisme social. (6) Celui-ci fait une place majeure au langage et au récit. Ceci préfigure l'approche narrative : L'identité est produite par des narrations (histoires, récits) issues d'échanges communs. Ces récits identitaires renvoient à des relations sociales bien plus qu'à des choix individuels.(77)

Les thérapeutes systémiques ont donc découvert que la construction mutuelle du récit que l'on fait du réel compte plus que la recherche de la vérité ou de la réalité, ce qui a plusieurs implications dans le champ de la santé mentale :

- Une thérapie réussie n'implique pas que le thérapeute ait eu raison, mais que les réalités ou l'identité qu'il a contribué à construire avec le patient soient fonctionnelles.
- Son intervention consiste donc à élargir le champ des possibles plus qu'à faire surgir une vérité.
- La responsabilité du thérapeute dans la construction de la réalité de son patient implique une concentration sur l'éthique relationnelle dans la thérapie.

« Le monde » ou « l'esprit » appartiennent donc à des pratiques de discours qui sont susceptibles d'être contestés et négociés dans le langage.

III.1.2.3 Langage

La place du langage dans cette idée constructiviste est tout à fait fondamentale.

Le langage n'aurait pas été inventé par un sujet pour appréhender le monde extérieur, il serait devenu pour les êtres humains entre eux ce qui structure leur réalité commune, permettant sur le plan évolutif la cohésion sociale de groupes plus grands. Autrement dit le langage est le moyen par lequel le sens est créé.

(78) La construction sociale de la réalité se fait donc d'abord et principalement par le langage. Une des implications de cette pensée importante encore en approche narrative réside dans la question du pouvoir. Ceux qui occupent des positions privilégiées dans les sociétés humaines voient leur capacité à nommer les choses, les phénomènes, (naming) mieux soutenus par la communauté, et ont donc nommé et validé, dans l'histoire, des réalités plutôt que d'autres. (66) Les effets qu'ont ces « idées » donnant naissance au réel entre les hommes, par le langage, sont considérables. Michel Foucault (cf partie 4.3) avance que *lorsque des compréhensions particulières commencent à ressembler à la réalité, ou sont perçues comme le « sens commun », elles acquièrent la capacité de modeler et influencer les vies.* (79)

Ainsi pour l'approche narrative : 1) Les réalités sont des constructions sociales et relationnelles.

2) Il y a de multiples façons de décrire et classer la réalité.

3) Le savoir est une construction, et se construit à travers le langage.

4) Les réalités sont organisées et maintenues à travers des récits, qui ont des effets importants.

5) Il n'y a pas de vérité essentielle(80).

III.2 La métaphore narrative de la réalité, de J. Bruner :

Cette pensée que notre connaissance de soi ou du monde se fait en relation, et à travers le langage, par la construction de narrations (récits, histoires) est résumée et développée à l'échelle individuelle dans

les travaux de psychologie cognitive de Jérôme Bruner, sous la forme de l'analogie littéraire (ou métaphore narrative). Cette analogie permet d'aborder plus précisément le **sens** que les gens donnent aux événements qu'ils vivent. L'approche narrative admet une définition simple d'une histoire (récit, narration):

- Des événements
- reliés en séquence
- à travers le temps
- par un thème.(81)

La métaphore narrative est une analogie de structure entre l'expérience subjective de l'existence des êtres humains et les narrations qu'ils produisent : les récits, les histoires.(82) Elle propose que les expériences que nous faisons, pour qu'elles aient un sens, doivent être *transformées ou rangées* dans des récits. Les « expériences » en question sont entendues dans une définition large, allant de perceptions sensorielles uniques et isolées jusqu'à des séquences complexes d'interactions / émotions / actions.

L'existence d'un individu selon la métaphore narrative, dépend d'un ensemble de *nombreuses histoires évoluant en parallèle*, dans lesquelles cet individu range ses expériences et qui lui permettent de les interpréter pour leur donner du sens. Pour White, *l'intention n'est pas de suggérer que la vie n'est qu'un simple texte, mais qu'on peut trouver des parallèles entre la structure des textes littéraires et la structure de la création de sens dans la vie quotidienne.*(83)

Cette multiplicité des histoires implique également qu'une même expérience, un même événement, peut être rangé dans plusieurs histoires, et son sens sera alors différent. Cette multiplicité des histoires est illustrée de manière simple par Pierre Blanc-Sahnoun : *Si notre petite fille de 6 ans nous demande de lui raconter notre weekend (une expérience) et que notre meilleur ami nous fait la même demande, nous ne nous servons pas de la même histoire pour rendre compte de cet événement*(84).

Le temps est un facteur important d'une histoire, qui a un début (le passé), un présent (l'existence) et une fin (ce qu'on attend du futur).Ainsi, dans le cadre de la métaphore narrative, *l'interprétation des événements courants est autant modelée par ce qu'on attend du futur, qu'elle est déterminée par le passé.* (85) **L'intention** d'un patient, c'est à dire ce que le patient visait dans le futur en agissant d'une certaine manière, est donc particulièrement prise en compte en thérapie narrative, plus que le résultat d'une action.

Les praticiens de l'approche narrative précisent que les histoires façonnent activement la vie, et ont des effets réels, elles ne sont pas seulement des descriptions de la vie(66). Brooks dit que « nous nous situons à l'intersections d'histoires non encore finies ».(86)

Le prix du sens : Ces histoires confèrent donc du sens à notre existence, permettant un sentiment de signification et de continuité, mais ceci a un prix : les récits ne peuvent jamais englober toute la richesse de notre expérience vécue, et *l'expérience de la vie est plus riche que le discours*(83). Ou, pour reprendre la maxime de Korzybski, « une carte n'est pas le territoire ».

Ainsi selon Bruner les informations innombrables que nous percevons, les expériences que nous faisons lorsqu'elles ne sont pas "triées et rangées" au sein d'histoires préalables, ne sont simplement pas prises en compte. Bruner explicite ceci en écrivant : *Ce n'est pas que nous ayons au départ un ensemble de données, les faits, et que nous devions ensuite construire une histoire pour en rendre compte. Les structures narratives que nous construisons ne sont pas des récits secondaires mais des récits primaires qui établissent ce que l'on prend en compte comme données.*(87)

III.2.2 Représentation des histoires et ambiguïté : nous réinterprétons nos histoires.

Bruner, après avoir défini ainsi la métaphore narrative, s'intéresse à la dynamique de ce processus de mise en sens de l'expérience au travers d'histoire. La réalité se construit dans la relation, et une histoire ne peut se maintenir et garder sa fonction de fabrication de sens, que si elle est *racontée, ou représentée* auprès d'un autre, à travers le langage. Dans cette représentation, certains aspects choisis de l'expérience sont exprimées. Lorsque nous racontons nos expérience à travers une histoire, nous sommes à la fois les lecteurs et les auteurs de cette histoire. Bruner s'appuie sur des travaux concernant la structure des récits, dans la littérature, cherchant à savoir ce que ces narrations extériorisées, fictions élaborées de tout temps par les hommes peuvent nous apprendre sur ces « narrations intériorisées » qui donnent du sens aux expériences des hommes et des communautés.

Une de ces observation concerne l'ambiguïté d'un texte : il y a dans chaque histoire des interstices, des « blancs » qu'il appartient au lecteur de remplir. Chaque texte présente, selon W. Iser théoricien de la littérature, un certain degré d'ambiguïté(88) qui demande au lecteur de *s'engager dans la mise en scène de sens, sous la conduite du texte*. Ces blancs font appel à l'imagination et à l'expérience vécue, ce que confirment les travaux anthropologiques. (76) Ceci permet à Bruner de conclure que *le don d'un grand écrivain à son lecteur, c'est de faire de lui un meilleur écrivain.* (89) Ainsi le lecteur est aussi auteur, et recevoir une histoire est un procédé actif. Chaque fois que nous utilisons nos narrations pour interpréter une expérience, et que nous la racontons, nous sommes dans la même position d'auteur/lecteur que lorsque nous lisons un récit. S'il arrive que nous fassions plusieurs fois le même récit d'une expérience, son sens change néanmoins avec le temps. De la même manière que deux lectures d'un même texte ne sont jamais identiques. Cette indétermination, cette ambiguïté du texte de nos histoires autorise « toute une gamme d'actualisations ». (82) En fonction de cette actualisation de nos histoires, nous vivons nos expériences différemment. Les troubles en approche narrative ne sont pas pensés en termes structurels mais en termes dynamiques, c'est à dire : l'état des récits d'un patient à un moment donné. Selon Bruner, ce qui permet de remplir ces blancs, et de créer une cohésion et du sens malgré l'ambiguïté, c'est l'imagination. C'est de cette manière qu'en approche narrative, la construction d'histoires alternatives va

être faite, en autorisant aux histoires une ambiguïté qui permettra que le lecteur se la réapproprie, en *remplissant les trous avec son imagination*. Ceci a fait dire à M. White avec humour que l'approche narrative était *une thérapie du mérite littéraire*. (90) White met en garde contre l'écueil, en questionnement narratif, des interstices si larges que l'imagination du patient ne puisse les combler, ou si insignifiants que le patient n'y voit aucun intérêt.(85)

III.2.3 Des histoires en deux niveaux :

Les histoires que nous nous racontons ont donc des ambiguïtés, des interstices qu'il s'agit de remplir. Une autre caractéristique, c'est qu'elles possèdent deux niveaux de lecture, deux *paysages* selon Bruner :

- Le niveau ou paysage de l'action est celui de l'intrigue, l'enchaînement des événements.
- Le niveau ou paysage de l'identité ou de l'intention, qui est **le sens** qui est attribué par les personnages aux événements.

Le paysage de l'identité se compose d'interprétations et de significations. C'est le paysage des préférences, des valeurs et des croyances, qu'on peut considérer comme des engagements et qui définissent un « style de vie » selon Elkaim. (68)

III.2.4 Dynamique et évolution des récits : des histoires dominantes ou alternatives.

Nous avons vu que les histoires changent avec le temps. Certaines histoires sont très présentes à un moment de l'existence du patient, conditionnent particulièrement ses pensées, ses actes, ses relations, puis régressent à d'autres époques, au profit d'histoires différentes. C'est ainsi que les praticiens de l'approche narrative font intervenir la notion d'**histoires dominantes** : c'est à dire des récits qui à un moment donné sont particulièrement présentes. (85) Elles entretiennent un rapport d'exclusivité par rapport à d'autres histoires, dites alternatives, qui sont reléguées à l'arrière plan et ne sont plus utilisées par le patient pour donner du sens à ses expériences. Ces notions d'histoires dominantes et alternatives sont importantes pour les processus thérapeutiques, au sens où souvent les troubles sont pris dans des histoires dominantes. Ce qu'un individu considère être des « vérités » est le reflet de ses histoires dominantes à ce moment là et tout se passe, selon Pierre Blanc-Sahnoun, **comme si le contexte disparaissait tout à fait. (84)**

Mais les histoires dominantes changent ou peuvent repasser à l'arrière plan, et ce qui paraissait vrai sensé à un instant peut ne plus l'être à un autre.

Par le mécanisme de la production de sens, lorsque des histoires sont dominantes, l'individu *sélectionne et assemble (85)* des expériences autour du thème de ces histoires. Chaque expérience vient

valider ces histoires dominantes, et les conclusions identitaires que l'individu en retire. Les histoires dominantes « s'épaississent » donc des expériences que vivent les individus. Nous avons vu qu'elles s'entretiennent en se partageant.

Plus les histoires sont dominantes, plus il est simple pour une personne d'aller trouver dans sa mémoire pour les partager, des épisodes, des souvenirs en faveur de cette histoire. En revanche, plus une histoire est à l'arrière plan, plus il est difficile d'aller trouver des souvenirs qui s'y rapportent. Les souvenirs disponibles, comme les événements courants, confirment le plus souvent les histoires dominantes « en cours » au moment où le sujet en fait l'expérience.

III.3 Le processus thérapeutique selon l'approche narrative :

En approche narrative, il est admis qu'un patient qui rencontre une difficulté (maladie, deuil, problèmes relationnels, ...) doit réorganiser ses histoires dominantes en fonction de cette difficulté, pour lui donner du sens. L'épisode peut être progressivement inclus dans des histoires où il prend un sens qui est autre qu'un problème : une épreuve traversée dont on tire plus de compétence par exemple.

Parfois cette difficulté s'inscrit de manière prolongée dans des histoires dominantes où elle a un sens de problème. Les histoires dominantes sont alors dites « saturées par le problème », qui persiste et ne trouve pas de résolution. Ces histoires dominantes, par leur représentation, créent aussi des contextes interactionnels qui soutiennent ces points de vue saturés par le problème.

Il est alors important en approche narrative de ne pas perdre de vue que ce que le patient évoque de son problème n'est que le reflet de ses histoires dominantes à un moment donné, qu'on ne peut en tirer de conclusion structurelles sur sa personne, et que ça ne résume pas l'étendue de ce qu'il peut être. (68) Pour résumer clairement la position narrative : « le problème c'est le problème, ce n'est jamais la personne. Ce qu'il faut changer c'est la relation que les gens entretiennent avec le problème. »

Il est admis que les gens en savent beaucoup sur la façon de répondre à leurs problèmes mais les problèmes peuvent les séparer de ce savoir. (78) Le processus thérapeutique en approche narrative correspond donc à la **déconstruction** de ces histoires dominantes saturées par le problème. White emprunte à la philosophie française de Derrida(91) cette notion de déconstruction : il s'agit avec le patient *déconstruire les vérités qui sont séparées des contextes de production* (92) de manière à ce que chaque *vérité toute faite* soit vérifiée dans son utilité pour le patient. (66) C'est à la base de la pratique de l'extériorisation (cf plus bas). Cette déconstruction se poursuit par la mise en évidence et l'épaississement d'histoires alternatives dans lesquelles le problème est moins un problème. S'appuyer sur la construction d'histoires de vie pour déconstruire la plainte, avait été théorisé initialement par Bateson sous le nom de la *double écoute* en thérapie. (93). Il a donc été mis au point des techniques de questionnement du patient(90), qui constituent la pratique narrative. Ces techniques, spécifiques de l'approche narrative,

s'accompagnent d'un travail sur la posture du thérapeute.

Avant d'expliquer en détails ces aspects techniques du travail en approche narrative, nous voulons aborder une dimension importante qui est la prise en compte des dimensions culturelles et collectives des histoires. En effet les histoires dominantes d'un patient individuelles mais aussi collectives, c'est à dire faites *au sein d'un stock de discours culturellement disponibles* pour la société dans laquelle il évolue. Elles se réfèrent donc à des récits plus larges culturellement partagés.(85)

III.4 L'approche narrative et l'éthique, les théories de Foucault.

Réfutant donc le concept de réalité objective, M. White est très sensible aux thèses de Michel Foucault sur le pouvoir(79,94,95), qui étudie les effets sur la société de la croyance moderne en une réalité objective que le savoir peut appréhender. L'approche narrative devient en un sens critique de la société moderne en insistant particulièrement sur les conséquences sur les gens de cette conception du savoir dont nous allons voir les principes. (83,85)

Toutes les sociétés encadrent culturellement les histoires des individus qui la composent. Le contexte historique et sociologique, les considérations de genre, de classe sociale, de race, de culture, de préférence sexuelle,... ont une influence majeure sur les histoires individuelles de tout un chacun, nous l'avons vu. Les histoires ne survivent et prospèrent que si elles sont partageables aux autres.(81) Ceci implique selon Foucault, que les autres transportent les histoires sociales qui nous parviennent, et que nous véhiculons nous mêmes ces histoires pour les autres, c'est ce que brièvement nous allons voir.

Foucault décrit une forme moderne de pouvoir, propre aux sociétés occidentales. (79) Le pouvoir, garant de l'ordre social, s'exerce de deux façons : il peut s'exercer comme une verticalité descendante, un rapport de domination et de répression du puissant sur le faible. Mais le pouvoir moderne depuis le XVI^e siècle s'exerce selon lui de façon prédominante dans les relations entre les individus. Il s'exerce par la circulation de savoirs qui sont des « prétendues vérités » et Foucault montre qu'alors, savoir et pouvoir ont partie liée et sont indissociables. Chaque individu devient donc pour son voisin un véhicule de ce pouvoir, puisque diffusant des normes et des vérités qui façonnent la vie et les relations des gens.

Cette forme de pouvoir *ne réprime pas, elle assujettit. Elle forge les gens comme des corps dociles. Elle soumet nos corps, gouverne nos gestes, impose nos comportements.* (96) Foucault dit encore : *Nous vivons dans une société où l'évaluation et le jugement normalisant ont remplacé le judiciaire et la torture comme mécanisme principal du contrôle social. Cette forme de pouvoir enrôle les individus dans des activités qui favorisent la prolifération de connaissances "globales et unitaires".*

Foucault ayant fait de la psychiatrie(96) et de la médecine(97) le sujet d'études poussées, il montre que ce pouvoir a des conséquences également au niveau du rapport au corps et à la folie. Le jugement normatif fait qu'on se compare à une norme développée par des experts. La modernité produirait donc,

selon Foucault, des hommes entretenant des **rapports d'objet** avec eux-mêmes, leurs corps et les autres.

White se réfère aux travaux anthropologiques (98) selon lesquelles si dans les sociétés occidentales ces pratiques de chosification sont omniprésentes, il n'en est pas de même partout. *La conception occidentale de l'individu en tant qu'univers cognitif particulier et limité, centre dynamique de conscience, d'émotion, de jugement et d'action, organisé en un tout distinctif est, même si cela nous paraît incorrigible, une idée plutôt étrange dans le contexte des cultures du monde.* (85)

Pour le sujet qui nous concerne, l'objectivation du corps des individus est souligné comme un phénomène social qui continue et qui augmente, par l'anthropologue spécialisé dans la douleur chronique David Le Breton, qui parle de corps « morcelé » (99) que le patient confie à la médecine *comme on confie sa voiture au garagiste*. Il s'agit pour lui d'une des raisons qui mettent le patient douloureux chronique *en dehors de son histoire*. Et il se montre critique envers une médecine où *tout se passe comme si le patient arrivait en consultation avec son corps sous le bras*. (100)

White inscrit l'approche narrative dans l'héritage de Foucault, en insistant sur le fait que les systèmes de pouvoir n'ont *que très rarement, voire jamais, des effets totalisants, et qu'ils sont entièrement dépendant de la participation active de chacun*. (101) Ainsi l'approche narrative a été conçue pour *prendre en compte l'impact général du pouvoir dans ses aspects constitutifs*. (85) et critiquer les aspects du travail de thérapie qui pourraient s'apparenter à des techniques de contrôle social. Sortir des histoires dominantes saturées par le problème, c'est aussi déconstruire les *pseudo-vérités* sociales dont le patient jugerait qu'elles entretiennent le problème. Il est *important que les gens aient la possibilité de reconnaître ces enjeux de pouvoir, et leurs rôles sur leurs vécus négatifs et leurs conclusions identitaires négatives, et qu'ils reçoivent du soutien pour faire face à ces relations de pouvoir* » (85). Nous verrons certaines de ces *prétendues vérités* concernant la fibromyalgie, et véhiculées socialement.

Le risque que les normes et opinion du thérapeute remplacent les normes du patient est pris en compte dans la posture du thérapeute en approche narrative, que nous décrivons ci-dessous.

Conclusion : pour l'approche narrative, synthèse d'une pensée anthropologique et psychologique, les individus se situent donc à l'intersection d'histoires qui aident à mettre du sens sur ce qu'ils vivent. Ces histoires en deux niveaux, des actions et des intentions, sont à la fois individuelles et collectives. Elles sont changeantes et certaines deviennent dominantes tandis que d'autres sont reléguées à l'arrière plan. Elles déterminent pensées, comportements, souvenirs et identité. Elles doivent être partagées avec un autre, par le langage, pour se maintenir. C'est un processus qui chaque fois fait appel à une réinterprétation, qui utilise l'imagination. Les histoires dominantes des individus dans nos sociétés modernes sont influencés par la production de *vérités* normatives, dont les effets peuvent entretenir les problèmes d'un patient. L'approche narrative vise la déconstruction avec le patient des histoires dominantes saturées par le problème, et la mise en évidence d'histoires alternatives. Il fait partie de l'éthique de l'approche narrative

de ne pas être véhicule de normes sociales.

Notons que dans une perspective évolutive, l'historien Harari(102) prétend que la capacité humaine à créer des histoires complexes et partagées par le langage, à la fois individuelles et collectives, donnant du sens aux expériences et par là construisant la réalité, a été un moyen adaptatif pour l'homme de bâtir des structures sociales plus étendues, de permettre la cohésion de groupes plus grands.

Par ailleurs, les travaux de Bruner sur la métaphore narrative ont eu une large influence, et de nombreux courants s'en revendiquent, en particulier la **médecine narrative** développée par le Pr de médecine interne Rita Charon aux États Unis(103). Précisons qu'elle s'inspire des travaux de Bruner mais n'a pas de rapport avec les outils développés par l'approche narrative. La médecine narrative prétend replacer au cœur de la pratique médicale les récits des malades. Cette approche a commencé à être remarquée en France, et dispose désormais d'un module d'enseignement dédié à la faculté de médecine de Paris 8.

Nous allons voir à présent les outils de l'approche narrative, la posture du thérapeute ainsi que les techniques de questionnement spécifique, avant d'évaluer sa pertinence dans le cadre de la fibromyalgie.

IV. APPROCHE NARRATIVE : OUTILS ET MISE EN PRATIQUE :

La relation médecin-malade, y compris en psychiatrie, s'exprime généralement sous la forme d'une relation d'expertise. (104) Le patient demandant ce qu'il doit faire par rapport à un problème, et le médecin, spécialiste de ce problème et le connaissant mieux que le patient, donne des informations (posture explicative) reposant sur un savoir objectif, puis des consignes et des prescriptions. Les enjeux de la posture relationnelle du médecin sont remis en question et étudiés depuis longtemps (Balint dès 1957 par exemple) (32). Dans la fibromyalgie, cette relation peut être le lieu de tensions liées à l'impuissance du médecin, à l'incapacité d'expliquer ou de traiter efficacement cette maladie, à la durée de ces suivis, à la plainte perçue comme excessive par les médecins,...(1)Le médecin voulant appliquer au cours d'un entretien certains outils de l'approche narrative, devra quitter pendant cet entretien une posture explicative dite « influente et centrée » sur le savoir du médecin, au profit d'une posture « influente mais décentrée ». La posture est plus importante que l'application à la lettre des techniques narrative que nous verrons plus loin. (106) Cette posture dans la relation médecin-malade selon les principes de l'approche narrative, est explicitée et illustrée à l'aide de quelques exemples de questionnement narratif.

IV.1 Posture en approche narrative.

IV.1.1 Une posture influente décentrée.

L'approche narrative a pour objectif que le patient prenne une position réflexive et extérieure par

rapport à une histoire dominante saturée par le problème. Ce procédé nécessite une posture influente, c'est à dire que le médecin accepte par ses questions d'avoir une influence sur le patient, à la différence par exemple de certains courants en psychothérapie, issus de la psychanalyse notamment, ce qui a été bien expliqué par Roustang(107). Il s'agit aussi d'une posture décentrée c'est à dire qu'à l'inverse d'une position centrée sur les connaissances du médecin, c'est une position centrée sur les connaissances du patient exclusivement. Il s'agit d'adopter *la position d'un journaliste d'investigation* précise White. (83) L'approche narrative préconise donc que le thérapeute s'investisse dans la relation avec le patient en posant des questions et en reformulant souvent les réponses du patient. Il demande souvent validation auprès des patients, en prétextant auprès du patient de chercher à comprendre correctement.

Exemples de questionnement narratif : Pour que je comprenne bien, est-ce que vous voudriez m'expliquer ce problème de [...] ? Ce que vous me dites c'est que [...] c'est bien ça ? Vous permettez que je vous pose plus de questions sur [...] ?

Il est important, en approche narrative, que le patient ait la sensation d'avoir le choix d'aborder les choses comme il lui convient, le patient devant comprendre qu'il est dans cet entretien le seul expert de son problème. Le médecin reste dans une position de non-savoir (not knowing position (108))

Exemples : Vous me parlez de [...] et [...], de quoi voudriez vous qu'on parle en premier ?

Le fait de rendre un patient expert de son problème permet également de ne pas véhiculer dans ses entretiens de savoirs normatifs dont on a vu qu'ils pouvaient parfois participer aux problèmes. Ceci a permis à certains auteurs de considérer que l'approche narrative est une pratique qui participe aux efforts de justice sociale dans le champ de la santé mentale. (109,110)

IV.1.2 Concentration sur les intentions du patient

Tant lors de la déconstruction des histoires dominantes saturées par le problème, que dans la reconstruction d'histoires alternatives, le thérapeute alterne des questions qui portent sur les actions et des questions qui portent sur les intentions du patient.(78) Il s'agit d'une des particularité de l'approche narrative. Lors de la description des histoires du patient, le thérapeute conserve cette une logique non structuraliste de l'identité (cf plus haut). Ce que le patient explique de son problème comme des composantes structurelles de sa personnalité ou de son identité est reformulé en termes de compréhension de ses intentions(85). L'accent est donc mis sur les intentions, aspirations, souhaits, valeurs, principes et engagements, plutôt que sur les conduites, traits de caractère, besoins, mécanismes de défense, motivations inconscientes, et aptitudes naturelles...(66)Un mode de compréhension structurelle de l'identité a peu de chances, selon White, de donner lieu au développement d'une histoire richement décrite(85) voire serait délétère pour le patient : ce genre de conversation peut avoir pour conséquence de

diminuer la diversité des conclusions et des possibilités. Elles amènent souvent dans des impasses conversationnelles : il faut sans s'opposer au patient *les contourner, ouvrir des passages vers l'histoire sociale et relationnelle, vers les intentions.*

Cette dimension intentionnelle, inhabituelle en thérapie ou en médecine, est en revanche très habituelle pour les individus hors du contexte de soin. Les intentions sont utilisés par les patients pour *faire face à l'imprévu, et leur rend possible la résolution de nombreux problèmes et de dilemmes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne*(85). Ce qui serait, au niveau anthropologique, un élément constitutif de la plupart des cultures. Ces questions autour des intentions du patient, de ce qu'il souhaite, de ce qu'il visait lorsqu'il s'est comporté de telle ou telle manière, correspond, selon Bruner, à une réhabilitation de la psychologie populaire,(83) basée sur les intentions,(111) Les questions qui concernent les intentions et l'identité doivent être des questions pleines d'incertitude et de conditionnel (apprendrait... possible de comprendre...éventuellement... quelle hypothèse faites vous...), ce qui écarte le climat d'inéluçabilité.

IV.2 Dynamique des entretiens,

IV.2.1. Conversations en échafaudage.

En thérapie narrative, une grande attention est portée aux possibilités qu'ont les gens d'aborder certaines choses à certains moments. Les questions sur le paysage de l'action sont simples pour le patient (pour appuyer la dimension de conversation, les exemples de questions sont traduites dans un langage courant, oral).

- Vous voulez bien m'expliquer ce que vous avez fait alors ? Qu'avez-vous pensé à ce moment là ?
Pour que je comprenne, vous voulez me dire comment vous vous êtes senti ?

En revanche les questions sur le paysage de l'intention sont plus complexes, mais ce sont elles qui permettent de finir d'externaliser le problème, et elles sont indispensables dans le processus de construction d'histoires alternatives.

- Le fait que vous ayez ressenti [...], qu'est-ce que ça nous apprend sur ce à quoi vous donnez de l'importance ?

Pour expliquer cette dynamique des entretiens, les praticiens de l'approche narrative se réfèrent(83) aux théories de l'apprentissage du psychologue Lev Vygotski. Pour un patient, s'éloigner des histoires dominantes saturées par le problème, ou reconstruire des histoires alternatives, sont des apprentissages. Ces apprentissages se font entre ce qui est *connu et familier, ou qu'il est possible d'apprendre seul vers ce qu'il est possible de connaître en collaboration.* Selon ces théories, une tâche difficile et nouvelle ne peut être accomplie que si elle est décomposée par d'autres en plusieurs tâches. Le patient doit être accompagné par des questions de plus en plus réflexives, dans ce que M. White assimile à une exploration de l'inconnu. (112) Une conversation narrative s'effectue donc « par paliers ».

Cette notion d'apprentissage permet d'envisager qu'un patient qui répond qu'il « ne sait pas » (ce qui est fréquent) ne met pas en place des résistances, ne présente pas une absence d'Insight ou une intelligence limitée. On considère en approche narrative qu'il est pour l'instant toujours pris dans ce qui est pour lui familier et connu, et qu'il est nécessaire de consolider encore cette étape. White parle de conversations en échafaudage(83). *L'engagement modéré aux premières étapes de la conversation externalisante donne aux patients, petit à petit, l'occasion de se déplacer hors du territoire familier du problème.* Dans la même logique de progression, on questionne fréquemment le patient pour savoir si les questions ont du sens pour lui et pour valider les étapes qui ont été franchies :

Exemple de questionnement narratif: Est-ce que c'est quelque chose auquel vous aviez pensé auparavant ? êtes vous surpris d'avoir fait ça pour ces raisons là ? Est-ce que c'est quelque chose auquel il vous paraît important qu'on réfléchisse, ou bien préférez-vous réfléchir à autre chose ?

White recommande notamment, pour poursuivre la métaphore littéraire, de faire ce qu'il appelle une « ligne éditoriale », c'est à dire faire un bref résumé de ce que la conversation a traversé jusqu'ici, avant de poser une question qui amène à un niveau supérieur de prise de conscience.

Exemple de questionnement narratif :

- Si j'ai bien compris ce dont vous me parlez depuis tout à l'heure, vous êtes affecté depuis cet épisode de [...] par un problème [...] qui vous fait agir comme [...] et penser [...] ce qui a pour conséquence dans votre vie que [...] et que [...], c'est bien ça ? Vous permettez que je continue de vous poser des questions sur ce problème ?

IV.2.2 Changements au cours de la conversation : de la vulnérabilité vers l'initiative.

Vygotski appelle l'espace traversé pendant l'apprentissage entre familier et inconnu la « zone proximale de développement » (113). Il remarque que c'est pendant la traversée de la zone proximale de développement que l'enfant peut *avoir accès à des liaisons associatives, entre ce qui sinon demeurerait objet indifférencié dans son monde.* (113)

Lors d'un entretien narratif cet apprentissage du familier vers le connu peut être l'occasion d'un changement du patient dans le sens d'une diminution du sentiment de vulnérabilité par rapport au problème, et le patient peut progressivement ressentir ou expérimenter un sentiment inédit d'initiative personnelle, reposant sur ses propres connaissances et compétences. (83) Cette bascule progressive dans les entretiens narratifs a été bien décrite dans un article de Gonçalves. (114) White dit encore : *Quand elles commencent à habiter ces histoires alternatives, [les patients] expérimentent de nouvelles images d'elles-*

mêmes, et ouvrent de nouvelles possibilités relationnelles et de nouvelles perspectives. (80)

IV.2.3 Lenteur et obstination, exceptions :

Cette pratique implique donc une certaine obstination, comme mis en évidence dans le premier article francophone (en 1999) qui traitait de l'approche narrative : « l'Obstination de l'Orpailleur »(115). La conversation est souvent longue, alternant questionnement, reformulations et résumé (*lignes éditoriales*). Plusieurs auteurs définissent le rythme des entretiens narratifs comme « loitering with intention » ce qui peut être traduit par flâner intentionnellement. (116) Pour Young ces conversations doivent être lentes y compris quand elles sont courtes (au cas où le médecin a un temps limité par exemple). Dans ce cas, elles peuvent tout à fait être profondes, *non pas profondes dans le sens qu'elles sont une évaluation fine à la recherche de vérités sur le patient, mais plutôt riches en signification* et par là amenant des nouvelles idées, conclusions, points de vue (117). Les modèles de conversations ci-dessous (que White appelle des cartes(83)) sont présentées comme une référence à laquelle il est impossible d'être parfaitement fidèle, en particulier dans la chronologie. Elles sont utiles pour guider le thérapeute ou le psychiatre voulant intégrer l'approche narrative à ses outils d'entretien.

IV.3 L'Externalisation : le patient réalise qu'il n'est pas le problème.

L'outil le plus important de l'approche narrative est l'externalisation. C'est à dire d'objectiver le problème(68) en opposition à la pratique culturelle de l'objectivation de l'individu pour Foucault. Il s'agit de définir le problème et surtout la manière dont le patient, expert, *voit le problème* (118) Ce qui suit est extrait en grande partie du livre de White : « Cartes des Pratiques Narratives », chapitre 1 « Conversations d'Externalisations ».(83)

IV.3.1 Négocier

Négocier, c'est à dire se mettre d'accord sur une définition du problème proche de l'expérience du patient : il s'agit pour le patient, guidé par les questions du médecin, de **définir le problème** de manière très détaillée, sur le paysage de l'action (lieux, personnes, etc) comme celui de l'identité (conclusions, pensées,...). Le langage employé, dans les questions et les reformulations, contribue à ce que le patient se situe à l'extérieur de son problème.

Exemples de reformulation externalisante : À un patient se plaignant d'être quelqu'un d'angoissé depuis toujours, d'être un incapable. (angoisse définie comme structurelle, problème internalisé, conclusions identitaires négatives)

- Si je comprends bien, le problème de l'Angoisse (externalisé) est présent depuis toujours, et lorsqu'il est présent, il vous conduit à penser de vous même que vous êtes nul et incapable ? (reformulation externalisée) »

Exemples de questionnement exploratoire :

- Est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur ce que le problème de l'Angoisse fait dans votre vie ? Vous m'avez dit qu'il vous arrivait de [...], quand vous agissez de cette manière, qu'est-ce que le problème vous fait penser ? Depuis quand le problème est-il arrivé dans votre vie ? Est-ce que j'ai réussi à bien comprendre comment fonctionne ce problème, ou il manque encore des éléments ?

Plus le patient reprend à son compte les reformulations qui mettent le problème à distance, plus il est possible d'avancer l'externalisation du problème. On peut par exemple lui prêter des intentions :

- Quelles sont ses intentions quand il vous fait penser / vous comporter comme ça ?

Le patient et le médecin explorent donc ensemble le problème, sous la forme d'un *récit des expériences les plus pénibles*(81). Jusqu'à ce que le médecin ait *négocié une définition du problème proche de l'expérience*(83) et qu'elle soit validée par le patient.

IV.3.2 Nommer le problème :

Il est ensuite demandé au patient de donner un nom au problème. Cette manœuvre va dans le sens de l'expertise remise entre les mains du patient. Elle est complexe pour le patient parce qu'inhabituelle, peut être jugée infantilisant ou étrange, et demande donc une ligne éditoriale pour soutenir le patient dans l'effort d'imagination qu'il a à faire. Tant que le patient ne parvient pas à le nommer, le thérapeute narratif l'appelle simplement « le Problème ».

Exemples de questionnement narratif : Donc si j'ai bien compris, c'est un problème qui vous fait agir comme [...], qui vous amène à penser [...] sur le moment, qui vous amène comme image de vous [...] C'est bien ça ? **(Vérification)**. Comment est-ce que vous nommeriez un problème comme celui là ? Quel nom est-ce que vous donneriez à ce problème ?

Sans quitter une position de non-savoir, il est possible de faire à un patient en difficultés pour nommer, des suggestions de plusieurs noms :

Exemples : J'ai rencontré des patients dont les problèmes ressemblaient aux vôtres et qui avaient choisi de les nommer [...] ou [...], d'autres encore [...], est-ce qu'un de ces noms vous paraît convenir à votre

problème, ou bien encore un autre serait mieux ?

IV.3.3 Cartographier les influences du problème :

Le fait que le problème ait désormais un nom permet de l'explorer plus précisément. Il s'agit donc de *cartographier* toutes les influences du problème dans la vie du patient. Les principaux espaces sont évalués : famille, travail, relations, etc.. En même temps que le patient s'aperçoit des influences du problème sur sa vie, le thérapeute questionne le patient sur influence des actes du patient sur son problème(66). On questionne spécifiquement avec le patient la manière dont certains discours de « vérité » normative, présents dans la société, peuvent contribuer au problème.

Exemple de questionnement narratif : Quel effet [...] (nom) a-t-il sur la relation avec votre conjoint, vos enfants, dans votre métier, ailleurs ? Qu'est ce que [...] vous amène à penser de vous même ? et des autres ? Je me demande ce que ça nous apprend sur les intentions de [...] par rapport à vos relations ? Comment [...] s'y prend-il pour vous convaincre de ne prendre aucune initiative ? Dans le contexte dont vous me parlez, quand vous faites [...] est-ce que ça nourrit [...] et lui donne de la force, est-ce que ça l'affaiblit, ou bien ni l'un ni l'autre ? Et l'idée de ce que doit être un bon père, ou un bon mari, vous êtes d'accord avec ça ? Est-ce que vous diriez que cette idée donne de la force à [...], lui en retire, ou ni l'un ni l'autre, ou les deux à la fois ? Pourriez-vous m'expliquer de quelle manière, afin que je comprenne bien ?

Cette cartographie permet d'explorer la manière dont les patients (ou leurs proches) *contribuent, sans le vouloir, à la survie du problème*(85).

IV.3.4 Évaluer :

Une fois le problème nommé et ses effets principaux repérés et décrits, le médecin demande au patient d'**évaluer le problème**, c'est à dire de prendre position, de donner son opinion. La plupart du temps, ces évaluations ont été faites par d'autres, proches ou soignants, qui se sont prononcés sur le problème. Dans la conversation en échafaudage, on monte alors d'un niveau. Il s'agit de nouveau d'une question souvent inhabituelle pour le patient.

Exemple de questionnement narratif : Donc si j'ai bien compris, depuis que ce problème [...] est arrivé dans votre vie, il fait [...], [...] et [...]. Vous m'avez dit également que lorsque vous faites [...] ça lui permet de se renforcer. J'ai bien résumé ce problème ? Et là, quand vous voyez tous les effets de [...] dans votre vie,

qu'est-ce que ça vous inspire ? Qu'est-ce que vous en pensez ? Je me demande si vous, vous êtes d'accord avec ça ? Moi si un problème de cette nature rentrait dans ma vie, je pense que je sais ce que j'en penserais, mais vous ?

IV.3.5 Justifier:

Puis le médecin demande au patient de justifier cette prise de position (évaluation). C'est une étape conclusive de l'externalisation, dans laquelle on cherche à comprendre ce qui est important pour le patient (valeurs, intentions) et qui est en contradiction avec l'histoire dominante saturée par le problème.

Exemple de questionnement narratif: Je n'arrive pas à comprendre ce qui fait que vous, vous n'êtes pas d'accord avec ça. Pourriez-vous m'aider à comprendre ce qui fait que ça ne vous convient pas ? Pourquoi prenez vous cette position ? Qu'est-ce qu'on pourrait en comprendre sur ce qui est important pour vous, sur ce que vous souhaitez pour votre vie ? Est-ce que vous pourriez me donner une histoire qui illustre ce qui est important pour vous ?

A la fin de l'externalisation, le patient a donc pris position par rapport à un problème qui se situe désormais à l'extérieur de lui, ce qui est à même de diminuer sa vulnérabilité.

IV.4 La construction d'histoires alternatives.

IV.4.1. Une conversation par aller-retours.

Là encore, cette partie est tirée en majorité du livre « Cartes des Pratiques Narratives », chapitre 2 « Conversations pour Redevenir Auteur ». Morgan (81) et Cooper (119) attirent l'attention sur la fragilité des histoires alternatives qui commencent à être dégagées en approche narrative. Forcer la sortie hors des histoires dominantes saturées par le problème peut être complexe, et plus cette nouvelle histoire est forte, plus la personne se sent capable de prendre des décisions qui vont à l'encontre du problème.

Cet autre modèle de conversation vise donc au développement et à l'enrichissement d'une histoire alternative qui convient mieux au patient. Nous l'avons vu en première partie, on estime qu'une thérapie narrative est efficace lorsqu'on *engage les patients à ré-écrire les péripéties de leur vie d'une manière qui éveille leur curiosité sur les possibilités humaines et qui fasse intervenir l'imagination.*(83) Une bonne histoire est, selon Bruner, une histoire avec des péripéties convaincantes, mais restant suffisamment subjective pour que le lecteur puisse la ré-écrire d'une manière qui convienne à son imagination. (89)

Ce développement d'histoire alternative se fait par des aller-retours entre deux catégories :

D'une part des moments de la vie du patient qui ne rentrent pas dans l'histoire dominante saturée

par le problème. *Paysage de l'action* de l'histoire alternative, ces épisodes sont appelés **moments d'exception**. C'est une notion que White emprunte au sociologue Erving Goffman.(120)précisant que si ces moments peuvent paraître insignifiants au thérapeute, ils ne le sont pas forcément pour le patient. *Ce n'est pas l'ampleur qui compte mais la direction*. Ainsi « être parvenu à dire bonjour à quelqu'un dans la rue, ou faire la vaisselle, ou simplement ouvrir les volets », ces actes peuvent revêtir une importance particulière, surtout si le thérapeute accompagne une prise de sens et les met en relation avec d'autres épisodes de cette nature. *Ces aspects des expériences vécues qui tombent en dehors de l'histoire dominante fournissent un terrain riche pour créer ou recréer des histoires de rechange*. En revanche, moins ces actes isolés sont importants aux yeux du patient, plus il peut être long de leur donner une épaisseur. (90)

Et d'autre part **des intentions**, valeurs et principes que ces épisodes révèlent du patient, constituant le *paysage de l'identité de l'histoire alternative*. Ils permettront au final d'en dégager le thème pour nommer cette histoire alternative auprès du patient. Ses intentions, valeurs et principes seront décrites et explorés en détails. Ce sont eux qui permettront de produire du sens autour des moments d'exception.

Il s'agit donc d'une modèle de questionnement allant dans un sens ou dans un autre :

Action vers intention : on peut demander à un patient ce qu'un épisode a pu signifier pour lui, c'est à dire une action à laquelle on donne du sens(39). Ceci peut aider le patient à comprendre ce que cet épisode reflète de ce qui est important pour lui dans la vie. Le procédé est le même que pour un problème : définir, nommer, cartographier les effets de cette expérience positive et son historique, évaluer et justifier.

Exemple de questionnement narratif : Je me demande ce que vous aviez comme intention en agissant de cette manière ? Selon vous, qu'est-ce que cette action pourrait éventuellement nous apprendre sur ce qui est important pour vous ?

Intention vers action : le questionnement dans ce sens permet de trouver d'autres moments d'exception où ces intentions, valeurs, et principes importants pour le patient ont été mis en place. Une valeur nommée doit *faire l'objet d'une enquête pour lui donner de la chair*.

Exemple de questionnement narratif : Pourriez-vous me raconter un autre souvenir qui me permettrait de comprendre comment cette notion de « Respect » est importante pour vous ?

Dans l'exemple précédent, et selon Vygotski encore(113), lorsque plusieurs histoires autour du « respect » ont pu être décrites intensément, la notion de respect acquiert une force plus importante en tant que concept et la rend utilisable par le patient pour aller contre son histoire dominante.

Exemple de conversation pour développer une histoire alternative :

Exploration de l'épisode (action) :

Vous m'avez parlé d'un moment particulier où vous avez fait [...] et [...], qui a eu comme conséquence que [...], c'est bien ça ? Quelle genre d'initiative c'est, ça ? Est-ce que je peux vous demander comment est-ce que vous appelleriez ce que vous avez fait ce jour là, alors ? Et quand vous voyez ce que vous avez fait, qu'est-ce que vous en pensez ? Cet épisode, peut-on considérer qu'il s'agit d'une forme de résistance au problème ou bien est-ce autre chose ?

Exploration des intentions (identité) :

Je me demande ce que vous aviez en tête quand vous aviez agi de cette manière ? Vous avez une idée de ce qu'étaient vos intentions en faisant ça ? À votre avis, qu'est ce que cette épisode pourrait éventuellement nous apprendre de vos valeurs, de ce à quoi vous attachez de l'importance ? Qui est-ce qui ne serait pas surpris que c'est important pour vous de [...] ? Qu'est-ce qui, dans votre culture familiale ou personnelle résonne avec cette valeur de [...] qui est importante pour vous ? Pouvez-vous me parler de groupes qui partagent cette valeur dans la société ? Qui dans votre vie partage cette valeur ? Si c'était seulement vous qui étiez au commande de votre vie, est-ce que je dois comprendre qu'il y aurait plus de moments qui iraient dans la direction de [...] ? Quand on regarde ensemble cet épisode, qu'est-ce que ça vous donne comme image de vous ?

Puis nouvel épisode (action) :

Pour que je comprenne bien, est-ce qu'il y a une autre histoire que vous, ou quelqu'un qui vous connaît bien, pourrait raconter pour illustrer que [...] c'est quelque chose d'important pour vous?

Poursuite de l'exploration des valeurs (identité) :

A propos de ce nouveau souvenir que vous m'avez raconté, où vous vous êtes comportés de cette manière, je me demande ce qu'il est possible de comprendre de nouveau sur ce que vous êtes ? Et comment se fait-il que vous puissiez vous reconnaître même aussi longtemps après dans cette histoire ? Est-ce qu'il y aurait quelque chose d'important pour vous qui aurait perduré jusqu'à aujourd'hui ?

Puis nouvel épisode :

Est-ce qu'il y a quelque chose qui s'est passé plus récemment dans votre vie qui correspondrait à ce que nous apprenons sur vous?

Puis ligne éditoriale et dégagement d'un contre-thème :

J'ai entendu des histoires qui parlaient de [...], [...] et [...], qui nous ont permis de comprendre que vous étiez quelqu'un pour qui c'est important de [...] et de [...]. C'est correct ? Si on mettait tout ça bout à bout ,

au final ça parlerait de quoi ? Est-ce que vous auriez un nom qui pourrait faire le lien entre tout ce qu'on vient de dire ?

Cette conversation de développement d'une histoire alternative, ce que White appelle *redevenir auteur* est un outil intéressant et original pour que le patient change de posture par rapport à l'expérience. Une fois qu'une histoire de ce type est construite, on explore avec le patient quelle place a le problème dans cette nouvelle histoire.

IV.4.2 **Autres outils : utilisation des relations pour étoffer les histoires alternatives**

Comme le montrent certaines questions données en exemple, pour « épaisir » les histoires et leur donner un sens dans la vie des patients, il faut qu'elles soient soutenues par des relations. Ce sont les conclusions des mouvements de pensée anthropologiques que nous avons tenté de décrire plus haut. Être pris dans une histoire dominante de problème peut couper les patients d'un important réseau relationnel. Ainsi, on peut en quelque sorte faire entrer des « alliés » de l'histoire alternative, qui sont des relations spéciales pour le patient, en détaillant la manière dont cette relation a été spéciale pour le patient. Il peut alors éprouver la sensation d'être *le personnage principal d'une histoire alternative à laquelle les liens renoués redonnent une profondeur historique*(85) qui contraste avec des récits de vie saturés par le problème. Epston et White(85) suggèrent que le processus qui vise à faire revivre des connaissances alternatives prend fin lorsque les patients se sentent experts dans la lutte contre leur problème. La proposition est souvent faite à des patients de devenir témoins extérieurs pour d'autres patients, sur un modèle qui pourrait s'apparenter à la pair-aidance. (68)

Exemple de questionnement narratif : Si je voulais en savoir plus sur cette valeur qui est importante pour vous, qui d'autre que vous pourrait m'en parler ? Qu'est-ce que ça a pu signifier pour cette personne de partager cette relation basée sur [...] avec vous ? Qu'est-ce que cette personne a pu remarquer chez vous que d'autres n'auraient pas remarqué ? Qu'est-ce que ça a changé pour elle de vous voir agir dans le sens de vos valeurs ? Je me demande ce qui, chez ce personnage, vous a permis de réaliser que [...] était important pour vous ?

IV.4.3 **Autres outils : témoins extérieurs et autres supports.**

Témoins extérieurs : ayant remarqué l'impact pour le patient d'avoir des témoins aux récits alternatifs qu'il construit, White, s'inspirant des travaux de l'anthropologue Barbara Myerhoff sur le fonctionnement des rituels au sein des communautés aux États-Unis (121) a également mis en place avec

l'accord des patients, un protocole de séances dans lesquelles il réunissait d'autres personnes, inconnus ou non du patient, pour être témoin, commenter et enrichir une histoire alternative. (122) Plusieurs auteurs et Freedman notamment(123) ont insisté sur le soutien aux histoires alternatives que les témoins extérieurs pouvaient apporter, sur l'importance que revêt souvent leur présence pour le patient.

Enfin, pour conclure cette partie théorique sur l'approche narrative (81,83,85) on peut ajouter que d'autres supports peuvent être utilisés pour étoffer les histoires alternatives qui se construisent avec le patient. Pour détecter le changement, et pour *se percevoir en train de changer sa propre vie*, White avance qu'il faut une cohérence des séquences temporelles, et des repères dans le temps. L'écriture semble adaptée pour *enregistrer des séquences temporelles*, et donc pour contribuer à stabiliser l'histoire qui convient mieux au patient et qui a été développée en entretien.

Aussi un psychiatre utilisant avec un patient des outils de l'approche narrative peut-il écrire à un patient un résumé de l'entretien précédent, préciser ou rajouter des questions auxquelles il n'a pas pensé pendant l'entretien, ce que nous avons illustré en annexe 1.

IV.5 Approche narrative et évaluation : (124)

Une évaluation par les preuves (statistiques) d'une méthode pour laquelle le problème réside dans le rapport qu'on entretient avec le problème, pose des difficultés. L'approche narrative n'est pas l'approche de psychothérapie s'y prêtant le mieux, en ce qu'elle n'allègue pas qu'une condition spécifique (maladie ou trouble) nécessite une approche (ou un traitement) spécifique.(125) Par ailleurs, il s'agit d'une approche relativement récente : peu d'études ont donc été réalisées. La question de l'efficacité de l'approche narrative a été légitimement posée à cet égard. (126,127)

Dans un article sur l'approche narrative et la recherche, Wheatherhead & Jones remarquent que le défi pour l'évaluation des thérapies narratives est de produire des preuves respectueuses et adaptées à la philosophie sur laquelle elles sont construites. Ils avancent que ces pratiques ainsi que d'autres courants de psychothérapie également constructionnistes, risqueraient de ce fait une marginalisation. Le manque d'outil d'évaluation standardisé est également pointé dans cet article. (48). Certains auteurs ont indiqué qu'un format de recherche compatible à la thérapie narrative serait une recherche où le patient expert est également un co-chercheur, dans une nouvelle forme « d'ethnométhodologie »(75).

Précisons cependant que les méta-analyses et études réalisées sur les psychothérapies avec des larges échantillons de population, (130) montrent que l'efficacité d'une psychothérapie ne dépend pas de l'âge ou du sexe du thérapeute, de l'orientation théorique ou de la formation effectuée, mais plutôt des facteurs non spécifiques suivant : L'encouragement des patients à utiliser leurs ressources ; Le bon développement de la relation de soin ; un travail visant un changement à court terme ; Une réflexion constante ; et Le développement d'une technique appuyée sur la pratique.

Ces facteurs non spécifiques apparaissent donc les plus prédictifs d'efficacité, ce qui éclaire sur les évaluations spécifiques des psychothérapies.

Si l'approche narrative n'a pas produit d'études statistiques robustes, quelques études, principalement qualitatives ont été mises en place, dans des problématiques variées notamment La dépression majeure(131), chez des enfants adressés en pédopsychiatrie (132), ou présentant des troubles du comportement (133) ou des phobies sociales. (134) Notons également qu'une étude pilote détaillée a montré des résultats intéressants dans les pathologies neurodéveloppementales comme l'autisme (135). L'approche narrative a également été étudiée dans le champ de l'addictologie (136), ou pour les états de stress post-traumatiques(137)

Dans une étude comparative, les thérapies narratives n'ont pas montré une efficacité inférieure aux TCC dans la dépression modérée (138) Elles ont également commencé à être évaluée dans des pathologies psychiatriques plus lourdes, notons notamment un essai randomisé récent chez des patients souffrant de schizophrénie (139) Ces différentes études ont régulièrement montré des résultats encourageants. Ces quelques exemples que nous avons pris indiquent que l'approche narrative semble présenter un intérêt en parallèle des traitements usuels, dans des contextes divers de santé mentale. Les pathologies chroniques somatiques depuis récemment font l'objet de travaux, ainsi que les maladies douloureuses chroniques et la fibromyalgie. La partie suivante traite des spécificités de l'approche narrative dans ces contextes.

V. APPROCHE NARRATIVE, MALADIE SOMATIQUE ET DOULEUR CHRONIQUE :

L'approche narrative concerne en premier lieu le champ de la santé mentale, mais la question de ce qu'elle pouvait apporter à la médecine somatique a été rapidement posée. Des études ont évalué l'intérêt des thérapies narratives dans certains contextes pathologiques et en particulier dans le champ de la chronicité. Les études disponibles montrent des résultats positifs sur des patients avec des handicaps séquellaires d'AVC (140,141) des handicaps lourds, ou des pathologies liées à la vieillesse. (142) L'approche narrative semble aider certains patients à mettre du sens sur l'expérience de la vie avec la maladie, à partir de leurs compétences et connaissances. (143) En effet, dans leur ouvrage (2018) sur l'approche narrative dans les problèmes physiques de santé, Simmonds et Mozo-Dutton (66) indiquent que *le récit d'une maladie peut être multiple, avec une infinité d'histoires possibles à propos de la relation qu'entretient un patient avec un trouble aigu ou persistant*. Explorer les répercussions identitaires de sa maladie chronique peut aider un patient à remettre des mots sur ce qui a de l'importance à ses yeux. La plupart des outils des thérapies narratives peuvent être utilisés tel quel, mais certains aspects sont spécifiques du travail dans les milieux de soin somatique et en particulier pour la douleur chronique, ce que nous verrons plus loin.

V.1 Approche narrative et maladies chroniques non psychiatriques

Dans l'application de l'approche narrative dans le domaine des maladies somatiques, l'expertise du patient reste privilégiée sur celle du thérapeute (psychologue, psychiatre, médecin). Celui peut partager des connaissances et des expériences, mais celles-ci sont toujours soumises à l'évaluation du patient. Le risque que sa façon de voir le monde soit privilégiée sur celle du patient reste présent, y compris pour ce qui a trait aux maladies. Les auteurs(144) ont posé la question de la manière de répondre si un patient demande son avis, son opinion au thérapeute ? Ne pas répondre peut être vu comme du retrait, une autre forme d'utilisation de pouvoir. Donc certains proposent de répondre et de donner leur avis, mais avec de multiples informations possibles, sans qu'aucune soit considérée comme la vérité. L'observation médicale rendant compte d'un entretien narratif peut, dans cette idée d'expertise du patient être négociée et co-écrite avec le patient. (145)

Les questionnements restent externalisant, c'est à dire portant sur la relation du patient avec le problème /la maladie. Les exemples de questionnement suivant sont tirés de cas rapportés de douloureux chroniques ou de malades atteints de maladies chroniques :

Exemples de questionnement narratif : Qu'est-ce que les Douleurs vous font ? De quelle manière le Cancer s'y prend-il pour altérer la relation avec vos enfants ? Est-ce qu'il y a des moments où vous en avez juste assez de vos Douleurs, et vous ne voulez plus rien avoir à faire avec ? Votre Insuffisance Rénale ne se laisse pas oublier si je comprends bien ? J'ai vu beaucoup de gens avec un Cancer, et qui m'ont dit beaucoup de choses, j'ai appris qu'on pouvait réagir au diagnostic de plein de manières différentes, et qu'il y a beaucoup d'idées à propos de la manière dont les gens répondent au diagnostic. Je me demande comment le Diagnostic vous affecte, vous ?

V.1.1 Externalisation :(118)

L'exploration des histoires dominantes du patient l'aide à décrire de quelle manière sa maladie influence ses relations avec ses proches, voire ses relations avec les soignants. Les maladies sont entourés de nombreux discours sociaux, ce que nous verrons plus loin. L'externalisation peut aider à rendre le contexte social, historique, relationnel, culturel, perceptible pour le patient. Les remaniements identitaires étant complexes dans les maladies chroniques, il est nécessaire de passer du temps à évaluer la relation du patient à son problème. Il est important que cette définition soit proche de l'expérience du patient : ceci conditionne l'alliance thérapeutique, en particulier s'il y a un enjeu important de reconnaissance de la maladie. (146)

V.1.2 Exceptions et histoires alternatives (144) :

L'accent est mis sur ce qui permet de lutter contre les effets de la maladie (pour la douleur chronique, voir les stratégies dans l'étude n°3), et qui peuvent se situer dans des relations, le travail, des passions,.. Par l'exploration de ces stratégies personnelles de lutte, on dévoile (unshield, uncover) des choix cachés, des actions prises, moments d'exception à mettre en relation avec des intentions et des valeurs. Parfois on explore les compétences et les connaissances du patient avant même d'explorer le problème. (83) Travailler avec des maladies chroniques en approche narrative, c'est être souvent confronté à des patients qui valorisent des histoires d'indépendance sur eux-mêmes, en termes d'aptitude physique par exemple, et qui peuvent vivre difficilement la dépendance aux autres pour les soins.

V.2. Approche narrative et récits dans les milieux soignants :

Les discours des proches ou des équipes médicales, reflets d'histoires culturellement en vigueur à propos de la manière dont il faudrait vivre avec une maladie peuvent ne pas être utiles pour le patient. Elles pourraient ne servir qu'à renforcer la croyance de ce qui est la norme dans cette situation. (147) Il est pointé la quantité importante d'histoires dominantes, de discours disponibles dans notre culture à propos du corps, et en particulier des corps non fonctionnels comme dans la maladie. (148) (149)

Weingarten (148) avance que le patient pour partager un récit de son expérience doit le transformer en fonction de l'accueil qui peut lui être fait. Cet accueil dépend de trois facteurs :

- La familiarité de la société envers sa maladie : à quel point les gens en ont connaissance, à quel point elle résonne dans la société
- L'opinion collective sur sa maladie et sa responsabilité supposée dans sa maladie. L'auteur oppose par exemple le cancer et la cirrhose.
- Le fait que l'évolution de sa maladie corresponde ou non à ce qui est attendu dans cette maladie : la stabilité, l'aggravation, ou l'amélioration. Plus ce que le patient vit correspond à ce qu'attendent les médecins et ses proches, plus le récit qu'il peut en faire est favorisé.

Elle relève après Arthur Frank (150) dans « the Wounded Storyteller », que les histoires du patient entourant sa maladie présentent trois grands types de thèmes :

- Récit d'une maladie n'ayant pas de sens particulier : *si je prends mon traitement et que je fais ce qu'on me dit, j'irai mieux ou alors tout ce qui pouvait être fait aura été fait, il n'y a pas à réfléchir plus loin.*
- Récit d'une maladie ayant le sens d'une catastrophe (récit de chaos).
- Récit d'une maladie ayant le sens d'une épreuve qui permet d'accéder à une meilleure connaissance de soi (récit de quête).

Ces histoires coexistent souvent chez les patients, mais l'un peut être prédominant sur les autres. Il s'agit donc pour un travail en approche narrative, de déconstruire lors de la phase d'externalisation, les composantes des histoires dominantes du patient, et parfois des soignants, afin de voir si cela convient au patient. Les discours spécifiques concernant la fibromyalgie seront abordés en conclusion de ce travail.

V.3 Rôle de l'approche narrative en milieux de soin ?

Ces notions sont issues du chapitre « Chapter five : Facilitating preferred change within in-patient settings ». Pour les auteurs(104), un des rôles que peut prendre le thérapeute narratif travaillant à l'hôpital, c'est de partager les histoires alternatives co-construites avec le patient au sein des équipes soignantes également, ce qu'ils légitiment comme suit : Ils rapportent qu'inévitablement, des histoires se construisent à propos des patients, souvent partagées par la plupart des membres de l'équipe médicale et paramédicale. Ces histoires peuvent ou non servir l'intérêt du patient. Il s'agit pour le thérapeute de repérer des histoires circulant au sein des équipes de soin et saturées par le problème, ce qui arrive souvent en cas d'échec ou de prolongation des soins (Ceci peut être fait simplement en demandant ce que l'équipe pense du patient). Louise Mozo Dutton précise qu'à l'hôpital, du fait de l'organisation du pouvoir, ce sont les histoires des professionnels qui sont prédominantes. Les équipes médicales valident certaines façons de penser au détriment d'autres. Ceci implique qu'une parole prononcée à l'hôpital par un professionnel à un patient a un impact potentiel important. La manière dont circulent les récits dans les équipes influencent les récits que le patient fait sur lui. Les discours circulant dans les équipes de soin à propos des patients douloureux chroniques peuvent être : (151) que « la douleur sert des intérêts intentionnels de ce patient, ou lui permet de ne pas avoir à traverser d'autres choses plus difficiles dans sa vie » ou bien que ce patient est structurellement un patient « difficile, désagréable et demandeur », ou bien un patient « dans la plainte, incapable et démotivé, non observant à ce qu'on lui prescrit ».

Les histoires de « patients difficiles » sont chose courante dans le domaine de la douleur chronique et sont souvent à l'origine de la demande de l'équipe que le patient rencontre un psychiatre. Ces discours sont appelés en approche narrative des « histoires pauvres », ou « histoires minces » (cf partie 5.4). Elles sont partagées par le patient, qui peut même les avoir amenées lui-même à l'hôpital depuis l'extérieur, où d'autres contextes sociaux ont pu servir à leur développement et à leur « intériorisation ». Pour White, ce type de descriptions pauvres des problèmes ou des gens est prédominant dans la société. (72)

Ces histoires qui circulent à propos des patients non seulement conditionnent l'identité du patient, mais conditionnent aussi sa prise en charge générale, en termes des soins qui sont apportés à sa maladie : moins de fréquence des soins, changement de posture des soignants à son égard lui expliquant ce qu'il doit faire.(104) Dans cette idée, apporter un éclairage différent à l'équipe par rapport à un patient revient donc à favoriser un contexte où l'histoire alternative a plus de chance d'être soutenue : *Il est important de*

prendre en compte le contexte dans lequel on construit la nouvelle histoire alternative, et développer des contextes qui la soutiennent. Certains contextes sont propices, d'autres demandent d'être changés, pour que les histoires alternatives soient entendues. Il appartient donc au thérapeute suivant des patient.e.s fibromyalgiques qui peuvent se retrouver prises dans ce genre de problématique de partager avec les équipes de soin les histoires alternatives qui se construisent lors des séances.

À plus grande échelle et en dehors du contexte restreint des relations entre un patient fibromyalgique et ses soignants, il est possible que les comportements de soin du patient changent en fonction de ces récits. L'observance, la surconsommation médicamenteuse et le placebo, dont les études montrent l'importance qu'ils ont chacun pour la fibromyalgie, (152) pourraient être conditionnés par le ou les récits du patient concernant la maladie.

V.4 Travaux en thérapie narrative avec des patients douloureux chroniques :

V.4.1. Études en prise en charge collective.

Étude 1 : Approche narrative au Canada chez des patients fibromyalgiques :

Si plusieurs travaux et articles ont été produits qui tentaient d'approcher l'expérience de la fibromyalgie en évaluant les récits faits par les patient.es (153–156), ceux étudiant spécifiquement l'approche narrative sont peu nombreux. L'un de ces rares articles (157) est une étude portant sur un groupe de patient.es fibromyalgiques, aux États-Unis, étude évaluant une séquence de 8 séances thérapeutiques de groupe. Se référant à des publications antérieures sur le vécu des malades chroniques dans la perspective du constructionnisme social, (158) une méthodologie qualitative était préférée.

Ces discussions étaient pensées selon les concepts d'externalisation, d'histoire saturée par le problème, de questionnement sur l'influence du problème, d'épisode isolé (moment d'exception) et de reconstruction d'histoire alternative. Ces concepts avaient paru aux auteurs intéressants à évaluer dans la fibromyalgie, une pathologie *dont les répercussions se situent à tous les niveaux de l'existence des patients*, devant au moins en partie se redéfinir à eux-mêmes et aux autres comme « individu malade », Ces transformations identitaires sont complexes dans la fibromyalgie, à la hauteur de la complexité de cette maladie chronique très invalidante et pourtant invisible, sans anomalie biologique, et variable. Pour les auteurs, les symptômes se sont très souvent « emparés » de l'identité du patient, avec une histoire dominante saturée par le problème où les autres éléments de l'existence sont ignorés.

Les auteurs adoptent donc, pour l'étude, les présupposés de l'approche narrative, les patient.e.s sont considéré.e.s comme des agents actifs qui, en interactions les uns avec les autres, co-crésent la signification de leur réalité, dont ils tirent leurs conclusions identitaires(159).

Ils incluent dans l'étude la présence d'un observateur (un des chercheurs) qui n'intervenait pas, sauf pour refléter les idées du groupe, ce qui est une des améliorations apportées à l'approche narrative, proposée par Andersen. Il a nommé ce procédé les « équipes réfléchissantes » (160). Le groupe étudié comptait 11 patient.es avec un groupe contrôle de 10 patient.es fibromyalgiques, recruté.e.s parmi la même population. Le groupe témoin incluait un homme, le groupe traité zéro, nous emploierons donc souvent le féminin plus loin, et dans nos propres cas cliniques également. Une évaluation qualitative sur support écrit était faite : avant, après et à distance des séances de thérapie. Les auteurs ont également évalué quantitative, même si ce n'était pas le but principal de l'étude, des données issues de questionnaires portant principalement sur les stratégies d'adaptation à la douleur « coping » et l'estime de soi.

À chaque séance correspondait une question, à laquelle les personnes répondaient par écrit avant la séance, suivie d'une discussion de groupe utilisant les principes de l'approche narrative. Les questions sont les suivantes : Comment la FM (fibromyalgie) a impacté ma vie ? À part une personne fibromyalgique, je suis quelqu'un qui... ? Les principales forces sur lesquelles je peux compter chez moi et chez les autres sont ... ? Quand je lutte au mieux contre la FM, et que je résiste au mieux à ses effets, c'est quand... ? Sur quelles expériences et quelles personnes puis-je compter pour m'aider à m'adapter à la FM ? Quels autres chemin peut-il y avoir pour relever ce défi et réécrire ma vie ? Ce que je veux faire dans le futur c'est... ? Où suis-je rendu après les 7 dernières sessions ?

Il s'agissait donc autant d'évaluer l'efficacité de ces discussions que de comprendre l'expérience de la fibromyalgie du point de vue du patient. Durant l'étude, les points les plus importants de l'expérience de la fibromyalgie étaient abordés par les patient.es, puis analysés et rapportés par les auteurs. Ils doivent être vus, dans une perspective narrative, comme autant de sous-thèmes à des histoires dominantes souvent saturées par le problème. Nous détaillons ces éléments qui nous renseignent sur le sens de la fibromyalgie.

La perte, ou ne plus être indépendant : Le thème le plus abordé par les patient.es fibromyalgiques au début des entretiens est celui de la perte. C'est à dire la conscience de ce dont la fibromyalgie les prive. La dépendance, le fait de ne plus pouvoir faire les choses **par soi-même** et d'avoir à demander de l'aide pour faire ce qu'avant elles pouvaient faire seules, c'est ce que ces patientes décrivent comme le plus difficile.

La solitude, ou le sentiment d'être incompris : Le manque d'attention et de validation par la famille ou par de nombreux médecins, est décrit également un thème d'importance dans le récit de la maladie des patientes fibromyalgiques. La plupart des patientes de l'étude ont la sensation d'être reconnue pour la première fois en rencontrant des médecins de la douleur, et se plaignent d'être mieux compris par ces soignants ou d'autres patients que par leur propre famille et amis.

Changements de récit et changements identitaires progressifs : Au fur et à mesure des entretiens et du

processus d'externalisation, de nouveaux thèmes émergent. Les questions destinées à faire apparaître des moments d'exception, marquent un tournant dans ce sens. La session progressant, les auteurs décrivent la réalisation par le groupe de moments d'exception de plus en plus nombreux, ce qui a permis l'apparition dans le discours de ces patient.e.s d'une nouvelle thématique, autour du fait que **les symptômes de la fibromyalgie ne sont pas toujours aussi intenses**. Les auteurs notent qu'au début de l'étude, les patientes ont tendance à présenter leurs symptômes comme continus, focalisant leur attention sur les difficultés, et présentant toutes leurs journées identiques entre elles. Ces modifications au cours des conversations narratives amènent des conclusions identitaires différentes.

Puis les auteurs ont vu apparaître des récits de maladie, pouvant s'apparenter aux récits de quête de Weingarten(148) : **La fibromyalgie prend beaucoup , mais peut aussi apporter**. Les patient.es peuvent dire se sentir fière de résister à la fibromyalgie, de ne pas la laisser tout prendre. Elles remarquent ce que la fibromyalgie a amené de positif dans leur vie, ce qu'elle leur a permis de devenir de différents en tant que personnes.

Les patientes de l'étude ont insisté sur un aspect important de l'expérience de la fibromyalgie qui est le fait que **chacun a ses stratégies propres** pour y résister. Au fur et à mesure, tous ont dit leurs propres façons de s'adapter. Pour certains la routine était importante, pour d'autres il s'agissait de se laisser porter. Encore que souvent ces stratégies soient très ressemblantes d'une patiente à l'autre, il semblait important pour les patientes que ces stratégies semblent originales et personnalisés.

En parallèle des modifications des récits de la maladie, ceux concernant les proches ont également changé au cours du programme. De positions très catégoriques sur l'isolement et la manière dont ces patientes se sentaient incomprises, ces discours sont devenus plus nuancés, les patientes pouvant reconnaître que leurs proches les soutenaient. Les patient.es sont devenues plus capables de remarquer dans quelle mesure elles sont reconnues par leurs proches, et plus tolérantes à une compréhension partielle, imparfaite. Ceci a permis à ces patientes de faire l'expérience de se sentir reconnaissantes.

Évolution, évaluation qualitative :

Les patientes ont toutes évalué que le programme était utile et adapté. Plus spécifiquement, confirmant les observations des auteurs de l'étude, les patientes ont rapporté avoir eu des difficultés au début à déplacer leur attention vers autre chose que la maladie et les symptômes, mais que le changement de point de vue (« refocus ») était au final jugé très positivement par le groupe. Les évaluations progressives qui étaient faites ont montré que l'acceptation était de plus en plus présente dans les discussions. À la fin de l'étude, les patientes avaient le sentiment d'avoir développé une meilleure connaissance de soi, qui donnait le sentiment d'être plus en capacité de prendre des décisions pour leur vie. Les patientes avaient également peur en quittant l'étude de revenir en arrière sans groupe de ce type.

Sans changement particulier de leur quotidien, les patientes ont donc montré (provisoirement) des

modifications dans leur point de vue global sur la maladie et sur le rapport qu'elles entretiennent avec cette maladie. Ce changement nous l'avons dit, est l'objectif d'une psychothérapie réussie avec les douloureux chroniques, toute approche confondue(62).

Les évaluations quantitatives, en cohérence avec l'évaluation qualitative faite par les patients, montrent des scores meilleurs sur le *coping*, l'estime de soi, et des sous-catégories qui évaluent le soucis (*worry*) et la fragilité émotionnelle (*emotionality*). Les douleurs en revanche n'ont pas été impactées : au contraire les questionnaires ont montré dans le groupe traité une majoration de leurs problèmes de santé, de leurs difficultés au quotidien, alors que le groupe contrôle a montré une tendance inverse à baisser ses scores de douleurs, mais à augmenter les scores de fragilité émotionnelle.

Cette étude va également dans le sens d'autres études montrant que la simple restitution de récit avec une forme de soutien par d'autres patients de type « pair-aidance » peut se montrer d'une grande aide pour les patient.es fibromyalgiques. (153) Une étude a par ailleurs trouvé des résultats similaires sur les récits d'un groupe de douloureux chroniques (non nécessairement fibromyalgiques), et va dans le sens de l'intérêt de la thérapie narrative pour ces patients(161).

Etude 2 : Approche narrative collective chez des patients de plus de soixante ans, douloureux chroniques, à Hong Kong : (162)

Une deuxième étude strictement qualitative cette fois, et portant sur 30 personnes âgées souffrant de douleurs chroniques, trouve également des résultats positifs. Les auteurs concluent que cette étude apporte des arguments à la nécessité de replacer les expériences dans des contextes de vie plus large, dans les douleurs chroniques ou les maladies chroniques en général, pour avoir un effet bénéfique en approche narrative. Ils estiment eux aussi que cet effet bénéfique, pour le patient qui entretient une relation délétère avec sa maladie, correspond à un changement de point de vue sur sa maladie.

V.4.2 Étude en prise en charge individuelle

Étude 3 : étude qualitative individuelle en thérapie narrative chez 13 patients douloureux chroniques

Si l'on excepte des cas décrits dans des livres d'approche narrative, la seule **étude avec prise en charge individuelle**, est une étude (163) qualitative là encore, qui a été menée pendant un an avec 13 personnes souffrant de douleurs chroniques, au Canada. Dans cette étude plus proche encore des concepts dont nous avons parlé en approche narrative, l'auteur attire l'attention sur deux facteurs principaux qui paraissent spécifiques au travail avec des douloureux chronique :

- L'importance des **stratégies** pour lutter contre la douleur, qui sont personnelles au patient (les patients de cette étude ont refusé de les appeler des « actes de résistance ») et peuvent être de

différents types que nous allons voir. Ces stratégies doivent être vues comme des exceptions, et traitées comme tel en approche narrative. Elles sont des manifestations de ce qui a continué à vivre hors de l'histoire dominante de la douleur chronique, des *fenêtres vers un monde préservé*. Les stratégies qui fonctionnent le mieux sont celles auxquelles le patient rattache des valeurs, des objectifs de vie, des relations spéciales, et non pas celles qui résultent simplement de conseils, souvent normatifs, qu'on lui a donné.

- Et d'autre part l'importance de la **priorité des problèmes** : il semble important de vérifier auprès des patients douloureux chroniques qu'ils ne souhaitent pas évoquer d'autres problèmes plus impérieux que les douleurs ou leur maladie.

Cette étude donne des exemples de conversations narratives avec pour point de départ l'exploration de ces **stratégies** que le patient adopte de lui-même contre la douleur, et qui peuvent être de trois types :

1. Distractions
2. Investigations
3. Renégociations relationnelles

Certains patients adoptent une stratégie de **distraction** ou de déplacement de l'attention sur autre chose que la douleur. Deux exemples sont significatifs :

Un premier patient de cet étude met en place des stratégies de distractions multiples contre une douleur chronique diffuse gênante. L'auteur évoque le processus conversationnel progressif qui nécessite de commencer avec ce que le patient sait déjà : ses stratégies de distraction de sa douleur (promener son chien, tenir ses enfants sur ses genoux, conduire...) qui soulagent une partie des souffrances. L'importance de chacune de ces stratégies est explorée et remise en perspective par rapport à ce qui est important pour ce patient dans la vie. Cette obstination a permis de dégager petit à petit un thème d'une histoire préférée où ces stratégies s'inscrivent dans une volonté de maintenir des dimensions aventureuses dans son existence, non pas sans la douleur mais où la douleur a moins de pouvoir de nuire au patient.

Pour une autre patiente de cette étude, l'externalisation montre une douleur chronique (non spécifiée) très invalidante, ayant des répercussions majeures sur ses activités et son humeur qu'elle décrit comme des préoccupations (worry) permanentes. Une douleur dont l'action est perçue comme *rétrécissant son existence*. Cette patiente sait que la lecture est une des stratégies qui parvient à décaler son attention de la douleur. Au titre d'une exception, la lecture est l'objet dans l'étude d'une exploration extensive de tous ses effets (des relations qu'elle

implique, des valeurs qui sont mobilisées) mais également pour « épaissir », d'une *investigation historique* sur la manière dont la lecture est devenue importante dans la vie de cette patiente. Puis le rapport que la lecture entretient avec le souci, etc.. Cette exploration narrative détaillée de ce qui était déjà connu de la patiente (le soutien de la lecture face à la douleur) a permis à la patiente de réaliser l'importance de cette pratique dans sa vie et s'autoriser à la faire exister plus, diminuant d'autant le rétrécissement de sa vie par les douleurs chroniques. *Les histoires alternatives sont renforcées en dévoilant comment elles ont été historiquement construites.*

Un autre type de stratégies sont les **investigations**, nom donné aux démarches que les patients entreprennent pour comprendre et traiter eux-mêmes la douleur (assister à un congrès, lire un livre à ce propos, demander à son médecin un nouveau traitement, entreprendre un régime, etc). De la même manière, ces stratégies font, en approche narrative, l'objet d'une enquête avec l'exploration des valeurs et des espoirs des patients que ces actes révèlent, et les manières dont ceux-ci peuvent leur être utiles dans la lutte contre la douleur.

Le dernier type de stratégies contre la douleur chronique que l'auteur relève est la **renégociation relationnelle**, c'est à dire la modification volontaire de relations que le patient veut poursuivre (le couple par exemple) mais qui sont troublées par la douleur chronique. Nous l'avons vu, les répercussions dans les relations familiales et de couples en particulier, sont importantes. Il est nécessaire lors de l'externalisation pour un problème de douleur chronique, de cartographier l'influence de la douleur sur les relations. C'est à cette occasion que les stratégies de renégociation relationnelles sont mises en évidence. Il s'agit d'actes d'adaptation, au sein d'une relation de couple par exemple, à la situation nouvelle comprenant les douleurs chroniques : changement d'habitudes de couple, etc.

Souvent les dimensions positives dans ces actes ne sont pas perçues : elles peuvent n'être qu'à moitié, ou pas du tout, reconnues par le patient comme des stratégies positives. Elle sont souvent envisagées dans des récits de perte liée à la maladie, plutôt que considérées comme des stratégies positives pour le patient ou ses proches. L'étude indique qu'en approche narrative, ces patients peuvent être soutenus :

- En externalisant leur relation de couple, c'est à dire en en faisant dans le langage une entité séparée, en lutte contre le problème de la douleur, de manière à ce que le patient douloureux ne soit pas désigné.
- En questionnant et explorant les intentions en rapport avec des actes de réajustement que les patients rapportent et qui ont déjà eu lieu (engager quelqu'un pour le ménage, arrêter de faire certaines choses...). Ces actes peuvent prendre un sens nouveau dans la thématique de la « renégociation relationnelle », comme des actes destinés à préserver malgré la douleur une relation importante, et non plus comme des pertes.
- En ayant des conversations qui explorent et déconstruisent des messages culturels avec des

définitions de rôles rigides et normatifs, des dilemmes et des tensions sur des attentes non remplies (cf plus haut) qu'on rend visible et pour lesquels on encourage les patients à se positionner. Ces attendus culturels peuvent ne plus convenir réellement au couple, ou ne plus être possibles dans la situation de la douleur chronique.

Exemples de questionnement narratif :

- Est-ce que vous voulez bien m'expliquer ce que vous aviez comme intention quand vous avez fait [...] ? Qu'est-ce que ça pourrait nous apprendre sur ce que vous considérez important en tant que couple ? Doit-on comprendre que d'une certaine manière la relation entre vous a déjà changé ? À votre avis, qu'est-ce que ça signifie sur ce que vous voudriez garder malgré la douleur ?

Aborder un sujet plus important que la douleur :

L'auteur attire également l'attention sur le fait qu'il est important de laisser à quelqu'un le choix d'aborder un sujet plus préoccupant que la douleur s'il le souhaite. Il faut donc poser directement la question à un patient en début de séance. Plusieurs patients douloureux chroniques de cette étude ont préféré aborder les séances sous l'angle de la dépression, ou de l'anxiété liée à un stress post-traumatique, plutôt que de la douleur ou de la fatigue. Ces problèmes étaient explorés de la même manière, par les mêmes procédés narratifs. L'auteur remarque que souvent (comme nous l'avons vu précédemment), l'évolution de ces problématiques influe sur l'expérience de la douleur. Les patients eux-mêmes semblent faire ce lien.

Les résultats de cet article concernant des prises en charge individuelles en approche narrative de patient douloureux chroniques, seul disponible dans nos recherches, nous a donc inspirés dans la manière de procéder avec les cas cliniques suivant.

V.4.3 Cas cliniques : présentation

En annexe de ce travail figurent deux cas cliniques issus d'une série d'entretiens avec six patient.e.s présentant un diagnostic de syndrome fibromyalgique, recrutées au Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes. Il s'agissait exclusivement de femmes, de manière non volontaire de notre part, âgées de 40 à 62 ans. Les patients sont adressés au CETD pour des séjours d'une à deux semaines, au cours desquels leurs douleurs chroniques sont pris en charge de manière pluridisciplinaire. Il avait été décidé de ne consulter aucun dossier préalablement aux entretiens.

Il était proposé aux patientes à leur arrivée à l'hôpital de rencontrer un psychiatre. Je me présentais à elles pour fixer le cadre de ces entretiens. Il leur était donc proposé : des entretiens de deux heures, avec

un psychiatre, enregistrés dans le cadre d'un travail où aucune information concernant leur identité ne serait transmise. Elles devaient simplement, à la fin de l'entretien, évaluer ce qui leur avait été utile. Il leur était également proposé de partager avec l'équipe du CETD l'évaluation faite pendant ces entretiens, ce qu'elles ont toutes souhaité. Elles avaient aussi la possibilité de demander à la fin de l'entretien un retour par mail. La durée des hospitalisations au CETD ont fait préférer pour ce travail des entretiens rapprochés sur des créneaux longs de 2h. Cependant, on peut noter qu'il est tout à fait possible que ce travail s'étende sur plusieurs entretiens plus courts, dans le cadre de suivis dans la durée.

Le dispositif de mail proposé permettait aux patient.e.s de conclure ce qui était développé pendant ces entretiens, et a été pensé à partir de travaux en approche narrative sur des patients emprisonnés, où en raison des incertitude de transfert et de jugement, chaque entretien était considéré unique et sans suite(164).

Pour des raisons de place, il a été décidé de ne faire figurer dans ce travail que deux cas cliniques parmi les six disponibles : une patiente estimant que ses douleurs et sa fatigue étaient sa problématique principale et l'autre non, pour illustrer que la façon de procéder est la même.

Les interprétations faites des histoires de ces patientes ont été autant que possible soumises dans leur subjectivité à l'équipe du CETD, en particulier les médecins responsables du suivi de ces patientes, mais aussi le psychologue de l'unité. Les principes de base de l'approche narrative leur avaient été expliquées et ils ont pu parfois apporter des corrections et des suggestions quant à la façon de comprendre les histoires de ces patientes. Par ailleurs, le dispositif d'enregistrement a permis de faire confortablement les entretiens sans avoir à se préoccuper de la perte d'informations importantes. Ceci a permis également d'en apprendre beaucoup sur les types de questionnements plus efficaces que d'autres. Ces comptes rendus de cas cliniques ne prétendent, dans leur interprétation, à aucune "vérité objective". L'accent était mis au cours de l'entretien sur la co-production d'un récit qui paraisse vraisemblable au patient, au plus proche de son expérience, et qui lui permette d'adopter une posture réflexive par rapport à ses problèmes.

Cette méthodologie qualitative par cas cliniques a été préférée pour des raisons de temps disponible pour ce travail. Nous avons conscience des limites concernant les conclusions qu'on peut tirer de ce genre de travail. La question de l'application d'une méthodologie basée sur les preuves en approche narrative a déjà été questionnée ailleurs dans ce travail. L'accent a été mis dans les remarques et l'analyse finale de ces cas cliniques, sur les apports possibles de l'approche narrative dans la fibromyalgie , en accord avec les études disponibles mentionnées.

V.5 Discours sociétaux, analyse conclusive des études et des cas cliniques.

Ces études et cas cliniques sont encourageants pour l'application des principes des thérapies narratives à des patient.es fibromyalgiques, et nous paraissent correspondre à un des rôles attendus du psychiatre dans la prise en charge de ces patient.es : aider à la reconstruction identitaire.

Nous l'avons vu, les statistiques comme les sciences fondamentales pointent que le sens général de l'expérience de la vie avec une fibromyalgie n'est pas une question subsidiaire. Elle conditionne l'évolution générale de la maladie et ses répercussions psychosociales. Elle conditionne également l'observance médicamenteuse, ainsi que par effet placebo (cf douleur et anticipation), l'efficacité des traitements eux mêmes.(36) Pour l'anthropologue de la douleur Le Breton, rejoignant alors l'approche narrative (165), *toute l'expérience de la douleur, de la façon de la ressentir à la façon de l'exprimer, est conditionnée par les discours culturellement disponibles.*

V.5.1 Fibromyalgie et identité :

Ces études montrent que l'expérience de la fibromyalgie comme maladie douloureuse chronique est à l'origine de changements identitaires importants. En plus des douleurs, les patient.es doivent changer leurs habitudes et passent souvent de très actives et indépendantes à une grande dépendance. Des difficultés identitaires en conséquence sont fréquemment décrites : *c'est comme vivre avec un autre moi.* (155) *Mme M. (cf cas clinique n°2) revenant sur l'histoire de sa maladie, décrivait des phases de grande incertitude identitaire, avant de construire un sens différent à sa vie avec la fibromyalgie, puis de nouveau un bouleversement identitaire à l'occasion d'un événement.* Comme nous l'avons vu, l'identité est le produit des histoires dominantes dans lesquelles la personne intègre ses expériences de vie. Ces histoires dominantes sont elles mêmes dépendantes d'histoires plus larges, partagées dans la société en général.

V.5.2 Un paradoxe avec l'expertise du patient ?

Adopter une posture décentrée où le médecin n'est pas expert du problème, ce n'est pas ne rien savoir à l'avance sur les problèmes et les pathologies que traversent les patients en général. On l'a vu au contraire, lorsqu'un patient à un certain stade de la conversation est bloqué pour passer à une autre étape, pour nommer un problème ou mettre des mots sur quelque chose d'important pour lui, le médecin peut suggérer plusieurs options en fonction d'expériences qu'il a avec d'autres patients, ou de ses connaissances en général en disant par exemple « certains patients peuvent voir les choses de cette manière [...], d'autres de cette autre manière [...] ».

Ainsi, on perçoit bien que les connaissances qu'elles soient de nature médicale ou sociologique sur une maladie ou sur des discours sociaux dominants n'empêche pas pour le médecin d'adopter une position décentrée et non-sachante(85), Cela permet au contraire de poser plus facilement des questions

pertinentes, de gagner du temps en quelque sorte.

Il s'agit de garder à l'esprit que ces connaissances sur des discours sociétaux ne sont que des tendances, ne peuvent pas résumer parfaitement l'expérience du patient. Si la compréhension médicale de sa maladie ne permet pas de résumer son expérience, le risque est grand selon Kleinmann (166) d'enfermer le patient dans une compréhension sociologique de sa maladie qui ne lui correspond pas plus. L'approche narrative permet d'être toujours prêt à se réajuster à ce que dit le patient, qui conserve le choix.

V.5.3 Discours sociétaux dominants

Déconstruire et analyser l'intégralité des discours sociaux autour de la fibromyalgie paraît complexe. Les histoires circulant dans la société, y compris celles encadrant les maladies, peuvent changer parfois progressivement, parfois brusquement à l'occasion d'un événement collectif inhabituel. Il est possible qu'une analyse d'un discours social à un moment donné ne soit plus valable quelques temps plus tard. Ou bien que ce qui est valable dans une classe de la société ne le soit pas dans une autre. Ainsi la liste suivante ne se veut pas exhaustive, il existe pour chaque discours de nombreuses nuances, de nombreuses variations, et ces discours sont en perpétuel mouvement. Au cours des lectures qui ont abouti à ce travail, et dans le cas des patient.es reconstruit.es au CETD, plusieurs de ces discours sociaux ont été suspectés d'avoir un impact important sur les histoires dominantes d'un.e patient.e fibromyalgique, à différents moments de son parcours :

- Les discours à thématique d'injustice, de reconnaissance d'un statut de victime, traversent la société dans une mesure importante, et sont acceptés et reconnus (Ehrenberg).
- Les discours concernant les femmes et le travail ont changé et vont dans le sens d'un travail à la hauteur de celui des hommes, alors que les discours concernant les tâches d'intérieur et éducatives changent plus lentement. Celles-ci restent souvent à la charge des femmes. Ce qui conduit à « modifier les termes dans lesquels sont formulés les contraintes spécifiques auxquelles elles sont confrontées ». (7,8)
- Les discours concernant le travail vont dans le sens d'individus productifs, avec un esprit d'initiative, et adaptables. (167)
- Le discours médical consensuel concernant la douleur va dans le sens d'une intolérance complète à la notion de douleur, d'une inutilité de l'expérience de la douleur, que les progrès des sciences médicales parviendront à traiter efficacement dans le futur. (1)
- Un discours historique largement répandu (cf ci-dessous) concernant la fatigue et la douleur, qui pourrait être résumé par « du temps de mon grand-père les gens ne se plaignaient pas pour rien » et qui veut qu'il ne faut pas trop s'écouter.
- Des discours sociétaux sur la manière dont une personne doit prendre place dans la société, avec un modèle social « d'indépendance, de contrôle et d'autonomie ».

- Des discours inverses sur la bonne manière de vivre des expériences, des exhortation à « lâcher prise » ou à « se respecter ».

Précision sur certains discours sociétaux : Historique du sens de la douleur : L'évolution

historique de ces discours encadrant le sens de la douleur nous paraît également éclairante. Pour l'historienne de la douleur Roselyne Rey,(168) dans les périodes précédant la notre, les discours sur la douleur étaient médiés par la religion chrétienne autant voire plus que par la médecine. Pour la religion chrétienne, l'expérience de la douleur était encadrée par des discours positifs de rédemption, d'expiation, voire d'identification aux martyrs. Ce sont des discours qui n'ont plus qu'une faible importance sociologique à l'heure actuelle. Pour P. Ginies, anesthésiste algologue et chef de service du centre douleur du CHU de Montpellier, ces discours ont permis aux gens, et aux femmes notamment, de donner un sens, et donc de supporter des épreuves physiques et morales qui nous paraissent aujourd'hui intenses.(169) Cette disparition du discours religieux dans les histoires dominantes laisse la médecine « responsable de la production de sens » autour de cette expérience de la douleur, défi important tant nous avons vu que cet objet était complexe.

Précision sur certains de ces discours : Douleur et fatigue, travail et santé, Dans « la Fatigue d'être Soi »(167), le sociologue Alain Ehrenberg, remarque que la dimension de fatigue dans la dépression était croissante dans les classifications psychiatriques, pendant que la dimension de souffrance morale reculait. Il met cela en lien avec des modifications du cadre social d'une société de « sujets » vers une société « d'individus autonomes » et du rapport au travail depuis les années 1970. La « panne » dépressive, dont le composant majoritaire est la fatigue, serait une réaction à des attendus sociétaux dans lesquels l'individu ne se retrouve pas (« se construire tout seul, être un individu autonome »). Ceci peut amener un éclairage sur la dimension de fatigue, concernant la totalité des patients souffrant de fibromyalgie et parfois décrite comme dans le cas clinique n°2, comme un problème plus important encore que les douleurs.

Kleinman, psychiatre et anthropologue, avance dans une posture semblable que la douleur chronique est un acte de résistance au flot des expériences de vie, et aux pressions et pratiques de notre société, régies par la « tyrannie de la santé »(166) Il précise, ce qui nous paraît bienvenu, que *le risque encouru par l'anthropologie c'est de fournir un sens fermé et fini à la douleur dans lequel le patient ne se reconnaît plus, et qui serait une nouvelle forme d'imposition, non plus médicale mais sociologique cette fois.*

Conclusion sur les discours sociétaux : En tant que discours circulant largement dans la société, la plupart sont simultanément présents chez tous les patients, comme chez les soignants. Ils influencent par là les discours circulant dans les équipes de soin sur les patients fibromyalgiques que nous avons vu précédemment (cf partie 6.1.6). Ils resurgissent dans les récits des patients atteints de fibromyalgie ou de

douleurs chroniques, dans les études comme les cas cliniques. Contradictoire les uns avec les autres, ils peuvent générer une confusion importante si le patient « ne sait pas dans lequel ranger » l'expérience de la fibromyalgie. (Voir cas clinique n°2 pour la confusion entre deux histoires dominantes contradictoires).

Dans cette liste de discours, ou dans les travaux sur la maladie chronique (cf partie V), il est intéressant de remarquer qu'il semble y avoir peu de discours culturellement disponibles qui permettent aux patient.es fibromyalgiques de donner un sens convenable à leur expérience. Ces patients doivent parfois se placer « à contre-courant » d'histoires fortes dans la société, et doivent donc être *soutenus* dans ce procédé, selon le mot de White.(85)

CONCLUSION :

L'approche narrative pour aider les patients fibromyalgiques dans une reconstruction identitaire complexe :

L'idée de ce travail était donc d'évaluer la pertinence de l'approche narrative dans le travail d'un psychiatre avec des patients fibromyalgiques. Après avoir rappelé le contexte général complexe de cette pathologie, nous avons brièvement évoqué la manière dont certains modèles explicatifs des sciences fondamentales peuvent éclairer le lien statistique et clinique entre fibromyalgie et certaines composantes psychosociales. Tout semble aller dans le sens de la non pertinence d'un cadre explicatif dualiste entre corps et esprit. Les facteurs historiques, de stress ou de douleurs particulièrement aux premiers stades de l'existence sont établis sur le plan fondamental et statistique, même si imparfaitement compris. Ils ne suffisent pas à expliquer ni l'apparition, ni le cours évolutif d'une fibromyalgie, puisque le sens que prend la maladie et la douleur en modifie l'expérience.

En prenant en considération les notions vues en approche narrative, il serait possible de répondre à cette injonction de « Remettre le patient douloureux au cœur de son histoire » qu'il existe plusieurs histoires différentes pour un patient, dont certaines conviennent mieux que d'autres.

Pour résumer, la posture de l'approche narrative semble intéressante pour le psychiatre souhaitant l'adopter comme outil d'entretien avec des patient.e.s fibromyalgiques, dans le sens où elle permet d'aider les patient.e.s à mieux :

- Comprendre la relation qui les lie à leur problème, fibromyalgie ou autre problème,
- Percevoir ce qui ne les aide pas, ce qui entretient le problème avec parfois la nécessité de déconstruire certains discours sociétaux qui ne sont pas favorables,
- Percevoir ou *épaissir* ce qui les aide, augmentant l'efficacité de ses stratégies (« coping ») contre les douleurs et la fatigue, en les reliant à des valeurs importantes pour le patient.
- Se sentir rejoint, de manière empathique, dans l'expérience de sa maladie, ce qui est un enjeu important pour les patients fibromyalgiques,

- Se sentir responsable et engagé, par le biais d'une approche qui privilégie le questionnement et l'expertise du patient.
- Construire au final un récit de sa maladie ou de ses problèmes qui lui convienne mieux.

Elle permet également au psychiatre :

- De favoriser pour le patient des contextes où les histoires alternatives concernant la maladie seront entendues, dans un rôle de transmission au reste des soignants,
- De récupérer dans le même temps des informations cliniquement pertinentes qui peuvent aider à affiner ses démarches cliniques.
- D'être empathique sans pour autant valider les histoires dominantes saturées par le problème, ce qui apporte une dimension de confort, et peut contribuer à diminuer l'impuissance et donc l'agacement ou le rejet des médecins pour ces patients fibromyalgiques.

Les limites de l'approche narrative, c'est qu'elle demande d'adhérer aux thèses anthropologiques qui la sous-tendent, qu'elle peut être chronophage (les processus décrits sont souvent longs ce que nous avons constaté avec les patient.e.s), qu'elle est peu évaluable et dépendante du praticien.

Nous nous permettons tout de même de conclure provisoirement de ce travail que l'approche narrative pourrait être un complément intéressant à une éducation thérapeutique indispensable mais complexe(62), dans un contexte culturel et scientifique favorisant encore les discours dualistes entre corps et esprit. La déconstruction à l'échelle sociétale de ces discours est un travail patient, porté entre autres par les sociétés scientifiques médicales concernées par la douleur. Les principes de l'approche narrative pourraient s'inclure dans ce « système de santé éthique, moderne et citoyen » proposé par la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) (170)

Au cours des recherches sur ce travail il nous a semblé qu'il était difficile aujourd'hui encore de construire un modèle général qui prenne en compte les liens instantanés entre dépression, anxiété, stress, douleurs chroniques, fatigue, catastrophisme, stratégies de coping, observance, surconsommation médicamenteuse.. De plus tout ceci doit être inclus dans le contexte plus vaste de la reconstruction identitaire, sociale, que demande toute maladie chronique, avec ses discours sociétaux spécifiques qui varient souvent (nous avons vu comme les discours concernant la fibromyalgie avaient changé dans les dernières années) et que chaque patient n'a pas intégré de la même manière. Il nous est apparu pertinent d'évaluer une méthode (il y en a d'autres) basée sur l'évaluation du patient par le patient, en partageant son regard, et peut ainsi permettre de rendre compte de cette complexité et de mettre du sens sur les expériences du patient, pour l'accompagner dans cette reconstruction identitaire. Dans ce sens elle est respectueuse du vécu du patient, ce qui est conforme à l'éthique médicale et au serment qui est prêté. Le Dr Ginies exprime d'ailleurs, ce par quoi nous concluons ce travail, que la médecine en douleur chronique s'apparente à une réhabilitation de la médecine hippocratique.(169)

ANNEXES : Cas clinique n°1, Mme B .

Il s'agit d'une patiente de 52 ans, hospitalisée dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique diagnostiqué en Mars 2020, secondaire à des lombalgies et lombosciatiques chroniques récidivantes, opérées par arthrolyse en 2016. A l'admission au CETD Mme B. se plaint de douleurs diffuses, d'arthralgies diffuses également : des doigts en particulier. Elle souffre également de céphalées chroniques, de troubles du sommeil et de fatigue chronique. Elle a un traitement antalgique, anxiolytique, antidépresseur, antiarythmique et anticonvulsivant : Duloxetine, Alprazolam, Tramadol LP, Ixprim, Bisoprolol, Acide Valproïque. (Déjà essayé : Acti-skenan, Skenan, Amitriptyline, Sertraline, Zolpidem, Lamotrigine.)

Entretien narratif :

Mme B. ne peut pas s'asseoir sur une chaise et prend donc un gros ballon pour l'entretien. Elle a auparavant demandé à décaler cet entretien au matin, se sentant trop fatiguée dans l'après-midi.

Elle m'explique que, malgré cette hospitalisation au CETD, le problème le plus important dans sa vie actuellement n'est pas la fibromyalgie. Elle me raconte alors avec beaucoup de détails strictement négatifs, des difficultés survenues à son travail 2 ans auparavant, alors même qu'elle se sentait dans un équilibre par rapport aux douleurs de la fibromyalgie. Enseignante en primaire, directrice d'école passionnée et très impliquée et ayant toujours été heureuse dans son travail malgré les douleurs, elle a mal vécu l'arrivée d'une nouvelle institutrice avec qui elle a eu des relations très complexes (elle parle de « harcèlement »). Elle était alors en récupération d'une opération du dos et elle était fatiguée. Elle raconte qu'elle et sa psychologue ont convenu qu'elle était « trop fragile » à ce moment là. Elle se dit écrasée, détruite par cette relation, et utilise de nombreuses métaphores toutes saturées par le problème. Pendant des mois, ces difficultés relationnelles se sont manifestées de deux manières différentes : elle décrit une dégradation globale de l'ambiance à l'école qui l'a beaucoup affectée. Et elle décrit également ce qu'elle a vécu comme des actes directement dirigés contre elle, des actes de méchanceté de la part de cette personne. Elle tentait de réparer les choses à l'école et voyait la situation se dégrader à son domicile, c'est à dire qu'elle était de plus en plus fatiguée, rentrait de l'école et se couchait directement, pleurait souvent, n'avait plus envie de rien, ne faisait plus ce qu'elle faisait habituellement avec ses enfants. Elle a donc fini par être en arrêt de travail malgré ses diverses prises en charge par psychologue, réflexologie,...

- *Êtes vous d'accord pour essayer de m'expliquer de quelle manière c'est encore un problème pour vous aujourd'hui ?*

Elle m'explique qu'elle est toujours en arrêt de travail, qu'elle ne peut plus s'approcher de l'école, ni même retourner dans le village. Elle a peur de rencontrer cette dame (pense qu'elle pourrait s'évanouir en la

voyant), elle a peur de rencontrer les parents d'élèves qu'elle connaît bien. L'angoisse la saisit, y compris dans l'anticipation. [Poursuite de l'exploration, conduites d'évitements multiples, nombreuses anecdotes. Pleurs].

- *Est-ce que vous êtes ok pour que je vous pose des questions pour essayer de comprendre ce problème ? Je me demande si la peur de M. et la crainte de voir les parents sont le même problème, ou bien est-ce que vous faites une différence ?*

Il s'agit de deux problèmes différents, elle choisit de parler de la peur de voir les parents ou quoi que ce soit en rapport avec l'école, ce qu'elle pense d'ailleurs être « le fond du problème ». Nous explorons : majoration de ses sentiments de culpabilité et d'échec personnel, manque et nostalgie de l'école et d'une période plus satisfaisante, perte de sens à la vie. Nombreuses images : je me mets dans ma bulle de protection, etc...

- *Tentative de donner un nom à ce problème, Mme B. est surprise par ces questions, généralement elle ne sait pas bien. Nous continuons donc la description du problème. Puis nous finissons par lui donner un nom : la Destruction, qui devient au fur et à mesure de la conversation l'Extinction.*

Et nous poursuivons une conversation d'externalisation, avec des changements de discours montrant que Mme B. commence à considérer un problème extérieur à elle : *Il est là dans ma vie, ce problème, il faudrait que je le surmonte* ou bien *quand je la regarde, ça me fait l'impression d'un gros paquet de l'ordure, d'ailleurs ça me dégoûte même physiquement, ça me met des nausées*. Et se montre de plus en plus familière avec le type de questions externalisantes posées. Par ailleurs, pendant les 2h d'entretien, elle ne s'est plaint ni de fatigue ni de douleurs.

Après avoir demandé si elle était intéressée d'avoir un retour de cet entretien, le mail suivant lui a été adressé deux semaines plus tard, sur le modèle des courriers qui supportent les séances narratives et soutiennent les histoires alternatives, décrits par White et Epston (87). Ce mail rendu anonyme a été intégré dans les annexes.

Bonjour Mme B.

Nous avons convenu que je vous ferais un retour de notre entretien au CETD, de ce dont nous avons discuté et qui vous arrive en ce moment.

Vous m'aviez dit avoir rencontré il y a quelques temps un problème relationnel fonctionnant comme un bulldozer ou un harcèlement, qui a profité d'un moment de fatigue pour détruire nombre de choses à l'école en particulier. Vous avez essayé de combattre de toutes vos forces, ce qui vous laissait épuisée et sans énergie à la maison, pour ralentir les effets de cette destruction sur ce qui était précieux pour vous et dont vous vous sentiez responsable : que l'école soit un endroit où les enfants aient un cadre secure et authentique, pour apprendre et vivre des choses intéressantes. Progressivement, voyant que vous

ne parveniez pas à empêcher cette dégradation et contemplant les dégâts, un problème qui vous fait croire que vous êtes incompétente et incapable, s'est installé. Vous m'avez dit que vous appelleriez ce problème Destruction, puis Extinction.

Vous m'avez dit également que ce problème était aussi nourri par ceux qui vous disaient qu'être directrice, c'était être capable de séparer Catherine et Mme B, ce qui ne correspond pas à votre manière de travailler.

Aujourd'hui ce problème est réactivé à chaque fois que quelque chose en rapport avec l'école et votre métier se présente à vous, et il me semble que vous me disiez qu'il a pris une place importante. Dans vos amitiés : vous ne voyez plus du monde avec autant de plaisir par crainte que le problème ne réapparaisse. Dans vos déplacements et habitudes, et vous ne pouvez plus aller ni dans le village, ni même à C. faire vos courses, de peur que le problème de l'Extinction-Destruction n'apparaisse. Le sommeil est un moyen que vous avez trouvé d'échapper à son influence.

Vous sembliez me dire que le problème de l'Extinction-Destruction essayait petit à petit de vous faire croire à vous et à vos proches qu'en plus d'être faible et incompétente, vous étiez sauvage et solitaire, est-ce bien ce qu'il est en train de faire ? Qu'en pensez-vous ?

Vous m'avez également mentionné un harcèlement et un burn out préalable. Je me demande si cela veut dire que le problème de l' Extinction-Destruction avait déjà fait quelque apparition dans votre vie avant les difficultés avec M. ? Dans ce cas comment vous en étiez-vous tirée ? Peut-être était-ce complètement autre chose ? Je regrette de ne pas vous l'avoir demandé.

Il m'aurait intéressé de savoir ce que ce problème de l'Extinction-Destruction souhaite, le projet qu'il a ou ce qu'il souhaite faire de votre vie ? Et si vous vous êtes d'accord avec ce projet ? Et j'aurais aussi aimé vous demander si le fait d'éviter de vous rendre à l'école, au village, à C., ou de vous réfugier dans le sommeil faisait évoluer le problème de l'Extinction-Destruction dans un sens ou dans un autre ? Lorsque vous évitez de faire ce genre de choses, est-ce que ça lui donne de la force, ou est-ce que ça l'affaiblit, ou ni l'un ni l'autre ?

Si j'ai bien compris ce que vous m'avez dit, ce problème de l' Extinction-Destruction vous empêche donc à de nombreux endroits, d'être celle que vous préférez être et que vous êtes encore quand le problème n'est pas là. C'est à dire de pouvoir être, entre autres choses, Solaire et Passionnée :

Vous me disiez qu'être quelqu'un de Solaire, c'est être spontanée et sociable, osant dire les choses : quelqu'un pour qui il est important de parler pour ne pas laisser les choses s'envenimer afin que les relations soient fluides, et que les gens qui vous connaissent bien savent ceci de vous, et depuis très longtemps. Vous m'avez également dit que si ces valeurs étaient plus partagées le monde irait mieux. Être Solaire a pour conséquence, encore aujourd'hui lorsque le problème n'est pas là, que les gens viennent facilement vers vous et en particulier les enfants.

Vous m'avez également parlé d'être Passionnée, d'apprendre des nouvelles connaissances sur les théories de l'éducation, ce qui vous permet d'être en lien avec cette chose importante pour vous de prendre soin des enfants, et que vous cultivez aujourd'hui dans la relation avec votre fille et ses études, si je me souviens bien.

Vous me disiez en quittant l'entretien que vous auriez souhaité continuer cette exploration, peut-être pouvez-vous réfléchir, seule, avec vos proches ou avec un psychologue ou psychiatre à ces quelques questions : est-ce qu'être Passionnée à une influence sur le problème de l'Extinction-destruction ? Comment est-ce que ce problème voit le fait d'être Solaire ?

Vous me disiez qu'en regardant la présence de l'Extinction-Destruction dans votre vie, vous aviez l'impression de voir des ordures et que vous étiez dégoûtée. Pourquoi en êtes vous dégoûtée, et qu'est-ce que ça révèle de ce qui est important pour vous, de ce que vous voulez pour votre vie ?

Il reste sans doute beaucoup à en dire et peut être que ce problème a déjà évolué. Si ces questions n'ont pas de sens pour vous ou qu'elles ne sont plus d'actualité, vous pouvez tout aussi bien n'en faire aucun cas.

Bon courage,

Bien à vous,

Vincent Roux,

Interne en psychiatrie.

Observations sur l'entretien narratif :

Cet entretien montre l'intérêt comme l'étude n°3 le précise de poser aux patient.e.s souffrant de fibromyalgie la question de ce dont il est le plus important de parler en premier. Il est manifestement fréquent qu'un patient venant consulter pour des douleurs reconnaisse dès la première question un problème plus impérieux que les douleurs ou la fatigue. Un entretien narratif traite de ce que les patient.e.s considèrent à l'heure actuelle de plus important, dans ce qu'ils peuvent partager avec le thérapeute.

Intérêt de l'externalisation et dynamique de l'entretien :

Cet entretien montre une patiente prise en grande partie, selon des critères narratifs, dans des histoires dominantes saturées par le problème. Comme pour le cas clinique n°2, une reconstruction identitaire avait déjà eu lieu autour de la fibromyalgie, mais un événement était venu perturber l'équilibre. Les douleurs et la fatigue avaient été majorées à l'occasion de cet événement. Il s'agissait donc d'une

conversation narrative à propos d'une problématique anxieuse majeure réactionnelle. La fibromyalgie n'avait qu'une place annexe dans l'histoire, qui majorait les douleurs et la fatigue en plus des ruminations anxieuses éprouvantes.

L'externalisation de ce problème, le fait de lui trouver un nom, de faire une cartographie de ses influences : sur l'image d'elle-même, sur le travail, sur les relations amicales, sur la famille, a eu des effets immédiats lors de l'entretien. La patiente a initialement verbalisé l'étrangeté qu'elle ressentait par rapport à ces questions et reformulations, répondant *je ne sais pas* à plusieurs reprises. Au bout d'une heure d'entretien environ, et après avoir fait une représentation habituelle des événements selon les histoires dominantes saturées par le problème, la patiente a montré de l'intérêt pour les questions externalisantes.

Cette nouvelle perspective et façon d'envisager un problème déjà beaucoup abordé, par une patiente intelligente, disposée à l'introspection, suivie par psychologue et psychiatre, a été l'occasion de découvertes sur la façon dont fonctionnait ce problème. À ce stade de l'entretien, les locutions suivantes, *je m'aperçois en vous parlant que, je réalise que, s'accompagnaient d'une diminution des sentiments de vulnérabilité et d'inéluctabilité par rapport au problème. C'est également le moment de l'apparition dans le dialogue de possibilités de prise d'initiative, et de moments d'exceptions spontanés en relation avec des histoires alternatives ayant pour thèmes d'être solaire ou passionnée. Elle raconte par exemple une fête le weekend dernier, où elle s'est forcée à aller malgré le problème, et au cours de laquelle une enfant s'est approchée spontanément d'elle. Ceci a été le point de départ d'un enrichissement de l'histoire alternative à propos d'être quelqu'un de solaire. Ceci nous paraît cohérent avec la théorie en approche narrative concernant les dynamiques d'entretien.*

Intérêts sur le cadre explicatif des informations récupérées en entretien narratif :

Pour ce qui concerne le psychiatre plus spécifiquement, il nous a paru dans cet entretien et les autres, que cette posture narrative de non-expertise ayant pour ambition principale de construire un sens partagé avec le patient, avait pour « effet collatéral » la prise d'informations cliniques pertinentes, permettant d'affiner si besoin un diagnostic, ou d'envisager des traitements pharmacologiques spécifiques. En l'occurrence dans le cas de cette patiente présentant des critères d'épisode dépressif caractérisé, de troubles anxieux généralisé, avec des éléments de stress post-traumatiques concernant cette période à l'école. Ceci nous paraît aller dans le sens d'une possible complémentarité entre approche narrative et posture médicale diagnostique et explicative, dans la prise en charge des patient.e.s fibromyalgiques, dans deux temporalités différentes.

ANNEXES : Cas clinique n°2, Mme M .

Il s'agit d'une patiente de 58 ans, ancienne ingénieure reconvertie, désormais chef d'entreprise, adressée au centre d'étude et de traitement de la douleur pour décompensation d'un syndrome fibromyalgique diagnostiqué 8 ans auparavant, avec douleurs chroniques diffuses et surtout fatigue chronique majeure et très invalidante, de majoration récente. Elle ne prend pas de traitement d'aucune sorte.

Entretien narratif :

Cet entretien a été l'occasion d'une exploration-externalisation d'histoires dominantes dont certaines étaient saturées par le problème et d'autres non. À la première question de savoir de quoi elle souhaiterait parler d'abord, Mme M. répond la fatigue, qu'elle décrit "omniprésente et écrasante". Cependant, il est difficile initialement d'avoir une plainte précise, tant Mme M. oscille entre deux récits :

Pendant qu'elle essaye de définir sa fatigue qui est son plus grand problème rapporté, elle se reprend et se fustige en estimant qu'elle se plaint trop. Et elle évalue que finalement non, la fatigue n'est pas le vrai problème.

Débute un autre récit où elle me raconte la manière dont la fibromyalgie lui a appris beaucoup de choses, en particulier comment elle a pu resserrer son existence autour de l'essentiel, développer des activités créatrices qui lui plaisent beaucoup (la peinture notamment), laisser de côté des relations "mondaines" qui faisaient partie de sa vie avant la maladie et qui tout compte fait ne l'intéressaient pas. Me raconter ce récit sans problème ne semble pas la satisfaire non plus.

En lui demandant si elle pense qu'il y a quelque chose de plus important dont il faudrait parler, elle revient sur un récit de problème : elle décrit un épisode récent où en parlant avec une amie souffrant d'un cancer et pour qui tout était facilité (arrêts de travail, aménagement de poste, ...), elle a eu la sensation d'un manque de reconnaissance de la part du corps médical et de la société de sa maladie, la fibromyalgie, contre laquelle elle lutte depuis des années. Depuis, elle décrit une "petite voix de l'injustice" qu'elle n'avait pas auparavant.

De la même manière, avant d'avoir pu explorer ce sentiment d'injustice, elle invalide ce qu'elle vient de dire en disant que ça n'a aucune importance, elle se juge sévèrement sur ce qu'elle vient de dire. Elle se dit souvent perdue mais est d'accord pour continuer l'exploration.

Le premier entretien a duré 2h, et a été ponctué d'aller-retours et de moments où elle se sentait perdue. Les deux récits étaient explorés en parallèle:

Un **premier récit de la maladie** qui correspond au type des récits de quête selon les catégories décrites par Weingarten, (152) où elle décrit une relation d'équilibre dans sa vie avec la fibromyalgie. La

fibromyalgie a du la faire ralentir, elle a revu ses activités à la baisse. Ancienne grande sportive, elle a donc déplacé ses centres d'intérêts vers la peinture. Le travail a été aménagé, elle ne s'y rend que le matin, en relai avec son mari, qui dirige l'entreprise avec elle, et qui s'en occupe le reste de la journée. Ce travail est décrit comme ce qui lui permet de se lever le matin, de trouver de l'énergie.

L'équilibre qu'elle a trouvé inclut une planification importante à l'avance, en anticipant les douleurs et la fatigue, pour pouvoir être "opérationnelle" et continuer de faire des choses, y compris "faire une machine à laver ou marcher sur un quai de gare". Elle considère avoir appris beaucoup de choses de cet état, en particulier à mieux s'écouter, et à prioriser les choses importantes de sa vie. Ceci lui a été permis par la conviction "que rien ne tombe du ciel", qu'il ne faut pas se plaindre, et qu'il faut avancer, et continuer comme avant.

Un **deuxième récit de la maladie** plus sur le mode d'un récit du chaos, centré sur les pertes, où sa relation avec la fibromyalgie est déséquilibrée, où elle ne souhaite plus de l'existence réduite qui lui est permise par cette organisation et cette planification permanente, où être obligée de dormir 3h en rentrant du travail (ce qui était son quotidien depuis des années) lui rend désormais l'existence éprouvante. Il s'agit d'une histoire où le travail n'est plus, comme dans le récit de la quête, ce qui lui permet de se lever le matin, mais ce qui l'épuise. Elle attend de la part des médecins (et c'est la raison de sa présence au CETD) d'être enfin reconnue dans la réalité de son handicap, et qu'on lui dise qu'elle peut s'arrêter de travailler. Dans ce récit, elle souhaite une invalidité. Elle se sent injustement traitée comparativement aux malades souffrant d'autres maladies, et estime qu'avec le temps passé dans la solitude, elle a comme le "droit de se plaindre" désormais. Elle a également vu réapparaître des craintes à propos de l'évolution de la maladie, et dit avec beaucoup d'émotion la peur et le rejet qu'elle a ressenti en arrivant au CETD devant les patients douloureux chroniques très marqués ou très empêchés.

En explorant l'historique de ces deux récits, Mme M. raconte que le premier confinement de mars 2020 est venu changer son existence pendant quelques mois. Il avait fallu fermer l'entreprise et quasiment arrêter de travailler hormis quelques mails professionnels. Ses enfants, pourtant adultes, étaient revenus à la maison, dormant où ils pouvaient. Il était impossible de rien planifier sur le quotidien, tant celui-ci était instable et les prévisions incertaines. Une "vie au jour le jour" dit-elle, dans laquelle elle dit avoir expérimenté très clairement une diminution radicale de l'impact de sa fibromyalgie au niveau de la fatigue et des douleurs, ce qui a été une surprise pour elle. Tout ceci a été remarqué par sa famille également. Elle précise que les vacances qu'elle prenait régulièrement, très planifiées là encore, n'avaient pas eu cet effet sur elle. Elle est surprise de constater à ce moment de l'entretien que c'est depuis la fin de ce confinement que sa situation s'est dégradée, que la fatigue est massive, qu'elle a été mise plusieurs fois en arrêt de travail ce qui n'était pas arrivé en 8 ans de douleurs.

En continuant l'exploration de chaque récit, elle s'est aperçue de plusieurs choses. Savoir qu'une existence moins pénible était possible et en avoir fait l'expérience (confinement), avait rendu pour elle le retour à l'ancien équilibre compliqué. Mme M. a décidé de nommer ce problème : le problème du Choix, et a également validé la formulation "aller mal depuis qu'on est allé bien". Le problème du choix la rendait perplexe et perdue, et donnait beaucoup de force, selon elle, au problème des douleurs et de la fatigue. Nous avons exploré ce problème du Choix en finissant l'entretien,

- Serrer les dents et continuer comme avant, ce qui ne lui paraissait plus possible après l'expérience du confinement.
- Lutter auprès des médecins pour avoir une reconnaissance d'invalidité, en restant dans une plainte qu'elle souhaitait pas.
- Changer elle-même ses modalités de travail, ce dont elle n'était pas sûre d'avoir la force.

Observations sur l'entretien narratif :

Au moment de se séparer, avant d'évaluer cet entretien utile, Mme M. s'est dite reconnaissante pour les questions qui lui ont été posées.

Un récit de la maladie déjà organisé : Par rapport à la fibromyalgie, il s'agit d'une patiente ayant déjà accompli une réorganisation identitaire et des histoires dominantes très "fonctionnelles" pour donner un sens convenable à ses douleurs et sa fatigue, sans discours sociétaux entretenant le problème. Malgré des douleurs très intenses, la patiente ne présentait pas de répercussions sociales majeures, certaines étaient même jugées utiles. Par ailleurs elle présentait des conduites de soin adaptées, sans surconsommation médicamenteuse.

Rendre visible : Nous n'avons pas aiguillé son choix dans un sens ou dans un autre, le but de l'entretien narratif étant d'explorer les récits pour rendre visible au patient ce qui est important pour lui. En rendant le problème plus compréhensible et en montrant le carrefour entre plusieurs histoires dominantes, la patiente a semblé prendre une posture réflexive qu'elle a décrite plus confortable que la confusion dans laquelle elle était préalablement. Les différents éléments ont ensuite été résumés et également envoyés par mail à la patiente, qui en avait fait la demande.

Le changement d'histoire dominante : Il était intéressant, en termes narratifs, de voir de quelle manière un épisode d'une portée importante et inhabituelle (l'expérience du confinement) peut suffire à faire passer d'une histoire dominante dans l'autre. Certaines histoires dominantes contradictoires peuvent alors coexister, plongeant le patient dans une perplexité et une confusion importante. Le même événement (le

fait de se plaindre) peut être interprété de plusieurs manières différentes ("j'ai bien le droit de me plaindre" ou "je n'ai pas le droit de me plaindre, ce n'est pas comme ça qu'on avance") en fonction du récit dans lequel il est pris. Sans question de ma part à ce propos, Mme M. m'a révélé en fin d'entretien avoir "décidé" depuis plusieurs années que la fibromyalgie correspondait à une "quête de légereté", ce qui consistait en une sorte de thème de son histoire dominante.

Intérêts sur le cadre explicatif des informations récupérées en entretien narratif : Par ailleurs, dans son récit de la maladie avant le confinement, la planification était une stratégie de lutte décrite comme efficace contre les douleurs. Planifier permettait selon elle de récupérer plus vite de ses épreuves quotidiennes, et lui permettait également de conserver une image d'elle-même *subissant moins la maladie*. La patiente considérait en revanche que des situations de stress étaient à même d'augmenter ses douleurs.

Ce cas clinique est également intéressant dans la dimension de diminution importante des douleurs et de la fatigue lors d'un changement, au confinement, vers un mode de vie moins planifié et plus incertain. La patiente décrivait bien ce changement. *C'est étrange, il y avait beaucoup de choses stressantes, beaucoup de gens mal, et moi j'ai honte de dire que c'était une très bonne période pour moi*. La comparaison avec les vacances de la patientes, qui n'avaient pas le même effet alors qu'elles étaient *sans contraintes*, est éclairante également.

Ce bouleversement social général du confinement en période épidémique, entraînant une incertitude des discours normatifs sur ce qu'il fallait faire ou être, pourrait avoir participé de ce changement. À la lumière des travaux cités en partie 2 et des observations sur la manière dont l'anticipation de la douleur ou de la fatigue peuvent influencer sur les symptômes de la fibromyalgie, ceci pourrait aller dans le sens d'une problématique de contrôle anticipatoire, socialement conditionnée, et déterminantes pour la fibromyalgie. Nous n'avons pas pu avoir accès lors de ces deux entretiens aux discours sociétaux qui soutenaient chez cette patiente la nécessité de la planification et du contrôle. Cette problématique du contrôle a été mise en évidence par les patient.e.s fibromyalgiques au cours de la première étude(161)de Kelley et Clifford. Ce pourrait aussi avoir été la présence des enfants ou tout autre chose, savoir ce qui a été déterminant dans cette diminution des douleurs serait revenir à un mode explicatif qui n'appartient pas au propos de l'approche narrative. En revanche, il nous semble que faire un entretien centré sur ce qui est important pour le patient, sans chercher d'informations qui confirment un savoir qu'il soit médical ou sociologique, permet au final d'obtenir des informations intéressantes et enrichissant le cadre explicatif du médecin.

Fin d'entretien : En plus d'avoir jugé l'entretien efficace, le fait que Mme M. ait quitté le bureau en remerciant "pour les questions" m'a paru valider, en termes d'éthique relationnelle, qu'elle s'était sentie respectée dans le processus de questionnement narratif.

1. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. Le patient douloureux, p. 23-24. In: L' Homme douloureux. Odile Jacob; 2018.
2. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 févr 2017;76(2):318-28.
3. Masson E. Fibromyalgie : physiopathologie et accompagnement thérapeutique [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/940467/fibromyalgie-physiopathologie-et-accompagnement-th>
4. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère J-P, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine*. mars 2009;76(2):184-7.
5. Masson E. La fibromyalgie : diagnostic positif, diagnostics différentiels et diagnostics associés [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1243630/la-fibromyalgie -diagnostic-positif-diagnostics-di>
6. Twenty-second rheumatism review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum*. déc 1976;19(6 SUPPL):973-1223.
7. Netgen. «La fibromyalgie est d'abord un syndrome médical, ensuite une construction sociale» [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-116/32423>
8. N° 4110 – HAS : Rapport d'enquête de M. Patrice Carvalho sur la fibromyalgie - XIVE législature - Assemblée nationale [Internet]. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-enq/r4110/\(index\)/depots](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-enq/r4110/(index)/depots)
9. 07-02 La fibromyalgie – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/07-02-la-fibromyalgie/>
10. Smith R. In search of « non-disease ». *BMJ*. 13 avr 2002;324(7342):883-5.
11. Paccaud F. Implausible diseases and public health. *European journal of public health*. 1 nov 2007;17:410.
12. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 13 avr 2002;324(7342):886-91.
13. Hadler N. « Fibromyalgia » and the medicalization of misery. *The Journal of rheumatology*. 1 sept 2003;30:1668-70.
14. Fibromyalgie. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/fibromyalgie>
15. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. juin 2011;63(6):808-20.

16. Oliveira P, Costa ME. Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *J Health Psychol.* nov 2009;14(8):1184-95.
17. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev.* mars 2008;28(3):407-29.
18. Häuser W, Galek A, Erbslöh-Möller B, Köllner V, Kühn-Becker H, Langhorst J, et al. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain.* août 2013;154(8):1216-23.
19. Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak İ, Kaya N, et al. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry.* 1 janv 2010;32(1):105-7.
20. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 1 juin 2014;15(3):98-105.
21. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast.* 2017;2017:9724371.
22. Bernstein CD, Karp JF, Weiner DK. Widespread Pain in Older Adults. In: Nakasato Y, Yung RL, éditeurs. *Geriatric Rheumatology: A Comprehensive Approach* [Internet]. New York, NY: Springer; 2011 [cité 10 mars 2021]. p. 45-56. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5792-4_6
23. Hudson JI, Mangweth B, Pope HG, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, et al. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry.* févr 2003;60(2):170-7.
24. Lee YH, Choi SJ, Ji JD, Song GG. Candidate gene studies of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int.* févr 2012;32(2):417-26.
25. Masson E. Psychopathologie et répercussions de la douleur chronique : conséquences pour la pratique clinique et recommandations thérapeutiques [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/887085/article/psychopathologie-et-repercussions-de-la-douleur-ch>
26. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res.* déc 1996;41(6):505-18.
27. Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. *Neuroimage.* sept 2009;47(3):987-94.
28. van Middendorp H, Lumley MA, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ, Geenen R. The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken).* oct 2010;62(10):1370-6.
29. Malin K, Littlejohn GO. Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* déc 2013;31(6 Suppl 79):S64-71.
30. Dobson R. Doctors rank myocardial infarction as most “prestigious” disease and

fibromyalgia as least. *BMJ*. 29 sept 2007;335(7621):632.

31. IASP Announces Revised Definition of Pain - IASP [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
32. Le Bars D. DOULEURS DE L'HOMME, DOULEURS DES ANIMAUX. *Bul de l'Ac Vét de France*. 2010;(1):315.
33. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. Douleur et nociception : Pain Disease. In: *L' Homme douloureux*. Odile Jacob; 2018.
34. Legrain V, Iannetti GD, Plaghki L, Mouraux A. The pain matrix reloaded: A salience detection system for the body. *Progress in Neurobiology*. 1 janv 2011;93(1):111-24.
35. Garland EL. Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Prim Care*. sept 2012;39(3):561-71.
36. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. La Vulnérabilité Individuelle à la Douleur. In: *L' Homme douloureux*. Odile Jacob; 2018.
37. Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science*. 9 juin 2000;288(5472):1765-9.
38. Willer JC, Bouhassira D, Le Bars D. [Neurophysiological bases of the counterirritation phenomenon:diffuse control inhibitors induced by nociceptive stimulation]. *Neurophysiol Clin*. oct 1999;29(5):379-400.
39. Le Bars D, Dickenson AH, Besson J-M. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II. Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications. *Pain*. juin 1979;6(3):305-27.
40. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. Douleur et histoire individuelle : Pain Illness. In: *L' Homme douloureux*. Odile Jacob; 2018.
41. Marchand S, Arsenault P. Spatial summation for pain perception: interaction of inhibitory and excitatory mechanisms. *Pain*. févr 2002;95(3):201-6.
42. Butler RK, Finn DP. Stress-induced analgesia. *Prog Neurobiol*. juill 2009;88(3):184-202.
43. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. mars 2011;152(3 Suppl):S2-15.
44. Fernández-de-Las-Peñas C, Madeleine P, Martínez-Perez A, Arendt-Nielsen L, Jiménez-García R, Pareja JA. Pressure pain sensitivity topographical maps reveal bilateral hyperalgesia of the hands in patients with unilateral carpal tunnel syndrome. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. août 2010;62(8):1055-64.
45. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. La douleur facilitée. In: *L' Homme douloureux*. Odile Jacob; 2018.
46. Noel M, Chambers CT, Petter M, McGrath PJ, Klein RM, Stewart SH. Pain is not over when

the needle ends: a review and preliminary model of acute pain memory development in childhood. *Pain Manag.* sept 2012;2(5):487-97.

47. Beggs S, Currie G, Salter MW, Fitzgerald M, Walker SM. Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. *Brain.* févr 2012;135(Pt 2):404-17.
48. Lionet B. Chapitre 10. Mémoire et souvenir de la douleur [Internet]. *Clinique et psychopathologie de la douleur.* Dunod; 2020 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/clinique-et-psychopathologie-de-la-douleur--9782100807079-page-113.htm>
49. Lignier B, Baldo É. Chapitre 5. Éléments de comorbidité [Internet]. *Clinique et psychopathologie de la douleur.* Dunod; 2020 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/clinique-et-psychopathologie-de-la-douleur--9782100807079-page-49.htm>
50. Le Roy C, Laboureyras E, Gavello-Baudy S, Chateauraynaud J, Laulin J-P, Simonnet G. Endogenous opioids released during non-nociceptive environmental stress induce latent pain sensitization Via a NMDA-dependent process. *J Pain.* oct 2011;12(10):1069-79.
51. Khasar SG, Dina OA, Green PG, Levine JD. Sound stress-induced long-term enhancement of mechanical hyperalgesia in rats is maintained by sympathoadrenal catecholamines. *J Pain.* oct 2009;10(10):1073-7.
52. Célèrier E, Rivat C, Jun Y, Laulin JP, Larcher A, Reynier P, et al. Long-lasting hyperalgesia induced by fentanyl in rats: preventive effect of ketamine. *Anesthesiology.* févr 2000;92(2):465-72.
53. Angst MS, Koppert W, Pahl I, Clark DJ, Schmelz M. Short-term infusion of the mu-opioid agonist remifentanyl in humans causes hyperalgesia during withdrawal. *Pain.* nov 2003;106(1-2):49-57.
54. Rivat C, Laulin J-P, Corcuff J-B, Célèrier E, Pain L, Simonnet G. Fentanyl enhancement of carrageenan-induced long-lasting hyperalgesia in rats: prevention by the N-methyl-D-aspartate receptor antagonist ketamine. *Anesthesiology.* févr 2002;96(2):381-91.
55. Gougeon V, Gaumont I, Goffaux P, Potvin S, Marchand S. Triggering Descending Pain Inhibition by Observing Ourselves or a Loved-One in Pain. *Clin J Pain.* mars 2016;32(3):238-45.
56. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* 1 mai 1998;840:33-44.
57. Bair MJ, Krebs EE. Fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 3 mars 2020;172(5):ITC33-48.
58. Goffaux P, Redmond WJ, Rainville P, Marchand S. Descending analgesia--when the spine echoes what the brain expects. *Pain.* juill 2007;130(1-2):137-43.
59. Goffaux P, de Souza JB, Potvin S, Marchand S. Pain relief through expectation supersedes descending inhibitory deficits in fibromyalgia patients. *Pain.* sept 2009;145(1-2):18-23.

60. Bastuji H, Frot M, Perchet C, Magnin M, Garcia-Larrea L. Pain networks from the inside: Spatiotemporal analysis of brain responses leading from nociception to conscious perception. *Human Brain Mapping*. 2016;37(12):4301-15.
61. von Baeyer CL, Marche TA, Rocha EM, Salmon K. Children's memory for pain: overview and implications for practice. *The Journal of Pain*. juin 2004;5(5):241-9.
62. Spicher P. De quelques outils des différents courants psychologiques pour faire face à la douleur chronique. *Douleur analg*. 1 mars 2011;24(1):2-8.
63. Régnier M. Cahier sfetd n1 - mars 2013. [cité 16 mars 2021]; Disponible sur: https://www.academia.edu/10642662/Cahier_sfetd_n1_mars_2013
64. Kranz D, Bollinger A, Nilges P. Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *European Journal of Pain*. 1 nov 2010;14:1021-5.
65. Bioy A. Chapitre 2. De la plainte douloureuse vers le récit de soi [Internet]. *Clinique et psychopathologie de la douleur*. Dunod; 2020 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/clinique-et-psychopathologie-de-la-douleur--9782100807079-page-19.htm>
66. Simmonds L, Mozo-Dutton L. *Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change*. Routledge; 2018. 257 p.
67. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit*. Ed. du Seuil. 1980.
68. Elkaïm M. Section VIII Constructivisme, Constructionnisme social et Narrations : aux limites de la systémie ? In: *Panorama des thérapies familiales*. Seuil; 1998.
69. Watzlawick P. *L'INVENTION DE LA REALITE.: Comment savons-nous ce que nous croyons savoir ? Contributions au constructivisme*. Ed. du Seuil; 1992. 373 p.
70. Foerster H von. « La construction d'une réalité », in Watzlawick, P. (éd.), *L'Invention de la réalité*, Paris, Éd. du Seuil, 1988.
71. Berger P, Luckmann T. *La Construction sociale de la réalité*. Armand Colin; 1968. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-construction-sociale-de-la-realite--9782200621902.htm>
72. White M. *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting Diversity in Everyday Life*. Dulwich Centre Publications; 2004. 232 p.
73. Maturana HR, Varela FJ, Young JZ. *Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. 3rd Revised edition. Boston : New York: Shambhala; 1992. 264 p.
74. Gergen K, Gergen M. *Le constructionnisme social - Un guide pour dialoguer* [Internet]. Satas. Bruxelles; 2006 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.satas.com/fr/pnl-langage-et-communication/2765-le-constructionnisme-social--un-guide-pour-dialoguer.html>
75. Elkaïm M. *Panorama des thérapies familiales*. Seuil; 1998. 671 p.
76. Bruner PEM, Turner V. *An Essay in the Anthropology of Experience*. In: *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press; 1986.

77. Gergen KJ. *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Harvard University Press; 1994. 372 p.
78. Skippon, R., Mozo-Dutton L. *Re-authoring Conversations*. In: *Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change* [Internet]. Taylor & Francis; 2018. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=ez5ZDwAAQBAJ>
79. Foucault M. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Pantheon Books; 1980. 285 p.
80. Freedman J, Jill MSWF, Combs G. *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities* [Internet]. Norton; 1996. (A Norton professional book). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=cE9NHan9a2IC>
81. Morgan A. *What is Narrative Therapy?: An Easy-to-read Introduction* [Internet]. Dulwich Centre Publications; 2000. (Gecko 2000).
82. Bruner JS. *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard University Press; 1986. 217 p. Cité p 140 Dans White M, Wijaya M, White MK, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton; 1990. 258 p.
83. White MK. *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton & Company; 2007. 330 p.
84. Blanc-Sahnoun P. *Les pratiques de l'Approche Narrative: Des récits multicolores pour des vies renouvelées*. P44 InterEditions; 2017. 229 p.
85. White M, Wijaya M, White MK, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton; 1990. 258 p.
86. Brooks P. *Reading for the plot: design and intention in narrative*. Oxford: Clarendon; 1984. xviii,363.
87. BRUNER JS. *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard University Press; 2009. 217 p.
88. Iser W. *L'acte de lecture: théorie de l'effet esthétique*. Editions Mardaga; 1985. 412 p. Cité p. 62 dans White MK. *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton & Company; 2007. 330 p.
89. Bruner JS. *Culture et modes de pensée. L'esprit humain dans ses oeuvres -*. Retz. 2000.
90. White MK. *The Process of Questioning: A Therapy of Literary Merit?* Dulwich Centre Publications; 1988. book.
91. Derrida Jacques. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean-Louis Houdebine, Guy Scarpetta / Jacques Derrida*. Paris: Les éditions de de Minuit; 1972. 132 p. (Critique). Cité dans Elkaïm M. *Section VIII Constructivisme, Constructionnisme social et Narrations : aux limites de la systémie ?* In: *Panorama des thérapies familiales*. Seuil; 1998.
92. White M. *Deconstruction and therapy*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1991.
93. Foxman D, Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind*. *The Western Political Quarterly*. juin 1973;26(2):345.

94. Besley AC (Tina). Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*. 1 mai 2002;30(2):125-43.
95. Guilfoyle M. *The Person in Narrative Therapy: A Post-structural, Foucauldian Account*. Springer; 2014. 272 p.
96. Foucault M. *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*. Plon; 1961. 330 p.
97. Foucault M. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, par Michel Foucault. [2e édition.]. Presses universitaires de France; 1972. 216 p.
98. Geertz C. « From the Native's Point of View »: On the Nature of Anthropological Understanding. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*. 1974;28(1):26-45.
99. Breton DL. 7. Le syndrome de Frankenstein. In: *La Chair à vif* [Internet]. Éditions Métailié; 2008 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-chair-a-vif--9782864246695.htm>
100. Simonnet G, Laurent B, Breton DL. *L'Homme douloureux*. Odile Jacob; 2018. 315 p.
101. White M. Addressing Personal Failure. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* [Internet]. janv 2002 [cité 13 mars 2021]; Disponible sur: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.661570312326546>
102. Dauzat P-E, Harari YN. *Sapiens: Une brève histoire de l'humanité*. Albin Michel; 2015. 430 p.
103. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press; 2006. 285 p.
104. Simmonds L, Mozo-Dutton L. Chapter five : Facilitating preferred change within in-patient settings. In: *Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change*. Routledge; 2018.
105. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot; 1957. 418 p.
106. Carey M, Russell S, éditeurs. *Narrative therapy: responding to your questions*. Adelaide, S. Aust: Dulwich Centre Publications; 2004. 152 p.
107. Roustang F. Chapitre 2, la Manipulation Thérapeutique ou Comment Réanimer le Corps ? In: *Fin de la plainte (La)*. Odile Jacob; 2000.
108. Jill Freedman, Gene Combs. *Narrative therapy, the social construction of preferred realities*. Norton, 1996. 978-0-393-70207-1
109. Kahn SZ, Monk G. Narrative Supervision as a Social Justice Practice. *Journal of Systemic Therapies*. mars 2017;36(1):7-25.
110. Combs G, Freedman J. Narrative, Poststructuralism, and Social Justice: Current Practices in Narrative Therapy. *The Counseling Psychologist*. 1 oct 2012;40(7):1033-60.
111. White M. Folk Psychology and Narrative Practices. In: *The handbook of narrative and*

- psychotherapy: Practice, theory, and research. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2004. p. 15-51.
112. Davies EW. Warriors, authors and baseball coaches: the meaning of metaphor in theories of family therapy. *Journal of Family Therapy*. 2013;35(1):66-88.
 113. Vygotskiï LS, Kozulin A. *Thought and Language*. MIT Press; 1934. cité dans White MK. *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton & Company; 2007. 330 p. .
 114. Gonçalves M, Matos M, Santos A. Narrative Therapy and the Nature Of “Innovative Moments” in the Construction of Change. *Journal of Constructivist Psychology*. 1 janv 2009;22:1-23.
 115. Wylie M, Chavanne YB, Colas Y. L’obstination de l’orpailleur : La méthode narrative de Michael White. *Psychology*. 1998-Chavanne/30431528a0bac262753100a924cc38bc634f7c9c
 116. Winslade J, Hedtke L. Michael White: Fragments of an event. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* 2008;2:5-11.
 117. Young K. When All the Time You Have is NOW: Narrative Practice at a Walk-In-Therapy Clinic - Narrative Approaches, Dulwich Publication Center. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* 2001. Disponible sur: <http://www.narrativeapproaches.com/when-all-the-time-you-have-is-now-narrative-practice-at-a-walk-in-therapy-clinic/>
 118. Simmonds L, Mozo-Dutton L. Chapter one : Problem Exploration. In: *Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change*. Routledge; 2018.
 119. Cooper S. Brief narrative practice at the walk-in clinic: The rise of the counterstory [Internet]. Dulwich Publication Center. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* 2014 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: /paper/Brief-narrative-practice-at-the-walk-in-clinic%3A-The-Cooper/bc2d2fb6128459de7226eab22fdcfba8ea83850d
 120. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. AldineTransaction; 1968. 410 p. cité dans White M, Wijaya M, White MK, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton; 1990. 258 p.
 121. Myerhoff B, Ruby J. Life history among the elderly : Performance, visibility and remembering. In: *A Crack in the mirror: reflexive perspectives in anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1982.
 122. White MK. Chapter 4. Definitional Ceremonies. In: *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton & Company; 2007.
 123. Freedman J. Witnessing and Positioning: Structuring Narrative Therapy with Families and Couples. *Aust N Z J Fam Ther*. mars 2014;35(1):20-30.
 124. Etchison M, Kleist D. Review of Narrative Therapy: Research and Utility. *The Family Journal*. 1 janv 2000;8:61-6.
 125. Druker A. What to do when a diagnosis doesn’t fit? Dulwich Publication Center ; *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* 2014;8.

126. Strong T. Talking about the DSM-V. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* [Internet]. janv 2012 [cité 12 mars 2021]; Disponible sur: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.627082256928473>
127. Young K, Cooper S. Toward Co-Composing an Evidence Base: The Narrative Therapy Re-Visiting Project. *Journal of Systemic Therapies*. mars 2008;27(1):67-83.
128. Weatherhead S, Jones GJ. Measuring the narrative : the challenge of evidencing change in narrative therapy. *Clinical Psychology Forum*. août 2008;188(1):38-41.
129. Dulwich Publication Center : Narrative therapy and research. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* n°2 2004;9.
130. Wampold BE, Brown GSJ. Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consult Clin Psychol*. oct 2005;73(5):914-23.
131. Vromans LP, Schweitzer RD. Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychother Res*. janv 2011;21(1):4-15.
132. Jørring NT, Gjessing Jensen K. Treatment efficacy of narrative family therapy for children and adolescents with diverse psychiatric symptomatology. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2018;6(2):107-14.
133. Beaudoin, M-N. The Effectiveness of Narrative Therapy With Children's Social and Emotional Skill Development: An Empirical Study of 813 Problem-Solving Stories [Internet]. Dulwich Publication Center, *Journal of Systemic Therapies* 35 (3) 42-59 2004,. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/310736958_The_Effectiveness_of_Narrative_Therapy_With_Children's_Social_and_Emotional_Skill_Development_An_Empirical_Study_of_813_Problem-Solving_Stori
134. Majid Yoosefi Looyeh, Treating social phobia in children through group narrative therapy [Internet]. [The Arts in Psychotherapy](#) Volume 41, Issue 1, February 2014, Pages 16-20 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-953bd191-eeeb-3e50-b1b1-a043cad4a0d2/tab/summary>
135. Cashin A, Browne G, Bradbury J, Mulder A. The effectiveness of narrative therapy with young people with autism. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. févr 2013;26(1):32-41.
136. Poole J, Gardner P, Flower M, Cooper C. Narrative Therapy, Older Adults, and Group Work?: Practice, Research, and Recommendations. *Social Work with Groups*. 1 oct 2009;32:288-302.
137. Erbes CR, Stillman JR, Wieling E, Bera W, Leskela J. A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD. *J Trauma Stress*. déc 2014;27(6):730-3.
138. Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PPP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychother Res*. 2014;24(6):662-74.

139. Zhou D-HR, Chiu Y-LM, Lo T-LW, Lo W-FA, Wong S-S, Leung CHT, et al. An unexpected visitor and a sword play: a randomized controlled trial of collective narrative therapy groups for primary carers of people with schizophrenia. *J Ment Health*. 15 juill 2020;1-12.
140. Chow EO. Narrative Group Intervention to reconstruct Meaning of Life among Stroke Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Neuropsychiatry* [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2021];08(04). Disponible sur: <http://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/narrative-group-intervention-to-reconstruct-meaning-of-life-among-stroke-survivors-a-randomized-clinical-trial-study-12650.html>
141. Chow EOW. Narrative therapy an evaluated intervention to improve stroke survivors' social and emotional adaptation. *Clin Rehabil*. avr 2015;29(4):315-26.
142. de Vries B. Structuring the Insider's View: Narrative Gerontology in Research and Practice. *The Gerontologist*. 1 avr 2015;55(2):337-8.
143. Ingamells K. Epston D. Placing Strengths Into Storylines: Building Bridges Between Strength-Based and Narrative Approaches [Internet]. *Narrative Approaches*. 2012. Disponible sur: <http://www.narrativeapproaches.com/wp-content/uploads201603placing-strengths-into-storylines-building-bridges-between-strengths-based-and-narrative-approaches-by-kay-ingamells-and-david-epston-1-pdf/>
144. Simmonds L, Mozo-Dutton L. Chapter two : Re-authoring Conversations. In: *Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change*. Routledge; 2018.
145. Mann, S. Collaborative representation: Narrative ideas in practice. The Dulwich Centre. *Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, 2002 no 2, pp. 39-49 Disponible sur: <https://dulwichcentre.com.au/articles-about-narrative-therapy/collaborative-representation/>
146. Hayward, M. Externalizing conversations: Statement of Position Map 1 [Internet]. The Dulwich Centre. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://dulwichcentre.com.au/externalizing-conversations-statement-of-position-map-1-by-mark-hayward/>
147. Kierans & Maynooth, Sensory and narrative identity: The narration of illness process among chronic renal sufferers in Ireland: *Anthropology & Medicine: Vol 8, No 2-3, 2010* [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13648470120101381>
148. Weingarten K. « Making sense of illness narratives: Braiding theory, practice and the embodied life ». The Dulwich Centre [Internet]. 2001 [cité 13 mars 2021]; Disponible sur: <https://dulwichcentre.com.au/articles-about-narrative-therapy/illness-narratives/>
149. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S67-79.
150. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Second Edition. University of Chicago Press; 1995. 280 p.
151. Simmonds L, Mozo-Dutton L. Chapter Three : discourse and narrative of Illness. In:

Narrative Therapy Approaches for Physical Health Problems: Facilitating Preferred Change. Routledge; 2018.

152. Marchand F, Mimassi N, Autret J, Baron D. Les difficultés d'observance dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 7(1):17-21.
153. Sallinen M, Kukkurainen ML, Peltokallio L. Finally heard, believed and accepted – Peer support in the narratives of women with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*. 1 nov 2011;85(2):e126-30.
154. Netgen. Approche narrative des attributions causales dans la fibromyalgie [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-116/32354>
155. Asbring P. Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34(3):312-9.
156. Brown C, Dick B, Berry R. How do you write pain? A preliminary study of narrative therapy for people with chronic pain. *Diversity in Health and Care*. 1 mars 2010;7:43-56.
157. Kelley P, Clifford P. Coping with chronic pain: assessing narrative approaches. *Soc Work*. mai 1997;42(3):266-77.
158. Charmaz K. 'Discovering' chronic illness: Using grounded theory. *Social Science & Medicine*. janv 1990;30(11):1161-72.
159. Neimeyer RA. An appraisal of constructivist psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*. avr 1993;61(2):221-34.
160. Andersen T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process*. déc 1987;26(4):415-28.
161. Carr ECJ, McCaffrey G, Ortiz MM. The suffering of chronic pain patients on a wait list: Are they amenable to narrative therapy? *Canadian Journal of Pain*. 1 janv 2017;1(1):14-21.
162. Chow EOW, Fok DYH. Recipe of Life: A Relational Narrative Approach in Therapy With Persons Living With Chronic Pain. *Research on Social Work Practice*. 1 mars 2020;30(3):320-9.
163. Phillips L urel. A narrative therapy approach to dealing with chronic pain. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* [Internet]. janv 2017 [cité 16 mars 2021]; Disponible sur: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/INFORMIT.768720305988235>
164. Mahoney AM, Daniel CA. Narrative Therapy Bridging the Power Gap Narrative Therapy With Incarcerated Women. *The Prison Journal*. 2006;
165. Breton DL. Anthropologie de la douleur [Internet]. Éditions Métailié; 2012 [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/anthropologie-de-la-douleur--9782864241911.htm>
166. Kleinman A. Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine.

University of California Press; 1997. 334 p.

167. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Odile Jacob; 2008. 324 p.
168. Rey R. Histoire de la douleur. La Découverte; 1993. 414 p.
169. Ginies P. Douleur, approche littéraire, philosophique, esthétique. Douleur analg. 1 mars 2013;26(1):45-52.
170. SFETD Livre blanc : Livre blanc de la douleur 2017 [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.leslivresblancs.fr/livre/sante-medecine/systeme-hospitalier/livre-blanc-de-la-douleur-2017>

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque

NOM : ROUX

PRENOM : Vincent

Titre de Thèse :

FIBROMYALGIE ET PSYCHIATRIE, PERTINENCE DES OUTILS DE L'APPROCHE NARRATIVE

RESUME

Au sein de la médecine, la fibromyalgie occupe une place à part : Pathologie douloureuse chronique où la plainte concernant des symptômes corporels est constante, elle entretient pourtant des liens étroits avec des troubles dont la psychiatrie a généralement la charge. Ceci conduit souvent les patient.e.s fibromyalgiques à consulter un psychiatre lors de leur parcours de soin. Ces patient.e.s rencontrent souvent des difficultés à mettre du sens sur une pathologie que la médecine est en difficulté à appréhender et à traiter.

L'approche narrative, psychothérapie issue des sciences sociales, ne prétend pas à l'explication des troubles dont souffrent les patients. Elle pourrait être utile dans l'accompagnement de ces patient.e.s vers une reconstruction identitaire difficile.

MOTS-CLES

FIBROMYALGIE, DOULEUR CHRONIQUE, PSYCHIATRIE, APPROCHE NARRATIVE,