Chapitre 3

Récits et analyses narratives dans le domaine de la santé

Moulin, P.[1], Lefebvre des Noettes, V.[2], Domenech-Dorca, G.[1], Levinson, S.[1], Moreau, E.[1], Giami, A.[1]

[1] INSERM – CESP – UMR 1018, Université Paris-Saclay / Université Paris-Sud, Villejuif – France

[2] CH Émile-Roux, AH-HP, Limeil-Brévannes – France

Introduction

L'importance des récits n'est plus à démontrer en sciences humaines et sociales. La pensée narrative représente en effet un mode de pensée dominant pour le sens commun (Bruner, 1991) permettant de rendre le monde intelligible, d'intégrer l'inconnu dans la vie quotidienne, en ordonnant des événements disparates sous forme d'histoires que les individus échangent chaque jour entre eux. De même, dans le champ sanitaire, l'exercice médical ou psychologique consiste à (faire) produire et à interpréter quotidiennement des récits centrés sur la santé et la maladie dans une visée diagnostique et/ou thérapeutique. Apparue dans les années 1990 en opposition à l'« *Evidence Based Medicine* », la « *Narrative Based Medicine* » – la « médecine narrative », ou « médecine basée sur les narrations » – vise explicitement à revaloriser la parole, la subjectivité et l'expérience de la maladie grave, appréhendée du côté des profanes ou des professionnels de santé, comme voie d'accès privilégiée de connaissance des objets santé, maladie et médecine (Charon, 2015). Le présent chapitre propose une réflexion théorique, épistémologique et méthodologique sur les approches narratives en médecine et en psychologie de la santé, à partir de quelques exemples pris dans différents domaines de la santé, et principalement issus de la thématique de la sexualité. Il s'agit notamment de clarifier l'intérêt et les limites de l'analyse narrative, d'interroger ses liens éventuels avec les méthodes quantitatives et d'expliciter concrètement les procédures d'analyse employées par le chercheur aux prises avec des matériaux discursifs.

Pour ce faire, nous avons retenu quatre contributions dont la première est une réflexion sur la narrativité dans la clinique médicale : la médecine narrative ou la narration de soi comme fondatrice de l'éthique du soin. Cette contribution à la clinique et ses enjeux relationnels est suivie de la présentation d'une recherche psychosociale de terrain portant sur les récits des scènes de contamination par voie sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et militant dans des associations de lutte contre le VIH. Enfin, deux communications présentent une réflexion théorico-méthodologique sur les récits recueillis dans les entretiens avec des professionnels de la santé, la mobilisation de la mémoire dans les consultations médicales en lien avec la sexualité et les récits de la sexualité chez les infirmières en oncologie.

1 De soi à la narration de soi : pour une éthique du soin

La médecine moderne est devenue d'une efficacité croissante pour guérir ou traiter nombre d'affections aiguës ou chroniques comme les cancers. C'est une médecine technoscientifique, analytique, qui découpe et analyse le corps et les organes dans leur fonctionnement et leurs dysfonctionnements. S'appuyant sur l'évaluation statistique, la médecine technoscientifique moderne trouve son point d'aboutissement dans l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Sa connaissance et sa pratique semblent incontournables, mais n'est-ce pas oublier ce qui constitue le cœur de la relation médecin-malade faite d'intersubjectivité et d'écoute mutuelle empathique afin de permettre la narration de soi. Car la médecine technoscientifique est potentiellement deshumanisante, parce qu'elle peut facilement favoriser l'objectivation du corps aux dépens de la subjectivité de l'être. Être un « bon » médecin n'est-ce pas être avant tout à l'écoute de l'histoire de l'autre, souffrant ?

Qu'est-ce que la narration de soi ? Écoutons Paul Ricœur (1985) dans sa description de l'identité narrative :

> « Sans le secours de la narration, le problème de l'identité personnelle est en effet voué à une antinomie sans solution : ou bien l'on pose un sujet identique à lui-même dans la diversité de ses états, ou bien l'on tient, à la suite de Hume et de Nietzsche, que ce sujet identique n'est qu'une illusion substantialiste. [...] Le dilemme disparaît si, à l'identité comprise au sens d'un même (*idem*), on substitue l'identité comprise au sens d'un soi-même (*ipse*) ; la différence entre *idem* et *ipse* n'est autre que la différence entre une identité substantielle ou formelle et l'identité narrative. [...] En ce sens, l'identité narrative ne cesse de se faire et de se défaire. » [P. 355.]

Alors, avant de laisser la place à l'écoute des patients et de redonner ainsi à leur le récit une dimension soignante et éthique, souvenons-nous aussi que l'identité est le produit de nos relations, car, l'identité n'est pas figée, elle se négocie et se renégocie en permanence à partir de nos interactions quotidiennes. Les praticiens de l'équipe d'Adelaïde (cités par Goupy & Le Jeune, 2017) aiment à citer Desmond Tutu : « *People become people through other people* [1] », et nous aimons à citer Gaston Bachelard (1923, 2012) : « Le moi s'éveille par la grâce du toi. » (P. 9.)

1. Les gens deviennent des gens grâce à d'autres gens.

2 Donner les conditions de possibilités d'une parole : de l'*Evidence Based Medicine* à la *Narrative Based Medicine* pour une éthique du soin

Adèle, 86 ans atteinte de troubles cognitifs, n'est même plus digne d'un regard, elle est au mieux vécue comme un animal décharné, sale et dangereux. Je l'appelle par son nom, me rapproche d'elle, lui touche le bras en m'accroupissant, et ses yeux dans les miens, j'y lis un consentement à une rencontre et lui explique l'objet de ma mission : m'entretenir avec elle pour une tutelle, pourtant la situation est compliquée à comprendre : « Un tuteur ? Mais c'est pour les tomates à la ferme ? Parce que moi je suis dans la volaille ! » me dit-elle soudain redressée et fière de son métier, elle poursuit : « Remarquez, ici aussi il y en a, de la volaille, et regardez cette pintade », me désignant une autre pensionnaire, « ou celui-là, un poulet déplumé ! »... « Ah bon, "ça" parle ? ! » me dit une soignante médusée qu'un « ça » parle et devienne un sujet, un « Je » s'exprimant, un être de Logos.

Ainsi la médecine narrative (Goupy & Lejeune, 2017) s'inscrit-elle dans une éthique qui ne rejette pas la médecine nécessairement objectivante, et en même temps reste attentive à la subjectivité du malade, sa plainte telle qu'il la vit, inscrite dans son histoire personnelle. C'est une éthique qui nécessite, vigilance et compétence, mais aussi disponibilité à l'expression des besoins d'autrui (White, 2003), intelligence sensible permettant de s'ouvrir à l'autre, de manière empathique et imaginative. Cette éthique du souci de l'autre ne vient pas seulement compléter le diagnostic technoscientifique tel un récit qui viendrait adoucir la médecine basée sur les preuves ; il s'agit d'emblée d'intégrer la maladie et la démarche diagnostique dans une anamnèse narrative (Charon, 2015).

Et pour conclure avec Michel Serres (2007) :

> « Aimer quelqu'un, c'est l'entendre raconter sa vie et la lui raconter à son tour. Exister en général, c'est le récit de sa vie. Le récit peut être de telle ou telle nature, héroïque, comique, etc., mais il faut un récit. Il faut raconter, il faut relater, il faut transformer sa vie dans une chose qu'on peut dire. Nous avons tous besoin d'un récit pour exister. »

3 Les scènes de contaminations du VIH par voie sexuelle des HSH informés

En présentant une relecture cohérente des expériences subjectives, les narrations permettent de rendre compte des mécanismes à l'œuvre chez des individus divisés entre leur propre subjectivité sexuelle et les rationalités de santé, à travers une approche qui remet la sexualité au centre de la question du VIH (Boyce *et al.,* 2007). Pour répondre à la question de « Comment devient-on séropositif ? » nous nous sommes intéressés à la « scène originelle » du rapport sexuel contaminant, présentée comme le moment précis de la survenue de la contamination par le VIH. Ces narrations nous permettent d'identifier et d'analyser les valeurs de santé accordées à certaines conduites sexuelles, mais également leurs investissements en termes de désirs, de plaisirs subjectifs, de scripts interpersonnels, dans leurs interactions avec la santé et sa prévention (Rojas

Castro *et al.*, 2012) et de comprendre comment les scripts de la sexualité (Gagnon, 2004 ; Gagnon & Simon, 1973) s'articulent, ou non, avec les prescriptions préventives de la santé sexuelle.

Au cours des dernières décennies, la transformation de l'espace politique de la santé (Fassin, 1996) a eu pour effet d'homogénéiser les acteurs de prévention et les malades de la communauté VIH/Sida en un groupe unique (Girard, 2012 ; Le Talec, 2007). C'est donc en recueillant le témoignage des personnes possédant le maximum de connaissances afin de se prémunir des risques de contamination par le VIH, que nous allons pouvoir approcher l'implication des connaissances en santé dans la vie sexuelle et plus particulièrement les comportements de santé dans la sexualité. Pour ce faire, nous avons mis en place une enquête qualitative par entretiens semi-directifs (Imbert, 2010), permettant d'analyser les scripts de la sexualité (Gagnon, 1975, 2004) sur les bases de la théorie ancrée (Paillé, 1994 ; Paillé & Muchielli, 2003), et ainsi d'accéder à différents types d'élaborations déjà testées dans d'autres travaux consacrés à la sexualité dans le contexte du VIH (Dowsett, 1996 ; Giami & Schiltz, 2004). Cette enquête nous a permis d'explorer les subjectivités sexuelles, et plus particulièrement la prévention et la contamination de 16 HSH (*i.e.* « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ») investis dans la lutte contre le VIH.

Les sujets interviewés ont toujours fortement réfléchi aux circonstances de leur contamination. Les témoignages recueillis sont donc le fruit d'une construction étayée par de nombreux échanges interpersonnels et de nombreuses élaborations intrapsychiques. Ils sont les reflets partiels des rationalités de santé portées par les campagnes de prévention et plus particulièrement de ce qui est verbalisable dans notre société afin d'expliquer les comportements à risques. Les raisons culturellement les plus répandues sont donc préférées afin d'expliquer les mises en danger : on y retrouve l'ensemble des ruptures dans le parcours de vie (*e.g.* comme des partenaires ne nous correspondant pas), des contextes perçus ordinairement comme des passages difficiles (*e.g.* anniversaires des 40 ans).

Nous assistons pourtant à une remise en question, par les individus, de l'importance des connaissances en santé sur la protection sexuelle. Car, contre toute attente, être informé des comportements mettant en danger la santé ne permet pas l'émergence d'alternatives sexo-comportementales sans risques pour les personnes (Fisher & Fisher, 1992 ; Kalichman, Picciano & Roffman, 2008). Au contraire, un niveau élevé de connaissances amène parfois à adopter, ou poursuivre, des conduites que des personnes moins informées de la prévention du VIH auraient probablement évitées, tels des rapports sexuels non protégés avec des séropositifs dont la charge virale est indétectable (i.e non contaminants au VIH, mais pas aux autres IST). En d'autres termes, au-delà des connaissances approfondies et de la posture subjective et sociale de ces personnes, ces résultats remettent en question les modèles dominants de la prévention qui s'appliquent à l'ensemble de la population, en reposant la question de l'impact de la connaissance sur les comportements préventifs, où la connaissance ne constitue pas le principal prédicteur de la mise en acte de la prévention et notamment la catégorie des comportements dits « sans risque pour la santé ».

Il en résulte, en définitive, des paradoxes dans le champ de la prévention entre les registres professionnels et ceux d'une intimité expérientielle. Ces incongruences sont, pour les personnes qui nous ont apporté leur témoignage, une source d'inconfort et d'interrogation ne laissant aucune place à l'élaboration autour des désirs et des plaisirs à l'origine de leurs pulsions et de leurs conduites – à risques.

Ainsi, en donnant sens à l'expérience, la narration est une version orale du vécu, un souvenir incarné et fixé dans l'instant de son énonciation. Elle est fonction de l'interaction, des lieux, des langages et des valeurs communes (*e.g.* linguistiques, communautaires...), mais également de l'image que nous avons de nous-mêmes, ou pour le moins, celle que nous désirons présenter au regard de celui à qui nous adressons notre récit. Les témoignages mettent en lumière les dissonances existantes entre différents types de rationalités. Au-delà des discours normatifs de contamination, l'étude des subjectivités sexuelles semble être la meilleure alternative permettant de parer aux écueils d'une prévention exclusivement basée sur les connaissances. Notons finalement que l'analyse narrative des éléments émergeant spontanément dans le discours des individus permet de rendre compte de l'imprégnation du discours de santé publique dans l'identité et la manière dont chacun se représente sa sexualité.

4 Analyser la mobilisation de la mémoire des professionnels de santé lors des entretiens sur la sexualité : enjeux théoriques et méthodologiques

Cette contribution propose une réflexion théorico-méthodologique sur les traces discursives de la mobilisation de la mémoire lors des entretiens avec des professionnels de santé sur la thématique de la sexualité. Orienter l'analyse d'une enquête qualitative sur les enjeux mnésiques au cœur des entretiens permet, outre l'intérêt purement théorique, d'explorer les appropriations et les résistances des professionnels (et parfois des chercheurs) d'un ensemble de sous-thèmes en lien avec cet objet de recherche, la sexualité, qui est aussi un objet de la pratique de consultation. À partir d'un dispositif de recherche mené par l'équipe « Genre, sexualité et santé » (CESP-INSERM U1018) portant sur les médecins généralistes et la sexualité, nous allons illustrer l'intérêt d'une réflexion approfondie sur l'entretien comme lieu de rencontre entre la mémoire des chercheurs en psychologie et la mémoire des professionnels de santé. L'analyse de cette rencontre s'appuie sur la distinction entre les thématiques de la sexualité qui mobilisent, dans l'entretien, la mémoire épisodique (*i.e.* des récits de cas : épisodes de consultations singulières), la mémoire socio-procédurale (*i.e.* des déroulements typiques ou scripts de consultations) ou enfin, la mémoire sémantique (*i.e.* idées, opinions, attitudes et connaissances générales du médecin). Notre méthode d'analyse basée sur la mémoire permet d'articuler des approches des scripts de consultations développées en lien avec une réflexion sur les systèmes-experts (Cicourel, 1985, 2002) et des approches plutôt « narratives » (Hunter, 1991, Radley & Chamberlain, 2001) du discours des médecins. Enfin, il intègre une réflexion sur les manières dont la mémoire et l'oubli collectifs (Halbwachs, 1950) informent respectivement la mémoire sémantique des médecins interviewés et des chercheurs qui les interrogent.

Sur le plan méthodologique, afin d'étudier la mémoire et l'oubli des chercheurs en psychologie qui ont travaillé sur les médecins et la sexualité, nous avons dans un premier temps effectué une recherche bibliographique assistée par ordinateur sur la base de données PsycINFO. Il s'agissait d'une analyse lexicale et sémantique d'un siècle d'abstracts d'articles contenant les mots-clés en anglais « *physician** » et « *sexual** ». Ceci afin de comprendre l'évolution des concepts, du vocabulaire et des problématiques de recherche au cours du XX^{e} siècle qui mettent en rapport le ou les médecins et la sexualité (ou le « sexuel », le « sexuellement », ou les « sexualités » qui sont compris dans le mot-clé « *sexual* » en anglais). Cette recherche bibliographique (N=1047 *abstracts* et les variables leur correspondant : année de publication, auteur, source, affiliation institutionnelle, langue de publication) a permis en outre d'observer sur une échelle de temps long, l'influence de la psychanalyse puis de la psychologie de la santé sur l'orientation des problématiques de recherche concernant les médecins et la sexualité. Elle a également permis d'observer l'émergence d'une série de problèmes « médico-sexuels » (*e.g.* la contraception, l'IVG, le sida, les troubles sexuels.) qui remplacent à partir du début des années 1980 un intérêt global pour « la sexualité » au cours de l'histoire de ce champ de recherche (Levinson & Giami, 2006 ; Levinson, 2009a, 2009b).

Dans un second temps, les chercheurs de l'équipe ont mené 35 entretiens semi-directifs avec les médecins généralistes en Île-de-France, Pays de la Loire et en Normandie. La consigne des entretiens était : « Pouvez-vous me parler de tout ce qui a trait de près ou de loin à la sexualité dans votre pratique de médecin ? » et mettait *a priori* l'accent sur les connaissances et pratiques professionnelles. Une des méthodes d'analyses mise en œuvre se fondait sur une procédure de codage spécifiquement liée aux contenus mnésiques de l'entretien. Quatre chercheurs avaient pour instruction de souligner toute référence dans le discours des médecins à un individu en particulier. L'unité d'analyse : *l'épisode* devait porter, non pas sur une catégorie sociale (*e.g.* les hommes, les vieux), mais sur quelqu'un en particulier, par exemple : « Un jour, un très vieux monsieur est venu me voir… » ; « Une fois, une amie de mon fils… ». Les épisodes concernant « l'individu » ont été consignés dans un fichier séparé et leurs thématiques notées en guise de titre. Les modalisations (Blanchet, 1995) qui les ont introduits et celles qui les ont closes y figurent également. Le fichier restant se caractérisait par deux types de contenus : (a) les déroulements typiques de consultations en rapport avec des types de patients (*i.e.* scripts), ainsi que (b) des contenus en rapport avec la mémoire sémantique (*i.e.* connaissances, idées, opinions).

En termes de résultats, il s'avère que les épisodes abordés spontanément par le médecin sont dans leur très grande majorité des « exceptions » et des « divergences » d'avec ses attentes. Marqués par des incertitudes ou par l'expression des réactions affectives, les épisodes traduisent des appropriations difficiles de certains aspects de la pratique. Les thématiques des épisodes correspondent par ailleurs, en comparaison avec l'analyse bibliographique, à des lieux d'oubli de la recherche actuelle, marquée par une médicalisation / « santéisation » de la sexualité et ses thématiques attendues (*e.g.* le sida, la contraception et l'IVG), et les troubles sexuels susceptibles d'être traités par des médicaments, ou qui sont secondaires à une maladie chronique (Giami, 2009). Ces problèmes médico-sexuels sont pour leur part abordés dans leur grande ma-

jorité par des scripts de consultation typiques. *A contrario*, les thématiques présentes dans les entretiens sous forme d'épisodes se rapportent majoritairement aux champs de l'érotisation de la relation médecin / patient, aux ambiguïtés associées aux abus sexuels constatés ou soupçonnés, aux non-compliances surprenantes, aux problèmes d'entente conjugale et aux rapports entre l'alcoolisme et la sexualité. Autrement dit, les épisodes portent sur des problématiques rencontrées sur le terrain de la médecine générale, mais qui sont « oubliées » ou « marginalisées » depuis l'avènement de la psychologie de la santé. Ces thèmes, autrefois au centre des problématiques de recherche sont négligés depuis les années 1980 dans le corpus bibliographique sur les médecins et la sexualité (Levinson & Giami, 2006, Levinson, 2009a, 2009b). Ces problématiques oubliées par la recherche donnent lieu, sur le terrain, à des récits qui comprennent souvent des questionnements sans réponse et des expressions d'ambivalences chez les médecins interviewés.

In fine, la réflexion menée ici peut porter plus globalement sur le cadre des entretiens non directifs de recherche, où la mobilisation par les sujets de la mémoire épisodique, socio-procédurale ou sémantique peut fournir un indicateur des manières de s'approprier, de résister ou de faire face individuellement et/ou collectivement aux différents aspects qu'implique un objet de santé – en l'occurrence ici la sexualité – qui déborde le cadre de la médecine. Elle peut s'avérer utile aussi pour intégrer de nouveaux éléments dans la formation médicale, mais aussi pour réinscrire dans la recherche, des problématiques toujours préoccupantes, mais trop rapidement évacuées des recherches en psychologie de la santé.

4.1 Les récits de la sexualité chez les infirmières en oncologie

Nous proposons ici une réflexion théorico-méthodologique sur les « récits » de cas singuliers (*i.e.* unités narratives centrées sur une personne / situation concrète) qui, bien que très banalement présents dans les entretiens de recherche, n'ont suscité jusqu'à présent qu'un faible intérêt en psychologie de la santé. Or ces récits singuliers (*i.e.* registre expérientiel) distincts des théories (savantes ou profanes) et des représentations sociales (*i.e.* registre idéel) (Levinson, 2009c), mais aussi des stéréotypes et des scripts sociaux (*i.e.* registre intermédiaire) constituent une voie d'accès privilégiée à l'analyse de la subjectivité des acteurs sociaux et de leur rapport ambivalent aux normes professionnelles.

Diverses questions initiales ont guidé notre travail d'analyse portant sur les récits de la sexualité produits par des infirmières : comment sont structurées ces narrations ? Qu'est-ce qu'elles mettent en scène ? Quels sont les récits les plus fréquents et les plus rares ? Qui produit ces récits et qui n'en produit pas ? À quoi servent ces récits ? Quel est l'apport spécifique de l'analyse narrative en regard des analyses de contenu classique ?

Notre propos s'appuie sur une recherche qualitative multicentrique qui a été menée sur la base d'entretiens approfondis de 64 infirmières évoluant principalement en oncologie dans un cadre médico-hospitalier (CHR, CHU, cliniques, CLCC) et/ou à domicile des patients (HAD, SIAD). L'analyse des récits contenus dans notre corpus d'entretiens s'est déroulée en trois phases : délimiter / isoler chaque récit du reste du discours, puis

les caractériser (acteurs, interlocuteurs, sexes, âges, pathologies, lieux, temporalités, intrigues) et enfin les quantifier (en recourant conjointement à des techniques d'analyse de contenu et aux logiciels SPSS et Alceste). Ainsi, 379 récits ont été identifiés dans l'ensemble des entretiens, avec une moyenne de 6 récits par interview (0-26 récits), soit une proportion variant de 0 % à 65 % du verbatim total de chaque entretien.

En termes de contenus, l'analyse qualitative révèle que les récits de la sexualité mettent en scène des situations de communication ou d'érotisation qui sont vécues et évaluées différemment par les infirmières selon leur degré de conformité aux « scénarios professionnels » communément attendus et valorisés dans leur profession, en fonction du contexte, du type d'acteurs et de l'intentionnalité attribuée à leurs actes (Giami, Moulin & Moreau, 2013 ; Giami, Moreau & Moulin, 2015).

Dans notre corpus d'entretiens, l'érotisation apparaît dans toute sa dualité, à la fois nécessaire à l'exercice du soin / du « *care* » : un plaisir pris dans l'accomplissement du travail et dans la relation avec les malades (*e.g.* sympathie, empathie, écoute, disponibilité, blagues, compliments, connivence) ou inversement vécue comme un obstacle au travail soignant sous formes de menaces identitaires / professionnelles pour l'infirmière (*e.g.* érotisation non souhaitée, conduites irrespectueuses, avances insistantes, gestes ou propos déplacés, harcèlement).

Ainsi, resitués dans la dynamique intersubjective des entretiens de recherche, ces récits permettent à l'interviewé.e de témoigner face à l'interviewer de ses expériences concrètes de travail (satisfactions / difficultés), d'expliquer « l'événement » inattendu en lui attribuant un sens pour pouvoir y faire face et le rendre assimilable et tolérable, mais aussi de réaffirmer (ou plus rarement de contester) le bien-fondé des normes professionnelles qui encadrent les pratiques infirmières comme la norme de la « bonne distance » relationnelle au patient (Moulin, 2007).

De manière complémentaire, l'analyse quantitative permet d'identifier, au-delà de la diversité des récits évoqués, les scénarios infirmiers dominants qui mettent en scène un ou une patient.e, plutôt jeune (moins de 50 ans), atteint.e d'un cancer (cancer du sein pour les femmes ou cancer génital pour les hommes [prostate ou pénis]), en interaction avec une infirmière (ou une collègue de celle-ci), évoluant en milieu hospitalier, évoquant un problème lié à la sexualité, et en particulier une situation d'érotisation de la relation de soin ou une situation de communication autour de la sexualité.

Plus précisément, la communication autour de la sexualité est 1,4 fois plus souvent associée aux femmes qu'aux hommes (39,9 % *vs.* 29 %), et inversement, l'érotisation de la relation patient.e / soignant.e est 3,6 fois plus souvent associée aux hommes patients qu'aux femmes patientes (29,6 % *vs.* 8,2 %). De plus, les situations d'intimité / érotisation entre patient.e.s et soignant.e.s sont 3,8 fois plus souvent mentionnées quand l'acteur principal a plus de 50 ans que lorsqu'il est plus jeune (38,7 % *vs.* 10,1 %). Autrement dit, l'âge et le genre des interlocuteurs sont appréhendés de la même manière par les interviewé.e.s, dans la mesure où les relations de soin qui mettent en scène des soignant.e.s et des patient.e.s de même genre et/ou de même âge apparaissent sans danger, facilitant les communications sur la sexualité. Inversement, les différences de

genre ou d'âge sont pensées comme périlleuses pour la communication, comportant potentiellement un risque d'érotisation de la relation de soins qui doit dès lors être maîtrisé pour ne pas sortir du cadre professionnel.

Si l'on intéresse à présent à la production des récits sur la sexualité, la quantification et l'analyse statistique de ces récits ont permis également de révéler que les interviewé.e.s ayant déclaré avoir suivi une psychothérapie personnelle produisent en moyenne davantage de récits que les autres interviewé.e.s (respectivement 9,9 *vs.* 5,8). À titre d'hypothèse, on peut supposer que la psychothérapie est un cadre spécifiquement dédié et incitatif à la réflexivité et à la production de récits de/sur soi, qui s'avère similaire à la situation d'entretien de recherche. De même, il apparaît que la proportion des récits au sein des entretiens est inversement corrélée à l'ancienneté professionnelle des interviewé.e.s, au sens où moins les interviewé.e.s sont expérimenté.e.s et plus leurs récits tiennent une place importante dans leur discours. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les interviewé.e.s les plus expérimenté.e.s auraient plus de capacités à dépasser le cas par cas anecdotique et à témoigner de leur vécu professionnel de manière plus synthétique.

Nous voyons bien ici l'intérêt d'une analyse spécifique des récits singuliers qui doit être pensée comme un outil heuristique et complémentaire en regard des habituelles analyses thématiques de contenus. L'analyse narrative permet de mettre au jour les fonctions sociocognitives (*i.e.* fonctions expressive, testimoniale, illustrative, réflexive, signifiante), identitaires (*i.e.* présentation / affirmation de soi), mais également émotionnelles (*i.e.* partage social et ventilation des émotions) de ces récits, d'identifier des scénarios sexuels typiques / dominants, à l'instar des « scripts sexuels » (Gagnon, 2008) ou alternatifs / marginaux (*i.e.* cas uniques) *via* l'approche quantitative, mais aussi de mettre en exergue les tensions et contradictions qui tiraillent les infirmières *via* l'approche qualitative. Autrement dit, il s'agit à la fois d'objectiver l'ensemble des discours tout en préservant leur singularité créative, permettant ainsi de générer de nouvelles pistes interprétatives dans une optique de triangulation méthodologique (Denzin, 1970).

Au terme de ce chapitre, il nous apparaît d'une part, que l'analyse narrative en médecine et en psychologie de la santé permet de renouer avec la parole singulière des individus afin de retrouver le sens que les acteurs de la scène sanitaire (*i.e.* patients, proches, professionnels, bénévoles) confèrent eux-mêmes à leurs propres conduites dans des contextes socioculturels et institutionnels déterminés (Geertz, 1986). Sens qui a été évacué de la biomédecine contemporaine, car assimilé le plus souvent à une source d'erreur préjudiciable à la prévention, à l'exercice médical et/ou à la pratique du soin. D'autre part, l'élaboration de méthodes de recherches rigoureuses et innovantes qui puissent tenir compte des registres expérientiels des discours, tout autant que des contenus idéels habituellement étudiés en psychologie de la santé (*i.e.* savoirs / connaissances, opinions, attitudes et représentations), nous parait essentielle. Ces registres discursifs expérientiels ne peuvent être réduits à des conduites objectivées et déconnectées de leurs mode et contexte d'expression, car, selon nous, les récits des acteurs de la santé devraient être appréhendés comme autant d'objets de recherche

et de leviers féconds, tant pour la formation des professionnels de santé que pour les interventions préventives, thérapeutiques ou soignantes.

Références

Bachelard, G. (1923/2012). Préface. In M. Buber (Ed). *Je et tu (p.9-10)*. Paris : Aubier.

Blanchet, A. (1995). *L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens.* Paris : Dunod.

Boyce, P., Huang Soo Lee, M., Jenkins, C., Mohamed, S., Overs, C., Paiva, V., & Aggleton, P. (2007). Putting sexuality (back) into HIV/AIDS : Issues, theory and practice. *Global Public Health, 2(1),* 1-34.

Bruner, J. (1991). *Car la culture donne forme à l'esprit.* Paris : Estel, forum éducation culture.

Charon, R. (2015). *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladies.* Aniche : Sipayat.

Cicourel, A. (1985). Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *60*, 79-89.

Cicourel, A. (2002). *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive* (textes réunis et présentés par Pierre Bourdieu et Yves Winkin). Paris : Seuil.

Denzin, N. K. (1970). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods.* Chicago : Aldine Publishing Co.

Dowsett, G. W. (1996). *Practiting desire : homosexual sex in the area of AIDS.* Stanford : Stanford University Press.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé : essai de généalogie.* Paris : PUF.

Fisher, W. A., & Fisher, J. D. (1992). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour : A conceptual model and educational tools. *Canadian Journal of Human Sexuality, 1(3),* 99-106.

Gagnon, J. (1975). Sex Research and social change. *Archives of Sexual Behavior, 4(2),* 111-141.

Gagnon, J. (2004). Theorising Risky Sex. In J.Gagnon, *An interpretation of desire : Essays in the study of sexuality* (p.201-227). Chicago, IL US : University of Chicago Press.

Gagnon, J. H. (2008). *Les scripts de la sexualité : essais sur les origines culturelles du désir.* Paris : Payot.

Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct : The Social Sources of Human Sexuality.* Chicago : Aldine Books.

Geertz, C. (1986). *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir.* Paris : PUF.

Giami, A. (2009). Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In S. Yaya (Ed). *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socioanthropologiques et éthiques* (p.225-249). Montréal : Presses de l'Université Laval.

Giami, A., & Schiltz, M. A. (2004). *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité.* Paris : Editions de l'INSERM.

Giami, A., Moreau, E., & Moulin, P. (2015). *Infirmières et sexualité : entre soins et relation.* Rennes : Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Giami, A., Moulin, P., & Moreau, E. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail, 55,* 20-38.

Girard, G. (2012). *Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009.* Paris : EHESS.

Goupy, F., & Le Jeune, C. (2017). *La médecine narrative : Une révolution pédagogique ?.* Paris : Medline.

Halbwachs, M. (1950/1967). *La mémoire collective.* Paris : Presses Universitaires de France.

Hunter, K. M. (1991). *Doctor's stories, the Narrative Structure of Medical Knowledge.* Princeton NJ : Princeton University Press.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers, 102(3)*, 23-34.

Kalichman, S.C., Picciano, J.F., & Roffman, R.A. (2008). Motivation to reduce HIV risk behaviors in the context of the Information, Motivation and Behavioral Skills (IMB) model of HIV prevention. *J Health Psychol, 13(5)*, 680-689.

Le Talec, J.-Y. (2007). La double normalisation de l'homosexualité et du sida : expressions identitaires, désirs et risques. In B. Perreau (éd.). *Le choix de l'homosexualité* (p.117-131). Paris : Epel.

Levinson, S. & Giami, A. (2006). From Sexuality to Sexual Health : the use of history in psychosocial training programs for physicians. *Sexual and Relational Therapy*, *21(3)*, 347-357.

Levinson, S. (2009a). *Analyse historiographique des publications en psychologie concernant les médecins et la sexualité (1911-1976) : de la Première guerre mondiale à la « révolution sexuelle », de l'autorité à l'ambiguïté.* In A. Giami, G. Delaroque, C. LeVan, S. Levinson, and P. Moulin (Eds). *Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes* (p.55-73). Paris : Rapport scientifique à l'Agence nationale de recherches sur le sida.

Levinson, S. (2009b). *Analyse historiographique des publications en psychologie concernant les médecins et la sexualité (1977-2004) : trente ans de consolidation du champ de la santé, fragmentation de la sexualité.* In A. Giami, G. Delaroque, C. LeVan, S. Levinson, and P. Moulin (Eds). *Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes* (p.74-126). Paris : Rapport scientifique à l'Agence nationale de recherches sur le sida.

Levinson, S. (2009c). *La science du particulier : récits des médecins des concernant la sexualité des patients.* In A. Giami, G. Delaroque, C. LeVan, S. Levinson, and P. Moulin (Eds). *Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes* (p.353-386). Paris : Rapport scientifique à l'Agence nationale de recherches sur le sida.

Moulin, P. (2007). La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes. *Nouvelle revue de psychosociologie, 2(4),* 59-88.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, *23*, 147-181.

Paillé, P., & Muchielli., A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris : Armand Colin.

Radley, A., & Chamberlain, K. (2001). Health psychology and the study of the case : from method to analytic concern. *Social Science and Medicine*, *53(3),* 321-332.

Ricœur, P. (1985). *Temps et récit III, Le temps raconté.* Paris : Seuil.

Rojas Castro, D., Coquelin, V., Sempé, S., Jablonski, O., Le Gall, J. M., Andreo, C., & Spire, B. (2012). Barebacking and sexual health in the French setting : "NoKondom Zone" workshops. *AIDS Care, 24(8)*, 1046-1051.

Serres, M. (2007). *Le voyage encyclopédique de Michel Serres.* Collection documentaire *Empreintes,* France 5.

White, M. (2003). *Les moyens narratifs au service de la thérapie.* Molenbeek : SATAS.