Éducation thérapeutique du patient et sociologie clinique

Une rencontre surprenante

Mélinée Schindler[(1)], Aline Lasserre Moutet[(2)], Pr Alain Golay[(3)]

(1) sociologue – doctorante à l'Université de Genève et collaboratrice scientifique à l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et Prévention de la Violence
Hôpitaux Universitaires de Genève
(2) chargée de formation – Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques
Hôpitaux Universitaires de Genève
(3) Médecin-chef – Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques
Hôpitaux Universitaires de Genève

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 2 | pp. 209-224

Reçu le : 08/11/18 | Accepté le : 06/06/19

Résumé : Deux champs des pratiques de soin ne s'étaient jamais confrontés, jusqu'à la rencontre à Genève, en 2013, d'un sociologue clinicien, Christophe Niewiadomski, et de huit représentants de l'éducation thérapeutique du patient, à l'occasion de trois journées intitulées « histoire de vie et santé ». L'enquête que nous avons menée auprès des participants à ce séminaire éclaire d'un jour nouveau l'épineuse question de la frontière entre formation et thérapie. Un contraste émerge entre l'enthousiasme que les praticiens de l'éducation thérapeutique montrent à se mesurer aux quatre supports pédagogiques proposés par l'animateur et les difficultés à concevoir l'application de ces épreuves biographiques à la situation du malade chronique. L'exercice du récit de soi, écrit puis lu devant les collègues, laisse apparaître un basculement dans le « chaos des émotions » qui va bien au-delà d'une simple prise de conscience du sens de l'histoire personnelle. C'est aussi la différence entre santé et maladie qui vacille lorsque le soignant se trouve dans la position étrange de devoir prendre soin de soi. On assiste, lors du *focus group*, à un débordement du cadre traditionnel de l'explication psycho-sociale des pathologies vers une dimension anthropologique du soin.

Mots-clés : éducation thérapeutique, sociologie clinique, histoire de vie et santé, dramatisation du récit, cicatrices émotionnelles.

Introduction

En 2013 a eu lieu à Genève une rencontre inédite entre deux champs de soins. Des praticiens de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) ont eu la curiosité de se livrer, pendant trois journées de séminaire, aux exercices narratifs proposés par le profes-

seur Christophe Niewiadomski, éminent représentant de la sociologie clinique. Une double perspective les animait : se mettre à l'épreuve par le récit de soi adressé aux collègues, et discuter de la possibilité d'une transposition de cette expérience aux patients eux-mêmes.

C'est alors que la coordinatrice du séminaire eut l'idée de lui donner une suite impromptue, en déléguant à une sociologue le soin de réaliser un entretien avec les participants puis de les réunir en *focus* pour une discussion finale. Ce sont les résultats de cet après-coup qui sont présentés ici en suivant le fil thématique construit pour les entretiens : le climat du séminaire, la surprise de se raconter, l'expérience des quatre supports pédagogiques, les effets singuliers de la rencontre, la variabilité des notions de vie et de santé et l'hypothèse d'une adaptabilité de ce modèle aux patients chroniques.

Nous discuterons ensuite des limites propres à cette enquête, alors que la sociologue, elle-même impliquée par ailleurs dans les deux champs de l'ETP et de la sociologie clinique, n'a d'autre connaissance du contenu des exercices que par l'ouï-dire des participants, témoignages recueillis une année après la rencontre initiale. Un trouble dans le séminaire repéré autour du surgissement d'un pic émotionnel vécu par ces professionnels nous conduit à l'épineuse question de la frontière à observer entre un effet formateur et un effet thérapeutique dans le cadre d'un tel séminaire. La dramatisation d'un récit de vie et santé, au sens d'une mise en lecture devant les collègues d'un fragment de sa propre histoire, laisse apparaître un registre cathartique de l'exercice susceptible de bousculer les normes de la « bonne distance ».

Une autre dimension clinique ou thérapeutique naît à l'instant de la reconnaissance partagée des cicatrices de la vie : dans la révélation de la profonde vulnérabilité de la condition humaine, le soignant apprend à se soigner lui-même, selon la formule d'un participant au séminaire. Ce devenir-patient du soignant pourrait dès lors ouvrir la possibilité d'une attention différente au récit du malade chronique et modifier sa prise en charge, mais les difficultés institutionnelles qui font obstacle à l'adaptation du modèle au patient laissent une telle expérience en suspens.

1 Éducation thérapeutique et sociologie clinique

L'éducation thérapeutique naît dans les années 1960 aux Etats-Unis. Face au double défi des coûts humains et hospitaliers engendrés par le diabète, Leona Miller, directrice du County Hospital de Los Angeles, décide d'introduire une véritable éducation du malade. Grâce à l'augmentation du nombre d'infirmières formées à l'écoute du vécu du patient, elle parvient à réduire de moitié les atteintes secondaires du diabète, et à ramener la fréquence d'hospitalisation des diabétiques à celle de la population non diabétique. Jean-Philippe Assal, qui fréquente Leona Miller lors d'un stage aux Etats-Unis, décide d'appliquer cette méthode à l'Hôpital cantonal de Genève. Lui-même diabétologue, il publie en 1979 avec un psychiatre psychosomaticien, Rolf Gfeller, *Le vécu du malade diabétique*, véritable manifeste de ce qui va s'appeler « éducation thérapeutique du patient » (Gfeller et Assal, 1979). Cette nouvelle approche s'élargit à d'autres pathologies chroniques dès lors qu'elle reçoit en 1998 l'aval de l'Organisation mondiale de la santé et se développe dans les trois centres agréés de Genève, Paris et Louvain. Gfeller et Assal ont fait du groupe de discussion avec *feedback* le cœur de leur méthode, transformant radicalement la relation traditionnelle du médecin au patient, et celle du patient à sa maladie ainsi exposée,

« [...] le message en retour [*feed-back*] constitue *le vécu du malade diabétique que seuls les soignés peuvent nous apprendre, car le vécu du malade diabétique n'est consigné dans aucun livre de diabétologie* » (*op. cit.*, p. 6, souligné par les auteurs). Aujourd'hui à Genève, pour ne parler que du terrain fréquenté par les participants au séminaire, se poursuivent d'autres recherches. Jean-Philippe Assal explore le théâtre du vécu entre patients, soignants, metteur en scène et acteurs. Du côté du Service d'enseignement thérapeutique pour maladie chronique, son directeur met au principe de la cure des obèses et diabétiques l'entretien motivationnel (EM), en lien constant avec les avancées des sciences de l'éducation, et assure le développement des formations diplômantes en pratiques d'ETP (Golay et *al.*, 2010).

La sociologie clinique apparaît en France dans les années 1980. C'est Vincent de Gaulejac qui en définit les assises théoriques et pratiques. Elle se compose de nombreuses disciplines, au premier plan desquelles on trouve la psychanalyse freudienne, la sociologie sacrée de Bataille, l'existentialisme de Sartre, l'ethnopsychiatrie de Devereux, l'herméneutique de Ricœur et la socioanalyse de Bourdieu. Niewiadomski a bien conscience de l'énormité de la tâche, « aucun chercheur ne pouvant maîtriser à lui seul l'ensemble des champs convoqués » (Niewiadomski, 2012, p. 110). L'adresse « clinique » est ici moins médicale que proprement sociale : les souffrances ordinaires causées par les pressions professionnelles et familiales, les addictions, l'argent, la honte, sont traités par diverses techniques regroupées autour de la reconstruction narrative de l'histoire de vie. Ces pratiques de l'exposition de soi sont enseignées, ou mieux expérimentées, dans des « groupes d'implications et de recherches » qui offrent aux participants l'occasion d'analyser leur roman familial et leur trajectoire sociale (De Gaulejac, Hanique et Roche, 2007, p. 53). Théoriquement, il s'agit de dépasser l'opposition tenace entre sociologie et psychologie en transgressant les barrières disciplinaires. Pratiquement, la recherche concerne d'abord les effets des procédures managériales sur les employés : stress, épuisement professionnel, harcèlement social, symptômes dépressifs. Le but est de sortir l'approche clinique du champ médical et thérapeutique pour l'appliquer à des interventions sociales. Une jonction de la sociologie clinique avec les sciences de l'éducation se produit en 1990 lorsque Gaston Pineau à Tours, Pierre Dominicé à Genève et Guy de Villers à Louvain créent l'Association internationale des histoires de vie en formation (Niewiadomski, 2012, p. 60-64). Ces approches prennent comme principe que la constitution des connaissances dites « spontanées » se déroule tout au long de la vie et qu'elle participe à un processus de formation de soi (Dominicé, 1990 ; Dominicé et Lasserre Moutet, 2013).

2 Le séminaire

Le séminaire « Histoire de vie et santé » fait partie du cycle « roman familial et trajectoire sociale » proposé par l'Institut international de sociologie clinique de Paris. Les trois journées de Genève, les 30, 31 mai et 1er juin 2013, ont pour ambition déclarée d'explorer « comment s'est construite personnellement et socialement notre conception de la santé ». Le dispositif pédagogique [1] repose sur la méthode des récits de vie en groupe. Quatre outils, ou supports, soutiennent cette mise en récit. L'exercice d'écriture se déroule à partir d'une

1. Un tel dispositif n'a pas de visée thérapeutique déclarée, mais ce n'est pas le ressenti de tous les participants (*cf.* infra p. 215 et 218-119). On trouvera une discussion détaillée sur la question de la frontière entre thérapie et formation dans un article publié aux PUQ (Schindler, 2018).

proposition suspensive : « Tout allait bien jusqu'au moment où... ». L'arbre généalogique est construit sur quatre générations en précisant l'époque, les lieux, les maladies, la valeur de la santé et l'alimentation. La trajectoire de vie est un graphique temporalité/intensité au sujet des santés physique et psychique, du travail, de la vie amoureuse. Le dessin a pour simple consigne de « dessiner ma santé idéale ». À la suite de ce premier moment de narration de soi « dans son coin », les participants entament la confrontation de leurs productions aux collègues et à l'animateur. Chaque personne revient sur le récit qu'elle a fait d'elle-même grâce à tel ou tel outil (implication), et donne ainsi prise à la discussion et à la production d'hypothèses (recherche), que ce soit sur le versant du développement personnel ou sur le versant professionnel.

La carrière de Christophe Niewiadomski, l'animateur du séminaire de Genève, reflète bien le carrefour épistémique caractérisant la sociologie clinique. Formé aux techniques de groupe dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'alcoolo-dépendance, il s'engage dans « l'aventure psychanalytique » tout en infléchissant son parcours infirmier au contact du pionnier des histoires de vie en formation, Gaston Pineau, et de celui qui instaure alors une « dialectique entre phénomènes intrapsychiques et phénomènes socio-historiques », Vincent de Gaulejac. Au bénéfice d'un doctorat en sciences de l'éducation, Niewiadomski est actuellement maître de conférences à l'Université de Lille. L'autorité que lui confère sa longue expérience de la psychanalyse (une didactique « étalée sur près d'une décennie ») laisse planer, nous le verrons, une ombre interprétative tout au long du séminaire.

3 Méthode de l'enquête sociologique

À la suite d'une information sur l'enquête projetée, les huit participants ont accepté de se prêter chacun à un entretien semi-directif d'environ une heure. Le choix d'utiliser la technique de l'entretien s'est rapidement imposé : il nous était nécessaire, dans notre ignorance totale du contenu du séminaire, de les entendre sur leurs expériences respectives des exercices narratifs. Notre questionnement, à cette étape de la recherche, tournait autour de deux grands axes : quel impact, au fond, a eu ce séminaire à ce moment de leur vie, et quelles conclusions en ont-ils tirées quant à la possibilité d'une transposition de ces exercices dans une situation d'éducation thérapeutique du malade chronique ? Le guide d'entretien a été construit autour de six questions : 1. Quel a été votre parcours ? 2. Qu'avez-vous pensé des différents supports pour entrer dans cette démarche de récit de vie ? 3. Quel rôle a joué le groupe au fil des exercices ? 4. Quelles stratégies avez-vous mises en place pour vous raconter ? 5. Qu'est-ce que cette démarche vous a appris, a-t-elle changé votre conception de la santé ? 6. Proposeriez-vous cette démarche aux patients chroniques ?

Les huit participants à l'enquête ne forment pas un « échantillon » au sens usuel de la sociologie, puisqu'il s'agit tout simplement des mêmes protagonistes intéressés volontairement par le séminaire de Niewiadomski. Mais ils partagent quelques caractéristiques exemplaires. Leur âge s'échelonne entre 40 et 65 ans. Ces six femmes et ces deux hommes sont tous des professionnels chevronnés issus de la médecine, de la pédagogie, des soins infirmiers et de la psychologie. Tous ont eu affaire, depuis de nombreuses années, à l'éducation thérapeutique du patient chronique dans un cadre hospitalier. Tous, à des titres

divers, ont expérimenté différentes formes de thérapie ou de formation continue au cours de leur carrière. Il est regrettable que nous n'ayons pu, pour des raisons de confidentialité, attribuer leurs dires selon leur profession et leur âge. Nous éviterons toute catégorisation nominale professionnelle et nous nous en tiendrons, lorsque nous les citerons littéralement, aux chiffres des entretiens (E-1 à E-8). La transcription d'un dire exprimé oralement se fait selon la règle de la correction *a minima,* telle qu'elle a été formalisée par Pierre Bourdieu, de manière à rester au plus près des impulsions propres à chaque intervenant (Bourdieu, 1993, pp. 920-925).

Nous avons entrepris la récolte des données sur leur lieu de travail. Après avoir enregistré les entretiens, nous les avons intégralement retranscrits. Nous avons ensuite effectué un codage ainsi qu'une analyse thématique de contenu afin d'identifier les similitudes et les différences, les contrastes et les variations au sein du *corpus* de données. Sur la base de ce repérage, nous avons formulé une synthèse des résultats de l'enquête que nous avons présentée à l'ensemble des participants réunis dans la forme d'un *focus group* (notés ci-après FG-1 à FG-8 pour les citations). Par cette ultime discussion, nous voulions d'une part être au plus proche du courant de sociologie clinique qui veut que les participants soient co-acteurs de l'enquête, et d'autre part stabiliser les résultats de la recherche.

4 Résultats

4.1 Le climat du séminaire

Les participants au séminaire de Genève ont spontanément relevé quelques traits constitutifs de leur rencontre qui en font la « particularité ». Ils se disent eux-mêmes « collègues et amis » se côtoyant depuis de nombreuses années en tant que professionnels, mais ne partageant pas le même quotidien, ce qui laisse place à la « bonne distance». Tous font état d'un « climat de sécurité », allant jusqu'à parler d'une « bulle d'apprentissage protégée ». « J'étais très en confiance avec les personnes qui étaient là. Je trouvais que c'était un climat bienveillant, j'étais tranquille avec ça » (E-2). Si la plupart sont déjà familiarisés avec des exercices de groupe, ils avouent leur ignorance (à une exception près) des pratiques spécifiques à la sociologie clinique : « Nous ne savions pas à quelle sauce nous allions être mangés ! » (E-3).

La discussion générale qui fait suite aux entretiens confirme ce portrait de groupe, tout en accentuant le côté émotionnel. « C'était confortable, dans un cadre tout à fait privé qui n'a rien à voir avec le boulot. Je me suis sentie en confiance » (FG-6). Un participant affirme : « Ça s'est construit autour d'un certain élan, d'un certain enthousiasme » (FG-2).

Tous s'accordent à dire que ce fut « un bon moment » passé ensemble. Mais cette première impression d'une occasion heureuse fera bientôt place au contraste des chamboulements émotionnels et cognitifs qui auront dramatisé ces trois journées, et parfois leur après-coup. On comprend dès lors pourquoi les huit participants font de la bienveillance, de la sécurité et du confort le socle du bon déroulement du séminaire.

4.2 Les quatre supports pédagogiques

Une revue exhaustive des occurrences repérées dans les entretiens et le *focus group* montre parfaitement l'échelle des intérêts portés par les participants aux quatre exercices du séminaire.

La trajectoire de vie n'est pratiquement pas évoquée lors des entretiens. Ce support est plutôt assimilé aux trois autres outils, en particulier au génogramme. Aucune mention n'y est faite dans le *focus group.*

Deux personnes disent n'avoir pas fait le dessin de la santé idéale. Les autres donnent une image très positive de cet exercice. Bien qu'ayant déjà travaillé avec des art-thérapeutes, une participante décrit la nouveauté que présente pour elle ce support : « Je trouve le dessin fabuleux. Il y avait quelque chose de très salvateur, on était du côté de la ressource, du potentiel, de la beauté, de ce qui va bien, de la santé » (E-4). Une autre confirme : « J'étais contente à la fin de faire le dessin de santé. Je trouvais ça très chouette de pouvoir jouer, de pouvoir sortir de la douleur, de la maladie. Se laisser surprendre par le dessin, c'était magnifique, c'était très agréable » (E-5). Le *focus group* n'y revient pas.

Sept personnes se disent familières du génogramme ou arbre de vie, qu'elles aient utilisé ce support pour elles-mêmes ou avec leurs patients. Bien que connu et largement pratiqué, l'arbre généalogique n'est pas sans danger lorsqu'il est mal maîtrisé. Une participante qui dit avoir l'habitude de cet exercice en systémique s'avoue un peu perdue à ce moment fort du séminaire : « Je l'ai mal vécu dans le sens où... je pense que ça a mis en évidence quelque chose, on est vraiment dans la thérapie du récit. Je sais pour l'avoir travaillé que l'arbre, c'est quelque chose de très fort, mais là, je l'ai vraiment expérimenté » (E-7). Le *focus group* se contente de réaffirmer la pratique bien connue, et finalement peu créative selon certains, du génogramme.

Il en va tout autrement pour le premier exercice qui a inauguré le séminaire, l'écriture à partir de la phrase « tout allait bien jusqu'au moment où... ». Mise à part une personne qui ne mentionne pas ce support dans les entretiens, tous les autres participants en parlent, en précisant d'abord n'avoir jamais testé l'outil pour eux-mêmes ou avec leurs patients, d'où son caractère inattendu. L'exercice surprend par sa nouveauté technique et son intensité. « J'étais vraiment parti à 200 km/h dedans, à la fois sur ce que ça m'a évoqué et puis après de le partager avec des collègues, c'était particulier et très riche » (E-2). « La narration, je dirais que c'est un outil intéressant. Ça m'a fait raconter un épisode de ma vie qui avait été très difficile. Ça ne m'a pas fait plus avancer, mais ça m'a fait m'exprimer et c'est un épisode que j'exprime rarement, ça m'a permis de le partager avec les autres » (E-6).

Le *focus group* précise cette dimension particulière qu'a prise la rédaction à partir de la fameuse phrase dans l'ensemble du séminaire. « Je trouve qu'il y avait vraiment quelque chose de très fort dans la rencontre que l'on a soi-même avec soi-même. Les autres outils, c'était plus connu, donc moins nouveau, on raconte moins » (FG-7). « Le premier outil surprend, il invite à quelque chose de plus intérieur, de plus intime que les autres outils. La phrase vient toucher à un endroit par surprise, on ne choisit pas et du coup on rentre dans le jeu, et hop ! » (FG-1). « L'écriture, c'est la mise dans le corps, comme un enfant

qui pense à écrire, c'est une mise en mouvement interne et psychique très particulière » (FG-5).

4.3 La surprise de se raconter

Selon les participants, une grande « charge émotive » se dégage du séminaire, singulièrement lors du premier exercice. À considérer l'ensemble des entretiens et du *focus group*, on est frappé par l'insistance et la richesse du lexique émotionnel qui se décline dans les termes suivants, souvent répétés : « troublé, bouleversé, chamboulé, étonné, marqué, dérangé, ébranlé, gêné, agacé, décontenancé, débordé, dépassé, interloqué, scotché ». À noter qu'un marqueur vient intensifier la dimension émotionnelle dans le discours des participants, le surgissement des interjections qui soulignent l'aspect explosif de l'exercice : « bam !, tschiit !, bon !, pffuitt !, clac !, poum !, oh !, pouf !, boum !, crac !, oups !, hop !, pof !, glups ! ».

Deux genres de surprise se distinguent nettement dans notre *corpus*, nous les qualifierons de majeure et de mineure. La première et véritable surprise est d'ordre émotionnel, comme le démontre le lexique ci-dessus, et concerne le moment de la rédaction mais bien plus encore le moment de la lecture du texte. Face à la rédaction dans son coin, le participant voit resurgir des scènes passées, traumatiques ou non, déjà travaillées à de nombreuses reprises, mais faisant intrusion à nouveau, parfois de manière contraignante. Le « basculement dans l'émotion » se produit en groupe, lors de la lecture, par des signes physiologiques dont le *focus group* réaffirmera la présence chez tous les participants : « larmes versées, boule dans la gorge, état de sidération ». « Je ne m'attendais pas à réagir comme cela, pas à basculer comme cela dans l'émotion sans pouvoir gérer pendant je ne sais combien de temps, vraiment c'était impressionnant » (E-6).

> « Ce que je vais retenir du séminaire, c'est combien mon récit a ému les gens, même si ce n'était pas des choses affreuses, j'ai pas écrit la mort, j'ai juste écrit moi.... J'ai vu les visages, j'ai vu des gens qui pleuraient, ils avaient du mal à parler, je crois que c'est ce qui m'a le plus scotchée. Je ne m'attendais pas à ça : j'ai été interloquée sur comment j'ai été obligée de parler de ça, mais aussi comment j'étais en difficulté pour lire mon texte » (E-3).
>
> « Ce qui m'a le plus émue, c'est le premier exercice. Il a eu un effet d'interprétation au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire qu'il a fait poum ! Je ne pensais pas que j'allais tout de suite retomber sur ça... sur ce récit à moi dans ma participation au séminaire » (E-5).

La seconde surprise – qui n'en est pas vraiment une pour ces huit praticiens – est d'ordre rationnel et réflexif, et s'applique à l'ensemble des quatre supports. Elle s'exprime par les termes de « compréhension renouvelée de soi », de « clarification », de « prise de conscience » qui conduit à « mettre du sens sur son histoire », ou encore à « faire des liens ». « En se racontant, on comprend mieux, on prend conscience des choses », dit une participante. Elle précise : « Les choses étaient là diffuses et en les exprimant, on les clarifie » (E-3).

4.4 Les effets du séminaire

Si l'effet de surprise du séminaire peut être bien défini selon les deux versants émotionnel et rationnel que nous venons de décrire, il n'en va pas de même lorsque l'on tente de catégoriser les effets particuliers énumérés par les participants au fil des entretiens et du *focus group*.

« L'effet de groupe » est d'emblée défini comme une « intelligence collective qui se développe avec des professionnels de la thérapie ». Sa force est de « libérer la parole » (E-1). Un autre participant parle d'un « effet miroir : le fait d'être dans ce groupe a un effet tout particulier » (FG-7). C'est évidemment cette particularité qui retiendra notre attention lors de la discussion des résultats de la recherche. Dans le même ordre de réflexions, on remarque une insistance largement partagée sur ce que l'on peut appeler un effet existentiel : « Donner trois jours [la durée du séminaire] de sa propre vie, c'est valider, c'est valoriser son existence » (E-5).

Ce moment de valorisation de soi est ressenti le plus souvent comme un « plaisir » : « Me poser pendant trois jours, ça m'a fait du bien. Au moment même, c'est le plaisir du partage, c'était très important pour moi » (E-6). « J'ai envie de vous dire que j'étais émue. Oui, ça touchait, mais qu'est-ce qu'on ressentait exactement ? Peut-être qu'il y avait aussi du plaisir parce qu'on partageait aussi un groupe qui était très facilitant, très porteur » (E-8). La même participante cerne au plus près cette étrange émotion : « C'est émouvant mais pas triste. C'est comme quand on voit un paysage et qu'on verse une larme, on n'est pas triste, il n'y a pas de couleur à cette émotion, c'est ni triste, ni gai, ça touche quelque chose de l'ordre d'une vibration ». Mais l'expérience est parfois ressentie comme un moment douloureux, inquiet, qui se prolonge dans un effet d'après-coup, soit que la personne réfléchisse aux nouveaux éclairages qui lui ont été donnés par le groupe, soit qu'elle poursuive son questionnement dans un dialogue renouvelé avec ses proches, ou même par une psychothérapie. C'est à cette occasion qu'une participante avoue avoir « changé » à l'issue du séminaire (E-6) – une très rare allusion au thème du changement !

Il est beaucoup plus difficile de ressaisir les différentes versions que les participants donnent d'une intention supposée « thérapeutique » du séminaire. Le même interlocuteur qui dit « éviter ce premier truc d'utiliser ce séminaire pour en faire quelque chose de thérapeutique » évoque la finalité de la résilience, « recevoir de l'affection et mettre du sens », à la suite de quoi il conclut : « donc, finalement, c'est à visée thérapeutique aussi ! » (FG-1). Son collègue lui rétorque : « Mais on n'était clairement pas dans une intention thérapeutique, en principe, même si ça a pu l'être » (FG-2). S'ensuivent des échanges sur la spécificité du séminaire qui, par définition, se veut d'implications et de recherches. « C'est quoi, l'intention du séminaire ? Est-ce que c'est singulier pour l'animateur d'avoir des thérapeutes qui s'autogèrent un peu ? Il a été dépassé lui aussi, il y avait quelque chose de tellement fort dans ce groupe » (FG-7).

Les entretiens qui ont précédé le *focus group* se montrent parfois plus explicites sur cette épineuse question de l'effet thérapeutique. Une participante rappelle son expérience, lors des exercices, d'avoir eu à « revenir sur ça, raconter de nouveau cette histoire-là » et elle ajoute : « Ça, c'est la psychothérapie, c'est l'effet psychothérapeutique ». Elle incrimine « les ravages que l'on fait en psy. Les gens sont malheureux. On doit encore se demander

ce qu'on a fait pour avoir telle ou telle maladie » (E-5). Une personne se dit même perdue, dépassée par « la tournure que ça a pris ». Elle croit avoir « glissé là-dedans » (E-7). De l'animateur, elle perçoit « l'intérêt très psychanalytique qui a vraiment traversé tout le séminaire », à quoi elle oppose « ce que moi j'ai découvert et amené dans le travail en groupe, pas tellement ce qui m'a été révélé ». La nuance est subtile lorsqu'elle précise : « Comme tout travail en groupe, ça fait émerger ce qui est latent ». Et elle conclut : « Ce mot 'histoire de vie', ça décalait du thérapeutique ».

4.5 Les concepts de vie et de santé

La cohabitation de plusieurs visions de la santé montre la diversité de l'univers référentiel qui compose la santé pour ces participants. Ils juxtaposent en eux une vision médicale qui sépare maladie physique et maladie mentale, une vision psychosociale par la prise en compte du point de vue psychologique et des éléments sociaux, ainsi qu'une vision plus « autonomiste » lorsque sont abordés les thèmes du renoncement, ou de la révolte contre le dictat de la « bonne » santé.

Comment entendre l'intitulé du séminaire qui lie les deux notions de vie et de santé ? Un participant ne voit pas la nécessité de disjoindre l'une de l'autre :

> « Nous sommes toutes des personnes qui ne dissocions pas la santé biologique, psychologique ou sociale. Finalement, je n'ai pas eu l'impression que c'était un séminaire sur histoire de vie et santé, mais c'est plutôt histoire de vie parce que quand on parle de son rapport à sa famille, à sa maladie, à ses problèmes psychologiques, eh bien ! on parle de la vie » (E-1).

La même inclusion de la santé dans la vie ressort d'un autre entretien : « Dès qu'on s'intéresse à un patient avec une maladie chronique, on est obligé de s'intéresser à sa vie » (E-2). Une soignante y voit même la marque de notre identité : « La santé est un mot qui comprend plein de choses. Combien ma santé est empreinte de tout ce que j'ai vécu ! Les choses ne s'éteignent pas, pof ! Elles s'accumulent, elles restent, ça fait partie de nos vies, de notre identité, de notre santé au fond » (E-3). Un participant cependant tend à nuancer cette vision englobante de la vie lorsqu'il critique l'exercice du génogramme : « On a un peu perdu le thème de la santé sur ce coup-là, l'arbre généalogique nous a obligés de parler de choses qui n'étaient pas forcément liées à la question du rapport santé-histoire de vie, c'était très sur histoire de vie et peu sur santé » (FG-2). Mais personne ne peut imposer à quiconque ce que devrait être sa santé. Une participante, fâchée par la tendance à tout psychologiser, remarque : « Un séminaire comme celui-ci, c'est l'occasion de redire que ce ne sont pas les normes de l'OMS qui dictent ce qu'est la santé, que ce ne sont pas les interprétations des psy qui dictent ce qu'est la santé » (E-5).

Les professionnels se disent redevables à l'animateur de leur avoir apporté un regard plus socio-historique sur la santé : « Culturellement, j'ai appris des choses. Le regard de Niewiadomski sur les grandes épidémies, la grippe espagnole, les guerres, c'est une perspective qui m'a beaucoup apporté » (E-4). Enfin, les praticiens de l'éducation thérapeutique du patient chronique, soucieux de la prévention, ne peuvent éviter la question que pose notre mode de vie actuel :

> « J'ai le sentiment qu'on est à un moment de l'évolution où, pour améliorer la santé, il faudrait renoncer à des choses et ça, je ne sais pas. Il faudrait questionner des historiens ou des sociologues ou des anthropologues, s'il y a eu d'autres moments dans l'histoire de l'humanité où l'on devait renoncer à du confort et de la facilité pour préserver la santé ou améliorer la santé. Parce qu'on en est là, mais c'est contre nature un peu, l'homme a toujours cherché à se simplifier la vie, à gagner en confort » (E-2).

4.6 Adaptation des exercices aux patients chroniques

Il faut rappeler, une fois encore, la position particulière de ces huit professionnels au sein de l'éducation thérapeutique. Ils ont tous à s'occuper de malades chroniques, autrement dit, de la santé à long terme de personnes « qui ont des problèmes de rapport à la nourriture, à leur corps, à l'activité physique, au stress » (E-1). Même si certaines pathologies prises à temps, par exemple le diabète de type 2, peuvent se révéler réversibles, « il n'y a pas de fin à la chronicité », comme le constate une participante. Le souci premier des soignants est donc d'aider la personne à améliorer la gestion de sa maladie par une observance rigoureuse des gestes d'auto-soin, mais aussi de la mettre sur le chemin de la difficile question des liens qu'entretiennent la vie et la maladie. Un participant lâche cette étonnante formule : « Le malade chronique est obligé de s'intéresser à sa vie » (E-2).

Se pose alors le problème de la possibilité de l'application des exercices de sociologie clinique aux malades chroniques. « Comment intégrer ça dans notre pratique ? », se demande ce même participant. Si la philosophie du soin, fondée sur la priorité accordée à la parole du patient, à sa personne plutôt qu'à sa maladie, est semblable dans les deux champs de l'éducation thérapeutique et de la sociologie clinique, effectuer ces exercices avec des malades chroniques n'est pas évident pour l'ensemble des soignants ayant expérimenté le dispositif. Proposer les quatre épreuves biographiques aux patients semble plus compliqué qu'il n'y paraît.

> « Il y a une grande partie d'entre eux qui a besoin de solutions. Ils souhaitent des solutions concrètes, tout de suite : comment je vais perdre du poids, comment je vais réguler mes glycémies... Et comme une démarche comme ça, c'est finalement une démarche de développement personnel, de connaissance personnelle, ce n'est pas si vendeur que ça, pour tout un chacun, ce n'est pas si accessible » (E-4).

Tous les patients ne sont pas forcément disposés à faire ce type d'exercice ou dans la possibilité de le faire. « J'ai beaucoup de patientes qui sont d'origine étrangère, alors l'écriture et tout ça, c'est pas évident. Je pense que la généalogie, je ne la ferais pas avec tous les patients. Par contre, avec les plus jeunes, je pense que l'écriture, c'est plus facile à étendre à plus de patients » (E-8). La spécificité des malades chroniques est soulignée :

> « Cette chronicité, elle met dans une temporalité qui se dilue à l'infini. Il n'y a pas de fin à la chronicité. J'ai certains patients qui sont très 'passivisés', par l'institution aussi : parce qu'on les materne, parce qu'ils ne paient pas, parce que le médecin sait mieux qu'eux ce qui est bon pour eux. Ça fait trois

> raisons de ne pas bouger : 'Je suis materné, c'est le médecin qui sait, je ne paie pas un rond'. Difficile de faire bouger quelqu'un ! » (E-4).

Il existe des difficultés concrètes d'organisation de ce type d'exercice au sein des structures hospitalières ou en cabinet. Tout d'abord, cela prend du temps et demande un dispositif adéquat. Bien qu'il existe un enthousiasme pour le faire, les participants constatent aussi de réels obstacles.

> « On doit sortir les patients de leur quotidien, c'est difficile de leur faire manquer le travail pour leur faire faire une heure et demie de réunion. Que ce soit après le travail, ça nous demande la soirée ou le début de la soirée, donc on bute plutôt sur des questions logistiques et financières » (E-2).

La confrontation avec d'autres soignants qui ne connaissent ni ce genre d'exercice, ni l'éducation thérapeutique, peut être un frein à l'instauration de ce genre de pratique :

> « Pour recruter des patients qui sont pas mes patients, ça implique aussi d'expliquer aux soignants, par exemple aux infirmiers, aux médecins du service, ce qu'on fait, pourquoi ils devraient nous envoyer des patients. Donc, c'est convaincre les patients, mais c'est aussi convaincre les autres soignants que ça peut être utile. Alors, comment on fait ? Est-ce qu'on leur propose à eux ? Est-ce que l'apprentissage pratique, cellulaire, ce n'est pas le meilleur moyen pour leur donner envie de nous adresser des gens ensuite ? On peut leur expliquer en théorie ce qu'on va faire, mais peut-être que de passer par l'expérimentation, pour les soignants, va les inciter à nous adresser des gens » (E-4).

5 Discussion

5.1 Les caractéristiques de l'enquête

L'équipement minimal retenu ici, la pratique de l'entretien semi-directif et le dispositif du *focus group*, a pour fonction première de laisser la parole aux intervenants, en cohérence avec les épreuves émotionnelles dont ils témoignent spontanément, et qu'ils revivent en quelque sorte une année après l'événement. La liberté de parole de ces vieux routiers des soins, en l'occurrence, ne reflète pas simplement l'habitus transgressif des milieux hospitaliers. La sociologue bénéficie lors de chaque entretien des impulsions de surprise et d'émotion qui soutiennent ses relances, et la mettent en possession de données pour le coup « sensibles », difficiles à réduire en un *corpus* de fragments citationnels. La dynamique très différente du *focus group* révèle un contraste. Les huit professionnels s'adressent en un premier temps à la sociologue – en l'absence, remarquons-le, de l'animateur – dans la forme un peu embarrassée d'une demande d'éclaircissement quant à l'apport d'un savoir supposé de la sociologie à l'égard des questions qui les préoccupent. Mais très vite, ils oublient sa présence et retrouvent l'élan qui caractérisait leur première rencontre.

Aurons-nous ainsi échappé à la sévère critique que Christophe Niewiadomski adresse aux « pratiques de recherche dominantes dans les sciences sociales » (Niewiadomski, 2008, p. 52) ? Selon ce chercheur, l'approche biographique en sociologie aurait pour caractéristique de ne considérer les narrateurs qu'en tant que simples « informateurs », sans

qu'ils puissent participer « activement à l'analyse de données et à la production de sens » (*op. cit.*, p. 33-34, note 1). Par contre, les risques « narcissiques » liés à la pratique du récit de vie trouvent un écho tant du côté de la sociologie clinique que du côté de l'éducation thérapeutique du patient, avec la référence incontournable aux travaux d'Alain Ehrenberg sur l'individualisme contemporain (Ehrenberg, 1998). Un participant au séminaire de Genève se montre particulièrement attentif au risque du penchant individualiste de l'exercice : « Je me demande si cette exposition face aux autres, le fait de parler beaucoup de soi, de donner tant d'importance à son histoire, ça ne renforce pas le nombrilisme, l'égocentrisme » (E-1).

Finalement, il aura fallu l'aléatoire de cette double rencontre, entre éducation thérapeutique du patient et sociologie clinique, puis entre les participants ETP et une sociologie dite qualitative, pour que se voie renouvelée la question de la thérapie de la chronicité, qu'elle soit de la maladie ou de la vie elle-même.

5.2 Un trouble dans le séminaire

La fonction première du groupe, au dire unanime des participants collègues et amis, est d'offrir une « bulle » de confiance et une ambiance sécure. Il n'y a là rien qui ne puisse surprendre le sociologue clinicien : « Le groupe est une enveloppe socio-psychique suffisamment sécurisante pour explorer les contradictions qui traversent l'histoire personnelle [...] » (De Gaulejac, 2008b, p. 318). Cependant, un trouble dans le séminaire se produit à l'instant où le thermostat, bien réglé sur le degré « bon moment agréable entre amis », se dérègle lorsque la curiosité se renverse en explosion d'affects. Que s'est-il passé ? En reconstituant la scène de ces trois journées, on aperçoit au fil des entretiens un pic émotionnel lors de la lecture des textes biographiques, dont le *focus group* porte encore la trace. Il paraît que cela se produit régulièrement dans ce type d'exercices, selon un éclaircissement que l'animateur donne aux participants : « Avec les émotions, ça se passe toujours ainsi » (E-1). Faudrait-il en conclure qu'il n'y a rien de neuf sous le soleil ?

Souvenons-nous de la distinction entre une surprise au récit de soi d'ordre émotionnel que nous avions qualifiée de majeure, et une surprise d'ordre rationnel mineure (supra, p. 214). Ce partage ressort nettement du séminaire. Mis au pied du mur par le premier exercice d'écriture, les participants se voient embarqués dans l'évocation répétitive de scènes du passé, ce dont ils sont coutumiers. En un premier temps, c'est la confrontation intime, « c'est le chemin que je fais de moi-même avec moi-même » (E-3). En un deuxième temps, c'est à la lecture de leurs textes qu'apparaît le « chaos des émotions » (E-7). Cette forte expression d'une participante renvoie au sens premier de « chaos », soit la béance, l'abîme, le désordre originel, qui se traduira dans les entretiens et le *focus group* par les multiples références aux « failles » ou « cicatrices » montrées et ainsi données aux autres dans un moment d'extrême vulnérabilité partagée. La force des émotions est soulignée, nous l'avons vu, par leurs expressions physiologiques (larmes, boule dans la gorge, état de sidération) et par les aspects de dureté, de violence, d'irruption, d'intrusion, même de « folie » selon une participante (E-3).

À une telle intensité émotionnelle, il faut des garde-fous. Ce sera d'abord le rôle attribué à l'animateur : « Il faut un intervenant capable d'accueillir des émotions fortes, quelqu'un qui tienne la route » (E-6). Puis le groupe se ressaisit autour de la rationalité retrouvée :

des « liens » sont faits là où tout était défait, un éclaircissement se donne là où tout était sombre, un sens apparaît là où il ne semblait y avoir la trace d'aucun chemin. Finalement, une communauté (re)naît des failles reconnues de ses membres : « Je pense que pour moi, ça a été une des leçons du séminaire, c'est au fond que ça m'a aidé, ça m'a conforté à prendre conscience qu'on fait tous partie de la même humanité, avec nos fragilités, nos façons de faire face » (E-3).

5.3 Effet formateur ou effet thérapeutique ?

L'étrangeté de ce séminaire repose essentiellement sur ces huit praticiens qui n'ont plus rien à (se) prouver, et qui échappent au public ordinaire de la formation continue de par leurs parcours personnels et professionnels, portant avec eux le soin incertain des chronicités contemporaines. Les multiples facettes de leurs affrontements introspectifs personnels, d'une part, la réalité des limites des usages psychothérapeutiques en éducation du patient chronique, d'autre part, les éloignent *a priori* de toute demande thérapeutique. Et c'est justement à ceux-là, à ces expérimentés au long cours, qu'il est demandé d'écrire et de lire « tout allait bien jusqu'au moment où... ». Comment s'étonner qu'une telle dramaturgie déclenche un effet proprement cathartique ? Rappelons que la catharsis dans la culture grecque, avant que de désigner la « purification » des sentiments de pitié et de crainte lors du spectacle tragique, est d'origine religieuse et médicale, qu'il s'agisse de rituels de lustration ou de purges. « Ça me nettoie », dit une participante dans son entretien (E-4). Un autre participant ose ce paradoxe ultime : « Les soignants ont à se soigner eux-mêmes » (E-1).

Nous percevons mieux maintenant l'indissociable versant « thérapeutique » qui s'immisce dans la pratique plutôt rationnelle des histoires de vie : cela se produit lorsqu'à l'interprétation herméneutique se substitue la lecture scénarisée des drames individuels. Ce qui se voulait une socialisation par l'histoire de vie se révèle être plutôt une dramatisation, à tous les sens de ce terme. Etrange théâtre où les protagonistes sont à la fois auteurs, acteurs et spectateurs, où les personnages sont à la fois, individuellement, des praticiens éprouvés de la distanciation des émotions et ceux-là même qui cèdent, en groupe, à l'effet tragique des catastrophes. Cette mise en scène pathétique a pour effet de constituer une communauté cicatricielle qui se « tisse » avec chaque mythe individuel ainsi exposé (E-8).

5.4 Un décalage anthropologique

Une participante affirme : « Ce mot 'histoire de vie', il me semble que ça décalait du thérapeutique » (E-7). Ce que dévoilent les huit soignants ainsi jetés dans la pathographie de leur existence, c'est aussi les « endroits de turbulence, les failles, les choses un peu folles » au fond de chacun d'eux et par quoi ils se découvrent semblables (E-3). Cette dernière poursuit : « Ce sont des gens [les collègues] qui ont des endroits où ils sont mal à l'aise, des gens d'une certaine façon un peu comme moi, en galère ». Au moment où « les portes sont ouvertes » et « les faiblesses » se montrent, l'interprétation n'a plus sa place (E-7). Ce qu'ils disent partager d' « humanité » ne peut plus simplement s'analyser selon la seule herméneutique du sens et du chemin. La représentation des émotions a pour vertu de souder le groupe autour de la reconnaissance des « fragilités » propres à chacun, qui font aussi leur « vulnérabilité », selon leurs propres termes.

Une lecture plus attentive des derniers échanges en *focus group* va nous permettre d'avancer l'hypothèse d'un débordement anthropologique jusque-là contenu. Tout commence par cette remarque d'une participante : « Moi, je fais toujours cette association entre le rôle de la santé et les femmes » (FG-5). Sur quoi un collègue se lance dans une exégèse de la fameuse phrase inductive « tout allait bien jusqu'au moment où... » : « Je pense que la métaphore de la chute du paradis est présente, un moment tout allait bien et un moment il y a eu quelque chose, une maladie, un accident ou un problème social [...] » (FG-1). C'est alors que tout le monde se met à parler en même temps, rendant l'enregistrement inaudible. Contentons-nous de rappeler, pour l'instant, qu'Eve est, dans le mythe chrétien, la cause originelle des malheurs de la condition humaine. Plus loin dans la discussion, comme à brûle pourpoint, une participante se lance dans un tout autre récit, celui de l'anecdote « sidérante » à propos d'une suggestion post-hypnotique de Charcot (le coup du parapluie ouvert par un spectateur en plein opéra) (FG-8). Une autre participante revient alors dans la discussion sur le thème des cicatrices : « J'ai pensé à *Femmes qui courent avec les loups*[2], il y a des explications sur les pathologies, dont l'une est de coudre un boubou de cicatrices, puis les femmes dansent dans leur grande robe » (FG-5). Suit alors une rapide allusion au rituel sud-américain de la *pignata*[3], et pour clôturer cette extraordinaire séquence, un long développement sur « l'entraînement » des médecins invités à se confronter aux « films ethnographiques de l'anthropologue canadienne Danielle Groleau » (FG-2).

Les participants au séminaire de Genève ont souligné tout au long des entretiens le rôle important que joue pour eux la sociologie lorsqu'elle vient éclairer l'histoire familiale à travers l'histoire des épidémies et des guerres. Ce fut l'apport spécifique de Christophe Niewiadomski. Cependant, comment ne pas voir, dans la dynamique même du *focus group*, une autre partition qui se met à l'œuvre et qui va au-delà de la contextualisation sociohistorique des maladies, et au-delà de la question de l'effet thérapeutique du séminaire ? Ce décalage, nous le nommons anthropologique. Sa première caractéristique, si l'on suit les références qui déferlent spontanément à la fin de la discussion, est de transposer les questions du séminaire sur un plan ethnographique. Mais surtout, il va se caractériser par des marqueurs de la féminité : de la dimension « passive » de l'hypnose (qui nécessite un abandon total du sujet lors de l'expérience) jusqu'aux rituels du boubou émissaire et de la *pignata*. Ce n'est pas en vain qu'une participante, après avoir rappelé le climat de fraternité qui émane du séminaire, se reprend et ajoute : « [...] de fraternité et de sororité » (E-8).

6 Conclusion

Le bilan que l'on peut tirer du Séminaire de Genève est contrasté. Quelques lignes directrices résultent des entretiens et du *focus group* réalisés selon la méthode d'usage en sociologie qualitative.

2. C'est le titre d'un ouvrage de Pinkola Estés (1996).

3. Récipient en terre cuite à sept pointes que l'on brise pour en laisser échapper friandises et cadeaux, lors d'anniversaires ou autres événements. A l'origine de tradition chinoise, figurine animale colorée attachée en hauteur utilisée pour fêter le nouvel an, ou de tradition italienne lors du carême (*pignatta* en italien signifie « marmite fragile »).

Au départ, une même ambiguïté caractérise les deux champs de la sociologie clinique et de l'éducation thérapeutique du patient chronique. Pas plus que la sociologie ne se veut « clinique » au sens médical premier, l'éducation ne se veut « thérapeutique » dans le sens où sa pratique ne se soucierait que de la bonne gestion, par le patient, de sa maladie. Il s'agit bien plutôt pour ces deux disciplines d'expérimenter et de partager de nouveaux modes d'écoute. Les huit praticiens confrontés aux exercices d'histoire de vie et santé, alors même que des éclairages inattendus se font sur leur histoire personnelle dans l'ordre de l'intelligibilité, mettent leurs émotions en jeu de telle manière que c'est le séminaire lui-même, dans son intention formative première, qui bascule.

La crise émotionnelle ressentie lors de la lecture en groupe des textes autobiographiques n'a pas pour seul effet de socialiser une pathographie individuelle, mais elle laisse place à une « communauté de cicatrices », nommée telle par l'ensemble des participants. C'est par la reconnaissance des fragilités de chacun au travers d'une exposition dramatisée que cette communauté se constitue. A ce point de l'expérience, les professionnels doutent de la possibilité d'un transfert pur et simple des exercices biographiques à leurs patients chroniques, les conditions administratives, financières et sociales ne pouvant qu'être difficilement réunies. C'est peut-être pour cette raison qu'en fin de *focus group*, ayant oublié cette finalité du séminaire, les participants ouvrent le volet anthropologique qui leur tient à cœur. Le « boubou émissaire » décrit par Clarissa Pinkola Estés en est la plus belle illustration, quand ce rituel redécouvert conduit à la formation du « clan des cicatrices » selon l'expression de la conteuse et clinicienne américaine.

Symétriquement, quelque chose résiste à et dans la pratique biographique mise en œuvre par Christophe Niewiadomski. Le séminaire de Genève a manifestement ouvert une brèche dans l'épineuse question de l'effet thérapeutique des pratiques de formation. Mais il a fallu pour cela que ce public très particulier de soignants se révèle apte à affronter une métamorphose paradoxale en « patient ». Cette « passivité », que l'on peut aussi bien nommer « féminité » si l'on entend par là une catégorie transcendant les genres, les participants l'ont éprouvée tout au long de l'entraînement à prendre soin d'eux-mêmes lors des épreuves d'introspection en groupe. Si les soignants mis à l'épreuve d'une coproduction de savoirs expérientiels restent dans l'incertitude de la suite à donner personnellement et professionnellement à une telle voie, il y a dans l'aveu même de cette incertitude l'indice d'une autre perspective à explorer dans le champ de l'éducation thérapeutique, qui serait celle d'une attention renouvelée au récit du malade chronique.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés, comme nous l'a confié une participante à la fin de notre entretien, ne sachant plus très bien à quel souvenir du séminaire se raccrocher : « Il faisait beau ce jour-là ». N'est-ce pas là la plus belle conclusion à donner à ce rêve qu'ont formulé les participants, d'écrire le roman commun de leur histoire ?

Références bibliographiques

Bourdieu, P. (1993). Les risques de l'écriture. *In* P. Bourdieu (dir.), *La Misère du monde* (pp. 920-925). Paris : Seuil.

De Gaulejac, V., Hanique, F. et Roche, P. (2007). *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Éditions érès.

De Gaulejac, V. (2008a). Introduction. *In* V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie* (p. 15). Toulouse : Éditions érès.

De Gaulejac, V. (2008b). Conclusion. Pour une clinique de l'historicité. *In* V. de Gaulejac et M. Legrand, M (dir.), *Intervenir par le récit de vie* (p. 318). Toulouse : Éditions érès.

Dominicé, P. (1990). *L'Histoire de vie comme processus de formation*. Paris : L'Harmattan.

Dominicé, P. et Lasserre Moutet, A. (2013). Pour une éducation thérapeutique porteuse de sens. *Education permanente*, 195(2), 25-35.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.

Gfeller, R. et Assal, J.-P. (1979). *Le Vécu du malade diabétique*. Bâle : Folia Psychopratica, Hoffmann-La Roche.

Golay, A., Lager, G. et Giordan, A. (2010). *Motiver le patient à changer ?* Paris : Éditions Maloine.

Niewiadomski, C. (2008). Les histoires de vie en collectivité. *In* V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie* (pp. 33-34 et p. 52). Toulouse : Éditions érès.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le* Sujet *contemporain*. Toulouse : Éditions érès.

Pinkola Estés, C. (1996). Le 'boubou émissaire'. *In Femmes qui courent avec les loups. Histoires et mythes de l'archétype de la Femme sauvage* (pp. 347-348). Paris : Grasset.

Schindler, M. (2018). 'Prendre le taureau par les cornes', controverses autour de l'effet thérapeutique en sociologie clinique. *In* I. Fortier et S. Hamisultane (dir.), *Clinique en sciences sociales : sens et pratiques alternatives* (pp. 91-101). Montréal : PUQ.