

Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 11 octobre 2019

Par Laetitia GONELLA

Née le 18 septembre 1991 à Epinal (88)

Intérêts de la bande-dessinée au sein de la relation médecin-patient

Thèse dirigée par Le Docteur Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. Le Professeur Bertrand OLLIAC

M. Le Professeur Vincent GUIGONIS

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET

Mme. Le Professeur Nathalie NATHAN-DENIZOT

Président du Jury

Jury

Jury

Jury

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 octobre 2019

Par Laetitia GONELLA

Née le 18 septembre 1991 à Epinal (88)

Intérêts de la bande-dessinée au sein de la relation médecin-patient

Thèse dirigée par Le Docteur Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. Le Professeur Bertrand OLLIAC

M. Le Professeur Vincent GUIGONIS

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET

Mme. Le Professeur Nathalie NATHAN-DENIZOT

Président du Jury

Jury

Jury

Jury

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE

MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2019

BESSEDE Jean-Pierre du 01.09.2018 au 31.08.2020

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2017 au 31.08.2019

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01.09.2018 au 31.08.2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2017 au 31.08.2019

VIROT Patrice du 01.09.2018 au 31.08.2019

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE-ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GHANEM Khaled	ORL
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
ORSONI Xavier	UROLOGIE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
-----------------------	--

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

CARLESSO-CROUZIL Olivia

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

Il est grand temps de rallumer les étoiles
Guillaume Apollinaire

Remerciements

A notre Président du Jury,

Madame le Professeur **Nathalie DUMOITIER**

- Professeur des Université de Médecine Générale
- Responsable du Département de Médecine Générale

*Merci pour votre enseignement,
Pour avoir insisté sur l'importance de l'aspect psycho-social au sein de nos récits.
Merci enfin de nous faire l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse.*

Soyez assurée de notre plus profond respect et de notre gratitude les plus sincères.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur **Nadège LAUCHET**

- Docteur en Médecine Générale
- Maître de Conférence associé à mi-temps de Médecine Générale

*Merci de nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse.
Merci pour votre écoute, vos encouragements et votre disponibilité.*

Puisse ce travail vous témoigner notre respect et notre estime les plus sincères.

A notre jury,

Monsieur le Professeur **Bertrand OLLIAC**

- Professeur en Pédopsychiatrie

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury de thèse.

Veillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A notre jury,

Monsieur le Docteur **Vincent GUIGONIS**

- Professeur en Pédiatrie
- Chef de service de Pédiatrie Médicale

*Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.
Et merci de nous avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.*

Nous vous prions de retrouver en cette thèse l'expression de notre respect le plus sincère.

A notre jury,

Madame la Professeur **Nathalie NATHAN-DENIZOT**

- Professeur en Anesthésie-Réanimation
- Chef de service d'Anesthésie-Réanimation

Merci de nous avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.

Nous vous prions de retrouver en cette thèse l'expression de notre reconnaissance et notre respect les plus sincères.

A mes **parents**, qui ont toujours su être là, quels que soient les obstacles, petits ou grands, qui se dressaient devant ma route : **Maman**, pour ton soutien sans faille, depuis que je suis toute petite, qui m'a permis de toujours croire en moi ; **Papa**, pour tes silences bienveillants qui m'ont appris à réfléchir sur l'importance des vraies choses, pour ton humour. Je crains que même un millier de mercis ne soient pas suffisant mais encore merci.

A ma sœur, **Clotilde**, qui a été d'une importance capitale pour ce travail de thèse. *Je garde ton cœur, je l'ai dans mon cœur ...* Appelle-moi ! Tu seras toujours ma « petite sœur préférée ».

A mes **grand-mères** : « **Mely** », pour ton caractère déterminé et passionné dont j'ai un peu hérité, j'espère, et qui me permet d'avancer ; « **Grand-mère** », pour ton amour des mots et les petits paquets de céréales.

A ma **famille**, côté « **italien** », pour les vacances, les parties de cartes interminables, les recettes de cuisine et les blagues ; côté « **français** », pour les vacances aussi, les sessions scrabble, les réunions de famille et les repas sans fin. On ne se voit pas assez souvent, je pense à vous.

A mon **grand-père**, pour m'avoir fait partager ta passion pour raconter des histoires. Je sais que tu serais fier de moi.

A ma **belle-famille** : **Isabelle, Pascal, Alexandre et Quentin** qui m'ont accepté avec une grande gentillesse auprès d'eux.

A mes **amis** : ceux qui me suivent depuis un petit bout de chemin maintenant, ceux qui ont fait irruption dans ma vie plus récemment, ceux qui en sont sortis, ceux qui font des aller-retours. **Benji**, de nos débuts à Toulouse jusqu'à notre arrivée en Limousin il s'en est passé des choses, merci d'être toujours là même quand « les gens sont méchants en général ».

Adeline, une rencontre inattendue et quelques sushis plus tard, merci d'aimer encore partager des sessions tortures/Disney en alternance avec moi lorsque nos hommes travaillent, eux. (N'est-ce pas **Alexandre** ?)

Arthur, ce stage aux Urgences aura finalement été plein de bonnes surprises, merci pour les sessions Pokémon/burgers dans les rues désertes de Brive. A quand l'Escape Game avec **Marine** ?

Aux **musiciens** qui me manquent.

Aux ~~buveurs de café~~ anesthésistes qui m'ont acceptée parmi eux et aux amis de Guillaume qui sont devenus les miens (**Antoine, Margaux, Edouard, Elodie...**).

A mes maîtres de stage notamment le Dr Lavaure et le Dr Coquillaud, j'espère ne jamais oublier votre enseignement.

Au Dr Jean-Noel Vergnes, pour votre aide précieuse à l'initiation de ce travail de thèse.

A tous ceux qui n'ont pas cru en ce projet, vous avez été finalement la preuve supplémentaire de l'intérêt de ce travail.

A **Guillaume**, pour tout ce qu'on a déjà construit ensemble et pour toutes les aventures qui nous attendent encore. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	26
Fiche technique	27
I. La relation médecin-patient	29
I.1. Généralités	29
I.1.1. La communication	29
I.1.2. L'approche centrée sur le patient.....	33
I.2. Evolution.....	36
I.3. Enjeux.....	38
II. L'Art en Médecine	39
II.1. De la peinture au cinéma	39
II.2. Pourquoi la bande-dessinée ?.....	41
II.2.1. Histoire	41
II.2.2. Structure.....	42
II.2.3. Identification	48
II.2.4. Emotion	49
II.2.5. Intérêts	52
III. L'impact de la bande-dessinée dans la relation médecin-patient	53
III.1. Chez le patient.....	53
III.1.1. Amélioration de l'éducation thérapeutique	53
III.1.2. Réduction de l'anxiété au cours de la prise en charge.....	57
III.1.3. Validation de l'expérience vécue par le malade	59
III.2. Chez le médecin	62
III.2.1. Compréhension du quotidien du malade	62
III.2.2. Critique de certaines pratiques médicales	62
III.2.3. Amélioration de la communication non-verbale	65
III.2.4. Discussion entre confrères et auto-critique	66
III.3. Dans l'enseignement en médecine	71
Conclusion	74
Références bibliographiques	75
Serment d'Hippocrate.....	82

Table des illustrations

Figure 1 : <i>La Leçon d'anatomie du Docteur Tulp</i> de Rembrandt.....	39
Figure 2 : Schémas anatomiques de Léonard de Vinci.....	39
Figure 3 : Homme de Vitruve de Léonard de Vinci	39
Figure 4 : <i>La Vanité ou Allégorie de la vie humaine</i> de Philippe de Champaigne.....	39
Figure 5 : Extrait de <i>Comics : The invisible art</i> de Scott McCloud	41
Figure 6 : Extrait de <i>Léonard est un génie</i> de De Groot et Turk.....	42
Figure 7 : Extrait de <i>Naruto – Volume 1 : Naruto Uzumaki</i> de Masashi Kishimoto	42
Figure 8 : Extrait de <i>Garfield – Tome 35 : Demandez le programme</i> de Jim Davis	42
Figure 9 : Extrait de <i>Erased</i> de Kei Sanbe.....	45
Figure 10 : Extrait de <i>Comics : The invisible art</i> de Scott McCloud	45
Figure 11 : Image internet	48
Figure 12 : Image internet	48
Figure 13 : Image internet	48
Figure 14 : Extrait de <i>Naruto</i> de Masashi Kishimoto	49
Figure 15 : Extrait de <i>Death Note</i> de Tsugumi Ōba et Takeshi Obata.....	49
Figure 16 : Extrait de <i>Freaks' Squeel – Volume 1 : Etrange université</i> de Florent Maudoux	50
Figure 17 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies	50
Figure 18 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies	51
Figure 19 : Extrait de <i>I had a black dog</i> de Matthew Johnstone.....	51
Figure 20 : Bande-dessinée d'éducation thérapeutique du Centre de la Main de Versailles	53-54
Figure 21 : Extrait de <i>My degeneration : A journey through Parkinson's</i> de Peter Dunlap- Shohl.....	56
Figure 22 : Extrait de la bande-dessinée de l'étude <i>Medical Comics as Tools to Aid in Obtaining Informed Consent for Stroke Care</i> de Furuno, Yuichi, et Hiroyasu Sasajima	57
Figure 23 : Extrait du livret illustré <i>Sparadrap</i> dans l'information sur l'anesthésie générale chez l'enfant	58
Figure 24 : Extraits de <i>Pilules Bleues</i> de Frederik Peeters	59
Figure 25 : Extraits de <i>La Parenthèse</i> de Elodie Durand	60
Figure 26 : Extrait de <i>Moi en Double</i> de Navie et Audrey Lainé.....	61
Figure 27 : Extrait de <i>L'Ascension du Haut Mal</i> de David B.	62
Figure 28 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies.....	63
Figure 29 : Extrait de <i>Cancer Vixen</i> de Marisa Acocella Marchetto	63

Figure 30 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies.....	64
Figure 31 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies.....	64
Figure 32 : Extrait de <i>La Parenthèse</i> de Elodie Durand	65
Figure 33 : Extrait de <i>Le Blues du médecin</i> de Ian Williams	66
Figure 34 : Extrait de <i>Bonne Santé</i> de Charles Masson	67
Figure 35 : Extrait de <i>Vie de Carabin - Tome 2 : Confidences d'un apprenti médecin</i> de VéDéCé	68
Figure 36 : Extrait de <i>Récits graphiques et Dentisterie</i> de Clotilde Gonella	69
Figure 37 : Extrait de <i>Récits graphiques et Dentisterie</i> de Clotilde Gonella	69-70
Figure 38 : Extrait de <i>Mom's Cancer</i> de Brian Fies.....	72

Table des tableaux

Tableau 1 : Les attitudes de Porter.....	32
Tableau 2 : Comparaison des différents modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel.....	34
Tableau 3 : Variations de la STAIC avec et sans livret <i>Sparadrap</i>	58

Table des abréviations

ACP : Approche Centrée sur le Patient

BD : Bande-Dessinée

Dr : Docteur

EBM : Evidence Base Medicine

Pr : Professeur

Introduction

Le référentiel métier de la médecine générale place la relation médecin-patient au centre de sa pratique. (1,2) Cependant avec l'évolution de la société actuelle et les outils techniques toujours plus performants, elle tend à se transformer petit à petit vers une relation technicien du soin- consommateur. A l'inverse, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques pencherait pour une valorisation de l'approche centrée sur le patient au sein du binôme soignant-soigné.

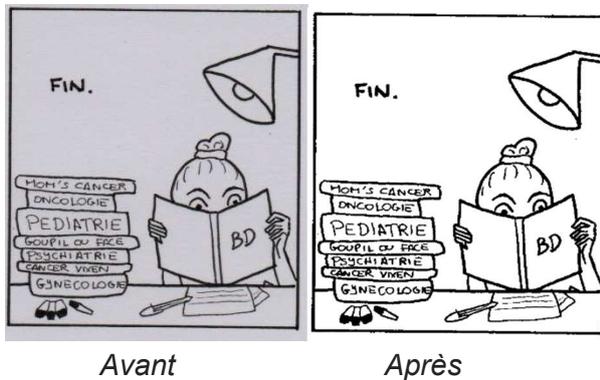
Forte de cette constatation, la médecine s'est emparée de moyens non médicaux pour s'adapter. Les sciences humaines sont apparues dans l'enseignement en médecine, des articles entièrement dédiés à cette discipline ont été rédigés pour des revues reconnues, telles que le Journal of the American Medical Association. (3)

Parmi tous ces supports, la bande-dessinée (BD) est apparue dans les années cinquante. D'abord utilisée comme outil de prévention, elle est cependant peu prise au sérieux, considérée comme trop enfantine. Après des débuts difficiles, la bande-dessinée trouve finalement ses lettres de noblesses grâce à ses capacités multiples combinant mots et images. Elle offre un support de communication très riche, destiné aussi bien au patient, au médecin ou à l'étudiant en médecine.

Dans cette thèse, nous nous sommes donc interrogés sur l'évolution de la relation médecin-patient aux cours des siècles et ses enjeux actuels. Puis nous avons évalué la place de l'art graphique en médecine puis les nombreuses possibilités qu'il offre.

Enfin, à l'aide d'une revue narrative, nous avons étudié l'impact que pourrait avoir la bande-dessinée sur la relation médecin-patient, en l'abordant du point de vue du patient, du médecin puis de l'enseignement en santé.

Le line était scanné (en 300pp) et transformé en fichier .png pour être travaillé sur ordinateur. Avec le logiciel de dessin GIMP, un effet seuil était apposé permettant de supprimer le bruit du dessin (petits tâches noires salissant le fond blanc) et d'augmenter le contraste.



Enfin, une ombre était ajoutée au dessin pour lui donner plus de relief et de profondeur.



Le texte dans les bulles, initialement écrit à la main, a été retapé à l'ordinateur dans un souci de lisibilité.

Ces petites BD se lisent de gauche à droite comme une bande-dessinée francophone classique. Elles nous paraissent parfaitement adaptées pour traiter du sujet de la graphic medicine. Ainsi, le lecteur saisit l'impact de la bande-dessinée grâce à l'argumentation de cette thèse mais aussi par sa propre expérience.

I. La relation médecin-patient

I.1. Généralités

La relation entre un médecin et un patient est une relation interpersonnelle et intersubjective. Il faut comprendre par là qu'il s'agit d'une expérience qui se co-construit lorsque deux ou plusieurs personnes se rencontrent. Dans la relation entre ces deux sujets, une série d'ajustements se met en œuvre dès le premier échange pour qu'ils puissent communiquer et se répondre l'un à l'autre au mieux.

Une bonne communication n'est pas facultative dans la relation médecin-patient, elle permet des consultations plus efficaces, plus satisfaisantes et une meilleure alliance thérapeutique. (5)

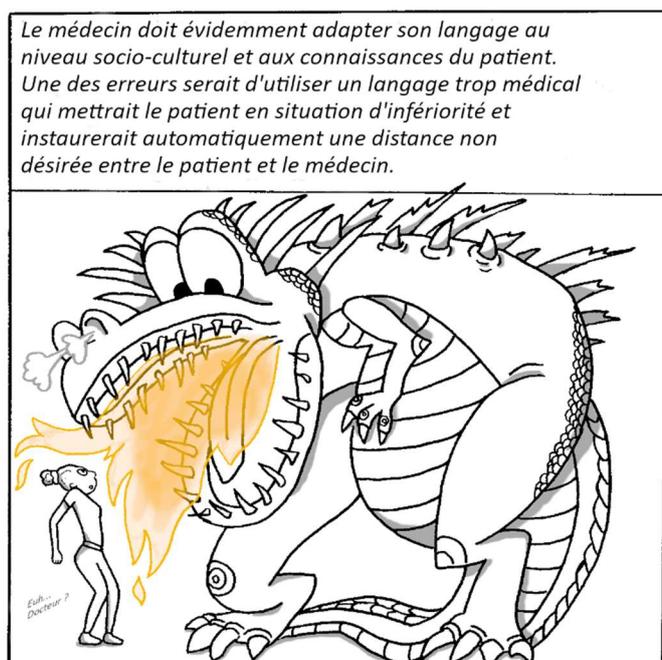
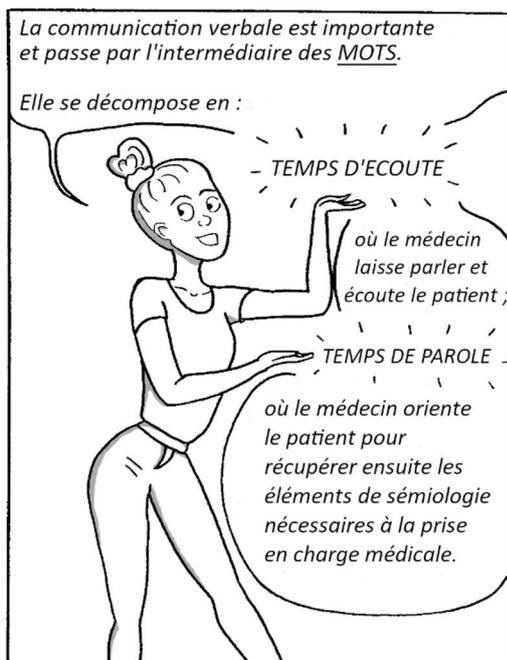
La communication interactive avec le patient est donc d'une importance fondamentale quel que soit l'acte médical.

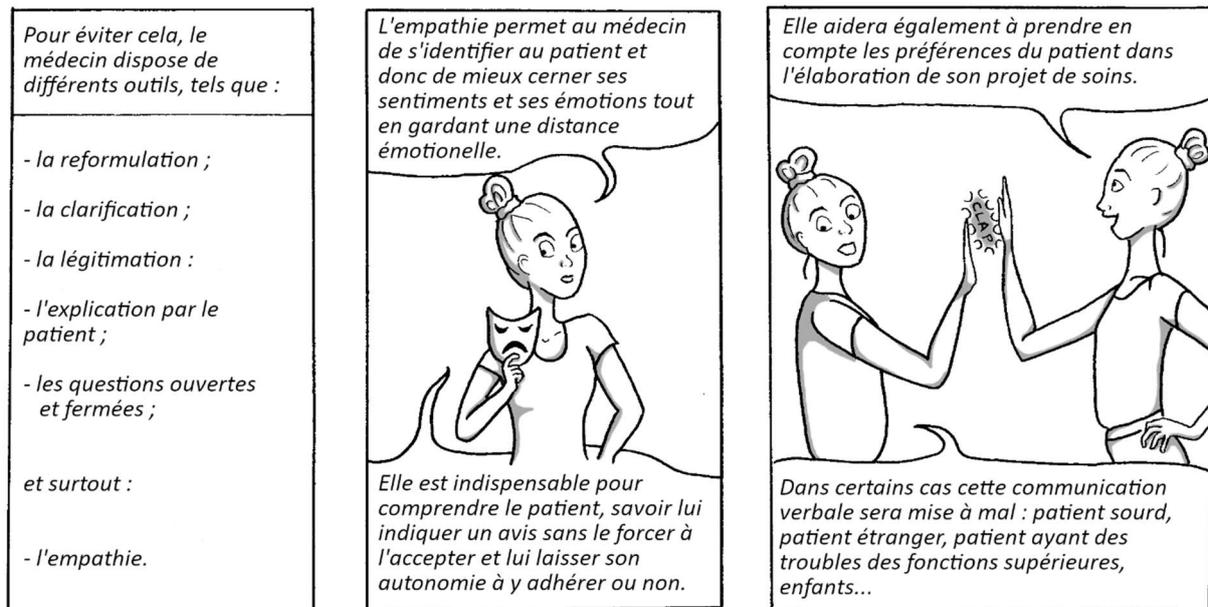
Elle ne se limite pas aux mots mais passe également par la communication non-verbale. La position du médecin, l'atmosphère du cabinet, son adaptation au patient (vocabulaire, hauteur...) sont autant d'éléments fondamentaux pour une relation de confiance.

I.1.1. La communication

La communication entre médecin et patient est un élément-clé en pratique clinique et pourtant il s'agit probablement d'un des points auquel l'étudiant en médecine est le moins bien préparé lors de son premier contact avec le patient. (6)

Une bonne communication est primordiale pour instaurer une relation de confiance, pour recueillir de façon optimale les informations venant du patient, mais également définir une prise en charge satisfaisante à laquelle le patient adhère pleinement. (7) Elle se divise en communication verbale et non verbale.





L'empathie est la pierre angulaire de la relation médecin-patient car commune à de nombreuses méthodologies d'entretien. Il s'agit de la capacité à comprendre et à partager l'état émotionnel d'autrui. (8) Dans le langage courant, ce terme pourra être traduit par « se mettre à la place de l'autre ». L'empathie clinique, autrement dit en santé, présente une légère variante cependant. Elle est avant tout cognitive. Comme nous l'explique le Dr Mohammadreza Hojat, actuellement professeur en recherche dans le département de psychiatrie et du comportement au Jefferson Medical College :

« La part affective de l'empathie serait dans le soin de la sympathie et pourrait nuire à la relation médecin-malade et au médecin. » (9)

Il est important de développer son empathie cognitive mais de mesurer son empathie affective, autrement dit sa sympathie. En effet, la sympathie est une émotion, un sentiment, qui peut se traduire par « ressentir avec », il y a fusion. A l'inverse, l'empathie signifie « ressentir en dedans », il y a une recherche de compréhension. (8)

Un travail de thèse récent a permis d'évaluer l'empathie chez les étudiants en médecine. (10) Alors que nous pourrions nous attendre à ce qu'elle augmente au fur et à mesure du cursus médical grâce à l'enseignement théorique et à l'expérience acquise au cours des stages, nous observons malheureusement une chute significative de l'empathie à la fin de l'internat. Cela amène à un questionnement concernant notamment les causes de cette diminution d'empathie et l'efficacité de l'enseignement traitant de la communication avec le malade.

Si chaque étudiant et chaque médecin possède des capacités relationnelles variables, évoluant avec le temps et l'expérience, il existe des méthodologies d'entretien et des outils au service d'une bonne communication. (11)

L'entretien motivationnel est une méthodologie d'entretien reconnue, qui a pour but d'explorer l'ambivalence des patients. Cette dernière peut en effet freiner le soigné face à un changement. L'entretien motivationnel a donc pour but de le résoudre. L'efficacité de cette technique est démontrée en soins primaires dans le sevrage au tabac, à l'alcool, la perte de poids ou l'observance au traitement. (12)

L'écoute active est également un outil de communication, se divisant en quatre temps : écoute, clarification, investigation et reformulation. Grâce à cette approche empathique, augmentant la confiance du patient envers son interlocuteur, l'écoute active permet un dialogue sans crainte avec le médecin. (13)

Afin de permettre l'amélioration de ses compétences relationnelles, le médecin et l'étudiant en santé peuvent utiliser les grilles de Calgary-Cambridge ou Calgary-Cambridge simplifiée afin de s'auto-évaluer. [Annexe 1] Ce descriptif détaillé a codifié la structure de la consultation médicale afin de garantir son bon déroulement.

Enfin le *mirroring* verbal ou reflet est un dernier outil qui permet au médecin d'améliorer sa communication :

- En mimant le patient afin d'adapter son langage à celui de son interlocuteur,
- En repérant les mots préférentiellement utilisés par le patient,
- En reformulant certains termes médicaux en utilisant le vocabulaire du patient.

Le praticien pourra également utiliser le *mirroring* non verbal afin de montrer au patient qu'il est en phase avec lui. Un patient souriant et bavard sera en confiance avec un médecin avenant en retour. De la même façon, un patient en retrait, bras croisé, ne se sentira peut-être pas compris par un soignant extraverti. (14)

En effet, si la communication verbale, et donc les mots employés, est importante, elle ne compte cependant que pour un faible pourcentage de l'information échangée entre médecin et patient.

L'intonation, les modulations de la voix, le respect des silences, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation et le regard sont autant d'informations qui passent lors de l'entretien avec le patient et permettront de crédibiliser le discours du médecin et d'y faire adhérer le patient : il s'agit de la communication non-verbale. (15)

De la même façon, l'attitude du patient, son expression, sa position sont aussi importantes que sa plainte en elle-même, voire dévoilent parfois la réelle demande cachée derrière la première plainte exprimée par le patient.

Le médecin doit toujours faire en sorte que l'environnement du patient le mette à l'aise et que l'entourage qui l'accompagne ait été choisi. Il ne faut pas hésiter à faire sortir les accompagnants si besoin, à rappeler le principe du secret médical, notamment aux adolescents.

Le médecin doit également prendre en compte le patient et ses représentations, reconnaître les mécanismes de défense du patient :

- Dénier,
- Déplacement,
- Marchandage,
- Colère,...

La communication est donc un outil complexe, difficile à maîtriser, et qui pourtant va définir l'ensemble de la relation médecin-patient.

Dans les années 50, le psychologue Elias Porter a identifié 6 grandes familles d'attitudes auxquelles nous avons recours dans nos relations interpersonnelles. [Tableau 1]

Il décrit successivement les attitudes qui sont possibles, les effets négatifs puis positifs qui en découlent.

Tableau 1 : Les attitudes de Porter

Attitudes	Décision (ordre-conseil)	Interprétation	Soutien (support)
Description	Le médecin indique de façon plus ou moins contraignante au patient ce qu'il faut faire, penser ou sentir.	Le médecin explique au patient le mécanisme de sa maladie, il lui fait prendre conscience de lui-même, lui révèle comment il comprend l'implicite de la situation (maladie, symptôme, conduite).	Rassurer, tranquilliser, soulager, dissiper les craintes, favoriser la confiance en soi. Le médecin va aussi confirmer la régularité de sa présence.
Effets négatifs	Peut provoquer chez le patient un accroissement de la dépendance ou un rejet de la consigne perçue comme infantilisante.	Une interprétation inopportune, erronée ou trop précoce peut générer des défenses agressives et un sentiment de persécution (sentiment d'être « deviné »). Elle doit être « autorisée » par le malade acceptant un peu d'intrusion dans son appareil psychique.	Risque d'auto-rassurance du soignant. Risque de minimisation de la plainte du malade qui, si elle est exagérée, peut induire une contre réaction agressive ou une attitude abandonnique.
Effets positifs	Si elle est acceptée, elle peut diminuer l'anxiété et accroître la sécurité mais elle ne favorise pas la responsabilisation et le besoin d'autonomie.	Si l'interprétation est correcte, amenée tranquillement, acceptée par le patient, elle peut lui fournir des éléments pour renoncer à des bénéfices secondaires et se laisser guider vers des soins qu'il refusait.	Créer une sécurisation du patient influencé par une ambiance (inquiétude sociale, familiale, voisinage) hostile ou dramatisante. Permet au patient de s'appuyer sur une personne de confiance.

Attitudes	Evaluation	Enquête	Ecoute compréhensive
Description	Il s'agit d'un jugement moral (bien/mal) ou logique (vrai/faux) portant sur des actes, des pensées, des sentiments du patient.	Obtenir des informations supplémentaires, anamnestiques. Cette attitude se caractérise par des successions de questions.	Comprendre de l'intérieur, se mettre à la place du patient pour saisir et lui faire saisir la signification de la situation (empathie et reformulation) : « Si je vous comprends bien, vous êtes le souffre-douleur de tout le monde au bureau, sur qui pouvez-vous vous appuyer ? ».
Effets négatifs	Risque d'auto-rassurance du soignant. Risque de minimisation de la plainte du malade qui, si elle est exagérée, peut induire une contre réaction agressive ou une attitude abandonnique.	Elle peut générer un certain degré de méfiance si le patient ne comprend pas la démarche du médecin : (« il veut en venir où ? »).	Elle impose un minimum de confiance en soi du malade, de clairvoyance (insight), sous peine de laisser le patient pétrifié.
Effets positifs	Si l'interprétation est correcte, amenée tranquillement, acceptée par le patient, elle peut lui fournir des éléments pour renoncer à des bénéfices secondaires et se laisser guider vers des soins qu'il refusait.	Dans l'imaginaire des patients, le recueil anamnestique est classique en médecine générale et constitue une preuve de l'intérêt porté à la souffrance de l'individu et de l'exploration soigneuse des pistes étiologiques mais aussi des préférences sur des modalités de soins.	C'est une attitude qui favorise l'autonomie et diminue sa dépendance. Elle donne au médecin le sentiment d'avoir effectué un travail de qualité par l'élaboration d'une décision partagée.

L'attitude de décision est facilement utilisée dans le cadre d'une infection banale par exemple : infection urinaire féminine sans complications, rhinite... Pourtant nous remarquerons qu'elle peut entraîner un sentiment d'infantilisation chez le patient et ainsi mettre en péril son observance.

A l'inverse, l'écoute compréhensive, se basant sur l'empathie, est une attitude qui favorise l'expression d'autrui. Elle place l'écouter dans une disposition intérieure favorable à la compréhension intellectuelle de l'autre. C'est une position très active, attentive, qui demande formation et entraînement. En effet, le médecin imagine souvent que lorsqu'il interroge une personne, celle-ci possède déjà une réponse prête à donner alors que, dans les faits, elle ne sait pas nécessairement ce qu'elle pense, elle hésite et se cherche.

L'attitude d'écoute compréhensive vise à soutenir cet effort intellectuel. Elle présente un bénéfice double :

- Elle place le patient dans une position d'autonomie,
- Elle donne au médecin le sentiment d'avoir effectué un travail de qualité par son écoute active.

Cette attitude est celle qui se rapproche le plus du concept d'approche centrée sur le patient.

I.1.2. L'approche centrée sur le patient

Le Collège national des généralistes enseignants a défini le métier de médecin généraliste selon six compétences génériques (1) :

- Professionnalisme
- Premier recours / Urgences
- Approche globale / Complexité
- Education en santé / Dépistage / Prévention individuelle et communautaire
- Continuité / Suivi / Coordination des soins
- Approche centrée sur le patient / Relation / Communication

La relation médecin-patient, elle, est fondée sur deux grandes qualités demandées au médecin : la connaissance technique et la compétence relationnelle. (16)

A cela s'ajoute ensuite, l'éthique, les représentations de soignant et du soigné, ainsi que leur expérience respective et, bien sûr, un lien de confiance entre les deux protagonistes.

Etant donnée l'importance de la relation soignant-soigné, il est nécessaire de détailler la problématique des représentations. Elles infiltrent la relation de soin. Elles sont omniprésentes et entraînent un double niveau de langage :

- l'un rationnel,
- l'autre irrationnel. (17)

Le langage rationnel correspond au discours scientifique, aux résultats d'analyses. Le langage irrationnel va englober le refus du patient diabétique à accepter l'insuline ou la peur de la morphine chez les proches du patient cancéreux qui, pour eux, signifie la mort imminente par exemple.

Ces représentations concernent aussi bien le médecin que le patient et interviennent en faveur ou en défaveur de la relation de soin. Nier cette dimension irrationnelle du dialogue médecin-malade serait un frein à l'approche centrée sur le patient (ACP).

En 1992, le Dr Linda L. Emanuel et le Dr Ezekiel J. Emanuel définissent quatre grands types de relation médecin-patient, sous l'angle du partage du pouvoir : informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste. (18) Ils ont découpé ces quatre modèles en s'appuyant sur les objectifs de l'interaction médecin-patient, les valeurs du patient, les devoirs du médecin, la conception de l'autonomie du patient et du rôle du médecin.

Tableau 2 : Comparaison des différents modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel.

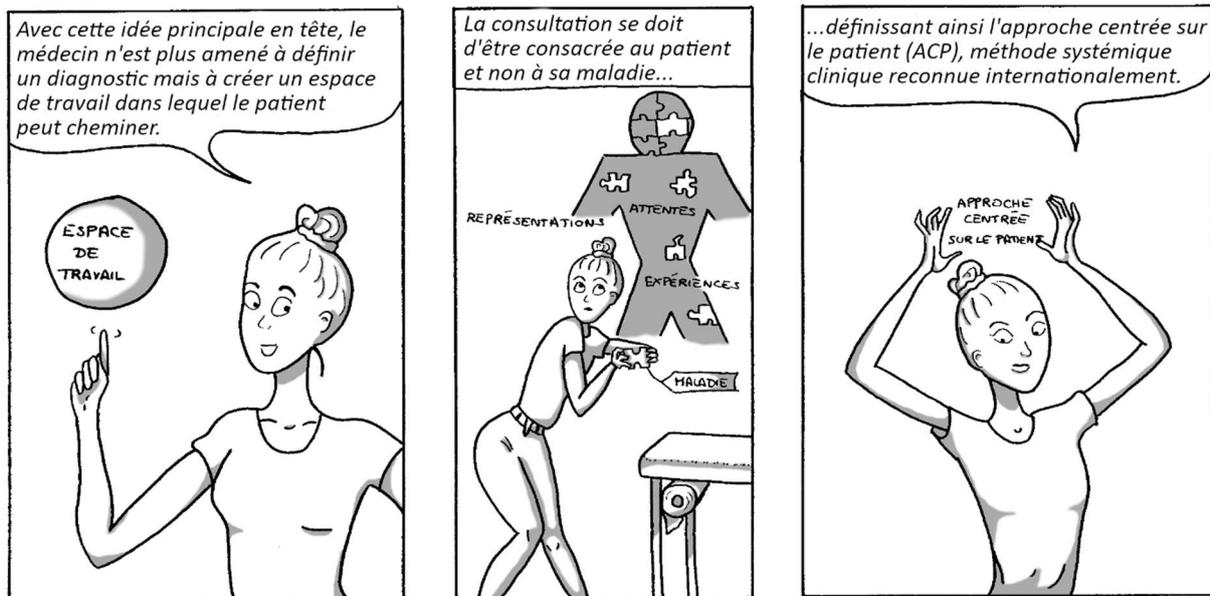
Modèles	Valeurs du patient	Devoirs du médecin	Conception de l'autonomie du patient	Conception du rôle du médecin
Informatif	Définies, fiées et communiquées au médecin	- Fournir une information factuelle pertinente - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Choix et contrôle du soin médical	Expert technique compétent
Interprétatif	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	- Elucider et interpréter les valeurs du patient utiles - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Compréhension de soi utile au soin médical	Conseiller
Délibératif	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	- Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Auto-développement moral utile au soin médical	Ami ou enseignant
Paternaliste	Objectives et partagées par le médecin et le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime	Assentiment à des valeurs objectives	Gardien ou tuteur

Le modèle paternaliste par exemple, longtemps utilisé au début de l'histoire de la médecine, part du principe que le patient partage les mêmes valeurs et les critères concrets que lui présente le médecin au sujet de sa santé. L'autonomie du patient est ici quasi nulle. C'est le médecin qui contrôle entièrement la situation et donc l'interaction entre soignant et soigné. Le patient est passif.

A l'inverse, dans le modèle informatif, aussi appelé le modèle de consommation, c'est au médecin d'appliquer ce que souhaite le patient et de lui fournir une information satisfaisante. Le médecin est alors essentiellement un technicien. Le patient contrôle le soin médical, en ne laissant que peu de place aux valeurs et à l'expérience du médecin.

L'objectif des Dr L.L. Emanuel et E.J. Emanuel était de définir quelle relation médecin-patient s'avère la meilleure. Ils ont conclu qu'aucune ne l'emportait et qu'il s'agissait avant tout d'une adaptation du médecin selon la situation et la demande du patient.

La compétence relationnelle est donc une compétence générique pour tous les médecins, dont la formation est essentielle. Et le référentiel métier des médecins généralistes l'a placée au centre des six compétences précédemment citées. (1,2)



Inspirée des recherches de sociologie, anthropologie et psychologie médicales, l'ACP intègre à la fois les objectifs et les obligations :

- du médecin :
 - o démarche biomédicale,
 - o raisonnement clinique,
 - o diagnostic,
 - o thérapeutique ;
- du patient :
 - o expérience vécue de la maladie,
 - o « agenda caché » : son motif réel de consultation parfois révélé en fin d'entretien. (19,20)

L'ACP utilise un mode de communication et des techniques d'entretien flexibles, se rapprochant donc de l'attitude compréhensive qu'évoquait Elias Porter dans les années 50.

Carl Rogers, psychologue humaniste, père de l'ACP et professeur de Elias Porter, nous dit :

« L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ces ressources. » (19)

Nous retrouvons là une définition d'un des rôles du médecin qui va créer cet espace de travail favorisant la réflexion et le cheminement du patient. Il utilisera, entre autres, son écoute active, son empathie et tous les autres outils de communication qu'il possède. Nous retrouvons également le rôle, tout aussi actif, du patient qui, pour adhérer à un projet thérapeutique ou améliorer sa santé, doit réfléchir sur lui-même et se comprendre.

L'alliance avec le patient, dite alliance thérapeutique, est le résultat de la mise en pratique de cette approche centrée sur le patient au cours des consultations successives. Au-delà de la simple prescription médicamenteuse, c'est l'ensemble de la relation qui est thérapeutique lorsque celle-ci est bien menée.

A l'aide de ces outils et de ces attitudes, le patient est amené à être un véritable acteur de sa santé.

I.2. Evolution

Si, aujourd'hui, la relation soignant-soigné se doit d'être dans l'empathie avec une approche centrée sur le patient, il a fallu un long cheminement avant de rendre à ce dernier son autonomie.

Dans l'Antiquité, au VIII^{ème} siècle avant notre ère, la médecine reste un domaine lié à la religion et chargé de magie, où les traitements sont encore des incantations. (21)

Si le médecin intervient concrètement durant les campagnes militaires pour soigner les blessés, il est défini comme :

« Un homme qui en vaut à lui tout seul beaucoup d'autres, lorsqu'il s'agit d'extraire des flèches ou de répandre sur les plaies des remèdes apaisants »
(Homère, *Iliade*, XI, 514-51)

Les médecins de l'*Iliade* seraient d'ailleurs les fils d'Aklépios, le premier des médecins, héros guérisseur devenu dieu. Face à son statut proche du divin, nous comprenons aisément que la relation médecin-patient n'a pas lieu d'être ou alors avec un déséquilibre flagrant. Elle s'impose au malade, sans consentement préalable.

Hippocrate est le premier médecin connu pour avoir choisi une voie thérapeutique éloignée des pratiques rituelles et magiques qui attribuaient les causes des maux à des intentions divines. (21)

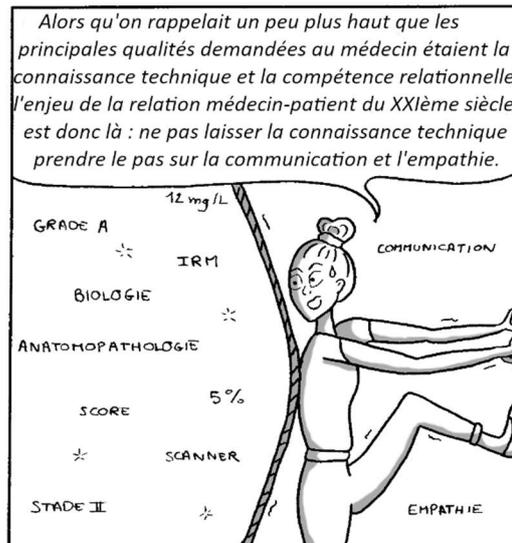
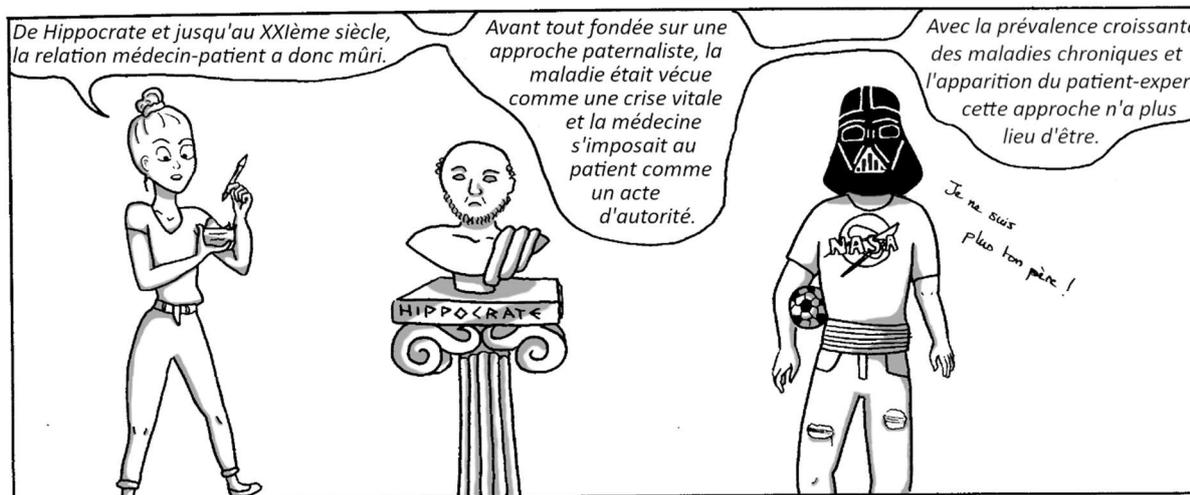
Le principe paternaliste de la relation soignante n'évolue cependant pas beaucoup avec même un retour en arrière au Moyen-Âge : les moines-médecins s'intéressent avant tout à l'âme du patient avec la confession du malade. (22)

A la Renaissance, l'indépendance de la médecine apparaît enfin avec Ambroise Paré (1510-1590) qui dit :

« Je ne vous demande pas si vous êtes catholique ou protestant, riche ou pauvre, mais : quel est votre mal ? »

La liberté du malade, qui transparaissait déjà dans le serment d'Hippocrate, apparaît à la révolution française et est enfin reconnue au XX^{ème} siècle. Elle est ainsi affirmée en première place, tandis que le soulagement des souffrances devient également une règle déontologique.

Puis, notamment avec la loi Kouchner en 2002 (23), le patient devient acteur de sa santé. Il a le droit, désormais établi, à l'information sur son état de santé et le médecin a l'obligation de demander son consentement éclairé avant tout protocole de soin.



La pratique du médecin a donc évolué d'un modèle relationnel paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et biopsychosocial (26) préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé. (2)

Les nouvelles technologies et les examens complémentaires sont de plus en plus variés et performants à l'aube du XXI^{ème} siècle. Certains praticiens se limitant aux stricts résultats scientifiques, sur-prescrivant des examens complémentaires et/ou ne voyant le patient qu'à travers un prisme technologique, nous pouvons nous inquiéter alors d'une dérive de la médecine aux dépens du ressenti du malade. De même, ce dernier joue également un rôle dans cette dérive. En cherchant à se substituer au médecin via des sites internet, l'expérience de son entourage et la demande inadaptée d'examen complémentaires, il va reléguer le praticien au statut de technicien ou prescripteur.

I.3. Enjeux

Face à l'évolution de la relation médecin-patient vers un rapport d'ingénieur médical à utilisateur de soin, l'amélioration de la compétence relationnelle s'impose.

La simulation comme les jeux de rôles entre médecins ou étudiants par exemple, le visionnage de consultations et le débriefing de situations, réelles ou factices, sur la communication soignant-soigné sont des clés pour cette amélioration.

En France, c'est la médecine narrative qui fait sa place. Enseignée à la Faculté de médecine René Descartes à Paris, elle contrarie de fait, mais complète en pratique, l'Evidence Based Medicine (EBM). Cette dernière est définie par l'utilisation des preuves actuelles les plus pertinentes, de manière rigoureuse, explicite et judicieuse, lors de la prise de décision concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Alors que l'EBM favorise les connaissances techniques du médecin, la médecine narrative réexplique qu'il faut s'intéresser au patient dans son contexte. Ecouter ce qu'il raconte, comment et pourquoi il le raconte, même si au premier abord son récit semble s'éloigner des symptômes qu'il présente. Elle demande ensuite de reconnaître, d'absorber, d'interpréter et d'agir sur les histoires et les souffrances des patients. (27)

Cela reprend les piliers de l'approche centrée sur le patient en s'intéressant aux circonstances cliniques, à l'espace dans lequel évolue le patient et donc au malade lui-même et à son « soi ».

Là où l'EBM se raccroche aux preuves cliniques connues et inconnues, la médecine narrative se tourne vers le particulier d'une situation et d'un patient, nous dit le Dr Rita Charon, professeure de médecine clinique et directrice du programme de médecine narrative à l'Université de Columbia des médecins et chirurgiens. (28)

En pratique les deux se complètent. La médecine narrative nous aide dans notre communication avec le patient tout au long de la consultation et l'EBM dans le diagnostic et la prise de décision médicale et scientifique pure.

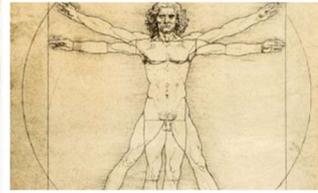
De la même manière, l'art s'associe à la médecine.

II. L'Art en Médecine

II.1. De la peinture au cinéma



Figure 1 : La leçon d'anatomie du Docteur Tulp de Rembrandt



On retrouve de nombreux tableaux représentant le médecin à l'oeuvre comme la très célèbre Leçon d'anatomie du Dr Tulp de Rembrandt ou encore des schémas anatomiques de Léonard de Vinci.

Figure 2 : Schémas anatomiques de Léonard de Vinci

Figure 3 : Homme de Vitruve de Léonard de Vinci

Le dessin est quasiment toujours à visée scientifique et le médecin y a la part belle. La représentation de la maladie, où même de la mort, à l'inverse, se fait plus rare ou sous la forme d'allégorie ou de métaphore. (29)



Figure 4 : La Vanité ou Allégorie de la vie humaine de Dominique de Champaigne

Mais les monographies sont souvent trop complexes, peintures abstraites ou pavés narratifs, pour "parler" au patient.





C'est le cas de l'art-thérapie qui peut être défini comme une psychothérapie à support artistique. L'art serait alors un moyen thérapeutique au même titre qu'un médicament. (32)

Minoritaire dans les années 1980, il s'est répandu et dépasse désormais le seul champ de la psychiatrie. L'art-thérapie englobe notamment l'approche pédagogique, le développement personnel et le coaching d'entreprise.

S'il s'adresse à tous les arts sans exception, c'est un peintre, Adrian Hill, enfermé dans un sanatorium pour une tuberculose, qui en parlera en premier. (33)

L'art-thérapie cible trois principaux objectifs :

- La revalorisation de l'estime de soi ;
- L'affirmation de soi ;
- Le contrôle des émotions.

La production artistique permet avant tout le dialogue entre soi et la réalité extérieure, entre inconscient et conscient. L'art-thérapeute est là pour donner du sens à l'expression du patient, à l'œuvre du malade, lui permettant de mettre sa souffrance à distance. La création du patient est un outil de communication et non pas de diagnostic. (34) L'art-thérapeute n'interprète pas l'œuvre du patient mais utilise l'activité artistique comme moyen pour activer le processus d'expression, de communication ou de relation.

Permettre l'expression du patient et accepter l'histoire qu'il offre, nous retrouvons là une base commune avec la médecine narrative. L'art est donc tout simplement un autre mode de communication de la part du patient ou du soignant pour exprimer un ressenti ou un idée.

La *graphic medicine* semble alors avoir une place de choix dans la communication soignant-soigné.

Selon le Dr Ian Williams, la bande-dessinée ou *graphic medicine* « combine les principes de la médecine narrative avec une exploration des systèmes visuels de la BD, en utilisant les représentations des signes et des symptômes physiques et émotionnels de ce média ». (25) Le récit du patient, oral lors d'une consultation, mit ainsi à l'écrit et illustré, lui permet de s'exprimer et d'affirmer son ressenti. Et c'est en ça que la *graphic medicine* peut être une clé dans l'amélioration de la relation médecin-patient et notamment dans le travail de notre empathie.

II.2. Pourquoi la bande-dessinée ?

II.2.1. Histoire

Il paraît impossible de savoir quand la bande-dessinée est apparue ou même qui l'a inventée. Une chose est sûre, ça n'a rien d'une « nouveauté ». Bien que dans la classification des arts, elle soit placée en neuvième position après le cinéma (septième art) et la télévision (huitième art) (35), nous savons désormais que les égyptiens utilisaient déjà la bande-dessinée comme l'explique très bien Scott McCloud dans son livre *Understanding Comics : The invisible Art.* (4)

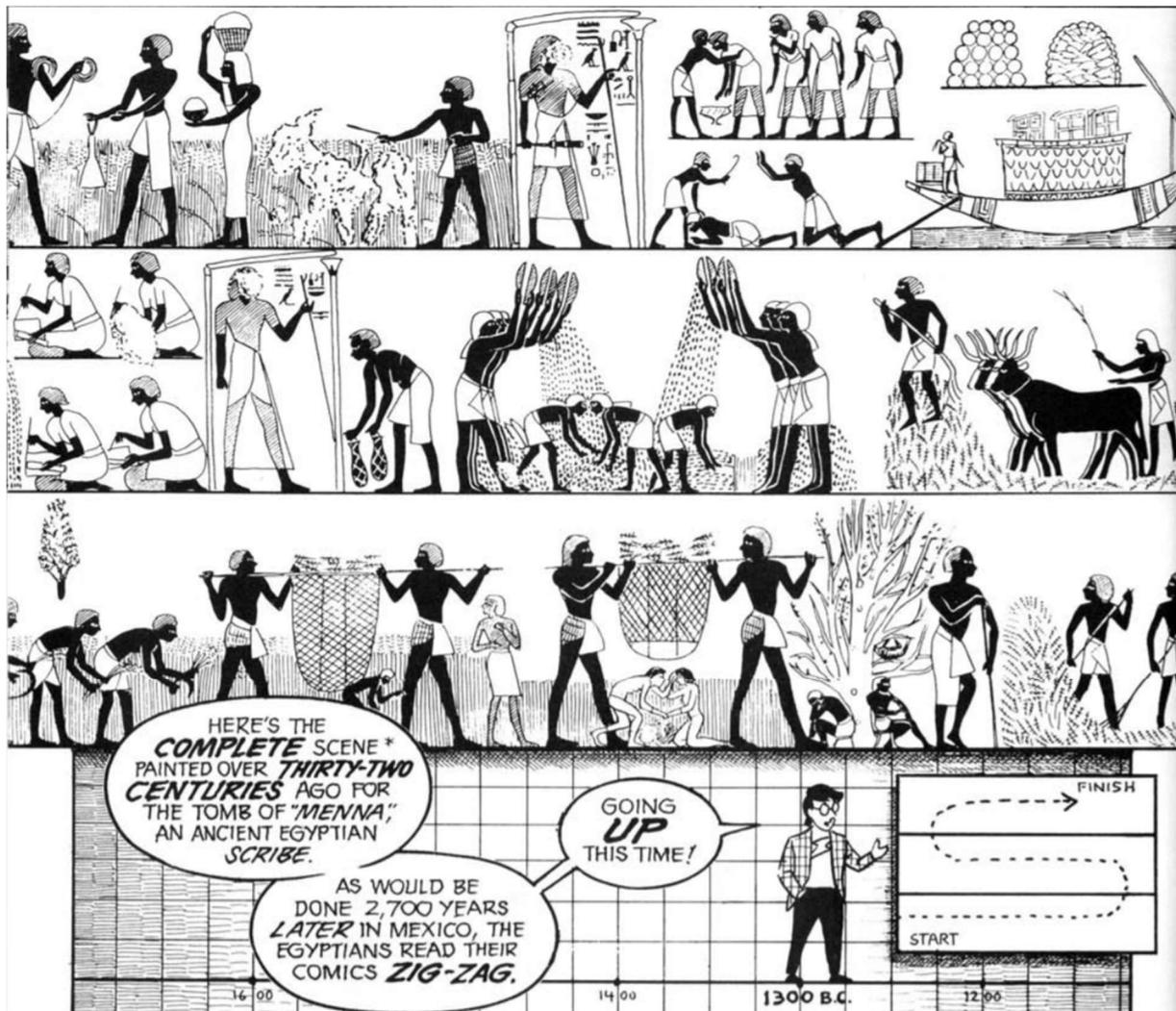


Figure 5 : Extrait de *Comics : The invisible art* de Scott McCloud

Cette scène a été peinte sur la tombe de Menna, un scribe égyptien, il y a plus de trente-deux siècles. Elle représente la récolte du grain et se lit en zig-zag. L'histoire commence d'abord en bas à gauche avec le dessin de trois travailleurs moissonnant avec leur faucille, pour continuer avec le transport des gerbes dans de grands paniers, puis être ratissées puis triées sous l'œil vigilant des scribes notant le rendement de la récolte, et ainsi de suite...

La bande-dessinée n'est donc pas un art nouveau ou récent mais elle a cependant mis du temps à se faire reconnaître comme un art à part entière.

Actuellement, il existe différents formats de bandes-dessinées, chacun originaire d'une zone géographique précise : (36)

- En Europe, notamment en France en en Belgique, les albums sont des livres reliés à la couverture rigide et au format A4 le plus souvent. Ils sont aussi bien adressés aux enfants qu'aux adultes, comme *Léonard* de Bob de Groot et Turk. (37)

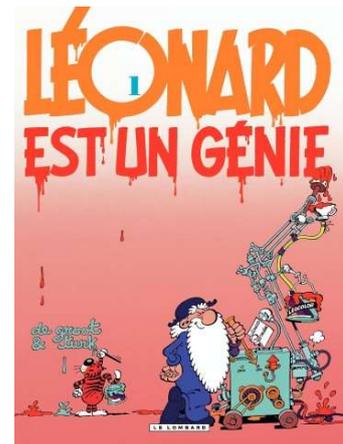


Figure 6 : Couverture de *Léonard est un génie*

- En Asie, et plus particulièrement au Japon, les mangas présentent pour la majorité un petit format, à la tranche épaisse et à la couverture souple, en plusieurs (voire très nombreux) tomes, pour adultes ou pour enfants également comme *Naruto* de Masashi Kishimoto. (38)



Figure 7 : Couverture de *Naruto*

- Aux Etats-Unis, la bande-dessinée se retrouve sous trois formes :
 - o les strips, dessins de trois cases, destinés aux adultes comme *Garfield* de Jim Davis (39) ;
 - o les comics, semblable à des magazines, souvent en couleurs, de quelques dizaines de pages, plutôt adressés aux enfants ou adolescents comme les nombreux super-héros de Stan Lee (*Spiderman*, *Captain America*...) ;
 - o les romans graphiques.



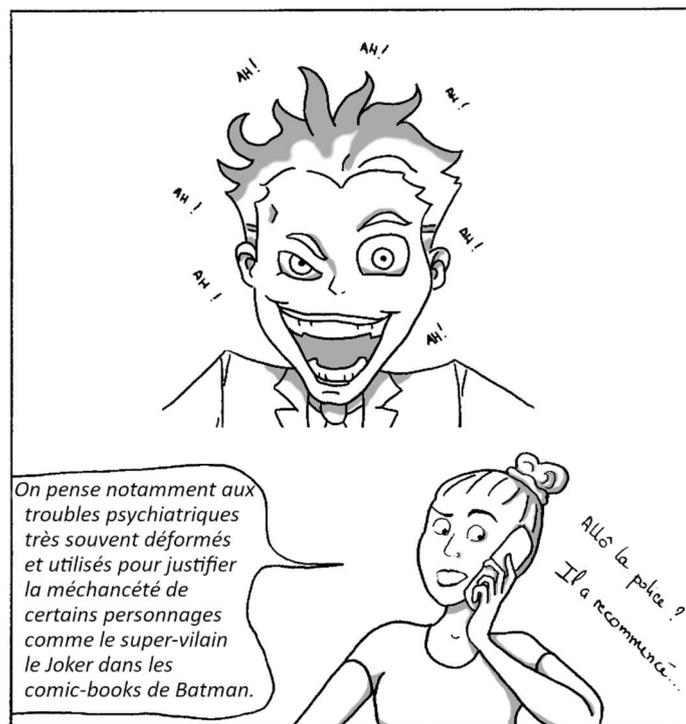
Figure 8 : Extrait de *Garfield*

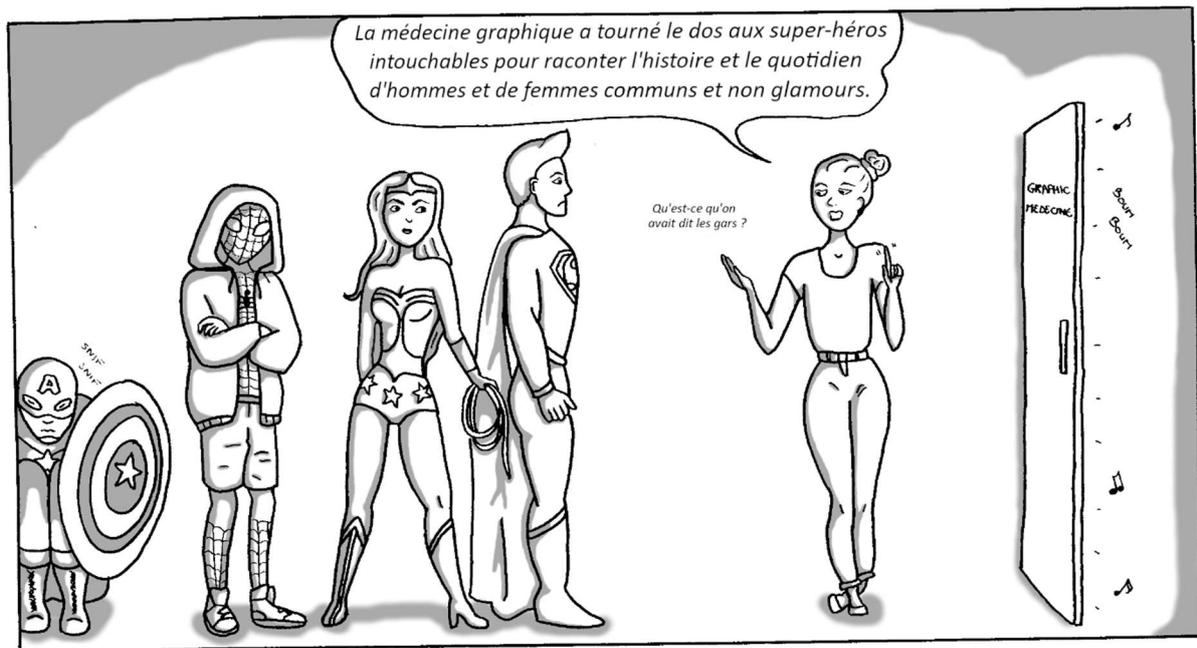
C'est en novembre 1964, que Richard Kyle – critique littéraire – utilise pour la première fois le terme de roman graphique (traduction littérale de *graphic novel*). En effet, il jugeait le terme *comics* dépréciateur envers ce type nouveau d'écrits plus sérieux et plus travaillés que les albums de l'époque souvent enfantins et humoristiques. A l'inverse des *comics*, le roman graphique se veut sérieux et traite de sujets moins légers, auquel l'auteur fournit son angle de réflexion. (40)

C'est dans les années 80 que le roman graphique explose en France, par l'intermédiaire de la revue (*A suivre*) qui appuyait la candidature de la bande-dessinée à devenir un réel genre littéraire reconnu par ses pairs. (41)

La *graphic medicine* a donc pu ainsi faire sa place.

Apparaissent avec elle les pathographies, représentations graphiques (d'où le suffixe -graphie) d'une pathologie (« patho » signifiant maladie) créées par le malade lui-même ou son entourage. La pathographie reflète l'expérience d'une maladie en même temps qu'elle informe à son sujet. Elle a pour intérêt nouveau de mettre en mots et en images une maladie mais surtout le vécu du malade et son ressenti vis-à-vis de la pathologie. (42)





L'objectif de la pathographie est avant tout de raconter une histoire du point de vue d'un malade pour d'autres malades et proches de malades. (42) L'intérêt est son format plus ludique, facilement accessible, aux personnages authentiques, davantage dans l'émotion et moins dans la technique qu'une fiche explicative produite par un laboratoire pharmaceutique ou un collègue d'enseignants.

II.2.2. Structure

Scott McCloud dans *Understanding Comics : The invisible Art* décrit la bande-dessinée comme une juxtaposition de pictogrammes et autres images en une séquence réfléchie. (4)

Cela nous offre alors un panel de bande-dessinée possible. Comme celle-ci (à lire de droite à gauche) :



Figure 9 : Extrait de *Erased* de Kei Sanbe

Ou celle-ci :

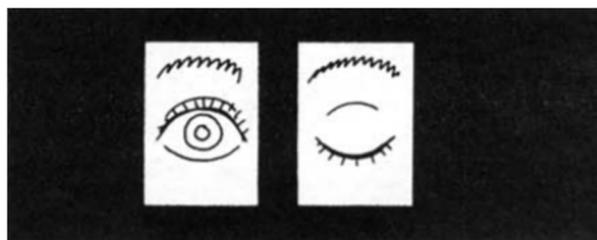


Figure 10 : Extrait de *Comics : The invisible art* de Scott McCloud

Radicalement différentes et pourtant répondant toutes deux à la définition de bande-dessinée.

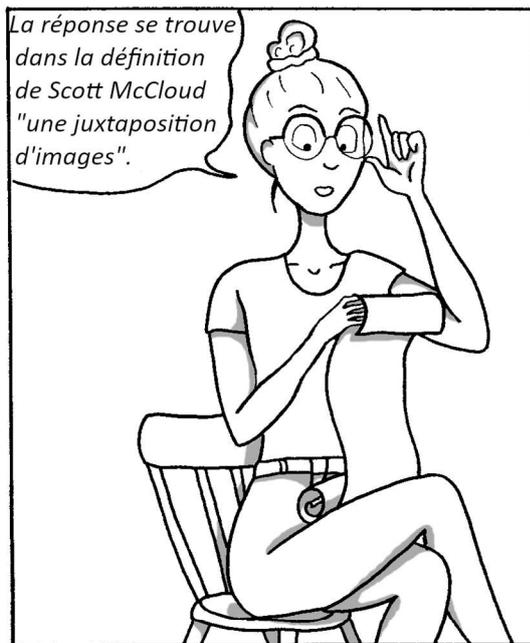
Dans son *Graphic Medicine Manifesto*, le Dr Ian Williams explique que la médecine graphique par l'association des mots et de l'image, possède un véritable panel d'outils pour décrire un sentiment ou une émotion. (25)

La bande-dessinée est effectivement généralement composée de ces deux éléments : une image et un texte. Cependant le texte n'a pas forcément besoin de l'image pour parler au lecteur et l'image n'a pas non plus besoin du texte pour se faire comprendre. Mais l'association des deux renforce le message que l'auteur veut faire passer.

En combinant le visuel (l'image) avec le verbal (le texte), à l'instar des monographies et grâce à son format ludique et à sa légèreté d'écriture, la bande-dessinée est accessible à tous et compréhensible par tous : les enfants, les adultes ne parlant pas bien la langue, les médecins pressés, les patients inquiets...

D'ailleurs l'association mots et images est la base même du *multimodal learning* (apprentissage multimodal). Cette méthode d'apprentissage, très souvent retrouvée dans les notices de montage de meubles et d'utilisation de matériel électronique par exemple (4). Elle est basée sur l'idée que notre cerveau appréhende mieux une notion ou une explication lorsqu'elle est proposée de plusieurs façons différentes. Par exemple, texte et dessin, ou vidéo et voix off. Le *multimodal learning* permettrait de faire comprendre rapidement et simplement une notion. (44)





GUTTER

Le gutter permet une ellipse aussi bien temporelle que spatiale. C'est dans ces moments que le lecteur est mis à contribution car il doit remplir cet espace vide grâce à son imagination afin de relier ces instants et combler l'ellipse.

1. Parfois l'exercice est simple, d'une seconde à peine ;
2. Parfois plus long lorsqu'il s'agit de plusieurs années et/ou de quelques milliers de kilomètres à combler.



C'est grâce à ce caniveau que la bande-dessinée se révèle, selon nous, plus efficace qu'un film. (4) En effet, ce dernier, qui combine pourtant lui aussi image et verbe, ne possède pas de « gutter ». Une image efface une autre, la suivante écrase la précédente, contrairement à une bande-dessinée où le lecteur a le contrôle sur la vitesse à laquelle se déroule l'histoire grâce à ce « gutter ». S'il veut s'arrêter plusieurs minutes sur une image ou si au contraire il choisit de regarder seulement les dessins sans lire le texte pour aller plus vite, il en a la possibilité. Il peut même choisir de faire un retour dans le passé en remontant les cases ou de faire un saut dans le futur en allant quelques pages plus loin. Le lecteur interagit donc avec la bande-dessinée et est impliqué dans son déroulement. (45)

L'interaction entre écrit et visuel est subtile et complexe mais, finalement, le grand pouvoir de la bande-dessinée n'est ni dans les mots ou l'image mais quelque part entre. (46)

Le support papier de la bande-dessinée est également très important, permettant sa disponibilité de façon plus aisée dans une salle d'attente par exemple. A l'inverse, un support

audio-vidéo impose des contraintes matérielles plus fortes : énergie électrique, écran et haut-parleurs, silence de l'entourage...

II.2.3. Identification

Une autre force de la bande-dessinée est l'identification forte du lecteur au personnage.

Notre cerveau est programmé pour reconnaître un visage avec simplement un cercle, deux points et un trait : l'exemple le plus flagrant avec le smiley qui permet d'illustrer un panel d'émotions avec très peu d'éléments.

L'œil humain a tendance à repérer des visages partout où il regarde, c'est la paréidolie. (4) Internet regorge d'ailleurs d'images humoristiques dans lesquelles les internautes identifient des visages dans les objets de tous les jours.

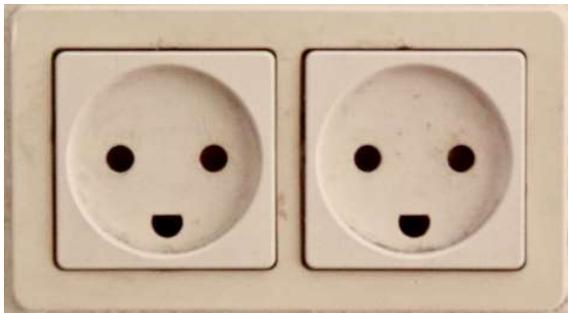


Figure 11 : Des prises jumelles souriantes



Figure 12 : Une casserole au regard charbonneux

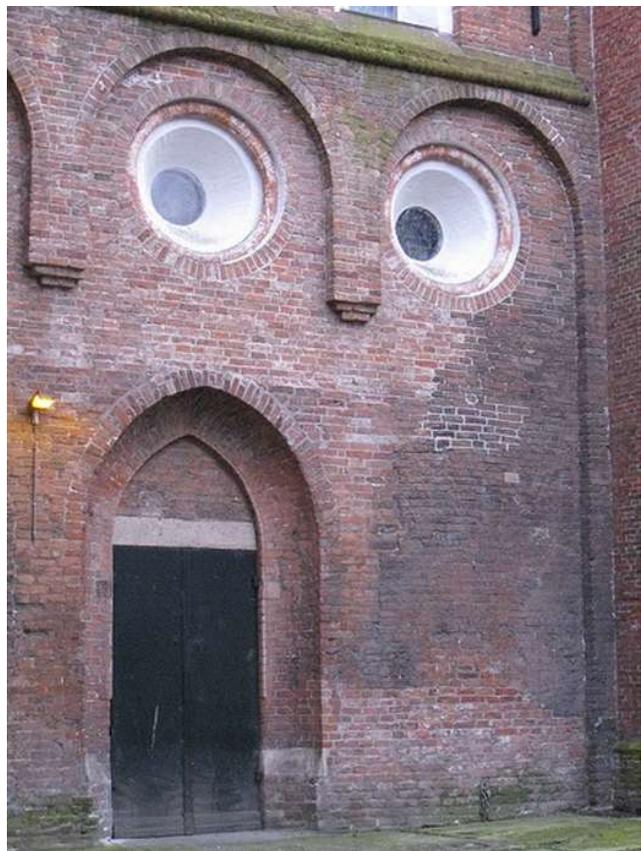


Figure 13 : Un bâtiment surpris

Vous avez probablement immédiatement perçu les visages dans ces images. Plus intrigant encore, il vous est maintenant impossible de ne plus les voir lorsque vous les regardez à nouveau.



La bande-dessinée met à son service cette paréidolie pour que le lecteur visualise un visage et, donc finalement une personne douée de sentiments, auquel il pourra s'identifier.

Afin de renforcer cette identification, le héros est très souvent plus stylisé que le décor ou d'autres objets plus détaillés. Les auteurs de mangas vont même jusqu'à simplifier à l'extrême les traits de leur personnage afin que le lecteur s'identifie facilement à eux, rendant parfois même difficile de discerner s'il s'agit d'un personnage féminin ou masculin.

Figure 14 : Haku, personnage masculin de *Naruto*

A l'inverse, les antagonistes du héros ont souvent des traits plus marqués et détaillés afin que le lecteur se sente différent d'eux.

En effet, plus le dessin est minimaliste, plus il sera facile de s'identifier au personnage.

Figure 15 : Ryuk, dieu de la mort dans *Death Note*.



II.2.4. Emotions

Enfin la bande-dessinée possède un autre atout grâce au panel d'outil offert par le mélange de dessin et de mots : la retranscription des émotions.

En combinant visuel et verbal, l'auteur parvient à décrire avec précision une émotion et cela de façon plus claire qu'une monographie. Grâce à la métaphore, certains sentiments ou sensations corporelles vont être traduits avec aisance et immédiatement compris par le lecteur. (47)



Dans cette image de Florent Maudoux (48), le lecteur saisit parfaitement l'émotion de stress et d'anxiété ressentie par les protagonistes détaillée de deux façons différentes. Dans la première case, l'émotion est retranscrite de façon quasi littérale, bien qu'exagérée, avec les yeux écarquillés et la sueur perlant sur le visage des héroïnes. Tandis que dans la deuxième vignette, l'auteur utilise la métaphore du verre qui se brise pour traduire le stress intense qui vivent les protagonistes.

Figure 16 : L'anxiété représentée dans *Freaks' Squeele*

Cette facilité pour décrire les émotions et l'utilisation de la métaphore peut être alors utilisée pour illustrer l'expression de symptômes, pas forcément aisés à décrire. Comme dans *Mom's Cancer* de Brian Fies (49) qui parle de la bataille de sa mère contre son cancer du poumon métastasé. Par une simple image, l'auteur décrit la sensation d'un accident vasculaire cérébral de façon plus immédiate et intuitive qu'une phrase ne l'aurait fait. (50)



Figure 17 : Le symptôme d'hémiplégie représenté dans *Mom's Cancer*

Brian Fies montre également avec plus de clarté, le difficile jeu d'équilibre, entre risques et bénéfiques, qu'impose une chimiothérapie.

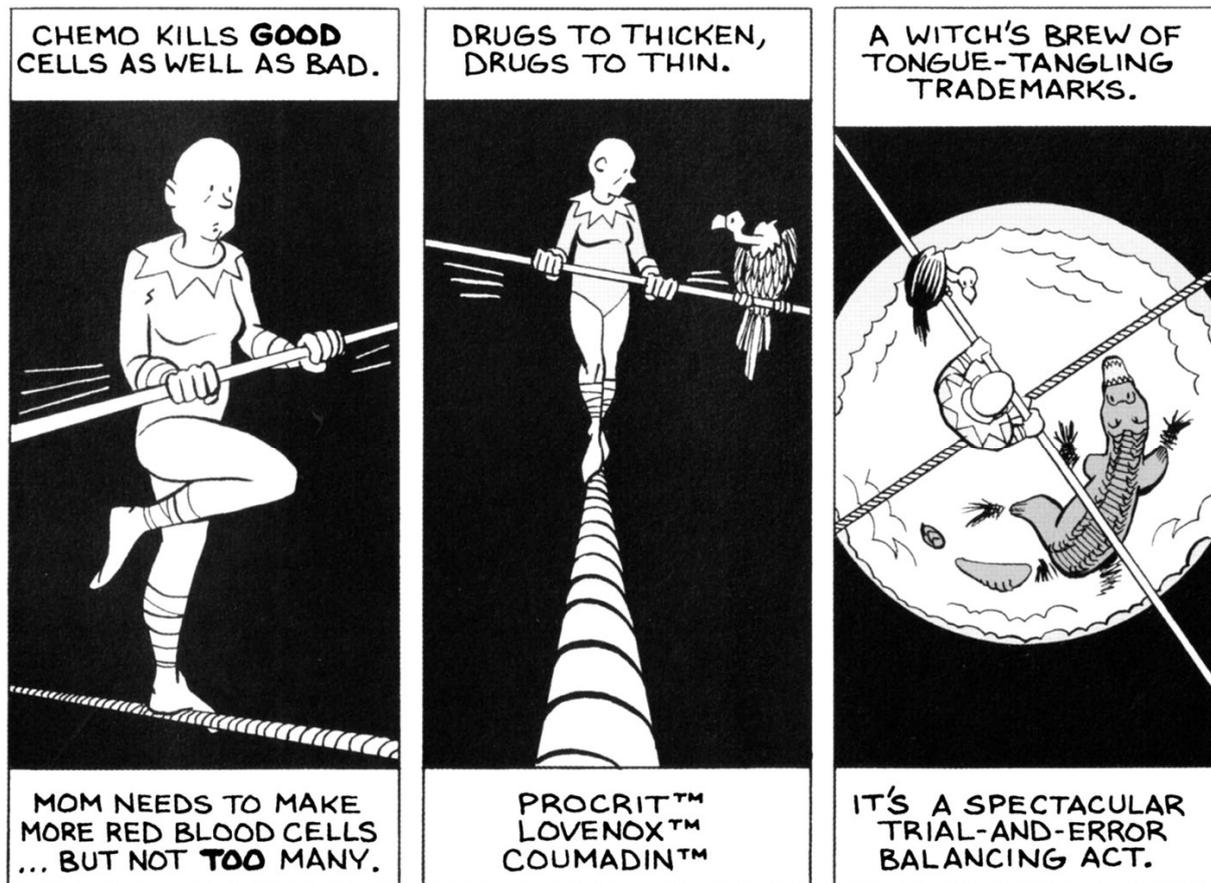


Figure 18 : La balance bénéfice-risque représenté dans *Mom's Cancer*

Dans cette séquence, Mom, chauve suite à sa chimiothérapie, marche sur une corde tendue au-dessus d'une piscine de crocodile tandis que divers éléments perturbateurs tentent de la déséquilibrer.

Toujours à l'aide de la métaphore, la bande-dessinée peut également illustrer une pathologie difficile à saisir comme la dépression dans *I had a black dog* de Matthew Johnstone (51). Cette expression anglophone a été empruntée à Winston Churchill pour parler de sa propre dépression. L'auteur reproduit littéralement la maladie sous la forme d'un grand chien noir suivant le protagoniste partout. En s'asseyant sur son cerf-volant par exemple, le grand chien noir empêche le patient de se livrer à des activités agréables et quotidiennes. Il évoque clairement le ressenti de cette pathologie psychiatrique comme une force externe affectant l'humeur d'une personne et entraînant une perte d'intérêt ou d'envie.

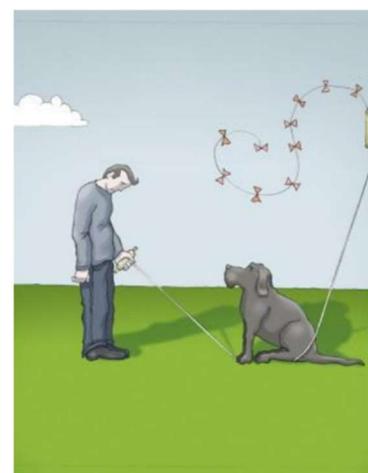


Figure 19 : Représentation de la dépression dans *I had a black dog*

II.2.5. Intérêts

Certaines écoles se sont déjà emparées de la bande-dessinée comme outil d'aide à l'apprentissage. C'est le cas des éditeurs scolaires Magnard et Casterman qui ont publiés en 2009 une série de manuels d'histoire destinée aux collégiens et aux élèves de lycées professionnels. L'ouvrage s'appuyait sur des bandes-dessinées comme *Les phalanges de l'Ordre Noir* de Pierre Christin et Enki Bilal (52) pour traiter de la guerre civile espagnole par exemple, et était accompagné d'un appareil pédagogique pour l'enseignant (analyse de l'œuvre, thèmes évoqués...). D'autres éditeurs comme Bayard ont également tenté de raconter *l'histoire de France en BD*. (53) De même, des écoles de français, comme le centre international d'Antibes, proposent à leurs élèves étrangers des bandes-dessinées francophones pour apprendre la langue. En effet, l'association de l'image et de l'écrit, le *multimodal learning*, rend l'apprentissage plus simple et plus ludique. (50) Cependant cela reste des cas assez anecdotiques, quasiment jamais utilisés dans l'enseignement.

Pourtant grâce à ses nombreux atouts, la bande-dessinée est un outil d'apprentissage non négligeable. Comme nous l'avons détaillé précédemment elle a, entre autres, la capacité à transmettre facilement des émotions fortes ou à décrire des symptômes pourtant complexes. Sa possibilité d'identification à certains personnages permet également de développer l'empathie pour son héros. Et sa structure oblige le lecteur à être impliqué de façon active dans l'histoire.

La bande-dessinée est également un endroit d'échanges, neutre, dans lequel le patient peut trouver des réponses à ses questions sans crainte de jugement.

L'université de McGill au Canada et le Penn State College of Medicine aux États-Unis (54) l'ont bien compris et se sont déjà emparés de la *graphic medicine*, certains qu'elle permettra à ses étudiants de devenir de meilleurs médecins.

Le Dr Christophe Bedos, dentiste, docteur en santé publique et enseignant à la faculté dentaire de McGill à Montréal, réfléchit à la construction d'un cursus intégrant la *graphic medicine* au sein de son enseignement. De la même façon, au Penn State College of Medicine aux États-Unis, certains enseignants ont déjà sauté le pas et présente la bande-dessinée à leurs étudiants comme un outil complémentaire dans leur cursus.

III. L'impact de la bande-dessinée sur la relation médecin-patient

« Une image vaut mille mots » disait Confucius.

Qu'en est-il lorsque les deux sont associés dans ce cas ?

III.1. Chez le patient

Les supports visuels sont utilisés depuis longtemps chez le patient pour l'aider à comprendre un diagnostic ou lui faire acquérir des gestes de prévention.

Ainsi après la seconde guerre mondiale, des bandes-dessinées à visée éducative ont commencé à être publiées. Elles s'adressaient à des cibles spécifiques : les adolescents pour leur apprendre à se protéger lors de rapports sexuels ; la communauté homosexuelle lors de l'apparition du SIDA pour les sensibiliser aux précautions permettant de limiter la propagation de la maladie ; les fumeurs et non-fumeurs pour les informer de la dangerosité du tabac ; elle parle aussi du cancer de la peau et de bien d'autres sujets de santé publique. (55)

III.1.1. Amélioration de l'éducation thérapeutique

Désormais, la bande-dessinée est également utilisée par les médecins et les hôpitaux après une opération par exemple pour expliquer une chirurgie du canal carpien et rappeler les consignes de surveillance une fois rentré à domicile. (56)

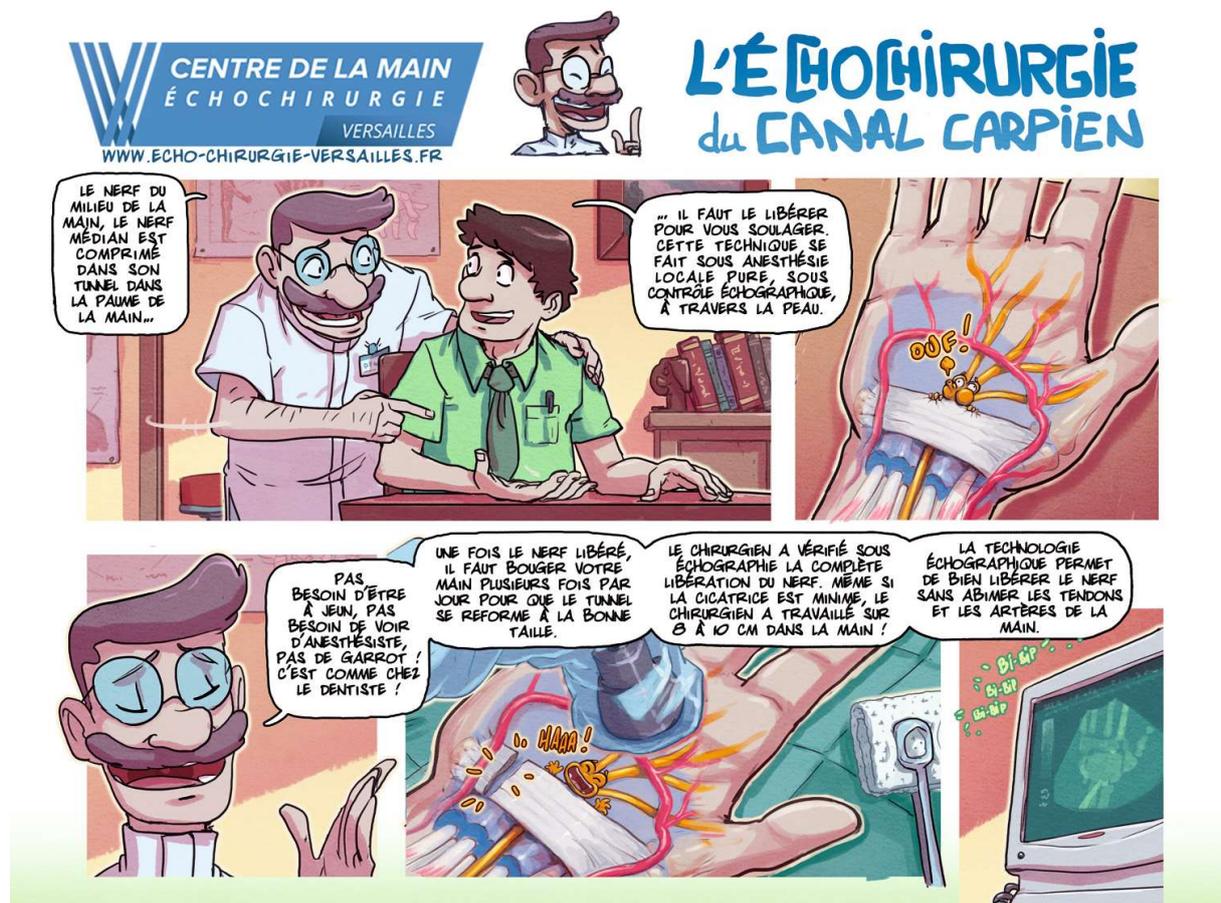




Figure 20 : BD proposées aux patients à leur retour à domicile après une chirurgie du canal carpien

La bande-dessinée, dans ce cas de figure, est indiquée pour permettre au médecin d'étayer son propos et de mieux se faire comprendre par le patient. Dans cette planche, nous retrouvons plusieurs atouts de la bande-dessinée dont nous parlions plus tôt.

Tout d'abord la personnification du nerf médian, ce qui permet au patient de mieux comprendre la physio-pathologie de son canal carpien, avec un petit personnage qui semble étouffé avant opération (« ouf ! », joues gonflées, yeux exorbités, mains crispées sur le ligament annulaire antérieur) et soulagé en post-opératoire (« haaa ! », sourire, mains ouvertes).

Ensuite, l'utilisation des onomatopées, notamment à côté de la balle en mousse que le médecin conseille d'utiliser pour s'entraîner « à bouger la main ». Ici le petit « swsww » qui l'accompagne fait comprendre implicitement au lecteur qu'il pourra être intéressant pour lui de presser une balle du même type pour sa rééducation.

Le personnage du patient joue du piano, activité de la vie quotidienne, dans ce qui semble être sa maison puisque nous découvrons un petit chat qui apporte une note d'humour à la bande-dessinée. Le félin permet de dédramatiser la situation post-chirurgicale puisqu'il interprète parfaitement la notion de retour à la vie normale en jouant.

En une planche unique, cette bande-dessinée explique à la fois la physio-pathologie du canal carpien, le traitement effectué, la rééducation post-opératoire et les critères d'inquiétude qui doivent amener le patient à reconsulter son chirurgien. Le format papier permet au malade de la relire à tout moment en cas de doute ou d'inquiétude.

Le chirurgien à l'origine de cette bande-dessinée, le Dr Thomas Apard, contacté par mail, nous explique qu'il s'agit d'une initiative personnelle. En effet, il avait le sentiment que les fiches explicatives "classiques" n'étaient pas lues par les patients et les explications orales mal retenues ou de façon incomplète. Il n'a pas évalué méthodiquement le ressenti ou la compréhension de ses patients mais, selon lui, la BD se heurtent à plusieurs obstacles :

- les patients de plus de 60 ans jugent la BD peu sérieuse ;
- la bande-dessinée n'a pas de valeur médico-légale car elle n'est pas reconnue par les sociétés savantes ;
- il est difficile de trouver un discours commun entre confrères et ensuite de le réactualiser régulièrement.

À l'inverse, il avait le sentiment que les patients lisaient plus attentivement les bandes-dessinées proposées et qu'elles les faisaient sourire (il rajoute alors avec une pointe d'humour qu' « un patient souriant est un patient moins sujet à l'algodystrophie »).

La *graphic medicine* a donc un intérêt certain chez les patients qui cherchent à en apprendre davantage sur leur pathologie. Elle aide à l'éducation thérapeutique du patient mais également à son autonomie et lutte contre la sensation d'isolement à laquelle certains patients se sentent confrontés au cours de leur maladie. (42)

Comme cette planche de *My degeneration : A journey through Parkinson's* de Peter Dunlap-Shohl, où l'auteur fournit au lecteur plusieurs stratégies pour « bouger » aux patients parkinsoniens. (42)

Walk This way, strategies to keep you moving

NOTE: If your balance is shot, these may not be for you.

PD has halted me countless times. Here are some ways I found over the years to get moving. Why do they work? I don't know. I just chalk it up to the malicious whimsy of this strange affliction.

1: Walk Backward. Use in open areas that present minimal danger of falling over unseen objects. Get someone to spot you.



2: Throwing Toes. Have a nimble companion start you by placing a toe in front of yours to step over.



3: Walk pigeon-toed. While stranded with nobody to throw me a toe, I thought, "Why not just step over my own toe?" yes, it looks stupid. So does standing frozen like a wax replica of yourself.



4: The straddle step. If there is a curb handy, try walking with one foot on the curb and the other on the adjacent lower surface.



IMPORTANT: Do not get run over by a car.

5: The Flying Leap. Sometimes what is needed is a dramatic move. Often when I cannot walk, I can skip.



6: Ragkicker's Dream. Drop a soft object on the floor (I use a glasses cleaning cloth). Now kick, and follow, kick and follow...

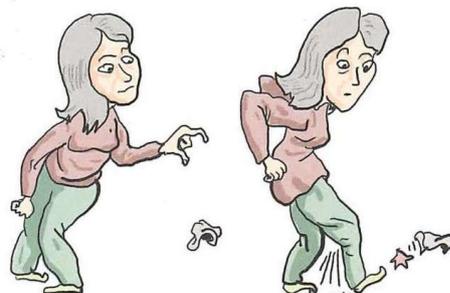


Figure 21 : Stratégie pour bouger proposée dans *My degeneration : A journey through Parkinson's*

Dans cette planche, l'auteur explique comment il fait pour se « débloquer » lorsque la maladie de Parkinson l'empêche d'avancer. Par plusieurs biais, comme celui de tromper son cerveau en s'enfuyant plutôt qu'en marchant, ou encore en s'imaginant passer un obstacle ou shooter dans un objet. Ce sont autant de petites astuces pour le patient, auxquelles le médecin ne pensera pas forcément, qui lui permettrons peut-être de vivre plus facilement sa maladie.

L'auteur utilise un autre outil de la bande-dessinée : l'identification. En effet, les personnages sont dessinés de façon stylisée, trois hommes pour trois femmes, cheveux gris ou blancs, tenues vestimentaires peu détaillées.

L'identification, un des atouts majeurs en *graphic medicine*, a ici une place importante, permettant de toucher plus facilement le lecteur afin qu'il se retrouve dans les difficultés que rencontre le personnage et considère que ces idées pourraient peut-être lui convenir.

Nous n'avons retrouvé que peu d'études évaluant la *graphic medicine* auprès du patient. Cependant, nous pouvons lire de nombreux retours positifs sur les pages Internet des différentes BD présentées au cours de cette thèse. Il reste cependant impossible à l'heure actuelle de quantifier l'efficacité de la BD puisque tous les lecteurs ne laissent pas leur avis après lecture.

III.1.2. Réduction de l'anxiété au cours de la prise en charge

Une étude réalisée en septembre 2010 et septembre 2012 dans le département de neurochirurgie de l'hôpital universitaire de Kyoto a recherché l'impact du roman graphique sur la compréhension de la famille d'un patient atteint d'hémorragie intra-cérébrale ou méningée et l'intérêt de son utilisation pour obtenir un consentement éclairé. Par la distribution d'une bande-dessinée expliquant la physiopathologie de ce type d'évènement et ses enjeux à la famille du patient, ils ont ensuite questionné les accompagnants sur leur état d'esprit après les explications du médecin ainsi que l'utilité et l'aide que leur avait apporté la lecture de cette bande-dessinée. Parmi les 16 familles de patients, 68,8% des interrogés estimaient avoir été aidé par la lecture de cette bande-dessinée pour comprendre les explications du médecin. De plus, 93,8% des répondants trouvaient utile l'utilisation de romans graphiques dans d'autres situations médicales. (57)

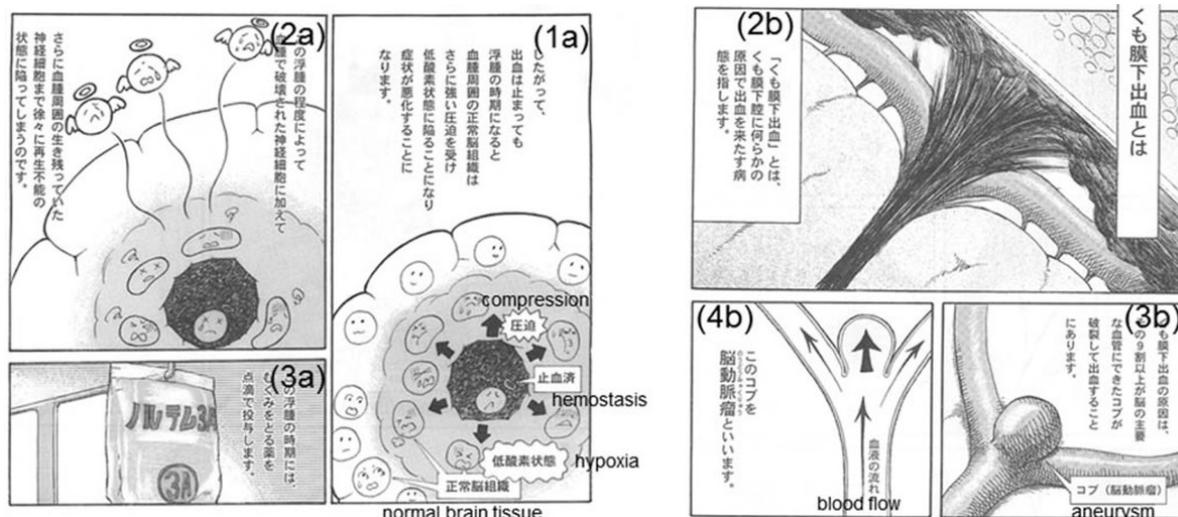


Figure 22 : Extrait de la bande-dessinée utilisée lors de l'étude réalisée à Kyoto (Se lit de droite à gauche)

La bande-dessinée, utilisée dans ce type de situation auprès de l'entourage de patients, permettait donc d'expliquer aux accompagnants les tenants et les aboutissants d'une pathologie et ainsi les aider à appréhender son évolution notamment en cas d'aggravation des symptômes.

Au-delà de l'éducation du patient, les bandes dessinées peuvent donc permettre au malade d'avoir davantage de contrôle sur leur situation. (58)

Une autre étude a été réalisée chez des enfants de 6 ans à 16 ans révolus devant avoir une anesthésie générale. Cette étude randomisée et prospective, en groupes parallèles, comparait l'anxiété pré-opératoire de ces enfants par le biais de l'échelle STAIC (State-Trait Anxiety Inventory Children).



	Avant consultation anesthésie	Après consultations anesthésie	Avant intervention chirurgicale
Groupe test	32,09	- 2,02	+ 0,39
Groupe témoin	30,40	+ 0,90	+ 5,14

Tableau 3 : Variations de la STAIC avec et sans livret *Sparadrap*

Figure 23 : Extraits du Livret *Sparadrap*

Un groupe recevait l'information standardisée fournie par l'anesthésiste tandis que l'autre recevait la même information associée à une petite bande-dessinée. Une échelle d'anxiété était remplie par l'enfant avant la consultation avec l'anesthésiste puis juste après et enfin le jour de l'hospitalisation. Dans le groupe d'intervention, le STAIC diminuait de 32,09 à 30,07 (- 2,02, déviation standard (DS) = 4,23), entre la première évaluation et l'évaluation effectuée après la visite pré-anesthésique. Au contraire, dans le groupe contrôle, le STAIC augmentait de 30,40 à 31,30 entre les deux évaluations (0,90, DS = 4,97). La différence de l'évolution du STAIC entre les deux groupes était statistiquement significative ($p = 0,002$). Cette différence persistait le jour de l'hospitalisation, les moyennes des STAIC augmentaient de 0,39 (DS = 4) en comparaison avec la première évaluation dans le groupe d'intervention et de 5,14 (DS = 6) dans le groupe témoin ($p < 0,001$). (59)

La *graphic medicine*, et encore plus la pathographie pour le patient, se présente comme une invitation, non menaçante, à se familiariser à une condition qui elle-même, au contraire, peut se montrer intrinsèquement inquiétante, comme l'est une maladie chronique par exemple.

Cette notion de menace et de dangerosité d'une pathologie est régulièrement représentée dans le roman graphique par le biais de métaphore, souvent animale, personnifiant ainsi la maladie. Inquiétant serpent dinant à la table familiale dans *l'Ascension du Haut Mal* de David B. représentant l'épilepsie de son frère (60) ; petit renard cyclothymique dans *Goupil ou Face* de Lou Lubie (61) ; ou encore gigantesque rhinocéros blanc dans *Pilules Bleues* de Frederik Peeters depuis l'annonce de la séropositivité de Cati (62).



Figure 24 : Extraits de *Pilules Bleues*

III.1.3. Validation de l'expérience vécue par le malade

La bande-dessinée permet donc :

- l'éducation thérapeutique du patient,
- l'amélioration de son autonomie,
- la meilleure compréhension d'un diagnostic ou d'un acte médical.

Par le biais de la pathographie, défendant l'expérience subjective et personnelle d'une maladie, la bande-dessinée « valide » l'expérience du patient. (63)

Ce récit de la maladie confirme directement au lecteur que d'autres ont vécu une catastrophe similaire et, heureusement, y ont survécu et ont écrit (et dessiné) sur le sujet. C'est une fenêtre sur la réalité subjective des personnes souffrantes fournissant un accompagnement par le partage d'expérience d'une façon plus immédiate qu'un groupe d'entre-aide ou qu'une brochure d'information. (25)

Dans le cadre de maladies ou de handicaps, l'auteur, grâce à la BD, donne voix aux inquiétudes et aux préoccupations. Des sujets universels qui restent pourtant difficiles à exprimer. Par ce biais, le patient trouve des réponses à ses questions et peut se rassurer.



C'est ce que propose Elodie Durand dans *La Parenthèse* (64). Des premières manifestations aux interventions médicales périlleuses, en passant par les consultations chez le neurologue, le lecteur accompagne Judith (l'alter-ego de l'auteure) tout au long de son voyage autour de sa tumeur cérébrale, à la fin incertaine, avec pour fil rouge une mémoire de plus en plus défaillante.

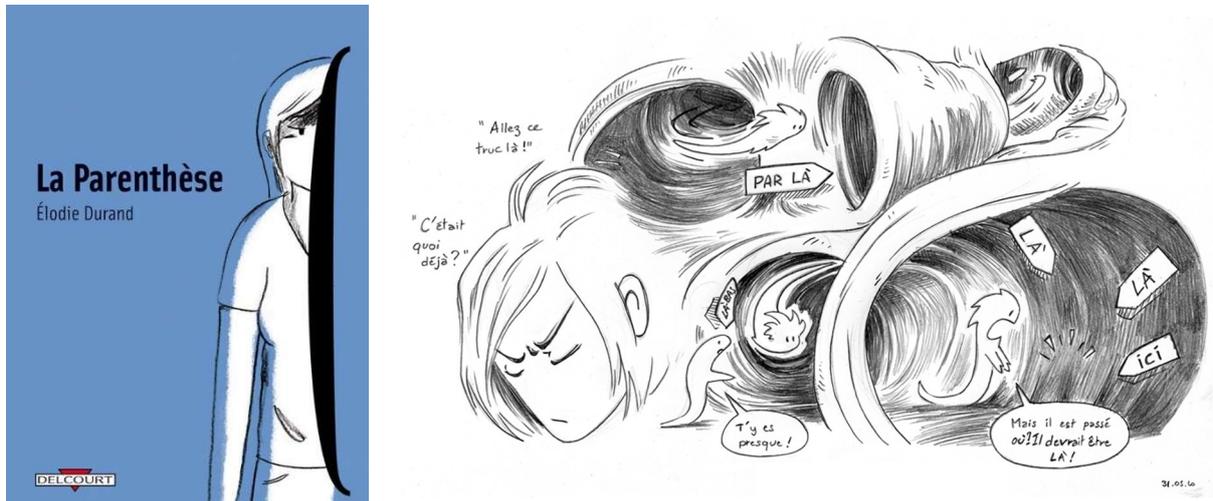


Figure 25 : Représentation de la mémoire dans *La Parenthèse*

La bande-dessinée se met au service de l'auteur avec une grande efficacité lorsqu'il s'agit d'exprimer une notion abstraite avec clarté. Dans *Moi en Double*, écrit par Navie et illustrée par Audrey Lainé, l'obésité est au centre de la discussion (65). La réflexion s'articule autour du surpoids et de la difficulté du « paraître » s'opposant au « pas être ». Pour se sentir mieux et se sauver de cette sorte de « suicide », comme elle l'appelle, elle s'est créée un double qu'elle accuse de tous les torts et qu'il faut éliminer, pour finalement s'avouer que, dans bien des cas, « le poids [est] l'arbre qui [cache] la forêt ».

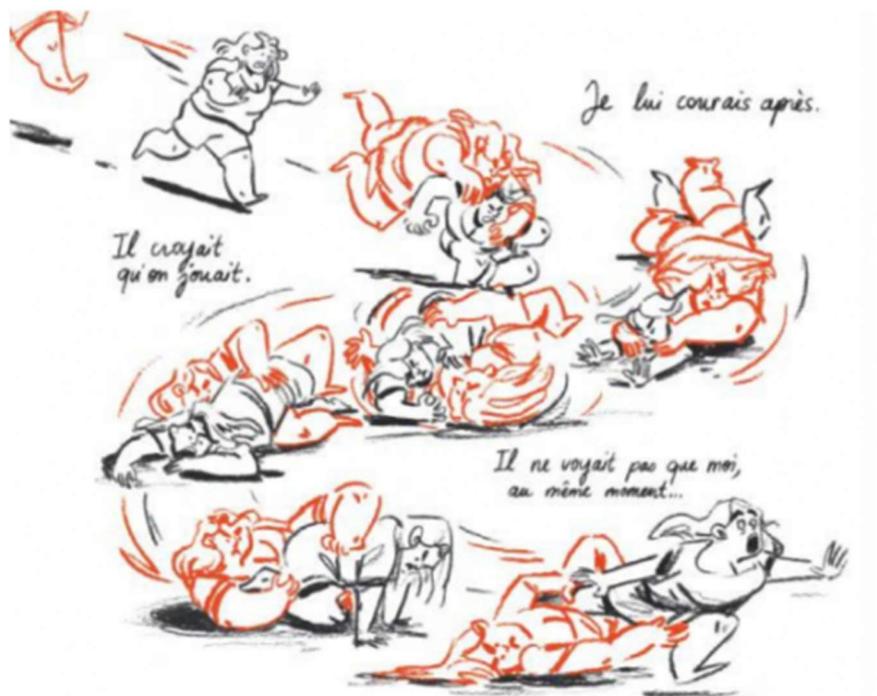


Figure 26 : Combat entre Navie et son double pour les gestes de la vie quotidienne

Tout en noir et blanc, la seule couleur autorisée dans cette bande-dessinée est le rouge pour le double de la protagoniste, le personnifiant et illustrant ainsi aisément le ressenti de Navie vis-à-vis de ce « poids » qui la gêne dans sa vie quotidienne.

Grâce à ces différents exemples et études, nous comprenons que la bande-dessinée peut être utilisée comme un véritable outil d'aide à la communication de médecin à patient. Elle va même permettre de renforcer le lien de confiance entre soigné et soignant.

Sous différents formats, flyers post-chirurgie, témoignages de malades, elle permet au patient de trouver des réponses à des questions qu'il peut ou pourrait se poser, de valider aussi son expérience dans certains cas, de mieux comprendre et donc accepter une mauvaise nouvelle. Elle permet aussi au malade de garder ou retrouver une certaine autonomie grâce à cet espace neutre où il peut converser avec lui-même et d'autres patients sans avoir peur d'un quelconque jugement.

La bande-dessinée va aider le patient dans son quotidien. C'est peut-être la plus grande différence entre les ouvrages faits par des soignants et ceux écrits par des patients : la description de la maladie et son vécu dans la vie de tous les jours. Car le médecin oublie parfois que le patient est toujours malade une fois rentré chez lui et qu'il devra « vivre avec » jusqu'au prochain rendez-vous : marcher, dormir, prendre une douche, s'habiller, faire ses courses, travailler...

Et c'est sur ce point-là et bien d'autres que la *graphic medicine* peut apporter au médecin.

III.2. Chez le médecin

Au cœur de la *graphic medicine*, la pathographie est un outil permettant au professionnel de santé d'avoir un autre regard sur les expériences personnelles de ses patients et pouvant l'aider à se recentrer sur son empathie. (42)

III.2.1. Compréhension du quotidien du malade

Comme les anglophones en font la distinction, ils peuvent ainsi voir la maladie d'un angle différent, passant de « *disease* » (traduit par maladie au sens scientifique du terme) à « *illness* » (traduit comme le ressenti de la maladie par le malade).

La pathographie leur permet également de mieux saisir l'impact de la maladie sur le quotidien du malade, lorsque le patient n'est pas dans leur cabinet. La *graphic medicine* a pour objectif de réduire le fossé entre la connaissance théorique d'une maladie et la compréhension de son vécu par le patient et son entourage. (46)

C'est ce que nous raconte David B., dans *l'Ascension du Haut Mal* (60). L'auteur évoque ses expériences familiales avec pour toile de fond les crises d'épilepsie de son frère aîné. Son récit oscille entre des situations classiques comme un repas de famille et des représentations plus oniriques de la maladie.



Figure 27 : L'épilepsie, menaçante et envahissante, dans *l'Ascension du Haut Mal*

III.2.2. Critique de certaines pratiques médicales

Mais la pathographie critique aussi beaucoup les soignants et leur façon de communiquer. Termes trop techniques, sourires feints se voulant rassurants mais finalement plutôt angoissants, statistiques, annonces d'une mauvaise nouvelle... Tout y passe.

Ainsi en lisant les romans graphiques *Mom's Cancer* et *Janet & Me : An illustrated story of love and loss*, le médecin se rend mieux compte de l'impact négatif de l'utilisation des biostatistiques sur le patient par exemple. (25,63)

Ils exposent chacun dans leurs BD l'incongruité de l'évaluation des risques basée sur les statistiques. Par exemple, l'annonce du fait que *Mom* a seulement 5% de chances de s'en sortir est démoralisant. À l'inverse Janet a de faux espoirs, étant donné que le traitement qu'elle suit a 70% de chances de fonctionner alors qu'elle fait finalement partie des gens qui répondent mal au traitement (non seulement il est inefficace mais en plus il la vide de son énergie et aggrave sa condition physique). (63)



Figure 28 : L'impact des statistiques sur le moral du patient dans *Mom's Cancer*

Fort de cette lecture, le médecin aura retenu le peu d'intérêt à dévoiler ce genre de statistiques à ces patients.

Dans la bande-dessinée *Cancer Vixen* de Marisa Acocella Marchetto sur son cancer du sein (66), une case rappelle au médecin la difficulté du consentement éclairé face à l'annonce d'une telle pathologie.

Sur cette image, Marisa et sa mère regardent le médecin, les yeux écarquillés et l'air terrifié, tandis qu'il décrit la biopsie. Les propos du docteur sont désintégrés en des signes incompréhensibles tandis que les seuls mots isolés par l'esprit de Marisa sont « cancer » et « adénectomie ». Cette scène illustre parfaitement le challenge qu'est l'obtention d'un consentement vraiment éclairé, lorsque les patients sont trop effrayés pour absorber les informations données dans ce genre d'annonce. (43)

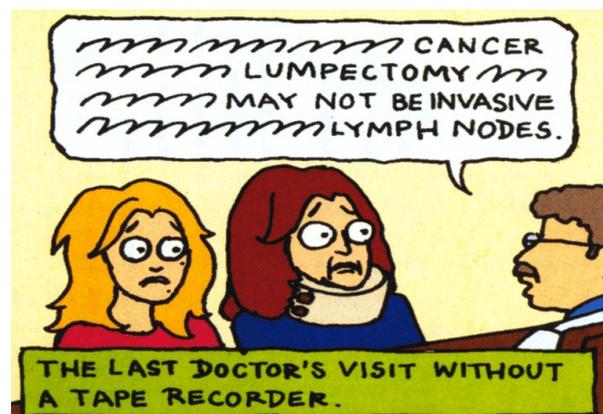


Figure 29 : L'angoisse lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans *Cancer Vixen*



Figure 30 : L'incompréhension du patient face aux termes techniques dans *Mom's Cancer*

Ce thème est également repris dans *Mom's Cancer* (49), où Mom se noie dans les termes techniques du médecin sans comprendre ce qu'il se passe finalement. Juste après se déroule d'ailleurs une scène où elle discute avec ses enfants qui reprennent avec elle, pas à pas, les explications.

Les auteurs de pathographies nous expliquent aussi comment les patients vivent les consignes des médecins, une fois rentrés chez eux. Comment une phrase aussi simple que « appelez-moi si vous remarquez quelque chose d'anormal » peut se transformer en incompréhension pour le patient avec le sentiment de ne pas être pris au sérieux ou que le praticien se moque de lui.

Ainsi Mom a la sensation d'être stupide, d'appeler toujours lorsqu'il ne faut pas et jamais lorsqu'il faudrait. De plus, certaines réponses des médecins sur cette planche sont plutôt virulentes ou culpabilisantes. Aussi Mom arrête d'appeler quel que soit le motif : le dialogue avec le soignant est rompu.

Une façon de rappeler au médecin que l'inquiétude du patient, même si elle peut sembler anodine ou disproportionnée, doit toujours être considérée et traitée avec empathie.

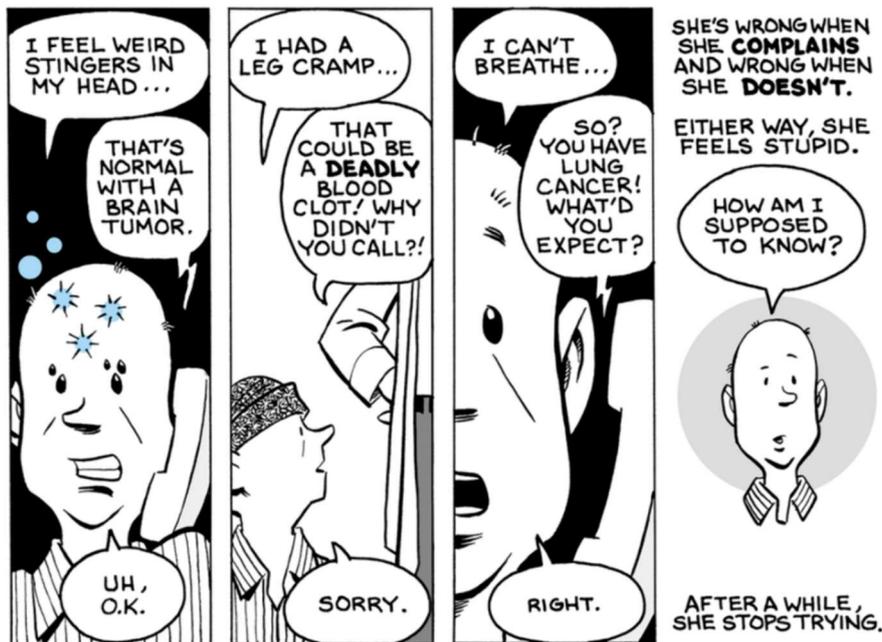


Figure 31 : Difficultés de compréhension des consignes médicales dans *Mom's Cancer*

III.2.3. Amélioration de la communication non-verbale

Un autre thème récurrent dans la pathographie est l'échec des médecins à trouver ce qui trouble réellement leur patient et à lire entre les lignes.

Dans cette planche de *La Parenthèse* (64), l'annonce faite à Judith, le personnage principal du roman graphique, la trouble. Elle se ferme, rougit, baisse la tête et malgré une question anodine qui pourrait mettre sur la voie le praticien, elle décide finalement qu'elle déteste l'ensemble des soignants et préfère regarder par terre.

Cet extrait rappelle au praticien à quel point le langage non verbal est important dans la communication entre soignant et soigné.



Figure 32 : Défaut dans la communication non-verbale entre patient et médecin dans *La Parenthèse*

En termes d'amélioration de ses capacités de communication non verbale, la *graphic medicine* peut se montrer très intéressante pour le médecin.

En effet, pour apprécier l'intégralité d'une BD – contrairement à un texte que le lecteur peut survoler pour en tirer l'information principale – il faut ralentir, prendre le temps de regarder chaque image et les détails qui s'y cachent : la position du malade, son expression faciale, les mots qu'il dit. Mots et images se complètent dans une case de BD, exactement comme l'expression faciale ou les mouvements accompagnent les paroles du patient. La bande-dessinée requiert, de la part de son lecteur, les mêmes qualités que celles demandées à un professionnel de santé dans sa pratique : ralentir, regarder le patient, lire son langage corporel, écouter ce qu'il dit... La BD peut aider les professionnels de santé à être plus observateurs et mieux interpréter les expressions de leurs patients. (67)

Certains enseignants l'ont bien compris et intègrent désormais des cours directement sur le dessin et la bande-dessinée dans le cursus des études de médecine.

III.2.4. Discussion entre confrères et auto-critique

En se tournant maintenant vers la bande-dessinée faite par le médecin, nous découvrons qu'elle a, elle aussi, un intérêt pour le soignant, bien que dans un axe différent. Selon le Dr Ian Williams, le fait de dessiner sa propre expérience permet au praticien de réfléchir sur ses actes et de les critiquer ensuite. (67)

Par exemple, il s'auto-critique dans *Le blues du médecin* (68) en dessinant cette image de praticien n'écoutant pas vraiment sa patiente car trop préoccupé par son envie d'aller aux toilettes.

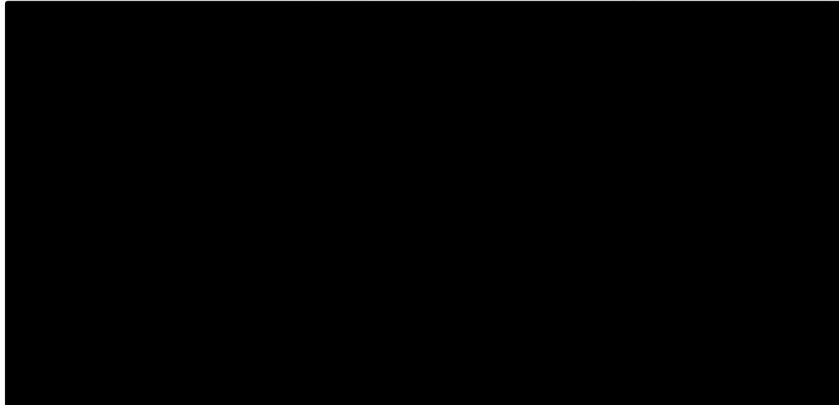


Figure 33 : Manque de concentration dans *Le Blues du médecin*

C'est, en somme, une manière de débriefer son expérience. Alors que les pathographies représentent majoritairement les soignants comme insensibles ou incompréhensibles, les bandes-dessinées faites par les soignants expriment plutôt les nombreux doutes qu'ils ont pu rencontrer dans leur pratique courante, lorsque survient une erreur médicale ou qu'un patient meurt. (69)

Pour un médecin qui ne dessine pas ou n'écrit pas, lire une bande-dessinée garde ces bénéfices de réflexion, d'auto-critique et de réassurance. A fortiori, grâce, à nouveau, à l'identification possible par le lecteur. Dans les extraits du *Blues du Médecin* ci-dessus, le dessin du soignant est très peu détaillé, ce qui renforce son pouvoir d'identification. La lecture active de la bande-dessinée va permettre au soignant qui lit cette BD de facilement se projeter dans le récit pour ainsi débriefer d'une expérience similaire si besoin.

Grâce à la bande-dessinée, le médecin peut également raconter ce qui le touche ou ce qui le révolte. C'est ce que fait le Dr Charles Masson, ORL spécialisé en cancérologie, dans *Bonne Santé* (70) où il traite des gardes, des opérations au bloc, de l'humour « avec » les internes... mais aussi des pratiques plus taboues du milieu médical, telles que « l'aide » aux patients en fin de vie ou le mensonge protecteur.

Case 1 : je mettrai ça sur ma plaque, quand je m'installerai.

Case 2 : Mentir...

Case 3 : C'est bien le premier truc que tu apprends à faire en médecine, dès que tu rencontres ton premier patient tu apprends à mentir.



Figure 34 : Réflexion sur le mensonge dans *Bonne Santé* Avec l'aimable autorisation de l'auteur et des Editions Casterman

Le médecin en formation trouve également sa place dans la *graphic medicine*. Pendant son séjour à la Faculté de Médecine, l'étudiant s'est principalement préoccupé d'acquérir la plus grande somme de connaissance possible sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies. Il s'est concentré sur ses compétences techniques, une des deux grandes qualités demandées à un médecin, comme nous en parlons précédemment.

L'étudiant en médecine a été quasi-exclusivement en rapport avec les patients des hôpitaux pour la majorité de son cursus. Le chef de service ne s'est souvent préoccupé, devant lui, que des questions relatives à la nature, à l'évolution et au traitement des maladies, les médicaments sont pris sous surveillance de l'infirmière sans parfois même que le patient sache ce qu'il lui est donné, le brancardier l'amène directement aux examens complémentaires... Aussi lorsque l'étudiant entre dans la pratique médicale de la médecine générale en libéral, il se trouve souvent pris au dépourvu face à l'investissement émotionnel que lui demande le patient et parfois sa famille. Il se met alors en quête de la deuxième grande qualité demandée : la compétence relationnelle.

Plusieurs étudiants se sont emparés de ces difficultés rencontrés au cours de leur cursus pour les exprimer à travers des bandes dessinées. Comme cette image de Védécé (71) où l'auteur s'interroge sur la place de l'écoute dans sa relation avec son patient à l'hôpital. Il affiche son désaccord face aux propos de son chef par son expression faciale mais aussi la petite annotation ironique qui le qualifie. Une fois encore, les personnages sont très stylisés avec ici le parti pris de dessiner des visages complètement noir et rond, rappelant le smiley jaune bien connu. L'identification aux personnages est donc très forte et l'étudiant-lecteur peut vraiment se sentir immergé dans l'histoire en imaginant son entourage professionnel à la place des différents personnages.



Figure 35 : L'empathie des seniors hospitaliers critiquée dans *Vie de Carabin 2*

Grâce à la bande-dessinée, le médecin en formation va pouvoir retrouver ses questionnements et peut-être certaines réponses, que ça soit sur sa pratique ou ses études.

Ce fut le travail d'une étudiante au cours du cursus optionnel sur la bande-dessinée proposé par la Faculté Dentaire de Toulouse. Dans cette image, elle se pose la question de sa légitimité dans le soin de ses patients alors qu'un dentiste expérimenté serait, selon elle, plus performant. (72)

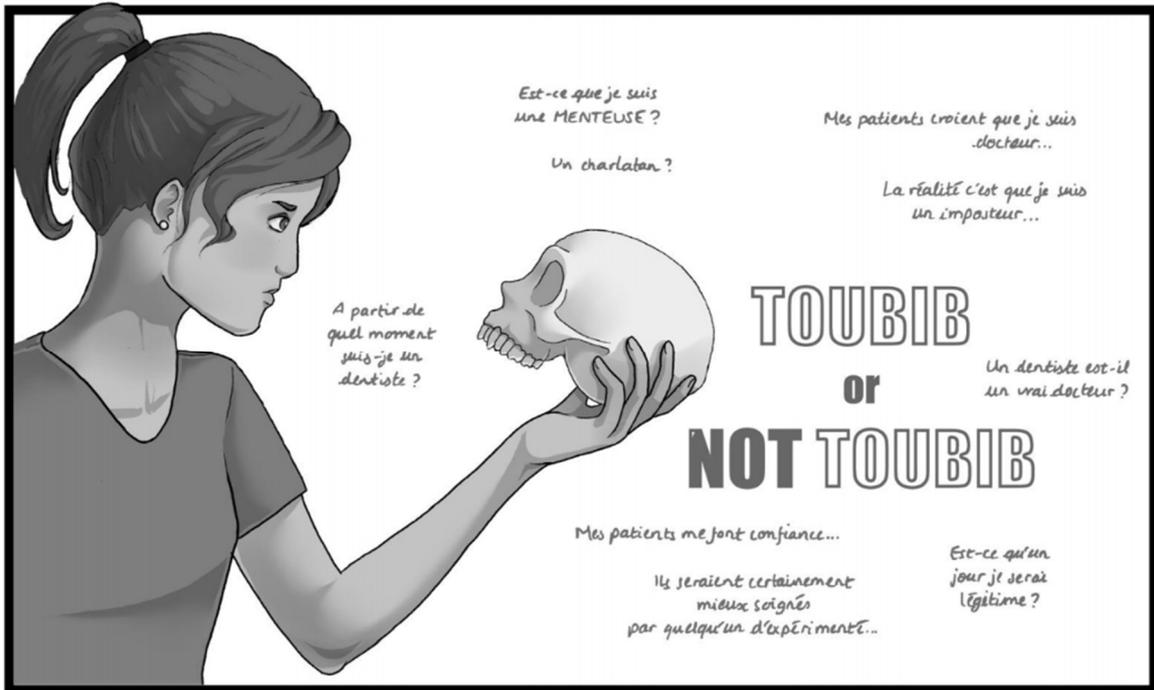


Figure 36 : Questionnement sur la légitimité de l'étudiant dans la prise en charge d'un patient

Dans une autre planche, elle s'intéresse également sur les difficultés de compréhension entre patient et soignant aux vues des termes différents utilisés entre vocabulaire technique du dentiste et courant du patient.





Figure 37 : Défaut de compréhension entre médecin et patient

Ce genre de roman graphique, réalisé par les étudiants, a un double impact. A la fois dans la relation médecin-patient car mettant en avant les difficultés rencontrées dans la communication avec le soigné par exemple, le lecteur va alors pouvoir redoubler de vigilance ou chercher à mieux se former. Mais aussi dans la relation enseignant-étudiant, en lisant les difficultés rencontrées par le médecin en formation, le chef de service, l'enseignant ou le tuteur va pouvoir se concentrer sur ces thématiques.

Ainsi par la bande-dessinée, le médecin et l'étudiant en formation possèdent deux façons d'améliorer leur relation avec le malade :

- La pathographie :
 - o En prenant conscience de comment le soignant est perçu par le patient,
 - o En rappelant combien l'annonce d'un diagnostic grave peut-être difficile,
 - o En réexpliquant l'importance de vérifier la compréhension du patient en le faisant reformuler ce qu'il a compris ;
- La bande-dessinée de soignants, équivalent à une discussion entre confrères :
 - o En permettant le débrief de certaines situations difficiles,
 - o En remettant en question quelques pratiques usitées mais discutables.

Et si le médecin peut s'améliorer au cours de sa pratique avec la bande-dessinée et l'étudiant être mieux formé dans sa compétence relationnelle, pourquoi ne pas l'enseigner au sein du cursus santé ou utiliser le support bande-dessinée dans l'enseignement ?

III.3. Dans l'enseignement en médecine

Alors que la *graphic medicine* a été reconnue comme pouvant jouer un rôle important dans le soin, elle est, à ce jour, rarement intégrée à l'enseignement aux étudiants en médecine. (58) Les Dr Michael Green et Dr Kimberly Myers affirment pourtant que les pathographies peuvent être utilisées pour développer les compétences d'observation et d'interprétation chez les étudiants en médecine. (73) Le Dr Ian Williams, lui, parle d'un outil pour aider à l'amélioration de la récupération d'information au cours de l'anamnèse.

En représentant le cas clinique à travers une bande-dessinée, l'étudiant se rappelle qu'il n'a pas que des symptômes à traiter mais aussi un patient avec ses émotions, son expérience et son environnement. Au contraire, il pourrait être facile de le mettre de côté à travers un simple récit où le patient et son contexte sont en général assez peu étoffé : « Monsieur A. 42 ans, sans antécédents, présente des douleurs abdominales... ».

Qui n'a jamais entendu lors de son externat, un interne ou un senior lui dire :

« Va voir le patient de la 42, c'est une [insérer le nom de la maladie ou du symptôme] typique. Une fois que tu l'auras dans l'œil tu ne pourras plus jamais louper ce diagnostic »

Et pour cause, l'information apprise à travers une histoire se retient bien mieux (74). Nous comprenons alors tout le potentiel de la bande-dessinée dans l'apprentissage, grâce au *multimodal learning* ainsi qu'aux différentes techniques d'apprentissage décrites plus haut.

A l'université de Sherbrooke au Canada, Yvan Dagenais, chargé de cours, enseigne depuis plus de dix ans le dessin aux futurs médecins. Il ne s'agit pas de bande-dessinée mais de dessin à partir de modèles, qui ont, selon lui, déjà un intérêt. Pour les chirurgiens ou les dermatologues, par exemple, ça améliorerait leurs habilités visuo-spatiales mais également la compétence relationnelle chez le futur médecin. En effet, le dessin développerait les capacités d'observation utiles dans le langage non-verbal (tics nerveux, changement de couleur de la peau...). (75)

Le langage non-verbal, comme nous l'avons vu plus tôt, possède une place importante dans la communication avec le patient. Ainsi nous pouvons aisément comprendre que le travail du dessin d'une expression : tristesse, colère, mépris..., permet de les détecter plus facilement une fois face au patient et améliorer la relation soignant-soigné.

Le Penn State College of Medicine aux Etats-Unis, où enseigne le Dr Michael Green, propose un cursus optionnel liant la bande-dessinée et la médecine. Les cours sont organisés de la manière suivante : discussion autour d'une œuvre de *graphic medicine*, participation à des ateliers créatifs visant à réfléchir sur un thème/une problématique leur permettant de perfectionner leur technique de dessin et d'écriture, puis création de leur propre projet de bande-dessinée. (76)

Un des avantages de la bande-dessinée selon le Dr Michael Green est qu'un lecteur engage à la fois l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche de son cerveau lorsqu'il est confronté à des images et des mots, améliorant ainsi son apprentissage cognitif et affectif. (74) Dans l'hémisphère gauche se situe l'aire du langage, qui est donc sollicitée que ce soit pour sa

production ou sa compréhension (lecture, écriture, parole...). L'hémisphère droit, lui, a un rôle global et synthétique. Il est sollicité pour la cognition spatiale (copier un dessin, orientation topographique...) et l'émotion. (77) Pour la lecture d'une bande-dessinée, les deux hémisphères sont donc mis en jeu pour lire, comprendre les bulles et les insérer dans l'histoire, puis pour transformer le dessin, les objets, en concept compréhensible par le lecteur afin de créer un univers complet.

De plus, selon le Dr Michael Green, le travail cognitif fourni par l'étudiant pour remplir le « gutter », l'ellipse entre chaque case de bande-dessinée dont nous parlions précédemment, permet d'en faire une histoire cohérente. Ce travail est similaire à celui que doit faire un médecin pour poser un diagnostic. En effet, les symptômes sont donnés par le patient, pièce par pièce, et relier chaque symptôme pour en obtenir une anamnèse fluide débouchant sur un diagnostic, requiert les mêmes compétences que pour lire une bande-dessinée, selon le Dr Michael Green.



Figure 38 : Examen clinique représenté dans *Mom's Cancer*

Comme dans cet extrait de *Mom's Cancer*, par l'association de petites images le lecteur comprend que le médecin examine sa patiente. De la même façon, le médecin récupère les indices que lui donne le patient (fièvre, rhinite, toux) et l'environnement (hiver, épidémie grippale) pour poser son diagnostic.

La démarche est sensiblement la même et c'est aussi en ça que la bande dessinée peut se montrer un outil utile dans l'apprentissage de l'étudiant en médecine.

Le Dr Michael Green a fait remplir à ses étudiants un auto-questionnaire où ils évaluaient l'utilité de la bande-dessinée sur différentes aptitudes avant et après la session de cours avec lui :

- l'empathie,
- la communication avec les patients,
- les compétences en raisonnement clinique, en observation et en diagnostic,
- la communication entre collègues,
- la sensibilisation au biais venant du médecin,
- la communication non-verbale et verbale,
- la compréhension des attentes du patient,
- la capacité à interpréter une information,
- les compétences en dessin et en écriture,
- la capacité à décrire une situation médicale.

Le score s'améliorait significativement en faveur de la BD après les quatre semaines de cours. L'analyse de la question reste bien sûr subjective mais l'étudiant a tout de même le sentiment d'être plus à l'aise après son travail autour de la *graphic medicine*. Plusieurs d'entre eux témoignent que cela leur a permis d'améliorer leur empathie, leur façon de communiquer avec le patient mais aussi avec leurs collègues et leur capacité de raisonnement clinique, tout comme le montre le score de leur auto-questionnaire. (76)

La bande-dessinée au sein de l'enseignement universitaire a donc de nombreux intérêts pour l'étudiant en médecine. Elle lui permettrait avant tout d'améliorer sa compétence relationnelle notamment grâce à sa communication non-verbale via une meilleure interprétation du langage corporel du patient. Elle perfectionnerait aussi sa capacité à réaliser une anamnèse complète et son travail cognitif pour en déduire un diagnostic. Enfin, les étudiants ayant participés aux cursus optionnels sur la *graphic medicine* se sentent mieux armés, avec notamment la sensation d'avoir amélioré leur empathie, pour leur pratique future.

Conclusion

Grâce à son format ludique et accessible, la bande-dessinée en médecine a un véritable intérêt au sein de la relation médecin-patient, ainsi qu'au cours de la formation initiale et continue du praticien.

Chez le médecin, elle a un double impact. Elle donne à la fois un moyen de communication supplémentaire du patient vers le praticien afin que ce dernier comprenne mieux le ressenti que peut entraîner la maladie, les difficultés que rencontrent le patient et donc ainsi mieux s'y adapter. De plus, par le biais de bande dessinée créée par d'autres professionnels de santé, la BD permet de débriefer de ses propres expériences et doutes.

Proposée au patient, la pathographie lui permettra de se familiariser avec la maladie, de lui redonner son autonomie et de répondre à ses questions. Elle améliorera la relation médecin-patient en soutenant le malade, en l'autorisant à poser ses questions et à s'interroger sur des problématiques rencontrées au sein des romans graphiques. Le psychiatre, hésitant entre deux diagnostics par exemple, pourra également présenter à son patient une pathographie traitant d'une des maladies suspectées pour savoir s'il se reconnaît dans la description qu'en fait l'auteur. Le patient devient alors un véritable acteur dans sa maladie, avant même que le diagnostic ne soit posé.

Dans l'enseignement, les premières initiatives de l'utilisation de *graphic medicine* pourraient être amenées à s'étendre outre-Atlantique comme l'a fait la médecine narrative. Enseignée au sein des facultés de médecine ou utilisée comme support de cours, la *graphic medicine* permettrait d'améliorer la compétence relationnelle de l'étudiant ainsi que sa connaissance de la maladie, du patient et de son ressenti vis-à-vis de la pathologie.

Enfin, les auteurs de bande-dessinée s'emparent de plus en plus de sujets de société pour les représenter sous la forme de dessins. Les études qualitatives, elles, prennent de plus en plus de place en recherche. Une conclusion en bande-dessinée, à la fin de chacune de ces études, résumant les résultats obtenus, pourrait permettre de les rendre plus accessibles et compréhensibles.

La réalisation d'une étude à grande échelle sur l'impact de la bande-dessinée chez le médecin, le patient et l'étudiant serait intéressante.



Références bibliographiques

1. Collège National des Généralistes Enseignants. DES de Médecine Générale [Internet]. CNGE. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
2. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. avr 2017;#132:187-98.
3. Kepler MO. Human Values in Medicine: Some Helping Organizations. JAMA. 15 janv 1973;223(3):305-7.
4. Mc Cloud S. Understandig Comics: The Invisible Art. Williams Morrow Paperbacks; 1994.
5. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
6. World Health Organization. Doctor-Patient: Interaction and Communication. Genève Div Ment Health [Internet]. 1993; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60263/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.
8. Nau J-Y. Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel. Rev Médicale Suisse. 2015;11:838-9.
9. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes [Internet]. New York: Springer-Verlag; 2007 [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.springer.com/gp/book/9780387336077>
10. Ceolato-Fourastier M. Evaluation du niveau d'empathie au cours des études de médecine. Université de Limoges; 2017.
11. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Université de Nice Sophia Antipolis; 2018.
12. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. avr 2005;55(513):305-12.
13. Pouchain D, Attali C, De Butler J. Médecin Générale : Concepts & Pratiques. Paris: Editions Masson; 1996.
14. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin. Arnette; 2018.
15. Mehrabian A. Nonverbal Communication. Routledge; 2017.
16. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 2011;11(3):151-6.
17. Nawroski L. Les représentations dans le discours médecin-patient de consultations filmées de Médecine Générale en matière de prévention et de dépistage : impact sur la

- relation de soin, la transmission et l'adhésion au message [Internet]. [Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Paris VI]; 2017 [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article368>
18. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
 19. Rogers C. Client centred therapy. Robinson; 1986.
 20. Rodonti P-Y, Guex P, Vannotti M. Que cache l'agenda caché ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2005 [cité 17 juill 2019];1. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30169>
 21. Olmer F. La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques. *Soc Represent*. 2009;n° 28(2):153-72.
 22. Nicodème R. Ethique et déontologie, relation médecin-malade [Internet]. Facultés de Médecine de Toulouse. 2001. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf
 23. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
 24. Fragu P. La relation médecin-patient. *Ethique Santé*. 17 févr 2008;1(1):26-31.
 25. Venkatesan S, Saji S. (Un)bridgeable Chasms? : Doctor-Patient Interactions in Select Graphic Medical Narratives. *J Med Humanit*. 17 août 2018;
 26. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res*. 1 déc 2009;67(6):607-11.
 27. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 17 oct 2001;286(15):1897-902.
 28. Charon R. Narrative medicine honoring the stories of illness. Oxford University Press; 2006.
 29. Arts Plastiques. L'art et la médecine, la maladie [Internet]. Arts Plastiques. 2017 [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <https://perezartsplastiques.com/2017/06/24/lart-et-la-medecine-la-maladie/>
 30. Crichton M. Urgences. 1994.
 31. Shore D. Dr House. 2004.
 32. Klein J-P. Chapitre premier. L'art-thérapie, d'où elle vient et ce qu'elle n'est pas. *Que Sais-Je*. 21 janv 2019;11e éd.:5-46.
 33. Hill A. Art versus Illness : a story of art therapy. Georges Allen & Unwin; 1945.
 34. Vandeninden É. L'art-thérapie au secours de la communication. Diagnostic d'une médiation manquée. *Quest Commun*. 1 juill 2009;(15):79-92.
 35. Jacques-Erick P. Le neuvième art, légitimations et dominations [Internet]. Université Paris 3 - Sorbonne nouvelle; 2016. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01541603/document>

36. Gabilliet J-P. BD, mangas et comics : différences et influences. *Hermes Rev.* 2009;n° 54(2):35-40.
37. de Groot B, Turk. *Léonard : Léonard est un génie.* Vol. 1. Le Lombard; 2006.
38. Kishimoto M. *Naruto : Naruto Uzumaki.* Kana; 2002. (Shônen Kana; vol. 1).
39. Davis J. *Garfiel : Demandez le programme.* Vol. 35. Dargaud; 2002.
40. Kyle R. The Future of « comics ». 1964 [cité 24 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.thecomicbooks.com/misc/Richard%20Kyle%20The%20Future%20of%20Comics.pdf>
41. Aquatias S. Genre et légitimité dans l'édition de bande dessinée – partie 2. Le roman graphique ou la négation du genre. *Comicalités Études Cult Graph [Internet]*. 10 nov 2018 [cité 24 juill 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/comicalites/2677>
42. Myers KR, Goldenberg MDF. Graphic Pathographies and the Ethical Practice of Person-Centered Medicine. *AMA J Ethics.* 1 févr 2018;20(2):158-66.
43. Green MJ, Myers KR. Graphic medicine: use of comics in medical education and patient care. *BMJ.* 3 mars 2010;340:c863.
44. Moreno R, Mayer R. Interactive Multimodal Learning Environments. *Educ Psychol Rev.* juin 2007;19:309-26.
45. Pratt HJ. Narrative in Comics. *J Aesthet Art Crit.* 2009;67(1):107-17.
46. Williams ICM. Graphic medicine: comics as medical narrative. *Med Humanit.* 1 juin 2012;38(1):21-7.
47. Squier SM. So long as they grow out of it: comics, the discourse of developmental normalcy, and disability. *J Med Humanit.* juin 2008;29(2):71-88.
48. Maudoux F. *Freaks' Squeele : Etrange université.* Ankama Editions; 2008. (Label 619; vol. 1).
49. Fies B. *Mom's Cancer.* 2006.
50. Williams ICM. Graphic Medicine: The portrayal of illness in underground and autobiographical comics. In: *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities.* Routledge; 2013.
51. Johnstone M. *I had a black dog.* Robinson. 2007.
52. Christin P, Bilal E. *Les phalanges de l'Ordre Noir.* Dargaud; 2009. 112 p. (Légendes d'aujourd'hui).
53. Collectif. *L'histoire de France en BD.* Bayard; 2014. 205 p. (Bayard Jeunesse).
54. Green MJ. Collection of Graphic Narratives – A collection of graphic stories by fourth-year medical students at Penn State College of Medicine [Internet]. PennState College of Medicine. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://sites.psu.edu/graphicnarratives/>
55. King AJ. Using Comics to Communicate About Health: An Introduction to the Symposium on Visual Narratives and Graphic Medicine. *Health Commun.* 4 mai 2017;32(5):523-4.

56. Aparad T, Sauge N. Chirurgie du canal carpien : notre fiche informative sous forme de BD [Internet]. Centre de la main - Echochirurgie - Versailles. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <http://echo-chirurgie-versailles.fr/chirurgie-du-canal-carprien-bande-dessinee/>
57. Furuno Y, Sasajima H. Medical Comics as Tools to Aid in Obtaining Informed Consent for Stroke Care. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2 juill 2015 [cité 24 janv 2019];94(26). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504614/>
58. Yu M. Roles of Graphic Pathographies in Clinical Training. *AMA J Ethics*. 1 févr 2018;20(2):115-21.
59. Pereira De Souza Neto E. Quand un livret d'information Sparadrapp diminue l'anxiété pré-opératoire. *Pediadol*. déc 2016;44-8.
60. David B. L'Ascension du Haut Mal. L'Association; 1996. (Eperluette).
61. Lubie L. Goupil ou face. Vraoum !; 2016.
62. Peeters F. Pilules Bleues. Atrabile; 2001. (Flegme).
63. Venkatesan S, Saji S. Graphic Medicine and the Limits of Biostatistics. *AMA J Ethics*. 1 sept 2018;20(9):897-901.
64. Durand E. La parenthèse. Delcourt; 2010. (Encrages).
65. Navie, Lainé A. Moi en Double. Delcourt; 2018.
66. Acocella Marchetto M. Cancer Vixen: A True Story. Knopf; 2006.
67. Glazer S. Graphic medicine: comics turn a critical eye on health care. *Hastings Cent Rep*. juin 2015;45(3):15-9.
68. Williams I. Le blues du médecin. Marabout; 2015. (MARAbulles).
69. Bezanson E. L'image du médecin dans la bande dessinée depuis les années 1990. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2014.
70. Masson C. Bonne santé. Casterman; 2005.
71. Védécé. Vie de Carabin - Tome 2 : Confidences d'un apprenti médecin. S-Editions; 2015.
72. Gonella C. Récits Graphiques et Dentisterie. [Toulouse]: Faculté de Chirurgie Dentaire; 2018.
73. Vaccarella M. Exploring graphic pathographies in the medical humanities. *Med Humanit*. 1 juin 2013;39(1):70-1.
74. Mayer R, Sims V. For whom is a picture worth a thousand words? Extensions of a dual-coding theory of multimedia learning. *J Educ Psychol*. 1994;86(3):389-401.
75. ICI.Radio-Canada.ca ZA-. Les beaux-arts enseignés aux étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke [Internet]. Radio-Canada.ca. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1054791/cours-dessin-beaux-arts-etudiants-medecine-universite-de-sherbrooke>

76. Green MJ. Comics and medicine: peering into the process of professional identity formation. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* juin 2015;90(6):774-9.
77. Solms M, Turnbull O. Le cerveau et le monde interne. *Fil Rouge.* 2015;277-310.

Annexes

Annexe 1 : Grille de Calgary Cambridge simplifiée

28

Annexe 1 : Grille de Calgary Cambridge simplifiée

GUIDE DE L'ENTREVUE MEDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE

	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
<i>Débuter l'entrevue :</i>			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir</i>			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
<i>Expliquer et planifier</i>			
Fournit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
<i>Construire la relation</i>			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
<i>Structurer l'entretien</i>			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
<i>Terminer l'entrevue</i>			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Intérêts de la bande-dessinée au sein de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient est au centre de la pratique de médecine générale. Cette interaction a évolué au fil des siècles. D'abord paternaliste, le médecin se veut désormais informateur tandis que le patient, auparavant passif, est désormais un acteur majeur de sa prise en charge. Avec l'essor des technologies et des outils scientifiques, de l'information facile, la relation soignant-soigné tendrait vers un rapport technicien de soin-consommateur. L'enjeu est donc d'éviter ce déséquilibre en améliorant la composante communication. Pour se faire de nombreux outils existent : méthodologie d'entretien (grille de Calgary-Cambridge), écoute active, entretien motivationnel, *mirroring*, etc. Jusqu'alors méconnue ou jugée peu sérieuse, la bande-dessinée se pose également comme un outil permettant l'amélioration des compétences relationnelles du praticien et donc du rapport médecin-patient. Grâce à ses nombreux atouts : clarté, identification, *multimodal learning*, retranscription des émotions et des symptômes grâce à la métaphore entre autres, la bande-dessinée apporte un bénéfice aussi bien au patient, qu'au médecin, à l'étudiant et dans l'enseignement en médecine. Par le biais des pathographies, le malade découvre le témoignage d'autres personnes ayant vécues une expérience similaire, validant son ressenti sans jugement. Le médecin et l'étudiant pourront aussi bien réaliser une critique de leur pratique qu'en apprendre davantage sur le ressenti de la maladie par les bandes-dessinées. Enfin, l'apprentissage par la *graphic medicine* offre un outil supplémentaire pour le développement de l'empathie par exemple. La bande-dessinée au sein de la relation médecin-patient présente donc un réel intérêt dans l'amélioration de la communication médecin-patient et le développement des compétences relationnelles chez l'étudiant.

Mots-clés : relation médecin-patient, graphic medicine, bande-dessinée

Interests of comics in doctor-patient relationship

The doctor-patient relationship is the center of general practice. This interaction has evolved over the centuries. Initially paternalistic, the doctor now wants to be an informant while the previously passive patient is now a major player in his care. With the rise of scientific technologies and tools, of easy information, the caregiver-care relationship would tend towards a technical care-consumer relationship.

Therefore, the challenge is to avoid this imbalance by improving the communication component. Many tools exist: interview methodology (Calgary-Cambridge grid), active listening, motivational interview, mirroring, etc. Unknown or considered unserious, comics are also a tool to improve the relational skills of the practitioner and then the doctor-patient relationship. Thanks to its many assets: clarity, identification, multimodal learning, transcription of emotions and symptoms through metaphor, among others, comics bring a benefit to the patient, doctor, student and in medical education.

Through pathographies, the patient discovers the testimony of others who have lived a similar experience and validated their feelings without judgment. Doctors and students will be able to reevaluate their practice and learn more about illness vs disease with comics. Finally, learning through graphic medicine offers an additional tool for the development of social qualities such as empathy, for example.

Therefore, comics in the doctor-patient relationship have a real interest in improving doctor-patient communication and developing relational skills in the student.

Keywords : doctor-patient relationship, graphic medicine, comics

