HAL open science

Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier

Solène Blanchin

▶ **To cite this version:**

Solène Blanchin. Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03219154

HAL Id: dumas-03219154

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03219154v1

Submitted on 6 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Solène BLANCHIN**

Le 08/04/2021

Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier

Directrice de thèse : Docteur Marie-Catherine REBOUL

JURY

Présidente : Mme le Professeur Laurence LACHAUD

Assesseurs :

Mme le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS

Mme le Docteur Marie-Catherine REBOUL

Membre invitée : Mme Isabelle GALICHON

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Solène BLANCHIN**

Le 08/04/2021

Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier

Directrice de thèse : Docteur Marie-Catherine REBOUL

JURY

Présidente : Mme le Professeur Laurence LACHAUD

Assesseurs :

Mme le Docteur Béatrice LOGNOS

Mme le Docteur Marie-Catherine REBOUL

Membre invitée : Mme Isabelle GALICHON

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Fréderic	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

A mon jury

Professeur Laurence Lachaud,
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté à propos de ce sujet.

Docteur Béatrice Lognos,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury avec enthousiasme.

Docteur Marie-Catherine Reboul,
Lorsque l'on s'est rencontrées, je venais de lire le livre relatant l'expérience de médecine narrative à Paris-Descartes, et tu venais de les entendre en congrès. Tu m'as dit : « c'est un signe ! ». Je crois en l'énergie déployée par une rencontre. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir guidée tout en m'encourageant à explorer mes propres chemins. Je suis ravie de pouvoir continuer à travailler avec toi autour de ce projet, et j'espère que d'autres encore nous rejoindrons.

Isabelle Galichon
Pour ton écoute généreuse, ta bienveillance et tes encouragements. Je t'exprime toute ma gratitude pour le temps que tu as accordé à ce projet, pour ton aide précieuse et enthousiaste. Merci pour l'inspiration que tu transmets et pour les initiatives que tu créés qui rassemblent les penseurs actuels des humanités médicales.

A tous les enseignants de médecine narrative qui ont accepté de partager leur expérience avec passion. Merci à Medhi et Victor qui ont accepté que je m'appuie sur leur travail.

Aux étudiants en médecine ayant participé à notre expérimentation ; merci de nous avoir accordé votre temps. Merci d'avoir partagé avec nous vos expériences parfois intimes, vos réflexions, vos indignations, vos aspirations.

Aux médecins et soignants que j'ai croisés sur ce long chemin

Au Dr Stéphane Adra, merci pour ta présence attentive et ton accompagnement vers mon autonomie, tu as été un modèle pour moi dès le début de mon internat.

A toute l'équipe des urgences de la clinique du Parc ; merci pour votre accueil dans votre grande famille.

A toute l'équipe du service de médecine interne-HTA de Montpellier, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Au Dr Caroline Chambert-Loir et aux membres de la PMI Cévennes ; merci pour vos combats quotidiens et vos transmissions.

A l'équipe des urgences pédiatriques de Montpellier, pour la bonne humeur à toute épreuve.

Aux Docteurs Claire Eydaleine et Laetitia Vailhe, merci pour votre professionnalisme, votre humour, votre pédagogie bienveillante : tout ça à la fois !

À mes ami.e.s,

A Gwendo,
A nos montagnes où résonnent encore nos rires d'enfants. Où que nous soyons, tu sais que nous pouvons nous retrouver là-bas. Merci pour ces années de colocation où tu as su apporter des bouffées d'oxygène à mes retours tardifs de l'hôpital ou de la BU !

A Coline,
Merci pour nos échanges profonds, pour notre lien qui se transforme et s'épaissit au fil des années. Je nous souhaite des grandes tablées, des rires et des copains.

A Camille,
De l'éléphant de la montagne à nos discussions engagées féministes, tu es toujours là. Merci pour tes conseils précieux et ton regard d'anthropologue sur ce travail.

A Doriane,
A la chance improbable qui nous sourit quand nous sommes ensemble ; à nos méditations en montagne ou à la mer, à nos rires rameutant les foules. Aux folies passées, aux aventures qui nous attendent.

Aux Lulus,
De nos soirées médecine à nos soirées Saint-Germain, de nos premiers patients à nos premiers postes, de nos premiers amours à nos mariages, merci d'être là. J'aimerais pouvoir toquer n'importe quand chez vous pour rire ou pleurer, ou pleurer de rire.

A Violette,
De notre colocation roumaine à nos escapades marseillaises, et jusqu'à nos serments ; mulțumesc !

A Julie,
À notre coup de foudre amical, à nos rêves réalisés et à tous ceux qui s'ensuivent ; à tes galettes bretonnes et à nos futures bordées.

A Juliette, merci de m'avoir encouragée dès le début dans ce projet, et d'avoir relayé l'information avec fougue auprès des externes ! Tu seras une excellente médecin j'en suis sûre.

A Dbar ou Joyeux Noël ou les grenoblois, j'ai hâte de fêter le 10ème anniversaire de Panacanouche en trinquant à la potée de Mey, j'espère qu'on sera encore assez en forme pour faire des araignées et qu'un jour vous irez tous à la plage avec moi.

A tous les copains de Montpellier qui ont su apporter encore plus de soleil à mon internat : Clara, Jeanne, Marion, Alex, Candice, Yvann, Lucille, Éléonore…

A mes co-internes de médecine interne : Evangéline, Guillaume, Bertrand, Marie, Cédric : les staff du jeudi matin post-triskell me manquent presque !

A mes co-internes (et la fraiche docteur !) de la montagne : Laetitia, Romane, Élise. Les hauteurs rassemblent les gens qui se ressemblent !

A mes professeures de yoga : Océane, Audrey, Laurie, Jess. Merci de m'avoir aidé à découvrir mes forces et mes vulnérabilités ; l'écoute de l'autre passe par l'écoute de soi.

A mes amis et chefs de chœur Laure et Stefano, et tous les copains de l'ensemble vocal Conspectus : chanter parmi vous a été une source de joie immense.

À ma famille,

A Mamou, aux bleus de tes peintures et à ton amour des montagnes et des lacs que tu m'as transmis. Je suis fière que tu puisses me voir devenir Docteur.

À mes parents, pour votre présence infaillible. À mon père, pour les jus d'oranges pressés quotidiens pendant ma P1, pour la passion de la glisse sur les sommets enneigés ou les risées bleutées, et le goût de l'aventure. À ma mère, pour l'amour des livres et de la musique, le champagne et le chocolat, et le pouvoir de s'émerveiller des choses simples. Merci pour les rêves que vous avez rendus et que vous rendez toujours possibles.

A ma sœur, pour l'effervescence de joie qui émane de toi et remplit chaque endroit que tu traverses, pour le pilier intemporel que tu es dans ma vie. Ta petite naine devient grande mais veille encore sur toi. Rendez-vous dans 10 ans, même jour, même heure, même pommes.

A Arthys,
Pour ta présence confiante face à mes doutes sur mon cheminement de médecin : s'il y a bien une chose que j'arrive à choisir tous les jours, c'est toi.
Aux chemins que nous explorons ensemble, aux sommets que nous gravirons demain.

Avant-propos

Si je conclus mes études de médecine par cette thèse, ce n'est pas un hasard. A dix-huit ans, j'ai hésité jusqu'au dernier moment entre une prépa littéraire ou une première année en santé. Lancée sur la longue route de la médecine, on m'a appris à comprendre la mécanique du corps humain, à chercher le bon diagnostic, à traiter les pathologies. J'ai mis de côté une partie de moi-même ; j'ai mis de côté les histoires de vie des malades pour me concentrer sur leurs maladies, j'ai mis de côté mon ressenti pour rester objective. Pourtant, l'impression de passer à côté d'une part importante du soin me tiraillait. Avec le temps et la pratique, j'ai appris à accepter l'incertitude et la complexité, à rencontrer les patients comme on rencontre un être humain et non comme une entité « maladie », à apprivoiser mes propres ressentis pour mieux comprendre la relation que je nouais avec eux.

J'aimerais que ce travail profite aux étudiants de Montpellier, à la place desquels je me trouvais quelques années en arrière. J'aurais aimé qu'on me donne une feuille et un stylo pour écrire, qu'on me donne à lire des récits de patients au même titre que des articles scientifiques. Je veux qu'ils aient l'opportunité de se questionner, le droit d'exprimer ce qu'on leur demande implicitement de garder pour eux, le droit de reconnaitre leur humanité et celle de leurs patients.

TABLE DES MATIERES

Remerciements ***20***

Avant-propos ***25***

TABLE DES MATIERES ***26***

INTRODUCTION ***28***

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'ENSEIGNEMENTS DE MEDECINE NARRATIVE ***31***

1 État des lieux des enseignements de médecine narrative en France **31**
1.1 Méthode 31
1.2 Résultats 32
.1.2.1 Notions pédagogiques communes 33
.1.2.2 Particularités pédagogiques de certains dispositifs 34

2 Revue de littérature des enseignements de médecine narrative dans le monde **39**
2.1 Méthode 39
2.2 Résultats 40
.2.2.1 Un modèle pédagogique en trois phases 40
.2.2.2 Une composition des groupes d'étudiants parfois éclectique 40
.2.2.3 Une fréquence des enseignements très variable 40
.2.2.4 Une évaluation qualitative et quantitative 41

DEUXIEME PARTIE : CREATION ET EXPERIMENTATION DE L'ENSEIGNEMENT ***48***

3 Méthode **48**
3.1 Création de l'enseignement 48
.3.1.1 Développement de compétences personnelles en médecine narrative et en pédagogie 48
.3.1.2 Construction des séances 49
- Construction des objectifs pédagogiques 49
- Choix du nombre de séances 49
- Choix du nombre d'étudiants 49
- Choix de la population et recrutement 49
- Déroulé des séances 50
- Choix des thèmes 51
- Choix des textes littéraires 51
- Choix des dispositifs d'écriture 51

3.2 Intervention : analyse des séances Zoom enregistrées 52
3.3 Évaluation de l'enseignement 52
.3.3.1 Évaluation pré-test 52
.3.3.2 Évaluation post-test 53
.3.3.2.1 Quantitative 53
.3.3.2.2 Qualitative 53

4 Résultats **55**
4.1 Prototype de l'enseignement 55
.4.1.1 Séance n°1 55
.4.1.2 Séance n°2 58
.4.1.3 Séance n°3 59
4.2 Intervention : analyse des séances Zoom enregistrées 60
4.3 Évaluation 62
.4.3.1 Évaluation pré-test 62
.4.3.2 Évaluation post-test 64
.4.3.2.1 Quantitative 64
- Résultats des questionnaires de satisfaction après chaque séance 64

♦ Résultats du questionnaire de satisfaction final 66
.4.3.2.2 Qualitative 68
♦ Un enseignement nouveau et nécessaire 70
♦ L'écriture donne accès à un apaisement et à une réflexivité..... 70
♦ La médecine narrative participe au bien être émotionnel des étudiants 71
♦ La médecine narrative développe la réflexivité sur sa pratique de soignant 73
♦ La médecine narrative participe à la construction de l'identité professionnelle..... 74
♦ Les difficultés rencontrées par les étudiants 75
♦ Les améliorations de l'enseignement proposées par les étudiants 76
♦ L'intégration de la médecine narrative dans leur cursus : propositions des étudiants 77

DISCUSSION 80

1 État des lieux 80
1.1 Les enseignements en France 80
1.2 Les enseignements dans le monde 80

2 Création et expérimentation de l'enseignement 81
2.1 Création 81
2.2 Évaluation 82
.2.2.1 L'évaluation quantitative 82
.2.2.2 L'évaluation qualitative 82

3 Réflexions autour des résultats 83
3.1 La santé mentale des étudiants 83
3.2 La réflexivité permise par l'écriture 83
3.3 La construction de l'identité professionnelle 84
3.4 Les difficultés rencontrées par les étudiants 84
3.5 L'empathie s'enseigne-t-elle et comment ? 84
3.6 Intégration de la médecine narrative dans la formation médicale 85
3.7 Perspectives 86

CONCLUSION 87

BIBLIOGRAPHIE 88

ANNEXES 91

GLOSSAIRE 106

SERMENT 107

RÉSUMÉ 108

INTRODUCTION

La médecine narrative (MN) est une discipline née aux États-Unis dans les années 2000 sous l'impulsion de Rita Charon, médecin interniste et docteur en littérature (1). Elle a pour objectifs principaux d'améliorer la relation médecin-patient et d'aider les professionnels de santé à être réflexifs sur leur pratique. Elle propose aux soignants des outils codifiés et concrets ; la lecture attentive permet de développer leur capacité d'écoute, et l'écriture réflexive ou créative leur permet de prendre conscience de leur vécu lors de la relation de soin. L'objectif du développement des compétences narratives est d'améliorer l'acte thérapeutique, en prenant en considération les aspects sociaux et personnels de la vie des patients.

Les avancées scientifiques des dernières décennies ont permis des progrès thérapeutiques inouïs. Cependant, le contexte d'accroissement des connaissances techniques, de standardisation et d'hyperspécialisation de la médecine éloigne de la vision globale et centrée sur le patient. La recherche d'une vérité objective validée par les connaissances biomédicales se confronte à la complexité et à la singularité de chaque patient. De plus, des contraintes techniques, administratives et organisationnelles pèsent sur les soignants, et l'écoute attentive du patient peut passer au second plan. Pourtant, une littérature abondante montre que la qualité de la communication entre le médecin et le patient est un déterminant majeur de l'adhérence au plan de soins, et de l'amélioration de l'état de santé (2,3).

Une érosion de l'empathie des étudiants en médecine parallèlement à leurs premiers stages hospitaliers a été observée (4–7). Selon une revue systématique de la littérature (5), les facteurs diminuant l'empathie seraient le stress des étudiants en partie lié à une charge de travail importante, l'idéalisation du métier de médecin confrontée à la réalité clinique, l'insistance sur les aspects biomédicaux plutôt que psychosociaux dans leur formation, et un environnement d'apprentissage défavorable où ils peuvent être victimes d'humiliation ou de discrimination. Pourtant, les compétences relationnelles sont une exigence de formation dans les universités de médecine (8).

La relation médecin-patient est donc fragilisée, mais essentielle à la création d'un acte thérapeutique de qualité. Face à ce constat, de nouvelles approches du soin émergent ; approche centrée sur le patient, décision partagée, statut de « patient-expert », éducation thérapeutique…(9,10). L'objectif de ces pratiques innovantes est de co-construire un projet thérapeutique personnalisé, en alliant les connaissances scientifiques du médecin et expérientielle du patient. En parallèle, de nouvelles approches pédagogiques axées sur le relationnel médecin-patient se développent dans les facultés de médecine : groupes Balint, jeux de rôle, simulation de consultations avec des patients standardisés, rencontre avec des « patients-experts »(11–13). Il paraît ainsi nécessaire de rendre la pédagogie vivante et de créer des formations qui contribuent à la construction de savoirs issus de l'expérience(14).

La médecine narrative s'inscrit dans ces nouvelles approches pédagogiques. Elle mobilise des savoirs expérientiels afin de développer l'écoute attentive et la réflexivité : c'est en absorbant et en analysant les récits des patients, que nous les reconnaissons comme des êtres humains avec leurs propres histoires. La médecine narrative ne remet pas en question *l'Evidence based medicine* (médecine fondée sur les preuves), mais la complète. Rita Charon l'explique ainsi : « A la différence de la connaissance scientifique qui essaie de découvrir des choses qui sont vraies de façon universelle, la compétence narrative permet de comprendre des évènements particuliers qui arrivent à un individu ». L'originalité de cette discipline est d'adapter à la pratique clinique des techniques littéraires pour analyser les récits des soignants et des patients, et en améliorer leur compréhension réciproque. L'entrainement à ces pratiques permet de développer les compétences narratives suivantes : « reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires du vécu de la maladie des patients. » (1). Reconnaître que le patient a besoin de raconter son histoire, absorber c'est-à-dire lui offrir un espace pour accueillir son récit, interpréter c'est-à-dire adopter la perspective du patient sans préjugés, et être ému c'est-à-dire prendre conscience de ses propres émotions de soignant (par exemple, des mécanismes d'identification ou de détachement).

De nombreux projets de médecine narrative se sont développés dans le monde (15–23). En 2013, la faculté de médecine de Paris-Descartes a rendu l'enseignement de médecine narrative obligatoire pour les étudiants en 4ème année (24), et d'autres facultés de médecine commencent à l'enseigner : Bordeaux, Nice, Paris-Créteil, Paris-Sorbonne.

L'objectif principal de cette thèse est de créer et d'expérimenter un enseignement test de sensibilisation à la médecine narrative auprès d'étudiants en 4ème année de médecine à Montpellier, où cette discipline n'est pas encore enseignée. Cet enseignement permettrait aux étudiants d'être sensibilisés à l'importance du récit de soi en contexte de soi et de s'initier au développement des compétences narratives.
Dans un premier temps, nous avons établi un état des lieux des enseignements de médecine narrative existants en France et dans le monde. Ensuite, la création, l'organisation et l'animation des séquences de formation adaptées à nos objectifs ont été au cœur de notre travail.
L'objectif secondaire est l'évaluation de la satisfaction des étudiants et le recueil de pistes d'amélioration autour de cet enseignement.

Dans le cadre de la réforme du 2ème cycle, les compétences relationnelles seront évaluées lors des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) à partir de 2023 (25) : un enseignement de médecine narrative paraît dès lors opportun à la faculté.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'ENSEIGNEMENTS DE MEDECINE NARRATIVE

1 État des lieux des enseignements de médecine narrative en France

1.1 Méthode

J'ai recherché des personnes-ressources en médecine narrative, puis je leur ai proposé de me faire part de leur expérience, et éventuellement de collaborer pour la création de mon enseignement-test.

A partir de la lecture de l'ouvrage *La médecine narrative, une révolution pédagogique ?* (24) décrivant la mise en place d'un enseignement de médecine narrative à l'université de Paris-Descartes, j'ai contacté le Pr François Goupy en Décembre 2019. Il m'a mis en relation avec des enseignants de médecine narrative en France.

J'ai eu le plaisir de rencontrer virtuellement Isabelle Galichon, docteur en littérature à la faculté de Bordeaux et organisatrice du colloque international « L'indiscipline des humanités médicales » qui s'est déroulé en Novembre 2020. Ce colloque questionnait la place des humanités dans l'enseignement de la médecine, notamment les apports pédagogiques de la méditation et de la médecine narrative. Isabelle Galichon m'a donné les contacts des professionnels intervenant dans cet évènement.

De Janvier à Avril 2020, j'ai contacté 14 enseignants par mail, en leur présentant mon projet. J'ai échangé par mail avec 11 enseignants, dont 8 ont accepté de me rencontrer en visioconférence (dans le contexte du confinement lié au Covid-19).

Les entretiens étaient non directifs et ouverts afin de laisser la liberté aux experts d'exprimer leur point de vue. Des relances étaient prévues en fin d'entretien, concernant le nombre de participants, la temporalité, le contenu et la forme de leurs enseignements de médecine narrative. Le recueil des données était réalisé par écoute attentive et prise de note en simultané. Leurs expériences étaient souvent plurielles, auprès d'un public varié : étudiants, médecins ou professionnels paramédicaux et sociaux en formation continue, patients, citoyens. J'ai porté mon attention spécifiquement sur les enseignements destinés aux étudiants en médecine ou en kinésithérapie. Les données recueillies ont été classées dans un tableau résumant les particularités de chaque intervention pédagogique. Les données communes ont été relevées et figurent dans la partie résultat.

1.2 Résultats

Au-delà d'un état des lieux des enseignements en France, ces échanges m'ont apporté des notions pédagogiques importantes et de l'inspiration pour la création de notre enseignement. Certains interlocuteurs m'ont enrichie personnellement en tant que médecin, par leur vision de la relation de soin. Ils ont tous été motivés pour partager leur vécu spontanément. Parmi eux, 5 étaient issus du milieu médical (4 médecins, 1 kinésithérapeute) et 6 du milieu littéraire (docteurs ou doctorants en littérature).

Les personnes-ressources que j'ai rencontrées en visio-conférence étaient :

-**Isabelle Galichon**, Docteur en littérature, chercheuse au laboratoire TELEM, Université Bordeaux-Montaigne

-**Anne-Marie Petitjean**, Docteur en littérature et maitre de conférences, et **Anne Demerlé-got**, architecte et journaliste formée à l'écriture créative, toutes deux enseignantes à l'Université Cergy-Paris, et responsables du « Certificat universitaire en médecine narrative » destiné aux animateurs d'ateliers d'écriture auprès des soignants ou des patients (donc enseignement non inclus dans mon tableau de recueil de donnés)

-**Delphine Cadwallader**, Docteur en littérature, Sorbonne Université, Paris

-**Jean-Michel Benattar**, médecin gastro-entérologue et **Clément Bonhomme**, médecin rééducateur, Université Côte d'Azur, Nice

-**Silvia Rossi**, Docteur en études italiennes, sociologue à l'école de santé publique Université de Lorraine, Nancy

-**Julie Stil**, kinésithérapeute et enseignante dans plusieurs Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) à Paris

J'ai échangé par mail avec :

-**Francois Goupy**, Professeur de santé publique, et **Claire Le Jeunne**, Professeur en médecine interne, Université Paris-Descartes

-**Christian Delorenzo**, Docteur en littérature et Attaché Littéraire Hospitalier Officiel, Université Paris-Est Créteil.

.1.2.1 Notions pédagogiques communes

Les notions pédagogiques communes qui se dégageaient de leurs expériences étaient les suivantes.

Cadre pédagogique commun

A l'issue des entretiens, des règles pédagogiques communes étaient mises en évidence. Elles sont données au groupe en début de séance. Les échanges reposent sur la **confidentialité, le respect, la bienveillance et le non-jugement**. L'étudiant est libre d'écrire ou non, et de partager ou non son texte avec le groupe. La remise des textes au chargé de l'enseignement est **facultative et confidentielle**. Les textes sont anonymisés si utilisés pour la recherche. L'étudiant doit lire le texte qu'il a écrit sans commentaires, ni paraphrases. L'orthographe et la syntaxe sont secondaires, la capacité d'écriture n'est pas évaluée.

Format de l'enseignement

La création d'un petit groupe d'individus non reliés par des relations amicales ni professionnelles, permet d'établir un climat de confiance. Le moment opportun pour proposer cet enseignement serait la 4ème année de médecine. Après avoir acquis des expériences cliniques en stage, et avant la préparation chronophage de l'examen classant national (ECN).

Déroulé d'un enseignement

Le déroulé d'un enseignement type, bien que les pratiques varient, est le suivant. La présentation théorique de la médecine narrative est brève et les concepts théoriques sont abordés via la pratique. La lecture d'un texte littéraire est réalisée à voix haute par l'animateur pour encourager la lecture attentive (GLOSSAIRE). Les participants sont invités à partager leur ressenti après écoute attentive du texte. Ensuite, un exercice d'écriture réflexive ou créative (GLOSSAIRE) est proposé sur un temps limité (inférieur à 10 min). Enfin, ils sont amenés à lire leur texte au groupe, et les animateurs ainsi que les membres du groupe expriment leur retour. Chaque enseignement se construit autour d'un thème (par exemple : la vocation médicale, la dignité, l'empathie, l'erreur médicale…).

Retours d'expériences

Les étudiants témoignent du besoin d'un espace d'expression, pour partager leur vécu en stage.

Les difficultés principales des étudiants sont de se lancer dans l'écriture, de partager leurs écrits au groupe, de ne pas savoir exactement ce qui est attendu et de ne pas être évalué. La pratique de l'écriture libre où ils relatent leurs émotions est déstabilisante dans un cursus où l'écriture est modélisée par le dossier médical hospitalier et une forme de « jargon médical ». La cohésion de groupe s'établit et les échanges sont plus spontanés après plusieurs séances.

Les écrits des étudiants témoignent souvent de leurs toutes premières expériences vécues en tant que soignant. Certains textes peuvent révéler des souffrances psychologiques importantes et il faut être prêt à les accueillir et à orienter les étudiants vers un professionnel si besoin.

La question du retour que l'animateur fait au texte de l'étudiant est délicate. Le terrain de l'expérience personnelle (professionnelle ou non) va nécessairement vers l'émotion. Afin de recentrer le groupe, l'animateur doit remercier, valoriser, faire le lien avec le texte lu en début de séance, et relever la forme littéraire selon la grille d'analyse de Rita Charon(1). L'animateur a un rôle de facilitateur ; les enseignements émergent des textes écrits et de la discussion. Un binôme d'animateurs, médecin et littéraire, est fortement apprécié par les étudiants : l'expérience du médecin est utile pour comprendre les étudiants et l'analyse littéraire offre un autre regard.

.1.2.2 Particularités pédagogiques de certains dispositifs

Grâce à ces échanges, j'ai pu établir un état des lieux non exhaustif des différents enseignements de médecine narrative en France (Tableau 1 : Particularités des enseignements de médecine narrative en France).

Certains dispositifs d'écriture sont originaux :

- L'écriture en binôme. Il s'agit d'un échange de récit à l'oral en binôme, en écoute attentive, puis l'écriture du récit de l'autre, et enfin le partage au groupe.
- Les dossiers parallèles. Ce sont des récits de soins écrits par les étudiants en dehors des temps d'enseignement. Ils visent à recueillir leur expérience en situation de soin, en complément des dossiers hospitaliers requérant un langage habituellement technique. Dans les dossiers parallèles, les étudiants peuvent exprimer leur ressenti et

leur réflexivité dans leur propre langage. C'est un document privé, contrairement au dossier hospitalier auquel l'équipe médicale peut se référer.

- L'écriture suivie en chaine : un étudiant écrit un texte d'après une consigne, et il envoie ce texte à un autre étudiant, qui écrit un texte en résonnance, ainsi de suite.

Certains enseignants se concentrent sur une pratique d'écriture, sans pratique de lecture. Certains invitent des intervenants psychologues, des patients-experts, ou des écrivains. D'autres supports que le texte littéraire sont parfois utilisés : la photographie, le cinéma, la peinture.

Ces enseignements, lorsqu'ils sont évalués, utilisent des méthodes d'évaluation mixtes quantitatives et qualitatives. L'empathie est parfois évaluée par le questionnaire Jefferson Scale of Physician Empathy. Des auto-questionnaires de satisfaction par échelles de Likert sont utilisés. L'évaluation qualitative utilise des questionnaires ouverts ou avec commentaires libres, ou des focus group. Enfin, les écrits produits par les étudiants sont parfois analysés.

Tableau 1 : Particularités des enseignements de médecine narrative en France

Université,Enseignants **Année de mise en place**	**Participants**	**Nombre de séances / an**	**Contenu et pratiques**	**Évaluation de l'enseignement**
BORDEAUX Isabelle Galichon (Docteur en Littérature) François Tison (PU-PH en Neurologie) Mars 2020 Optionnel Visioconférence Zoom	20 étudiants 4ème année de médecine	1 séance d'1h30 par semaine *(+2 séances de méditation/semaine)* Pendant 3 semaines	« Méditation et médecine narrative » <u>Construction type d'une séance</u> : 1-Lecture d'un texte puis analyse : accueil, temporalité, narrateur, métaphores… 2-Exercice d'écriture (3 à 15min), inspiré par le texte 3-Partage des écrits au groupe <u>Particularités</u> : -Théorie avec support Powerpoint, à la 1ère séance -Dossier parallèle entre 2 séances -Écriture suivie en chaine - Écriture en binôme -Invitation d'un écrivain -Évaluation des étudiants : rendre compte d'une expérience vécue et faire part d'une analyse personnelle par écrit	<u>Satisfaction des étudiants par auto-questionnaires :</u> échelles de Likert et commentaires libres → Expérience positive, désir de poursuivre la pratique Prise en compte d'un stress inhérent aux métiers du soin, capacité à être avec ses émotions, reconnaissance d'une vulnérabilité commune partagée, de l'importance de la qualité d'écoute dans le soin <u>Analyse des écrits produits par les étudiants</u> <u>Enregistrement vidéo des séances Zoom</u>
PARIS SORBONNE (UPMC) Delphine Cadwallader (Docteur en Littérature) Obligatoire Faculté	Internes en médecine générale, en 3ème année d'internat -en groupe de 8 à 14	3 journées (séminaires)	<u>1-Ecriture</u>, animé par des médecins : Consigne : en binôme, raconter l'histoire d'une maladie personnelle ou familiale, écrire le récit de l'autre, puis le lire au groupe <u>2-Cours théorique</u> de 6h : l'histoire du discours médical, analyse de textes littéraires autour de la narration de soins <u>3- « Close reading »</u> : analyse de texte littéraire, transposée au discours du patient	Données manquantes

PARIS-DESCARTES François Goupy (PU-PH en Santé publique) Claire Le Jeunne (PU-PH en Médecine interne) 2009 : optionnel 2013 : obligatoire 2019 : Choix entre MN/groupe Balint Faculté	400 étudiants 4ème année de médecine (à partir de 2013) -groupes de 8 à 12	5CM (Cours magistral) + 6ED (Enseignement dirigé) d'1h30, un par semaine, pendant 6 semaines	-Théorie en CM : présentation MN, l'empathie, présentation McGill Physicianship Program et projection du film *The Doctor* -Enseignements dirigés (ED) x 5 Exercice d'écriture. Racontez : 1*L'histoire de votre vocation médicale et l'histoire de votre nom, prénom ou surnom 2*L'histoire d'une maladie personnelle ou familiale : en binôme, l'autre écoute sans prendre de notes puis écrit un récit qu'il lira au groupe 3*L'histoire d'une relation médecin-malade que vous avez vécue ou dont vous avez été témoin 4*L'histoire médicale d'un de vos patients, racontée par le patient 5*Vidéo d'une consultation : transcrire cette histoire et la lire : récits différents qui relèvent les affects/jugements du narrateur. Évaluation des étudiants : -Consultations simulées x 3 : interrogatoire, puis échange avec les patients-acteurs -Écriture d'un commentaire d'article scientifique de présentation de médecine narrative -Écriture de 2 commentaires de textes littéraires ou témoignages de patients -Écriture réflexive : Racontez un évènement de votre vie que vous associez à l'enseignement de la médecine narrative	Essai contrôlé randomisé : groupe « écriture réflexive » et groupe « lecture critique d'articles » -Satisfaction des patients-acteurs : pas de différence statistiquement significative -Empathie pré et post-test : questionnaire Jefferson Scale of Physician Empathy : pas de différence stat. significative -Satisfaction des étudiants : auto-questionnaires par échelles de Likert : supérieure dans le groupe « écriture reflexive » par rapport au groupe « lecture critique d'articles », significative, stable pendant 3 ans

NICE Jean-Michel Benattar (Médecin gastro-entérologue) Clément Bonhomme (Médecin rééducateur) 2018 Obligatoire Faculté	200 étudiants en 2ème année de médecine + 180 étudiants en 4ème année de médecine -en groupe de 20	1 séance unique d'1h30	-Une séance d'initiation à la médecine narrative et au partenariat-patient, animé par médecin, psychologue et patient-partenaire 1-Lecture d'un texte 2-Écriture : Racontez l'histoire de votre nom, prénom ou surnom ; l'expérience personnelle ou familiale de la maladie, par binôme en écoute radicale 3-Partage des écrits avec le groupe *+ Formations optionnelles inspirés de la MN* *- « La clinique du Galet » : 6 séances / an : cinéma, médecine narrative, simulation, co-animé par des patients.* *-DU « l'Art du soin en partenariat avec les patients »* *- « Maison de la médecine et de la culture » : 1 séminaire de médecine narrative de 2 jours/an*	Données manquantes
PARIS CRETEIL Christian Delorenzo (Docteur en Littérature) 2016, Obligatoire Faculté	180 étudiants en 3ème année de médecine -en groupe de 40	1 cours magistral 3 TD de 2h	Concepts théoriques abordés via la pratique 1-Lecture attentive d'un texte 2- Exercices d'écriture narrative, créative, réflexive, partage avec le groupe	-Analyse des écrits produits par les étudiants (en cours)
PARIS DESCARTES et SAINT QUENTIN Julie Stil (Kinésithérapeute) 2019, Optionnel	10 étudiants en IFMK (Institut de kinésithérapie)	1 séance de 2h / tous les 15 jours Pendant 3 mois	1-Lecture d'un texte 2-Ecriture réflexive 3-Partage des écrits avec le groupe Thèmes : l'empathie – la vocation- la parole – la maltraitance	-Empathie pré et post-test questionnaire Jefferson Scale of Physician Empathy -Satisfaction des étudiants : auto-questionnaires et focus group : amélioration des aptitudes relationnelles et de la gestion des émotions -Analyse des écrits produits par les étudiants

2 Revue de littérature des enseignements de médecine narrative dans le monde

2.1 Méthode

L'objectif était de réaliser un état des lieux des enseignements de médecine narrative existants dans le monde, afin de répondre à la question : quels modèles pédagogiques et quelles méthodes d'évaluation des enseignements étaient pertinents ?

La méthode était celle d'une revue de la littérature. Elle a été adaptée à mon travail de thèse ; elle n'avait pas comme objectif d'être exhaustive, mais de faire un état des lieux global et d'ouvrir les perspectives sur les enseignements déjà réalisés, dans le but de construire le nôtre. Il s'agissait d'une revue non systématique, n'intégrant pas de méta-analyse des résultats.

La recherche a été effectuée de Décembre 2019 à Avril 2020. Les mots-clés ont été traduits en MeSH Term sur le portail HeTOP.

En français, les mots-clés étaient *médecine narrative, enseignement/pédagogie, relations médecin-patient, étudiant médecine*. En anglais, *narrative medicine, education/teaching, physician-patient relation, medical student*. Les articles ont été obtenus dans les bases de données suivantes : Pubmed, Cochrane library, SUDOC, et le catalogue de la BIU de Montpellier.

<u>Critères d'inclusion</u> : articles décrivant des enseignements de médecine narrative, donnés à des étudiants ou professionnels, médicaux ou paramédicaux et évaluant l'efficacité comme outil pédagogique, de façon qualitative ou quantitative. Articles en anglais ou en français, de 2000 (naissance de la médecine narrative) à nos jours.

<u>Critères d'exclusion</u> : articles décrivant des enseignements d'humanités médicales sans la spécificité « médecine narrative », utilisations de la médecine narrative en dehors d'un projet pédagogique (en clinique...), théories de médecine narrative en dehors d'une intervention (points de vue de patients ou de médecins), articles payants

<u>Équations de recherche</u> : Les recherches associant les mots clés « narrative medicine » à « education/teaching » ou « physicien-patient relation » donnaient des résultats très pauvres. J'ai donc recherché les articles incluants « narrative medicine » seul ou « narrative médicine » + « medical student », dans le titre, l'abstract ou les mots-clés (MeSH Term).

<u>Élaboration d'un diagramme de flux</u> : 215 articles ont été trouvés. 193 articles ont été exclus après lecture du titre ou de l'abstract. 22 articles ont été lus intégralement. Au

total, 8 articles ont été inclus dans l'analyse. (Figure 1 : Diagramme de flux de la revue de la littérature)

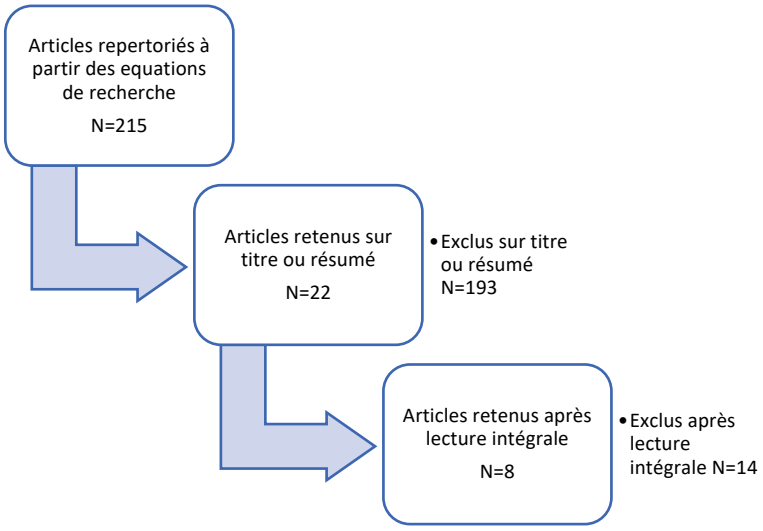


Figure 1 : Diagramme de flux de la revue de la littérature

2.2 Résultats

.2.2.1 Un modèle pédagogique en trois phases

Un modèle pédagogique en trois phases est retrouvé dans la plupart des enseignements décrits par les articles analysés : lecture attentive (ou attention portée à un support artistique) – écriture - partage des écrits. Tous les enseignements incluent un exercice d'écriture et un partage des écrits. 4 enseignements (50%) incluent en début de séance une lecture de texte ou une attention portée à un support artistique.

.2.2.2 Une composition des groupes d'étudiants parfois éclectique

Dans 5 articles, les groupes sont constitués exclusivement d'étudiants en médecine ou d'étudiants infirmiers. Dans 3 articles, les groupes sont éclectiques, composés d'étudiants en médecine, en infirmerie ou en kinésithérapie, de médecins en formations continue, de médecins écrivains, et de patients.

.2.2.3 Une fréquence des enseignements très variable

La fréquence des enseignements varie d'une séance par semaine à une séance tous les 2 mois. La durée des enseignements varie de 1 jour (séminaire) à 3 ans.

.2.2.4 Une évaluation qualitative et quantitative

Les méthodes d'évaluation de ces enseignements portent sur les 2 premiers niveaux de l'échelle de Kirkpatrick (satisfaction, apprentissages) (26). Les niveaux supérieurs (comportement en pratique, bénéfice au patient) ne sont pas évalués. Ces méthodes sont quantitatives (3 articles), qualitatives (2 articles), ou mixtes (3 articles). Parmi les méthodes quantitatives, la satisfaction des étudiants est évaluée par auto-questionnaires utilisant des échelles de Likert, et l'empathie des étudiants est mesurée par l'échelle JSE (Jefferson Scale of Empathy). Parmi les méthodes qualitatives, des questionnaires ouverts ou des entretiens collectifs (focus group) évaluent le vécu de l'enseignement. L'analyse des écrits produits par les étudiants explore les thèmes exprimés.

Les résultats montrent que les étudiants sont satisfaits et améliorent leur réflexivité sur leurs pratiques professionnelles. Ils prennent conscience du vécu du patient, de leurs propres difficultés, et rapportent un sentiment de communauté avec leurs pairs. Le choix d'un lieu informel et convivial, et la continuité de l'enseignement dans le temps renforcent leurs apprentissages.

Les limites de ces études proviennent du fait que les étudiants sont souvent peu nombreux et auto-sélectionnés (volontaires). L'évaluation des enseignements porte uniquement sur la satisfaction, et les apprentissages des étudiants : évaluation subjective des étudiants de leurs propres compétences, ou évaluation de l'empathie par questionnaire JSE. L'évaluation des niveaux 3 et 4 de l'échelle de Kirkpatrick, c'est à dire leur comportement en pratique et l'impact sur la prise en charge des patients, serait pertinente mais difficile à mettre en œuvre.

Les particularités des enseignements décrits par ces articles sont recueillies ci-dessous (Tableau 2 : Revue de la littérature des enseignements de médecine narrative dans le monde).

Tableau 2 : Revue de la littérature des enseignements de médecine narrative dans le monde

Auteur	**Type d'étude**	**Participants**	**Méthode**	**Critères d'évaluation**	**Résultats**	**Discussion**
1 - Ningxi Yang, 2018 (15) **CHINE**	Essai controlé randomisé, quantitatif	180 étudiants infirmiers en 3ème année	1 séance/semaine d'1h pendant 4 mois Groupe 1 contrôle Groupe 2 : en groupes de 6 ; analyses de livres et films Groupe 3 : idem groupe 2 + écouter l'histoire d'un patient - rédiger son histoire dans un dossier parallèle - partage de l'histoire au groupe - écriture avec le patient d'un journal de bord partagé - écriture réflexive de cas cliniques	-Évaluation de l'empathie par questionnaire Jefferson Scale of Empathy (JSE) avant, immédiatement après, à 6 mois, 1 an et 1.5 ans -Effet sur les notes aux examens généraux et à la thèse	Empathie ET réussite académique supérieure pour le groupe 3 à tous les temps (pas de supériorité pour le groupe 2) Diminution de l'empathie pour tous les groupes à + 1 an de la fin des études (burn out jeunes infirmier(e)s ?)	Élargir à une étude qualitative, ou évaluer sur JSE + CARE (consultation and Relational Empathy) L'enseignement doit être poursuivi après les études (formation continue)
2- Po-Jui Chen, 2017 (16) **TAIWAN**	Etude pilote, quantitatif	142 professionnels de santé : Médecins, dentistes, infirmiers, kinés, diététiciens	Durée 2 mois -Théorie : 1h -Pratique : Écriture narrative de cas cliniques puis Interprétation théâtrale ou création d'un film à partir du cas, en groupe Prix délivré à la meilleure production	-Questionnaires de satisfaction : échelles de Likert -Évaluation de l'empathie par questionnaire JSE: avant, immédiatement après, et à 1.5an	-Satisfaction : 90% répondent 4.5/5 -Amélioration de l'empathie après le programme, durable dans le temps. Impact sur les femmes supérieur aux hommes.	-Auto-sélectionnés (volontaires) -JSE centré sur le soignant : nécessaire d'évaluer la perception des patients. JSE critiqué : juge la dimension cognitive de l'empathie et non affective, éloigné de la vraie pratique clinique.

Auteur	Type d'étude	Participants	Méthode	Critères d'évaluation	Résultats	Discussion
3- Tiffany Wesley, 2018 (27) **USA, Louisiane**	Étude pilote, qualitative	17 internes en première année d'internat	6 sessions en 1 an 1 session : -30min : analyse d'un essai/poème/film -5min : écriture narrative et lecture au groupe -10min : discussion Choix de lieux favorisants le partage (table ronde, terrasse extérieure…)	-Évaluation du vécu des étudiants, par questionnaires ouverts anonymes : 6 questions sur la pratique (impression globale, compétences apportées, améliorations suggérées) 4 questions sur le format (lieux, temporalité) Analyse thématique par 2 lecteurs indépendants	Analyse verbatims : pleine-conscience (de ses propres émotions et de celles du patient), bien-être (partage des difficultés, verbalisation), professionnalisme (camaraderie, habilité à écouter, aisance à parler en public) Suggestions : -privilégier un lieu hors de la faculté, après les stages -utiliser différents supports -ouvrir aux autres professions en santé	-Petit échantillon, auto-sélectionnés (volontaires) -1ère année d'internat pourvoyeur de stress, seul temps offert par la fac pour s'exprimer
4- Huma Baquir, 2016 (17) **PAKISTAN**	Etude pilote, quantitative et qualitative	30 participants Étudiants en médecine ou en école d'infirmiers, internes, et professionnels non-médicaux, et patients	1 workshop en 2 phases : 1-Théorie en grands groupes 2-Pratique : Atelier d'écriture réflexive en petits groupes, partage au groupe et discussion	Questionnaires de satisfaction par échelles de Likert + commentaires libres Type d'items : La MN a le potentiel d'améliorer la pratique clinique, écouter les récits des autres était inspirant, je n'ai pas été jugé, le lieu était pertinent, le temps était géré	Satisfaction 4.5/5 sauf pertinence du lieu et gestion du temps 3/5 *(pas d'explications)* Préférence des étudiants pour la phase pratique La MN ne s'adapte pas aux personnes n'aimant pas l'écriture Création d'un blog avec les écrits du workshop	Projet de créer un enseignement de 6 semaines en 1ère année de médecine + créer une base de données de récits (poésie, vidéos, audio) -1ère fac d'Asie Sud-Est en MN, rare dans les pays à faibles revenus -Inclusion de patients

Auteur	Type d'étude	Participants	Méthode	Critères d'évaluation	Résultats	Discussion
5- Johanna Shapiro, 2005 (18) **USA, Californie**	Etude interventionnelle : qualitative et quantitative	180 étudiants en 3ème année de médecine	Trois phases : 1-Sondage d'évaluation des besoins en littérature dans les études médicales 2 -Lecture de 20 récits narratifs de maladies -Écriture d'un SOAP (subjective, objective, assessment, plan = ***RSCA***) au sujet d'un cas 3-OSCE (ECOS : examen clinique objectif structuré) : Lecture d'un poème en lien avec le cas, avant de jouer le rôle du médecin	1-Questionnaires de satisfaction par échelles de Likert (Utilité de la littérature pour améliorer l'empathie et la relation de soin, réduire les frustrations liées au travail, comprendre les maladies chroniques…) 2- Effet sur la réflexivité par question ouverte à la fin du SOAP : comment le récit narratif influe-t-il leur prise en charge ? 3-Effet sur la pratique par auto-questionnaire quantitatif : le poème a-t-il influencé le plan de traitement ou l'empathie envers le patient ?	1-Etudiants en faveur de l'intégration de la littérature dans leur cursus (accord avec les items en moyenne : 5/7) 2- 30 à 80% (selon les cas cliniques) des étudiants ressent plus d'empathie, prend en compte la dimension psychosociale, améliore leur PEC, grâce au récit narratif 3-La moitié des étudiants répond « modérément » (Likert 3/5) Un tiers répond « peu ou pas d'effet » = Plus d'effet sur l'empathie que sur le plan de traitement	-échec de l'évaluation à 1an (perdus de vue) -difficulté de contrôler les multiples variables qui influencent le comportement des élèves en pratique -évaluation subjective des étudiants de leurs propres compétences -un tiers des étudiants pourraient ne pas tirer bénéfice de ce type de programme - difficile de démontrer un effet dose-réponse significatif en recherche en éducation médicale : d'autres méthodes d'évaluation sont nécessaires

Auteur	Type d'étude	Participants	Méthode	Critères d'évaluation	Résultats	Discussion
6- Terry Kind, 2008 (19) **USA, Washington**	Étude qualitative à partir d'écrits d'étudiants	54 étudiants en 3ème année de médecine	1ère phase en stage de pédiatrie : -écriture réflexive, anonyme, (dossier parallèle) **Décrivez un moment où vous avez établi un lien avec un patient/sa famille* *OU *Décrivez un moment où vous n'avez pas pu établir de lien avec un patient/sa famille :* *Comment cela vous a-t-il fait évoluer personnellement et professionnellement ?* 2ème phase Séminaire d'humanités médicales -un étudiant en **4eme année** raconte son expérience d'une relation M-P -réflexion en petit groupes -rétroaction (idées clés pour améliorer la relation)	Décrire les facteurs qui contribuent ou nuisent à l'établissement de liens avec les patients, identifiés par les écrits réflexifs des étudiants -Analyse qualitative des écrits : thèmes (grounded theory) par 2 investigateurs, triangulation des données en comparant avec les retours des étudiants en groupe	44 écrits inclus, saturation des données atteinte -Réflexivité dans 90% des écrits (10% restants : uniquement observation clinique) -Thèmes : *Temps : manque de temps pour entrer en relation/prendre le temps est possible *Connaissances : atout /manque de connaissances pour rassurer le patient *Langage, culture : ponts ou barrières *Actions : les attitudes des étudiants montrant qu'ils sont humains (dépassant la posture de soignant) aident à créer un lien *Perceptions : d'eux même, des patients et familles : ponts ou barrières *Sentiments : colère, déception, récompense, surprise, ambivalence	10 étudiants n'ont pas soumis leurs écrits : autres points de vue ? Écrits anonymes : manque de retour individualisé -L'écriture réflexive aide les étudiants à comprendre comment mobiliser leurs ressources pour mieux entrer en relation avec les patients / développe leur identité professionnelle -Études ultérieures nécessaires pour évaluer le changement de comportement des étudiants en pratique

Auteur	Type d'étude	Participants	Méthode	Critères d'évaluation	Résultats	Discussion
7- R.Charon, 2013 (20) **USA, New York**	Etude pilote qualitative	12 étudiants en 4ème année de médecine	Pendant 1mois Une séance/semaine -Lecture (poème, fiction, témoignage de patient ou de médecins) et discussion -Exercice d'écriture en lien avec les textes -Partage des écrits au groupe	-Évaluation du vécu des étudiants **Comment était-ce de répondre à cette consigne ?* **Comment cette session influence votre capacité à répondre aux patients ? A vos pairs ?* **Définissez un « bon communicateur » évaluez où vous vous situez et comment cette séance vous a fait évoluer* -Focus group -Questionnaire anonyme 1.5 an après : *Comment la MN influence votre pratique ?* Analyse thématique auteurs indépendants Triangulation des données	<u>Thèmes</u> : *Positifs :* -Compétences en communication : pleine conscience, écoute, empathie -Collaborer avec les pairs -Réflexivité, développement personnel et professionnel, éviter le burn-out -Environnement non compétitif, non hiérarchique, confidentiel : meilleur apprentissage *Négatif* : -La MN est mal-vue par leurs collègues, comme une contre-culture « fluffy, touchy-feely, unnecessary » : désir de clarifier sa définition et de la rendre obligatoire pour qu'elle soit légitime	-Échec de l'évaluation à 1.5ans (perdus de vue) -Évaluation subjective des étudiants de leurs propres compétences, petit nombre et auto-sélectionnés -La MN développe les compétences requises par l'ACGME : les mêmes développées par les portfolios, la simulation de consultations, la méditation pleine-conscience - Nécessité de pédagogie en petits groupes, environnement bienveillant, apprentissage actif -Nécessité d'évaluer les compétences en pratique, sur du long terme

Auteur	Type d'étude	Participants	Méthode	Critères d'évaluation	Résultats	Discussion
8- Al-Imari, 2015 (22) **CANADA, Ontario**	Étude pilote qualitative	8 participants : urgentiste, médecins généralistes, internes	3 séances de 2h en 6 mois Salle informelle avec partage de nourriture Invitation d'experts : médecins-écrivains -Textes écrits par les participants, amenés à chaque séance -Partage du texte au groupe -Discussion et conseils de l'expert	Focus group, analyse thématique par 2 investigateurs indépendants	Thèmes : -Réflexivité, analyse des pratiques -Promouvoir le concept de médecin-écrivain : amélioration de leurs compétences en écriture, inspiration à écrire plus -Collaboration avec les pairs, sentiment de communauté qui perdure après le programme	-Durée trop courte pour instaurer un climat de confiance : frein à partager leurs textes -Petit nombre, auto-sélectionnés -Force : apport d'expériences de médecins-écrivains, lieu informel pour un environnement sécurisant

DEUXIEME PARTIE : CREATION ET EXPERIMENTATION DE L'ENSEIGNEMENT

3 Méthode

3.1 Création de l'enseignement

.3.1.1 Développement de compétences personnelles en médecine narrative et en pédagogie

J'ai commencé à me former à la médecine narrative en suivant le « Certificat Universitaire en médecine narrative » de Paris Cergy (en visioconférence dans le contexte de l'épidémie de Covid-19) dirigé par Anne-Marie Petitjean et Anne Demerlé-got, entre Février et Juin 2020. Lors de cette formation, j'ai appris à concevoir des dispositifs d'écriture en contexte de soin, puis à accueillir et interpréter les récits produits. En parallèle, je participais déjà régulièrement en tant qu'amateur aux ateliers d'écriture créative de « Poisson-Plumes » à Montpellier, animés par Julia Brugidou. J'ai acquis des connaissances par la lecture des ouvrages de Rita Charon, « Rendre hommage aux histoires de maladies » et « Principes et pratiques de la médecine narrative »(1,28). Enfin, j'ai pu suivre l'enseignement « Médecine, méditation et narration » pour les étudiants en 4ème année de médecine, dirigé par Isabelle Galichon à l'université de Bordeaux. Ces activités m'ont permis de développer des compétences narratives, mais la présence d'un(e) spécialiste de la narration était souhaitable. Isabelle Galichon, Docteur en littérature, nous a proposé généreusement son aide dans la création et l'animation de l'enseignement. La préparation et l'animation des séances s'est déroulée en visioconférence dû à l'épidémie de Covid-19, et ce format a rendu sa présence possible.

J'ai recherché des techniques pédagogiques de construction d'enseignements en santé à partir d'objectifs pédagogiques, notamment d'après la taxonomie de Bloom (29).

Marie-Catherine Reboul, maitre de conférences associée au département de médecine générale de l'Université de Montpellier et directrice de ma thèse, riche d'expériences en pédagogie médicale, m'a accompagnée dans la création et l'animation des séances.

.3.1.2 Construction des séances

♦ Construction des objectifs pédagogiques

Ces objectifs ont été élaborés à partir de mon travail initial de bibliographie (Partie I) et à partir des échanges avec Isabelle Galichon et Marie-Catherine Reboul.

- Les objectifs généraux

-Découvrir la médecine narrative comme méthode pédagogique
-Être sensibilisé à l'importance du récit de soi en contexte de soin
-S'initier au développement des compétences narratives afin de mieux « reconnaitre, absorber, interpréter et être ému par les histoires des maladies » (R.Charon (1))

- Les objectifs particuliers

-Développer ses capacités d'écoute du récit d'autrui par la pratique de la lecture attentive
-Développer par la pratique de l'écriture, sa réflexivité et sa créativité autour de sa pratique

♦ Choix du nombre de séances

Le nombre idéal de séances était de 5 d'après mes recherches décrites dans la partie « État des lieux ». Nous étions limités par le temps et les moyens : nous ne voulions pas reporter les séances à l'année scolaire 2020-2021, et nous étions dans le cadre d'une expérimentation. De plus, les étudiants étaient volontaires et n'avaient aucune notation universitaire pour participer à notre enseignement ; la durée devait être brève pour renforcer leur adhésion. Nous avons donc fixé le nombre de séances à 3, espacées d'une semaine.

♦ Choix du nombre d'étudiants

L'état des lieux a montré que les séances de médecine narrative sont réalisées en petit groupe afin d'établir un climat de confiance. Nous avions fixé à 15 le nombre maximal d'étudiants.

♦ Choix de la population et recrutement

Le moment opportun pour proposer cet enseignement était la 4ème année de médecine (DFASM1). En effet, plusieurs études rapportent une baisse de l'empathie chez les étudiants lorsqu'ils commencent leurs stages hospitaliers (5–7). La 4ème année est une

année adaptée à notre enseignement : les étudiants ont déjà acquis des expériences en stage pour les raconter lors des séances de médecine narrative, mais l'enseignement devait avoir lieu avant la préparation chronophage de l'examen classant national (ECN).
Le recrutement a été effectué sur la base du volontariat : proposition aux externes rencontrés lors de mes stages, bouche à oreille et diffusion sur les réseaux sociaux notamment le groupe Facebook de leur promotion. Une demande de liste de diffusion email a été faite auprès de la faculté afin de proposer l'expérimentation à tous, mais je n'ai pas eu de réponse. Il a été effectué du 29 Avril au 20 Mai 2020. Les critères d'inclusion étaient les étudiants en 4ème année de médecine de l'université de Montpellier. Les critères d'exclusion étaient les étudiants en études paramédicales, ou dans une année universitaire autre que la 4ème année du cursus de médecine.
Les étudiants intéressés m'ont contactée puis j'ai réalisé des appels téléphoniques individuels pour leur expliquer l'expérimentation, répondre à leurs interrogations, et valider leur inscription.

- Déroulé des séances

Les séances ont été animées à trois. Nous avons réparti en amont les rôles de chaque intervenante et consigné par écrit le déroulé de l'animation. J'étais l'animatrice principale. Isabelle Galichon relançait les étudiants au sujet du texte lu et faisait des retours sur la forme littéraire des écrits produits. Marie-Catherine Reboul intervenait en cas de problématiques liées au soin en partageant son regard de médecin en soins primaires. Un débriefing entre animatrices était réalisé après chaque séance, consigné par écrit, permettant d'évaluer ce qui a fonctionné ou non et d'adapter nos méthodes pour la séance d'après. Le rôle d'observatrice n'a pas été nécessaire car les séances étaient enregistrées.
Nous avons suivi le modèle pédagogique commun aux enseignements décrits dans la partie « état des lieux » : lecture attentive– écriture - partage des écrits. Le cadre pédagogique était rappelé à chaque début de séance : confidentialité, non-jugement et partage du texte sans caractère obligatoire. Il était précisé que nous étions co-apprenants dans cette expérimentation. Un consentement écrit des participants à l'enregistrement des séances a été obtenu.
La première séance débutait par une présentation orale de la médecine narrative. Un support power point des concepts théoriques de médecine narrative était envoyé en amont, avec la grille de lecture de Rita Charon (Annexe 8 : Guide de lecture de Rita Charon). Les étudiants étaient invités à se présenter et à exposer leurs motivations et

leurs attentes autour de l'enseignement. La dernière séance se terminait par un échange oral collectif (focus group) semi-dirigé, autour du vécu de l'enseignement.

♦ Choix des thèmes

Les thèmes abordés ont été choisis de façon subjective en accord avec Isabelle Galichon et Marie-Catherine Reboul, parce qu'ils nous semblaient tout à la fois fondamentaux et accessibles à des novices en médecine narrative. La première séance explorait le point de vue du médecin, à travers des situations de communication difficile. La deuxième séance explorait le point de vue du patient sur sa maladie et sa prise en charge, et la question du regard que le médecin porte sur lui. La troisième séance s'intéressait au rapport au corps, comme interface tangible entre soignant et soigné.

♦ Choix des textes littéraires

Les textes littéraires ont été tirés du corpus proposé par la thèse de Medhi Hussami et Victor Puentedura : *Quelle place pour la littérature dans la formation médicale ? Proposition d'un corpus de textes choisis comme support d'apprentissage* (30). Leur travail, mené sur un public d'internes, montrait que ce corpus était un outil de formation efficace et accessible. Ils proposaient d'utiliser ces textes comme support pour la création concrète d'un enseignement. D'autres extraits ont été présélectionnés : certains issus de mes lectures personnelles, d'autres tirés de la thèse de Naïs Herbreteau *Des BD pour mieux soigner : étude du partage de l'expérience vécue dans les autopathographies dessinées* (31), mais non retenus pour cet enseignement-test.

Isabelle Galichon et moi-même avons réalisé une analyse littéraire des extraits, puis nous les avons croisées. *(Annexe 1, Annexe 2, Annexe 3).*

♦ Choix des dispositifs d'écriture

Chaque consigne d'écriture était en lien avec l'extrait lu. D'après les enseignants de médecine narrative que j'ai pu rencontrer, d'après Rita Charon (28) et les pratiques du Certificat universitaire de Cergy, une consigne d'écriture doit être courte et simple. Le temps imparti pour écrire était de 3 min à 10 min selon les consignes, pour pousser les étudiants à se lancer dans l'écriture. A chaque séance, un premier exercice très court permettait de s'échauffer, puis un deuxième exercice laissait plus de temps pour la narration. La première séance explorant le point de vue du médecin proposait un exercice

d'écriture réflexive (GLOSSAIRE) sur leur vécu de soignant. La deuxième séance explorant le point de vue du patient proposait un exercice d'écriture créative (GLOSSAIRE) : poursuivre le texte lu en adoptant la perspective du narrateur-patient. La dernière séance explorant le rapport au corps proposait un exercice d'écriture réflexive sur leur vécu de soignant face au corps souffrant, puis un exercice d'écriture autobiographique sur leur vécu d'un changement dans leur propre corps. Entre chaque séance, un exercice d'écriture leur était proposé, à réaliser sur leur temps libre, afin de les familiariser avec la création d'un dossier parallèle (GLOSSAIRE).

3.2 Intervention : analyse des séances Zoom enregistrées

Les enregistrements des séances Zoom ont été revisionnés dans le but d'observer les interactions entre les étudiants et les animateurs, la participation et les difficultés potentielles des étudiants, et les questions soulevées lors des discussions.

3.3 Évaluation de l'enseignement

Selon le modèle de Kirkpatrick (26), l'évaluation d'une formation se mesure par 4 niveaux d'impact. La réaction de l'apprenant (satisfaction), ses apprentissages (connaissances et compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être)), ses comportements en pratique clinique, et les bénéfices sur les patients et le système de santé. J'ai évalué la satisfaction des étudiants par échelles de Likert. J'ai aussi exploré les apprentissages en questionnant l'influence de la médecine narrative sur leur réflexivité et sur leur relation avec les patients, par questionnaires en ligne et entretiens oraux. Les questions ont été élaborées avec ma directrice de thèse. L'impact sur l'empathie (par l'échelle d'auto-évaluation JSE) n'a pas été mesuré du fait de la taille réduite de l'échantillon et du petit nombre de séances prévues. De plus, cette échelle souffre d'un biais de désirabilité sociale et d'une difficulté de compréhension (items avec double négation, traduction française inadaptée). Afin d'obtenir des données riches, une évaluation quantitative par pré et post-test, et qualitative par focus group et entretiens individuels à la fin des 3 séances d'enseignement a été réalisée.

.3.3.1 Évaluation pré-test

Un auto-questionnaire pré-test a été soumis aux participants (approche quantitative), avant la première séance. Il était inspiré des questionnaires pré-test utilisés dans les

enseignements décrits en Partie I. Il explorait leurs attentes, leurs besoins en formation au relationnel médecin-patient, et leurs habitudes de lecture et d'écriture *(Annexe 4 : Questionnaire pré-test)*.
Les réponses à la question posée en début de 1ère séance, au sujet de leurs motivation et attentes à participer à l'enseignement, ont également été recueillies.

.3.3.2 Évaluation post-test

.3.3.2.1 Quantitative

Une évaluation quantitative de la satisfaction des étudiants a été réalisée. Deux questionnaires ont été utilisés : un questionnaire après chaque séance, et un questionnaire final à la fin des 3 séances.
Après chaque séance, un questionnaire basé sur celui proposé par Goupy (24), mesurait par une échelle de Likert les intérêts du texte littéraire, de l'exercice d'écriture et de la discussion, avec possibilité de commentaires libres. *(Annexe 5 : Questionnaire post-test : satisfaction après chaque séance)*.
A la fin des trois séances, un questionnaire final issu de ma réflexion interrogeait leur satisfaction par des échelles de Likert *(Annexe 6 : Questionnaire post-test final)*. Les questions portaient sur l'influence de la médecine narrative sur la communication, l'empathie, la réflexivité et le bien-être en tant que soignant. Une question portait sur leur désir de poursuivre ou non la pratique de la médecine narrative au sein de leur cursus. Une question portait sur leur expérience globale du programme. Les questionnaires ont été créés sur Google form et le lien était envoyé à la fin de chaque séance, directement sur Zoom et par mail. L'analyse des données quantitatives a été faite par statistiques descriptives (effectifs et pourcentage).

.3.3.2.2 Qualitative

L'évaluation qualitative avec analyse thématique a recueilli la perception de l'expérience vécue des étudiants. L'objectif était de comprendre pourquoi l'intégration de la médecine narrative dans les études médicales pourrait apporter de l'intérêt, leurs difficultés et les améliorations à apporter à l'enseignement. Un guide d'entretien *(Annexe 7 : Guide d'entretien qualitatif semi-dirigé)* a été construit à partir de références de méthodologie qualitative, en accord avec ma directrice de thèse. Il comprenait 6 questions : une première d'ordre général sur leur vécu de l'expérimentation, une sur leurs difficultés, trois

sur l'influence de la médecine narrative sur leur pratique (leur aptitude relationnelle, leur réflexivité, leur état émotionnel), et enfin une sur les améliorations et les modalités d'intégration de l'enseignement dans leur cursus. L'évaluation a été réalisée par entretiens semi-dirigés. L'accord des participants a été demandé pour la retranscription. Les entretiens se sont déroulés entre le 25 Juin et le 9 Juillet 2020. J'ai choisi de réaliser un focus group afin de faire interagir les étudiants entre eux et permettre l'émergence d'idées. Un focus group a été réalisé à la fin de la 3ème séance de médecine narrative, en visioconférence Zoom enregistrée. Seulement 5 étudiants sur 9 ont pu être disponibles. J'ai donc réalisé 4 entretiens individuels téléphoniques avec les étudiants absents lors du focus group, enregistrés sur dictaphone numérique. J'ai retranscrit manuellement l'ensemble des enregistrements en verbatim avec anonymisation des données. Une analyse thématique des données qualitatives a été réalisée. Il n'y a pas eu de triangulation des données.

4 Résultats

4.1 Prototype de l'enseignement

.4.1.1 Séance n°1

SEANCE N°1
LE POINT DE VUE DU MEDECIN

- Installation ZOOM + Accueil : **10 min**
-Accueil, remerciements aux étudiants pour leur présence
-Présentation de ma thèse, présentation d'Isabelle Galichon et de Marie-Catherine Reboul. (**5min**)
-Invitation des participants à se présenter (**5min**), tour de table virtuel : nom, prénoms, motivation personnelle à participer à cette expérience

- Présentation théorique de la médecine narrative - **10 min**

- Discipline qui a pour objectifs d'établir une **relation médecin-malade** de qualité, et d'aider les soignants à **réfléchir sur leur métier.**

- Expression « médecine narrative » employée dans les années 2000 par **Rita Charon**, une médecin interniste à New York. « Une médecine pratiquée avec des compétences narratives permet de reconnaitre, absorber, interpréter, être ému par les histoires des malades » : un **entrainement narratif après des soignants** pour mieux écouter les patients.

- On ne peut pas séparer un traitement du **contexte** dans lequel le traitement est proposé, à quel **moment de l'histoire de la personne** : l'histoire de sa maladie au sein de sa vie.

- La MN ne remet pas en question l'Evidence Based Medecine (médecine fondée sur les preuves) mais la complète. « A la différence de la connaissance scientifique qui essaie de découvrir des choses qui sont vraies de façon **universelle**, la compétence narrative permet de comprendre des évènements **particuliers** qui arrivent à un individu » (Rita Charon)

- **2 grandes pratiques** : une pratique de LECTURE (s'entrainer à porter son attention sur un récit), une pratique d'ECRITURE réflexive (retour sur ses pratiques) et créative (se donner la possibilité d'aller vers la fiction)

- Cadre :
  - Expérimentation débutante, recherche : nous sommes co-apprenants
  - Confidentialité, tout ce qu'on dit ne sort pas de l'atelier
  - Participation non obligatoire (d'écrire, de lire, de partager)
  - Il n'y a pas de bêtise ni hors sujet. Forme, style, orthographe sont sans importance
  - A la fin de chaque séance, questionnaire très bref pour évaluer l'intérêt de la séance

- Lecture du Texte, **7min** : Mikhaïl Boulgakov, Roman « Récits d'un jeune médecin »
Écrivain russe de la première partie du XXème siècle, publié en 1925, qui a aussi été médecin. Il raconte ses premières expériences de jeune médecin dans ce roman.

- Discussion sur le texte, **5-10min**
Questions ouvertes :
-Qu'est ce qui se passe dans ce texte ? Quelles réactions il vous inspire ? Un passage qui vous a plus marqué ? En quoi cela résonne dans votre pratique ?
Remercier, reformuler, recentrer sur la forme du texte, sur la grille de R.Charon (sens de perception, perspectives, forme (métaphore, temps, espace), narrateur, ton, progression)

- Écriture **37min**

- Consigne n°1, **4min.** On comprend que c'est la première fois qu'il se confronte à cette maladie, en tant que jeune médecin. « C'était par hasard que je venais de m'y heurter à cette syphilis. » Je vous propose un court exercice d'écriture : **Écrivez les 5 premières fois qui vous ont marqué en commençant par « La première fois que… »**

- Partage **10min :** qui aimerait partager avec le groupe ses 5 premières fois ? *(Rappel sur le cadre de non jugement)*

-Consigne n°2, **8min** Dans le texte que nous avons lu, le médecin est sous l'effet de surprise et il manque d'expérimentation : la communication avec le patient est difficile « Vous avez, voyez-vous, une mauvaise maladie : la syphilis. Je prononçai ces mots et me troublai. »
Souvenez-vous d'une situation où vous vous êtes senti mal à l'aise face à un patient.

-Partage **15min** : Qui aimerait prendre la parole, partager son texte avec le groupe ? Après la lecture : est-ce que ce texte suscite des réactions ? *S'intéresser à la forme du texte. Mettre en lien les textes lus.*

- Introduction au « Dossier parallèle » **10min**
-Dossier parallèle : exercice phare de la médecine narrative
A Columbia University à New York, les étudiants doivent présenter des cas à l'hôpital et écrire dans le dossier médical. En plus, il leur est demandé d'écrire dans un « dossier parallèle » :

« Tous les jours vous écrivez, dans le dossier hospitalier à propos de vos patients. Vous savez exactement quoi y écrire et la forme dans laquelle écrire. Vous écrivez sur les plaintes de vos patients, les résultats de votre examen clinique, les résultats biologiques, les avis des spécialistes et la prise en charge. Si votre malade qui meurt d'un cancer vous rappelle votre grand-père qui est mort de cette maladie l'été dernier, et que, chaque fois que vous entrez dans la chambre de votre patient, vous pleurez votre grand-père, vous ne pouvez pas écrire cela dans le dossier hospitalier. Nous ne le permettons pas. Et cependant cela doit être écrit quelque part. Alors vous l'écrivez dans le dossier parallèle. »

-Exercice d'écriture limité dans le temps (***8min***) : en partant de la phrase de Boulgakov « C'était moi, dans ma blouse blanche… »
A l'image du narrateur médecin, vous avez-vous-même perçu ce sentiment ; dès que l'on revêt notre blouse blanche, on entre dans une certaine fonction… **Vous commencerez votre dossier parallèle par « Moi, dans ma blouse blanche »**

Récits d'un jeune médecin (1925) – MikhaÏl Boulgakov (L'Âge d'homme, 1994, pages 88 à 92)

« C'est elle : la syphilis », me dis-je pour la deuxième fois, avec gravité. [...]
C'était par hasard que je venais de m'y heurter à cette syphilis. L'homme était venu me voir et se plaignait d'avoir la gorge embarrassée. [...]
– Voilà, dis-je, voyez-vous ... Hum... Selon toute apparence ... D'ailleurs même à coup sûr ... Vous avez, voyez-vous, une mauvaise maladie : la syphilis.
Je prononçai ces mots et me troublai. J'eus l'impression que l'homme était très fortement effrayé, devenait nerveux ...
Mais il n'était nullement nerveux, et pas davantage inquiet. Il loucha sur moi, la tête un peu de profil, comme une poule qui ouvre un œil rond en entendant une voix qui l'appelle. Je fus très surpris de relever dans cet œil rond une note d'incrédulité. [...]
– Reboutonnez-vous, ordonnai-je, vous avez la syphilis ! Une maladie très sérieuse qui atteint tout l'organisme. Vous serez obligé de suivre un traitement très long !...
A cet instant, je m'arrêtai net parce que – je le jure ! – je lus dans ce regard de poule un étonnement franchement mêlé d'ironie.
– J'ai la gorge qui me gêne, dit mon patient.
– Eh bien oui, c'est à cause de ça que qu'elle vous gêne. Et c'est également à cause de ça, cette éruption sur votre poitrine ...
L'homme loucha et regarda. Une flamme ironique brillait toujours dans ses yeux.
– Ce qu'il faudrait, c'est que je me soigne la gorge, déclara-t-il.
« Qu'a-t-il donc à s'entêter sur son idée ? pensai-je avec déjà quelque impatience. Je lui parle de syphilis, et lui, il me parle de sa gorge ! »

– Ecoutez, mon vieux, poursuivis-je à haute voix, la gorge est un problème de second ordre. Nous vous soignerons aussi la gorge, mais le plus important c'est de soigner la maladie dans son entier. Et vous serez obligé de suivre un traitement pendant une longue période : pendant deux ans !
Le patient me considéra, les yeux écarquillés. Et je lus dans ses yeux ma propre condamnation : « Eh, docteur, tu dérailles !? »
– Pourquoi si longtemps ? demanda le patient. Comment ça, deux ans ?! J'ai besoin d'un gargarisme pour la gorge...
A l'intérieur de moi, tout s'embrasa. Et je me mis à parler. Je n'avais plus peur de l'effrayer. Oh, non!
Bien au contraire, je laissai entendre que même son nez pouvait finir par tomber. Je décrivis ce qui attendait mon patient plus tard, dans le cas où il ne se soignerait pas comme il convenait. [...]
Nous poursuivîmes ainsi la conversation. Lui toujours clignant des yeux, regardait au fond de mes pupilles, et moi, au fond des siennes. À dire vrai, ce n'était point une conversation, mais plutôt un monologue. Un monologue étincelant, pour lequel n'importe quel professeur eût octroyé la note maximale à n'importe quel étudiant de cinquième année. Je me découvris des connaissances phénoménales dans le domaine de la syphiligraphie, ainsi qu'une exceptionnelle virtuosité d'invention. [...]
Et quelques minutes plus tard encore, en courant par le couloir à demi plongé dans l'ombre qui conduisait de mon cabinet à la pharmacie du dispensaire, pour y chercher des cigarettes, je surpris au passage un chuchotement enroué :
– Il ne sait pas soigner. C'est un jeune. Tu comprends, j'ai la gorge prise, et lui, il m'examine, il m'examine... Tantôt la poitrine, tantôt le ventre... [...] Quand tu en ressors, allez donc, c'est déjà la nuit ! Oh, seigneur ! J'ai mal à la gorge, et lui, il me donne de la pommade pour les pieds.
– Sans attention il est sans attention, renchérit une voix de vieille femme, légèrement chevrotante, puis brusquement la voix se tut. C'était moi, dans ma blouse blanche qui, tel un fantôme, venais de passer en coup de vent. [...] Je rentrai la tête dans les épaules, arrondis le dos un peu comme un voleur, comme si je fusse coupable, et m'éclipsai, sentant distinctement une sorte d'écorchure me déchirer l'âme. J'étais terrifié.

.4.1.2 Séance n°2

SEANCE N°2
LE POINT DE VUE DU PATIENT

-Accueil, rappels – **5min**
Cadre à rappeler (certains étudiants absents en Séance n°1)
Lire sans paraphrase +++, sans commentaires, au plus proche du texte. Rappeler l'importance du **passage par l'écrit**, qui permet une réflexivité et une mise à distance.

-Lectures des écrits du Dossier parallèle + échanges **15min**
Consigne donnée en Séance n°1 : à partir de la citation de Boulgakov « C'était moi, dans ma blouse blanche »

-Lecture du texte **2min**
Eric Emmanuel Schmitt, écrivain français actuel (nombreux prix littéraires)
Oscar, dix ans, atteint d'une leucémie, est hospitalisé depuis longtemps. Il rencontre la dame rose, une vieille infirmière qui lui propose de raconter son quotidien dans des lettres destinées à Dieu.

Discussion sur le texte **10 min**
-Analyse du texte : questionner autour de la grille de Lecture : temps, narrateur, métaphores.
prendre plus de temps ++

-Écriture **35min**

Consigne n°1 : **3min** – Le regard est un des attributs du médecin. Il observe, dissèque, examine, accompagne… **Décrivez le regard de 3 médecins que vous avez croisé, en commençant par « Ses yeux » ou « Son regard »**
Échanges **10min**

Consigne°2 : **7 min** – « J'ai compris que je suis devenu un mauvais malade ». **Poursuivez le texte en adoptant la perspective du patient.**
Échanges **15min**

Dossier parallèle (à faire pour la prochaine séance) **2min**
Consigne : A partir de la phrase d'Oscar « Il me regarde sans rien dire ».
Le silence est une situation de communication inconfortable. Relatez une expérience dans laquelle vous avez été confronté à cette situation en tant que soignant.

Oscar et la dame rose (2002) - Éric-Emmanuel Schmitt (Albin Michel, 2002, p11-12)

Moi, je ne fais plus plaisir. Depuis ma greffe de moelle osseuse, je sens bien que je ne fais plus plaisir. Quand le docteur Düsseldorf m'examine, le matin, le cœur n'y est plus, je le déçois. Il me regarde sans rien dire comme si j'avais fait une erreur. Pourtant je me suis appliqué, moi, à l'opération ; j'ai été sage, je me suis laissé endormir, j'ai eu mal sans crier, j'ai pris tous les médicaments. Certains jours, j'ai envie de lui gueuler dessus, de lui dire que c'est peut-être lui, le docteur Düsseldorf, avec ses sourcils noirs, qui l'a ratée, l'opération. Mais il a l'air tellement malheureux que les insultes me restent dans la gorge. Plus le docteur Düsseldorf se tait avec son œil désolé, plus je me sens coupable. J'ai compris que je suis devenu un mauvais malade, un malade qui empêche de croire que la médecine, c'est formidable.
La pensée d'un médecin, c'est contagieux. Maintenant tout l'étage, les infirmières, les internes et les femmes de ménages me regardent pareil. Ils ont l'air tristes quand je suis de bonne humeur ; ils se forcent à rire quand je sors une blague. Vrai, on rigole plus comme avant.

.4.1.3 Séance n°3

SEANCE n°3
LE CORPS

Lecture des écrits du Dossier parallèle, échanges **15 min**
Consigne donnée en Séance n°2 : A partir de la phrase d'Oscar "Il me regarde sans rien dire", racontez une situation où vous avez été confronté au silence, en tant que soignant.

Lecture du texte – **5 min**
Hervé Guibert, écrivain et photographe français, né en 1955, décédé en 1991 .
« Le protocole compassionnel » roman autobiographique, raconte sa lutte contre le SIDA, comment il a pu se procurer un traitement expérimental venu des États- Unis, ses va-et-vient chez les différents professionnels de santé.

Discussion sur le texte – **10 min**

Écriture – **37min**

- ➔ Consigne n°1, **7min** : Pour le masseur d'Hervé Guibert, le corps n'est qu'un matériel plus ou moins indifférent. **Racontez une expérience pendant laquelle vous avez été en contact avec le corps d'un patient.**
  Échanges **10 min**

- ➔ Consigne n°2, **10min** : **Racontez une expérience personnelle où vous avez perçu un changement/une métamorphose dans votre corps**
  Échanges **10min**

Le protocole compassionnel (1991) - Hervé Guibert (Gallimard, 2016, pages 17-18-19)

Voilà qu'il devait travailler à une sorte de squelette sur lequel pendaient quelques rares lambeaux musculeux, des replis de peau comme éviscérés, mais il avait l'habitude de s'exercer sur des vieillards, et il me dit, lorsque je me présentai entièrement nu devant lui, qu'un corps n'était jamais pour lui qu'un corps, ou toujours qu'un corps, c'est-à-dire une matière, un matériel plus ou moins indifférent. Il prétendait ôter à l'apparence du corps tout aspect esthétique ou émotif, il n'y avait plus entre lui et moi qu'une lutte à entreprendre d'arrache-pied et d'arrache-main pour l'empêcher de sombrer tout à fait et le maintenir debout, contre-la-montre. [...]. Ce corps décharné que le masseur malaxait brutalement pour lui redonner de la vie, et qu'il laissait pantelant, chaud, fourmillant, comme exulté par son travail, je le retrouvais chaque matin en panoramique auschwitzien dans le grand miroir de la salle de bain que l'entrepreneur, comme par un fait exprès, alors que je n'avais toujours eu dans mes salles de bain que des miroirs de poche, y avait fait installer. [...]
Il n'y avait pas de jour où je ne découvrais une nouvelle ligne inquiétante, une nouvelle absence de chair sur la charpente, cela avait commencé par une ligne transversale sur les joues, selon certains reflets qui l'accusaient, et maintenant l'os semblait sortir hors de la peau, à fleur de peau comme de petites îles plates sur la mer. La peau refluait en arrière de l'os, il la poussait. Cette confrontation tous les matins avec ma nudité dans la glace était une expérience fondamentale, chaque jour renouvelée, je ne peux pas dire que sa perspective m'aidait à m'extraire de mon lit. Je ne peux pas dire non plus que j'avais de la pitié pour ce type, ça dépend des jours, parfois j'ai l'impression qu'il va s'en sortir puisque des gens sont bien revenus d'Auschwitz, d'autres fois il est clair qu'il est condamné, en route vers la tombe, inéluctablement.

4.2 Intervention : analyse des séances Zoom enregistrées

Le projet initial prévoyait un enseignement en présentiel à la faculté mais suite à la crise liée au COVID-19, nous avons dû le convertir en visioconférence. Nous avons pu nous aider de l'expertise d'Isabelle Galichon qui a converti en urgence le premier enseignement de médecine narrative de la faculté de Bordeaux en visio-conférence en mars 2020 et en a testé la faisabilité sur un public d'externes débutants.
Les séances se sont déroulées les **11, 18 et 25 Juin 2020, de 18h30 à 20h**. La veille de chaque séance, un mail était envoyé aux étudiants avec le texte d'appui et le lien de la réunion Zoom. Après chaque séance, un mail leur était envoyé avec le lien du questionnaire de satisfaction post-test *(Annexe 5)* et le rappel de la consigne d'écriture du « Dossier parallèle ».
Les séances enregistrées ont été revisionnées. J'expose ci-dessous ce que j'ai perçu de la progression des étudiants et les questionnements qui ont émergés.
Ils ont fait preuve d'une bonne assiduité malgré l'absence de notation universitaire ; 7 participants à la première séance, 8 à la deuxième séance, 6 à la troisième séance.

- *Séance n°1 : le point de vue du médecin*

Certains étudiants ont eu des difficultés à lire leurs écrits sans paraphrase et sans jugement personnel. Nous avons dû recentrer le cadre sur la nécessité de lire fidèlement leurs écrits. En tant qu'animatrice principale, j'ai eu des difficultés à faire des retours sur les textes produits par les étudiants, car des mécanismes d'identification en tant que jeune médecin et ma volonté de me concentrer sur la forme de leurs textes se confondaient. Isabelle Galichon et Marie Catherine Reboul ont pu prendre la parole de manière fluide pour enrichir les retours. Une interrogation éthique a été soulevée par les étudiants et discutée avec le groupe ; doit-on être ému par les patients pour agir ? Doit-on conserver le sentiment de révolte des « premières fois » face à des situations injustes ? La distanciation émotionnelle nous amènerait-elle à accepter à tort des injustices ? Au contraire, la prise de recul nous permettrait-elle d'agir avec nos convictions sans être dévasté par nos émotions ? Un entrainement narratif permettrait-il de mettre en place cette distance éthique ?

- *Séance n°2 : le point de vue du patient*

Nous avons noté une progression des étudiants : ils se lançaient facilement dans l'écriture et dans le partage de leurs écrits. Ils ne commentaient plus leurs textes.
Certains ont eu des difficultés dans la compréhension de la consigne du « Dossier parallèle ». Certains n'ont pas souhaité partager leur écrit du dossier parallèle parce que ceux-ci étaient trop personnels, mais ils ont noté une incidence sur leur pratique en stage ; ils avaient plus d'attention envers leurs patients car ils réfléchissaient à ce qu'ils allaient écrire dans leur dossier parallèle.
La consigne d'écriture sur les regards des médecins a fait émerger des représentations de médecins de leur environnement vus comme des modèles ou des anti-modèles. La consigne d'écriture créative proposant d'écrire en se mettant à la place d'un patient a fait surgir des problématiques relationnelles médecin-patient, en prenant la perspective du patient ; le refus de soin, l'inobservance...
Lors de cette séance, des question éthiques ont été soulevées, autour de l'échec thérapeutique et de la fin de vie. La culpabilité du patient de ne pas réussir à « guérir » et sa peur de décevoir le médecin, le sentiment d'impuissance du médecin face à un échec thérapeutique et son abandon potentiel d'un patient en impasse thérapeutique. La question de l'objectif du soin a été explorée ; accéder à la guérison ou accompagner dans la maladie en améliorant la qualité de vie des patients…

- *Séance n°3 : Le corps*

Les étudiants ont bien compris la consigne du dossier parallèle. Ils ont partagé leurs écrits personnels avec plus d'aisance. Les retours qu'ils ont exprimé sur le texte littéraire ont également été nombreux et riches.
Nous avons évoqué le phénomène de distanciation corps-esprit parfois mis en place par le patient dans le cas d'une détérioration de son corps physique par la maladie. Nous avons questionné cette distanciation qui peut aussi être mise en place par le soignant, en considérant le corps de façon anatomo-physiologique. Ce phénomène, autant chez le patient que chez le soignant, peut permettre d'appréhender la maladie avec une distanciation émotionnelle. La posture du médecin pour être juste dans le soin, pourrait tenir compte à la fois de la corporalité (le « corps-sujet ») et de la corporéité (le « corps-objet ») du patient. Certains patients peuvent être « guéris » d'un point de vue scientifique mais se considèrent toujours « malades » car leur corps-objet est marqué physiquement

par la maladie, et nous devons là aussi les accompagner. Enfin, nous avons questionné la place de l'humour dans le soin.

Les écrits des étudiants n'ont pas été analysés dans ce travail de thèse, mais nous relevons que l'écriture a fait surgir des expériences intimes et des souffrances psychologiques. Nous avons essayé de les accueillir avec bienveillance.

4.3 Évaluation

.4.3.1 Évaluation pré-test

8 sur 9 participants ont rempli le questionnaire pré-test *(Annexe 4 : Questionnaire pré-test)*. Tous les étudiants s'étaient déjà sentis mal à l'aise face à un patient. Ils ressentaient tous le besoin d'une formation au relationnel médecin-patient. *(Figure 2,Figure 3)*

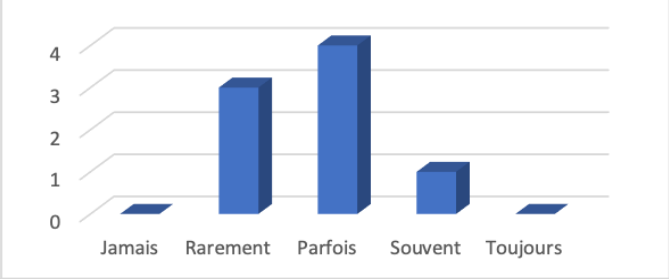


Figure 2 : Vous est-il déjà arrivé de ne pas savoir quoi dire ou de vous sentir mal à l'aise face à un patient ?

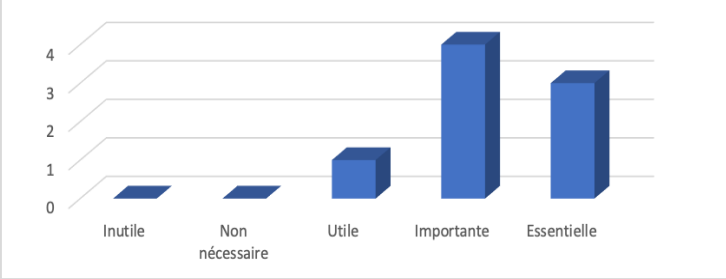


Figure 3 : Ressentez-vous le besoin d'une formation au relationnel médecin-patient ?

Selon eux, les études de médecine ne leur apprennent pas assez à communiquer avec le patient *(Figure 4).* Pourtant, 6 étudiants avaient déjà eu une formation au relationnel médecin-patient dans leur cursus médical : cours magistraux, travaux dirigés, ou formation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par mise en scène théâtrale. Les spécialités envisagées pour l'internat étaient la médecine générale pour 3 étudiants, la neurologie pour un étudiant, la neurochirurgie pour un étudiant, et non définie pour les autres.

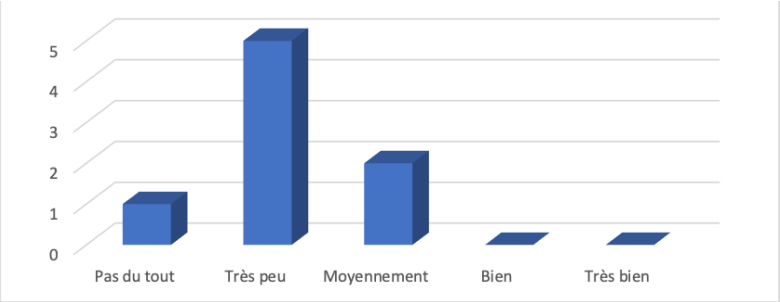


Figure 4 : Selon vous, les études de médecine vous apprennent-elles à communiquer avec le patient ?

4 étudiants étaient des petits lecteurs (moins de 10 livres/an), et 4 étudiants étaient des moyens ou grands lecteurs (plus de 10 livres/an) *(Figure 5).* L'écriture était pratiquée régulièrement en dehors du cadre universitaire par 4 étudiants *(Figure 6).*

Aucun étudiant n'avait entendu parler de la médecine narrative avant cet enseignement.

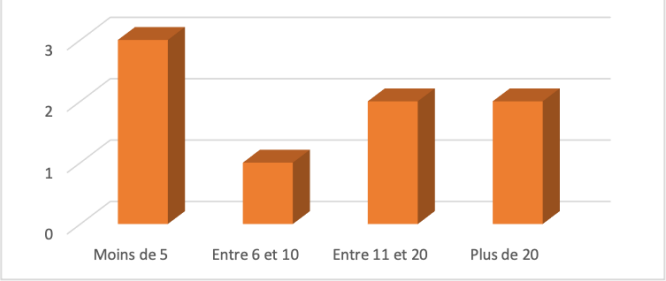


Figure 5 : Combien d'ouvrages non médicaux lisez-vous par an ? (romans, BD, presse, théatre, poèmes...)

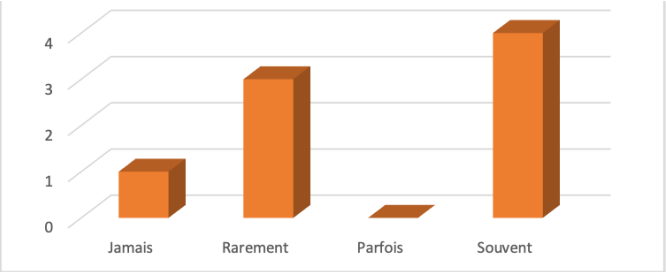


Figure 6 : Avez-vous déjà écrit en dehors du cadre de vos études ? (écriture personnelle, ateliers d'écriture...)

Au début de la première séance, j'ai questionné leurs motivations et leurs attentes.

Ils ont évoqué le besoin d'une formation au relationnel médecin-patient et d'un moment de partage avec leurs pairs.

T. « *On n'a pas grand-chose à la fac qui traite du relationnel, on apprend sur le tas tout seul, donc je trouvais ça intéressant. Et j'aime bien tout ce qui sort de la médecine pure, c'est toujours un plus ! »*

D. « C'est bien aussi d'avoir un moment où on peut discuter entre nous, ce qu'on ne retrouve pas dans les enseignements habituels »

P. « Au niveau relationnel on apprend pas du tout comment ça marche, comment on peut l'améliorer à la fac, c'est juste on fait plein de erreurs, plein de petites bourdes, et je trouvais ça bien d'avoir un peu une structure, d'en savoir un petit peu plus par rapport à la relation médecin-patient »

I. « Je trouve ça super intéressant d'aborder cette thématique d'une autre manière, et de l'aborder tout court en fait parce que comme on l'a dit on ne nous l'apprend pas beaucoup….et juste, je suis curieuse »

Ils étaient curieux de s'ouvrir à des disciplines du domaine des sciences humaines, telle que la littérature.

K. « Moi c'est le côté écriture qui m'intéressait aussi, voir ce que vous alliez nous demander et comment ça allait être exploré, parce que c'est un champ qui n'est pas exploré en médecine »

M. « en général la médecine est une spécialité très isolée des autres, on la met rarement en relation avec d'autres domaines, l'économie, la sociologie, et la littérature est un domaine que j'aime bien naturellement donc la mettre en relation avec la médecine je trouvais ca intéressant »

N. « La littérature c'est pas du tout quelque chose qui nous est enseigné à la fac. Moi j'avais participé à un module d'éducation thérapeutique du patient et voilà, j'aime bien participer à ce genre de choses »

.4.3.2 Évaluation post-test

.4.3.2.1 Quantitative

- Résultats des questionnaires de satisfaction après chaque séance

La note moyenne au questionnaire de satisfaction des étudiants *(Annexe 5 : Questionnaire post-test : satisfaction après chaque séance)* après chaque séance est de 4,6/5. Elle est comparable d'une séance à l'autre.

La note moyenne de satisfaction pour la séance n°1 est de 4,5/5.

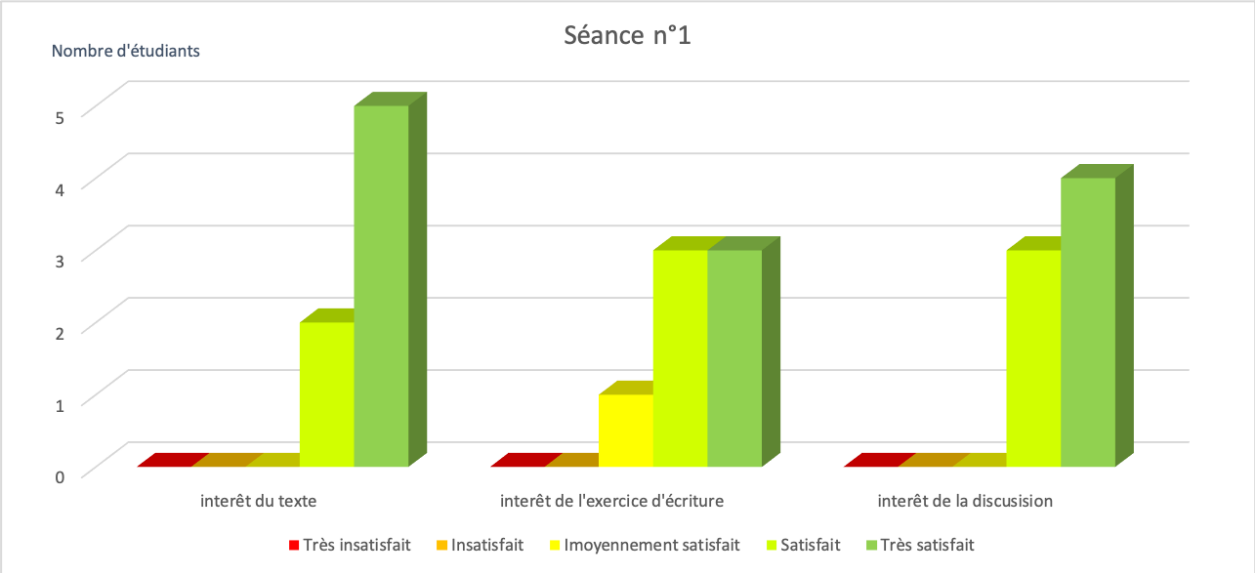


Figure 7 : Satisfaction des étudiants selon le type d'exercice (Séance n°1)

La note moyenne de satisfaction pour la séance n°2 est de 4,5/5.

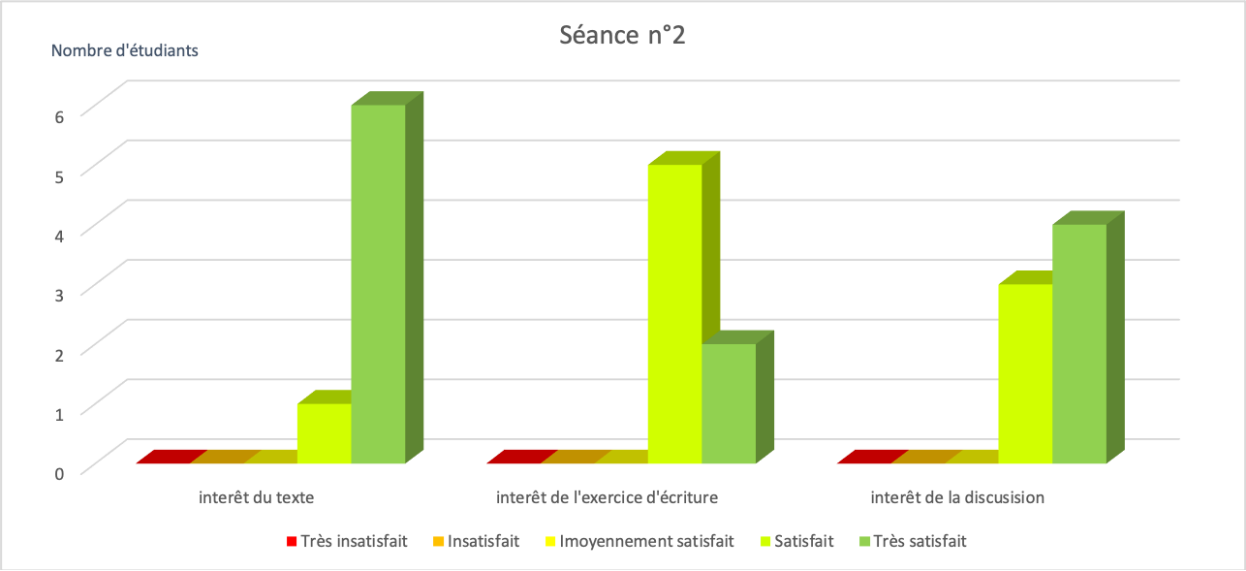


Figure 8 : Satisfaction des étudiants selon le type d'exercice (Séance n°2)

La note moyenne de satisfaction pour la séance n°3 est de 4,8/5.

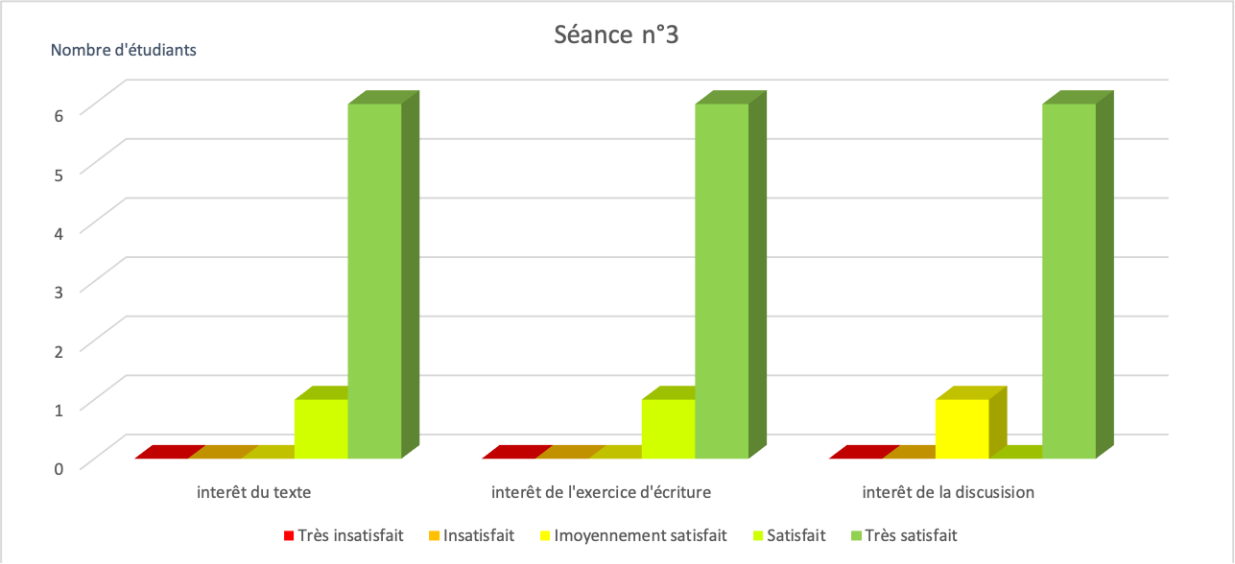


Figure 9 : Satisfaction des étudiants selon le type d'exercice (Séance n°3)

♦ Résultats du questionnaire de satisfaction final

Les résultats du questionnaire final montrent que tous les étudiants ont une bonne impression de la médecine narrative, pensent qu'elle est utile à leur futur métier de soignant et qu'elle améliore le relationnel médecin-patient. Ils sont d'accord avec le fait que cette discipline permet l'apprentissage de l'empathie, sauf un(e) étudiant(e). Certains sont mitigés à l'idée que la médecine narrative peut les aider à communiquer avec leurs pairs ou bien soulager leurs souffrances dans leur exercice professionnel.

Ils conseilleront tous la médecine narrative à leurs proches ou collègues. 5 étudiants aimeraient poursuivre l'écriture narrative.

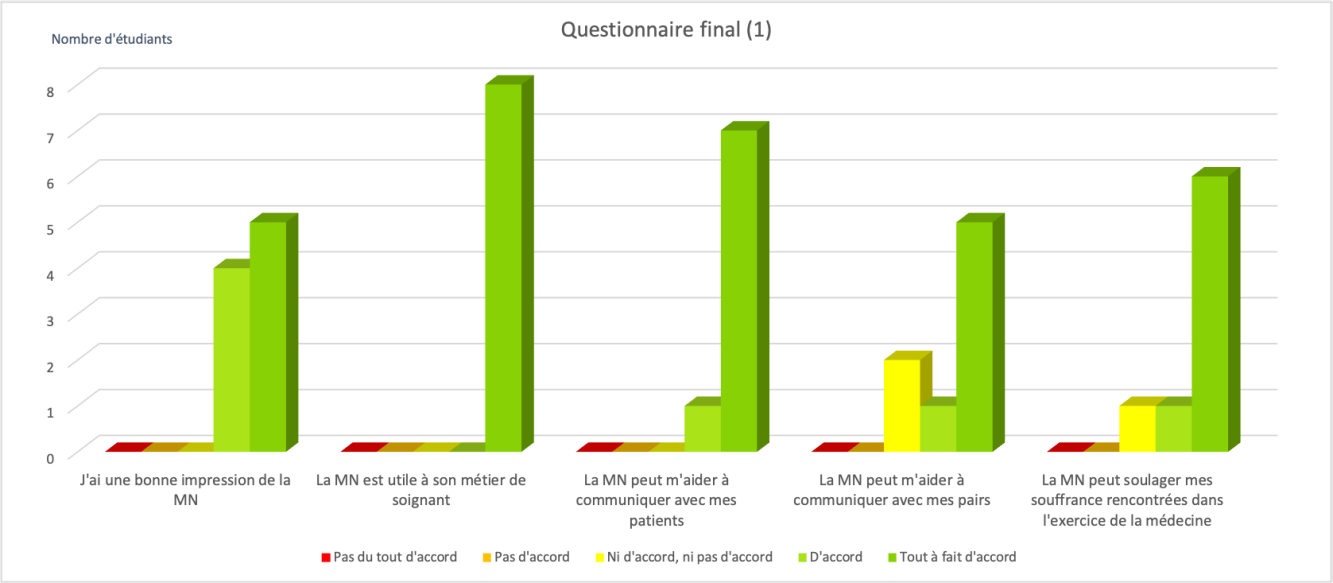


Figure 10 : Satisfaction globale des étudiants (1)

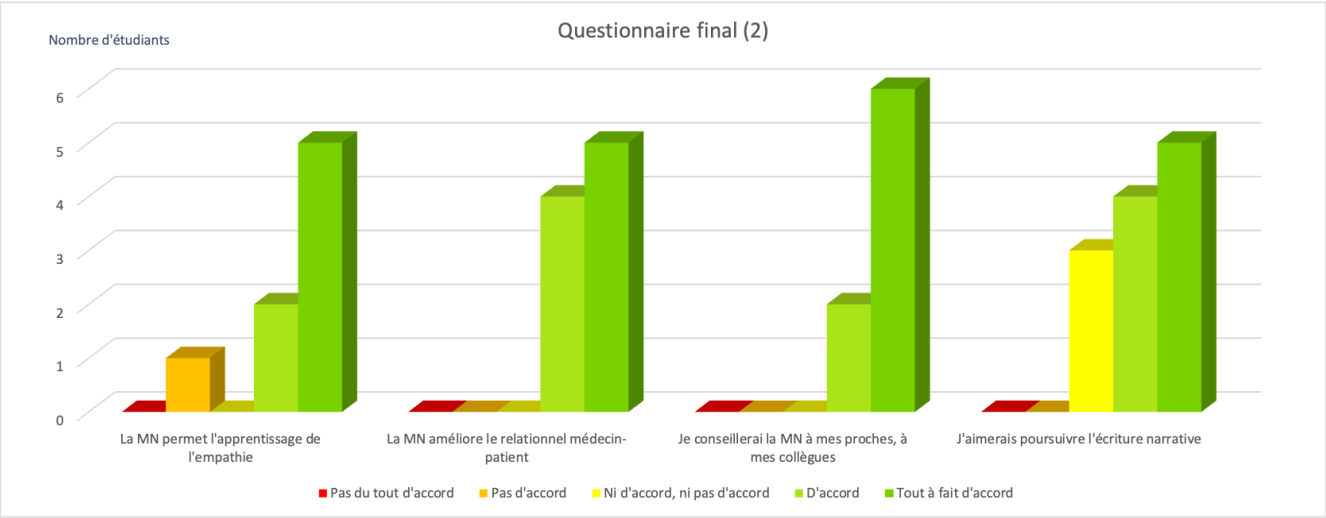
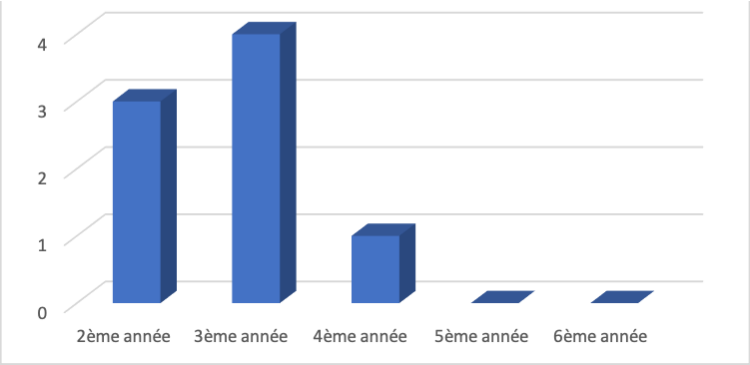


Figure 11 : Satisfaction globale des étudiants (2)

Ils souhaitaient tous poursuivre la médecine narrative au sein de leur cursus. 3 étudiants souhaitaient qu'elle soit un enseignement optionnel et 5 étudiants qu'elle devienne obligatoire.

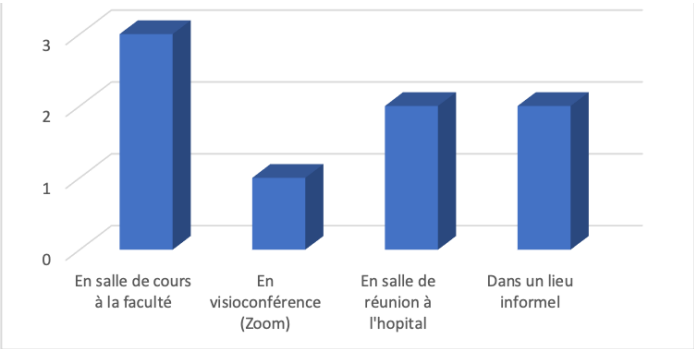
La 3ème année de médecine semblait être la période la plus propice au développement de cet enseignement, et il devrait selon eux se poursuivre les années suivantes.

Figure 12 : Selon vous, en quelle année cet enseignement serait le plus pertinent ?



Le choix du lieu se portait préférentiellement sur la faculté, ou encore à l'hôpital ou dans un lieu informel. La visioconférence Zoom, lieu de notre enseignement-test n'était pas idéale pour les étudiants.

Figure 13 : Dans quel lieu devrait-il se dérouler ?



.4.3.2.2 Qualitative

L'entretien collectif et les entretiens individuels ont fait ressurgir les thématiques présentées dans l'arbre thématique ci-dessous. *(Figure 14 : Évaluation qualitative par analyse thématiqu)*

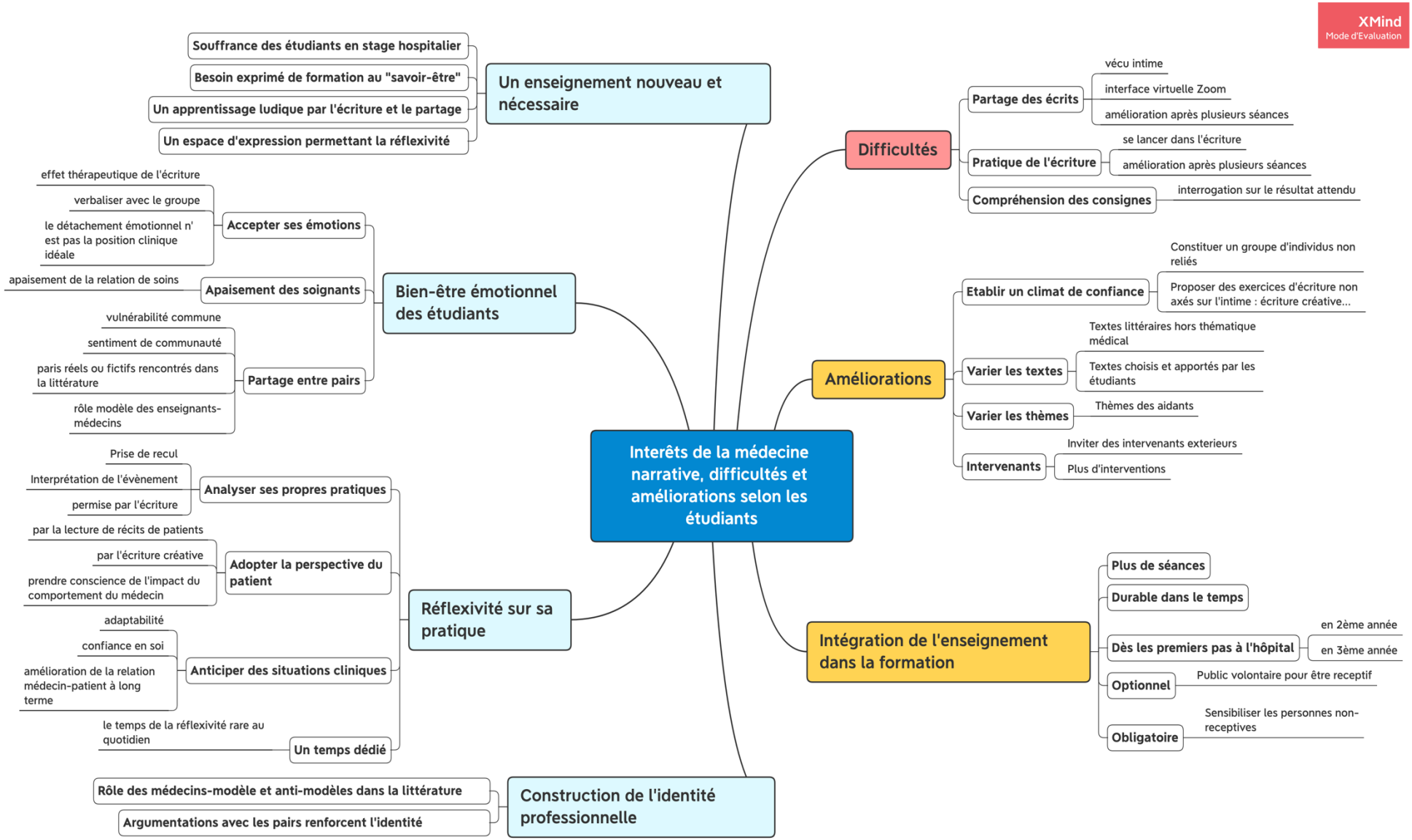


Figure 14 : Évaluation qualitative par analyse thématique

♦ Un enseignement nouveau et nécessaire

> *La nouveauté de l'apprentissage d'une réflexivité*

Cet enseignement était inédit dans leur cursus médical. La nouveauté résidait dans l'apprentissage d'une réflexivité…

K. « Je trouvais ça assez…déjà, nouveau. Parce-que ailleurs on nous permet de réfléchir mais jamais sur ma profession, sur mes études, sur la médecine. »

…et la présence d'un espace d'expression.

D. « ça permettait un réel échange qu'on n'a pas forcément ailleurs »

> *L'écriture et le partage permettent un apprentissage ludique*

D. « le fait d'y réfléchir, à l'écriture, puis de le partager, ça donne un coté cool, rigolo, ça anime la séance. »

> *Un besoin exprimé d'apprentissage du « savoir-être » dont l'absence est source de souffrance*

Ils témoignaient de souffrances lors de leurs stages hospitaliers.

D. « à l'hôpital on n'est pas forcément encadré correctement j'ai envie de dire, et du coup ya plein de choses sur lesquelles on galère, et on débriefe pas forcément après »

Ces souffrances étaient aggravées par l'absence de formation au relationnel médecin-patient.

M. « on n'a pas vraiment des cours sur comment être face à un patient. On rentre dans les stages, on ne sait rien, on rentre voir un patient, on essaye de faire au mieux. »

M. « on n'apprend pas ça à la fac…on n'apprend pas à être…médecin. On apprend des bouquins et des maladies, mais on n'apprend pas à être avec les patients. »

♦ L'écriture donne accès à un apaisement et à une réflexivité

> *L'écriture comme thérapeutique : un outil d'apaisement et d'acceptation*

Les étudiants prêtaient à l'écriture un effet thérapeutique.

K. « Et j'ai trouvé ça, heu… comment dire, édifiant. De passer par l'écrit pour raconter… s'apaiser soi en tant que soignant en passant par l'écrit »

D. « De passer par l'écrit, ça permet d'aller un peu plus loin et de soulager aussi, pour moi c'est…l'image de prendre quelque chose qu'il y a dans notre tête, et de coucher ça. »
L'écriture leur permettait d'accepter et d'outrepasser des expériences difficiles.
N. « je me suis rendu compte qu'en écrivant mon… le massage cardiaque…que je n'avais jamais mis de mots dessus, et pourtant je m'en voulais un peu d'avoir été comme ça, de m'être détachée, et l'écrire ça m'a permis de me rendre compte que c'était comme ça, que c'était pas grave. Ça m'a aidé à passer à autre chose, parce que c'était toujours resté dans un petit coin de moi… »

> *L'écriture comme méthode réflexive : un outil d'interprétation distanciée de l'évènement*

Le passage par l'écrit les aidait à acquérir une réflexivité sur leur pratique. Les séances de médecine narrative, comparées aux groupes de parole, leur permettaient de prendre du recul sur l'expérience vécue et d'en tirer un apprentissage.
S. « le passage par l'écrit, ça met un peu de distance, juste ce qu'il faut. »
P. « l'avantage du texte, par rapport à juste la parole, c'est qu'on réfléchit un peu plus sur l'expérience, alors que quand on parle c'est juste un débit, il y a moins de réflexion donc surement moins d'apprentissage de l'expérience. »
L'écriture leur permettait d'interpréter cette expérience.
M. « Le groupe de parole, c'est partager l'expérience d'un point A à B, et fin de l'histoire. Alors que là, en romançant l'évènement on est obligé d'y rajouter une interprétation, plus ou moins positive, plus ou moins négative, plus ou moins vivante. »

♦ La médecine narrative participe au bien être émotionnel des étudiants

> *Un outil pour accepter ses émotions*

Selon un(e) étudiant(e), le détachement émotionnel est valorisé comme une position clinique idéale par le système actuel et ne serait pas la solution pour la gestion des émotions.
D. « ce qu'on entend parfois c'est « ne craque pas, sois un mur de béton » etc alors que non ! Déjà c'est pas possible et en plus ça n'a aucun intérêt. »

Produire le récit de situations difficiles et les verbaliser leur permettait de prendre conscience de leurs émotions et de les accepter.

K. « Ya tout le temps du bénéfice à parler, en tout cas à mettre des mots sur ses émotions, à essayer de comprendre pourquoi elles sont là et qu'est-ce qu'on peut en faire. »
D. « cette manière de réfléchir nous aide à accepter que c'est un métier qui peut être dans l'émotion forte, et qu'on est aussi humains, que c'est normal que ça nous touche. Et voilà, accepter ses émotions, ne pas les réprimer, et du coup mieux les gérer »

> Un outil pour apaiser la relation de soin

La médecine narrative permettrait selon eux, un apaisement des soignants dans la pratique de leur métier et dans leurs interactions avec les patients.
K. « ya tout à gagner à être le plus apaisé possible avec notre métier. Et donc, je pense que ça, ça peut être un moyen pour être au maximum apaisé. »
M. « les vivre (les relations avec les patients) un peu plus sereinement, dans une sorte de normalité, un peu plus apaisée »

> Un moyen de partage d'expérience entre pairs

Les étudiants trouvaient du soutien dans le partage de vulnérabilités avec leurs pairs. Ils avaient le sentiment de faire partie d'une communauté.
D. « partager mais aussi entendre, les autres situations, parcequ'on se rend compte qu'enfait on est pas euh...seuls au monde… »
T. « on se rend compte que tout le monde vit des trucs difficiles et qu'on n'ose pas en parler, et ça fait du bien de se rendre compte qu'il n'y a pas que nous qui sommes perturbés par des situations. »
Le partage avec les pairs s'étendait même aux pairs fictifs rencontrés dans les extraits de romans étudiés. Une relation pouvait donc se créer entre le lecteur-étudiant et le narrateur-médecin.
M. « c'est aussi assez rassurant de voir qu'il y a des difficultés qui ont déjà été traversées par plein de gens, par les collègues ou aussi dans les extraits de romans qu'on lisait »
Ce qu'exprime cette étudiante fait écho à la notion d'intersubjectivité décrite par Rita Charon : « L'intersubjectivité se produit quand deux sujets ou deux « moi » authentiques se rencontrent (…), une relation se créé entre la personne qui raconte et celle qui écoute (…), la lecture ou l'écoute d'un auteur confère à celui qui le reçoit une intimité troublante…» (1)

Le partage avec les enseignants-médecins leur apportait un soutien et des « modèles » dans le cadre d'un enseignement non-hiérarchique et bienveillant.
N. « j'aime beaucoup quand Marie-Catherine et Solène vous pouvez nous dire…je pense qu'on a la chance d'entendre des personnes beaucoup plus expérimentées que nous et ça peut me rassurer très souvent, me guider. »

♦ La médecine narrative développe la réflexivité sur sa pratique de soignant

> *Un outil d'analyse de ses propres pratiques*

La lecture et l'écriture leur ont permis de réfléchir sur leurs pratiques et de prendre conscience de leurs comportements.
K. « dès qu'on questionne quelque chose, là en l'occurrence notre comportement de soignants, ca veut dire qu'on prend un peu du recul et qu'on essaye de s'améliorer. Et si on le fait pas, bah...on prend le risque euh...d'être un mauvais...d'être dans une mauvaise posture, de pas penser au patient quoi. »
J. « mettre des mots dessus ça fait se rendre compte de choses, des choses qu'on a loupées par exemple »

> *Un outil pour adopter la perspective du patient*

La lecture de récit de patients les aidait à accéder à la réalité de ceux-ci. En changeant de point de vue, ils réalisaient les répercussions de leur comportement dans la relation à l'autre.
J. « je me souviens surtout du 2ème texte qu'on a lu (narrateur-patient) où on voyait vraiment l'impact de notre attitude ou des mots, sur les autres, et j'ai pas mal cogité là-dessus... »
Da. « à partir des textes écrits par des patients, on se rend compte de choses qu'on aurait pu faire d'une autre façon en stage. »

> *Un outil pour anticiper des situations cliniques futures*

La médecine narrative leur permettrait d'anticiper des situations de soins et d'améliorer leur adaptabilité et leur confiance en eux.

D. « ça m'aiderait à mieux apprivoiser des situations dans lesquelles je pourrais tomber avec les patients, et à… à plus facilement m'adapter et à être un peu plus sûre de ma position et de mon raisonnement »

Selon un(e) étudiant(e), l'expérience est indispensable voire suffisante pour l'apprentissage du relationnel médecin-patient. Mais la médecine narrative aiderait à en saisir le sens pour s'adapter ultérieurement aux expériences semblables.

M. « je pense que c'est quelque chose (les relations médecin-patient) qui s'apprend sur le tas, la pratique, avec l'expérience. Mais à posteriori, ça peut nous permettre de mieux digérer certains trucs, ou de mieux réfléchir certains trucs et du coup de les anticiper pour si jamais ça se reproduit, (…), donc à long terme ça peut améliorer la relation. »

> *Un outil de création d'un temps dédié pour la réflexivité*

Les séances de médecine narrative apportaient un temps rare dans le quotidien de la pratique médicale, dédié pour la réflexion.

K. « on fait nos journées, et on enchaine les patients, on va pas forcément prendre le temps de faire un point sur ce qu'on a ressenti ou pourquoi il s'est passé ça »

J. « J'ai trouvé ca très intéressant de s'arrêter la dessus, de prendre le temps d'y réfléchir, parce que si on nous donne pas le temps on le fait pas forcément. »

♦ La médecine narrative participe à la construction de l'identité professionnelle

> *Le rôle de médecins-modèles ou anti-modèles dans la littérature*

La lecture de textes littéraires éveillait une projection de soi par l'identification des étudiants à des « médecins-modèles » ou à des « anti-modèles ». Leur positionnement face aux divers profils de médecins les aidait à construire leur identité professionnelle.

D. « ça m'aiderait à avoir des médecins comme exemple, et à savoir qui, moi, j'aimerais être »

> *Les échanges de point de vue avec le groupe renforcent l'identité professionnelle*

La polyphonie des interprétations d'un texte parmi les membres du groupe ouvrait de nouvelles perspectives. A travers les récits, ils faisaient l'expérience de situations cliniques et en tiraient un apprentissage. Cet apprentissage était renforcé par la discussion avec le groupe où s'élevait des interrogations et des désaccords, leur permettant d'argumenter l'attitude du soignant qu'ils aimeraient eux-mêmes devenir.

D. « voir un texte plus ou moins récent, d'en discuter derrière et de voir que tout le monde a un avis différent euh…voit les choses de manière différente, ça aide à se dire bah oui, on ne peut pas appliquer tout à tout, et moi j'ai envie d'être un petit peu plus comme ça, ou je suis un peu plus comme ça »

♦ Les difficultés rencontrées par les étudiants

> *Le partage des écrits*

La première difficulté était le partage des écrits personnels avec le groupe, surtout lorsqu'ils relevaient d'expériences intimes.

K. « ya une fois où j'ai écrit un truc qui était hyper chaud donc je voulais pas le dire... »

D. « on partage tous des choses assez intimes, et du coup c'était difficile de réagir, parcequ'on avait pas envie de se couper la parole, on savait pas trop comment et quand intervenir. »

Cette difficulté s'estompait au fur et à mesure des séances

P. « au début, c'était peut-être plus intimidant et plus dur d'écrire, et là la troisième séance je trouvais ça beaucoup plus simple et naturel »

> *La pratique de l'écriture*

La deuxième difficulté était de se lancer dans l'écriture.

J. « Je me souviens par exemple de la tête d'un patient, mais écrire tout ce qui s'est passé à ce moment-là, mes émotions… c'est difficile quand on n'a pas l'habitude de le faire...mais c'est aussi ça qui est intéressant. »

Cette difficulté s'estompait aussi au fur et à mesure des séances.

S. « au bout de la 3ème séance il y a une courbe d'apprentissage, on a…effectivement on écrit plus facilement »

> *La compréhension des consignes*

Un(e) étudiant(e) a eu des difficultés dans la compréhension des consignes.

M. « j'ai eu un peu de mal à comprendre au début, si l'objectif c'était de raconter des choses qui nous étaient arrivées ou si c'était de travailler plutôt sur la littérature, le style d'écriture »

> *L'interface virtuelle*

L'interface virtuelle (Zoom) était perçue comme un obstacle aux échanges.
D. « je le visualisais plus tous ensemble, assis en cercle, et c'est vrai que la visio ça a été quand même une distance et c'était difficile de partager. »

♦ Les améliorations de l'enseignement proposées par les étudiants

Les étudiants ont insisté sur la nécessité d'établir un climat de confiance permettrait d'accueillir les expériences personnelles. La constitution d'un **groupe de personnes qui ne se connaissent pas** avant l'enseignement parait importante : il faudrait former un groupe d'individus non reliés par des liens amicaux ni professionnels.
K. « si je ne connaissais absolument personne, du tout, que j'avais aucun lien avec eux, je pense que je pourrais me livrer et dire n'importe quoi, toute ma vie. Mais là je les connais un peu, alors voilà »
Le type de **consignes d'écriture doit être varié**. Les exercices d'écriture créative permettent d'aller vers la fiction et d'éloigner le regard de l'expérience parfois trop intime.
K. « tous les sujets ne portaient pas forcément à se livrer, donc euh, c'est pas grave »

Un(e) étudiant(e) a suggéré que l'on s'entraine à l'analyse littéraire, et que les textes relèvent **d'autres sujets que de la médecine.**
M. « peut-être des séances d'exercice littéraire, des exercices peut être même hors médecine, pour s'entrainer sur les styles littéraires, j'aurais trouvé ça intéressant. »
Le corpus de textes lus pourrait s'enrichir de **textes littéraires choisis par les étudiants**.
S. « On pourrait peut-être amener nous aussi des textes, pour varier. »

Un(e) étudiant(e) a proposé que l'on s'intéresse au **thème des aidants** dans la relation de soin.
M. « un sujet dont on n'a pas parlé, et qui est hyper présent en médecine c'est les aidants. On a beaucoup parlé du patient, du corps, de nous, mais je trouve que c'est un thème qui est hyper important. Parce que par exemple quand un patient meurt, c'est pas le plus difficile le patient : c'est la famille qui est en pleurs et qu'on peut pas gérer. »

Une amélioration suggérée était la **venue d'intervenants extérieurs**, spécialisés dans la psychologie et la communication.

J. « Peut-être avoir des intervenants extérieurs, et aussi des bases de psychologie, des aides au relationnel plus concrètes mêlées à la médecine narrative ».

Certains étudiants ont souhaité recevoir **plus d'interventions des animateurs**.
D. « on avait envie que les intervenants parlent un peu plus, c'est un peu difficile de s'exprimer, parce qu'on a envie qu'on nous rassure »

♦ L'intégration de la médecine narrative dans leur cursus : propositions des étudiants

> *Un enseignement plus fréquent et sur une grande période*

Les étudiants souhaitaient **plus de séances**, en les espaçant plus dans le temps, sur **une plus grande période**. Les difficultés rencontrées (se lancer dans l'écriture et le partage des écrits) s'atténuaient au fur et à mesure des séances comme rapporté précédemment.
K. « Mais voilà, je pense que en 3 séances on a du mal à s'ouvrir, et que ce serait surement mieux avec la durée »
L'apport du dossier parallèle pourrait être amélioré par un temps plus long entre chaque séance.
K. « une séance tous les mois, mais sur toute l'année, pour qu'on puisse écrire dans nos dossiers parallèles dans différents stages, dans différents milieux »
Les étudiants souhaitaient une **continuité de l'enseignement sur toute l'année**.
S. « Ce serait intéressant de faire un truc pérenne, à l'année, si on trouve des volontaires parmi les médecins ou les internes, pour les externes »

> *L'interrogation : un enseignement optionnel ou obligatoire ?*

Les étudiants étaient **mitigés** sur les modalités d'intégration de l'enseignement dans leur cursus.
Certains préféraient que l'enseignement soit optionnel, car selon eux les pratiques de lecture et d'écriture ne touchent qu'un public réceptif et volontaire.
J. « je pense que ça peut être un moyen d'expression très pertinent pour certains, mais je suis pas sure que ce soit approprié pour tout le monde. »
Certains ont proposé que cet enseignement devienne une UE libre.
K. « avec le bouche à oreille yaura quand même une bonne partie des gens qui peuvent être interessés je pense, par exemple ça pourrait rentrer dans les UE libres. »

D'autres préféraient que l'enseignement soit obligatoire, parce qu'il permettrait de sensibiliser les personnes non-réceptives initialement ou uniquement concentrées sur l'aspect théorique de la médecine.

D. « je pense que ça devrait être obligatoire pour tout le monde, parcequ'il y a trop de gens qui sont bloqués dans leurs bouquins, qui ne vont plus du tout voir les patients, et ça fait des très très mauvais médecins »

Selon eux, les étudiants réticents à la médecine narrative auraient justement besoin d'un tel enseignement.

P. « si c'est optionnel, il n'y aura que les gens interessés qui vont venir et c'est peut etre pas les gens qui en ont le plus besoin »

Ils craignaient que l'enseignement ne soit pas choisi en optionnel car trop méconnu.

Da. « si tu le mets en optionnel ils ne vont pas savoir à quoi ça sert et qu'est-ce que c'est… »

> *Un enseignement à proposer dès les premiers pas à l'hôpital*

Les étudiants ont souhaité à l'unanimité que cet enseignement intervienne **au début de leur expérience à l'hôpital** ; en 2ème ou 3ème année.

Le début des stages hospitaliers **en 3ème année** est une période difficile où ils ont besoin d'un soutien et d'un espace d'expression. Ils témoignent d'une souffrance ressentie lors des premières rencontres avec les patients, aggravée par un manque d'expérience et d'accompagnement.

M. « c'est là qu'on avait les premières relations au patient et c'est souvent celles qui sont les plus difficiles. Je trouve que ce serait bien de l'analyser et d'être suivi pendant cette période qui est parfois un peu délicate, surtout qu'en tant qu'externe à l'hôpital on n'est pas très suivis, surtout sur la relation au patient... »

J. « C'est un moment où on est un peu perdu, on ne sait pas comment se positionner face à un patient, on sait pas quoi faire quand on a un patient qui fond en larmes devant nous, enfin moi je reste paralysée face à ça... »

D. « on est perdus, on est le pire de la chaine alimentaire, c'est pas hyper facile, enfin moi je sais que j'ai énormément souffert de mes stages hospitaliers en D1. »

Leurs textes produits en séances évoquaient souvent des expériences difficiles vécues en 3ème année, comme remarqué par un(e) étudiant(e).

D. « d'ailleurs quand on écrivait c'était surtout des expériences de D1 parce qu'au début c'était un peu brutal, on est largués comme ça dans l'hôpital, et comment on est censés gérer des responsabilités avec la maladie, le regard des gens, alors qu'on est des enfants … ? On ne sait pas, et ça s'apprend. »

Les premières expériences à l'hôpital **en 2ème année**, sont aussi une période où cet enseignement aurait sa place. Les séances de médecine narrative permettraient alors de préparer les étudiants à leurs premières rencontres avec les patients.
Da. « Peut être dès la P2, pour nous préparer. Comme quand on fait la sémiologie avec les chefs de clinique à l'hôpital pour nous préparer pour l'externat, ça pourrait être intéressant dès la P2 de lire des textes, pour se mettre dans la peau des patients. »
N. « Ca m'a manqué en P2 de pas pouvoir parler de ce que j'avais vécu à l'hôpital. Pour moi c'était la première fois que j'allais à l'hôpital, je ne savais pas du tout comment être, comment faire, c'était horrible enfait. »

Les premières expériences au lit du patient sont vécues avec une sensibilité élevée qui diminue en avançant dans les études.
M. « on est encore plus attentifs au début de l'externat qu'après où on se concentre plus sur la technique et moins sur le vécu personnel. »

Selon un étudiant, l'identité du médecin se construit par les premières expériences.
M. « Et je trouve que ce serait bien d'en garder une trace écrite parce-que c'est ce qui nous forge, après, en tant que médecin. »

Certains pensent que les séances de médecine narrative devraient s'inscrire dans **toute la durée de l'externat**. Cependant, l'année de préparation des examens classant nationaux (ECN) parait trop chronophage.
N. « puis après pendant tout l'externat…enfin peut être pas la D4 quand même, yaurait moins de gens qui viendraient (rires)

DISCUSSION

Notre travail a répondu à l'objectif principal : il a permis de sensibiliser à la médecine narrative des étudiants volontaires en 4ème année de médecine à Montpellier à travers un enseignement test, et de montrer la faisabilité d'un tel enseignement. L'objectif secondaire a été atteint car nous avons montré une satisfaction élevée des étudiants et nous avons exploré leur vécu de l'enseignement.

1 État des lieux

1.1 Les enseignements en France

Mes recherches en amont de la création de l'enseignement m'ont permis d'entrer en contact avec des enseignants de médecine narrative en France. A notre connaissance, aucune étude n'avait déjà recensé les enseignements de médecine narrative en France. Ce travail a duré plusieurs mois et j'ai essayé d'être la plus exhaustive possible. Il a permis de colliger les modèles pédagogiques, les méthodes d'évaluation des enseignements, et les retours expérientiels des animateurs. Cependant, cette recherche s'est faite de proche en proche et certains enseignements ont pu être omis involontairement.

Les entretiens non directifs et ouverts ont permis d'explorer la diversité des pratiques des experts interrogés. Cependant, certains renseignements sont restés imprécis et il aurait fallu réaliser une étude plus approfondie afin de comparer chaque enseignement, mais ce n'était pas l'objectif principal de mon travail.

1.2 Les enseignements dans le monde

La revue de la littérature a montré que les enseignements de médecine narrative se basent sur un modèle pédagogique concret en trois phases (lecture attentive-écriture-partage des écrits) et que l'incidence sur la satisfaction et les apprentissages des étudiants est positive. Néanmoins, cette revue n'était pas systématique et donc non exhaustive. Pourtant, on retrouve les mêmes résultats qu'une revue systématique de la littérature (21) qui recense 36 articles et montre que la médecine narrative est un outil pédagogique efficace avec un modèle reproductible, avec de bons résultats en terme de satisfaction et d'apprentissages, mais qu'une évaluation de l'impact sur le comportement des étudiants en pratique clinique devrait être réalisée.

2 Création et expérimentation de l'enseignement

2.1 Création

Le nombre de séances idéal était de 5 d'après la littérature et mes échanges avec les enseignants, pour favoriser la cohésion du groupe et l'amélioration des pratiques. Nous avons fixé le nombre de séance à 3 car nous étions limités dans le temps ; les difficultés liées à l'écriture et au partage des écrits dans le groupe s'atténuaient au fur et à mesure des séances, on peut alors imaginer le bénéfice de séances supplémentaires.

Le recrutement des étudiants sur la base du volontariat est un biais de sélection. Les étudiants ayant accepté de participer au programme étaient déjà sensibilisés à la lecture et à l'écriture, et curieux de découvrir des disciplines touchant aux « humanités médicales ». Ce biais conduit probablement à une surestimation de la satisfaction.

Les thèmes, les textes et les consignes d'écriture ont été choisis de manière subjective en accord avec Isabelle Galichon et Marie-Catherine Reboul ; ces choix sont donc empreints de nos représentations personnelles, et l'intérêt qu'ils suscitent peut varier d'une personne à l'autre. Les textes étaient tirés du corpus de la thèse de M.Hussami et V.Puentedura (30). Leur travail montrait qu'un corpus de textes littéraires proposés à des internes en médecine permettait : d'analyser leurs pratiques, d'avoir accès à la perspective du patient, de développer leurs capacités de communication, de leur apporter un soutien, et de s'ouvrir à d'autres disciplines ; ce corpus apparaissait néanmoins comme « trop accablant » et les internes proposaient l'inclusion de textes plus optimistes ou d'autres formes d'art, ou encore l'apport de textes littéraires choisis par les étudiants. Notre travail s'est basé sur des textes littéraires pour les 3 premières séances afin de familiariser les étudiants avec le modèle pédagogique. Mais nous pouvons imaginer que des séances supplémentaires se basent sur d'autres supports artistiques ; cinéma, bande-dessinée, photographie, peinture… L'apport de textes choisis par les étudiants a également été proposé par nos étudiants. Cette idée est à considérer car ils seraient d'autant plus actifs et créatifs dans leurs apprentissages et la relation pédagogique d'autant plus horizontale. Cette proposition est déjà mise en pratique à New York et Rita Charon l'encourage : « inclure des textes proposés par les étudiants permet l'approfondissement systématique de la collaboration et de l'égalité au sein du cours»(1).

Ils ont aussi proposé que les textes littéraires relèvent d'autres sujets que de la médecine. En effet, la médecine narrative telle qu'enseignée à Columbia University s'appuie sur tout type de texte littéraire, l'objectif étant de développer l'écoute attentive en pratiquant la lecture attentive, grâce à l'intersubjectivité qu'offre le texte. Enfin, un(e) étudiant(e) a suggéré que l'on s'intéresse au thème des aidants, ce que nous retenons comme possibilité pour de futures séances.

L'adaptation de l'enseignement en visio-conférence Zoom nous a permis d'accueillir Isabelle Galichon originaire de Bordeaux ; son regard littéraire a apporté des échanges appréciés. Néanmoins, l'interface virtuelle était considérée comme un frein au partage d'expérience et les étudiants souhaitaient que l'enseignement se déroule en présentiel (à la faculté, à l'hôpital ou encore dans un lieu informel), ce que nous essayerons de mettre en œuvre si la situation sanitaire le permet. Les étudiants ont proposé la participation d'intervenants extérieurs pour améliorer l'enseignement ; en effet, d'autres facultés ont déjà accueilli des écrivains par exemple dans leurs ateliers et les retours étaient positifs.

2.2 Évaluation

.2.2.1 L'évaluation quantitative

L'effectif n'était pas suffisant pour faire une analyse statistique mais permettait d'évaluer la satisfaction globale et après chaque séance. Une étude quantitative pourrait être réalisée sur un effectif plus grand et un plus grand nombre de séances si l'enseignement est généralisé.

.2.2.2 L'évaluation qualitative

Le recueil de la perception des étudiants a permis d'élargir les perspectives sur les bénéfices potentiels de l'enseignement. L'évaluation qualitative est une force dans notre étude. Les enseignants et chercheurs de l'équipe de Columbia insistent sur la nécessité de recourir aux méthodes qualitatives pour faire émerger les dimensions que les patients et médecins valorisent dans la relation médecin-malade (24).
Cependant, j'étais l'animatrice principale des séances et également l'interviewer des entretiens qualitatifs, novice en recherche qualitative : les réponses des étudiants ont pu être influencées par ma posture. J'ai analysé les données pour sélectionner les idées

principales, mais il est possible que des notions pertinentes me soient parues accessoires et n'aient pas été développées. Les enregistrements du focus group et des entretiens individuels ainsi que leur retranscription ont été conservés et sont disponibles.

3 Réflexions autour des résultats

3.1 La santé mentale des étudiants

Les étudiants ont témoigné de souffrances lors de leurs stages hospitaliers et d'un manque de temps d'échanges et de formation au « savoir-être ». Ces résultats concordent avec l'enquête Nationale sur la santé mentale des étudiants en médecine réalisée en 2017, qui a interrogé 21 768 étudiants en médecine dont 8725 étudiants en 2ème cycle (32). Les résultats de cette étude montrent que 66% souffrent d'anxiété et 27% de dépression, et que la prévention des risques psycho-sociaux passe par des temps d'échange dans la formation des jeunes médecins. Selon les participants de notre étude, les premières rencontres avec les patients sont la période la plus difficile ; une forte identification des étudiants aux patients peut être source de traumatismes psychiques. Il serait donc pertinent de proposer notre enseignement dès le début des stages hospitaliers, et qu'il s'inscrive dans une continuité pédagogique pendant toute la durée de l'externat.

En effet, des études avaient déjà montré un lien entre la lecture et la prévention du burn-out (33) ; la médecine narrative pourrait aussi jouer un rôle dans la prévention des risques psycho-sociaux. Nous avons montré que les étudiants lui attribuaient des effets thérapeutiques grâce à l'écriture, à la verbalisation de situations difficiles, au partage avec leurs pairs. Aussi, les écrits des étudiants ont parfois révélé des souffrances psychologiques voir des pathologies psychiatriques personnelles. Ces informations peuvent déstabiliser les enseignants et il conviendrait d'avoir à disposition des contacts de professionnels à fournir si besoin.

Dès lors, « prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre » (Isabelle Galichon) parait nécessaire, quand on sait aujourd'hui que l'empathie est corrélée au bien-être, et inversement corrélée au burn-out (34).

3.2 La réflexivité permise par l'écriture

Notre enseignement a permis aux étudiants d'analyser leurs propres pratiques, d'anticiper des situations cliniques et d'accéder à la perspective du patient afin d'ajuster

leurs comportements. L'expression écrite leur permettait de prendre du recul et d'interpréter des situations vécues, plus qu'une expression orale dans un groupe de parole. A Paris-Descartes (35), la thèse de Sophie Corbineau a montré une satisfaction significative des étudiants en faveur de la médecine narrative comparée aux groupes Balint, expliquée par la mise en récit par l'écrit en médecine narrative, qui permet de diminuer l'inhibition et favorise la subjectivité par un temps de réflexion personnel. Cette idée résonne avec les paroles de Rita Charon « écrire confère une existence concrète aux réflexions et leur donne une forme pérenne, bien mieux qu'en en parlant simplement dans un groupe de soutien » (1).

3.3 La construction de l'identité professionnelle

La lecture de textes littéraires éveillait une projection de soi par l'identification des étudiants à des « médecins-modèles » ou à des « anti-modèles ». A travers les récits, ils faisaient l'expérience de situations cliniques et en tiraient un apprentissage. Cet apprentissage était renforcé par la discussion avec le groupe où s'élevait des interrogations et des désaccords, leur permettant d'argumenter l'attitude du soignant qu'ils aimeraient eux-mêmes devenir. D'autres études montrent que l'enseignement de la médecine narrative partiipe à la construction de l'identité professionnelle (19,36).

3.4 Les difficultés rencontrées par les étudiants

Les difficultés principales des étudiants étaient la pratique de l'écriture, et le partage de leurs écrits avec le groupe. Ces mêmes difficultés étaient remarquées par les enseignants de médecine narrative dans les autres facultés françaises. Elles pourraient s'estomper par le rappel des consignes de confidentialité et de non-jugement, l'absence d'obligation de lire leurs écrits, l'absence d'évaluation de leurs écrits, la proposition de consignes d'écriture créative, et la constitution d'un groupe à effectif réduit d'individus non reliés par des liens amicaux ni professionnels. Un(e) étudiant(e) a eu des difficultés dans la compréhension des consignes ; la médecine narrative ne demande pas aux étudiants une réponse vraie et unique et cette demande de créativité inhabituelle dans leur cursus a pu être source de désarroi.

3.5 L'empathie s'enseigne-t-elle et comment ?

L'empathie est la capacité de s'identifier à autrui ; l'empathie cognitive est la capacité à comprendre les émotions d'autrui ; l'empathie affective est la capacité à ressentir celles-

ci. Nos séances de médecine narrative ont permis aux étudiants d'adopter la perspective du patient, et de prendre conscience de l'impact de leurs comportements sur l'état mental du patient.

Cependant, les étudiants étaient demandeurs « d'aides au relationnel plus concrètes » : la pratique de la médecine narrative est peut-être trop abstraite et manquerait de support théorique. Cette méthode pédagogique est différente des méthodes d'apprentissage de données universelles et reproductibles. Or, la volonté de se référer à des « modèles types » de comportements relationnels se voit confrontée à la singularité de chaque relation médecin-patient. Selon un(e) autre étudiant(e) de notre étude, l'empathie s'apprend « sur le tas », mais la médecine narrative lui permettait de métaboliser l'expérience vécue en apprentissage. En effet, selon Kolb, l'apprentissage doit être considéré comme un processus continu basé sur l'expérience (37). Selon Duquesne-Belfais (38), l'expérience ne se limite pas à la pratique (ce qui est visible) mais se construit principalement grâce à la capacité des sujets à revenir sur leurs propres actions pour les analyser et les reconstruire à un niveau supérieur (ce qui est invisible). Aussi, certains défendent qu'une formation à la relation médecin-malade doit inclure une expérimentation de la relation, associée à une prise de recul réflexif sur celle-ci (39). Des formations à la relation médecin-patient autour de l'apprentissage à la communication et à la réflexivité paraissent indispensables très tôt dans le cursus des études médicales.

3.6 Intégration de la médecine narrative dans la formation médicale

L'intégration de cet enseignement dans les études de médecine pourrait être optionnelle ou obligatoire. Les étudiants de notre étude défendaient l'une ou l'autre des modalités. Certains doutaient de l'intérêt de la médecine narrative auprès d'un public non volontaire et préféraient constituer des groupes de volontaires par « bouche à oreille ». En effet, l'engagement personnel et le fait d'être en marge pourrait dynamiser la réflexion.

D'autres souhaitaient un enseignement obligatoire pour sensibiliser des personnes peu ouvertes aux humanités médicales et très axées sur l'aspect théorique de la médecine, considérant qu'elles en avaient « le plus besoin ». On peut s'interroger sur ce « besoin » : ces personnes seraient-elle plus sensibles au stress inhérent aux études de médecine et leur empathie déclinerait-elle plus vite ? D'un point de vue plus large, il s'agirait de repenser la formation des futurs soignants dans un contexte culturel ; selon Rita Charon, « la formation en éducation non biomédicale axée sur le comportement doit être une composante longitudinale obligatoire de la formation médicale si elle veut influencer le processus d'adaptation culturelle ».

3.7 Perspectives

L'enseignement des humanités médicales rencontre des difficultés à s'implanter dans les facultés de médecine. Malgré une dichotomie dommageable entre la science et les humanités, il me parait nécessaire de rappeler que nos buts sont communs. Il existe une nécessité scientifique absolue dans le soin, et les humanités médicales ne remettent pas en question *l'Evidence based medicine* mais permettent justement de la pratiquer avec plus d'acuité afin d'améliorer l'acte thérapeutique.

Le manque de « preuves de l'efficacité » des formations en humanités médicales provient probablement du fait que leur impact est difficilement mesurable. L'évaluation se porte généralement sur la satisfaction, les apprentissages ou l'empathie par auto-questionnaire (JSE), mais l'évaluation des comportements en pratique clinique, voire de l'impact sur les patients, est difficile à réaliser. D'autre part, le faible niveau de ressources humaines et financières limite le nombre d'études interventionnelles. Il y a un défi important à relever dans la création de méthodes d'évaluation validées pour montrer que ces enseignements contribuent à former de meilleurs médecins pour le système de santé de demain.

Par ailleurs, il est nécessaire de travailler sur un regroupement et un ancrage institutionnel et académique de ces initiatives, pour montrer une cohérence dans la diversité, et gagner en visibilité. Enfin, le domaine de la recherche en humanités médicales et en l'occurrence en médecine narrative, doit être reconnu et déployé en francophonie.

Notre travail aboutit à l'ouverture d'une Unité d'Enseignement (UE) optionnelle de médecine narrative pour les étudiants en 3ème année de médecine à Montpellier, dès la rentrée scolaire 2021. Elle s'inscrira au sein de l'unité transversale « Savoir-être et empathie » organisé par les Professeurs Céline Bourgiers et Amandine Luquiens, dont l'objectif est de développer des compétences relationnelles et de « protéger » l'empathie dès les premiers pas à l'hôpital, grâce à des outils pratiques expérientiels. Les enseignements de cette unité transversale s'inscriront dans une continuité pédagogique jusqu'en 6ème année. Ils permettront en outre de développer chez les étudiants des compétences qui seront évaluées dans le cadre de la réforme du 2ème cycle à partir de 2023.

CONCLUSION

L'état des lieux des enseignements de médecine narrative existants en France et dans le monde a mis en évidence un modèle pédagogique en trois phases : lecture attentive d'un texte littéraire, écriture réflexive ou créative, et partage des écrits.

La création de notre enseignement test a permis de sensibiliser à la médecine narrative des étudiants volontaires en 4ème année de médecine à Montpellier et d'en montrer la faisabilité.

L'évaluation de l'enseignement révèle une satisfaction élevée des étudiants. Ils identifiaient des bénéfices à la médecine narrative :

-un bien-être émotionnel par l'acceptation des émotions et le partage avec les pairs

-le développement de la réflexivité, par l'analyse de leurs propres pratiques et l'accès à la perspective du patient

-la construction de l'identité professionnelle, par l'identification à des médecins-modèles ou anti-modèles dans la littérature et la confrontation de points de vue avec leurs pairs

Leurs difficultés étaient de se lancer dans l'écriture et de partager leurs écrits. Ils proposaient des améliorations : varier les supports (textes littéraires non axés sur la médecine, ou textes choisis par les étudiants), faire participer des intervenants extérieurs et constituer un groupe d'individus non reliés par des liens amicaux ni professionnels afin d'établir un climat de confiance. Concernant l'intégration de la médecine narrative dans leur cursus, ils souhaitaient que l'enseignement intervienne dès le début des stages hospitaliers, dans une continuité pédagogique avec des séances régulières toute l'année. Certains étudiants souhaitaient le rendre obligatoire pour sensibiliser tous les futurs médecins, d'autres souhaitaient qu'il reste optionnel car certaines personnes pourraient être non réceptives.

Les bénéfices de la médecine narrative mis en évidence par notre étude rejoignent les résultats de la littérature. Son enseignement pourrait être étendu dans les facultés de médecine afin de développer des compétences réflexives et relationnelles chez les futurs soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies - Rita Charon [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/medecine-narrative-9782919228133.html
2. Zolnierek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. août 2009;47(8):826-34.
3. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? a study of interactions and outcomes. Soc Sci Med. 1 janv 1984;19(2):167-75.
4. Jeffrey D. A meta-ethnography of interview-based qualitative research studies on medical students' views and experiences of empathy. Med Teach. déc 2016;38(12):1214-20.
5. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2011;86(8):996-1009.
6. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med J Assoc Am Med Coll. sept 2009;84(9):1182-91.
7. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ. sept 2004;38(9):934-41.
8. Études médicales [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: //www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html
9. demarche_centree_patient_web.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
10. synthese_avec_schema.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
11. Chevallier F, Duhot D, Ruelle Y, Mercier A, Lombrail P, Saynac Y. Plaidoyer pour l'intégration des patients formateurs dans l'enseignement des futurs médecins généralistes à partir de l'expérience de l'université Sorbonne Paris Nord et de la littérature internationale. Rev Francaise Aff Soc. 24 juin 2020;(1):281-93.
12. Bosméan L. Évaluation de l'impact de formations à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles d'étudiants en médecine lors de consultations médicales simulées. 16 oct 2020;81.
13. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Educ Couns. 1 juill 2008;72(1):5-11.
14. Aloisio Alves C, Fernandez N. Une place pour les savoirs d'expérience en formation des professionnels de la santé. Pédagogie Médicale. févr 2018;19(1):1-2.
15. Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. J Int Med Res. août 2018;46(8):3306-17.
16. Chen P-J, Huang C-D, Yeh S-J. Impact of a narrative medicine programme on healthcare providers' empathy scores over time. BMC Med Educ. 5 juill 2017;17(1):108.
17. Initiating Narrative Medicine at a Medical College in Pakistan: Achievements, Challenges, and Opportunities. Perm J [Internet]. 2020 [cité 3 mars 2020]; Disponible sur: https://www.thepermanentejournal.org/issues/2020/winter/7302-narrative-medicine.html
18. Shapiro J, Duke A, Boker J, Ahearn CS. Just a spoonful of humanities makes the medicine go down: introducing literature into a family medicine clerkship. Med Educ. juin 2005;39(6):605-12.
19. Kind T, Everett VR, Ottolini M. Learning to connect: Students' reflections on doctor–

patient interactions. Patient Educ Couns. 1 mai 2009;75(2):149-54.
20. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. Patient Educ Couns. juin 2013;91(3):280-6.
21. Milota MM, van Thiel GJMW, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. Med Teach. 2019;41(7):802-10.
22. Al-Imari L, Yang J, Pimlott N. Peer-support writing group in a community family medicine teaching unit. Can Fam Physician. déc 2016;62(12):e724-30.
23. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. Sounding narrative medicine: studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. Acad Med J Assoc Am Med Coll. févr 2014;89(2):335-42.
24. Abgrall-Barbry G, Chahwakilian A, Aslangul É, Perrot S, Goupy F, Le Jeunne C. La médecine narrative: une révolution pédagogique? 2017.
25. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. Med Teach. sept 2013;35(9):e1437-1446.
26. The Kirkpatrick Model [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-Kirkpatrick-Model
27. Karam G. Implementing a Narrative Medicine Curriculum During the Internship Year: An Internal Medicine Residency Program Experience. Perm J [Internet]. 2018 [cité 3 mars 2020]; Disponible sur: http://www.thepermanentejournal.org/issues/2018/spring/6689-internship.html
28. Principes et pratique de médecine narrative - Rita Charon [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/principes-et-pratique-de-medecine-narrative-9782919228355.html
29. Lavallée M, Bloom BS. Taxonomie des objectifs pédagogiques. Tome 1, Tome 1,. Montréal: Education nouvelle; 1969.
30. Hussami M, Puentedura V. Quelle place pour la littérature dans la formation médicale: Proposition d'un corpus de textes choisis comme support d'apprentissage [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020.
31. Des BD pour mieux soigner : étude du partage de l'experience vécue dans les autopathographies dessinées.pdf.
32. enquetesantementale.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf
33. Shapiro J, Nixon LL, Wear SE, Doukas DJ. Medical professionalism: what the study of literature can contribute to the conversation. Philos Ethics Humanit Med. 27 juin 2015;10(1):10.
34. Grühn D, Rebucal K, Diehl M, Lumley M, Labouvie-Vief G. Empathy Across the Adult Lifespan: Longitudinal and Experience-Sampling Findings. Emot Wash DC. déc 2008;8(6):753-65.
35. Corbineau S. Processus et facteurs d'apprentissage des étudiants de 4ème année de médecine au décours d'un dispositif de supervision de type groupe balint ou médecine narrative: étude qualitative rétrospective exploratoire [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
36. Hatem D, Ferrara E. Becoming a doctor: Fostering humane caregivers through creative writing. Patient Educ Couns. 2001;45(1):13-22.
37. The-Kolb-Learning-Style-Inventory-40-Guide-to-Theory-Psychometrics-Research-Applications.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/David-Kolb-2/publication/303446688_The_Kolb_Learning_Style_Inventory_40_Guide_to_Theory_Psychometrics_Research_Applications/links/57437c4c08ae9f741b3a1a58/The-Kolb-Learning-Style-Inventory-40-Guide-to-Theory-Psychometrics-Research-Applications.pdf
38. Duquesne-Belfais F. Répondre aux exigences de la formation des enseignants de l'ASH. L'analyse de pratiques comme lien entre théorie et pratique. Nouv Rev Adapt Scolarisation.

2008;N° 41(1):11-24.
39. Even G. Enseigner la relation médecin-malade : Présentation d'une expérience pédagogique développéeà la faculté de médecine de Créteil. Pédagogie Médicale. août 2006;7(3):165-73.

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse du texte de la séance n°1 (Boulgakov)..... 92
Annexe 2 : Analyse du texte de la séance n°2 (Schmitt)..... 94
Annexe 3 : Analyse du texte de la séance n°3 (Guibert)..... 95
Annexe 4 : Questionnaire pré-test..... 96
Annexe 5 : Questionnaire post-test : satisfaction après chaque séance..... 99
Annexe 6 : Questionnaire post-test final..... 100
Annexe 7 : Guide d'entretien qualitatif semi-dirigé 104
Annexe 8 : Guide de lecture de Rita Charon..... 105

Annexe 1 : Analyse du texte de la séance n°1 (Boulgakov)

Récits d'un jeune médecin (1925) - Mikhail Boulgakov (L'Âge d'homme, 1994, p. 88 à 92)

Résumé de l'œuvre
Un jeune médecin débarque à vingt-quatre ans dans un hôpital perdu de la campagne Russe, qu'il va diriger. Moins de deux mois après la fin de ses études, il est terrorisé par des situations cliniques inattendues et à la complexité de la pratique.

Analyse de l'extrait
Le texte se découpe en 3 parties. La première partie s'articule autour d'un dialogue de sourd entre un homme consultant pour un mal de gorge, et le narrateur-médecin qui fait le diagnostic de syphilis. En deuxième partie, le médecin s'emporte dans une annonce de la maladie paternaliste et scientifique, ne prenant pas en compte la parole du patient. En dernière partie, l'épilogue, on découvre un médecin vulnérable face à son impuissance, et jugé par le patient comme un incapable.

1ère partie
La maladie est personnifiée par le narrateur « C'est elle. », « m'y heurter à cette syphilis » : il la nomme comme une entité séparée du patient. L'annonce de la maladie est difficile pour le médecin : il s'attend à retrouver de la terreur dans le regard de son patient, que l'on comprend être la sienne. Il compare le patient à une poule ; « comme une poule qui ouvre un œil rond ». Cette métaphore confère au patient un caractère d'altérité (l'animal/homme) et de bêtise. Au regard qui ausculte et caractérise le médecin, s'oppose l'œil du patient associé à l'incrédulité, à l'incompréhension.
Puis il apparait une discordance entre la pensée intime et la parole exprimée du médecin : il est intimement surpris « Je fus très surpris » mais son ton est autoritaire « vous avez la syphilis ! », traduisant son malaise à communiquer avec le patient. L'impératif, le verbe « ordonner » associés à la ponctuation donne à voir le médecin dans la posture du sachant qui tient un véritable monologue : le patient n'a pas de place dans le discours du médecin.
Le médecin est centré sur la maladie tandis que l'attente du patient est un traitement pour la gorge : « Je lui parle de syphilis, et lui, il me parle de sa gorge ! ». Il n'entend pas la demande réelle du patient. L'impératif et l'usage du futur « écoutez mon vieux », « vous serez obligé de », enferment et assignent le patient à un cadre thérapeutique.
« Et je lus dans ses yeux ma propre condamnation ». Ici le médecin est condamné au jugement du malade, à sa perte de confiance, à la rupture de la relation thérapeutique. Ce mot rappelle de façon étonnante la « condamnation » du malade face à un diagnostic de maladie mortelle. Par cette comparaison, on comprend que le médecin est déstabilisé car il se retrouve lui-même en position de réceptacle de l'annonce de la maladie, seul à voir la maladie car le malade ne semble pas comprendre.

2ème partie
Le changement de rythme, les phrases courtes, la métaphore du braisier « A l'intérieur de moi, tout s'embrasa », signent la rupture avec le dialogue antérieur. Le discours est ensuite rapporté de manière indirecte, ce qui donne un effet d'accélération dans le temps, emporté par cette colère. La communication se rétrécit autour d'un échange de regards « regardait au fond de mes pupilles, et moi, au fond des siennes. »
Il va lui décrire la maladie d'un point de vue scientifique et académique, sans prendre en compte le niveau de compréhension et de disponibilité du patient. Il en vient même à le menacer « dans le cas où il ne se soignerait pas comme il convenait ». Puis le discours du médecin bascule dans l'exagération et la fiction (syphiligraphie, invention) : après s'être décrédibilisé auprès de son patient, il en est de même vis-à-vis de l'institution.

3ème partie
En dernière partie, on assiste à un changement d'espace et de temps ; du discours « étincelant » au « couloir à demi plongé dans l'ombre ». En sortant de son cabinet, il n'est plus qu'un homme dans l'ombre et perd son aura de médecin.
On est surpris face à l'expression du patient « – Il ne sait pas soigner. C'est un jeune… ». Le médecin n'est plus le sujet du discours mais son objet : il y a un renversement entre le médecin et le patient. Le ton n'est pas tant ironique qu'humoristique et burlesque : l'expression familière « allez donc », « c'est déjà la nuit », le rapport illogique gorge/pied.
Lorsque le médecin surprend cette discussion, il se compare à un fantôme « C'était moi, dans ma blouse blanche qui, tel un fantôme ». Il apparait désincarné de son statut de médecin et de sa toute puissance (il n'en reste que la blouse). « Je rentrai la tête dans les épaules, arrondis le dos un peu comme un voleur, comme si je fusse coupable » renvoie à la précédente « condamnation » qu'il avait senti venir, et rappelle l'attitude de la poule.

Il utilise la métaphore d'une écorchure physique témoignant de sa souffrance : « une sorte d'écorchure me déchirer l'âme. J'étais terrifié. ». On peut comprendre sa douleur de ne pas être le bon médecin qu'il pensait être, de ne pas avoir su soigner, malgré tout ce qu'il avait appris à la faculté. C'est la désagrégation de la représentation du médecin sous les émotions et sentiments négatifs : la culpabilité et la peur, la blessure narcissique.

Cet extrait, bien que d'une autre époque, n'est pas marqué par l'usure du temps car il témoigne d'un thème universel : les relations interpersonnelles. Il montre qu'un acte thérapeutique est dépendant d'une communication de qualité, pour accéder aux représentations et aux attentes du patient.

Annexe 2 : Analyse du texte de la séance n°2 (Schmitt)

Oscar et la dame rose (2002) - Éric-Emmanuel Schmitt (Albin Michel, 2002, p11-12)

Résumé de l'œuvre
Oscar, dix ans, atteint d'une leucémie, est hospitalisé depuis longtemps déjà. Il raconte dans des lettres destinées à Dieu, sa vie à l'hôpital, ses relations avec son entourage et sa rencontre avec Mamie Rose, une infirmière qui l'accompagne dans ces derniers jours.

Analyse
En première partie, on suit le narrateur-Oscar qui prend conscience du changement d'attitude de son médecin. La seconde partie est marquée par la phrase de transition annoncée par « j'ai compris », et le changement d'attitude est partagé par l'ensemble du personnel.

Il s'exprime à la première personne et le pronom personnel moi en apposition insiste sur le je instance narrative, et signe le langage enfantin « Moi, je ne fais plus plaisir ». La négation « ne…plus » marque le passage à une autre période de vie : il prend conscience du changement induit sur son corps depuis sa greffe de moelle osseuse. Le narrateur insiste sur la sensation « je sens bien que », en faisant un retour réflexif sur son propre corps. « Quand le docteur Düsseldorf m'examine, le matin » est écrit au présent d'habitude et marque ce rituel quotidien. Le nom du médecin renvoie, par ses sonorités dures, à une personnalité austère (onomastique). L'état clinique d'Oscar est décevant pour le médecin : « je le déçois » pourtant il se laisse seulement examiner mais on comprend que ce que conclut le médecin de l'état clinique d'Oscar est décevant (ellipse).
« Il me regarde sans rien dire comme si j'avais fait une erreur » : il y a une forme de métadiscours : chacun de ses sentiments est associé à un commentaire. Si le médecin porte un jugement, ces commentaires soulignent que c'est d'abord Oscar qui est juge de lui-même. On retrouve le regard qui n'a pas ici une fonction clinique mais sentencieuse presque morale ou judiciaire.

Le champ lexical scolaire montre que la situation est analysée par l'enfant à l'aune de son expérience : « Pourtant je me suis appliqué » « j'ai été sage ». La polysémie du terme « opération » induit ici un décalage avec le champ lexical de l'école : rater une opération, le médecin comme un écolier. A la formule « moi, je », fait écho « c'est peut-être lui qui ». L'attribut du médecin « sourcils noirs » confirme l'impression que donnait son nom.
L'accumulation de phrases simples juxtaposées met en évidence l'accablement de l'enfant suite à ses efforts qui ne portent pas. A travers un langage d'enfant, on découvre la résistance d'un adulte : « j'ai eu mal sans crier ». L'écriture lui donne la possibilité de dire ce cri contenu et plus encore d'exprimer et de détourner une violence qu'il adresse au médecin avec le terme vulgaire « gueuler ».

« Mais il a l'air tellement malheureux » renverse ce que l'enfant laissait entendre : l'humanité du médecin rassure, mais on assiste à un redoublement de la souffrance de l'enfant qui demeure enfermé dans son silence (enfermé dans la gorge) afin de ne pas culpabiliser le médecin. L'effet de gradation « plus…plus », fait écho à la structure « tellement…que » : Oscar est accablé et se trouve acculé à porter la souffrance des autres. La culpabilité énoncée est construite dans et par le silence. Si le silence de l'un induit la culpabilité de l'autre, force est de constater que silence et culpabilités sont partagés – cercle vicieux que confirmera l'expression « c'est contagieux ». : finalement, Oscar comme les médecins sont impuissants face à la maladie.

Le jugement tombe : Oscar se perçoit comme « un mauvais malade » mais c'est lui qui le formule en l'absence de parole du médecin. La médecine pourrait être assimilée aux yeux d'Oscar comme de la magie car il s'agit de « croire ». La tristesse se répand et prend les traits de la maladie puisqu'elle est « contagieuse ». Elle se manifeste encore à travers le regard – on prend conscience du fait que le regard qui est au fondement du geste clinique (Foucault), constitue aussi le fondement du soin. La construction et le rythme des deux phrases « Ils ont l'air tristes quand je suis de bonne humeur ; ils se forcent à rire quand je sors une blague » mettent en évidence le clivage entre le personnel soignant et Oscar : un fossé s'est creusé. Les soignants font l'effort de cacher la vérité à Oscar alors qu'il la connait et l'accepte peut-être même mieux qu'eux-mêmes. On comprend que l'empathie passe par la reconnaissance de la souffrance mais aussi par la reconnaissance de la joie de l'autre, peu importe sa maladie.

Ce texte permet d'accéder à la perspective du patient et de prendre conscience des ressentis du patient et des soignants. Le médecin confronté à l'échec des thérapeutiques peut inconsciemment faire ressentir ses propres frustrations et sa déception au patient, qui s'ajoutent alors aux souffrances que celui-ci peut déjà endurer.

Annexe 3 : Analyse du texte de la séance n°3 (Guibert)

Le protocole compassionnel (1991) - Hervé Guibert (Gallimard, 2016, pages 17-18-19)

Résumé de l'œuvre
Hervé Guibert est un écrivain et photographe français, né en 1955, décédé en 1991. « Le protocole compassionnel », roman autobiographique, raconte sa lutte contre le SIDA, comment il a pu se procurer un traitement expérimental venu des États- Unis, ses va-et-vient chez les différents professionnels de santé.

Analyse
-La première partie est la représentation du corps qu'induit le travail du masseur.
-La seconde partie (à partir de « Ce corps ») est l'image que perçoit Guibert de son propre corps.
Ces deux parties n'opposent pas deux représentations du corps, elles viennent éclairer le même corps et ce sont les perspectives qui changent. Le texte est écrit à l'imparfait, le temps de la description.

La première partie insiste sur la matérialité du corps. Un corps marqué par le manque et la perte, tiré vers la mort : un « squelette ». La précision que le masseur travaille avec des « vieillards » annonce la question de la fin de vie dès le début de l'extrait. Les paroles du masseur sont rapportées au discours indirect libre : mises à distance et interprétées par le narrateur. Le corps n'est pas ici individualisant : il est réduit à une corporéité commune « jamais pour lui qu'un corps, ou toujours qu'un corps ». La singularité de la personne ne s'exprime pas par le corps. Cet argument donné par le masseur est en lien avec la pudeur, mais Guibert le perçoit comme une anonymisation et une objectivation du corps qui n'est que matière, matériel et objet de travail.
Le verbe prétendre « il prétendait ôter à l'apparence » induit un regard critique de Guibert et/ou la volonté du masseur de se protéger derrière un discours rationnel qui semble difficile à tenir. La description de l'action du masseur est présentée en des termes violents, agressifs, martiaux : « arracher », « lutte », face à un corps qui semble déjà mort « sombrer », « maintenir ».

Avec la phrase suivante on change de perspective : le narrateur parvient à sa perspective en réintégrant son corps « Ce corps… je le retrouvais ». On perçoit la douleur du patient dans l'association d'une image vulnérable du corps « décharné » et le geste agressif « malaxait brutalement ». Les effets escomptés ne sont pas obtenus : on passe de l'intention de « redonner vie » à l'image d'un « corps pantelant » malgré la chaleur et le fourmillement. Ce corps reste détaché de sa propre personne (ce n'est plus son corps). Ce sentiment d'altérité est perceptible à travers la convocation de l'image du corps catachétique des prisonniers des camps avec la référence symbolique à Auschwitz
L'intérêt pour l'image et la photo de Guibert est ici à noter dans la comparaison d'un miroir avec une image panoramique. Il y a une dimension obscène : l'horreur montrée en grand écran mais contre sa volonté. Il subit cette image de son corps par le fait de la maladie et par l'installation de sa salle de bain. Note humoristique par la mise en perspective de deux niveaux de réalité très différents mais qui font tous deux parties de son expérience personnelle.
Il décrit ce corps comme radicalement autre, perçu comme une inquiétante étrangeté (métamorphose de Kafka) : l'adjectif « inquiétant » renforcé par « il n'y avait pas de jour » et la répétition de « nouvelle » : la nouveauté est réduite à l'étrangeté. La répétition de l'épisode «tous les matins », « chaque jour renouvelé » le présente comme une torture, ce que confirme le terme « confrontation » : regarder le corps nu est une épreuve. D'un effet de lumière on voit son corps comme s'il agissait par lui-même dans un sens inattendu : les os poussent dans le mauvais sens, le mouvement du corps se dérègle. Ce mouvement est associé au champ lexical de la mer (ile, refluer, pousser). La peau ne retient plus le corps, elle ne semble plus en être l'enveloppe.
L'expression « expérience fondamentale » montre que malgré la souffrance que l'on perçoit dans la description de ce corps autre, le narrateur comprend qu'elle participe à l'acceptation de la maladie et c'est une façon d'apprivoiser la maladie que de se soumettre tous les jours à l'épreuve du miroir (rôle du miroir, confrontation à soi). La prétérition « je ne peux pas dire » répétée et la conjugaison au présent éveille l'attention du lecteur. Il exprime une forme de dédain envers lui-même : dissociation entre le je et « ce type ». L'avenir est présenté sous des jours sombres : comparaison à Auschwitz pour exprimer ses espoirs « il va s'en sortir puisque des gens sont bien revenus d'Auschwitz ». Le rythme de la dernière phrase souligne l'alternative parfois, d'autre fois ; mais aussi le mouvement du corps vers la tombe avec la juxtaposition.

Annexe 4 : Questionnaire pré-test

Questionnaire pré-test
*Obligatoire

1. Vous est-il déjà arrivé de ne pas savoir quoi dire ou de vous sentir mal à l'aise face à un patient ? *

   Une seule réponse possible.

   - Jamais
   - Rarement
   - Parfois
   - Souvent
   - Toujours

2. Ressentez-vous le besoin d'une formation au relationnel médecin-patient ? *

   Une seule réponse possible.

   - Inutile
   - Non nécessaire
   - Utile
   - Importante
   - Essentielle

3. Selon vous, les études de médecine vous apprennent-elles à communiquer avec le patient ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Très peu
- Moyennement
- Bien
- Très bien

4. Avez-vous eu dans votre cursus médical une formation au relationnel médecin-patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. Si oui, sous quelle forme ? (si non, passez à la question suivante)
Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Cours magistral (amphi)
- [ ] Travaux dirigés (enseignement à groupe d'effectif réduit)
- [ ] Optionnel
- [ ] Obligatoire

Autre : [ ] _____

6. Quelle spécialité pensez-vous choisir pour l'internat ?

_____

7. Combien d'ouvrages non-médicaux lisez vous par an, environ ? ((Romans, BD, Presse, Théâtre, Poèmes...) *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5
- Entre 6 et 10
- Entre 11 et 20
- Plus de 20

8. Avez-vous déjà écrit en dehors du cadre de vos études ? (Écriture personnelle, ateliers d'écriture...) *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

9. Aviez-vous déjà entendu parler de médecine narrative ? (avant cet enseignement) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Annexe 5 : Questionnaire post-test : satisfaction après chaque séance

1. Intérêt du texte *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Sans interêt	◯	◯	◯	◯	◯	Très intéressant

2. Intérêt de l'exercice d'écriture *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Sans interêt	◯	◯	◯	◯	◯	Très intéressant

3. Intérêt de la discussion *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Sans interêt	◯	◯	◯	◯	◯	Très intéressant

4. Commentaires

Annexe 6 : Questionnaire post-test final

Pour chaque phrase, indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

1-Pas du tout d'accord 2-Pas d'accord 3-Ni d'accord, ni en désaccord 4-D'accord 5-Tout à fait d'accord
*Obligatoire

1. J'ai une bonne impression de la médecine narrative (MN) *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

2. La MN est utile à la réflexion sur son métier de soignant *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

3. La MN peut m'aider à communiquer avec mes patients *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

4. La MN peut m'aider à communiquer avec mes pairs (autres soignants) *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord

5. La MN permet l'apprentissage de l'empathie *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord

6. La MN améliore le relationnel médecin-patient *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord

7. La MN peut soulager mes souffrance rencontrées dans l'exercice de la médecine *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord

8. Je conseillerai la médecine narrative à mes proches, à mes collègues *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

9. J'aimerais poursuivre l'écriture narrative *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

10. Quelle est dans l'ensemble votre expérience du programme ? Qu'est ce qui a été le plus important dans votre découverte de la MN ? Quelles ont été vos difficultés ?

11. Souhaiteriez-vous poursuivre expérience de la médecine narrative dans votre cursus au sein de la faculté de Montpellier ? *

Une seule réponse possible.

◯ Oui

◯ Non

12. Selon vous.... En quelle année cet enseignement serait le plus pertinent ? (une ou plusieurs réponses possibles) *

Une seule réponse possible.

- 2ème année (P2)
- 3ème année (D1)
- 4ème année (D2)
- 5ème année (D3
- 6ème année (D4)
- Internat

13. Devrait-il être effectué sur plusieurs années de suite ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

14. Dans quel lieu devrait-il se dérouler ? *

Une seule réponse possible.

- En salle de cours à la faculté de médecine
- En visioconférence (ZOOM)
- En salle de réunion à l'hopital
- Dans un lieu informel
- Autre : _____

15. Sous quelle modalité ? *

Une seule réponse possible.

- Optionnel
- Obligatoire
- Autre : _____

16. Comment pensez-vous que cette formation pourrait-être améliorée ?

_____

Annexe 7 : Guide d'entretien qualitatif semi-dirigé

Questions sur le vécu de l'enseignement

1° Quelle est dans l'ensemble votre expérience du programme ?

2° Quels ont été vos difficultés ?

Questions sur l'apport de la médecine narrative dans les études médicales

3° De quelle manière cette formation pourrait influencer vos relations avec les patients ?

4° En quoi pourrait-elle faire réfléchir sur son métier de soignant ?

5° En quoi peut-elle aider les soignants ?

Questions sur les perspectives

6° Comment pensez-vous que cette formation puisse être améliorée ?

7° Comment intégreriez-vous cet enseignement dans votre cursus ?

10.2.1 Guide de lecture

« I OBSERVATION. Signes de perception : la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher. Détails, descriptions, aspects sensoriels des scènes.

II PERSPECTIVE. Plusieurs perspectives ont-elles été représentées, explorées, supposées ? Comment ces perspectives ont-elles été exprimées ?

III FORME. Décrire la forme. Quel est le genre : une histoire, un poème, une pièce, un scénario, une parabole, un récit édifiant, une histoire de fantômes, une comédie noire ? Noter l'utilisation de métaphores ou d'images. Décrire la structure temporelle du texte : les événements sont-ils racontés dans l'ordre chronologique, antichronologique, ou s'agit-il d'une succession désordonnée ? Y-a-t-il des allusions à d'autres histoires ou à d'autres textes ? Y-a-t-il des textes insérés (comme des citations, des lettres, des histoires secondaires) ? Quel est le style : soutenu, enlevé, bureaucratique, scientifique ?

IV VOIX Qui est le narrateur ? S'agit-il d'un narrateur à la première, deuxième ou troisième personne ? Le narrateur est-il proche ou distant, intime ou éloigné, et pouvez-vous sentir sa présence quand vous lisez ? Le narrateur est-il conscient de lui-même ?

V TON. Quel est le ton du texte ? Dans quel état d'esprit cette lecture vous laisse-t-elle ?

VI PROGRESSION. Que fait l'histoire ? Le narrateur donne-t-il l'impression d'avancer du début à la fin ? L'histoire vous amène-t-elle quelque part ? »[4]

Nellie Hermann, Rita Charon, Michael Devlin, 2012

Scanné avec CamScanner

GLOSSAIRE

Lecture attentive : - inspirée de la *Close reading* (critique littéraire) - **attention** portée à l'intrigue, aux mots et à tous les aspects du dispositif littéraire d'un texte. La « grille de Lecture » de R.Charon est un guide d'entrainement basé sur les aspects narratifs du texte : le cadre, la forme, le temps, l'intrigue et le désir. Cette démarche, appliquée à la pratique clinique, permet de recueillir et d'interpréter le récit du patient par une écoute attentive.

Écriture réflexive : mise en récit d'une expérience vécue à partir d'une consigne précise, dans un langage non technique. Il s'agit d'une réflexion sur soi-même : sur ses pratiques professionnelles (en tant que soignant) ou sur le vécu d'expériences personnelles (par exemple, en tant que patient ou proche aidant).

Écriture créative : mise en récit d'une situation fictionnelle à partir d'une consigne précise (par exemple, donner suite à un texte, adopter le point de vue d'un patient).

L'écriture réflexive ou créative permet la **représentation** : elle rend visible ce qui a été vécu ou perçu, aux yeux de celui qui écrit et de celui qui écoute.

Dispositifs d'écriture :

Dossier parallèle : récits de soins écrits par les étudiants en dehors des temps d'enseignement. Ils visent à recueillir leur expérience en situation de soin dans un langage non technique, en complément des dossiers hospitaliers requérant un langage technique. Dans les dossiers parallèles, les étudiants peuvent exprimer leur ressenti et leur réflexivité dans leur propre langage. C'est un document privé, contrairement au dossier hospitalier auquel l'équipe médicale peut se référer.

Écriture en binôme : échange de récit à l'oral en binôme, en écoute attentive, puis écriture du récit de l'autre, et enfin partage au groupe.

Écriture suivie en chaine : un étudiant écrit un texte d'après une consigne et envoie ce texte à un autre étudiant, qui écrit un texte en résonnance, ainsi de suite.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans 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 le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction La formation médicale actuelle est centrée sur les connaissances biomédicales et techniques. De nombreuses études montrent une érosion de l'empathie des étudiants en médecine parallèlement à leurs premiers stages hospitaliers. L'enseignement de la médecine narrative, née aux États-Unis (Pr. Rita Charon), a pour objectif d'améliorer le soin en développant des compétences relationnelles chez les soignants, par la pratique de la lecture attentive et de l'écriture réflexive ou créative.

Méthodes L'objectif principal était de créer et d'expérimenter un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants volontaires en 4ème année de médecine à la faculté de Montpellier, après avoir réalisé un état des lieux des enseignements existants en France et dans le monde. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction des étudiants et de recueillir leurs propositions d'amélioration de l'enseignement, de manière quantitative par auto-questionnaires et qualitative par entretiens semi-dirigés.

Résultats Neuf étudiants ont participé à trois séances, chacune construite sur un modèle pédagogique en trois phases : lecture attentive d'un texte littéraire, écriture réflexive ou créative, et partage des écrits. Leur satisfaction était élevée. Ils identifiaient des bénéfices à la médecine narrative : l'acceptation des émotions et le partage avec les pairs, le développement de la réflexivité, l'accès à la perspective du patient et la construction de l'identité professionnelle. Leurs difficultés étaient de se lancer dans l'écriture et de partager leurs écrits. Ils souhaitaient varier les supports, la participation d'intervenants extérieurs et des séances régulières tout au long de leur cursus, dès le début des stages hospitaliers.

Discussion L'apprentissage de la médecine narrative est fondé sur une méthode pédagogique rigoureuse et reproductible. Elle participe au développement des compétences réflexives et relationnelles des étudiants. Nous proposerons dès la rentrée 2021 un enseignement optionnel aux étudiants en 3ème année de médecine à Montpellier. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact de la médecine narrative sur le comportement en pratique des soignants, et sur la santé des patients.

Mots-clés médecine narrative, enseignement/pédagogie, relations médecin-patient, empathie