

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

REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Solène Blanchin¹, Béatrice Lognos², Marie-Catherine Reboul³

¹Docteur en médecine générale, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, DUMG Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes ; UMR 1302 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, INSERM, Univ Montpellier, France,

²Docteur en médecine générale, Maitresse de conférences des universités, DUMG Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes ; UMR 1302 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, INSERM, Univ Montpellier, France,

³Docteur en médecine générale, Maitresse de conférences associée, DUMG Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes ; UMR 1302 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, INSERM, Univ Montpellier, France

RÉSUMÉ

Cet article présente le résumé d'un travail de thèse pour l'obtention du titre de Docteur en médecine. L'objectif principal était de créer et d'expérimenter un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants volontaires en 4^e 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 leur vécu de l'enseignement.

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. 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 dès le début des stages hospitaliers. Nous proposerons dès la rentrée 2021 un enseignement optionnel aux externes en 3^e année de médecine à Montpellier.

MOTS-CLÉS : médecine narrative ; enseignement ; relations médecin-patient ; empathie.

DOI : 10.51328/21208

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 (Charon, 2015). 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 con-

crets ; 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. Cepen-

dant, 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'amélioration de l'état de santé (Zolnierek, et Dimatteo, 2009).

Une érosion de l'empathie des étudiants en médecine parallèlement à leurs premiers stages hospitaliers a été observée (Jeffrey, 2016). Selon une revue systématique de la littérature (Neumann, 2011), les facteurs diminuant l'empathie seraient le stress des étudiants 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.

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... (Haute autorité de santé, 2015). L'objectif de ces pratiques 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 se développent dans les facultés de médecine : groupes Balint, jeux de rôle, simulation de consultations avec des patients standardisés (Bosméan, 2020), rencontre avec des « patients-experts » (Torppa, Makkonen, Mårtenson et Pitkälä, 2008). 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 (Aloiso Alves, et Fernandez, 2018).

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 (Charon, 2015) :

À 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 événements 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'entraînement 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 ». 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 (Milota, van Thiel et van Delden, 2019). En 2013, la faculté de médecine de Paris-Descartes a rendu l'enseignement de médecine narrative obligatoire pour les étudiants en 4^{ème} année (Goupy, et Le Jeune, 2016), et d'autres facultés de médecine commencent à l'enseigner : Bordeaux, Nice, Paris-Créteil, Paris-Sorbonne.

Dans le cadre de la réforme du 2^{ème} cycle, les compétences relationnelles seront évaluées lors des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) à partir de 2023 (Khan, Ramachandran, Gaunt et Pushkar, 2013) : la médecine narrative paraît dès lors opportune dans le cursus des étudiants.

Dans ce contexte, la création d'un enseignement de médecine narrative à Montpellier était l'objectif de notre travail. L'auteure a mené ce projet à terme, animée par le désir d'offrir aux étudiants ce qui avait manqué à ses propres études de médecine : un espace d'expression pour reconnaître leur humanité et celle de leurs patients.

Méthodes

L'objectif principal était de créer et d'expérimenter un enseignement test de médecine narrative auprès d'étudiants volontaires en 4^{ème} année de médecine à Montpellier.

Dans un premier temps, nous avons établi un état des lieux des enseignements de médecine narrative existants en France et dans le monde.

En France, la recherche s'est faite de proche en proche, par des entretiens non directs avec 11 enseignants, 6 issus du milieu littéraire et 5 issus du milieu médical. Ils ont décrit les enseignements réalisés auprès d'étudiants en médecine ou en kinésithérapie, dans les facultés suivantes : Bordeaux, Paris Sorbonne, Paris-Descartes, Paris-Créteil, Nice. Un modèle pédagogique en trois phases est retrouvé : lecture attentive, écriture réflexive ou créative, et partage des écrits. Les résultats de cette recherche préliminaire, notamment concernant le nombre de participants, la temporalité des séances, le contenu, les pratiques, et l'évaluation de chaque enseignement sont renseignés dans la thèse de l'auteur (Blanchin, 2021).

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à la création de l'enseignement test. Les objectifs pédagogiques de notre enseignement étaient la sensibilisation des étudiants à l'importance du récit de soi en contexte de soin et l'initiation au développement de compétences narratives.

Solène Blanchin a développé ses compétences personnelles en médecine narrative en participant au « Certificat Universitaire en médecine narrative » de Paris Cergy, par la lecture des ouvrages de Rita Charon et grâce à l'accompagnement d'Isabelle Galichon, Docteur en littérature et spécialiste de la narration. Son travail a été soutenu par les compétences en pédagogie médicale de Marie-Catherine Reboul, maitresse de conférences associée au département de médecine générale de l'Université de Montpellier.

Le recrutement des participants a été effectué sur la base du volontariat auprès des étudiants en 4^{ème} année de

médecine de la Faculté de Montpellier, c'est-à-dire une année après le début de leurs stages hospitaliers. Ils avaient acquis assez d'expérience pour la mettre en récit mais débutaient encore dans la pratique. En effet, plusieurs études rapportent une diminution de l'empathie des étudiants en médecine parallèlement à leurs premiers stages hospitaliers (Jeffrey, 2016).

Nous avons construit trois séances de médecine narrative, chacune établie sur un modèle pédagogique en trois phases : lecture attentive d'un texte littéraire, écriture réflexive ou créative, et partage des écrits. Les séances étaient animées par trois intervenantes : Solène Blanchin, Marie-Catherine Reboul, et Isabelle Galichon, en visioconférence dans le contexte du premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19.

Les textes littéraires ont été tirés du corpus de la thèse *Quelle place pour la littérature dans la formation médicale ? Proposition d'un corpus de textes choisis comme support d'apprentissage* (Hussami, et Puentedura, 2020). Nous avons réalisé une analyse littéraire des extraits en amont. Après la lecture attentive du texte, chaque consigne d'écriture était en lien avec l'extrait lu, courte et simple. Le temps imparti pour écrire était de trois à dix minutes, pour pousser les étudiants à se lancer dans l'écriture.

L'objectif secondaire était l'évaluation de la satisfaction des étudiants et le recueil de leur vécu de l'enseignement, de manière quantitative par auto-questionnaires avec échelles de Likert, et qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et collectif avec analyse thématique. Les questions portaient sur le vécu de l'enseignement, sur les intérêts potentiels de la médecine narrative, les difficultés et les propositions d'amélioration.

Résultats

Prototype de l'enseignement

Le texte étudié à la première séance était extrait de *Récits d'un jeune médecin* de Mikhaïl Boulgakov, et les consignes d'écriture étaient « Écrivez les cinq premières fois qui vous ont marqué », « Souvenez-vous d'une situation où vous vous êtes senti mal à l'aise face à un patient ». La deuxième séance a fait l'objet de la lecture d'un extrait d'*Oscar et la dame rose* d'Eric-Emmanuel Schmitt, suivi des propositions d'écriture suivantes : « Décrivez le regard de 3 médecins que vous avez croisés », « Pour suivez le texte en adoptant la perspective du patient ». La troisième séance avait pour support *Le protocole compassionnel* d'Hervé Guibert, et les consignes suivantes : « Racontez une expérience pendant laquelle vous avez été en contact avec le corps d'un patient », « Racontez une expérience où vous avez perçu un changement/une métamorphose dans votre propre corps ». Entre deux séances, il leur était proposé d'écrire dans le dossier parallèle. Répandu dans les universités aux États-Unis, il est privé et vise à recueillir le vécu des étudiants dans un langage non technique, en complément du dossier hospitalier accessible à toute l'équipe médicale et requérant un langage technique.

Intervention et analyse des séances

Neuf étudiants ont participé aux trois ateliers de médecine narrative, du 11 au 25 Juin 2020, en visioconférence Zoom dû à l'épidémie de Covid-19. Chaque séance durait 1h30. Les séances ont été enregistrées avec le consentement des participants, puis visionnées dans

le but d'observer la participation des animateurs et des étudiants.

La difficulté en tant qu'animatrice principale était de faire des retours sur les textes produits par les étudiants, car des processus d'identification en tant que jeune médecin et la volonté d'observer la forme de leurs textes d'un point de vue littéraire se confondaient. Des interrogations éthiques diverses ont été soulevées par les étudiants et discutées avec le groupe ; doit-on être ému par les patients pour agir ? Comment éviter le sentiment d'impuissance du médecin face à un échec thérapeutique ? Doit-on viser un objectif de guérison ou d'amélioration de la qualité de vie ? Quels sont les facteurs à l'origine de la distanciation entre la corporalité (le « corps-sujet ») et la corporéité (le « corps-objet ») ?

Nous avons noté une progression des étudiants au fur et à mesure des séances : ils se lançaient plus facilement dans l'écriture et dans le partage de leurs écrits.

Évaluation de la satisfaction des étudiants

Leur satisfaction aux auto-questionnaires quantitatifs était en moyenne de 4.6/5, comparable d'une séance à l'autre. L'évaluation qualitative de leur vécu de l'enseignement a mis en évidence les thèmes suivants.

Un enseignement nouveau et nécessaire

Selon eux, cet enseignement était inédit et nécessaire dans leur cursus médical. Ils témoignaient de souffrances lors de leurs stages hospitaliers et exprimaient le besoin d'une formation au « savoir-être » et d'un espace d'expression.

Le bien-être émotionnel des étudiants

La médecine narrative participait à leur bien-être émotionnel, par l'acceptation des émotions et le partage avec les pairs. Ils voyaient dans l'écriture un véritable effet thérapeutique, leur permettant d'outrepasser les expériences difficiles et de s'apaiser en tant que soignant. Le partage de leurs écrits avec le groupe leur donnait le sentiment de faire partie d'une communauté par la reconnaissance de leur vulnérabilité réciproque. 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. Cette idée fait écho à la notion d'intersubjectivité décrite par Rita Charon (Charon, 2015).

L'intersubjectivité se produit quand deux sujets ou deux « moi » authentiques se rencontrent (...), une relation se crée 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.

Une réflexivité sur sa pratique

La médecine narrative développait leur réflexivité sur leur pratique de soignant. Par la pratique de la lecture et de l'écriture, ils analysaient leurs propres pratiques et anticipaient des situations cliniques futures, adoptaient la perspective du patient et prenaient conscience des répercussions de leurs comportements dans la relation à l'autre. Le temps de la réflexivité était selon eux un temps rare dans leur quotidien hospitalier.

Une identité professionnelle en construction

La médecine narrative participait à la construction de leur identité professionnelle. La lecture de textes littéraires éveillaient une projection de soi par l'identification des étudiants à des « médecins-modèles » ou à des « anti-modèles ». 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'autres études montrent que l'enseignement de la médecine narrative développe l'identité professionnelle (Miller, Balmer, Hermann, Graham, et Charon, 2014).

Les difficultés rencontrées par les étudiants dans les ateliers

Leurs difficultés étaient de se lancer dans l'écriture et de partager leurs écrits, surtout lorsqu'ils relevaient d'expériences intimes. Ces difficultés s'estompaient au fur et à mesure des séances.

Les propositions d'amélioration de l'enseignement

Les étudiants ont insisté sur la nécessité d'établir un climat de confiance, par la constitution d'un groupe d'individus non reliés par des liens amicaux ni professionnels préalables. Ils souhaitaient varier les supports, par exemple par l'introduction de textes littéraires relevant d'autres sujets que de la médecine, ou l'apport de textes choisis par les étudiants eux-mêmes. La participation d'intervenants extérieurs, spécialisés dans la communication ou la psychologie, a été suggérée.

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

En termes de temporalité, ils souhaitaient des séances régulières tout au long de leur cursus, et dès leurs premiers pas à l'hôpital, en 2^e ou 3^e année.

Discussion

La santé mentale des étudiants en médecine malmenée

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 montre que 66 % souffrent d'anxiété et 27 % de dépression (ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, et ANEMF, 2017). Les conclusions de cette étude suggèrent d'instaurer des temps d'échange dans la formation des jeunes médecins. Aussi, les écrits des étudiants de notre étude ont révélé des souffrances psychologiques voir des pathologies psychiatriques qu'ils attribuaient à l'environnement anxiogène des études de médecine. La médecine narrative pourrait 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. Dès lors, prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre paraît nécessaire, quand on sait aujourd'hui que l'empathie est corrélée au bien-être, et inversement corrélée au burn-out (Grühn, Rebutal, Diehl, Lumley, et Labouvie-Vief, 2008).

La réflexivité permise par l'écriture

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, une thèse d'exercice (Corbineau, 2018) a montré une satisfaction significative des étudiants en faveur de la médecine narrative comparée aux groupes Balint, de 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 » (Charon, 2015).

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 relevées par les enseignants de médecine narrative dans les autres facultés françaises (Goupy, et Le Jeunne, 2016). 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.

L'empathie s'enseigne-t-elle ?

La définition du concept d'empathie souffre de débats.

Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » (Rogers, 1980).

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 les émotions du patient. Cependant, les étudiants étaient demandeurs « d'aides au relationnel plus concrètes » : la pratique de la médecine narrative leur paraît 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. Les ateliers de formation à la relation médecin-patient proposés aux internes de médecine générale de la faculté de Montpellier sont plébiscités mais arrivent tard dans le cursus (à partir de la 7^e année). Selon nous, l'acquisition de compétences relationnelles doit être encouragée au même titre que celle des compétences cliniques et thérapeutiques, dès les premières expériences au lit du patient.

Selon une étudiante de notre étude, l'empathie s'apprend « sur le tas », mais la médecine narrative lui permettait de métaboliser l'expérience vécue en apprentissage.

M. Je pense que c'est quelque chose (les compétences relationnelles) 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.

En effet, « l'apprentissage doit être considéré comme un processus continu basé sur l'expérience concrète » (Kolb, 2014). 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 (Even, 2006).

La médecine narrative intégrée à 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-elles 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, comme énoncé par Rita Charon (Charon, 2016).

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.

Perspectives et conclusion

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 paraît 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.

Les études évaluant les enseignements en sciences humaines dans le cursus médical sont majoritairement descriptives et ne rapportent pas de preuves d'efficacité (Ousager, Jakob, Johannessen et Helle, 2010). Ce manque de preuves provient en partie du fait que leur impact est difficilement mesurable. L'évaluation se porte généralement sur la satisfaction, les apprentissages ou l'empathie par auto-questionnaire (Jefferson Scale of Empathy), mais l'évaluation des comportements en pratique clinique,

est rarement réalisée (Sanson-Fisher, Hobden, Waller, Dodd et Boyd, 2018). 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 analysant ces enseignements : contribuent-ils 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. Le domaine de la recherche en humanités médicales et en l'occurrence en médecine narrative, doit être reconnu et déployé en francophonie.

Notre travail a abouti à l'ouverture d'une Unité d'Enseignement (UE) optionnelle de médecine narrative pour les étudiants en 3^e année de médecine à Montpellier, depuis la rentrée scolaire 2021. La 3^e année a été choisie car elle marque le début des stages hospitaliers. L'enseignement s'inscrit au sein de l'unité transversale « Savoir-être et empathie », 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. Douze étudiants participent actuellement à quatre séances de quatre heures chacune, espacées de 2 semaines, en présentiel. Ils témoignent eux aussi de souffrances en stage hospitalier, et expriment le besoin de partage d'expérience et de réflexivité sur leur pratique. Une évaluation de leur satisfaction et un recueil de propositions d'amélioration sont prévus. Des supports originaux comme la bande-dessinée ou des textes littéraires amenés par les étudiants sont proposés, ainsi que la participation d'intervenants extérieurs issus du milieu littéraire.

Par ailleurs, nous présenterons notre travail et proposerons une initiation à la médecine narrative au Congrès national des généralistes enseignants à Lille en Décembre 2021.

Rappelons les mouvements de la médecine narrative décrits par Rita Charon. L'écoute du récit du patient (l'attention, développée par la lecture attentive), la production d'une signification à ce qui est entendu (la représentation, permise par l'écriture), et enfin la reconnaissance mutuelle et la création d'une relation permettant l'acte thérapeutique (l'affiliation). Ces mouvements prennent place dans des attitudes verbales et non verbales qui ne sont jamais nommés dans la formation médicale actuelle. Le récit, en permettant au futur soignant de mettre des mots sur des gestes et des émotions, l'invite à modifier sa posture et à développer son identité professionnelle. Par cette meilleure connaissance de lui-même, il peut aller vers la rencontre d'autrui et accueillir la vulnérabilité – celle des autres et la sienne – comme cadeau d'une vérité universelle : notre humanité.

RÉFÉRENCES

Aloisio Alves et Fernandez N. (2018). Une place pour les savoirs d'expérience en formation des professionnels de la santé. *Pédagogie Médicale*. 19, (1), 1-2.

Blanchin. (2021). Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4^{ème} année de médecine à Montpellier. Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en médecine, Université de Montpellier.

- Bosméan. (2020). Évaluation de l'impact de formations à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles d'étudiants en médecine lors de consultations médicales simulées. Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en médecine, Université Grenoble Alpes.
- Charon. (2015). *Médecine narrative – Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris, Sipayat. Traduction de Anne Fourreau.
- Charon. (2016). *Principes et pratique de médecine narrative*. Paris, Sipayat. Traduction de Renaud Dionet, révisée par Maria Cabral.
- Corbineau. (2018). *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*. Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en médecine, Université Paris-Sud.
- Even. (2006). Enseigner la relation médecin-malade - Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale*, 7, 165-73.
- Goupy, et Le Jeune. (2016). *La médecine narrative, une révolution pédagogique ?* Paris, Med-Line Editions.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., et Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion*, 8(6), 753-765.
- Haute autorité de santé. (2015). *Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. <https://www.has-sante.fr/jcms/c2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi>
- Hussami, et Puentedura. (2020). *Quelle place pour la littérature dans la formation médicale ? Proposition d'un corpus de textes choisis comme support d'apprentissage*. Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en médecine, Université Claude-Bernard (Lyon).
- ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, ANEMF. (2017). *Enquête santé mentale des jeunes médecins*. Hôpital Saint-Anne.
- Jeffrey. (2016). A meta-ethnography of interview-based qualitative research studies on medical students' views and experiences of empathy. *Medical teacher*. 38, (7), 1214-1220.
- Khan, Ramachandran, Gaunt et Pushkar. (2013). The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Medical Teacher*. 35 (9), 437-1446
- Kolb. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Miller, Balmer, Hermann, Graham, et Charon. (2014). *Sounding Narrative Medicine: Studying Students' Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons*. *Academic Medicine*, 89, 335-342.
- Milota, van Thiel et van Delden. (2019). Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*. 41,(7), 802-10.
- Neumann. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 86,(8), 996-1009.
- Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review*
- Ousager, Jakob, Johannessen et Helle (2010). *Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review*. *Academic Medicine*, 85(6), 988-998
- Rogers. (1980). *A way of being*, Boston, Houghton Mifflin company.
- Sanson-Fisher, Hobden, Waller, Dodd et Boyd. (2018). Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students : a mapping review. *BMC medical education*, 18, (151).
- Torppa, Makkonen, Mårtenson et Pitkälä. (2008). A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Educ Couns*. 72,(1), 5-11.
- Zolnierek, et Dimatteo. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*. 47, (8), 826-834.