(Se)Former dans un contexte institutionnel et socio-sanitaire en mutation

Innovations pédagogiques et ressources narratives pour les formateur.ice.s de professionnel.le.s de santé

Silvia Rossi

Docteure en études italiennes – Centre de recherches italiennes (CRIX)
Université Paris Nanterre – Collège international de recherche biographique en éducation (CIRBE)

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 6, No 1 | pp. 75-88

Reçu le : 14/08/2019 | Accepté le : 20/12/2019

Résumé : Cet article présente une étude dont l'objectif est d'établir l'impact de l'usage de la médecine narrative dans la pratique des professionnel.le.s de santé chargé.e.s de la formation et/ou de l'encadrement des stages de future.s professionnel.le.s de santé (infirmier.e.s, aides soignant.e.s, kinésithérapeutees etc.). Pour ce faire, nous avons effectué une analyse qualitative des travaux des étudiant.e.s du Master 2 Éducation et formation, parcours «Formateurs de professionnels de santé», université Descartes (Paris, année académique 2018/2019). Les paramètres pris en compte dans notre analyse sont : le cadre de production des narrations analysées (narrations publiques ou produites dans le cadre d'une relation de formation ou de soin) ; spontanées ou produites suite à une sollicitation des étudiant.e.s en Master 2 ; les narrateur.rice.s (professionnel.le.s de santé en formation ou patient.e.s) ; l'objectif visé par le travail mis en place. Cette étude démontre la pertinence de l'usage de la médecine narrative dans la formation des professionnel.le.s de santé, et ses apports en dehors du domaine pédagogique. En particulier, la médecin narrative s'avère être 1) un outil de réflexion sur l'expérience de maladie qui permet de comprendre ce qu'on éprouve lors de la prise en charge d'une personne malade ; 2) un outil de réflexion sur la pratique du soin, de compréhension du vécu de la personne malade qui permet d'établir une relation de qualité et peut amener à l'un ajustement de la pratique du professionnel de santé ; 3) un outil de réflexion sur la pratique de l'enseignement et de suivi personnel et professionnel du parcours des étudiant.e.s.

Mots-clés : formation de professionnel.le.s de santé ; médecine narrative ; innovation pédagogique ; relation soignant.e / soigné.e.

1 Introduction

Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, actuellement en discussion au Sénat, prévoit la refonte des études en santé : la fin du *numerus clausus* et la mise en discussion de l'existence de la première année commune (PACES)

modifient les conditions d'accès aux études de médecine, mais aussi de kinésithérapie et de sages-femmes. En même temps, l'universitarisation en cours des formations de santé peut être une occasion d'autonomisation pour les paramédicaux, en permettant de repenser leur place au sein du système de santé actuel et futur et en ouvrant de nouvelles perspectives de recherche dans ce domaine.

À côté de ces changements institutionnels concernant la formation des futur.e.s soignant.e.s, une évolution des compétences et des connaissances à développer chez les professionnel.le.s de santé est rendue nécessaire par les transformations sociales qui amènent les usagers du système de santé à jouer un rôle de plus en plus actif en ce qui concerne leur propre santé et la participation au débat public ; les États généraux organisés à la fin des années quatre-vingt-dix – États généraux des malades du cancer (1998), États généraux de la santé (1999) – ont permis l'émergence d'un point de vue complémentaire à celui des soignant.e.s ; certaines des revendications portées par ces mouvements, notamment dans le domaine de l'information des usagers du système de santé, sont accueillies par le pouvoir législatif et formalisées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les transformations en cours sont reconnues par les institutions de santé qui préconisent une prise en charge centrée sur le patient, en le considérant un partenaire avec lequel co-construire son parcours de soin.

Ces mutations du contexte institutionnel et social amènent à une (re)valorisation de la dimension relationnelle du soin ; une attention particulière est portée au récit de la personne malade, à la fois dans un contexte de prise en soin (Niewiadomski, 2016) et de construction de la relation thérapeutique. Par ailleurs, l'augmentation de personnes atteintes de pathologies chroniques et la diffusion de l'éducation thérapeutique du patient impliquent une collaboration active entre professionnel.le.s du soin et patient.e.s (D'Ivernois, 2012 ; Tourette-Turgis, 2014). Si « un certain nombre de patients entament assez spontanément la relation avec le soignant par un récit biographique, d'où émerge une identité narrative » (Nal, 2013, p. 19) et la reconnaissance de la valeur du récit des patients est fondamentale pour proposer une prise en charge personnalisée et pour mettre le récit au centre de la relation entre les soignant.e.s et les soigné.e.s, dans la pratique, quels outils pour les professionnel.le.s de santé pour accueillir ce récit ? Et quelles modalités de formation ?

Dans notre article, nous nous proposons d'explorer les apports de la médecine narrative dans ce domaine : après avoir présentée cette approche, nous vérifierons son impact auprès des professionnel.le.s de santé chargé.e.s de la formation et/ou de l'encadrement des stages de future.s professionnel.le.s de santé.

2 Ancrages théoriques et objectifs

La médecine narrative vise à établir une relation de qualité entre le.a soignant.e. et le.a soigné.e en mettant le récit du patient et son écoute attentive au cœur de l'acte médical. Par ailleurs, cette approche se propose en tant que support au développement d'une réflexion des soignant.e.s sur leur profession. Ses principes ont été formalisés par Rita Charon dans l'ouvrage *Médecine Narrative – Rendre hommage aux histoires de maladie* (2006/2015). Pour rejoindre ces objectifs, Charon préconise la formation des soignant.e.s à l'usage des

outils d'analyse littéraire : elle propose une triade faite d'attention, représentation et affiliation. Tout d'abord, il s'agit d'exercer une « écoute attentive » de la personne malade, en prenant en considération des éléments tels que le cadre dans lequel la narration a lieu, l'intrigue, les métaphores mobilisées... mais aussi le désir des narrateur.ice.s, le sens qu'il.elle.s veulent donner à leur récit.

Le deuxième mouvement de la triade est la représentation, c'est-à-dire le résultat de la perception des récepteur.ice.s, de leurs perspectives et de l'élaboration qu'il.elle.s font du récit (en tenant en considération le public pour lequel cette représentation est préparée). La narration permet ainsi d'instaurer une dimension relationnelle dans le rapport entre les soignant.e.s et les soigné.e.s, une dimension qui se concrétise dans l'affiliation : selon Charon, « nos actes narratifs partagés nous permettent de nous affilier en dyades de soin efficaces avec le patient et, avec nos collègues, dans des collectifs professionnels, cohérents » (Charon, 2006/2015, p. 253).

L'objectif de cette étude est d'établir l'impact de l'usage de la médecine narrative dans la pratique de professionnel.le.s de santé chargé.e.s de la formation et/ou de l'encadrement de stages de future.s professionnel.le.s de santé : notre réflexion englobe donc la formation d'infirmier.e.s, assistant.e.s soignant.e.s et professionnel.le.s du paramédical. La pertinence et les perspectives de l'usage de la médecine narrative dans le futur sont étudiées par rapport au contexte en pleine évolution de la formation paramédicale et des approches préconisant une prise en soin personnalisée de la personne malade. Notre étude ne se limite donc pas à vérifier la possible transposition des outils de la médecine narrative dans des différents milieux professionnels, mais nous nous intéressons plus largement au sens que les apprenant.e.s donnent à leur formation, en accord avec leur demande de « nouveaux éléments de compréhension, de méthodes qu'ils pourront réutiliser sur le terrain, ou encore d'évolutions de leur posture professionnelle » (Parayre, 2017, p. 9).

Pour ce faire, nous proposons un retour sur notre expérience en tant qu'enseignante dans le cadre du cours « Le travail du soignant », dispensé au sein du Master 2 *Éducation et formation*, parcours « Formateurs de professionnels de santé », à l'université Descartes, Paris.

3 Déroulement de l'expérience

3.1 Contexte

Ce master, accessible exclusivement en formation continue, s'adresse à des professionnel.le.s de santé intéressé.e.s par la formation : tou.te.s les participant.e.s ont donc une expérience de soin sur le terrain.

Notre étude porte sur notre expérience d'enseignement pendant l'année académique 2018-2019. La promotion de cette année académique était composée par des infirmier.e.s (en institution et en libérale, en psychiatrie, en réanimation...), des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des manipulateur.ice.s en imagerie médicale, des codeur.se.s médicales. Au total, la promotion comptait dix-sept étudiant.e.s.

Parmi les participant.e.s, certain.e.s exerçaient désormais exclusivement une fonction de formateur.rice (instituts de formation pour aide-soignant.e.s, assistant.e.s puéricul-

teur.rice, infirmier.e.s ou autres professions paramédicales) ; d'autres envisageaient évoluer d'un poste de soignant.e à un poste de formateur.rice ; d'autres encore étaient amené.e.s à exercer des fonctions de formation dans le cadre de leur poste de soignant.e, par exemple lors de l'encadrement d'étudiant.e.s en stage.

3.2 Objectif du cours

L'objectif de ce cours était de proposer des outils pédagogiques adaptés à la formation dans le domaine de la santé et, en particulier, des outils se focalisant sur la dimension relationnelle du travail du soignant. L'intérêt pour cette dimension particulière du travail du soignant s'inscrit dans la perspective du soin proposée par le philosophe Frédéric Worms, selon lequel le soin « nous permet de penser une relation profondément mixte » (Worms, 2010, p. 194) : « Il n'y a pas de soin s'il n'y a pas de réponse aux besoins objectifs et urgents du corps comme tel, mais il n'y a pas de soin non plus si s'il n'y a pas de réponses aux 'demandes' du corps qui semble donc les adresser, ou, plutôt, en quelque sorte, sans une prévenance qui interprète les besoins objectifs comme des demandes subjectives et ainsi les constitue, les invente, les 'crée' comme telle » (*Ibidem*).

Par ailleurs, notre décision de nous intéresser à cette dimension du travail du soignant a été renforcée par le constat que notre classe était composée par les professionnel.le.s du soin que le psychiatre et philosophe Bernard Honoré définit comme « paramédicaux » et qui sont, dans le monde de la santé, les professionnel.le.s auquel la dimension relationnelle du soin est attribuée : « Sont considérés aujourd'hui comme 'soignants', les infirmiers, les aides-soignants, parfois les agents de services hospitaliers, alors que les médecins sont perçus comme ayant la charge des soins spécifiquement médicaux. Ce sont les 'paramédicaux' qui se forment à l'accueil et à la relation de soin » (Honoré, 2016, p. 23).

3.3 Déroulement du cours

Dans le cadre de l'unité d'enseignement « Le travail du soignant », nous avons dispensé huit séances de trois heures chacune. Les six premières séances ont été consacrées à la médecine narrative.

Lors de la première séance, les participant.e.s au cours ont été invité.e.s à se présenter et à s'exprimer par un mot-clé autour de l'intitulé du cours « Le travail du soignant » : les notions liées à la nature relationnelle du travail du soignant ont été largement évoquées, notamment par les mots-clés « relation », « accompagnement », ainsi que par l'association du travail de soin à la personne (par les mots-clés « parcours de vie », « care ») plutôt qu'au patient. Enfin, un ultérieur groupe de mots-clés a évoqué l'« idéalisation » du métier du soignant, ainsi que l'importance de la « qualité » du travail. La description ainsi obtenue de la représentation de la promotion du travail du soignant nous a confortée dans notre volonté d'axer nos enseignements sur la dimension relationnelle du travail du soignant, notamment par l'approche de la médecine narrative.

Après une introduction théorique, les étudiant.e.s ont été amenés à se familiariser avec la « triade pratique » proposée par Charon : en particulier, l'écoute attentive, a été exercée par une série d'études de cas à effectuer de façon individuelle ou collective ; ces exercices étaient basés sur des supports différents, par exemple des extraits d'écritures autopathographiques, des cas cliniques, des séquences de films, des témoignage, etc. Le

deuxième mouvement de la triade pratique de Charon, la représentation, a été travaillé lors de moments dédiés à l'écriture réflexive des étudiant.e.s, sur des thématiques telles que la violation de la dignité et l'erreur.

4 Corpus

À la suite des six séances, les étudiant.e.s ont été invité.e.s à remettre un travail personnel montrant comment les outils de la médecine narrative auraient pu être mobilisés dans le cadre de leur pratique professionnelle. Les dix-sept travaux rendus constituent le *corpus* de notre étude sur l'usage de la médecine narrative dans la formation de professionnel.le.s de santé (annexe 2, image 1). Un des dix-sept travaux rendus étant hors sujet, notre analyse concerne seize travaux.

5 Méthodologie d'analyse

Afin de procéder à notre analyse, nous avons construit une grille constituée par les éléments suivants :

- la profession de l'étudiant.e menant le travail (infirmier.e, kinésithérapeute, etc.) ;

- le cadre de production de la narration ou des narrations qu'il.elle.s ont choisi d'analyser. Ainsi, sept étudiant.e.s se sont basé.e.s sur des narrations publiques (autobiographie, *forum*, témoignage vidéo, etc.), trois sur des narrations issues d'une relation de soin (échanges avec des patient.e.s, génogramme), six sur des narrations produites dans le cadre d'une formation (journal de stages, exercices d'écriture, etc.). Par ailleurs, nous avons différencié les narrations spontanées (autobiographie, témoignage sur des *forum*) et les narrations produites sur invitation des étudiant.e.s en Master 2 (atelier d'accompagnement d'élèves en difficulté, cours ou TD de médecine narrative mis en place dans le cadre du travail de master) ;

- l'objectif visé par l'étudiant.e dans son travail : conformément aux consignes données pour la réalisation de ce travail, il s'agit ici d'objectifs pédagogiques, par exemple l'usage de la médecine narrative comme support pour les élèves en stage, ou l'accompagnement d'un élève en difficulté ;

- les impacts de la médecine narrative sur les étudiant.e.s en M2 (au-delà de la dimension pédagogique). En particulier, conformément aux objectifs de la médecine narrative d'aider les professionnel.le.s de santé « à comprendre ce que les patients endurent pendant leur maladie et ce qu'eux-mêmes éprouvent lors de la prise en charge des malades » (Charon, 2006, p. 14), nous nous sommes intéressée à l'apport du travail demandé sur la réflexion concernant l'expérience de maladie et concernant la pratique professionnelle (de soin et d'enseignement).

6 Résultats

6.1 Un outil pédagogique pour les formateur.rice.s de professionnel.le.s de santé

L'analyse des travaux remis par les étudiants nous permet, tout d'abord, de voir comment les outils de la médecine narrative sont mobilisés en tant que supports pédagogiques par

les formateur.rice.s de professionnel.le.s de santé, en institut ou sur le terrain – ce qui correspond à l'objectif que nous nous étions posée en tant qu'enseignante.

Tout d'abord, les travaux remis par les étudiant.e.s nous ont permis de constater qu'il.elle.s se sont approprié.e.s les notions théoriques de la médecine narrative, ainsi que l'usage de la grille d'analyse présentée en annexe 2 ; en effet, les analyses présentées sont pertinentes par rapport au contexte décrit et aux narrations choisies.

Par ailleurs, les étudiant.e.s participant au master ont mis en place une série d'actions visant à intégrer la médecine narrative dans leur pratique : il.elle.s ont envisagé de dispenser des cours dédiés à la médecine narrative dans le cadre des unités d'enseignement consacrées à la relation avec les personnes malades, de mettre en place des travaux dirigés (TD) complémentaires ou encore des ateliers de médecine narrative.

Un exemple de cette application des outils de la médecine narrative est la proposition d'y initier les futur.e.s aides-soignant.e.s dans le cadre de cours théoriques dédiés à la démarche de soin. Cette formation pourrait supporter les étudiant.e.s pendant leur stage, notamment lors de leur mise en situation professionnelle : dans ce cadre, il leur est demandé d'effectuer un recueil des données des patient.e.s et l'analyse des besoins perturbés selon le modèle de Virginia Henderson. Les outils proposés par Charon seraient alors un moyen d'améliorer la relation soignant.e/soigné.e ainsi qu'une aide pour répondre aux consignes données pour la validation du stage. Dans certains cas, la proposition théorique de ces actions a été mise à l'épreuve par le passage à la pratique au sein d'un ou plusieurs groupes de futur.e.s professionnel.le.s de santé. C'est le cas d'une étudiante du master, formatrice en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), référente de l'unité d'enseignement portant sur les soins relationnels et se déclinant sur les trois années de formation, qui a inséré la médecine narrative afin de compléter le programme des étudiant.e.s en IFSI. Des TD et des exercices d'écriture ont été proposé aux étudiant.e.s de première année. L'UE concernant les soins relationnels étant transversale sur les trois ans, le projet devrait continuer pour toute la durée de la formation de la promotion concernée.

Plusieurs travaux se sont aussi focalisés sur le support que l'écoute attentive peut représenter pour les future.s soignant.e.s : ainsi, plusieurs textes qui pourraient être reproposés dans le cadre d'une formation ou de l'encadrement d'un stage ont été identifiés et analysés. À nouveau, certain.e.s étudiant.e.s sont passés à l'action en proposant des exercices de lecture attentive dans certaines des classes dans lesquelles il.elle.s ont travaillé cette année. Dans l'ensemble, les outils de la médecine narrative, paraissent être pertinents et facilement intégrables dans le contexte de formations et de suivis dans lesquels les étudiant.e.s de master se trouvent à exercer : la réalisation pratique de plusieurs expériences en est la preuve.

En tant qu'enseignante, nous pouvons donc estimer que les objectifs de notre cours – fournir des outils pédagogiques adaptés à la formation dans le domaine de la santé et, en particulier, des outils se focalisant sur la dimension relationnelle du travail du soignant, et vérifier leur appropriation par les étudiant.e.s – ont été rejoints. Cependant, en tant que chercheure, nous sommes amenée à questionner l'impact de la médecine narrative en dehors de cet objectif pédagogique. Nous proposons, dans les paragraphes qui suivent, quelques réflexions à ce propos.

6.2 Un outil de réflexion sur l'expérience de maladie

Tout d'abord, rappelons que les étudiant.e.s du master « Formateurs de professionnels de santé » sont ou ont été eux.elles-mêmes des professionnel.le.s de santé à travers la lecture des travaux des étudiant.e.s en master, nous constatons que l'approche de la médecine narrative a amené spontanément – c'est-à-dire, sans que cela vienne explicitement indiqué dans les consignes du travail à rendre pour la validation de l'unité d'enseignement « Le travail du soignant » – certain.e.s parmi eux.elles à effectuer un retour réflexif sur leur vécu personnel de la maladie, qu'il s'agisse du vécu à la première personne ou de celui familial (trois cas identifiés).La mobilisation de cette expérience permet d'aller au-delà due leur rôle de formateur.rice ou de soignant.e. Il s'agit de reconnaître l'universalité de l'expérience de maladie, commune à ceux qui la soignent et à ceux qui en pâtissent. Mobiliser sa propre expérience personnelle est alors un moyen pour comprendre ce qui se passe, ce qu'on éprouve lors de la prise en charge d'une personne malade. Dans ce sens, la médecine narrative offre un espace dans lequel la réflexion personnelle permet de se repositionner en tant que personne avant que en tant que professionnel.le.s de santé ; ainsi, en dehors d'un cadre strictement professionnel, une étudiante s'est replongée dans l'expérience de maladie d'un proche, en remémorant ses difficultés suite à la sortie d'un coma et à la fin de son hospitalisation : « Mes conversations avec lui ont été pour moi source d'enseignements car toute à la joie d'avoir participé à sauver la vie organique des patients, je ne mesurais pas ce qu'il en était de leur vie psychique », explique-t-elle.

6.3 Un outil de réflexion sur la pratique du soin

Tou.te.s les étudiant.e.s du master « Formateurs de professionnels de santé » sont ou ont été eux.elles-mêmes des professionnel.le.s de santé ; dans le cadre de ce travail, cinq étudiant.e.s ont effectué un retour réflexif sur leur expérience de soignant.e. Cela peut prendre une double forme : dans certains cas, les étudiant.e.s du master ont entrepris un exercice d'écriture à propos d'une expérience de soin à laquelle il.elle.s ont eux.elles.mêmes participé, par exemple la réalisation d'un atelier d'éducation thérapeutique ou d'un génogramme ; dans d'autre cas, il.elle.s ont repéré des témoignages publics de patients (par exemple, des *forum* de patient.e.s ou des vidéos partagés en ligne) ; dans les deux cas, les étudiant.e.s ont procédé à une écoute attentive en s'appuyant sur les outils narratifs étudiés pendant notre cours. Les étudiant.e.s ont indiqué que leur objectif était de mieux comprendre le vécu de la personne malade, c'est-à-dire l'expérience de la maladie à la première personne qui diffère de la pathologie ainsi qu'elle est prise en charge par les professionnel.le.s de santé. La recherche de la compréhension de l'expérience de l'autre aide à établir une relation de qualité avec la personne malade.

Dans certains cas, cela a amené à un ajustement de la pratique du professionnel de santé : c'est, par exemple, le cas d'une infirmière intervenant dans des ateliers d'éducation thérapeutique à destination de femmes enceintes atteintes de diabète gestationnelle. L'écriture réflexive d'un échange avec une patiente a été l'occasion de mieux comprendre le vécu des patientes, leurs difficultés et leurs besoins ; cela a permis de réfléchir à l'amélioration de l'accompagnement des patientes, notamment au niveau de la littératie et de l'organisation des ateliers, en apportant des modifications à leur ordre pour améliorer la compréhension et la participation du public.

Dans d'autres cas, l'écoute attentive de la parole de la personne malade a permis de faire émerger une perspective sur la maladie autre que celle du professionnel.le.s de santé ; cela a amené à la reconnaissance d'un savoir complémentaire à celui du soignant, focalisée sur la pathologie, un savoir issu de l'expérience directe de la maladie, qui appartient à la personne malade et complète la connaissance du soignant.e. Dans cette perspective, la médecine narrative est une approche de la médecine qui utilise des compétences narratives pour augmenter la compréhension scientifique de la maladie (Lewis, 2011). Ainsi, une étudiante en master, infirmière en psychiatrie, dans le cadre de la prise en charge d'un patient pluri-pathologique, atteint d'une maladie rare du tissu conjonctif, a trouvé des informations concernant la maladie dont elle n'est pas spécialiste sur un *forum* de patient.e.s. Cette expérience l'a amené à reconnaître l'importance de la parole des pairs et à s'interroger sur les moyens la valoriser.

Dans l'analyse des travaux effectuée, il paraît que la médecine narrative est envisagée autrement que dans le cadre spécifique de la formation de futur.e.s professionnel.le.s de santé : elle est plutôt mobilisée dans le sens original qui avait été mis en valeur par Charon, celui d'un outil pour mieux comprendre ce que les malades endurent pendant leur maladie et ce que les professionnel.le.s de santé ressentent lors de la prise en charge des patient.e.s (Charon, 2006/2015).

6.4 Un outil de réflexion sur la pratique d'enseignement

Si la médecine narrative préconise l'application des outils littéraires aux récits des patient.e.s afin de permettre une écoute attentive, comment ces mêmes outils peuvent être réinvestis par les professionnel.le.s de santé exerçant des fonctions de formation dans le rapport avec leurs étudiant.e.s ?

Quatre des travaux des étudiant.e.s du master « Formateurs de professionnels de santé » nous permettent d'envisager des réponses à cette question ; en effet, l'écoute attentive et l'écriture réflexive ont été efficacement employées afin de mener une réflexion sur la pratique d'enseignement.

Tout d'abord, un certain nombre d'étudiant.e.s du master s'est appuyé sur des documents et des travaux (par exemple, des journaux de stage, des récits de suivi personnalisés. . .) déjà fournis par leurs étudiants (donc, des futur.e.s soignant.e.s en formation) pour exercer une lecture attentive. Dans d'autres cas, ont été mis en place des TD ou des exercices d'écritures crées *ad hoc* ; c'est le cas, par exemple, d'une formatrice en soins infirmiers qui a demandé à ses étudiant.e.s de commenter la phrase « un nouveau patient est comme une nouvelle planète ». Enfin, dans d'autres cas encore, l'écriture réflexive a été envisagée comme un outil de support pour une étudiante, future auxiliaire de puériculture, en difficulté scolaire ; cette étudiante a alors été accompagnée par une proposition d'écriture réflexive concernant son expérience.

Dans ces trois cas, les finalités poursuivies par les étudiant.e.s du master dans le cadre de leurs fonctions de formateurs.rice.s ont été multiples : *in primis*, l'écoute attentive des documents déjà fournis ou spécifiquement produits par les futurs.e.s professionnel.le.s de santé a permis de les mieux connaître et de comprendre comment il.elle.s se situent à un niveau personnel par rapport à leurs études, ainsi que de suivre la construction de leur identité professionnelle. Par ailleurs, c'est dans cette perspective qu'un exercice

d'écriture réflexive a été proposé à une étudiante : afin d'améliorer l'accompagnement d'une apprenante en difficulté scolaire.

En général, les étudiant.e.s du master mettent en avant leur volonté, en tant que formateur.rice.s, d'améliorer leur relation avec leurs étudiant.e.s : ceci est un des objectifs que la médecine narrative se donne dans le contexte du soin ; il est donc intéressant de réfléchir au parallélisme possible entre le monde du soin et celui de la formation et, en particulier, entre le binôme professionnel.le.s de santé / patient.e et formateur.rice / étudiant.e.

Les mouvements de l'attention et de la représentation, reconnaissant un rôle actif à chacun des participants à la relation de soin – ou de formation – permettent « une activité du soigné lorsqu'il est 'l'objet' même d'une relation par laquelle il devient un sujet, et une vulnérabilité du soignant, lorsque son activité, bien loin d'être absolue ou toute puissant, le renvoie aux soins qui seuls l'ont rendue possible et dont il a, dans un autre temps, lui aussi fait l'objet » (Worms, p. 250), c'est-à-dire que chacun des participant.e.s à la relation est en mesure de se mettre en jeu en tant que personne, et non seulement en tant que patient.e ou étudiant.e, professionnel.le de santé ou formateur.rice.

7 Éléments de réflexion

Les exemples fournis par les formateur.ice.s des professionnel.le.s de santé des possibilités d'inscrire la médecine narrative dans leur pratique professionnelle démontrent que cette approche ne fournit pas seulement des outils pédagogiques adaptés à supporter leur travail de formateur.ice.s, mais peut aussi intervenir dans un certain nombre d'autres situations afin de permettre une réflexion sur l'expérience de la maladie et la pratique des soignant.e.s ou des formater.ice.s. Nous pouvons interpréter ces usages en évoquant la réflexion du philosophe Bernard Honoré à propos des différentes significations qu'on peut attribuer au mot « soigner » : Honoré souligne que soigner peut indiquer porter secours, aider, accueillir, ou encore soigner peut se référer à veiller sur quelque chose, à porter de l'application à ce qu'on fait (Honoré, 2016, p. 15). Dans tous ces cas, « soigner se rapporte aux autres et à soi-même (Honoré, p. 9) : « C'est la notion de s'occuper de quelqu'un dans la situation où il se trouve et selon une certaine idée de ce qui est bon pour lui, de ce qui lui convient » (*Ibidem*). C'est peut-être dans ce dernier constat que l'enseignement de la médecine narrative auprès des formateur.ice.s des professionnel.le.s de santé trouve tout son sens : dans l'engagement dans une relation qui permet de (re)connaître l'autre, non seulement en tant que patient.e ou apprenant.e, mais en tant que personne, avec ses valeurs, ses besoins, ses désirs... dès cette (ré)connaissance il devient possible de s'occuper de quelqu'un, en respectant la situation particulière qui est la sienne ; et le soin est donc « adressé », c'est le soin qui est bon pour lui, en ce moment particulier.

7.1 Les limites de l'étude

La première limite de cette étude tient principalement au faible nombre de travaux sur lesquels se base notre travail. Par ailleurs, si l'hétérogénéité de la promotion permet de faire émerger les possibilités d'adapter les outils de la médecine narrative aux formations de différent.e.s professionnel.le.s de santé et à différents contextes de formation (instituts de formation, stages), elle s'avère être un obstacle lorsqu'il s'agit de comparer les initiatives proposées dans des contextes différents.

La deuxième limite est liée au contexte même de production de notre *corpus* : nous rappelons qu'il s'agit de travaux rédigés en vue de l'évaluation du cours « Le travail du soignant » ; la consigne invitait les étudiant.e.s à réfléchir à l'utilité et à la possible intégration des outils vus en cours dans leur pratique professionnelle : la réalisation pratique d'une expérience de médecine narrative n'était donc pas demandée, même si plus de la moitié des étudiant.e.s a mis en pratique, au moins en partie, l'expérience décrite. Par conséquent, des éléments concernant l'effective mise en place de l'expérience pourraient avoir été négligés ou sous-estimés. Ainsi, cette étude est à considérer comme une démarche prospective dont les résultats encourageants invitent à la reproduction de l'expérience et à de nouvelles évaluations.

8 Discussion

La question de l'évaluation de cette formation et, plus en général, de tout formation à la médecine narrative mérite une réflexion ultérieure. En effet, si le nombre de formations s'appuyant sur la médecine narrative se multiplie, les modalités de leur évaluation restent encore à discuter.

Une revue de la littérature existante a été consacrée récemment à l'analyse des différents modèles d'enseignement de la médecine narrative et à leurs résultats. Cette revue de littérature, malgré ses limites, montre que la médecine narrative est un outil pédagogique efficace avec un impact positif sur la pratique, la connaissance et les compétences des étudiant.e.s en santé et, en particulier, elle permet une meilleure compréhension de la perspective des patient.e.s et augmente la capacité réflexive des soignant.e.s sur leur propre pratique.

En ce qui concerne la France, l'entrée de l'enseignement de la médecine narrative à l'université s'est faite récemment : introduite de façon optionnelle en 2009 à l'Université Descartes de Paris, le cours de médecine narrative est devenu obligatoire en 2013 pour les environ 400 étudiants en DCEM2, avant de disparaître à nouveau. Cette formation a été évaluée par un questionnaire de satisfaction rempli par les étudiant.e.s participant aux cours (Goupy & Le Jeunne, 2016, p. 140). Cette évaluation basée sur une méthode quantitative pourrait paraître en contraste avec la visée de la médecine narrative de valoriser le récit ; pour cette raison, dans le cadre de notre étude, nous avons préféré une méthode d'analyse des données quantitatives basée sur des travaux rédigés des étudiant.e.s. Tout en soulignant, encore une fois, la différence des contextes d'enseignement et des finalités de la médecine narrative, nous estimons que l'introduction d'une méthode d'évaluation qualitative complémentaire aux méthodes quantitatives déjà utilisées (par exemple, basée sur l'analyse des retours réflexifs des professionnel.le.s de santé sur les éventuelles évolutions de leurs pratiques) pourrait être fructueuse pour évaluer plus précisément l'impact de cette approche.

9 Conclusion et perspectives

Toutes les études évoquées ci-dessus ont été réalisées auprès de soignant.e.s : la question de la formation des formateur.ice.s des professionnel.le.s de santé n'est pas évoquée et il n'existe pas, à notre connaissance, des expériences ou des études similaires en France. L'originalité de notre travail, avec toutes les limites évoquées, réside donc dans l'extension

du domaine de diffusion et de mise en pratique de la médecine narrative : donner aux soignant.e.s en formation ces outils, leur permettrait, une fois sur le terrain, de recevoir les récits des personnes malades, de mieux comprendre leurs expériences, de reconnaître leurs besoins – mais aussi leurs savoirs ; leur posture viendrait alors se modifier, en permettant une reconfiguration de la relation thérapeutique et le passage d'une prise en charge du patient à l'accompagnement de la personne.

Nous avons démontré la pertinence de l'usage de la médecine narrative dans ce contexte et nous espérons avoir ouvert une piste fructueuse pour enrichir la formation des formateur.ice.s des professionnel.le.s de santé dans le domaine de la prise en soin personnalisée de la personne malade.

10 Références bibliographiques

Canguilhem, G. (1943/2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Ceserani, R. (2010). *Convergenze. Gli strumenti letterari e le altre discipline*. Milan : Bruno Mondadori, 115-129.

Charon, R., Dasgupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, ER., Rivera Colon, E., Spencer, D. et Spiegel, M. (2016). *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford : Oxford University Press.

Charon, R. (2006/2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris : Sipayat.

Charon, R. (2001). Narrative Medicine – A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, *286*(15), 1897-1902.

D'Ivernois, JF. (2012). *L'éducation du patient en France : bilan des pratiques, perspectives d'évolution*. Paris : Maloine.

Goupy, F. et Le Jeunne, C. (2016). *La médecine narrative – Une révolution pédagogique ?* Paris : Éditions Med Line.

Honoré, B. (1983). Vers une conception globale de la formation pour une évolution des pratiques hospitalières. In L. Mehl et B. Honoré (Eds), *Former à l'hôpital – Pour une évolution des pratiques hospitalières* (p. 15-92). Toulouse : Privat.

Honoré, B. (2016). *Soigner, former, se former – Cultiver ensemble les possibilités de la vie*, Paris : Séli Arslan.

Lewis, B. (2011). Narrative and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*, *24*, 489-494.

Milota, M. M., Van Thiel, G. J. M. W. et Van Delden J. J. M (2019). Narrative medicine as a medical education tool : A systematic review. *Medical Teacher,* 41(7), 802-810.

Nal, E. (2017). Enjeux du récit dans la formation des professionnels de santé. *Éducation, Santé, Sociétés, 3*(2), 19-31.

Niewiadomski, C. (2016). *Recherche biographique et clinique narrative : entendre et écouter le sujet contemporain*. Toulouse : Érès.

Parayre, S. (2017). Introduction : les formations en éducation en santé : les chemins vers la trans-formation des identités professionnelles. *Éducation, Santé, Sociétés, 3*(2), 7-16.

Parent, F. et Jouquan, J. (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Rossi, S. (2018). La narration dans la formation des professionnels de santé travaillant avec des personnes atteintes de démence : quel(s) usage(s) ? *Éducation et socialisation*, 49.

Tourette-Turgis, C. et Thiévenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, *35*, 11-50.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin À quoi tenons-nous ?* Paris : Presses Universitaires de France.

Références institutionnelles

Collège des humanités médicales (COLHUM). En ligne : https ://colhum.hypotheses.org (07/07/2019).

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En ligne : https ://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id (07/07/2019).

Annexe 1

Grille d'analyse d'un récit (Goupy et Le Jeunne, 2016, p. 27)

Cadre	Contexte ; source et destinataire ; environnement
Forme Genre : Narrateur : Métaphore : Diction :	Prose, poésie, drame, prière, document légal... « Je », « il » ; statut (expert, victime...) Image dominante ? Sérieux, emphase, froideur, plaidoyer...
Temps	Passé, présent... ; durée ; retours en arrière.
Intrigue	Ce qui se passe : recherche, chaos, restitution ?
Désir	Quel sens l'auteur veut-il donner à son récit ?

Annexe 2

Extrait du travail remis par un.e étudiant.e en M2

Présentation du témoignage :

J'ai choisi pour traiter cet exercice de médecine narrative, le récit d'un patient ayant présenté une pancréatite aiguë grave.

Infirmière en réanimation, ce témoignage est pour moi très intéressant à double titre. En effet, au cours de mon exercice professionnel, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de traiter ce type de patient. Les rapports qui s'établissent avec les familles sont valorisants, nous les accompagnons dans les moments d'angoisse au début de la maladie mais aussi au fur à mesure de la guérison. Il se crée au fil des semaines, des liens de connivence ou de complicité dans ces moments passés autour du lit du patient. Mais qu'en est-il du ressenti de celui-ci ? Il existe peu de témoignage de patient sur leur vécu en réanimation. D'autre part, un de mes proches a fait à son tour, l'expérience de cette maladie. Alors que nous nous réjouissions de sa sortie de l'hôpital, ces jours n'étaient plus en danger... Il était assailli par le souvenir de cauchemars qui lui semblaient d'une réalité criante. Le temps passé dans le coma et les événements qui s'étaient produits pendant ce laps de temps étaient pour lui source de malaise et d'incompréhension. Mes conversations avec lui ont été pour moi source d'enseignements car toute à la joie d'avoir participé à sauver la vie organique des patients, je ne mesurais pas ce qu'il en était de leur vie psychique. Ce témoignage est pour moi l'occasion de réflexivité pour améliorer ma pratique et mieux comprendre les attentes et ressenti des patients afin de leur apporter la meilleure réponse possible, plus personnalisée et favoriser un mieux être quant à la vie de relation.

Méthodologie :

Je vais donc procéder à une analyse de ce témoignage à partir des outils de la médecine narrative tels que formalisés par Rita Charron (2006).

[Présentation de la médecine narrative et l'analyse du récit basée sur la grille de Rita Charon]

Conclusion :

Le narrateur a écrit son vécu après une maladie grave marquée par un long séjour en réanimation, suivi d'un séjour en centre de rééducation. Ce récit a pour but de soulager ces maux et aussi par son témoignage de remercier les gens qui l'ont aidé lors de ce parcours. Il exprime à plusieurs reprises au cours de son hospitalisation comme la parole libère, lui qui, porteur d'une trachéotomie, a été privé de la parole pendant plusieurs semaines. Son témoignage interroge sur la place qui est laissée au « care » dans des services de réanimation. En effet, si on est attentif au bien être physique des patients, que dire de leur santé psychique ? Le coma nourrit des cauchemars qui les habitent parfois longtemps mais ils ne peuvent en parler en raison « du tube de trachéotomie qui me perçait la gorge » [...], « le fameux tuyau, empêcheur de tourner en rond ». L'écriture est impossible car il souffre souvent de la paralysie de réanimation. Quelle place peut-on laisser à des biographes hospitaliers ? Les transmissions se doivent d'être courtes, concises mais ne pourraient-elles pas être l'occasion de laisser une trace écrite qui pourrait être remise au patient pour combler les lacunes du coma et parfois effacer les cauchemars ?

