

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Vendredi 23 novembre 2018, de 09h00 à 10h40

Modérateurs :

Laurence COMPAGNON et Christian GHASAROSSIAN, CNGE Collège Académique

Intervenants :

Alain JAMI, Faculté de médecine de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Claire LE JEUNNE, Hôpital Cochin

Anas TAHA, UPEC de Créteil, Président du Syndicat national des généralistes enseignants

Plénière Pédagogie : Ecriture clinique, RSCA, médecine narrative	2
Session animée par Laurence COMPAGNON et Christian GHASAROSSIAN	
I) Définition de la médecine narrative	6
II) Notre expérience	7
III) La satisfaction des étudiants	8
Film de Claude Lelouch	15
Questions de la salle	20

Plénière Pédagogie : Ecriture clinique, RSCA, médecine narrative

Christian GHASAROSSIAN

Vous vous demandez peut-être ce que vous avez à gagner à venir à cette plénière pédagogie, après des soirées conviviales qui sont naturelles dans ce type de congrès en ce jour très important du vendredi noir, si Vincent RENARD est dans la salle. Vous vous demandez ce que cette séance va pouvoir vous apporter. Le secteur pédagogie du bureau du CNGE, c'est-à-dire Laurence COMPAGNON et moi-même, a décidé de thématiser la séance de la plénière pédagogie du congrès national du CNGE sur l'écriture clinique. La séance s'intitule donc « Écriture clinique, médecine narrative, RSCA ».

Nous avons vu hier, dans la grande plénière, que des gens très importants qui se revendiquent du ministère de la Santé remettent encore en question l'intérêt pédagogique des travaux d'écriture clinique. J'espère qu'en sortant de cette séance, vous ne vous poserez plus aucune question sur l'intérêt pédagogique et l'intérêt tout court de faire écrire les étudiants, de faire faire de l'écriture clinique, que ce soit la médecine narrative ou le récit de situations complexes et authentiques.

Pour arriver à vous démontrer l'intérêt de l'écriture clinique, j'introduirai la problématique sur le plan pédagogique. Mais, il m'a été demandé de sortir de mon champ habituel de la pédagogie et d'essayer d'aborder à la fois des champs philosophiques et psychanalytiques, pour essayer de montrer l'intérêt d'avoir un regard plus global sur l'intérêt de l'écriture clinique.

Très vite, nous reviendrons sur des choses très pratiques, et j'ai la grande joie de vous présenter le Professeur Claire LE JEUNNE, Professeur de thérapeutique à l'Université Paris Descartes, chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin à Paris, et qui, dans ma faculté, a introduit depuis un certain nombre d'années ce que l'on appelle « la médecine narrative » pour les étudiants du second cycle. Elle va nous expliciter ce que représente cette médecine narrative, et comment – à une époque où l'on revendiquait l'enseignement par la connaissance – la médecine narrative a été introduite à Paris-Descartes, une faculté rigoureuse sur le plan scientifique.

À ce moment-là, nous prendrons un peu de temps pour dialoguer avec vous. Ensuite, nous aurons la grande joie d'entendre Laurence COMPAGNON nous expliquer et nous refaire l'histoire du récit de situations complexes authentiques en bonne filiation de Claude ATTALI qui, pour les plus anciens, vous le savez, nous avait, il y a un certain nombre d'années, amené ce délire de l'écriture clinique, en disant que cela était fondamental pour faire travailler les étudiants. Et en tout cas, tel qu'on l'a annoncé dans le premier test de médecine générale dans le cadre de l'approche par compétences, la place de l'écriture clinique était fondamentale. Nous reviendrons sur l'historique. Les plus jeunes découvriront peut-être un certain nombre de choses, notamment que cela ne vient pas *comme ça*, comme on l'entend sur des tweets, sur Internet, à savoir que *les enseignants de médecine générale sont arc-boutés sur ces RSCA et que faire ce type de travaux est terrible, très douloureux et très difficile pour les enseignants et les enseignés*.

Ensuite, nous avons eu la chance d'avoir une équipe qui a réalisé un court-métrage de 20 minutes, un film qui va nous expliciter l'intérêt des échanges entre enseignants et enseignés autour de l'écriture clinique et du RSCA en particulier. Nous prendrons également un peu de temps pour dialoguer entre nous, sur la manière de repréciser les choses, sur la place du RSCA dans l'enseignement et dans le DES de médecine générale.

Puis, nous concluons avec Anas TAHA, qui, en dehors du fait d'être le Président du Syndicat national des généralistes enseignants, lui-même passe du temps à faire quelques travaux d'écriture. Nous verrons donc quel est le rapport de ces travaux d'écriture avec cette plénière pédagogie sur l'écriture clinique.

J'espère que ce programme vous va et que vous interviendrez de manière très active pour cette plénière.

1) L'écriture clinique

Bien sûr, je vais dire des choses qu'un grand nombre d'entre vous connaissent : quelle est la validité, quel intérêt sur le plan pédagogique de l'écriture clinique ? Je prends l'écriture clinique dans son sens large. L'écriture clinique est considérée comme un moyen au service de l'analyse des pratiques et quand Claude ATTALI nous a lui-même apporté ce concept, cet outil, il nous a cité Cifali, 1998, un certain nombre d'écrits montrant l'intérêt de l'écriture clinique au service de l'analyse des pratiques professionnelles.

L'écriture clinique consiste, à travers un écrit personnel, à expliciter sa démarche réflexive sur sa pratique réellement vécue. Et donc, nous voyons là que quand les internes nous font des travaux d'écriture dont eux-mêmes n'étaient pas forcément en situation de responsabilité, cela a certes un intérêt, mais celui-ci est moindre que lorsqu'ils sont dans une situation professionnalisante, où qu'ils ont réellement vécu et géré la situation.

Nous verrons qu'il existe d'autres modes d'écriture clinique où, par exemple, les externes ont été témoins et non forcément acteurs, mais qu'ont-ils perçu de cette situation dont ils ont été les témoins ?

L'écriture clinique, c'est un moyen de réflexion après l'action. Le passage par l'écriture permet non seulement de faire une analyse des pratiques, mais également de construire son identité. Nous le verrons peut-être plus à travers le film et après les promesses qu'Anas TAHA pourra peut-être nous tenir avec un certain nombre d'écrits.

Cet outil permet d'aborder la complexité. En effet, vous le savez, former nos internes à prendre conscience à la fois de la complexité des situations dites *vives* et à essayer de régler les problèmes complexes des patients constitue un enjeu essentiel dans notre DES. En somme, l'écriture clinique est un outil qui encourage la pratique réflexive, et à cet égard, un certain nombre de littératures pédagogiques confirment cela.

Je n'ai pas cette compétence d'avoir l'abord forcément philosophique ou psychanalytique, mais je suis allé regarder, j'ai essayé de m'instruire. Dans le secteur pédagogie du bureau du CNGE, auparavant nous étions un ou deux, et aujourd'hui, une équipe s'est constituée avec des jeunes qui sont arrivés. Les jeunes sont souvent extraordinaires, dépassent souvent les aînés. Pour ma part, j'ai été longtemps impressionné par un des jeunes qui a rejoint notre groupe. Son nom est Xavier GOCKO. C'est un *petit jeune* qui a apporté énormément de choses aux travaux du secteur pédagogie. Et je me suis dit qu'il n'y avait pas de raison : s'il y arrivait, j'essaierais de le copier. Merci Xavier de m'en avoir donné les moyens.

Nous allons remonter jusqu'à Descartes. Paris-Descartes : je ne pouvais pas ne pas commencer par Descartes.

Descartes a initié la philosophie du sujet, *je pense, donc je suis*. Cela a permis d'identifier le sujet comme un principe de réalité, en amenant le dualisme, la séparation de l'esprit et du corps. Mettons cela de côté et nous voyons comment nous cheminons dans ce parcours philosophique.

Ensuite, il faudra attendre Husserl, qui, dans le cadre de la phénoménologie, a introduit l'inter subjectivité. L'inter subjectivité, c'est réfléchir sur la relation entre les consciences. Certes, à l'image de notre faculté, Descartes est un élément important, mais il n'est pas suffisant. Il fallait aller plus loin et Husserl, avec cette inter subjectivité, a amené une notion qui arrive un peu plus à comprendre la problématique de l'analyse des situations et des problèmes.

Il a manqué un autre élément qui est l'empathie. Maintenant, on utilise l'empathie partout en médecine générale, mais en médecine, *en général*, on dit qu'il faut être empathique avec le patient. Et là, au-delà de la connaissance de l'alter ego, Husserl a

permis de penser qu'on pouvait se mettre à la place d'autrui. Interpréter son vécu psychique et son comportement, c'est essayer de faire à l'autre que l'on aimerait que l'on nous fasse, c'est essayer d'être en phase avec l'autre qui est en face de nous. Cette dimension de la conscience du *je* de l'intersubjectivité ainsi que l'empathie nous permettent de cheminer vers notre sujet.

Ensuite, il y a eu Kant qui a amené la notion que l'on peut penser pour soi, mais qu'il est aussi important de se mettre à la place de tout autre. Il a donc développé la notion de *pensée élargie*.

Levinas, qui a introduit la problématique de la responsabilité première de l'éthique, la crainte de la mort d'autrui, a été également une autre étape qui enrichit un peu notre parcours.

Ensuite, il faut citer, à mon avis, l'apport de tout ce qui est littérature et médecine, en particulier l'École formaliste russe des années 1950, qui a introduit la notion qui a développé la notion de la *narratologie*. En France, nous avons eu Ferdinand de Saussure. L'un de mes collègues m'a dit : attention, Ferdinand de Saussure n'était pas seulement un philosophe, mais aussi un grand alpiniste et il a été l'un des premiers à monter au Mont-Blanc. Nous voyons donc que son objectif était d'atteindre les hauteurs, tel que le CNGE essaye de l'atteindre. En fait, la narratologie a surtout apporté le fait de construire les éléments constitutifs du récit, et d'essayer d'établir le cadre de ce récit.

Je continue. Vous connaissez tous le modèle bio psychosocial d'Engel. L'approche centrée patient est bien sûr au cœur de notre modèle de réflexion. On ne peut pas parler de philosophie sans citer Paul Ricoeur, surtout avec le Président actuel de la République. Que dit Ricoeur ? Il dit qu'à travers le récit, non seulement l'être humain appréhende l'univers et les autres, mais il construit sa personnalité. Mais l'élément important n'est pas seulement le fait de percevoir *comment il ressent les choses*, mais *comment il se construit*, d'où peut-être la notion, dans la référence pédagogique, que cela permettait de construire l'identité professionnelle.

Les conditions de la reconnaissance de l'autre. L'élément important le suivant (nous revenons à l'insuffisance de la pensée de Descartes ou l'insuffisance d'une médecine très scientifique basée sur le physio pathologique centré sur le corps) : lorsque l'on est centré sur le corps-objet, on n'arrive pas à sentir les problématiques, on n'arrive pas à les percevoir. Par conséquent, cela introduit notre compétence *de la marguerite* de l'approche globale du patient.

Longtemps en science, on a essayé de dire qu'il fallait mettre de côté ses émotions et que seul le raisonnement était important. Il y a une quinzaine d'années, Antonio Damasio a écrit *L'erreur de Descartes*, ouvrage qui montrait que l'importance de ressentir et d'exprimer ses émotions faisait partie des rouages de la raison. Derrière cela, vous connaissez tout le développement qui a eu sur les écrits, sur l'intelligence émotionnelle et ce que cela peut apporter comme aide à la décision et au raisonnement.

Nous terminons par l'herméneutique, l'analyse des phénomènes impliqués dans l'interprétation des textes et des événements, qui répond à trois fonctions : le langage, la traduction, le commentaire. Là encore, je vais citer Ricoeur, car j'ai besoin d'être bien vu par les hautes instances. *J'interprète la réalité en parlant, et le langage n'est pas secondaire. Il est premier. Il est à l'origine de l'être*, disait Ricoeur. Heidegger disait même que *le langage est la maison de l'être. Il manifeste l'historicité et la finitude de la condition humaine*. Je m'arrête, ne vous inquiétez pas.

Revenons aux anciens Grecs. Ces derniers n'avaient pas développé toute la philosophie qui est venue après, mais quand même, Aristote disait *que le ressenti d'une maladie s'exprime différemment selon les individus*. Et c'est l'individu qu'il faut guérir et pas la maladie (c'est moi qui le dis).

Enfin, Ricoeur a permis de définir la reconnaissance réflexive de soi, l'identité de soi, et donc l'identité narrative. Cela me permet de dire que le travail d'écriture clinique, dans

cette identité narrative, va permettre aux cliniciens, aux praticiens, de l'enseigner, de pouvoir, avec son identité, exprimer ses émotions, ses ressentis, au travers les situations qu'il rencontre et essayer de construire son identité professionnelle à travers cet écrit.

Nous ne pouvons pas terminer ce chapitre un peu *sciences humaines*, sans parler de la psychanalyse. Vous savez que l'élément important de la psychanalyse et la force du récit, c'est parfois aussi d'exprimer les éléments qui interviennent dans cette relation, avec la notion de transfert et des affects. Dans les caricatures que l'on entend parfois de la part des étudiants qui disent que, *dans le RSCA, il faut écrire ce que tu ressens, essayer de dire comment tu étais, comment tu étais fatigué, ce qu'il s'était passé*. Parfois, il y a une espèce d'hypertrophie, mais avec un détournement de ce que l'on a essayé d'expliquer en disant : « Essayez d'exprimer ce que vous ressentez face aux situations. Comment les avez-vous vécues ? Que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui a fait que vous avez senti ce patient pénible ? Pourquoi était-il pénible pour vous ? » Tous ces éléments peuvent venir de cela.

La force du récit est un travail de liaisons psychiques, c'est donner du sens, parfois en changer, disait Freud.

Lacan a développé le rapport du signifiant et du signifié qui reflète le modèle du système conscient et inconscient. Et la psychanalyse dit que la construction de récits successifs permet un excès intuitif à des contenus latents ou inconscients. En discutant entre nous, nous disions donc que parfois, des étudiants mettent dans les écrits des choses qu'ils n'avaient jamais osé dire auparavant, à travers des situations rencontrées autour des patients. Voilà pour mon propos. J'espère que ce silence ne traduit pas un endormissement de la salle, mais l'intérêt au vu de cette introduction. Je vais laisser la parole à deux de mes collègues qui vont vous parler de deux exemples d'écriture narrative clinique : la médecine narrative avec Claire LE JEUNNE, puis le RSCA avec Laurence COMPAGNON.

Je vous remercie de votre attention.

Professeur Claire LE JEUNNE

Merci Christian pour cette invitation, afin de parler d'un sujet que nous avons essayé d'implémenter à Paris-Descartes il y a quelques années, et dont je vais vous faire l'historique.

Christian a parlé de la médecine narrative qui venait de l'école russe dans les années 1950. En fait, ce qui nous a inspirés, et je rends également hommage à François GOUPY, coauteur de cette présentation. C'est sa rencontre avec Rita CHARON, une interniste à Columbia à New York, qui est à l'origine du concept de « médecine narrative » tel qu'il est perçu aujourd'hui. Rita CHARON est une femme médecin, au départ interniste, qui s'est rendu compte que, finalement, il existait une lacune, un manque dans le déroulé des études médicales et que l'on était très centré sur l'*evidencebased medicine* et un peu moins centré sur le patient. Elle a fait des tas de travaux de littérature, a passé une thèse de sciences de littérature, et évidemment, nous ne sommes pas du tout dans cette optique. Mais à partir de là, à partir de notions qu'elle a développées, cette forme d'enseignement aux étudiants, d'un certain temps de pause, d'un certain temps de réflexion sur leurs pratiques nous a paru importante.

Nous allons suivre le plan suivant :

- Une définition.
- Notre expérience.
- La satisfaction des étudiants.

II) Définition de la médecine narrative

Rita CHARON, je vous en ai parlé, avait une certaine emphase, en disant que les patients s'offraient comme des textes quand ils racontent leur histoire. Deux aspects de la médecine narrative.

- L'écoute attentive est un temps très important, car les patients se plaignent très souvent de ne pas arriver à dire un mot en consultation, car ils sont coupés et n'ont pas le temps de s'exprimer.
- Pour la santé des patients, raconter leur histoire, raconter une histoire est un bénéfice thérapeutique certain.

Comment Rita CHARON définit-elle la médecine narrative ?

Elle définit la médecine narrative comme la compétence de reconnaître, d'absorber (d'interpréter soi-même), d'être ému par les histoires des patients. C'est l'ensemble de ces étapes qui vont arriver à définir une médecine par la narration, que ce soit par l'écoute ou par l'écriture.

Christian vous a parlé de « littérature et médecine ». Rita CHARON dit que c'est un *cousin germain*, dans le sens où, effectivement, on ne demande pas d'écrire des textes littéraires à tout bout de champ, mais que d'un autre côté, par une écriture un peu approfondie, on arrive à être un peu plus centré sur le patient et un peu moins technicien.

Son hypothèse, dont je vous parlais en introduction, est qu'elle trouvait qu'il manquait aujourd'hui à la médecine cette transparence-empathie, qui peut être apportée par une formation à la compétence narrative, et c'est ce qu'elle a souhaité développer. Je pense que devant une assemblée de médecins généralistes, on est moins dans cette problématique, vous êtes moins dans la médecine hyper technicienne de certains de nos collègues hospitaliers. Mais, il est certain qu'il y a énormément de reproches, et lorsqu'ils sont hospitalisés, les patients disent dans leurs avis de satisfaction qu'ils ont eu de très bons soins techniques, mais que la partie humaine n'était peut-être pas forcément extrêmement développée.

Aujourd'hui, le temps consacré au patient, à son histoire dans sa prise en charge, diminue considérablement. Nous n'avons pas toujours le temps, on est pressé, on est pressurisé pour être rentable, pour être plus efficace, parce qu'il y a moins de médecins, pour des raisons que vous connaissez tous. À cet égard, une étude qui reste assez marquante dans le temps est cette étude déjà ancienne (mais nous pourrions commencer) selon laquelle, en moyenne, au bout de 18 secondes, un patient est coupé quand il commence à raconter son histoire, car déjà, les premières questions tombent en rafale et par conséquent, il n'a plus qu'à répondre « oui », « non » ou « presque », sans pouvoir exprimer son ressenti.

La médecine narrative ouvre la porte à l'expression par le patient de son ressenti et de l'interprétation qu'il a de sa maladie. Dans ce temps d'écoute initial, avant même l'interrogatoire et avant même l'examen clinique, c'est lui qui va sceller cette entente, cette relation médecin patient. En fait, à l'arrivée, c'est "*asseyez-vous, racontez-moi ce qu'il vous arrive*" et au-delà des symptômes, le patient va raconter une histoire, et c'est cette histoire qu'il faut entendre.

Les mots-clés sont donc :

- reconnaître à travers le récit la problématique du patient ;
- savoir emmagasiner ce qu'il nous dit, sans pour autant faire un *burn-out* total et être tellement submergé par les histoires des patients que l'on n'y arrive plus ;
- décoder, dans l'ambiguïté des propos du patient, des failles et essayer de percevoir ce qu'il se passe au-dessous ;
- être ému au sens *empathique*, et non pas au sens *porter toute la misère du monde sur les épaules*.

Après avoir vu Rita CHARON et ce qu'il se passait aux Etats-Unis et après avoir essayé de transposer sur une version française, comment a-t-on décidé de pratiquer ? Nous nous sommes dit qu'il y avait deux façons de faire :

- une lecture attentive de documents de patients, de textes, d'écrits tournant autour de *médecine et patients*, voire de commentaire de tableaux, ce qui est un moment assez riche pour les étudiants dont ils sont très demandeurs.

Dans les facultés aujourd'hui, quelques optionnels se montent pour aller faire des visites commentées de tableaux qui dépeignent des pathologies ou des visages. Pour faire « exprimer », cela est vraiment très apprécié des étudiants.

- une écriture réflexive, qui est la narration d'une expérience vécue, avec le recul sur cette même expérience. Il s'agit donc d'un récit interprétatif.

Concernant la médecine narrative, Rita CHARON dit : « Après avoir intégré cette notion de médecine narrative, j'écris beaucoup plus sur mes patients que je ne l'avais jamais fait, ce qui confirme que l'écriture révèle des choses que nous savions, sans savoir qu'on le savait ». Il s'agit effectivement de juste objectiver la pratique pour certains. Lorsque les patients demandent un rendez-vous, j'encourage explicitement de leur dire (nous savons qu'ils sont un peu en errance) : « Écrivez votre parcours et venez avec en consultation ».

III) Notre expérience

À Paris Descartes, à partir de tous ces concepts, comment avons-nous essayé de faire ? Nous nous sommes dit qu'effectivement, on leur apprenait énormément de choses, des contenus très scientifiques et des mutations génétiques qu'ils ne retiendront jamais, et pour autant, on ne leur apprend peut-être pas à se poser la question : *quel sera leur métier ?*

Au départ, nous avons commencé en optionnel, car il était évident que cela ne pouvait pas être un enseignement pour tous. Ces optionnels ont été créés en 2009-2010, avec au départ, des étudiants qui étaient volontaires pour faire des ateliers d'écriture. Puis, de fil en aiguille, les ateliers se sont développés et nous avons décidé de faire une expérience pédagogique sur toute la faculté. En quatrième année de médecine, tous les étudiants ont donc participé à cette expérience. Ils ont été prévenus. Nous avons fait des groupes randomisés (dont je vais vous parler) et nous avons fait une expérience pour essayer de voir si, en fonction de ce qu'on leur proposait, on pouvait améliorer leur empathie et la satisfaction des patients.

Sachant que le premier cycle des études de médecine comprend très peu d'enseignement (un peu de psychologie médicale, un peu d'éthique qui est maintenant évalué sous forme de QCM), nous avons donc commencé des optionnels en deuxième cycle, en D2 et en D3 (20 heures).

Il y a donc eu un tirage au sort avec 400 étudiants (toute la faculté y a participé), lesquels ont été répartis en quatre modules, avec dix heures de cours et dix heures d'ateliers d'écriture (c'étaient des ED de 2 heures en moyenne).

Finalement, le critère *satisfaction des patients* qui avait été choisi initialement ne nous a pas paru forcément le bon. Et le deuxième critère était *a-t-on amélioré l'empathie des étudiants à travers cette formation et finalement la satisfaction de cet enseignement ?*

Les cours proposés tournent donc autour de la définition de la médecine narrative et de la narratologie, l'empathie, l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine. Ces cours sont devenus maintenant des cours quasi obligatoires. Concernant les ateliers d'écriture, il s'agissait des mêmes 9 étudiants, toujours ensemble, avec le même tuteur. Au fur et à mesure de l'évolution, les cas étaient plus complexes et les étudiants ayant appris à se connaître (puisque'ils étaient tirés au sort et n'avaient donc pas d'affinité au départ) ont commencé à être plus entreprenants.

Nous partons donc d'une histoire simple, de « pourquoi avez-vous fait médecine ? et l'histoire de votre nom », jusqu'à « l'expérience personnelle ou familiale d'une maladie dans la famille, écrivez et racontez ». Ensuite, ils relisent intégralement ce qu'ils ont écrit. Ceux qui ne souhaitent pas le faire ne le font pas, et tout le monde s'engage à respecter ce que les étudiants ont dit, à ce que cela ne sorte pas de l'atelier et que la fac entière ne soit pas au courant d'une histoire l'X, Y, Z.

La fin, qui est assez intéressante. C'est l'histoire d'un interrogatoire médical d'une femme qui pense qu'elle a un Alzheimer. Nous demandons aux étudiants de regarder le film. Ensuite, chacun écrit ce qu'il a perçu, puis chacun relit son analyse. Il est assez intéressant de voir la façon dont les interprétations peuvent différer en fonction de la sensibilité de chaque étudiant.

Voici le schéma de l'essai, puisque cela a vraiment été un essai d'intervention. Il y avait donc un groupe qui était avec des ateliers d'écriture ou des lectures critiques d'articles, des témoignages de patients et des textes littéraires. Nous avons poursuivi l'expérimentation au-delà, pendant encore une ou deux années. Et puis en 2015-2016 et 2016-2017, nous avons mené une expérience conjointement avec les enseignants de médecine générale (Philippe ici) et une comparaison a eu lieu entre la formation à la relation thérapeutique et la médecine narrative, avec l'élargissement de l'éventail qui était proposé aux étudiants.

IV) La satisfaction des étudiants

La satisfaction des étudiants. Nous avons fait des ateliers avec des patients volontaires et les étudiants menaient un interrogatoire. Les patients qui étaient interrogés sur une maladie qui n'était pas la leur, mais qu'ils avaient préparée faisaient un feed-back sur leur perception de l'étudiant. Cela n'a pas apporté de choses absolument révolutionnaires, donc c'était plutôt un échec. Mais cinq ateliers peuvent-ils changer la face du monde ? Probablement pas.

Que s'est-il passé ? Il y avait un groupe témoin qui avait des lectures critiques d'article. Les résultats étaient en fonction des garçons et des filles.

Les filles se répartissent en Courbe de Gauss, de façon assez évidente, avec pour les groupes témoins, un degré de satisfaction qui est un petit peu plus à la moyenne. Les garçons sont à la moyenne, avec deux pics très différents :

- les opposants qui disaient : *mais pourquoi nous fait-on faire des trucs pareils, à quoi cela correspond-il ?*
- les autres qui étaient plutôt empathiques.

Lorsque nous comparons les groupes d'intervention qui ont fait les ateliers d'écriture, nous voyons quand même une amélioration dans leur perception de cette formation, avec toujours chez les garçons, toujours un groupe d'opposants (mais un peu moins) et un degré de satisfaction qui est quand même apparu de façon un peu plus importante que le groupe témoin.

Une certaine satisfaction des étudiants s'observe donc, avec des témoignages plutôt dubitatifs au début, mais ensuite :

- *finalement, j'ai trouvé ça très intéressant ; je pense que j'en sors grandi. Je comprends et j'écoute mieux mes patients et je me comprends mieux ;*
- *contre toute attente, j'ai finalement beaucoup apprécié ; la médecine narrative est maintenant devenue pour moi un véritable allié au quotidien dans la relation avec le malade ;*
- *merci de nous avoir permis.*

En conclusion, je voulais juste vous dire que, pour moi, c'est une technique pédagogique parmi d'autres, mais qui donne aux étudiants ainsi qu'aux enseignants un

temps de réflexion sur leurs pratiques. J'avoue que, quand j'ai animé des groupes, j'ai aussi pris un papier, un crayon et j'ai fait comme eux, et j'ai trouvé que c'était très intéressant.

Cela permet également aux étudiants de comprendre ce qu'est l'empathie et la juste distance à prendre dans leur futur métier. Car, il est vrai que, dans leur premier contact à l'hôpital, nous les percevons extrêmement touchés avec des patients graves. De plus, cela conforte, ou pas, les étudiants dans le choix qu'ils ont fait de leur métier, puisqu'aujourd'hui, en tant qu'enseignants, nous sommes assez frappés du malaise d'un certain nombre d'étudiants en médecine et de la remise en cause de leur choix. Je pense que c'est aussi une façon pour eux de se poser les bonnes questions.

Je vous remercie de votre attention.

Christian GHASAROSSIAN

Pour ceux qui veulent en savoir plus, voici un ouvrage édité sur la « Médecine narrative » par à la fois Claire LE JEUNNE et François GOUPY. Nous pouvons peut-être prendre une ou deux questions sur cette première partie, avant d'aborder les spécificités du RSCA.

Un intervenant

Bonjour. Par qui les cours sont-ils donnés ?

Professeur Claire LE JEUNNE

Les cours de la théorie de la pratique sont donnés François GOUPY qui a longtemps été à Columbia et qui est vraiment investi dedans. Le cours sur l'empathie est assuré par le psychiatre Cédric LEMOGNE. Nous avons également deux ou trois internistes psychologues (je ne le fais pas) qui ont participé depuis le départ à cela et qui sont présents dans les cours.

En revanche, les groupes de TD sont sur la base de volontaires qui ont en général suivi un séminaire de formation. Dans la mesure où cela repose sur un volontariat, c'est assez large. Sont présents des professeurs de littérature *pure et dure*, ainsi que des psychologues, des psychiatres et des médecins praticiens. Pour ma part, il m'est arrivé d'animer quatre groupes, et j'ai trouvé que cette expérience était extrêmement riche.

Un intervenant

Bonjour et merci de votre intervention, Madame, j'ai été ravi de vous écouter. J'aurais d'abord voulu faire une petite réflexion et ensuite vous poser une question. La réflexion, c'est qu'effectivement, au travers de ces travaux d'écriture, il faut savoir préciser l'intention. Et nous voyons qu'entre votre présentation sur cette médecine narrative, et vraisemblablement ce que va faire Laurence ensuite, les intentions ne sont pas les mêmes pour les enseignants, les évaluateurs.

Dans le cadre que vous avez précisé, vous nous avez dit vous être vous-même confrontée à cet exercice. Il me semble important que les enseignants eux-mêmes pratiquent l'exercice pour en comprendre les difficultés et pour en comprendre le sens, de façon à le partager avec les étudiants. Je crois que dans notre ambition depuis plus d'une dizaine d'années à faire écrire les étudiants, la vieille génération dont je fais partie ne s'est pas soumise à cet exercice, ce qui est, je pense, un élément de frein.

Par rapport à votre présentation, la question que je voulais vous poser concernait l'évaluation de l'empathie. En effet, vous avez parlé d'une *amélioration de l'empathie*. Quelle échelle avez-vous utilisée ? Et malgré tout, ces échelles de scores peuvent témoigner réellement d'une empathie en action plutôt qu'une empathie déclarée au travers d'un questionnaire.

Professeur Claire LE JEUNNE

Je partage totalement cette remarque. Nous avons utilisé le questionnaire de Jefferson, car il n'y en a pas 50 000. Et effectivement, ce questionnaire est traduit de l'américain, il a été « validé », mais il est vrai qu'il semble un peu obsolète et qu'il pourrait être actualisé. Je pense d'ailleurs que cela pourrait être un vrai travail. Moi-même, je n'étais pas non plus emballée par ce questionnaire, mais nous n'avons pas mieux.

Au début, lorsque nous avons expliqué aux étudiants ce que nous allions faire, que nous allions tirer des groupes au sort, etc., nous leur avons dit de remplir un questionnaire d'empathie. Ils se sont tous un peu sentis agressés dans leur intimité et certains d'entre eux étaient vraiment opposants. Bien sûr, nous avons respecté ceux qui ne voulaient pas remplir, car nous ne pouvons pas les obliger à le faire. On leur a expliqué *le pourquoi* et à la fin de l'expérimentation (vers la fin du trimestre), nous avons refait le même questionnaire d'empathie, et avons comparé les scores que vous avez vus à la fin.

Nous avons observé des améliorations pour certains, mais au global, elles n'ont pas été significatives. Mais je suis d'accord avec vous : par rapport à l'instant T et à l'empathie à l'action, il faudrait un observateur extérieur. En fait, il faudrait filmer les étudiants. Avec les fusions annoncées de Paris V et Paris VII, ainsi que le nombre d'étudiants qu'il va y avoir, je ne sais pas comment nous allons faire. Mais je pense qu'il faut poursuivre, pas forcément cela, mais quelque chose. Je pense que c'est indispensable.

Céline LAJZEROWICZ, Bordeaux

Je me pose souvent la question suivante : comment convaincre les étudiants de l'importance de l'écrit plutôt que du simple oral, plutôt que de la narration orale ?

Professeur Claire LE JEUNNE

Comment les convaincre ?

Christian GHASAROSSIAN

Peut-être allons-nous attendre la deuxième partie où vous aurez votre réponse. Nous vous le promettons.

Henri PARTOUCHE (à confirmer)

Merci, Claire, de cette présentation. Ce que je découvre dans la médecine narrative est quelque chose que nous n'avons pas complètement envisagé, et qu'il serait intéressant de développer au sein du CNGE : la narration du patient comme substrat d'études cliniques (car nous nous sommes centrés sur les médecins et les étudiants). Cela est très intéressant même d'utiliser la littérature comme Proust, pour n'en citer que certains. Donc, cet aspect nouveau que je découvre est, je pense, à développer dans notre DES.

Christian GHASAROSSIAN

Merci pour vos questions. Nous allons continuer cette plénière avec Laurence COMPAGNON qui va nous parler d'un outil : le RSCA.

Laurence COMPAGNON

Effectivement, il s'agit d'un autre exemple d'écriture clinique, un outil que beaucoup d'entre vous connaissent, pour lequel je fais juste un rappel d'historique.

L'année 2004 marque le début du DES la médecine générale qui devient une spécialité à part entière. À ce moment-là, à la manière dont nous allons nous y prendre pour évaluer les étudiants, comment nous allons essayer de comprendre comment évaluent leurs compétences, s'il existe des moyens de travailler avec eux sur ce qu'ils vivent en stage. Les RSCA étaient déjà utilisés à peu près à la même époque où Rita CHARON réfléchissait à la médecine narrative dans certains des MG français. Le RSCA qui n'était

peut-être pas aussi formalisé que maintenant, mais l'idée de faire écrire des étudiants sur leur vécu était déjà en place dans certains des DMG.

En 2004, lors de la mise en place du DES, Pierre LE MAUFF de Nantes a décrit l'intérêt de ces RSCA et manière dont il faudrait les structurer afin qu'ils soient intéressants en termes d'évaluation et de compréhension de ce qu'il se passe pour l'étudiant. Un certain nombre de travaux (outils, grilles) a donc commencé à se constituer dans une approche par compétences, pour essayer de réfléchir à ce qu'il se passe en situation de stage pour faire avancer les étudiants.

Une dizaine d'années plus tard, il a fallu faire un point. J'avais fait avec Matthieu ARIZA un travail sur les questions suivantes : que se passe-t-il dans les DMG ? que se passe-t-il dans les portfolios ? Quels sont les types de travaux d'écriture cliniques utilisés ? En effet, nous devions essayer de savoir ce que nous partagions, car, par rapport à tout ce que je faisais en pédagogie, je me rendais compte qu'il y avait beaucoup d'hétérogénéité. Cependant, un point ressortait de façon très claire : 29 des 35 DMG avaient mis en place un portfolio et 28 utilisaient les RSCA. Cela m'a donc vraiment paru être l'outil le plus partagé.

En 2017, lorsque nous avons travaillé sur ce que devait comporter un portfolio national, nous avons constaté la situation suivante :

- 33 DMG utilisaient les RSCA, soit la quasi-totalité ;
- les RSCA étaient obligatoires dans 30 DMG ;
- en moyenne, la demande était de 4 à 6 RSCA, sachant que cela allait de 0 à 12 selon les DMG sur la durée du DES ;
- une supervision de ces RSCA dans 32 DMG (cela signifie que l'on incitait parfois les étudiants à écrire, sans forcément superviser ce qu'il se passait et ni faire d'évaluation).

L'idée du RSCA est donc d'utiliser cette écriture réflexive dans un but professionnalisant. Nous le disons souvent : nous essayons de créer un DES où ces trois années (nous espérons bientôt quatre) permettent à l'étudiant de construire ses compétences, d'être un médecin prêt à exercer sereinement sans risque pour lui ni pour les patients, et de posséder une boîte à outils suffisamment bien remplie de sorte qu'il soit tranquille pour la majorité des situations qu'il rencontrera.

Cela utilise donc plutôt des approches inductives puisque cela s'appuiera sur l'interprétation de ce qui a été vécu. De plus, cela est probablement lié au fait que l'approche théorique (plutôt que l'approche enseignement versus l'approche apprentissage) était basée sur des approches déductives, ce qui ne marchait pas bien dans l'approche par compétence. C'est la raison pour laquelle nous avons avancé sur ce sujet.

Après le « DES », il y a aujourd'hui le « DES nouvelle génération », avec, dans la réforme du troisième cycle, des textes réglementaires qui ont défini les modalités de formation des étudiants pour chaque DES. Ainsi, il est aujourd'hui très clairement acté que les travaux d'écriture clinique de notre DES font partie de ses modalités. Le DES comprend également des groupes d'échanges, le travail sur la relation, tout ce qui est « gestes techniques », « simulation », « approche par problème », etc. Mais il est vraiment acté que les travaux d'écriture clinique font partie de la formation des internes de médecine générale, à tel point que maintenant, le portfolio (l'ensemble de tous leurs travaux) constitue le mémoire de DES.

En outre, nous aimerions également :

- inciter l'étudiant à identifier les questions qu'il se pose par rapport aux situations qu'il rencontre ;
- lui permettre de pointer et de réfléchir, de prendre du recul sur ses points forts, ses difficultés et sa pratique ;

- se poser surtout la question *que s'est-il passé dans le déroulé ?*

Tout à l'heure, Christian GHASAROSSIAN disait que nous avons besoin de savoir *comment le médecin se sentait*. Ce n'est pas de la psychanalyse. À ce moment-là, il s'agit de savoir ce qui a pu interférer dans le ressenti du médecin pour qu'il agisse de telle ou telle façon ou pour qu'il comprenne le patient de telle ou telle façon.

Cela permet donc de clarifier sa pratique et d'avoir des éléments de théorisation. C'est pour cela que je dis souvent aux internes que cela permet de créer sa *boîte à outils*, car nous essayons de comprendre comment on réagit face à certaines situations organisées dans notre cerveau. Or, si l'on ne fait pas ce travail-là, on finit par apprendre au fil de l'eau, mais cela prend beaucoup plus de temps. Cela permettra donc de réorganiser les informations, de résoudre les situations avec ces nouvelles informations, d'inscrire une mise en mémoire à long terme (car l'écrit est important et l'écriture clinique insiste sur cette idée). Tout à l'heure, notre collègue s'interrogeait sur l'oral/l'écrit. L'oral a toute sa place. Faire de la rétroaction à l'oral et de travailler oralement avec son superviseur ou ses pairs est très intéressant, mais l'écrit permet aussi un peu plus la mise en mémoire à long terme de certaines données. Et comme je le disais, cela modifie les scripts qui vont servir de transférentiels dans des situations similaires, en organisant sur le plan cognitif, la façon dont je vais agir dans d'autres situations du même type, et que je vais pouvoir réutiliser.

À propos des traces d'apprentissage, le consensus du portfolio dont je parlais tout à l'heure (nous l'avons fait en 2017) disait qu'il était important que ce soit des traces d'apprentissage qui soient dans une posture réflexive. En effet, il ne s'agit pas *d'écrire pour écrire*, mais d'écrire pour comprendre la façon dont on travaille, que ce soit informatif sur les apprentissages réalisés (c'est-à-dire que l'on puisse voir à travers ces travaux ce que l'étudiant a appris, compris et ce qu'il peut retransférer), que ce soit préférentiellement en situation authentique de soins (c'est-à-dire qui travaille à partir de ce qu'il vit *lui*, et non pas seulement à partir de vignettes apportées par les enseignants, voire de situations apportées par les pairs. Cette posture réflexive, la possibilité d'avoir une idée sur les apprentissages et le fait que cela parte d'une situation authentique est donc complètement dans l'axe du RSCA.

L'année dernière, j'ai également organisé une table ronde Delphi à propos du RSCA qui a impliqué l'ensemble des DMG, l'objectif étant d'essayer de se mettre d'accord sur ce qu'était un RSCA. Là, il ne s'agit pas d'une vignette clinique, mais d'un récit narratif écrit par quelqu'un qui parle à la première personne, etc. Il existe vraiment une réflexion sur ce qu'est le RSCA, ce que nous en attendons, ainsi que la manière dont il est supervisé et évalué. Un travail assez intense des DMG a donc été effectué. Avant de lancer la ronde, nous étions arrivés à 96 propositions, dont :

- 85 ont obtenu un consensus sur l'acceptation (elles ont été acceptées par le groupe) ;
- 7 ont cette qui ont été refusées ;
- 4 sont restés sans consensus (que nous avons également laissées de côté).

Je vous invite à aller regarder numéro 143 d'*Exercer*, car j'imagine que vous y êtes tous abonnés. Dans vos archives d'*Exercer*, vous retrouverez donc notre article sur ce travail qui permet de réfléchir sur la manière dont nous avons mis en place ce consensus.

À la suite de ce travail-là, nous avons fait une nouvelle grille d'évaluation pour tenir compte de ce qui a été dit dans le consensus. Sur le fond, ce consensus était finalement relativement proche de la grille déjà existante diffusée dans pas mal de DMG, mais il a repris une formulation plus claire. En tout cas, lorsque je l'utilise dans les séminaires de formation des MSU et des tuteurs, il me semble qu'ils comprennent mieux la formulation et les termes utilisés dans cette grille (là encore, je vous invite à aller la voir).

L'autre élément du consensus à propos du RSCA est que nous attendions au moins un RSCA par semestre, pour pouvoir avoir une vision longitudinale de l'évolution de la compétence de l'étudiant, sachant que le RSCA n'est pas le seul outil à utiliser pour

« valider » ou « certifier » des compétences. Mais, s'il n'y en avait pas au moins un par semestre, il était difficile de voir la façon dont évoluaient la réflexivité et la professionnalisation de l'étudiant.

L'élément également très important qui ressortait de cette ronde portait sur la supervision du maître de stage. En effet, même si nous nous sommes rendu compte cela était particulièrement compliqué à l'hôpital (les maîtres de stage hospitaliers n'ayant pas encore de notion claire des MSU), cela offrait la possibilité :

- de garantir l'authenticité de la situation rapportée ;
- permettait à l'étudiant de commencer à réfléchir dans la mesure où il avait parlé avec son maître de stage des problèmes posés par la situation.

L'outil peut donc être utilisable :

- dans différentes situations d'apprentissage, puisqu'il doit être réfléchi en entretien duel avec le maître de stage ou le maître de stage hospitalier (*Madame Machin, je n'ai pas compris, que s'est-il passé, etc.*) ;
- ce peut être un outil intéressant à travailler en groupe d'échanges de pratiques avec les pairs internes, ce qui peut faire l'objet de travaux autres que le RSCA ;
- ce peut être une situation pouvant être argumentée en entretien tuteuré, ce qui est intéressant par rapport à la mise en mémoire à long terme, puisque l'on revient *a posteriori* sur le travail, on re-réfléchit avec l'interne sur ce qu'il en a compris, ce qu'il va en retirer, ce qu'il va garder de cette expérience pour construire ses fameuses boîtes à outils.

Cela permet donc à l'étudiant de mieux comprendre les problématiques, de les résoudre et de connaître la manière dont il retransférera ces apprentissages dans de nouvelles situations. C'est la fameuse boucle de Kolb qui permet de dire *je suis en action, je réfléchis sur ce que j'ai fait, j'essaie de retransférer ce que j'ai fait, j'essaie d'améliorer l'action*.

Puisque nous travaillons dans une approche par compétences, finalement, cet outil permet de se former. C'est une modalité (il organise la façon de se former), mais également un objectif de formation en termes de compétences, puisque pour améliorer les compétences, il faut faire des tâches complexes. Typiquement, lorsque l'on veut essayer de résoudre une situation, on va devoir mobiliser un certain nombre de ressources, les combiner, avoir un recours à des connaissances spécifiques et faire appel à des stratégies à la fois cognitives au moment où l'on agit et méta cognitives pour essayer de réfléchir à ce que l'on fait.

Concernant le référentiel de compétences, pour moi, cela fait référence à la posture réflexive et au besoin de prise en compte de la complexité. Par exemple, l'un des descripteurs de la compétence « professionnalisme » dit que l'on attend de l'interne :

- améliore ses compétences ;
- analyse sa pratique ;
- déduit de cette analyse ses besoins de formation et sa progression ;
- intègre ses acquis dans sa pratique.

Cela est donc très proche de ce que nous demandons lorsque nous faisons faire les RSCA.

Dans la compétence « Relation communication, approche centrée patient », nous demandons également que dans les conditions habituelles :

- qu'il réfléchisse à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage ;
- qu'il se pose des questions sur sa façon de communiquer ;
- qu'il analyse ses limites en matière de communication.

Ce type de questions est aussi extrêmement fréquent dans les RSCA (quelles sont les raisons des échecs au niveau communicationnel ?)

Autre exemple : dans la « Compétence Approche Globale, prise en compte de la complexité », pour les situations habituelles, nous demandons qu'il tienne compte des différents champs et de plusieurs sources. L'idée est qu'il y ait une approche bio psychosociale. Dans les RSCA (au niveau de la grille définie avec le consensus), nous demandons qu'au moins deux champs, voire trois champs, de cette complexité soient abordés.

Ainsi, à partir du moment où l'on invite l'étudiant à s'interroger sur cette situation (*pour quels antibiotiques avais-tu un problème ? Quelle est cette pathologie que je ne connaissais pas ? Que s'est-il passé sur le plan relationnel ? Que s'est-il passé sur le plan éthique ? Que s'est-il passé sur le plan administratif ? etc.*), il faut les inviter à ouvrir les champs étudiés afin de les aider à structurer l'approche des situations avec cette approche bio psychosociale.

Comment se servir de cet outil ?

Pour la suite de cette plénière, grâce à la vidéo qui a été réalisée à ce propos, nous allons essayer de donner (pour les étudiants, les MSU et les tuteurs) des clés pratiques de cet outil. Comment s'y prend-on ? À quoi cela sert-il ? Mon rêve serait que les gens s'en emparent afin d'avoir une harmonisation des pratiques dans nos DMG, que l'on puisse parler de cet outil, que les internes, que les tuteurs ou les MSU qui se rencontrent (par exemple au congrès) parlent de la même chose en échangeant sur les RSCA.

Christian GHASAROSSIAN

Merci, Laurence. Nous avons demandé à Claude LELOUCH de faire le film sur le RSCA. Il nous l'avait promis, mais il s'est désisté à la dernière minute. Nous avons donc trouvé un réalisateur aussi célèbre qui a accepté de le faire. C'est Alain JAMI que je remercie. Il a sacrifié un certain nombre de ses week-ends. Je le remercie donc doublement. Cela a été fait avec beaucoup de professionnalisme et j'espère que cette vidéo va vous montrer *en pratique*. Car finalement, les congrès, les plénières pédagogiques sont de la théorie. Mais comment cela se passe-t-il en pratique ? Je vous invite donc à regarder ce film.

Film de Claude Lelouch

Voix off : Les étudiants en troisième cycle de médecine futurs généralistes ont un portfolio à produire pour valider leur diplôme. Ces modalités sont très différentes de celles qu'ils ont rencontrées en deuxième cycle. Quelles difficultés cela peut-il leur poser ?

Nous rencontrons aujourd'hui Clara qui a commencé il y a deux mois son internat. Nous la suivrons lors de ses entretiens avec son tuteur, le Docteur MARTIN :

Question : Pouvez-vous nous expliquer ce qu'il va se passer maintenant ?

Clara : J'ai rendez-vous avec mon tuteur pour discuter du stage et des écrits que je dois rendre pour valider mon stage. C'est pas mal de boulot, mais il m'aide bien. C'est par là.

Je m'appelle Clara, j'ai 25 ans, je suis interne de médecine générale. J'ai décidé de faire de la médecine générale pour reprendre le cabinet du père d'une bonne copine à moi, et ce sera dans la ville où l'on a grandi. J'ai commencé l'internat il y a deux mois. Je fais mon premier semestre aux urgences.

(Arrivée et installation de Clara et de l'intervieweuse au cabinet du Docteur MARTIN.)

Tuteur : Tu étais déjà venue ici ?

Clara : Non. C'est pas mal comme cabinet.

Tuteur : J'ai vu que tu m'as déjà envoyé des situations pour ton journal de bord. As-tu déjà repéré une situation pour un RSCA ?

Clara : Peut-être. Hier, j'ai été un peu déstabilisée par une patiente. Nous en avons discuté et avec ma co-interne, nous pensons que cela pourrait faire un RSCA.

Tuteur : Raconte.

Clara : C'était une femme...

Voix off : Clara décrit à son tuteur la situation qu'elle a vécue hier, une femme se plaignant d'hémorroïdes et déclarant ensuite être enceinte. Elle se posait des questions sur cette grossesse, dans un contexte un peu compliqué. Le senior de Clara a énoncé un peu brutalement des modalités d'IVG médicamenteuses, ce qui a provoqué des pleurs chez la patiente.

Clara : Je pourrais faire un RSCA. Il y a l'annonce de la grossesse et avec l'annonce de la nouvelle, avec après, les modalités de l'IVG, la réalisation de l'IVG et le suivi.

Tuteur : On va s'arrêter là le moment. Pour écoute. Cette situation me paraît intéressante, mais le mieux est que tu la rédiges en racontant vraiment et en intégrant tout ce dont tu te souviens dans les interactions de chacun de toi, de la patiente, de ton chef, les réactions non verbales, les ressentis, le ressenti que tu analyses de la patiente. Tu fais cela de façon très détaillée et surtout tu le fais pendant que c'est encore fait dans ta mémoire. C'est maintenant qu'il faut l'écrire. Écris le récit, essaye de délimiter après les questions qui pourraient se poser lors de cette consultation.

Clara : D'accord. Cette semaine, j'ai deux journées off. Je peux donc l'envoyer pour ce week-end.

Tuteur : D'accord. Si tu es d'accord, nous allons maintenant voir ensemble ton journal de bord. On commence. Par quoi commence-t-on ?

Interview du tuteur Michel MARTIN.

Tuteur : Je m'appelle Michel MARTIN, je suis médecin généraliste dans ce cabinet depuis environ 25 ans. J'ai choisi la médecine générale pour sa richesse en termes de clinique, de relations humaines. Comme j'aime mon métier, j'ai décidé de l'enseigner et

d'accueillir également des stagiaires de médecine générale d'une part et d'être tuteur d'autre part.

Question : Vous êtes tuteur depuis longtemps ?

Tuteur : Depuis environ cinq ans. Actuellement, j'ai six tutorés de trois années différentes. Je les vois beaucoup la première année, tous les deux mois environ, puis une fois par semestre, cela suffit.

Question : Pourquoi vous avez demandé à Clara d'écrire d'abord sa situation avant de proposer des questions, les questions qu'elle veut traiter ?

Tuteur : C'est le principe de base de la médecine narrative. Il faut inciter l'étudiant à revivre vraiment la situation. De cette façon, il peut clarifier sa vision et identifier les détails qui lui permettent de la reconsidérer sous un angle nouveau. Le fait d'écrire des événements vécus permet vraiment de prendre du recul, de comprendre les choses qui paraissent un peu nébuleuses avant ou pas claires pour l'étudiant. Les étudiants ont naturellement tendance à se concentrer sur le cas clinique et non sur la situation clinique. C'est normal, c'est compréhensible. C'est comme cela qu'ils sont formatés depuis leur premier cycle d'études médicales et d'une façon générale, du coup ils se précipitent sur les questions à traiter avant de raconter la situation. Le risque important, dans ce cas-là, c'est de traiter la situation de façon complètement schématique, de survoler, de ne pas comprendre sa complexité et du coup, d'avoir des questions qui sont hors contexte et qui ne tiennent pas compte des particularités de la situation. C'est un peu ce que nous a vu avec l'exemple de Clara tout à l'heure.

Mon rôle, ainsi que celui du maître de stage, quand c'est possible, est de les aider à identifier les difficultés qu'ils ressentent en tant que professionnels en formation, pour résoudre une situation au moment où elle est vécue. Pour cela, la première chose à faire est de les faire écrire de façon très narrative et aussi réflexive que possible, en insistant sur l'importance de décrire vraiment tout ce qu'ils ont retenu de ce qu'il s'est passé.

Question : Donc, les faire vraiment raconter en détail, pour ensuite pointer les difficultés ?

Tuteur : C'est exactement ça.

Voix off : *Six semaines après notre première rencontre, nous retrouvons Clara et son tuteur lors d'un entretien autour des travaux que Clara doit rédiger.*

Tuteur : Donc cette fois-ci, nous avons prévu d'aborder la question du RSCA que tu m'as envoyé.

Clara : En fait, c'est là que cela se complique.

Tuteur : Pourquoi ?

Clara : Les RCA que j'ai lus parlaient tous de trucs compliqués, et à mon avis, la situation que j'ai choisie ne convient pas du tout.

Tuteur : Nous allons prendre les choses autrement depuis le début. Tu abordes la situation d'une femme venant pour un problème totalement banal, une crise hémorroïdaire, mais qui a la particularité, premièrement d'être enceinte et deuxièmement, d'omettre de te le dire immédiatement et qui, après l'avoir dit, ne sait pas si elle veut poursuivre la grossesse ou pas. Et encore après cela, la communication devient très compliquée du fait de l'intervention de ton chef. Ai-je à peu près résumé la situation ?

Clara : Oui, c'est cela.

Voix off : *En reprenant précisément la chronologie de ce qu'elle a vécu, Clara, soutenue par son tuteur, identifie de nombreuses problématiques.*

Clara : Comment vais-je faire pour trouver des données et des réponses claires ?

Tuteur : « Ce n'est pas vraiment des données médicales, donc je ne peux pas l'aborder ». Le sens de ta réponse est un peu cela.

Clara : Oui, c'est un peu cela.

Tuteur : On ne te demande pas d'écrire une observation de type « hospitalière ». On te demande de raconter une situation vécue de ton point de vue, du point de vue des autres également. Ces détails-là sont en fait ceux que tu viens de me donner. Ils sont très éclairants pour toi, pour moi aussi, pour comprendre la situation. En tout cas, tu sembles vraiment te questionner sur l'attitude à avoir dans cette situation.

Clara : Oui. En fait, je n'avais pas vraiment compris cela. Penses-tu que je peux garder mes problématiques, l'annonce de la nouvelle, l'IVG et le suivi de la grossesse ?

Tuteur : Je te retourne la question. Elles sont effectivement très prévalentes. En situation de médecine générale, ce sont des questions que l'on peut se poser. Mais, dans ton récit, crois-tu qu'elles reflètent vraiment les difficultés rencontrées. Qu'en penses-tu ?

Clara : Je suis plutôt d'accord. Quand j'ai écrit, je suis souvenu de détails, mais le problème était plutôt la gestion de la crise hémorroïdaire, l'examen des hémorroïdes que je ne connaissais pas. Nous avons proposé une IVG comme ça, de but en blanc, et moi, je n'ai pas réussi à gérer la situation. Mais cela me fait un peu peur comme question. Je ne sais pas où chercher. Je préférerais des questions où j'ai les réponses.

Tuteur : Je comprends très bien. Mais les problématiques qui ont des réponses carrées, il n'y en a pas beaucoup dans la réalité. Il faut penser d'abord à l'intérêt pour le patient, en quoi la réponse à ta question va-t-elle t'aider dans la prise en charge de ton patient. Ici, si tu traites l'IVG en général, cela ne t'apporte rien par rapport à la compréhension de cette consultation. Ce que je te propose, c'est de me dire ce que tu as authentiquement ressenti, sans faire de calcul *a priori* sur la facilité que tu auras à trouver des réponses à tes questionnements, ni même sur le fait de savoir quels questionnements tu vas te poser. Et si ces questionnements sont vraiment trop difficiles pour le moment, nous ne les retiendrons pas. Ce n'est pas grave. Qu'en penses-tu ?

Clara : D'accord.

Tuteur : Réfléchis deux secondes. Essaie de me retrouver des questionnements qui correspondent à ce qu'on a ce que nous venons d'échanger.

Clara : Je dirais :

- premièrement : que dois-je connaître de l'examen marginal pour vraiment confirmer le diagnostic d'hémorroïdes chez cette patiente ?
- Ensuite : comment traiter les hémorroïdes, mais chez la femme enceinte ? (C'était la situation) ;
- Après : quels sont les risques embryonnaires des anti-inflammatoires en début de grossesse ?
- Après : comment me positionner par rapport à cette femme qui ne sait pas si elle veut garder sa grossesse ?
- Comment puis-je l'écouter ?
 - o Discuter de la manière de l'écouter,
 - o discuter de l'IVG et ses modalités,
 - o savoir si je suis obligée de lui parler des modalités d'IVG tout de suite ;
- comment gérer l'émotion avec les pleurs de la patiente, comment éviter de l'expédier, de bâcler cela ?

Tuteur : Toutes ces questions paraissent bien faire le tour de ce qui a t'a posé problème dans cette situation. Pour les premières qui sont biomédicales, concernant ces trois chapitres, je pense que les deux peuvent suffire. Tu trouveras facilement des sources,

que ce soit dans *Prescrire* ou ailleurs, ce n'est pas difficile, et je ne pense pas que ce soit cela qui te pose des difficultés.

Pour le reste, tu pourras trouver des ressources intéressantes dans *Cairn Info*, par exemple. J'ai le souvenir d'un article (je te retrouverai la référence) sur le vacillement des femmes enceintes en début de grossesse. Mais en tout cas, c'est une situation que l'on connaît et que l'on voit en médecine de ville, effectivement, l'ambivalence des patientes dans un début de grossesse, surtout d'une patiente jeune de 20 ans. Là, tu pourras trouver des pistes de réponse sur ce qu'éprouve une femme et pour bien comprendre son ambivalence. Cela pourra également t'aider à réfléchir à ta posture face à son questionnement.

Complète d'abord ton récit d'abord avec les données que nous avons soulevées aujourd'hui, commence les recherches et tu m'envoies les réponses. OK ?

Clara : D'accord.

Tuteur : Parfait.

Clara : Donc, j'envoie les réponses et quand nous revoyons-nous ?

Tuteur : Peux-tu venir à la fac le mois prochain, le 11 ? J'ai une réunion à 17 heures, nous pouvons nous voir avant ou après, comme cela l'arrange.

Clara : Oui, nous avons un cours jusqu'à 16 heures, donc, entre 16 heures et 17 heures.

Tuteur : Bon, c'est nickel. Cela t'a-t-il convenu, comme entretien ? As-tu l'impression d'avoir avancé, que tu comprends mieux ce qu'est un RSCA et ce que l'on te demande ?

Clara : C'est plus clair

Tuteur : C'est plus clair ?

Clara : Oui. Cela m'a demandé du temps, mais c'est plus clair.

Tuteur : Ce n'est pas moins difficile, mais c'est plus clair. C'est un bon début. Je te raccompagne.

Questions : Vous aviez l'air de suggérer que Clara avait tendance à chercher les questions pour lesquelles elles avaient des réponses, et non forcément celles qui lui posent vraiment problème.

Tuteur : Oui, c'est un écueil fréquent chez les étudiants : définir les questions à partir des réponses qu'ils pensent pouvoir donner. Mon rôle dans ce cas-là est justement de les aider à identifier en quoi leur problématisation reflète ou ne reflète pas ce qui les a vraiment mis en difficulté. Car chaque situation est unique, et parce qu'elle est unique, elle ne peut pas faire l'objet d'une recommandation. C'est sa complexité qui fait que certaines questions n'auront pas de réponse univoque, devront tenir compte à la fois du contexte du médecin, du patient et aussi des recommandations effectivement. Cela ne signifie pas que les professionnels de santé sont démunis face à des problématiques qui sont parfois très prévalentes, mais cela signifie qu'ils doivent s'approprier les données, en faire une synthèse, réfléchir à la manière dont *j'aurais pu les utiliser pour mieux gérer les situations que je viens de vivre, et comment je réessaierai de les utiliser la prochaine fois*. C'est très exactement ce à quoi les RSCA et les autres écrits cliniques peuvent servir. C'est pour cela qu'ils sont importants et que nous leur demandons ces travaux écrits.

Questions : D'où l'importance d'avoir un tuteur.

Tuteur : Oui, bien sûr.

Voix off : Clara arrive à la fin de son premier semestre. Elle a vu quatre fois son tuteur, elle a travaillé avec lui sur les situations qu'elle avait rencontrées, qui l'avaient questionnée. Elle a dû ensuite les déposer dans le portfolio qui la suivra tout au long de son cursus.

Tuteur : Bonjour, Clara. Merci pour ce travail de bonne qualité, dans lequel tu fais preuve d'un bon niveau de réflexivité et qui indique que tu as travaillé au moins de compétence, professionnalisme et relations en communication, approche centrée patient, dans les familles de situations qui sont problèmes aigus non programmés fréquents exemplaires, et situations autour de la sexualité et de la génitalité. Je te joins la grille d'évaluation du RSCA et ton travail est validé.

Questions de la salle

Christian GHASAROSSIAN

Merci, vraiment, pour tous les acteurs et techniciens autour de ce film. Maintenant, il est grand temps d'avoir un bon temps d'échange avec la salle. Merci de faire circuler les micros.

Serge GILBERG (à confirmer)

Bonjour. Merci pour la présentation de Laurence et pour le film. Je pense que cela éclaire les limites et les contradictions du RSCA. Je vais être un peu provocateur, mais que c'est un peu mon habitude, mais c'est aussi pour faire avancer le débat. Car, nous avons entendu dans la plénière d'hier qu'il y avait des retours sur les RSCA. Nous ne devons donc pas faire de l'entre soi et devons dire les choses. Je suis d'accord sur les objectifs que Laurence a annoncés et énoncés sur *à quoi ça sert* et que l'on voudrait faire dans l'idéal. Entre parenthèses dans l'idéal, tous les tuteurs ne rencontreront pas quatre fois leur tuteuré pour un récit.

Finalement, dans le film, nous voyons bien que nous assistons dans un premier temps à une supervision indirecte à partir d'une situation rapportée, ce qui est très important. Nous sommes dans un échange de pratiques à deux avec des pistes d'apprentissage. Jusque-là, tout va bien. Mais à un moment donné, je trouve que cela bascule. En effet, nous pourrions discuter et voir si, finalement, la place de l'entretien motivationnel sera intéressante pour les tuteurs, dans la façon d'interroger l'interne. Mais à un moment donné, on lui dit *Arrête* (car elle est en train d'exposer la situation) puis, on lui dit *Non, on va revenir à la narration*. Quelque part, je trouve que c'est l'un des points de dérives de la narration, car parfois, ce n'est pas compris par les internes, car ce n'est pas compris par les tuteurs. On hypertrophie donc la narration aux dépens de l'identification du diagnostic de situation, qui en l'occurrence dans le film est fait par le tuteur et pas par l'interne (je voulais juste remarquer ça) : le tuteur énonce le diagnostic de situation au lieu de le faire énoncer par l'interne.

Et donc, dans le film, nous voyons bien le risque. En effet, au lieu de travailler sur le diagnostic de situation, la démarche, sur la manière dont on crée des automatismes en médecine générale... Car à la fin du compte, il faut rendre le meilleur service aux malades. Or, le docteur a trois ou quatre minutes pour, dans sa tête, poser les questions, avoir des hypothèses diagnostic et se demander vers où il va avancer. C'est ce à quoi ils sont préparés. Il ne faut pas se tromper d'objectif et le risque d'hypertrophier la narration (je ne dis pas que c'est l'un aux dépens de l'autre), mais j'ai l'impression qu'on hypertrophie la narration aux dépens de tout le travail sur la démarche diagnostique et l'identification du diagnostic de situation. Et je trouve que le film illustre assez bien cela.

Il faut donc faire attention sur la façon dont nous utilisons les RSCA et la narration, car ce qui nous intéresse dans la narration, c'est l'échange qu'il existe avec le tuteur, ce que le film montre extrêmement bien au niveau de la progression. De plus, l'écriture doit être la formalisation de la compréhension de ce qu'il s'est passé et ce qui doit être le mieux pour le malade, ainsi que le témoignage des apprentissages de l'interne.

Laurence COMPAGNON

Merci Serge. Je suis assez en désaccord avec toi, évidemment. Il me semble que cette narration n'est pas là juste pour faire le diagnostic de situation, mais pour aider l'interne à comprendre les rouages de ce qu'il s'est passé. C'est vraiment un travail sur les processus. C'est pour cela qu'on insistait dans cette idée consistant à dire : « D'accord, tu as déjà deux ou trois questions qui émergent, mais avant de se lancer dans les questions, remets-toi dans ce qu'il s'est passé. Dans le film, nous parlons d'une interne très novice en début de cursus, et effectivement, nous proposons que le tuteur l'aide à comprendre ce

qu'est un diagnostic de situation, en disant : « Si l'on réfléchit bien, quel était le souci ? C'était ça ».

Mais je ne crois pas que le fait d'inviter la personne à se plonger dans ce qu'il s'est passé « hypertrophie la narration », car c'est aussi comme cela que l'on peut voir les scotomes : après avoir raconté les choses, ils se posent des questions, puis en lisant, parce nous avons justement accès au process et au déroulé de ce qu'il s'est passé dans leur tête, nous nous rendons compte de choses qu'ils ne voient même pas alors qu'ils nous les racontent. Et si on ne les leur fait pas raconter, on ne les voit pas.

Un intervenant

Serge, je crois que c'est toi-même qui a donné la limite de ton argumentaire : la narration ou le travail de RSCA n'est pas qu'une simple supervision. La supervision aura lieu autour du stage sur de nombreuses situations, et tu as tout à fait raison quant au fait de faire venir la démarche de l'étudiant ses éléments décisionnels, la capacité de faire le diagnostic global de situation. Mais le film montre un exemple autour de l'écrit, où en complément du travail de narration, il s'agit de l'importance de l'échange tuteur / tutoré, échange qui ne se limite pas à une simple supervision d'une situation clinique. Les deux parties existent donc, soit l'importance de la narration et de l'écriture, ainsi que ce qui n'a pas pu être montré par le film, à savoir toute l'analyse que fait le tuteur de cette narration, ce qu'il en déduit, et au travers de ce qu'il en déduit, ce qu'il dit à son tutoré. Ce n'est donc pas un simple travail de supervision. De plus, la narration permet à l'étudiant d'avancer au-delà de ce qu'il peut exprimer dans une supervision en situation de maîtrise de stage. Ce sont des compléments d'outils.

Guy BEUKEN (Belgique)

Bonjour. Je m'appelle Guy BEUKEN, je suis belge. Je suis responsable, entre autres, de la formation de maîtres de stage à l'université de Louvain. En Belgique francophone, nous avons des maîtres de stage qui encadrent les étudiants, beaucoup plus par opportunisme (par exemple financier), que par conviction pédagogique. Nous avons donc timidement introduit le RSCA dans notre faculté auprès de nos étudiants, mais non encore auprès de nos maîtres de stage. Je pense que c'est une erreur, mais nous allons essayer de la corriger. J'imagine déjà les réticences et les résistances de nos maîtres de stage, lorsque je vais leur en parler. Avez-vous également rencontré des résistances de vos maîtres de stage et pouvez-vous éventuellement me donner une solution pour contourner ces résistances ? En tout cas, merci de votre très intéressante session.

Un intervenant

Bonjour, je vais tenter de répondre à votre question. C'est tout le problème effectivement des modèles nouveaux. En effet, les maîtres de stage qui ont été formés à un moment où ce type d'outil n'existait pas encore peuvent effectivement éprouver des difficultés. Car, il est très difficile de cerner l'intérêt pédagogique d'un outil que nous avons nous-mêmes mis plusieurs années à accepter. Je pense donc qu'il faut faire preuve de bienveillance et d'empathie envers les MSU et leur dire que c'est quelque chose que nous avons nous-mêmes mis du temps à accepter et, ne l'ayant pas utilisé, que vous serez probablement vous-mêmes en difficulté, que vous allez *patauger* au début, mais que petit à petit, vous en verrez l'intérêt.

Le premier conseil que l'on pourrait donner est d'essayer d'écrire et de voir la plus-value qu'apporte l'écriture dans le diagnostic de situation. Mais, je ne pense pas que la narration est la simple formalisation de ce qu'il s'est passé. Je pense que la narration apporte quelque chose de nouveau. Il y aura donc évidemment des difficultés. Il ne s'agit pas de dire que tout va bien se passer. L'outil commence à s'installer en France et nous avons nous aussi fait l'expérience des difficultés au début.

Je pense que le maître mot n'est pas du tout de se mettre en opposition avec les MSU et d'avoir une posture doctrinale ou d'expert, mais une posture d'accompagnateur

empathique vis-à-vis d'eux, en leur disant que, vous aussi, vous allez apprendre et que nous aussi, nous serons là, à votre disposition pour vous expliquer et vous montrer de quelle façon cela peut à la fois apporter quelque chose à vos étudiants, mais également – j'ai la prétention de le dire – à l'enseignant.

J'espère avoir donné non pas la solution, mais quelques pistes.

Un intervenant

En complément, ce qui a énormément changé en France est le fait que l'arrivée des jeunes maîtres de stage, des jeunes tuteurs qui ont eux-mêmes vécu le RSCA, qui l'ont parfois mal vécu en tant qu'interne, mais qui, après s'être approprié en tant qu'enseignant, deviennent parfois de grands militants de l'écriture clinique.

Yannick CARRILLO (Grenoble)

J'aimerais faire juste deux commentaires et poser une question. J'ai été très agréablement surpris par le film. Je pense qu'il est bien plus explicatif que toutes les théories que l'on a pu proposer. Je crois qu'il est vraiment indispensable que les internes puissent le voir, que les MSU puissent le voir et peut-être même quelques enseignants. Le deuxième commentaire est le suivant : à la lecture des RSCA (car nous faisons partie de la génération qui a un peu vécu avec), je vois des écrits qui ne rentrent pas forcément dans les objectifs de diagnostic de situation. Par ailleurs, de plus en plus d'écrits sont d'une tendance *philosophique* (même si c'est un gros mot), avec des internes qui se posent des questions sur des choses vis-à-vis desquelles ils ne devraient peut-être s'interroger, comme la mort, la maladie, le patient. Comment pouvons-nous aider ces internes, sachant que dans la formation, en particulier dans le 3^e cycle, nous n'avons pas de formation « philosophique » qui pourrait répondre de façon très concrète à des modifications de comportement ?

Si je prends mon exemple personnel, la découverte de Canguilhem m'a permis de réfléchir aux comportements vis-à-vis de patients souffrant de maladies chroniques, et également aux normes. Ce dernier point est peut-être un peu polémique, mais les normes prennent en compte les réflexions des personnes qui ne seront pas d'accord avec nous ni avec notre méthode et qui ont peut-être des réflexions quand même pertinentes.

Ma dernière question est la suivante : devant ces écrits qui sont, pour certains, de très bonne qualité, comment peut-on envisager de les médiatiser non pas dans notre giron, mais au niveau de la collectivité ? Car à mon sens, ces écrits-là sont une chance pour la profession.

Laurence COMPAGNON

Concernant l'idée de faire voir ce film, ou au moins le matériel ayant servi à faire ce film (car au départ, nous étions à 43 minutes, mais nous avons beaucoup coupé afin de le centrer sur des messages très précis), effectivement, il existe tout à fait du matériel utilisable. À cet égard, nous avons prévu de travailler avec Marc BAYEN du CNGE Formation, afin d'utiliser ce matériel et le monter différemment, afin de le présenter aux séminaires de formation du RSCA, par exemple, ou aux tutorats supervision, etc. Cela permettrait de donner des exemples de moments d'interaction entre le tuteur et le tuteuré. Je suis tout à fait d'accord pour que ce soit même éventuellement en ligne. Mais nous devons réfléchir à la manière dont ce format-là pourrait être fait avec le CNGE, afin que d'être accessible facilement, que les gens puissent cliquer dessus et le regarder ou le montrer dans des sessions.

Concernant la place du champ philosophique, je trouve que tout ce qui est de l'ordre de la philosophie de l'éthique (comprendre la mort, la vie, etc.) fait tout à fait partie de la compétence du professionnalisme. Je ne suis donc pas du tout choquée par le fait que des étudiants travaillent sur ce champ-là dans un RSCA. L'idée est qu'il y ait au moins deux champs. S'ils peuvent essayer d'ouvrir sur autre chose, que ce soit sur le plan

communicationnel ou administratif, au contraire. Je ne suis pas du tout choquée que cela intervienne et qu'ils puissent s'exprimer là-dessus. Pour la valorisation des travaux, nous avions également eu cette question. En effet, les représentants des étudiants nous disaient : « C'est dommage, nous faisons des travaux dont nous sommes parfois félicités, et finalement, cela reste dans un portfolio ».

Il s'agit d'une vraie question que nous pouvons nous poser en tant que communauté, à savoir : serait-il possible de valoriser les auteurs de travaux intéressants qui peuvent éclairer leurs pairs ? L'ouvrage dont Anas TAHA a fait la coordination comporte justement des exemples d'étudiants qui nous ont prêté leurs travaux et sur lesquels nous donnons notre avis. Il n'existe pas, à l'exemple des thèses, de publication de tels travaux, mais ce serait peut-être une réflexion à avoir.

Alexandre BETTERIE (Lille)

Bonjour. D'abord, merci pour votre très claire présentation. Merci pour le film qui était d'une excellente qualité. Et pour une fois, j'ai pu voir, de mes yeux, un tuteur. Car, de toutes mes études, je n'en avais jamais vu. Mais c'est bien de voir que les choses changent et *qu'a priori*, il y a maintenant dans ma Fac des tuteurs pour ce genre de chose.

À mon époque, c'est-à-dire vers 2012/2013, lorsque, nous, l'on parlait de RSCA, c'est limite si l'on n'attrapait pas un certain nombre de Lyells dans les douze heures qui suivaient. Nous avions du mal à dormir, nous avions des sueurs. C'était assez compliqué. Au début, nous ne savions pas de quoi nous devions parler. En effet, mes premiers *drafts*, les premiers RSCA que j'ai écrits, on m'a dit que je n'avais rien compris à ce que l'on me demandait, que j'écrivais juste ma situation clinique.

Il m'a donc fallu au moins deux ans d'internat pour comprendre ce qu'on me demandait dans un RSCA. Sans doute cela est-il très bien fait dans certaines facs et que les RSCA sont, au début, très bien présentés, mais en tout cas, moi, cela m'a été présenté comme un rapport de cas quelconque, à la première personne, et j'ai eu beaucoup de mal à trouver les problématiques qui pouvaient s'intriquer là-dedans.

Cependant, j'ai trouvé qu'il s'agissait d'une expérience exceptionnelle, car, en n'ayant pas de tuteur et en devant travailler moi-même, cela m'a poussé à faire un travail énorme pour pouvoir retrouver une qualité de ce que l'on peut attendre d'un vrai RSCA. Pour cela, je me suis aidé de RSCA que d'anciens internes m'avaient prêtés (cela m'a permis de connaître leur point de vue et voir ce qu'il s'était passé). C'est la raison pour laquelle, je pense, comme mes prédécesseurs, qu'il serait important d'instaurer une base de données de RSCA accessible à tous. En effet, cela permettrait de lire les RSCA de tous les internes, pour :

- voir leur ressenti ;
- voir comment chacun écrit son RSCA ;
- voir comment chacun répond psychologiquement à la situation à laquelle il est confronté.

Car deux personnes qui rédigeront chacune un RSCA sur une même situation – ce que nous avons fait une fois – pourront écrire deux RSCA complètement différents. Cela est quelque chose de très intéressant et qui devrait être mis en avant. Je milite donc fortement et je suis à votre disposition pour la création d'une plateforme, afin de mettre en ligne tous les RSCA, pour tout centraliser et pour faire en sorte que l'on puisse accéder à cette banque de données extraordinaire qui sort tous les ans grâce aux différents DMG et aux internes. Merci.

Christian GHASAROSSIAN

Merci pour votre témoignage qui est très illustratif. Nous compatissons à la souffrance que vous avez eue quand vous étiez étudiant. Grâce à votre témoignage, nous avons un certain nombre d'indications pour les responsables des départements, puisque la structure nationale pousse à l'harmonisation des procédures. Mais, il n'est pas possible d'appliquer

des procédures sans tenir compte de l'historique de chaque département et des ressources humaines ou matérielles de chaque département.

Vous l'avez dit vous-même, vous avez été tout seul face aux RSCA. Vous avez témoigné d'une certaine sincérité en disant que vous vous êtes inspirés des RSCA des autres. L'élément important est également de vérifier l'authenticité des RSCA des étudiants, et on ne peut pas vérifier la sincérité du RSCA des étudiants en dehors des moyens des universités, avec des structures antiplagiat qui ne favorisent pas le rapport authentique entre un enseignant et un enseigné. On vérifie cette authenticité, parce que l'on accompagne les étudiants, comme nous l'avons vu dans le film, tout au long de l'élaboration de l'écrit. Il faut donc qu'un enseignant privilégié accompagne l'étudiant durant ces trois années, qui témoignent de son travail, de ses progressions, de l'amélioration de ses compétences. Cela s'appelle « un tuteur ».

Cela veut donc dire que les départements qui mettent en place les travaux d'écriture clinique (nous n'avons plus le choix, car il s'agit de l'arrêté d'avril 2017), mais qui n'ont pas pu anticiper pour des raisons de ressources (je connais bien mes amis lillois, ce n'était pas une réelle volonté, mais ils devaient faire face à la situation du nombre d'étudiants) progressivement, ils basculent et mettent à mettre un tutorat individuel. Vous en témoignez vous-même : le tutorat individuel est nécessaire autour du RSCA.

Je vous propose de conclure cette séance avec un témoignage. Anas TAHA, à travers tout ce qu'il s'est passé, dis-nous comment nous pouvons faciliter ce regard sur le RSCA et la manière dont nous allons aider la communauté.

Docteur Anas TAHA

Bonjour à tous. Je vais essayer d'être synthétique, compte tenu du temps qui nous est alloué. Je vais tout de même me présenter rapidement. Je suis Anas TAHA, je suis maître de conférences associé à Paris-Est Créteil, et j'ai effectivement coordonné un ouvrage dont l'intérêt était effectivement de proposer des pistes pour, à la fois, les étudiants et les enseignants qui souhaitent découvrir et diffuser l'outil du RSCA.

Je ne résiste pas à l'envie de vous faire part d'une petite anecdote personnelle. Il y a dix ans, j'étais jeune interne en premier semestre en CHU. J'avais quand même du mal à mon sortir, j'ai été un peu noyé sous les patients et sous la nouveauté de la responsabilité de l'interne. Et puis, un professeur de médecine générale qui m'a vu un peu en souffrance est venu me voir. Nous avons discuté un petit peu et il m'a dit : « Tu devrais écrire ». Je me suis demandé ce qu'il racontait, je me suis dit qu'il était complètement perché : « Je suis le nez dans la mouise et lui, il me dit *d'aller écrire* ». Mais il se trouve que j'ai écrit par la suite, après un petit moment de doute, et effectivement, mais j'ai pu expérimenter par moi-même le côté thérapeutique en fait du RSCA, dans le sens où écrire permet effectivement de se soigner soi-même et de mieux comprendre ce que l'on a vécu, et finalement, d'avoir un regard différent sur ce qu'on a vu, vécu, entendu et dit en stage.

Il se trouve que j'ai revu ce professeur, Christian GHASAROSSIAN, plusieurs années après au CNGE, mais il ne s'en souvenait plus. Cette anecdote, au-delà de son côté un peu « drôle », témoigne vraiment du fait que, quand on est étudiant, de même que quand l'on est enseignant (je reprends la question posée par notre collègue Belge), parfois au début, on est effectivement un peu opposant, ou au mieux, on ne comprend pas tellement. Je le dis en toute honnêteté, cela a été mon cas au début, et ce n'est qu'en pratiquant que je suis parvenu à mieux saisir l'intérêt du RSCA.

Alors le RSA, nous l'avons vu, maintenant dix ans plus tard, c'est un outil dont nous avons bien cerné l'intérêt dans le cadre de l'enseignement en médecine générale. Aujourd'hui, il est bien diffusé et de plus, nous disposons d'une méthode d'évaluation qui est harmonisée. Certes, cette méthode d'évaluation est plutôt harmonisée, mais son appropriation reste encore hétérogène (nous l'avons constaté à travers les témoignages au moment des questions). Et maintenant que nous avons fait ce travail conceptuel, l'intérêt est de pouvoir se donner les moyens de le diffuser.

Et c'est très humblement que j'ai eu la charge de coordonner un ouvrage, avec beaucoup d'autres. N'ayant pas le même bagage conceptuel, j'ai apporté ce que l'on pouvait attendre d'un enseignant qui a été étudiant. Ainsi, à travers les choix qui ont été faits de reprendre des cas concrets et non une discussion théorique sur la complexité et sur la médecine narrative (puisque'il y a plein d'ouvrages qui sont nettement plus intéressants sur le sujet), il s'agissait de donner des outils et des exemples concrets pour essayer de comprendre ce qu'est un RSCA et ce qu'il se passe dans la tête d'un correcteur quand il en corrige un.

L'ouvrage n'est pas le seul outil. Je pense qu'il est très important (cela a été dit, mais je le redis), sans enseignant, rien ne se passera. C'est à nous, à la fois d'accompagner en toute empathie les enseignants qui, eux aussi, ont le droit d'avoir des difficultés dès lors qu'ils vont tenter de maîtriser un outil qu'il nous a nous fallut plusieurs années pour maîtriser. Nous devons donc faire un travail pour faire en sorte que les enseignants et les encadrants soient plus nombreux. Effectivement, la réflexion qui a été faite montre qu'effectivement le DMG peut être parfois en difficulté, en raison de l'insuffisance des Ressources Humaines. C'est la raison pour laquelle l'encadrement des étudiants est quand même aussi un peu une question comptable et d'encadrement.

C'est donc à nous et aux pouvoirs publics de donner les moyens pour que la formation des jeunes et à travers elle, la formation des enseignants puissent se faire dans de bonnes conditions. Car, le RSCA, la narration de façon générale et les travaux d'écriture clinique constituent un levier de formation que je pense être majeur. Je ne vais pas m'étendre plus au-delà.

Christian GHASAROSSIAN

Merci, Anas. Merci à vous d'avoir participé activement à cette plénière pédagogie et rendez-vous à l'année prochaine.

Index

Nous vous signalons que nous n'avons pas pu vérifier l'exactitude ou l'orthographe des noms suivants :

Alexandre BETTERIE..... 23