

Squinazi Teboul Nicole

Psychanalyste

Chargée d'enseignement de médecine narrative

Université Paris V René Descartes

F-75006

nicolesquinazi@gmail.com

Le retour du médecin aux humanités oubliées et à l'humanité oubliée.

Expérience d'un enseignement dirigé en médecine narrative

Résumé. — Ce texte se propose de revenir sur l'expérience d'un enseignement dirigé et d'en développer les modalités et le contenu. Quelques textes qui ont été produits par les étudiants sont commentés et analysés dans leur résonance avec le médical et le littéraire. La médecine narrative promeut et développe le lien humain, grâce à l'écoute, la lecture attentive et grâce à l'écriture réflexive.

Mots-clés. — médecine narrative, écriture réflexive, écoute, lecture, empathie.

Ajouter le titre en anglais

Abstract. — This text is about experience in narrative medicine. It develops methods and contents of teaching. Some texts, which had been produced by students, are commented and analyzed in their resonance with the medicine and the literature. Narrative medicine promotes and develops the human link, thanks to hearing, attentive reading and reflective writing.

Keywords. — Narrative medicine, reflective writing, hearing, reading, empathy.

Remerciements à Nathalie Dzierzynsky, praticien hospitalier, Hôpital Tenon, Paris
et François Goupy, Professeur à Paris V, Hôtel Dieu, Paris

Lorsque je mentionne ma fonction de chargée d'enseignement en « médecine narrative » auprès d'étudiants en médecine de quatrième année, je suscite autour de moi l'étonnement, puis le questionnement. L'expression de « médecine narrative » interroge. Les deux mots produisent une tension, comme une opposition apparente. Nous sommes face à un oxymore. La médecine narrative peut être définie de la manière suivante : c'est la médecine qui s'attache à l'écoute du patient racontant l'histoire de sa maladie et son histoire personnelle, telle qu'elle s'est inscrite depuis sa naissance jusqu'à l'instant où il déploie son récit face au médecin. Les mêmes qui manifestaient leur étonnement, constatent ensuite que l'écoute et l'empathie font souvent défaut aux patients potentiels qu'ils sont.

Dans le texte qui va suivre, nous définirons plus précisément la médecine narrative et son essor aux États-Unis et à l'université Paris V René Descartes. Nous aborderons ensuite les exemples de textes produits par les étudiants. Nous montrerons comment ils peuvent entrer en résonance avec le littéraire et le médical. En conclusion, nous poserons la question suivante : « La médecine narrative est-elle un retour aux humanités oubliées? ».

Définition de la médecine narrative

La médecine au XX^{ème} siècle et au XXI^{ème} siècle a fait de nombreux progrès, d'ordre technique. Pourtant « les malades se plaignent que leur médecin ne les écoute pas ou semble indifférent à leur souffrance. » (Charon, 2006 : 29).

C'est face à ce constat et dans la rencontre de nombreux patients que Rita Charon forgea sa conviction que les médecins se devaient d'acquérir une expertise au niveau de l'écoute et de l'empathie. A Columbia, des médecins et des chercheurs du département de littérature ont « inventé » la médecine narrative. La médecine narrative est un cousinage clinique entre littérature et médecine et un cousinage littéraire avec le soin centré sur le patient (Goupy, 2017 : 25). Cette métaphore généalogique est de Rita Charon (2015).

Grâce à la médecine narrative, le clinicien peut acquérir « des compétences pour reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires de maladies » (Goupy, 2017 : 25). C'est par la lecture ou l'écoute attentive et grâce à l'écriture réflexive que ces mécanismes peuvent s'acquérir.

Naissance et développement de la médecine narrative à Paris V René Descartes

La médecine narrative est apparue récemment en France grâce à François Goupy. Ainsi, dès l'année 2009, la médecine narrative fut introduite à Paris V René Descartes, d'abord par enseignement optionnel et limité à quarante-cinq étudiants. Dans l'enthousiasme de la réussite de diverses expérimentations, le cursus de médecine narrative fut rendu obligatoire à partir de 2012, pour 400 étudiants de quatrième année.

Modalités de l'enseignement et contenu des enseignements dirigés

L'enseignement est présenté comme « un apprentissage de l'écoute du patient et une réflexion sur le métier de médecin ». Pour les étudiants en médecine, cet enseignement arrive après un concours d'entrée très sélectif et trois années d'études presque entièrement tournées vers des enseignements de sciences fondamentales. La médecine narrative leur parle d'écoute, de lecture

et d'écriture alors qu'ils se sont concentrés pendant plusieurs années sur des sciences dures très éloignées du moindre récit. L'enseignement dirigé mis en place va offrir aux étudiants un espace d'expression orale et écrite, un espace où ils vont pouvoir faire un pas de côté, loin de ce qui les a occupés pendant toutes ces premières années. Ils vont y développer une capacité à réfléchir et à écrire, sur les sujets qui leur seront proposés et plus tard ils garderont cette capacité réflexive à utiliser l'écrit et le récit.

Les enseignements dirigés (ED) sont précédés de deux heures de cours obligatoires intitulées « Introduction à la médecine narrative » puis « L'empathie et la relation médecin-malade ». Il est recommandé de lire deux textes : celui d'Abraham Verghese « The physician and the storyteller » (1995) et celui de Rita Charon « Narrative and medicine » (2015).

La consigne d'écriture des ED est la suivante : « Rédiger pendant cinq à dix minutes maximum un texte sur un thème donné, puis le lire à voix haute, sans le commenter ni le paraphraser, avant d'en discuter. » On précise que l'orthographe et la syntaxe sont secondaires, que la forme et le style sont à la convenance des étudiants, que l'histoire racontée peut l'être en totalité ou en partie, seule compte la perspective de la réception par un auditoire. La capacité ou le talent d'écriture ne sont pas l'objet de l'exercice. On leur recommande de lire ensuite, à voix haute, le texte qu'ils auront écrit.

On leur précise les règles du jeu, qui sont les suivantes : une stricte confidentialité, le respect du texte de l'autre, même si on le désapprouve ou on le trouve agressif. Le libre choix de participer à l'exercice ou de ne pas y participer. La remise des textes au chargé de l'enseignement dirigé est facultative, confidentielle, mais souhaitée. La possibilité que les textes soient utilisés fera l'objet

d'un mail de demande d'accord auprès des intéressés. L'anonymat des auteurs par la modification des identités est la règle.

Déroulement des séances

Les séances d'écriture en action

La séance de présentation leur fait l'effet d'une surprise. Ils découvrent un nouveau domaine de la médecine, éloigné de toutes leurs habitudes. On va leur demander d'en faire l'expérience active, au cours de six enseignements dirigés, qui dureront six semaines, étalées sur un trimestre.

Les neuf étudiants du groupe ont été assidus aux enseignements dirigés. Un seul d'entre eux n'est venu qu'au premier ED. A chaque séance, ils ont produit le texte que l'on attendait d'eux. Et suite à la promesse que je compilerai leurs textes sous forme de fascicule, à la fin du cursus, ils m'ont remis, pour la plupart d'entre eux, leur copie en fin de séance.

Le premier ED comprend un exercice en guise de présentation : « L'histoire de votre vocation médicale » et l'exercice principal consiste à écrire : « L'histoire de votre nom ou de votre prénom ». Cet exercice d'écriture est critiqué au premier abord. Malgré le cours qui les y a préparés, les étudiants n'ont pas compris que ces deux sujets leur soient posés. Ainsi, il leur a été demandé d'écrire des phrases, ce qu'ils ne font plus depuis longtemps. Ils ont découvert qu'on leur demandait de parler d'eux-mêmes, de se dévoiler : d'une part sur ce qui les a conduits à choisir la médecine, dans la perspective que ce choix soit de l'ordre d'une « vocation » et d'autre part sur leur nom, leur prénom ou leur surnom, ce qui les replace au sein de leur famille, de leur généalogie, sur un versant très personnel qu'ils redoutent ouvertement d'aborder, à tel point

qu'ils s'en inquiètent, au cours de la petite discussion que nous engageons ensemble après ces premières consignes et qui a eu lieu juste avant le travail d'écriture.

Le groupe est complet à l'occasion de ce premier enseignement dirigé, il est disposé en cercle dans la salle. Les neuf participants parviennent à dépasser leurs hésitations et leurs préventions à afficher leur intimité, pour produire, pour chacun d'entre eux, deux petits textes qui répondent aux deux consignes. Dans le court espace ménagé pour écrire, ils ont réussi à trouver en eux les mots pour le dire. Ils choisissent le cadre, la forme, l'intrigue et parviennent à produire un écrit. Sept ont rendu leur travail et deux autres ont refusé de me le confier.

Le deuxième ED demande que les étudiants se constituent en binômes au sein desquels l'un des membres du binôme s'auto-désigne pour raconter « L'histoire d'une maladie personnelle ou familiale », tandis que l'autre membre écoutera l'histoire puis la transcrira et la lira à voix haute.

L'exercice demandé n'est pas, non plus, celui auquel ils s'attendaient. Il y a encore un « je » implicite ou non, qui les dérange et qui leur paraît être le mélange de ce qu'ils sont dans l'espace public de leurs études et dans l'espace privé de leur vie en dehors de l'université. Ils ne souhaitent pas que l'un empiète sur l'autre.

Cette difficulté est atténuée par le cadre de la contrainte proposée. Un étudiant raconte son histoire à un camarade qui la transcrit après l'avoir écoutée. Ce tiers bienveillant est celui qui raconte l'histoire comme le patient raconte son histoire au médecin, à la différence que le tiers n'a pas vécu l'histoire mais en a écouté le récit pour le transmettre. Ainsi, le tiers occupe successivement deux rôles : le premier rôle est attendu par l'étudiant, c'est le rôle dans lequel il écoute l'histoire d'une maladie qu'il n'a pas vécue. Il est alors dans le rôle du médecin qui écoute

le patient. Le second rôle est celui dans lequel il raconte l'histoire d'une maladie. Il est alors dans le rôle du malade face au médecin. Ce rôle permet à l'étudiant de se décaler et d'envisager la position du patient. Ces deux positions prises par l'étudiant lui permettent de percevoir les émotions et les questionnements qui se font jour de part et d'autre de la dyade médecin-patient, au bénéfice de l'empathie qu'il pourra manifester à l'égard de ses patients.

L'exercice met en jeu les objectifs mêmes de la médecine narrative : donner cet espace d'écoute au patient pour qu'il puisse raconter son histoire et qu'elle prenne sens pour lui, permettre que le médecin, à l'écoute, manifeste son empathie à l'égard du patient et soit en mesure de découvrir les tenants et les aboutissants d'un récit personnel dans un esprit de soin et d'alliance thérapeutique avec son patient.

Le plus souvent, lors de cet exercice, j'aménage le temps imparti et j'encourage les étudiants à renverser les rôles et donc à bénéficier deux fois de l'exercice depuis des places différentes. Celui qui a été le patient qui raconte, devient le médecin qui écoute, celui qui a été le médecin qui écoute, devient le patient qui raconte. Le nombre de participants étant en nombre impair, l'exercice est mené par trois binômes et par un trinôme. Dans le trinôme, l'exercice de l'écoute est destiné à deux médecins potentiels. Plus loin nous avons choisi les textes produits par ce groupe de trois étudiants. Nous verrons que le groupe constitué permet que deux récits soient produits autour de la même histoire entendue et restituée de deux façons. Nous découvrirons ainsi l'intérêt de ce dispositif.

Le troisième ED est « L'histoire de la prise en charge de l'un de vos patients. » C'est au cours de cet ED que les étudiants manifestent leur intérêt pour la médecine narrative. Dans ce troisième exercice, les étudiants s'autorisent à dire « oui », « enfin » ; c'est là que la médecine narrative

peut exister. Si les deux séances précédentes leur paraissaient éloignées du propos pour lesquels ils étaient présents, cette séance constitue le premier véritable exercice de médecine narrative.

Les étudiants s'engagent dans l'écriture avec enthousiasme et détermination. Ils ressentent le besoin d'exprimer de nombreux sentiments autour du soin de ce patient et du premier écrit qu'ils puissent produire pour en dire quelque chose. Ils parviennent à raconter un récit qui fasse sens pour le lecteur. Ils parviennent aussi quelquefois à défaire l'anxiété liée au soin du patient et à passer au cours du même texte du sérieux des données de la clinique à l'humour d'un geste ou d'une phrase dont ils vont saisir le prétexte pour donner au récit une chute joyeuse et décalée que le contexte n'aurait pas laisser supposer et qui surprend. Cette chute provoque un éclat de rire, comme dans l'exemple qui suit.

Ce récit raconte l'histoire d'une femme d'une cinquantaine d'années hospitalisée pour des lésions pleurales. Après de nombreuses péripéties qui l'ont même fait passer pour une simulatrice, dont un conflit entre deux services autour d'une IRM soi-disant urgente, elle finit par sortir de l'hôpital et fait un geste « qui est resté gravé dans la mémoire » de l'étudiant. En guise de remerciement, elle lui remet une enveloppe contenant de l'argent pour lui et pour son chef absent ce jour-là. « Mon chef étant en vacances, j'avais entière liberté quant à décider de l'avenir de cette enveloppe ». Cette pirouette qui se veut pleine d'humour termine ce récit qui aurait pu se terminer beaucoup plus mal. L'étudiant n'a pas caché que cette histoire l'avait rendu très heureux.

J'ai tempéré cette joie en insistant sur une éthique de la responsabilité vis-à-vis de tels cadeaux. Ainsi, il aurait pu faire en sorte, en le disant à sa patiente, de donner le cadeau au service. Ce partage aurait démontré l'idée d'une équipe soignante soudée plutôt que celle d'un chef de

service et de son externe coupés des autres membres, uniques acteurs de soin et uniques bénéficiaires de la satisfaction du patient.

Le quatrième ED comporte la demande suivante : « Décrivez une première expérience où :

- Vous avez soigné un patient mourant
- Vous avez participé à une dissection anatomique
- Vous avez été en colère contre un patient
- Vous avez assisté à un arrêt cardiaque
- Vous avez pleuré dans un service clinique
- Vous avez été obligé de faire mal à un patient, par exemple lors d'une procédure invasive
- Vous avez fait une erreur.

C'est la première fois, cette année, que cet exercice est demandé au cours de l'enseignement dirigé. Il a suscité de nombreux commentaires des étudiants avant l'écriture. Plusieurs points méritent d'être soulignés qui manifestent la grande émotion que peuvent traverser les étudiants dans leur jeune pratique. Cette émotion reste souvent inexprimée, parce qu'elle n'est ni verbalisée ni retranscrite par le biais de l'écriture. Il n'y a souvent personne pour entendre leur émotion. Il faudrait quelquefois un personnel et des lieux dédiés à l'écoute. D'autre part, peu de ces étudiants auraient l'idée de confier au papier leurs émotions avant que la médecine narrative ne le leur propose.

Deux anecdotes m'ont été communiquées au cours de cette séance.

La première anecdote concerne un patient mort un dimanche où l'étudiant était absent du service. A son retour le lundi, il apprend au détour d'une phrase, dans un moment de transmission, que « son » patient est mort la veille. Rien d'autre n'est dit. L'étudiant reste avec son émotion, des

questions sur « ce qui est arrivé » et « comment c'est arrivé » qui restent à l'état de limbes faute de pouvoir être posées ; avec le sentiment qu'il était impossible de les poser par manque de temps et d'une personne disponible pour l'écouter.

La deuxième anecdote concerne une étudiante qui a passé une matinée dans un service où se pratiquaient des cœlioscopies auprès d'un médecin spécialiste reconnu de cette exploration. La première patiente, reçue à huit heures du matin pour l'examen, a bénéficié de toutes les indications nécessaires à la bonne acceptation et à la bonne gestion de cette exploration assez invasive et douloureuse. Quant aux patients suivants, l'examen a été effectué sans un mot d'explication dans une dynamique d'enchaînement rapide des examens. L'étudiante a ajouté avoir été choquée par le manque d'information pour tous les patients sauf pour le premier d'entre eux.

Ces deux exemples, l'un lié à la mort et l'autre au côté invasif et douloureux d'une exploration montrent à quel point la teneur du quatrième ED est pertinente et en résonance avec les préoccupations de l'étudiant. La médecine narrative par l'écriture réflexive prend ici tout son sens.

L'exercice de ce quatrième enseignement dirigé contient les mots « mourant », « première dissection », « arrêt cardiaque », « pleurer », « faire mal », « procédure invasive », « erreur ». Tous ces mots interrogent les étudiants. Ils concernent le rapport à la mort (« mourant » « arrêt cardiaque » « dissection »), ainsi que les questions de mal soigner ou de mal comprendre un geste thérapeutique ou exploratoire avec « erreur » et « faire mal ». Il concerne aussi l'émotion avec « colère » et « pleurer ».

Cette proposition d'écriture agite les grandes questions de la mort, de la responsabilité, de la douleur, qui sont une partie des grandes questions existentielles qui peuvent traverser le futur médecin et qui continueront de le questionner lorsqu'il sera diplômé. Elle permet un début de réflexion autour de ces questions, comme nous le verrons dans les textes commentés plus bas.

Le cinquième ED est intitulé : « l'histoire de sa maladie racontée par l'un de vos patients ». Dans cet exercice, on demande à l'étudiant de dire « je » de manière implicite ou explicite. Le futur praticien doit se mettre à la place du patient souffrant, grâce à une écriture qui fait distance et réflexion.

Le sixième ED demande de rapporter « L'histoire de madame V. racontée en consultation ».

Exemples de textes produits par les étudiants

Nous allons montrer quelques exemples de textes produits par les étudiants, au cours de l'année universitaire 2016-2017, à Paris V René Descartes. Nous avons choisi un exemple pour chaque consigne d'écriture, excepté pour le sixième ED que nous avons volontairement exclu du champ de notre réflexion dans le cadre qui nous occupe. La problématique de ce dernier ED est différente et ne met pas en jeu l'écoute et l'empathie de la même façon que dans les autres ED.

L'histoire de mon prénom par Camélia

Mes parents ont appelé ma grande sœur Marie-Lou en référence à la chanson de Gainsbourg qu'ils adoraient. Puis un an après, ma mère est à nouveau tombée enceinte d'une petite fille. Chacun a réfléchi de son côté. Mon père voulait m'appeler Céleste, mais ma mère trouvait ce prénom trop prétentieux. Ils ont alors changé d'avis pour Célestine puis finalement pour Camélia. Un nom de fleur comme mon arrière-grand-mère Marguerite très importante pour ma mère.

Ce petit texte est un condensé de relations au sein de cette famille. Tout le monde y trouve sa place. Le texte est poétique et littéraire, par l'énumération des prénoms qui l'émaillent, nostalgiques et surannés.

L'Histoire de ma vocation médicale par Camille.

Je trouve ça gros de demander en quoi c'est une vocation, vu que ce n'était pas mon cas par exemple. Trois jours avant le choix APB, je voulais faire maths sup/maths spé. Finalement, j'ai décidé de faire médecine même si je ne sais pas toujours vraiment ce que je veux faire ; « peut-être pour ne pas avoir l'air con si quelqu'un clamse devant moi ».

La trivialité du langage permet à l'étudiant de motiver son choix en coupant toute émotion. Le choix de la médecine n'est pas celui de soigner, mais celui de sauver de la mort dans la rue, comme une fonction magique, qui peut redonner vie. Un rêve de « super héros ». Je n'ai plus revu cet étudiant qui est resté absent au cours des cinq autres ED.

L'histoire de la maladie d'un proche de Rosanna racontée par Camélia

Les parents de Rosanna sont partis en voyage à la Réunion et lors du retour en France, en avion, son père a fait une thrombose veineuse profonde.

Il est pris en charge et alors que l'on ne recherche pas normalement une thrombophilie dans ce genre de cas, étant donné le facteur (favorisant) du voyage en avion de douze heures, la recherche d'une thrombophilie est réalisée. Les résultats montrent une mutation du facteur V de Leiden.

Plus tard, lorsque Rosanna va pour la première fois chez le médecin généraliste avec son père, le médecin l'interroge sur ses antécédents familiaux. Étant donné la mutation du facteur V présente chez son père, le médecin décide de faire le dépistage pour Rosanna : elle est aussi porteuse de la mutation. Ses deux frères sont également dépistés et tous les deux sont porteurs. Enfin, contre toute logique diagnostique, mais sûrement à cause de toutes ces découvertes, la mère se fait dépister et elle est aussi porteuse de la mutation !

L'histoire de la maladie d'un proche de Rosanna racontée par Akim

Après un voyage à la Réunion, au retour de 12 h d'avion, son père développe une thrombose veineuse profonde.

Étant donné le contexte clinique, un bilan de thrombophilie est réalisé, retrouvant alors une mutation du facteur V de Leiden. Rosanna n'a alors que douze ans.

Lors d'une consultation avec son médecin traitant, elle entend son père raconter cela.

Elle passe alors les mêmes tests qui se révèlent positifs. Ses frères aussi passent les tests, qui se révèlent positifs.

Par psychose familiale sûrement, sa mère est aussi testée et sans raison logique biologique mais par pur hasard, on découvre que ses parents partageaient un autre point commun : la mutation du facteur V de Leiden.

Commentaires :

Par Camélia

Le texte pourrait être un dossier clinique ou la trame d'un article médical qui mettrait en avant la coïncidence de la rencontre des deux parents porteurs d'une même mutation génétique.

Par Akim

Le récit est très court et reprend les éléments principaux. En plus, on découvre que Rosanna avait douze ans et on évoque une « psychose familiale » pour justifier le dépistage de la mère.

Il est intéressant de comparer ces deux textes, qui nous transmettent les mêmes faits. Le premier est un peu plus développé avec plus de vocabulaire. On note que « le pur hasard » fait pendant à « contre toute logique diagnostique » qui est resté sur le terrain du médical. A lire attentivement ces deux récits, on trouve la mise en valeur de liens : le lien de cette famille autour d'une « psychose familiale » commune mais imaginaire, issue du dépistage de la mère jugé inutile ; ou bien, le lien de cette famille autour du gène muté. L'absence d'émotion des deux textes est rééquilibrée par ce sentiment d'appartenance, par la mutation partagée.

On peut ajouter que le premier texte de l'étudiante sur l'histoire de son nom contenait le mot « scandale », l'existence du nom de famille d'un « père biologique » et d'un « père adoptif » pour son propre père. L'histoire de la mutation relie indéfectiblement par « le sang » les membres de cette famille. Elle ancre à nouveau son nom dans ce lien génétique découvert « par hasard ».

La lecture du récit de Rosanna sur la maladie d'un proche, par le biais du double récit de ses condisciples, permet la découverte d'un lien qui excède le diagnostic biologique commun à chacun des membres de la famille. Ce lien peut se lire entre les lignes, par les mots du médical et du biologique. Cette lecture réflexive vient après l'écoute puis l'écriture des condisciples de l'enseignement dirigé. Le lien vient comme une intuition. Celle-ci est confortée par la lecture des quelques lignes que Rosanna a consacrées à l'histoire de son nom.

L'histoire de la maladie d'un de mes patients par Armand

Madame E. 39 ans, dermatologue, amenée par le SAMU pour prise en charge d'une embolie pulmonaire. La patiente était à une dizaine de jours d'une chirurgie orthopédique du rachis et au lendemain de l'arrêt de son traitement anticoagulant et elle était sortie se promener pour la première fois depuis sa chirurgie. Au milieu de sa promenade, elle est interrompue par une douleur basi-thoracique droite associée à une dyspnée. Elle appelle le SAMU en leur disant : « Je suis médecin, je suis en train de faire une embolie pulmonaire, venez me chercher. »

Le SAMU arrive, faisant confiance au diagnostic donné par une patiente médecin, ne pratique aucun examen clinique et lui donne immédiatement son héparine à dose curative puis la conduit en réanimation. A l'arrivée en réa, la patiente est en véritable détresse respiratoire, présente des troubles de la conscience et des risques de choc. A l'échographie cardiaque elle n'a aucun signe de droit en faveur d'une embolie pulmonaire mais elle présente une matité à la percussion hémithoracique et un épanchement important à l'échographie. Le reste des investigations montrera qu'elle était en train de faire un choc hémorragique sur un hémithorax majeur. Pour s'être auto-diagnostiquée à tort, cette patiente de 39 ans dermatologue, deux enfants aura bêtement passé dix jours en réanimation. Ça fait flipper.

C'est l'histoire d'un médecin qui fait une erreur de diagnostic sur sa personne et entraîne toute une équipe soignante sur une fausse route thérapeutique. Par ce texte, l'étudiant pose la question du savoir médical appliqué à soi-même et à l'autre.

J'ai participé à une dissection anatomique par Liana

J'ai choisi de vous parler de ma première expérience où j'ai participé à une dissection anatomique l'année dernière. Pour être honnête, je ne savais pas trop à quoi m'attendre en arrivant. Je ne savais pas comment j'allais réagir face à un corps mort. C'était une vraie expérience dans mes études. J'étais avec une amie et je lui ai dit : « On se rattrape, hein si on tombe dans les pommes ! ».

Je suis arrivée. Les corps avaient été mis complètement nus sur des tables, les yeux encore ouverts. C'était vraiment impressionnant et étrange de voir autant de personnes décédées dans la même pièce. La première chose qui m'a le plus choquée était les yeux encore ouverts qui leur donnaient encore une impression de vie. La dame que j'ai disséquée, avait vraiment une expression du visage dont je me souviendrai toute ma vie : un visage cadavérique, la bouche ouverte comme si elle criait. C'est cela qui m'a le plus marqué, leurs visages. Je devais disséquer son bras car c'était une partie anatomique que j'avais beaucoup étudié. J'étais vraiment contente de mettre en pratique la théorie et de trouver toute seule les structures anatomiques. C'était vraiment une satisfaction de voir en vrai l'anatomie et de la reconnaître.

J'étais très respectueuse de cette dame qui a donné son corps à la science. Je lui ai même dit merci à la fin comme si je lui étais redevable.

Une autre chose qui m'a marquée est quand j'ai dû disséquer ses mains, une partie très personnelle de la personne. Je l'imaginai donner la main à quelqu'un, et c'est très étrange mais je voyais la vie dans ses mains. Cette expérience m'a donc énormément enrichie, sur le plan de la relation avec le corps mort, le respect du corps du patient.

Je pense que ce qui m'a le plus marquée dans cette expérience est ce premier contact avec la mort, l'apparence d'un corps mort qui est impressionnante. Au final, bien plus que l'apprentissage de l'anatomie. J'ai beaucoup de respect et d'admiration pour ces personnes qui acceptent d'être disséquées par des étudiants et je me souviendrai toujours du visage de cette dame.

Le texte est très fort et chargé d'émotion. Ce moment de dissection marque à jamais l'étudiante. La puissance de l'expérience peut être vécue différemment selon les lecteurs. Deux lectures de ce texte peuvent coexister. Une lecture qui laisse entrevoir une perspective décalée et tremblante. Une autre lecture qui laisse entrevoir contrôle et force. Dans les deux cas, le choc de l'expérience

transcende l'émotion pour l'étudiante qui ressort grandie de ce moment, jusqu'à l'épiphanie de « ce visage inoubliable ». Le lecteur reçoit aussi le choc de l'émotion qui déferle dans la dernière image.

L'histoire de sa maladie racontée par un des patients de Gaëlle

— Patient de vingt ans aux urgences à trois heures du matin — Bonjour Docteur, parce que je suis très inquiet, -je consulte aux urgences cette nuit-, j'ai l'impression d'avoir la gorge gonflée depuis que j'ai pris un médicament à 19h que m'a donné mon médecin traitant.

J'ai mal à la gorge et aux oreilles depuis hier, j'ai du mal à avaler ma salive. Mon docteur m'a dit que ce n'était rien qu'une angine et m'a donné un médicament antibiotique, je crois, mais j'ai toujours mal : en fait j'ai du mal à respirer plutôt depuis deux jours, surtout la nuit quand je vais me coucher. J'avais *déjà consulté aux urgences l'année dernière* et j'avais déjà eu du mal à respirer à ce moment-là mais je ne me souviens plus de ce que l'on m'avait donné. *J'ai peur de faire une allergie* donc, je suis venu directement pour faire des examens ou une radio.

C'est un exemple typique des angoisses que peut traverser un patient la nuit et qui le conduisent aux urgences, pour une pathologie bénigne.

Comment ces textes résonnent avec la définition de la médecine narrative ou comment ces textes sont littérature et médecine

Ces cinq textes sont une tentative d'écriture pour les étudiants nouvellement formés en médecine narrative. Ils sont tous différents, par les sujets d'écriture et aussi par le style des textes. La demande de production des textes répond à une logique destinée à familiariser l'étudiant avec l'écrit. Elle suit une progression par cercles concentriques. Le premier cercle est celui qui se trouve être le plus proche de l'étudiant, en lien avec son moi profond. On lui demande de raconter l'histoire de sa vocation médicale. On lui demande aussi de raconter l'histoire de son nom ou de son prénom. Par ce premier écrit, l'étudiant va mettre en place deux fragments de récit

de vie, d'une part en lien avec sa personnalité et son désir : sa vocation, et d'autre part en lien avec sa généalogie, sa filiation et son inscription au monde du familial et du social. La suite des exercices demandés sera une approche de la maladie d'un proche, quasi initiatique, puis les trois exercices suivants seront une prise en charge d'un patient du point de vue du « il », où le médecin parle du patient, et du point de vue du « je », où le patient parle pour lui-même. Dans la dernière proposition d'écriture, l'étudiant peut raconter une première expérience autour de la mort, de la douleur ou d'une émotion.

Conclusion

La médecine narrative est un véritable entraînement narratif qui est mis en œuvre et selon Rita Charon, cet entraînement procure les bénéfices cliniques suivants : « développement de l'imagination clinique et de la capacité d'attention à l'autre, le renforcement de l'empathie envers les patients et la prise de conscience et la dimension éthiques des situations. » (Charon, 2006 : 186).

Joanne Trautmann Banks a mené des travaux en littérature et médecine pour montrer l'intérêt des textes littéraires et de leur étude dans la formation des médecins et des professions de santé. Elle dirigea un mois de formation intensive en théorie littéraire avec des textes et des méthodes intéressant la médecine. C'est le « Humanities seminar on Literature and Clinical Imagination ». Une partie de la formation encourageait le médecin à écrire en prose narrative ordinaire sur sa pratique clinique (Charon, 2015 : 32).

Un parallèle existe entre la lecture et le soin. Dans les deux cas, une personne raconte une histoire, soit en en faisant un récit oral, soit en l'écrivant pendant qu'une autre personne en écoute

le récit oral ou lit le texte écrit. Ce double mouvement de production de texte et de prise de connaissance de ce texte s'accompagne d'une tentative pour lui donner un sens. L'attitude du lecteur devant le texte de l'auteur est symétrique de celle du médecin face au discours de son patient ou face au texte qui en résulte.

Dans la préface du recueil de compilation des textes écrits par les étudiants, au cours de l'enseignement dirigé de médecine narrative que j'ai assuré cette année, j'ai écrit : « Au terme de cet enseignement dirigé, je constate que ces textes disent votre grande implication, votre attention tant à vos patients et aux études médicales que vous menez qu'à ces exercices d'écriture autour du malade et du soin. Ces textes démontrent votre réflexivité. Elle permettra une empathie nécessaire. Vous savez maintenant qu'il vous faudra tenir cette empathie sur une ligne de crête étroite et périlleuse.

Cette empathie sera la peau du ressenti et des émotions ; vous la relierez à la colonne vertébrale acquise par un savoir compétent et une éthique de tous les instants. Vous devrez la protéger de l'excès délétère et destructeur ainsi que vous devrez éviter l'écueil de la carapace et du durcissement. Si vous y parvenez, dans un mouvement perpétuel et délicat d'ajustement, vous tiendrez le fil solide qui conduira votre pratique.

La médecine narrative est la capacité d'écrire autour du patient souffrant. Vous n'aurez souvent pas le temps de vous y consacrer, mais ce court moment où l'on vous a suggéré de le faire et où on vous a entraîné à le faire pourrait être un moment fondateur dans votre praxis.

Vous rejoindriez ainsi les grands médecins humanistes qui ont jalonné l'histoire de la médecine et de la littérature. Georges Duhamel, Jean Bernard, Jean Hamburger, mais aussi Martin Winckler, pour ne parler que de certains d'entre eux au XX^{ème} siècle.

La médecine narrative permet de raviver l'empathie, permet de faire retour vers l'humain, vers ces humanités qui alliaient le médical et le littéraire et qui existaient encore au siècle dernier. En 1973, Jean Bernard écrivait, dans son livre *Grandeurs et Tentations de la Médecine* que le progrès technique en médecine engendrait : « de grandes espérances et de grandes inquiétudes ». Gageons que vous vivrez plutôt les grandes espérances qui permettent d'accomplir, que les grandes inquiétudes qui empêchent. La médecine narrative est la promesse que vous pourrez tenir pour que ce vœu se réalise, et transcende votre activité de médecin humaniste lié au soin par le savoir technique, par l'éthique et par le savoir humain et humaniste que permet un récit de soi et de l'autre. En vue d'une alliance thérapeutique la meilleure possible. »

Références

- Bernard J., 1973, *Grandeurs et Tentations de la médecine*, Paris, Éd. Buchet-Chastel.
- Charon R., 2015, *Médecine narrative*, trad. A. Fourreau, Paris, Éd. Sipayat.
- Freud S., 1933, « La création littéraire et le rêve éveillé », trad. Marie Bonaparte et E. Marty, in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Éd. Gallimard.
- Goupy F. et Le Jeune C. (dir.), 2017, *La Médecine narrative, une révolution pédagogique ?*, Paris, Éd. Med-Line.
- Kafka F., 1996, *Un médecin de campagne*, trad. Claude David, Paris, Éd. Gallimard.
- Lejeune P., 1975, *Le pacte autobiographique*, Paris, Éd. Le Seuil.
- Levinas E., 1947, *Le Temps et l'Autre*, Paris, PUF (collection Quadrige).
- Rey R., 1993, *Histoire de la douleur*, Paris, Éd. La Découverte.
- Ricoeur P., 1983-1985, *Temps et Récit*, 3 t., Paris, Éd. Le Seuil.

Verghese A., 1995, *My own country, a doctor's story*, New York, Vintage/Random House.