



HAL
open science

LE RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE, LA NARRATION COMME PRODUIT ET PRODUCTION DE SAVOIRS D'EXPÉRIENCE DANS LA FORMATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Nicole Biagioli

► **To cite this version:**

Nicole Biagioli. LE RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE, LA NARRATION COMME PRODUIT ET PRODUCTION DE SAVOIRS D'EXPÉRIENCE DANS LA FORMATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE : Fondements épistémologiques et enjeux identitaires. Emmanuelle Simon, Sophie Arborio, Arnaud Halloy et Fabienne Hejoaka. Les savoirs expérientiels en santé, Série " Actes " (40), Presses universitaires de Nancy - Éditions universitaires de Lorraine, pp.97-124, 2019, questions de communication, 978-2-143-0564-9. hal-03112025

HAL Id: hal-03112025

<https://hal.science/hal-03112025>

Submitted on 15 Jan 2021

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

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

Article publié dans **Les savoirs expérientiels en santé** (Emmanuelle Simon, Sophie Arborio, Arnaud Halloy et Fabienne Hejoaka, dir.), Éditions Universitaires de Lorraine, Collection « questions de communication », Série « Actes » N°40, 2019, pp. 97-124, [ISBN : 978-2-143-0564-9](#)

[fichier auteur](#)

NICOLE BIAGIOLI

Centre transdisciplinaire d'épistémologie de la littérature et des arts vivants
Université Côte d'Azur
Nicole.biagioli@univ-cotedazur.fr

LE RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE, LA NARRATION COMME PRODUIT ET PRODUCTION DE SAVOIRS D'EXPÉRIENCE DANS LA FORMATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Résumé. – Le RSCA est un écrit professionnel qui fait partie de la formation des internes de médecine générale en France. C'est un genre mixte, outil de formation et d'évaluation mais aussi autobiographie professionnelle qui accompagne le passage du statut d'étudiant à celui de praticien. Notre objectif est de mettre en place une veille collaborative entre les chercheurs de sciences humaines et les formateurs de médecine générale afin de faire évoluer le genre et approfondir le rôle de l'écriture narrative dans la construction des compétences professionnelles qui concernent la prise de décision et l'écoute du patient. Notre cadre théorique emprunte à la didactique professionnelle pour la présentation du RSCA comme outil de formation, à la narratologie pour l'analyse des textes, et à la médecine narrative pour leur valorisation. Nous menons une étude exhaustive du genre, puis tirons de l'analyse d'un corpus de 20 récits des catégories pour classer les situations décrites et les choix des scripteurs, en prêtant une attention particulière au récit de paroles. Nous terminons par des propositions d'amélioration basées sur la médecine narrative et l'écriture créative.

Mots-clés. – récit de situation complexe et authentique, savoirs d'expérience en santé, formation des médecins généralistes, narratologie, médecine narrative, écriture créative.

Introduction

« La médecine est soumise à deux réalités opposées : d'un côté le progrès de l'exploration et de la réparation du corps humain, (autrement l'objectivation de l'être humain porteur d'organes) ; de l'autre la prise en compte incontournable de la subjectivité du sujet malade. L'articulation de ces deux principes organisateurs ne va pas de soi pour le soignant, dans la mesure où ils engagent deux "types de rapport à son expérience vécue en situation d'intervention" », (Tourette-Turgis 2013a : 6).

Ce constat de Tourette-Turgis dans l'éditorial d'un dossier intitulé *Apprendre du malade* nous a semblé particulièrement approprié pour introduire une étude dont un des enjeux est de montrer que le récit autobiographique peut être un trait d'union entre la formation des soignants – en l'occurrence, les internes de médecine générale – et celle des patients.

Cette étude répond à une demande de médecins, rencontrés dans le cadre du département d'Éthique et de Sciences humaines de la Faculté de médecine de Nice, qui intervenaient dans le diplôme d'études spécialisées de médecine générale et souhaitaient avoir un regard extérieur et documenté par les Sciences Humaines sur un écrit professionnel: le Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA)¹. Ce récit fait partie des traces d'apprentissage que les internes doivent produire à des fins d'évaluation (Le Mauff *et al.*, 2004).

Le *Guide du diplôme d'études spécialisées de médecine générale promotion 2015*² lie explicitement l'analyse de la situation complexe et authentique à :

- l'acquisition de l'expérience : « Comment « voir » des problèmes que l'on ne peut identifier du fait de notre manque d'expérience en médecine générale ? » (*Guide* : 43) ;
- et à une approche du patient qui ne soit pas strictement biomédicale : « Souvent les premiers RSCA en début de DES sont centrés préférentiellement sur les problématiques biomédicales, celle du médecin, puis progressivement l'intérêt du patient, l'éthique [...] et la réflexion sur la pratique apparaissent » (*ibid.*).

Les discussions préparatoires à la recherche ont permis d'identifier certaines difficultés récurrentes pour :

- les internes : choix de l'épisode, choix de style, de registre, de plan (en effet, contrairement à ce qu'indique son intitulé, le RSCA n'est pas qu'un récit, mais comporte aussi des satellites comme l'analyse de situation ou la recherche documentaire) ;
- les accompagnateurs : modalités de suivi et d'articulation avec les autres activités de la formation qui se présentent comme collectives alors que le RSCA est « un apprentissage individuel » (*Guide* : 39) ;

¹Nous remercions l'ensemble du Département d'Étude et de Recherche de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Nice pour son accueil, et plus particulièrement Gilles Gardon, professeur associé, responsable de la pédagogie, David Darmon, maître de conférences, responsable de la recherche, et Stéphane Munck, chef de clinique, pour leur disponibilité et la confiance qu'il nous ont accordée en nous donnant accès aux écrits de leurs étudiants.

² *Guide du DES de Médecine Générale Rentrée 2015-2*[1]-pdf], désormais *Guide*. Source : https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_Medecine_Generale_Rentree_2015-2.pdf, consulté le 10/02/2007.

- les responsables de la formation : critères d'évaluation, mais aussi recrutement et coordination des accompagnateurs.

Nous avons fait l'hypothèse que considérer ces textes pour eux-mêmes et l'écriture comme une activité formatrice en soi pourrait améliorer leur qualité et surtout les conditions de leur réalisation. Les objectifs assignés au RSCA ne nous semblaient pouvoir être atteints que si l'on s'intéressait à la facture du récit, dans la mesure où la narration, par le retour sur les événements, gestes actes et paroles qu'elle implique, est un exercice d'écoute, certes rétrospectif, mais qui permet d'exercer l'attention de façon holistique, et de prendre en compte la personnalité du patient.

Nous avons décidé de privilégier deux dimensions jusqu'alors peu abordées dans la formation : celle du récit comme embrayeur de reconfiguration biographique « dans une phase de transition correspondant au passage d'une phase de vie à l'autre » (Delory-Momberger, 2013 : 122), et celle du texte comme produit d'un travail créatif, issu du va-et-vient entre formulation et reformulation « qui permet au sujet de créer sa propre pensée dans un langage singulier », (Chabanne, Dunas, 1999 : 24). Nous avons donc décidé d'analyser un échantillon constitué par les responsables de la formation, assez fiable (20 dossiers, environ 400 pages) pour pouvoir en induire des pistes d'amélioration. Notre cadre théorique emprunte aux théories sur les savoirs d'expérience employées pour décrire les apprentissages informels des patients et les apprentissages professionnels, en général et dans les métiers de la santé, à la didactique de l'écrit pour l'étude du RSCA comme genre, à la narratologie et à la linguistique du discours pour l'analyse des textes, et, sur l'ensemble de l'étude, à la médecine narrative créée par Rita Charon (Charon, 2015). À la fois pratique professionnelle et pratique de formation professionnelle, cette dernière combine les modèles théoriques de la formation des métiers de la santé et ceux de la lecture-écriture littéraire au service d'une ingénierie de formation et d'autoformation qui vise à améliorer la coopération médecin-patient dans la gestion de la maladie.

Quelle peut être la place du récit dans une formation professionnelle, et plus particulièrement dans la formation initiale des médecins de médecine générale? Pour répondre à cette question, nous retraçons d'abord brièvement l'évolution du concept de savoir d'expérience dans les deux champs rapprochés par cette étude : domaine de la santé et formation professionnelle, en mettant en évidence l'usage qu'ils font du récit et le rôle médiateur de la médecine narrative. Nous présentons ensuite le cadre spécifique de la production du RSCA. Puis nous exposons les résultats de l'analyse du corpus traité : les textes de RSCA. Nous terminons par quelques préconisations sur l'accompagnement de l'écriture des RSCA et plus généralement sur le rôle que peut jouer l'écriture dans l'établissement de relations intersubjectives authentiques entre les médecins et leurs patients.

Métiers de la santé, savoirs d'expérience et narration

Les savoirs d'expérience en santé

Dans le domaine de la santé, l'apparition du terme « savoir d'expérience ou expérientiel » (*experiential knowledge*) est associée à ce que l'on a appelé la révolution des patients³. Ceux-ci ont progressivement imposé leur point de vue (*patient perspective*) dans les débats politiques et économiques les concernant. Pour éclairer les causes du phénomène, Blume (2016 : 1) remonte à la montée en puissance, dans certaines sciences humaines comme la sociologie et l'anthropologie, de la perspective émiqque qui est celle des observés, au détriment de la perspective étique qui est celle de l'observateur extérieur. Si donc « les introductions au domaine de l'anthropologie médicale sont remplies de références aux perspectives émiqque et étique, qui les rapportent respectivement à ceux qui souffrent et à ceux qui les soignent » [notre traduction], c'est que le patient est le seul à savoir ce qu'il souffre et comment il le souffre. Seul ? Pas vraiment : il y a les autres patients.

Dans son article de 1976 : « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups » (« Savoir expérientiel : un nouveau concept pour l'analyse des groupes d'entraide »), Borkman décrit les premières associations de patients qui se sont formées aux États-Unis. Elle définit le groupe d'entraide comme « une association volontaire orientée vers le service humain composée de personnes partageant un problème commun et se regroupant pour résoudre le problème par leurs efforts mutuels » (Borkman, 1976 : 445, notre traduction), et le savoir d'expérience comme « une vérité apprise de l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par le discours rationnel, l'observation, ou une réflexion sur l'information apportée par d'autres » (*ibid.* : 446, notre traduction). Ce savoir consiste en une sagesse et un savoir-faire (*wisdom and know-how*) acquis « dans une participation personnelle à un phénomène [...], basés sur une expérience individuelle, authentique, qui est unique, limitée et plus ou moins représentative de l'expérience des autres personnes qui ont le même problème » (*ibid.* : 446, notre traduction). Borkman le distingue de l'expertise expérientielle que le groupe d'entraide reconnaît aux patients chevronnés qui ont acquis « la compétence ou l'habilité à traiter ou résoudre un problème en se servant de [leur] expérience personnelle » (*ibid.* : 447, notre traduction), ce qui équivaut à une compétence de transfert.

Un autre élément fort de la définition du savoir d'expérience du patient est sa différence avec le savoir professionnel, « développé, appliqué et transmis par une profession spécialisée et établie » (*ibid.* : 447, notre traduction) qui caractérise les soignants et bénéficie d'une reconnaissance institutionnelle et sociale, symbolisée par le diplôme. Cette opposition s'inscrit dans un « paradigme de pensée » c'est-à-dire « un cadre souvent inconscient déterminant l'exercice même des activités de pensée » (Astier *et al.*, 2004 :12), caractéristique de la pensée occidentale : l'opposition théorie et pratique.

³ Cf. Molins (2017) : « La révolution du patient », qui présente comme les deux moments-clés de cette révolution la mise en place des droits individuels et collectifs des patients et l'intervention des patients experts dans la formation universitaire. Accès : <https://www.mutualité.fr/actualités/la-revolution-du-patient/> ; et Tourrette-Turgis (2013b).

On associe à la théorie « les principaux attributs sociaux accordés au langage et notamment au langage conceptualisé et écrit : stabilité, universalité, dissociation possible par rapport aux situations et aux sujets sociaux, possibilité d'appropriation, de cumul, de transmission », et à la pratique « les attributs sociaux des activités de transformation du monde : contingence, particularité, indissociabilité par rapport aux situations et aux sujets sociaux, non-communicabilité » (*ibid.*12). Cette définition éclaire les causes culturelles, socio-économiques et politiques de la suprématie de la théorie sur la pratique et montre que son renversement est aussi une conséquence de la démocratisation de l'accès à la littéracie. Elle met en évidence la complémentarité de la théorie et de la pratique : si le savoir est distingué de l'action, celle-ci doit être prise en compte dans les situations de transmission, et si l'on fait de l'action une source de savoirs, ceux-ci doivent être explicités et définis. Elle laisse apercevoir la récursivité de l'opposition, par exemple à l'intérieur de toute formation professionnelle entre la partie théorique (cours) et la partie pratique (stages), et le risque qu'elle fait courir au développement professionnel.

La remise en cause de la séparation des savoirs et de l'expérience professionnelle a conduit à remplacer la logique de qualification par la logique de compétence, tournée vers la gestion des situations. Mais la formalisation qui en a résulté a provoqué une « tendance à la transformation des compétences en savoirs » (*ibid.* 16), laquelle enferme les professionnels dans une spécialisation qui les empêche d'évoluer. Le modèle de l'apprentissage expérientiel (Bourassa *et al.* 1999), que nous abordons dans la section suivante, a été mis en place pour contrecarrer cette tendance.

La méfiance affichée des patients à l'égard des savoirs académiques est due à la fois à leur entrée dans la maladie – qui devient leur paradigme de pensée – et à leur confrontation aux savoirs professionnels des soignants dont ils ont l'impression qu'ils ne font pas la preuve concrète, immédiate et globale de leur validité. En effet, le savoir expérientiel prôné par les groupes d'entraide « est pragmatique plutôt que théorique ou scientifique, orienté vers l'action immédiate plutôt que vers le développement à long terme et l'accumulation systématique de savoirs, et holistique et total plutôt que fragmenté » (Borkman, 1976 : 449).

Ces groupes ont une façon spécifique de produire des vérités générales à partir de témoignages individuels. Ils les confrontent, mais contrairement à la sociologie traditionnelle, ils ne les comparent pas, ils les écoutent, une écoute active et empathique. L'échange de récits autobiographiques qui montrent « comment les objectifs de la vie ont dû être redéfinis en termes de changements dans le possible et le futur, et en termes de limites imposées par les arrangements sociaux » (Blume, 2016 : 3) est un facteur puissant d'affiliation.

L'autonomisation des patients a indirectement éclairé la part expérientielle des savoirs professionnels des soignants, mais plus généralement de tous les professionnels. Déjà Borkman remarquait qu'« en tant que sources de vérité, le savoir professionnel et le savoir expérientiel ne sont pas mutuellement exclusifs [...] même si ce savoir expérientiel est défini comme une partie subsidiaire du savoir professionnel » (Borkman, 1976 : 448). « Même les professionnels utilisent des savoirs expérientiels dans leur pratique », et « les professionnels nouvellement accrédités ne sont pas considérés comme expérientés tant qu'ils n'ont pas eu une expérience personnelle dans le monde réel du travail » (*ibid.*), – ce qui est précisément le cas des internes de médecine générale. La situation a progressivement évolué vers une collaboration entre les deux camps, parfois

étendue à la recherche, même si l'article de Caron-Fiterman *et al.* (2004) : « The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research ? », reconnaît que ce sont moins les savoirs d'expérience des patients qui incitent la recherche biomédicale à les solliciter, que les lobbys qu'ils ont constitués. L'avenir reste donc ouvert à un échange équitable des savoirs d'expérience entre patients et soignants, qui accorderait une place plus importante aux savoirs d'expérience des patients et au récit dans la formation des professionnels de la santé.

Savoirs d'expérience et écriture dans la formation professionnelle des métiers de la santé

Des professionnels de santé, on attend des connaissances scientifiques précises, la capacité à appliquer ces connaissances à une situation donnée, selon un répertoire appris de gestes de diagnostic et de gestes de soin, et la capacité à reconnaître très vite une erreur, en tirant parti de l'analyse de la singularité d'une situation dont ils sont partie prenante. Ceci explique que les pré-supposés qui sous-tendent la formation de ces personnels soient proches du modèle de l'apprentissage expérientiel, et de la façon dont ce dernier a essayé de contrebalancer les dérives formalistes du modèle par compétence. En outre, les métiers de la santé sont des métiers de communication. Si le public retient surtout les gestes physiques qui concernent le corps des patients, le quotidien des professionnels comporte une forte proportion de gestes de langage oraux et écrits, adressés au patient, aux partenaires professionnels et à soi. C'est pourquoi une partie importante de la formation est dévolue aux apprentissages de la communication orale et écrite.

L'apprentissage expérientiel est issu la formation des adultes. Il est inspiré des travaux de théoriciens (Dewey, Piaget, Lewin, Kolb) qui ont abouti à définir l'apprentissage comme « un processus selon lequel la connaissance est créée par la personne à travers la transformation de son environnement » (Bourassa *et al.* 2007 : 55). De ce fait l'apprentissage est continu et ne s'arrête pas à la formation. « L'inusité suscitant le questionnement, le praticien met en branle un processus de recherche, en utilisant à la fois l'action et la réflexion, pour inventer d'autres savoirs plus satisfaisants et viables dans une ou plus situations données » (*ibid.* : 57). Il met au point des modèles d'action. « Ces modèles d'action sont appris par l'expérience » (*ibid.* : 59). Les théoriciens les décomposent en représentation, intention, stratégie (*ibid.* : 61). Mais ils ne constituent que le premier niveau des savoirs expérientiels.

Comme ils fonctionnent en boucle, puisque l'action les renforce tant que le résultat n'est pas trop éloigné de l'intention, ils ont tendance à devenir des automatismes et « sont utilisés la plupart du temps sans que le praticien en soit conscient » (*ibid.* : 60). La formation à l'apprentissage expérientiel donne le coup de pouce qui favorise la prise de conscience des modèles d'action, afin que les praticiens puissent en changer lorsqu'ils se révèlent inefficaces. Pour cela, ils doivent pouvoir remonter aux principes directeurs (*ibid.* : 52) qui les inspirent, prendre conscience de ceux qu'il faut modifier, et parvenir à le faire. Les situations d'inefficacité sont donc une entrée privilégiée pour accéder à la pratique réflexive et faire évoluer la pratique professionnelle.

Pour provoquer l'envie de changer, faire appel à la pensée logique ou rationnelle (décorticage rétrospectif de la succession des actions, pensées, et émotions) ne suffit pas. Il faut solliciter la

pensée analogique ou émotionnelle (recherche d'une métaphore entendue comme « une forme d'interprétation et d'expression d'une réalité dans des termes imagés s'inspirant d'une autre réalité » qui peut se prolonger en une improvisation théâtrale ou poétique (*ibid.* :105-106). Il faut ensuite aménager des situations pour tester le changement consenti. La partie proprement expérimentale de la formation comporte deux phases : simulation, et expérimentation sur le terrain avec retour sur la pratique.

Dans la formation hospitalière, la simulation intervient dans les premières années de la formation, et le retour sur l'expérimentation au moment des stages de terrain. Dans les deux cas, c'est surtout la communication orale qui est concernée. Comme notre étude porte sur un genre écrit, nous ne nous y attarderons pas et nous consacrerons à l'écriture.

Trois traits caractérisent l'écriture dans la formation aux métiers de la santé :

- son rôle institutionnel : c'est parce que l'écriture est indispensable pour constituer et transmettre l'information médicale que ces métiers ont été les premiers à l'inclure dans leurs dispositifs de formation. Le savoir-écrire constitue une compétence transversale à toutes les disciplines soignantes ;
- ses effets cognitifs et psychologiques : l'écriture en formation professionnelle, tous genres confondus, permet aux scripteurs d'approfondir leurs divers « moi » : personnel, social, groupal, du simple fait qu'ils doivent se mettre à la place du lecteur auquel ils s'adressent ;
- la représentation qu'en ont les formés : pour lesquels « le rapport entre l'écriture et l'action peut être posé de deux façons différentes : soit l'écriture est plutôt considérée comme un outil de transcription d'un acte réalisé, soit elle est plutôt pensée comme un acte » (Balcou-Debussche, 2004 : 125).

Les personnels de santé abordent trois sortes d'écriture au cours de leur formation. L'écriture biomédicale participe de l'apprentissage expérientiel en tant que savoir appris non seulement en formation mais aussi réinvesti et approprié dans la pratique quotidienne. C'est donc un apprentissage à compléter par une mise à distance, voire une mise en question. L'écriture réflexive est employée pour aider les formés à analyser leurs modèles d'action. Pour cela, elle revient sur l'expérience, de façon très détaillée, mais ce n'est pas pour la représenter, c'est pour l'expliquer (elle ne fait appel qu'à la pensée rationnelle, et n'essaie pas de la compléter par la pensée émotionnelle pour impulser le changement comme le fait la formation à l'apprentissage expérientiel). C'est elle qui incite les professionnels à envisager l'écriture comme une transcription. L'écriture autobiographique rend compte de l'expérience, ou plus exactement de l'apprentissage en tant qu'expérience. Rappelons que, pour les théoriciens de l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage constitue une expérience en lui-même, indépendamment de l'expérience du métier qu'il est censé apporter, puisque : « pour acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés, une personne doit vivre une expérience, suivie d'une réflexion. Si elle n'expérimente pas, elle mémorise des informations, sans plus » (Bourassa *et al.*, 2007 : 5). Le mémoire professionnel est chargé de faire émerger le sens que la formation a eu pour les formés, à travers le récit-bilan qu'ils en font. C'est lui qui donne aux formés l'impression que l'écriture est un acte, par lequel ils construisent une représentation de leur vie et la donne à voir aux autres. Vu l'enjeu, c'est aussi lui qui inhibe le plus leurs compétences scripturales.

On remarquera qu'entre les deux dernières propositions d'écriture : l'analyse réflexive d'une situation professionnelle et le récit de l'apprentissage professionnel, il reste une place vide : celle d'un récit qui raconte une situation particulière sous l'angle de la transformation qu'elle a produite chez ceux qui l'ont vécue, c'est-à-dire sous l'angle de la représentation de l'expérience, et non de son analyse, ce qui a l'avantage de la rendre partageable. C'est cette place que la médecine narrative s'emploie à occuper.

La médecine narrative

L'accès à l'écriture narrative apparaît de plus en plus comme un moyen de rapprocher médecins et patients, et de lutter contre cette « malformation médicale » (Dominicé, Lasserre Hartet, 2013 : 26) qui fait que « la plupart des médecins ont du mal à entrer dans la lecture que les patients font de leurs difficultés de santé » (*ibid.* : 26). La médecine narrative (Charon, 2006) nous vient des États-Unis. Elle fait appel au récit des patients pour « enrichir l'échange entre soignants et patients d'une version narrative plus formelle de l'expérience de la maladie » (Dominicé, Lasserre Moutet, 2013 : 31). Il s'agit d'un « véritable « récit », élaboré par le patient », susceptible de fournir au médecin « d'autres informations que celles livrées par l'anamnèse » (*ibid.* : 31). Si Charon institue le récit du patient au début de la consultation, c'est pour contrer la déformation professionnelle des médecins qui pensent « qu'ils doivent rationaliser le processus de récit des symptômes en demandant d'abord l'histoire de la maladie, puis, une fois complète, passer à l'histoire de la famille » (Charon, 2006 :173), alors que « Pour tous les problèmes, sauf les plus mécaniques et les plus clairs, cette rationalisation sacrifie l'information la plus précieuse » (*ibid.* :173). Elle écoute le patient « aussi intensément que possible » (*ibid.* : 309), et ne prend des notes qu'après, pendant qu'il se change pour l'examen. Transposant cette pratique dans la formation, Charon demande à ses étudiants de réaliser un « dossier parallèle » au dossier hospitalier canonique (*ibid.* : 256) qui porte trace de tout ce qu'ils ne peuvent pas consigner dans ce dernier : leurs pensées, leurs émotions, leurs représentations.

« Le récepteur du récit d'autrui doit quelque chose au narrateur par le fait de, désormais, le connaître. C'est le lien intersubjectif de l'éthique narrative » (*ibid.* : 108). L'écoute du patient est donc libératrice pour le médecin qui peut à son tour se raconter, en toute confiance. Cependant l'échange d'histoires de vie est peu pratiqué dans la consultation médicale occidentale, pour de nombreuses raisons que Charon passe en revue. L'une est l'image que les médecins se font de leur rôle professionnel : « concevoir le récit comme une création peut menacer ceux qui se considèrent comme des observateurs respectueux de la réalité et des rapporteurs scrupuleux des faits » (*ibid.* : 92) ; une autre, la position surplombante que leur octroie la société : « les relations des patients avec les infirmières, les travailleurs sociaux et les thérapeutes sont moins troublées que celles qu'ils ont avec les médecins. Cela est dû, en partie, à des questions de pouvoir, de sexe, de classe sociale, de formation clinique, et aux attentes des patients vis-à-vis des différentes professions » (*ibid.* : 54) ; une autre encore, la divergence entre le médecin occidental et son malade sur l'étiologie de la maladie : « les fondements sur lesquels les gens de formation scientifique acceptent de croire à une explication causale sont à la fois rigides et révisables, tandis que les fondements propres à amener les profanes à croire à la cause d'une maladie ne reposent

pas sur les toutes dernières découvertes mais sur une signification permanente du fonctionnement du monde » (*ibid.* : 67).

Il y a aussi la peur de se livrer : « Lire ou écouter nécessite une somme de danger et d'audace à la fois, pour reconnaître un autre moi et s'ouvrir soi-même à la pénétration par autrui » (*ibid.* 105), et la peur d'entrée dans la lecture-écriture narrative qui tient au manque de formation littéraire : « Si les auditeurs médicaux pouvaient écouter *pour* l'histoire en elle-même, avec des compétences narratives sophistiquées, ils exploiteraient bien plus de connaissances pour le même temps passé avec les patients » (*ibid.* : 173).

À l'instar du dossier parallèle préconisé par Charon, le RSCA est la trace d'une écoute, de patients, de proches des patients, d'autres professionnels de la santé, retravaillée par une écriture. Couchés sur le papier, intentions, stratégies, émotions, souvenirs deviennent disponibles pour être interrogés, réinterprétés, mais aussi réécrits car la narration autobiographique professionnelle produit deux types de savoirs d'expérience indissociables : ceux du métier, et les siens propres. Elle a ses propres modèles d'action issus d'apprentissages formels (scolaires) et informels (sociaux) qui « donnent un sens aux événements au point même de les rendre prévisibles dans des contextes donnés » (Bourassa *et al.*, 1999 : 59) – en l'occurrence les contextes de communication –, mais qui sans entraînement s'oublent, provoquant alors l'illettrisme. Comme l'apprentissage professionnel, elle se trouve exposée aux automatismes, aux représentations et aux émotions, donc à la peur du changement. Elle a donc besoin d'un dédoublement réflexif pour prendre conscience des principes directeurs qui la gouverne, ce que confirme la correspondance des écrivains (Biagioli, Kaplan, 2015).

Le RSCA comme genre

Dès sa création comme spécialité (2007), la médecine générale s'est efforcée de rendre lisibles les compétences professionnelles qui lui permettent de faire valoir sa différence vis-à-vis des autres spécialités. La « marguerite des six grandes compétences du médecin généraliste » (*Guide* : 24), présente quatre compétences spécifiques correspondant aux domaines : « Continuité, suivi, coordination des soins », « Premier recours urgences », « Éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire », « Approche centrée patient, relation, communication », et deux générales: le « Professionnalisme » qui pilote les autres compétences, et « l'Approche globale complexité » qui définit la spécificité de la spécialité. C'est cette dernière que l'on retrouve dans l'intitulé du RSCA qui insiste sur la nature complexe de la situation décrite. L'authenticité, seconde caractéristique exigée, renvoie à l'opposition que Pastré, reprenant la distinction de Ricœur entre *mêmeté* et *ipséité*, établit entre *expérience idem* et *expérience ipse*. L'*expérience idem* « de l'ordre du fait [...] est composée de tout ce qui a laissé une trace de notre vécu » (Pastré, 2010 : 51). Elle enregistre les événements. Son moyen d'expression est la liste. L'*expérience ipse*, organise les faits vécus autour d'un événement-clef qui fait sens pour le sujet et partage sa représentation du temps entre un avant et un après. Son moyen d'expression est le récit. Elle suscite « la capacité à transformer l'altérité en ipséité » (Pastré, 2010 : 53), ce qui rejoint le sens 5 d'authentique dans *Le Petit Robert* : « Qui exprime une vérité profonde de l'individu et non des habitudes superficielles ». L'authenticité repose sur la réflexivité et l'interaction :

« Le retour sur l'expérience vécue en situation dans un dispositif de formation par alternance, ne peut pas être un simple retour sur l'action de celui qui apprend, mais c'est forcément aussi un retour sur son activité de compréhension, d'interprétation des situations, de l'activité des autres plus expérimentés, au premier rang desquels le professionnel tuteur ; c'est enfin un retour sur l'interaction, sur ce qui s'y dit, sur ce qui s'y fait » (Pastré *et al.*, 2006 : 191).

La situation authentique rattache le RSCA au genre du récit de vie. Culturellement, le récit de vie relève d'une tradition à la fois populaire et savante, dont Lejeune, théoricien de la littérature, a exploré les deux versants, décrivant les structures du récit autobiographique chez les plus grands auteurs (Rousseau, Sartre), notamment dans *Le pacte autobiographique* (1975), et fondant en 1992 l'association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique. On lui doit la définition de l'énonciation autobiographique par l'équation de base auteur = narrateur = personnage, le sujet racontant sa vie lui-même. Dans les sciences humaines, ce sont les ethnologues qui ont introduit le récit de vie comme méthodologie de recherche. Les sociologues s'en servent pour compléter leurs données quantitatives. Enfin, le monde de la formation l'a inclus dans son arsenal pédagogique.

Pourtant, s'il appartient au récit par son organisation textuelle, le RSCA est très différent des récits ordinaires. Son objectif est de faire travailler l'articulation de l'application des schèmes d'action appris en formation avec la gestion des situations sur le terrain qui comporte toujours une part d'incertitude et d'improvisation. Nous présentons ses caractéristiques génériques en suivant une démarche déjà appliquée aux genres d'écrits scolaires (Delcambre, 2010) qui distingue pratiques, prescriptions et encadrement des pratiques. Dans cette partie, nous abordons les prescriptions et le dispositif de formation, réservant l'étude des textes pour la partie suivante. Cependant, nous avons jugé utile de commencer par préciser le statut historique et épistémologique de l'écrit universitaire dans la recherche, car il permet d'éclairer les obstacles rencontrés dans la conception et la didactisation de ce tout jeune genre.

Un écrit universitaire

L'écrit universitaire n'est un objet de recherche que depuis une quinzaine d'années. Plusieurs caractéristiques le distinguent de l'écrit scolaire⁴. Premièrement il s'adresse à des adultes, ce qui élève le niveau des attentes des enseignants. Deuxièmement, il est très codifié, mais paradoxalement peu didactisé (alors qu'on entraîne aux épreuves du brevet et du baccalauréat dans le secondaire). Troisièmement, son identité est flottante, à la fois inséparable des contextes disciplinaires puisqu'il sert avant tout à évaluer les connaissances, et décontextualisée dans son apprentissage. Pendant un demi-siècle, on s'est déchargé du souci de former aux compétences orales et écrites universitaires sur des départements de techniques d'expression, alors qu'au collège et au lycée, chaque discipline assure l'enseignement de ses propres savoir-faire oraux et écrits. Quatrièmement enfin, le développement des didactiques professionnelles à l'université a mis l'accent sur l'écriture réflexive, introduisant la même ambiguïté qu'à l'école lorsqu'on demande à un élève de raconter sa vie dans un devoir noté, et abolissant la frontière entre écrits

⁴ Par écrit universitaire ou scolaire, il faut entendre les types d'écrits utilisés à l'école ou à l'université pour évaluer des compétences d'écriture (ex : rédaction, résumé, synthèse) et/ou la restitution de connaissances dans un écrit de sens complet (ex : dissertation, mémoire, thèse).

d'apprentissage (ex : journal de bord) et écrits d'évaluation (ex : mémoire professionnel). Les divers genres de l'écriture réflexive ont un point commun : ils aident les entrants dans un métier à articuler leur identité d'apprenant et leur identité de professionnel (Bishop, Cadet, 2007 :16).

Dans le monde anglo-saxon, ces recherches ont montré que la maîtrise de l'écrit impactait fortement les résultats universitaires, d'où leur nom d'*assessment studies*. Deux tendances se sont rapidement affrontées (Donahue, 2004 : 29) : certains considéraient l'écriture comme une compétence générale, d'autres ne la séparaient pas des contenus auxquels elle s'applique (genres disciplinaires). Cette seconde tendance a donné lieu aux *composition studies*⁵ d'obédience didactique, qui s'intéressent aux objets d'apprentissage et aux acteurs (enseignants et apprenants), dans une double perspective : distinguer pour mieux les articuler les deux didactiques impliquées, celle de la discipline étudiée et celle de l'écrit, et distinguer les représentations de la tâche d'écriture des enseignants et des étudiants, car leur discordance est partiellement responsable des échecs. C'est dans cette tendance que nous nous inscrivons.

En nous fondant sur les résultats d'une étude comparée franco-américaine (Delcambre *et al.*, 2009) sur les *Ruptures et continuités dans l'écriture à l'université*, nous pouvons identifier trois étapes dans l'évolution de la compétence scripturale des internes : le passage du secondaire au supérieur – comme tous les étudiants –, la réussite au concours d'entrée de médecine, et le passage de l'externat à l'internat. Chacune a suscité des interrogations et nécessité des ajustages en fonction des genres pratiqués, de la formation procurée et du rapport à l'écriture durant la scolarité. Vu la rigueur de la sélection et la longueur des études, on peut imaginer que le principal facteur de continuité entre ces changements successifs a été la volonté d'intégrer la profession. Dans le monde du travail, les adultes acceptent plus facilement les contraintes d'une formation parce qu'ils y voient le moyen de réussir leur projet de vie. Loin de penser que l'obligation d'écrire pour être évalué tue le désir d'écrire, il faut donc plutôt considérer que le désir d'écrire n'est pas toujours lié au plaisir ou à l'envie d'écrire, mais peut être soutenu par une motivation professionnelle, pour peu qu'elle trouve à s'y exprimer.

Un genre disciplinaire

Un genre disciplinaire est un genre qui est explicitement relié aux objectifs et contenus d'une discipline par ceux qui le pratiquent ; connivence partagée qui se rencontre rarement durant la scolarité, car «le champ d'horizon, qui donne du sens aux activités, est bien la structuration *disciplinaire* des apprentissages ; mais ce champ d'horizon est présent pour l'enseignant, il est à construire pour l'élève » (Daunay, Delcambre, 2007 : 35). C'est aussi un mode d'expression de la discipline, une construction sociale conçue pour assurer son unité et sa pérennité. Or avec ses institutions, ses modes de recrutement, ses rites, la discipline est déjà une construction sociale, si bien que genre et discipline finissent par se renforcer l'un l'autre avec un risque : celui de se déhistoriciser et de devenir des évidences inquestionnables.

⁵ Du nom de la *compositio*, seconde du trio d'opérations de la rhétorique antique : *inventio*, *compositio*, *elocutio*, termes que l'on pourrait traduire par recherche des idées, mise en plan, mise en mots.

Le RSCA est la conséquence directe de deux changements qui ont accompagné l'accès de la médecine générale au statut de spécialité en France en 2004. Le premier a été le passage du paradigme de formation de l'approche par objectifs à l'approche par compétences. La conférence de Leeuwenhorst en 1974 a été le point de départ d'une mobilisation sans précédent des généralistes pour définir le cadre de leur spécialité en termes de contenus et de compétences afin de garantir l'homogénéité de la formation et des recrutements. À ce stade l'accent a été mis sur les savoirs d'action (« "avoir des compétences" c'est avoir des ressources pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins », Frappé *et al.*, 2010 : 42), mais de façon incomplète. En effet le modèle de l'apprentissage par compétences vise plus à guider l'action en offrant des tables de correspondances entre types de situations et types de compétences, qu'à la comprendre. Dans la définition de l'expertise donnée ici, seul le mot « pertinence » vient contrebalancer cette association automatique et laisse entendre que la personnalité, le vécu et le jugement du professionnel entrent en ligne de compte dans ses décisions.

À l'inverse, les théoriciens de l'apprentissage expérientiel subordonnent l'apprentissage non pas tant aux théories de l'action enseignées en formation – y compris les leurs – qu'« aux théories qui guident l'action des personnes » (Bourassa *et al.* : 47). Mais en même temps ils insistent sur le rôle ambivalent des modèles d'action que ces théories personnelles suscitent car « Les études de cas d'inefficacité rapportés par des praticiens ont permis à Schön et Argyris de découvrir que, devant une situation difficile et tendue, les gens expliquent leurs actions au regard des principes qui leur ont été enseignés et qui sont différents de ceux qui les guident en fait » (*ibid.* 52). Il va sans dire que les concepteurs de la formation initiale de médecine générale souhaitaient former des médecins capables non seulement de prévoir, mais aussi de s'adapter, d'inventer, de réfléchir et de comprendre ce qui les incite à agir dans une situation donnée. Mais le modèle par compétences ne permet pas à lui seul d'y parvenir. Concevant la situation comme une catégorie extérieure à la personne, il échoue à en décrire la singularité.

Le second changement majeur intervenu dans la formation des médecins généralistes a été l'introduction d'un nouveau dispositif de supervision : « la supervision indirecte avec rétroaction retardée » (Ball, Le Mauff, 2008 : 104) dont le RSCA constitue la pièce maîtresse. En décidant d'évaluer les compétences des internes non plus à partir de l'observation directe de leurs performances, mais à partir de la lecture des récits qu'ils en font, les superviseurs se sont donné la possibilité d'évaluer des compétences réflexives et expérientielles qui ne peuvent apparaître que dans ce contexte, tout en signifiant implicitement aux internes qu'arrivés à ce stade de leur formation, ils étaient désormais leurs seuls et premiers évaluateurs. Un bémol, cependant, dès leur titre : « Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? », Ball et Le Mauff limitent les processus d'apprentissage à leur versant cognitif. Les aspects affectifs et émotionnels passent au second plan alors que leur impact sur la mémorisation et la prise de conscience a été prouvé (Prat, 2006). De même Bourassa *et al.* rappellent que « reconnaître les émotions vécues pendant une intervention est essentiel pour bien nommer les représentations qui gouvernent le modèle d'action » (2007 : 67).

Un genre formatif

Avant d'étudier le RSCA pour lui-même, il faut délimiter sa place dans le dispositif de formation. Celui-ci comporte trois volets d'entraînement à la narration⁶. Dans le Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles (GEASP, 10 séances de 3h30/3h), on réalise en groupe des analyses de situations évaluées par quatre fiches : exposé, analyse, synthèse recherche documentaire, synthèse d'action d'apprentissage. Les stages donnent lieu à des traces d'apprentissage, sortes de mini- rapports, trois par semestre, de une à deux pages. Le RSCA est un dossier de huit à 40 pages qui comporte le récit et l'analyse d'une situation vécue en stage. L'interne en réalise trois sur la durée de l'internat, répartis entre les stages hospitaliers et ambulatoires.

Tableau I. Dispositif de formation par la narration de la spécialité de médecine générale.

Genres / Étapes	GEASP	Traces d'apprentissage	RSCA
Choix de la situation	Par le groupe, parmi celles proposées	Rencontrée dans le stage	Une histoire complexe (et non compliquée)
Récit	1) Exposé de la situation par le narrateur 2) questionnement par le groupe	Résumé de la situation (stage, contexte, déroulé)	Le Récit, une histoire à rapporter, une description chronologique pour bien rendre compte des liens entre les paroles et les réactions des personnes en cause
Analyse	Problèmes identifiés et questions soulevées	1) Analyse des compétences mobilisées par la situation 2) Analyse des problèmes et questions que soulève cette situation	Analyse de la situation
Projet d'apprentissage	Propositions discutées Objectif d'apprentissage retenu Tâches d'apprentissage Sources identifiées	1) Choix d'un objectif d'apprentissage 2) Choix des moyens pour y arriver et des ressources à mobiliser	La recherche documentaire Les objectifs d'apprentissage
Bilan du projet	Synthèse à la séance suivante	Bilan de l'apprentissage et du transfert dans la pratique	Traces de formation Utilité pour la pratique

Une même démarche les réunit, celle de l'évaluation formative, mais chacun a sa spécificité : le GEASP utilise la dynamique de groupe et le débat pour former au retour réflexif sur la pratique, les Traces d'apprentissage et le RSCA favorisent la réflexion individuelle. Ils forment une

⁶ Les tableaux que nous proposons sont constitués exclusivement de citations du *Guide*.

progression didactique, GEASP et Traces d'apprentissage servant d'entraînement au RSCA, exercice de synthèse et seul écrit rédigé.

Le double registre des compétences professionnelles et communicationnelles et leur recouvrement partiel dans l'acquisition de la pratique réflexive devient évident lorsqu'on compare les critères d'évaluation.

Tableau 2. Critères d'évaluation des genres pratiqués.

Genres	GEASP	Traces d'apprentissage	RSCA
Critères d'évaluation			
Présentation	C1 Présentation de la situation clinique	1) Plan (respect du plan)	1) Complexité de la situation
Communication	C2 Écoute et respect de la parole de l'autre C4 Participation active au travail du groupe	2) Cohérence entre le récit et la situation 3) Récit circonstancié	2) Récit, pour que le lecteur puisse avoir une idée la plus précise possible
Analyse de la situation		4) Présence de plusieurs compétences 5) Identification de l'enjeu principal pour le patient	3) Analyse
Capacité d'autoformation			4) Objectifs de formation
Mobilisation et validation des ressources	C3 Recherche documentaire ou de ressources effective et valide	6) Diversité ressources	5) Ressources mobilisées
Capacité d'autoévaluation et de transfert dans la pratique	C5 Réalisation d'objectifs d'apprentissage en situation		6) Traces de formation 7) Transfert dans la pratique

Le traitement des situations et des compétences est évalué à partir du « Référentiel métier et compétences du médecin généraliste » (*Guide* : 23-29). La critérisation des compétences communicationnelles n'est pas aussi poussée que celle des compétences professionnelles. Certaines se réduisent au respect de prescriptions : suivre le plan, la chronologie. La recherche documentaire est évaluée seulement sur le contenu, pas sur la forme. Seuls deux genres sont explicitement corrélés : « Le GEASP et l'écriture des RSCA vont vous permettre, à partir de la narration d'une situation réelle de prise en charge d'un patient, d'apprendre à rendre claires toutes les données disponibles pour bien comprendre de quoi est faite cette situation » (*ibid.*, : 22). Or récit et analyse ont des fonctionnements contradictoires. Le premier est holistique, lié à l'expérience dont il est à la fois le produit et la cause puisqu'il permet d'en prendre conscience. La

seconde est rationnelle et détruit la spécificité de la situation en la décomposant. Elle risque de compromettre la construction de la compétence que l'on souhaite mettre en place : la gestion des situations, qui repose non seulement sur les savoirs et compétences acquis en formation, mais sur la capacité de décider et de réagir de façon globale à la nouveauté d'une situation en composant avec elle. Les internes sont aux prises avec cette contradiction, aussi bien quand ils vivent ces situations que lorsqu'ils les décrivent.

Les textes

Le RSCA étant un genre mixte, on peut se demander s'il mérite le nom de « Récit » qui lui a été attribué. Cette question a guidé l'analyse des textes étudiés. Leur choix s'est fondé sur la diversité des situations, des longueurs, des positionnements professionnels et des performances scripturales. Sur 20 textes, 19 sont des récits d'internes, le vingtième^e est un récit de formateur réalisé dans un séminaire de formation de formateurs. Il n'a pas été comptabilisé dans les données quantitatives (nombre de pages, total ou par rubrique) puisqu'il se situe à un moment différent du parcours professionnel ; mais, intégré dans les données qualitatives (structures narratives, structures énonciatives), il a servi de témoin pour caractériser les comportements scripturaux des novices.

Le récit

Dans le RSCA, le récit est premier au deux sens, chronologique et évaluatif, du terme : « Le récit est le socle du travail demandé ; plus cette base est solide, plus votre travail sera potentiellement riche » (*Guide* : 42). Si raconter et décrire sont donnés comme synonymes dans les dictionnaires, c'est que le récit ne peut pas fonctionner sans la description qui situe l'action et les personnages, de même que la description a besoin d'être narrativisée, par exemple rapportée au déplacement d'un personnage ou du regard pour justifier son déroulement. Mais la narratologie (branche de la linguistique du discours qui décrit les récits) réserve le nom de récit aux énoncés qui, découpant la représentation du temps entre un avant et un après à partir d'un repère temporel, répartissent des événements de façon à montrer comment un système, quel qu'il soit (personne, groupe, structure), change d'état lorsqu'il subit une perturbation. Ce qui a suscité la vogue des récits de vie chez les patients, c'est la maladie qui bouleverse leur vie. Le temps est « l'axe indispensable de la médecine, pour le diagnostic, la prévention, les soins palliatifs, la guérison » (Charon, 2006 : 89). Mais ce temps-là est un temps abstrait, qui se décompte, pas l'instant unique et mémorable de la rencontre thérapeutique. En permettant d'imaginer tout ce qui peut se passer lors d'un événement, le récit redonne du sens au temps : « Les médecins dotés d'un sens temporel ne feraient pas attendre les résultats d'une biopsie tout un week-end, en ayant conscience que la peur d'une maladie est presque aussi pénible que sa réalité » fait remarquer Charon (*ibid.* 89). Encore faut-il qu'ils aient fait eux-mêmes l'expérience du récit. C'est pourquoi le RSCA part d'un incident suffisamment déstabilisant pour justifier qu'on le raconte.

Le schéma narratif comporte cinq phases: *situation initiale* (l'état N du système en équilibre avec son milieu), *bouleversement* (ou événement perturbateur que le milieu oppose au système), *transformation(s)* (changement ou série de changements – il peut y avoir plusieurs épisodes – qui

affecte(nt) le système), rétablissement (événement régulateur qui enclenche la régulation des relations entre le système et son milieu), *situation finale* (état N+1 du système, d'où son surnom de schéma quinaire (Reuter, 1997 : 24).

Le choix de la situation du RSCA remonte toujours au souvenir d'une déstabilisation. Dans la théorie de l'apprentissage expérientiel, la déstabilisation correspond à la découverte du sentiment d'inefficacité qui pousse le professionnel à prendre du recul par rapport à son action et qui intervient lorsque le professionnel rencontre un problème, défini comme une difficulté récurrente dont il ne peut venir à bout en répétant une stratégie ou en en changeant (Bourassa *et al.*, 2007 : 80). Dans les récits étudiés, cette déstabilisation a lieu pour sept pendant un remplacement, pour cinq pendant un stage en ville, pour quatre pendant un stage aux urgences, pour deux pendant une garde, et pour un dans un service hospitalier. Le risque de déstabilisation augmente avec la responsabilité, surtout lors du remplacement qui est le début du plein exercice. Les situations d'urgence accroissent le sentiment de responsabilité parce qu'il n'y a pas de rattrapage possible. La distinction que l'on opère en didactique professionnelle entre inattendu (événement intégré dans la prévision comme un des possibles) et imprévu (événement qui déjoue totalement la préparation de l'action) rend assez bien compte des deux types de situations. La cause de la déstabilisation est dans 11 cas le patient (sept souvenirs positifs, quatre négatifs), dans un l'épouse du patient (insupportable), dans quatre une faute professionnelle de l'interne (dont deux réparées), dans trois la situation elle-même qui a laissé chez l'interne un traumatisme psychologique. Cette logique narrative entre en contradiction avec la logique évaluative de la commande formative : « Une situation qui permet d'aborder des compétences essentielles pour la pratique est à privilégier » (*ibid.* : 42). Conscient de cette contradiction, le *Guide* donne un exemple qui tente de saisir par le résultat la différence générique entre descriptif narratif et descriptif clinique « Une histoire compliquée (et non complexe) de diagnostic uniquement biomédical est l'archétype d'un récit peu exploitable » (*ibid.*). Néanmoins, on peut dire que la description est la pierre d'achoppement du RSCA. En effet, tant les évaluateurs que les scripteurs manquent de repères génériques permettant de différencier le descriptif narratif du descriptif clinique. Considéré plutôt comme un complément, un supplément d'âme du descriptif clinique, le descriptif narratif a tendance à dériver vers le tableau des symptômes et leur interprétation.

La comparaison des 19 schémas narratifs montre comment les narrateurs structurent après coup une action qui, sur le moment, leur est apparue désordonnée. La mise en place de la *situation initiale* les répartit en deux camps : ceux qui décrivent leur état d'esprit (la minorité : quatre euphoriques, trois stressés) et ceux qui décrivent le contexte : vie du service, patient déjà suivi, consultation en cours, et pour les urgences, attente. Le *bouleversement*, qui correspond au premier symptôme de la déstabilisation, une anomalie qui alerte la conscience de l'interne, peut être soit une impression (poignée de main molle du patient, dégoût suscité par sa saleté ou son odeur), soit un événement, – le plus souvent l'entrée en scène du patient, car même attendu ou connu, le patient est pour le médecin une interrogation perpétuelle. Il peut également interrompre une consultation par un coup de fil, contrevenir aux règles implicites de la communication médicale en refusant de se faire examiner, en insistant pour obtenir une prestation injustifiée..., ou en se plaignant d'avoir affaire à un interne. Pour les urgences, l'anomalie consiste dans la différence de la situation décrite (affolement, impréparation) avec les situations d'urgence « ordinaires ».

Étape centrale du récit, la *transformation* montre comment le système perturbé (l'interne) tente de retrouver un équilibre en apportant une réponse ou une série de réponses au problème. Douze récits montrent comment l'interne parvient à poser le bon diagnostic, soit du premier coup soit après un tâtonnement, quatre comment le patient résiste à l'effort de soin. Trois seulement font état d'une transformation réciproque : un patient cancéreux difficile maintenu en soins palliatifs où il vit une romance avec une patiente leucémique, une patiente victime d'une agression confortée dans sa décision d'avoir résisté à ses agresseurs, un patient diabétique arabophone réintroduit dans le processus d'éducation thérapeutique avec l'aide de son fils bilingue. Leurs points communs : une écoute attentive et la prise en compte de l'univers du patient.

Quatrième étape du schéma narratif, le *rétablissement* est l'évènement ou ensemble d'évènements qui aiguille de façon irréversible le système vers un nouvel état d'équilibre. Parfois il semble échapper aux protagonistes et relever du destin (mort violente, cancer au dernier stade). Parfois l'apparente fatalité cache une cascade de micro-événements : arrivée trop tardive du patient au urgences, matériel défectueux, absence de coordination et mauvaises décisions qui ont fait échouer une réanimation. Le plus souvent, c'est l'acte décisif d'un des protagonistes (patiente alertée par le diagnostic négatif de l'interne sur une gastro-entérite qui se démène pour obtenir un rendez-vous radiographique dans un autre département, et dont le cancer colo-rectal est ainsi traité à temps ; interne qui se décide à demander pourquoi il n'y a pas eu de debriefing après la réanimation ratée et apprend qu'il y en a eu un mais qu'on ne l'y a pas invité). Le refus d'agir (patiente qui échappe une nouvelle fois au placement en EHPAD ; interne qui tait la possibilité de cancer qu'il vient de diagnostiquer pour ne pas affoler le patient) a le même effet.

On retrouve dans la *situation finale* la dichotomie entre point de vue intérieur et point de vue extérieur. quatre récits se concluent sur une autoévaluation positive, négative, ou mitigée (par exemple : « Peut-être aurais-je pu aborder la possibilité d'une étiologie néoplasique pour mieux la préparer à cette éventualité. Je ne suis pas sûre que les urgences soient un endroit propice à ce genre d'annonce cataclysmique ») ; trois sur le traumatisme psychologique subi (par exemple : « Au décours de cette intervention, aucun échange n'avait été initié au sein de l'équipe médicale pour en discuter, pour que chacun puisse s'exprimer sur le vécu de la situation »), tandis que cinq concluent sur le patient, et trois sur la relation patient-soignant. Les quatre restants concluent de façon décevante sur l'interruption de la relation (ex : « Je n'ai plus eu de nouvelles de ce patient car j'ai quitté le cabinet avant d'avoir les résultats »).

L'autre schéma clef de la narratologie est le schéma actanciel. Bâti sur trois couples d'actants : *sujet/objet*, *adjuvant/opposant*, *destinateur/destinataire* (*ibid.* 30-31), il offre un instrument de lecture de ce que la psychologie du travail appelle l'activité empêchée. On s'en sert pour analyser la complexité des relations et l'interdépendance des acteurs. Le *sujet* se bat pour atteindre son *objet* (préservation ou amélioration de la santé du patient pour l'interne, sauvegarde ou amélioration de son mode de vie pour le patient). Des obstacles (*opposants*) se mettent en travers de sa route, certains *internes* (lacunes, manque de confiance en soi pour l'interne, crainte de la maladie pour le patient), d'autres *externes* (patient rebelle ou au contraire trop familier, interne psychorigide ou conjoint distant pour le patient). Ils sont compensés par des aides (*adjuvants*), *internes* (conscience professionnelle pour l'interne, ténacité pour le patient) ou *externes* (consultation du Vidal pour l'interne, rencontre de l'amour pour le patient).

Les situations déstabilisantes favorisent le retour réflexif sur l'action. L'évaluation de l'action est assurée par le *destinateur* qui conçoit le projet qui relie le sujet à son objet et le *destinataire* qui juge de sa réalisation. Le *destinateur* est *interne* quand c'est le sujet qui se fixe la tâche (par exemple : « estimer la surface [de la pièce où l'équipe du Samu intervient sur une femme qui vient d'être tuée] m'aidait à rester connectée » ; *externe* quand elle est fixée par un tiers (ex : « À la fin de l'examen, la patiente et mon chef me demandent ce que je pense de mon examen. J'ai répondu, sur la défensive avec le sentiment d'être évalué, que le choix du pansement me semblait être le bon étant donné le suintement de la plaie »). Le *destinataire* évalue la réalisation du projet. Il est *interne* lorsque c'est le sujet (par exemple : « J'ai repensé à mon discours et à mon attitude. Je me suis demandé si mon attitude ou manque de réassurance de la patiente a été pris pour une urgence vitale ou été responsable d'une angoisse chez la patiente ».) ; *externe* lorsque c'est quelqu'un d'autre (par exemple : « je suis persuadée qu'il s'agit plus que d'une simple agression sur le plan légal [...]. Mon chef va réexaminer la patiente et partager mon avis sur la tentative de meurtre »). Les deux peuvent être liés : un patient qui dit de l'interne en sa présence : « c'est mon médecin » induit une autoévaluation positive de l'interne.

Les deux schémas permettent de déterminer le nombre d'intrigues présentes dans le récit, selon que les personnages sont principaux (dotés d'un projet et d'un objet identifiable) ou secondaires (intervenant dans le projet des personnages principaux). Tous les textes ont au moins deux intrigues, celle qui a pour sujet l'interne, et une autre, qui le plus souvent a pour sujet le patient. Le nombre monte à trois en cas de consultation double (mère et fille) ou d'intervention décisive d'un tiers. La présence des schémas narratif et actanciel permet de conclure que les textes sont des récits. La dichotomie entre point de vue extérieur et point de vue intérieur atteste de leur nature autobiographique, les instances de l'auteur, du narrateur et du personnage évoluant dans une interdépendance qui assure la mise à distance du vécu, et sa réappropriation par le biais de l'écriture.

Le discours

Les paroles font partie des actions des personnages. Le discours rapporté est inscrit dans le cahier des charges du RSCA : « Les données à rapporter sont : le contexte, le discours, les émotions, les attitudes des personnes impliquées dans la situation (médecin, patient, entourage...) sans oublier vos propres pensées pour l'action » (*Guide* : 42, nous soulignons). Il inclut le discours prononcé par les personnages, narrateur inclus, et le discours intérieur de ce dernier au moment des faits. Il implique un autre discours : celui du narrateur au moment où il raconte, autrement dit le discours du récit.

La subjectivité du narrateur intervient dans les choix narratifs (situation, organisation des faits, relations entre personnages), la voix narrative qui porte des jugements sur les personnages et les faits, et la façon dont il rapporte les propos des personnages. Or si les traces de subjectivité du narrateur sont facilement repérables dans le discours du récit à partir des jugements de valeur ou des modalisateurs, elles le sont moins quand il s'agit du récit de discours, c'est-à-dire du discours rapporté. Une première ambiguïté à lever est celle du discours intérieur, évoqué par la recommandation « sans oublier vos propres pensées ». Il ne s'agit pas en effet de « vraies » pensées, qui peuvent soit rester informulées, soit s'exprimer par un autre code que la langue, mais

bien de pensées formulées par des mots. Une des sources du discours rapporté est donc le narrateur, mais pas en tant que narrateur, en tant que personnage de son récit. Ce qui implique qu'au moment où il écrit, il a une distance à soi qui lui permet de porter un jugement sur les pensées qu'il se rappelle avoir eues. Les propos des autres personnages passent également par le filtre de sa subjectivité, filtre double puisqu'il peut concerner le moment raconté comme celui où il raconte, et qu'il a pu changer d'avis entre les deux. Ce n'est donc ni la présence de propos rapportés, ni leur ampleur qui permettent de déterminer la réalité et la qualité de l'écoute de l'interne, mais un repérage qui prend en compte la modalité syntaxique : discours direct, indirect, indirect libre, narrativisé⁷, et l'environnement sémantique. Dès que l'on détecte un récit de paroles, il faut donc se demander si le narrateur y adhère, les critique ou les rapporte de façon neutre.

Trois postures se dégagent. La première est la mise à distance (10 récits). Elle s'exprime par le discours indirect : « elle se dit très asthénique depuis quelques (sic) temps », la citation agacée des formules stéréotypées du patient : « Elle consulte pour avoir un traitement pour "aller mieux" », car la « gastro l'a trop fatiguée », des pavés de dialogue sans aucun commentaire, et le discours narrativisé, comme si les paroles perdaient toute importance lorsqu'il n'y a pas de discussion possible : « Elle parlait beaucoup, sans vouloir prêter attention à mes explications ». On la trouve dans des situations banales où le dialogue alterne avec l'observation, sans sortir du cadre bio-médical, d'autres où le patient est totalement réticent à coopérer. Les deux situations les plus traumatisantes (décès accidentel du patient) sont rapportées avec un détachement glaçant, comme si, sur le moment, l'interne s'était dissocié entre spectateur et acteur et ne parvenait pas à réarticuler ces deux rôles dans le récit.

La deuxième posture est la restitution conversationnelle (cinq récits) qui, sans reprendre toutes les paroles, reproduit la dynamique de la conversation : son engagement, ses épisodes et sa clôture. Le narrateur entretient un polylogue avec le patient, la famille, les personnels soignants, et passe avec aisance de ce polylogue à son discours intérieur. Son projet pour le patient est à la fois médical et communicationnel, c'est-à-dire thérapeutique : « après son départ, je reprends un peu le dossier et remarque qu'il n'a pas non plus de consultation d'ophtalmologie et de cardiologie récente. Je devrais y penser la prochaine fois, mais pas tout en même temps pour ne pas le saturer en information ».

La troisième posture est l'interrogation professionnelle (quatre récits). Elle est proche de la mise à distance, sauf que celle-ci n'est pas possible parce que le diagnostic occupe tout le champ de conscience. Le dialogue intérieur y tient une grande place, mais ne concerne que l'interprétation des informations données par le patient. L'échange est strictement médical : « -"Expliquez-moi ce qui vous a amenée à consulter aux urgences ? " -"J'ai une boule mal placée qui est apparue depuis quelques jours". Je pense d'emblée qu'il s'agit probablement d'une folliculite, d'une bartholinite ou d'un simple kyste de la glande de Bartholin, donc que la consultation sera assez rapide ».

⁷ Le discours direct est introduit par des guillemets, le discours indirect par un verbe de parole et une subordination, le discours indirect libre transpose les paroles ou les pensées en les intégrant au récit sans subordination, le discours narrativisé fait juste allusion au fait qu'il y a eu discours.

Dernier point à élucider : le rôle des citations d'écrits. Les marques du discours rapporté au style direct étant les guillemets, il est mis en concurrence avec les citations des dossiers des patients, analyses, et autres textes professionnels. Du coup, on peut se demander si la citation d'un écrit constitue une forme de discours rapporté. La distinction n'est pas aisée, car on peut dialoguer avec un auteur à travers son écrit tout comme avec un interlocuteur direct. Nous avons donc décidé d'inclure ces citations dans les paroles rapportées, en prenant en compte leur degré d'intégration narrative (incidence sur l'action), et textuelle (certaines sont tout bonnement des incrustations de photocopies). Plus que pour n'importe quel médecin, le diagnostic du généraliste repose sur sa capacité à travailler en interdisciplinarité. Les internes n'hésitent pas à solliciter leur maître de stage, mais aussi leurs confrères d'autres disciplines. Non seulement les citations peuvent fonctionner comme un équivalent du dialogue direct, mais souvent elles le suscitent. Toutefois, faisant réseau avec la partie Recherche documentaire, elles risquent d'ensevelir l'expérience mise en scène par le récit sous une chape de descriptif médical. Ceci nous amène à la dernière partie de notre analyse : l'écriture, entendue comme l'ensemble des décisions qui concourent à la mise en texte.

L'écriture

Le scripteur du RSCA n'est pas l'auteur du seul récit, il est l'auteur de toutes les parties du RSCA. Si la première question qui se pose à lui est celle du choix de la situation et du récit qui en découle, la seconde est celle de l'agencement de l'ensemble. Il mène deux tâches de front : celle d'un narrateur qui doit captiver son public, celle d'un professionnel en formation qui doit fournir des preuves de ses compétences.

Les trois ressorts de la narration : suspense, curiosité et surprise (Baroni, 2007), entrent facilement en résonance avec l'expérience médicale : l'énigme parce que la maladie est comme un crime : il faut trouver le coupable et reconstituer le scénario, la surprise parce qu'on se bat avec elle, qu'elle se dissimule, frappe ou disparaît quand on s'y attend le moins, le suspense parce que le résultat d'un acte médical, surtout lorsque le pronostic vital est engagé, est attendu avec angoisse. Mais une situation médicale intéressante ne garantit pas un récit intéressant. Tout repose sur la capacité du narrateur à jouer sur les ressorts narratifs. En comparant l'agencement du suspense, de la curiosité et de la surprise dans les textes, nous avons pu isoler trois tendances relatives au positionnement de l'intrigue narrative par rapport à « l'intrigue médicale » de la consultation canonique. La première (six récits) présente un faible écart entre les deux, ne considère que le diagnostic et de ce fait n'intéresse que les professionnels. La deuxième (sept récits) développe les deux intrigues en alternance, sépare la curiosité de la tension explicative propre au scénario bio-médical et la relie au suspense⁸. Elle rend les personnages plus humains et du coup facilite l'immersion des lecteurs profanes. La troisième (six récits) développe les rapports entre l'humain et le médical en alternant les effets de surprise sur l'une et l'autre intrigue. Et comme « l'activité cognitive qui caractérise la surprise n'est ni un *diagnostic* ni un *pronostic*, mais

⁸ Selon Baroni (*ibid.*, 158) « Le *suspense* met en scène l'*incertitude d'un sujet* en relation avec son avenir, qui est, par nature, sous-déterminé ; la *curiosité*, pour sa part, est fondée sur l'*incertitude d'un objet*, tel qu'il est perçu ou décrit [...]. Le récit serait alors « la mise en scène, par le biais de la mise en intrigue de la sous-détermination du devenir et du monde ».

plutôt une remise en question de ce qui a déjà été pensé, remise en question qui peut déboucher sur une *récognition*» (*ibid.*, 299), elle forme le lecteur à une double lecture : celle de l'activité professionnelle du médecin et celle du récit qui la rapporte.

Nous avons croisé les résultats de la gestion de la tension narrative avec ceux de la gestion du discours rapporté. Parmi les 10 récits qui mettent à distance le discours rapporté, cinq insistent sur l'intrigue narrative, trois sur l'intrigue médicale, deux les réunissent. Ce résultat tend à prouver qu'il y a deux types opposés de mises à distance, celle du narrateur expert qui se replonge dans son passé en essayant de le partager avec son lecteur, et celle du professionnel expert qui a encore du mal à entrer en empathie avec son patient. C'est probablement l'enjeu le plus audacieux de la formation par la narration que d'essayer de faire passer les scripteurs de l'une à l'autre, mais on peut justement s'appuyer sur cette typologie pour inventer des exercices de transposition réciproque.

Parmi les cinq récits qui restituent le cours de la conversation, trois tissent les deux intrigues, deux privilégient l'intrigue narrative. Le résultat surprend moins, car la conversation est par nature une pratique collaborative (Kerbrat-Orecchioni, 1996). Elle comporte une part d'improvisation, chacun des interlocuteurs devant tenir compte de l'avancée de la conversation lorsqu'il intervient. Le tissage des deux intrigues et le développement de l'intrigue narrative s'opposent au développement de l'intrigue médicale dont le modèle conversationnel est l'interrogatoire. Dans celui-ci, l'échange est inégalitaire, basé sur la question, acte illocutoire invasif qui préconstruit la réponse, et que Searle range dans les actes de langage directifs (Kerbrat-Orecchioni, 1991 : 6). Toute conversation ne fait donc pas dialogue. L'important c'est le type d'acte illocutoire utilisé, et la répartition équilibrée de l'initiative conversationnelle. Le patient doit pouvoir parler et le médecin accepter de se voir contredit.

Sur les quatre récits qui mettent en valeur l'interrogation professionnelle, on en trouve sans surprise trois focalisés sur l'intrigue médicale, et un qui tresse les deux intrigues (une interne qui a accepté de visiter une patiente en urgence, a un doute sur son diagnostic après la consultation, mais débordée, remet à plus tard la vérification jusqu'à ce que la patiente affolée la rappelle). Comme pour la mise à distance, on observe deux effets opposés. L'un referme l'interrogation professionnelle sur elle-même, l'autre l'ouvre au contexte et à la collaboration avec le patient. Si cette dernière option semble moins fréquente, la populariser est possible si on dédramatise les erreurs en faisant imaginer des scénarios contrefactuels et des possibilités de rattrapage.

Pour étudier l'organisation des parties, nous avons d'abord comparé leurs longueurs. Le nombre total va de 10 à 41 pages, avec une longueur moyenne de 20 pages, le RSCA du formateur (10 pages) se situant à la limite inférieure. Le récit représente 21,36% du RSCA avec une moyenne de 4,23 pages, l'analyse 10% (deux pages en moyenne), la recherche 68,7% avec une moyenne de 13,6 pages). Le RSCA du formateur est plus court et mieux équilibré (cinq pages et demi pour le récit, une pour l'analyse, quatre pour la recherche). Cette inflation documentaire confirme l'une des doléances des correcteurs : la recherche documentaire du RSCA n'est souvent qu'un copié-collé de ressources grappillées sur le net.

Sa place fait également problème. Elle apparaît 11 fois en quatrième position, cinquième fois en troisième, une fois en cinquième, et trois fois amalgamée sans titre aux Objectifs d'apprentissage. Ceux-ci ont été classés 14 fois en troisième position, trois fois en quatrième, mentionnés dans 1

cas, amalgamés aux Traces de formation dans un autre. Ces dernières, souvent appelées traces d'apprentissage, sont en cinquième position pour sept dossiers, absentes pour deux, amalgamées à la recherche documentaire ou à la partie finale pour 10. La partie finale, Utilité pour la pratique, appelée aussi « Résolution de problèmes », « Transfert dans la pratique », ou bien « Synthèse », « Conclusion », « Bilan », manquante dans cinq dossiers, se trouve dans les 14 autres en sixième, cinquième ou quatrième position. Au total, seuls cinq internes ont respecté les titres de parties et le plan.

On peut faire remonter la cause de ces dysfonctionnements au passage – toujours délicat – de l'évaluation formative à l'évaluation formatrice : autoévaluation formative qui implique les apprenants dans le processus d'évaluation (Nunziati, 1990). On ne peut priver brusquement les apprenants de repères, mais il ne faut pas que ceux qu'on leur donne les empêchent de se créer les leurs.

Vus sous cet angle, les tâtonnements deviennent autant de preuves d'une autonomisation en cours. Pour la terminologie, le remplacement des titres de partie de la consigne par des parasyonymes employés dans le champ de la formation prouve qu'à l'instar de leurs correcteurs qui font de même dans leurs annotations, les internes jugent le discours partagé de la formation plus efficace pour s'approprier une démarche qu'un modèle imposé. Quant au remplacement des titres par les étiquettes textuelles d'écrits scolaires (dissertation), ou universitaires (dossier, compte-rendu), on peut y voir un exemple des réajustements progressifs de la compétence scripturale qui passent par la mise en relation des acquis anciens avec les attentes présentes.

L'articulation des parties confirme cet attachement à l'esprit de la pratique réflexive plutôt qu'à la lettre de la consigne. L'instabilité des parties résulte de l'ambiguïté du point de vue adopté sur les activités, chacune étant à la fois un moyen pour préparer la suivante et sa propre fin quand on la mène. Par exemple, si la recherche documentaire est vue comme un moyen de réaliser le projet d'amélioration, elle doit venir après. Mais du coup, comme elle fait partie de la réalisation du projet, il n'est pas illogique de la voir propulsée dans les traces d'apprentissage. Cette divergence de point de vue explique également le tiraillement de l'analyse entre le récit et la recherche. Pré-orientée par la consigne sur les compétences à travailler, l'analyse déconstruit l'effet globalisant du récit et ne peut donc plus s'en servir pour articuler le projet d'auto-formation à la situation décrite. Raccrochée aux référentiels métiers, elle débouche directement sur la recherche, et le projet se trouve implicite.

L'ensemble de ces remarques incite à repenser non pas le principe de la formation à l'évaluation formatrice par le récit, mais certaines de ses modalités, afin que les contradictions pointées, une fois conscientisées et contextualisées, deviennent des moteurs de la dynamique réflexive, dans l'écriture comme dans l'action professionnelle.

Conclusion

Les récits que nous avons analysés en témoignent, toute activité est porteuse de savoirs d'expérience dans la mesure où elle permet d'apprendre, mais les modèles d'action, les principes directeurs qui les gouvernent et leur capacité à les identifier et à les faire évoluer diffèrent selon les individus et les situations, et cela rejaillit sur la fonction du récit. Ainsi un événement très rare

et très violent, qui a forcément désarçonné les professionnels, appelle le récit non pour trouver des modèles d'action plus appropriés – cela suppose des procédures qui dépassent le cadre individuel – mais pour aider à l'apaisement des personnes et à la reconstitution de la communauté professionnelle. Les soignants intervenus lors l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice, ont apprécié non seulement qu'un des leurs leur demande de raconter ce qu'ils avaient vécu, mais aussi qu'il leur fasse écouter ensuite ce qu'il avait transcrit : « Certains m'expliqueront qu'ils ont éprouvé une sorte de réconciliation avec eux-mêmes. Que mettre en mots, disséquer chaque instant, c'est comprendre combien ils étaient des hommes et des femmes qui ont d'abord fait ce qu'ils pouvaient, mais que dans l'action et l'agitation, ils ont souvent eu le sentiment de se perdre » (Magro, 2017 :235). Cet apaisement a été refusé aux deux internes de notre corpus qui avaient affronté des situations extrêmes : femme en mort cérébrale tuée par un mari qui ne parvenait plus à gérer son Alzheimer, jeune enfant asthmatique dont la réanimation, effectuée dans le désordre et avec un manque de moyens évident avait échoué. Leurs récits témoignent de l'importance de raconter pour être écouté et pas seulement pour analyser ses pratiques. Les soignants aussi ont besoin de récits pour se sentir affiliés.

Enfin, l'étude poussée du discours rapporté a montré que la remémoration des paroles des patients est bien différente selon qu'elle est guidée par le seul protocole médical, ou par l'échange intersubjectif : dans un cas la facilité de la mécanique question/réponse, dans l'autre la gestion complexe des formes de discours rapporté et de leurs nuances.

Nous avons dit en commençant que nous ne voulions pas changer l'objectif initial de l'écriture du RSCA : l'approche centrée patient, mais le rendre plus accessible, nous persistons. Le RSCA est un outil d'évaluation, cela ne veut pas dire qu'il est moins authentique qu'un récit spontané. La situation de formation est tout aussi authentique socialement que n'importe quelle situation de communication. En revanche, elle doit être aménagée pour que les narrateurs se sentent suffisamment en confiance pour dévoiler leurs comportements sans craindre d'être jugés.

Considérer le RSCA comme une preuve – au sens juridique du terme – que l'on pourrait exploiter à charge ou à décharge de son auteur serait un contresens. C'est une preuve, oui, mais d'apprentissage, qui renseigne sur un positionnement éthique, non pas directement comme le ferait le pointage de compétences préétablies, mais indirectement, parce qu'il rassemble dans un objet concret et unique tout ce que son auteur a souhaité transmettre de son expérience. Aborder la formation à l'éthique par le versant du récit implique qu'on considère ce dernier comme un réel à part entière, avec ses lois propres, qui sont celles de la langue, de la culture, du discours. Si le récit change son auteur, ce n'est pas seulement parce qu'il lui permet de revenir sur ses actions, c'est parce qu'il les transforme. Un tel pouvoir incite à penser que ce n'est pas du côté de la formation professionnelle que devrait porter l'effort d'amélioration du RSCA, mais du côté de l'accompagnement à l'écriture.

« Les relations qui se développent en médecine [...] ressemblent de manière troublante aux relations entre narrateur et auditeur [...] Les lettres apportent à la médecine la prise de conscience que nos relations médicales intimes passent par les mots » dit Charon (2006 : 105). Pour articuler les deux apprentissages, il faut d'abord harmoniser leurs modèles de formation. Dès les années 1990, la didactique de l'écriture littéraire a appliqué la démarche de l'évaluation formative et de l'évaluation formatrice à l'apprentissage de l'écriture, avec la méthodologie de l'atelier d'écriture

qui alterne les phases de lecture, d'écriture, de relecture et de réécriture en groupe, comme préalable à l'écriture individuelle. Elle a réfléchi à la façon de concilier cette démarche formative avec l'évaluation sommative individuelle requise par l'école. Elle a transposé en les simplifiant les modèles de la narratologie et de la linguistique textuelle pour en faire des outils de guidage pour l'écriture.

Il est aisé de réactiver cet apprentissage qui fait partie de la culture scolaire, surtout si on le branche sur un apprentissage plus récent pour les internes : celui de la simulation pratiquée dans la formation à l'éthique des étudiants en médecine. En effet, qu'il en ait conscience ou non, l'autobiographe se sert constamment de la fiction pour analyser les possibles que le réel écarte. Comment sortir de son point de vue si l'on n'imagine pas celui des autres ? Comment analyser une situation si l'on ne se demande pas ce qui se serait passé si un des événements qui la compose avait été différent, comme le font le récit historique contrefactuel (Chemla, 2008) et l'uchronie (Henriet, 2009). Pasticher une bibliographie fera mieux comprendre l'écriture documentaire. Mettre en scène les problématiques professionnelles de médecins du futur ou du passé dans des récits de science ou de rétro-fiction facilitera la rédaction des traces de formation et de l'utilité pour la pratique.

Partir du possible pour mieux cerner le réel. Un pas vers l'inconnu, sans doute, mais qui dotera les jeunes médecins d'une ressource précieuse, en leur apprenant à donner la vie par les mots, comme ils ont déjà appris à le faire par le soin.

Références

- Astier P., Courtois B., Huber M., Olry P., Mougin F., Schilling M., Wittorski R., 2004, *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Balcou-Debussche M., 2004, *Écriture et formation professionnelle, L'exemple des professions de la santé*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Ball Ph., Le Mauff P., 2008, « Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? », *exercer*, 19, (83), pp. 104-110.
- Baroni R., 2007, *La tension narrative, Suspense, curiosité et surprise*, Paris, Éd. Le Seuil.
- Biagioli N., Kaplan M.S. (dir.), 2015, *Le travail du genre à travers les échanges épistolaires des écrivains*, THYRSE, CTEL, n°8, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Bishop M.-F., Cadet L., 2007, « Les écritures réflexives en formation élémentaire et professionnelle constituent-elles un genre ? », *Les cahiers THÉODILE*, 7, pp. 7-32.
- Blume St., 2016, « In search of experiential knowledge », *The European Journal of Social Science Research*. Accès : <http://www.tandfonline.com/loi/ciej20>
- Borkman T., 1976, « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups », *Social Service Review*, 50, (3), pp. 445-456.
- Bourassa B., Serre F., Ross D., 2007, *Apprendre de son expérience*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Caron-Flinterman J. F., Broerse J. E. W., Bunders J. F. G., 2005, « The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? », *Social Science & Medicine*, 60, pp. 2575-2584.
- Chabanne J.-C., Dunas A., 1999, « La créativité ordinaire : penser et apprendre, c'est créer les formes singulières de sa pensée et de son savoir ? », *Le Français aujourd'hui*, numéro spécial 127 « Écritures créatives », pp. 17-25.

- Charon R., [2006] 2015, *Médecine narrative*, Paris, Sipayat.
- Chemla J.-P., 2008, *L'autre Histoire*, Paris, Édilivres- Éd. AParis.
- Daunay B., Delcambre I., 2007, « Les rituels en maternelle : genre scolaire ou disciplinaire ? », *Les cahiers THÉODILE*, 7, pp. 33-48.
- Delcambre I., 2010, « Genres du discours », pp. 117-122, in Reuter Y., éd., *Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques*, Bruxelles, de boeck.
- Delcambre I., Donahue T., Lahanier-Reuter D., 2009, « Ruptures et continuités dans l'écriture à l'université », *SCRIPTA*, 13, pp. 227-244.
- Delory-Momberger, Ch., 2013, « Expérience de la maladie et reconfigurations biographiques », *Éducation permanente*, 195, pp. 121-131.
- Dominicé P., Lasserre Moutet A., 2013, « Pour une éducation thérapeutique porteuse de sens », *Éducation permanente*, 195, pp. 25-35.
- Donahue Ch., 2004, « Assessment de l'écrit à l'Université : Apports d'un projet de collaboration pluridisciplinaire », *Les cahiers THÉODILE*, 4, pp. 27-50.
- Frappé P., Attali Cl., Matillon Y., 2010, « Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale », *exercer* vol. 21, (91), pp. 41-46.
- Henriet E B., 2009, *L'Uchronie*, Paris, Klincksieck.
- Kerbrat-Orecchioni C., 1991, "Introduction", in Kerbrat-Orecchioni C. dir., *La question*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
- Kerbrat-Orecchioni C., 1996, *La conversation*, Paris, Éd. Seuil, Mémo.
- Le Mauff P., Farthouat N., Goronflot L., Urion J., Senand R., 2004, « Récit de Situation Complexe et Authentique , le modèle Nantais », *La Revue du praticien-Médecine Générale*, 18, n° 654/655, pp.724-726.
- Lejeune Ph., [1975] 1995, *Le pacte autobiographique*, Paris, Éd. Seuil.
- Magro M. (dir.), 2017, *SOIGNER, Nice, 14 juillet 2016*, Paris, FIRST Editions.
- Molins J.-M., 2017, « La révolution du patient », *Mutations*, n°7, en ligne, <https://www.mutualité.fr/actualites/la-revolution-du-patient/>
- Nunziati G., 1990, « Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice », *Cahiers pédagogiques*, 280, pp.47-64.
- Pastré P., 2010, « Quel sujet pour quelle expérience : un point de vue de didactique professionnelle ? », *Travail et apprentissages*, 6, pp. 46-55.
- Pastré P., Mayen P., Vergnaud G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue Française de Pédagogie*, 154, p.145-198.
- Prat M., 2006, *Processus cognitifs et émotions*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Reuter Y., 1997, *L'analyse du récit*, Paris, Éd. Dunod.
- Tourette-Turgis C., 2013a, Éditorial, *Éducation permanente*, 195, pp. 5-10.
- Tourette-Turgis C., 2013b, « L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle du savoir des malades », *Le sujet dans la cité*, 2, (4), pp. 173-185.