



HAL
open science

La méthode 4P : acteurs de soi, acteurs de soin, pour un récit coopératif de l'empathie Exemple de la consultation médicale en Centre de Simulation

Rica Simona Antin, Cristina Bagacean, Christian Berthou, Leonor Canales,
Lolita Mercadié

► To cite this version:

Rica Simona Antin, Cristina Bagacean, Christian Berthou, Leonor Canales, Lolita Mercadié. La méthode 4P : acteurs de soi, acteurs de soin, pour un récit coopératif de l'empathie Exemple de la consultation médicale en Centre de Simulation. Questions de Pédagogies dans l'Enseignement Supérieur, ENSTA Bretagne, IMT-A, UBO, Jun 2019, Brest, France. hal-02284004

HAL Id: hal-02284004

<https://hal.science/hal-02284004>

Submitted on 11 Sep 2019

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.

La méthode 4P : acteurs de soi, acteurs de soin, pour un récit coopératif de l'empathie

Exemple de la consultation médicale en Centre de Simulation

Rica Simona ANTIN, Centre de Simulation en Santé, Université de Bretagne Occidentale,
rantin@univ-brest.fr

Cristina BAGACEAN, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest, Université de Bretagne Occidentale
cristina.bagacean@chu-brest.fr

Christian BERTHOU, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest, Université de Bretagne Occidentale
Christian.Berthou@univ-brest.fr

Leonor CANALES, Compagnie « A petit Pas »
leonorcanalesgarcia@gmail.com

Lolita MERCADIE, Université de Bretagne Occidentale*
Lolita.Mercadie@univ-brest.fr

*Co-auteurs à contributions équivalentes

Résumé

La simulation est une méthode pédagogique qui fait déjà ses preuves dans les Facultés de Médecine en France. Au Cesim (Centre de Simulation en Santé de Brest), le rôle d'acteur-patient participe à transposer les étudiants dans des situations professionnelles les plus proches de la réalité de leur future pratique médicale. Les hypostases de la consultation médicale et de l'annonce des examens complémentaires dans le cadre d'une suspicion de maladie maligne sont présentés ici, ainsi que l'apport de l'intervention des comédiens, dans un cadre proche de la médecine narrative. Nous présenterons ainsi le déroulement d'une séance pédagogique en insistant sur les ressorts collaboratifs et interdisciplinaires d'une telle mise en expérience. Du « qualitatif partagé », co-construit, pour développer des compétences de gestion de la relation médecin-patient, de communication professionnelle et enfin, de coopération et de créativité dans les soins de santé.

Mots-clés : consultation médicale, coopération professionnelle, empathie, récit

Summary

Simulation is an educational method that has proven its importance in the Faculties of Medicine in France. At Cesim (Centre de Simulation en Santé de Brest), the actor-patient helps medical students transpose into professional situations that have a high fidelity to the reality of their future medical practice. The circumstances of the medical consultation and of the announcement of complementary exams in the context of a suspected malignant disease are presented here, as well as the contribution of the actors, in a frame close to the narrative medicine. We will present the course of a pedagogical session by insisting on the collaborative and interdisciplinary approach of such an experimentation. From "shared quality", co-construction, to developing skills in managing the doctor-patient relationship, professional communication and finally, cooperation and creativity in healthcare.

Key words: medical consultation, professional cooperation, empathy, narrative

1. De l'importance des humanités médicales et de la communication en santé

Les praxis et l'apprentissage de la consultation médicale ne peuvent pas se faire sans une prise en compte des évolutions sociétales. La « médecine centrée sur la personne », orientée vers la pratique d'une médecine *de* la personne (...), *pour* la personne (...), *par* la personne (...) et *avec* la personne (...) (Mezzich, 2012), s'inscrit clairement dans ces évolutions. Le patient attend de la part des professionnels de santé des capacités relationnelles d'accompagnement et d'empathie à son égard et à l'égard de sa famille (aidant familial ou

aidant naturel, proches, etc.). Une communication efficace est donc de plus en plus un élément essentiel dans la prestation de soins de qualité. Le savoir et le savoir-faire du médecin ne peuvent plus être séparés du savoir-être. La qualité d'une consultation médicale doit résider dans l'alchimie entre une compétence à la relation humaine et une compétence scientifique et technique. Le médecin doit être pédagogue, un bon communicant, empathique et créatif et surtout une personne inscrite dans une approche humaniste des soins.

Le travail présenté ici s'inscrit, en un sens, dans ce courant de la médecine centrée sur le patient, avec une attention particulière portée à la formation humaniste du futur médecin. De cette formation, nous faisons dans cet article un focus sur une phase majeure de la pratique médicale : la consultation médicale et l'annonce de résultats médicaux. Une approche réussie dans un contexte, peut être inadéquate ou même problématique avec un autre patient ou une famille. La maîtrise des conversations médicales nécessite l'identification de la réponse flexible aux signaux variables du patient et de la famille (Campbell, Lingemann, Holzer, Breckwoldt, 2012). Affilié aux Humanités Médicales (Bonah et al., 2014), le traitement de cette situation professionnelle est soutenu, à la Faculté de Médecine de Brest, par un dispositif pédagogique basé sur la simulation comme méthode pédagogique prioritaire et regroupant des équipements, des moyens humains et technologiques particuliers¹. Le contexte institutionnel du Cesim permet une application de cette expérience en hématologie et une implication spécifique du personnel enseignant et hospitalier dans les séances de simulation.

La simulation consiste en « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (HAS, 2012). L'objectif est de donner aux étudiants des moyens pour voir, lire et interpréter le monde, questionner ou réajuster leur modèle d'analyse herméneutique, pour, ensuite, faire émerger chez eux leurs propres réponses, leurs propres manières d'agir. En les faisant vivre une expérience très proche de la situation professionnelle réelle, le but est de leur permettre de traverser des questionnements (Quel médecin souhaitent-ils être à l'avenir ? Quelles valeurs défendent-ils ? Ont-ils une responsabilité sociétale au pas ? Quel sens peut avoir la profession médicale ? Quels en sont les enjeux sociétaux et humains ? Pourquoi choisir le service public ou le privé ? etc.), des ressentis (les peurs, les difficultés, les doutes, les plaisirs) et des conflits cognitifs (tout autant concernant l'outil pédagogique que pour aborder les difficultés auxquelles ils pourraient être confrontés lors de l'activité professionnelle future).

Les mécanismes de l'empathie sont mis en mouvement au travers du développement des compétences d'écoute active, de congruence, de respect, de neutralité bienveillante et d'authenticité (Rogers, 1959). Ainsi l'étudiant apprend à comprendre l'individu en tant que sujet singulier et subjectif. L'étudiant-médecin utilise l'écoute attentive afin d'être congruent avec la prise en compte du patient (patient-acteur) dans ce qu'il est (sa personne) et non pas que dans ce qu'il a (sa maladie).

¹ Les formations du Cesim sont labellisées IDEFI-REMIS (Initiative d'Excellence en Formations Innovantes) dans le cadre du projet ANR Idefi - ANR-11-IDFI-0033.

Nous présentons donc, dans cet article, une situation d'apprentissage qui s'inscrit dans une approche pédagogique transdisciplinaire, basée sur trois niveaux de coopération : entre les formateurs (psychologue, pédagogue, médecin clinicien, acteur), entre les formateurs et les étudiants et enfin, entre les étudiants eux-mêmes. Nous défendons l'intérêt de ce regard pluriel sur l'objet de la séance (la consultation médicale et l'annonce de résultats médicaux) car chaque professionnel qui accompagne les étudiants apporte sa propre lecture de la situation clinique et humaine mise en jeu.

L'intérêt du regard du psychologue est que, dans sa démarche clinique, il possède comme principal outil d'investigation, de compréhension et d'orientation thérapeutique, celui de l'empathie. L'empathie se crée dans la relation (Van Der Veen, 1970) suivant des fondements particuliers permettant de créer l'intersubjectivité et l'alliance thérapeutique. L'objectif du psychologue est de comprendre le patient pour l'aider à co-penser ses solutions, sans jugement, sans savoir ce qui est le mieux pour lui mais en comprenant ce qui fonctionne en lui et où il peut trouver ses ressources, sa motivation au changement.

En ce qui concerne le comédien, tout son art consiste à savoir lire l'autre pour le traduire. Pour « jouer à être autre » il faut pouvoir construire une démarche, un corps, une identité, des enjeux émotionnels qui motivent l'être. Les comédiens sont ainsi obligés de développer de façon extrême leurs sens, un corps en éveil et une intelligence autant rationnelle qu'intuitive. Par leur pluridisciplinarité, ils ont également l'expérience et le savoir-faire des jeux de rôle et de lecture de l'humain, ce qui permet de faire vivre la situation comme si c'était pour de vrai. Le médecin clinicien a une vision globale sur le savoir agir adéquatement en situation professionnelle en santé. Sa présence permet de faire une parallèle entre le « patient simulé » et l'expérience acquise grâce aux « patients réels » ainsi que de mettre en évidence la fragilité de la compétence médicale. Ainsi, le scénario créé pour cette formation permet de discuter plusieurs problématiques essentielles de la pratique courante : la capacité d'avoir un écoute médicale active et de réaliser un entretien correct sous la pression d'un aidant familial, la capacité de reconnaître un cadre syndromique et initier des examens complémentaires, la décision médicale « partagée », la transformation sémantique de la terminologie médicale, la négociation des soins, l'incertitude médicale et surtout, la valeur de l'écoute et de l'empathie dans l'art de décider, qui reste le cœur du métier de médecin.

La principale problématique de notre réflexion pédagogique est, par conséquent, de trouver les moyens permettant aux étudiants, lors de l'exercice professionnel de la consultation médicale, de déplacer leur attention du savoir technique au savoir humain. Nous avons cherché à créer un espace de pensée en mouvement pour lequel nous avons choisi un modèle coopératif transdisciplinaire se mettant en action lors des simulations proposées.

2. A la mise en pratique dans les études médicales

Les séances de simulations médicales se déroulent en 5 grandes étapes : le briefing général (étape 1), le briefing spécifique précédant le passage à l'action (étape 2), la mise en action avec la simulation médicale en tant que telle (étape 3), le débriefing (étape 4) et une conclusion générale (étape 5). Dans les séances, deux situations cliniques sont mises en exercices, les étapes 3 et 4 ont donc lieu deux fois. La première simulation (consultation 1) se déroule dans le cadre d'une consultation de médecine générale pour une première rencontre

clinique, la deuxième simulation (consultation 2), toujours dans le cadre de la médecine générale, correspond à l'annonce de résultats d'examens complémentaires qui ont été prescrits dans la consultation 1.

Chaque séance de simulation médicale, de l'étape 1 à 5, se déroule en groupe de 15 à 18 étudiants de médecine de 5ème année (DFASM2), avec la coopération d'un médecin hématologue, de deux comédiens professionnels et d'une maître de conférences en psychologie, psychologue.

A chaque étape, des savoirs différents sont mis en mouvement, toujours suivant une pédagogie participative et réflexive. La compétence clinique que nous cherchons à mettre en mouvement chez l'étudiant en médecine est celle de l'empathie, or il a été démontré que l'empathie s'apprend notamment par modèles et est indépendante du niveau académique (Bergin et Jasper, 1969). D'où l'importance pour chaque intervenant professionnel d'utiliser dans la construction de l'espace de pensée avec les étudiants, les composantes principales de l'empathie. La compétence empathique, au-delà des concepts théoriques (Rogers, 1975), repose sur la notion de savoir-être. Ce savoir-être est essentiel à la notion du savoir relationnel et humain, permettant la mise en place de la compétence relationnelle soignant-soigné, qui est gage de réussite de la relation médicale (Barrett-Lennard, 1962).

2.1. Etape 1 : briefing général

Le médecin rappelle à cet instant les règles de « bon fonctionnement », participation active de chacun, liberté d'expression, respect et non jugement. Quelques éléments succincts sont donnés sur la simulation médicale des consultations 1 et 2. Les étudiants comprennent que la simulation est un événement interactif à plusieurs et que malgré le fait que l'environnement est simulé, le comportement, lui, doit être bien réel (Bernard, 2015). Pour stimuler le raisonnement des étudiants et leur adhésion à cette construction commune, plusieurs notions sont abordées, dans une démarche réflexive : l'utilité médicale (C'est quoi être utile lorsque l'on est médecin ?) et l'importance des connaissances théoriques médicales et de l'accompagnement humain ; l'efficacité (Qu'est ce qui est satisfaisant pour un médecin ?) et la satisfaction du patient, de l'accompagnant, de la triade thérapeutique et aussi de la guérison ; le rôle du décideur (Le médecin est-il l'unique décideur du parcours de santé ?), et le concept de programme de soins personnalisé et partagé. Ces questions abordées, elles établissent la problématique dont découlent les expériences qui seront mises en situation lors des séances de simulation. L'écoute active commence déjà à cette première étape de contextualisation, tout comme la prise de conscience collective sur les responsabilités sociales du médecin.

2.2. Etape 2 : briefing spécifique

Lors de ce briefing spécifique, chaque intervenant, étudiants, médecin, comédiens et psychologue, prend la parole à tour de rôle pour s'exprimer sur son identité, personnelle et professionnelle (actuelle et en construction). Pendant cette prise de contact, les règles d'écoute et de respect sont primordiales. Le rôle de cette approche dans le dispositif de simulation est d'entraîner l'étudiant dans une relation de confiance par rapport à ses compétences et par rapport aux autres. Mais aussi de l'inciter à une posture d'engagement actif, dans la recherche de communication et de sens. Dans le développement de la compétence empathique et afin de pouvoir accueillir le récit des patients, le premier pas est

de pouvoir se raconter soi-même, de partager son histoire aux autres. Il a d'ailleurs été démontré que le degré d'empathie est positivement corrélé avec la capacité d'exploration de soi (Bergin & Strupp, 1972). Livrer une partie de soi consiste simplement en l'aptitude à conceptualiser le « qui je suis ». Être narratif, cette capacité de raconter et de se raconter, est un facteur fondamental du développement de l'être humain (Bruner, 1987). En effet, dans la pratique de la médecine, et de la consultation médicale en particulier, les rapports entre les individus se sont faits et se font toujours sous forme narrative. La médecine narrative réaffirme le rôle central des patients, des familles et des professionnels de santé dans toute prise en charge d'une demande de soin : un recentrage qui est en réalité une réflexion révolutionnaire sur la nature même de l'acte médical trop souvent pensé comme un simple acte technique (Goupy, 2017).

En plus de la capacité de « lecture attentive » de l'histoire de l'autre, cette mise en connaissance narrative « transforme les acteurs en présence » (Goupy, 2017) car il demande aussi une écoute attentive, dans le respect et le non jugement, afin que chaque individu du groupe (tout autant les étudiants que l'équipe pédagogique), puisse avec authenticité livrer une partie d'eux même dans ce climat de confiance. L'écoute attentive est signifiée notamment par l'attitude non verbale de chacun (positionnement dans l'espace, en cercle, sur la chaise, tonique, les regards envers chaque individu), le respect du temps de parole de chacun, la congruence par les reformulations et relances et la neutralité bienveillante par l'accueil sans jugement de la parole de chacun, de ses ressentis, désirs, doutes.

Cette écoute attentive a une efficacité opérationnelle pour la mise en mouvement et pour l'activation des processus d'apprentissage, du savoir-être personnel vers le savoir-être professionnel. Ce briefing spécifique contient également un « contrat de fiction » (Rudolph et al., 2014). Les comédiens et les étudiants s'engagent à s'impliquer pleinement et à collaborer pour faire comme s'ils se retrouvaient dans un vrai environnement de travail. La simulation n'est pas un simple jeu, elle emploie des patients acteurs, ayant un vécu, une sensibilité, comme les vrais patients.

2.3. Etape 3 : simulation

Cette partie du dispositif pédagogique s'appuie clairement sur les principes de l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) ou « en situation » (Triby, 2013) et de la pratique réflexive (Perrenoud, 2001). La mise en scène permet une approche constructiviste : comprendre c'est apprendre par l'action, c'est-à-dire par les actions multiples et parfois concomitantes (lire, interpréter, comprendre, parler, écouter, toucher, etc.), des actions au bout desquels « la bonne lecture » ou « analyse » ressort et se révèle à son intellect (Antin, 2015). L'apprentissage par problème est, en effet, un chemin personnel, une quête dans la dimension du comprendre, où le scénario proposé à l'étudiant stimule l'observation et l'étude. Il permet le questionnement permanent et ouvre à l'expérimentation. L'étudiant doit, en plus, faire preuve de créativité, coopérer avec les patients-acteurs et ajuster en permanence son discours et son comportement aux réactions des comédiens. En effet, la confrontation avec le patient-acteur lui permet de donner une « corporéité » à ce patient qui a un visage, une émotion, un corps, une histoire, qui est avant tout une personne, avant d'être une personne malade. Pour arriver à faire une « bonne » consultation médicale il faut avoir conscience de tout cet ensemble des paramètres. La compétence en consultation, c'est « la

pertinence dans l'action », car elle regroupe plusieurs facteurs « la connaissance, les techniques, la considération, la sensibilité, l'intelligence du singulier, et la capacité de nommer et de s'exprimer » (Hesbeen, 2018). Le médecin doit donner la primauté au discours du patient décrivant sa souffrance face à la maladie (Charon, 2006), il doit être à l'écoute de ce qui est derrière les mots et les gestes. Sentir la rupture, débloquent le non-dit, donner une direction, enfin, il doit être multiple : réceptacle, capitaine, traducteur, chef d'orchestre, magicien... Dans la consultation, le futur médecin, en « être empathique », apprend à « prêter » son intelligence émotionnelle à l'autre pour qu'il puisse « se dire, se raconter ». Chaque consultation est un monde, il n'y a pas un pareil et non plus une grille de la bonne manière d'agir. Agir de façon juste est donc une affaire délicate qui suppose une certaine compétence empathique. C'est-à-dire un « savoir agir réfléchi », où la personne compétente se montre capable de juger de la pertinence de son action. Elle se donne le « pouvoir d'agir » (Develay, 2015), parce qu'elle dispose des connaissances et de l'expérience de situations dans lesquelles il convient d'agir. Cette étape est essentielle dans la création de l'alliance thérapeutique (la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le médecin dans le but d'accomplir les objectifs fixés) (Bioy et Bachelart, 2010). La confiance que les étudiants ont vécue, partagée et intégrée lors de la phase du briefing spécifique, ils sont maintenant capables de la construire avec les patients.

2.4. Etape 4 : debriefing

Le débriefing est le temps d'analyse et de synthèse qui succède à la mise en situation simulée (HAS, 2012). L'étudiant-médecin est invité en premier à exprimer ses ressentis par rapport à ce temps d'action de simulation médicale, comment il a vécu ce moment, ce qui a été facile pour lui et ce qui a pu le mettre en difficulté. L'attention est particulièrement portée sur ce retour émotionnel qui renseigne sur la perception de l'événement vécu par l'étudiant. Le debriefing permet ainsi de faire comprendre qu'une même situation peut déclencher des émotions différentes chez deux individus distincts (Lazarus, 1991 ; Scherer, 2000), en fonction de leurs cultures, de leurs croyances, leurs attentes sur le monde (Averill, 1980), leur état de préparation, leurs défaillances, leur histoire... Cette « évaluation subjective » (Nougier, 2015) permet à l'individu de donner une certaine signification à la situation dans laquelle il se trouve et d'adopter, par la suite, un comportement adapté à cette situation. L'idée ici n'est pas de faire l'interprétation à la place des étudiants mais de renforcer leurs capacité d'action et d'émancipation, de le conduire vers le développement d'une compétence sémiotique et ensuite vers une autonomie interprétative (Antin, 2015).

Le dispositif de formation a également un impact important sur la transformation des apprenants observateurs. En effet, les autres étudiants du groupe, qui ont pu observer en temps réel la consultation simulée, sont également invités à exprimer leurs perceptions sur les moments interrogés par l'étudiant-médecin et les acteurs. La dynamique interactive créée par les comédiens et les encadrants provoque les rétroactions qui se font entre les participants. L'objectif est de se focaliser sur le processus d'apprentissage et non pas sur la réussite de l'action. La simulation est « un pré-texte » pour le debriefing (Meulen et Servotte, 2018). Ce qui compte dans cette étape est la prise de conscience des dimensions implicites de l'activité professionnelle, l'objectivation de la situation et, enfin, une résolution des situations-problèmes. En effet, largement considérée comme la phase où se mettent en place les

apprentissages, le debriefing est l'élément central où se cristallisent les enjeux de la « mise en commun » des « savoir-lire ». Les débats féconds, parfois sensibles, la vérification des croyances et des connaissances, la confrontation aux représentations des autres ne font que valider auprès des étudiants le conflit interprétatif comme état normal de toute situation d'apprentissage par la simulation. La logique reste toujours herméneutique : lire, interpréter et comprendre ensemble l'évolution des représentations (faire tomber les préjugés, la peur, les blocages, l'auto-intimidation, etc.), tant en termes de transformation individuelle qu'en termes de progression professionnelle. Le savoir co-construit se comprend comme un savoir valide qui s'impose et auquel tous les participants s'y réfèrent constamment, tout en se (re)définissant mutuellement (Antin, 2015).

2.5. Etape 5 : conclusion

Chaque étudiant est invité, s'il le souhaite, à dire un mot pour définir ce moment partagé ; l'équipe pédagogique donne aussi une phrase de synthèse pour clôturer ce temps de co-élaboration. Cette phrase est dépendante de la dynamique du groupe mais correspond dans le fond au même message pour chaque groupe.

Les acteurs proposent aux étudiants « la minute culturelle » avec la suggestion de films, de livres, en lien avec le domaine de la médecine, et la lecture d'un passage de M. Winckler.

3. Co-écriture d'un récit partagé : du spécifique à l'universel

La coopération pédagogique entre médecin, psychologue et comédiens, auprès et avec les étudiants, a permis, en notre sens, de mettre en mouvement la pensée empathique. La pensée empathique est notre aptitude à être en relation avec l'autre dans le but de le comprendre pour l'accompagner dans le soin, ou dans la pédagogie, de façon congruente et adaptée à chaque individu, à chaque groupe d'individus et à chaque contexte. Tout comme la médecine se veut de plus en plus coopérative et moins directive, nous avons choisi un modèle de transmission horizontale des savoirs, basée sur l'intersubjectivité, cette zone où deux pensées minimum se rencontrent pour devenir une pensée commune. Notre réflexion pédagogique transdisciplinaire s'est articulée suivant les différents temps de la simulation médicale. Elle portait sur la manière la plus adaptée de créer cet espace d'intersubjectivité dans le but de permettre aux étudiants de médecine de développer leur compétence empathique. Proposant de partir du discours propre, du récit individuel de chaque participant, pour ouvrir vers une vision commune globale de la notion « d'être en relation », « de savoir-être », cette approche progressive et sensible est nécessaire au savoir-faire médical pour mener à bien une consultation clinique, qu'elle soit de première rencontre ou d'annonce de résultats d'examen complémentaires, ouvrant dès lors au champs de la consultation d'annonce de diagnostic.

Cette approche d'exploration par la simulation a été favorisée, voire enrichie et transformée, par les retours des étudiants.

« Ce fut pour ma part une expérience très riche, tant sur les débats que nous avons pu avoir entre nous que sur l'exercice de simulation » ; « nous n'avons pas souvent l'occasion de nous retrouver ainsi et de pouvoir nous exprimer librement sur nos visions/parcours personnels » ; « La partie de simulation est très intéressante car elle nous plonge dans le bain directement, nous expose à la critique mais toujours de manière bienveillante et nous fait prendre du recul sur les aspects non médicaux de notre futur métier (gestion des patients, communication non

verbale, prise en compte des accompagnants ...), sur la perception de notre comportement par les potentiels patients, et cela me paraît primordial pour notre exercice futur » ; « je pense réellement qu'il s'agit d'une des journées où j'ai appris le plus de choses sur le métier de médecin (surtout sur le côté humain qui n'est pas vraiment/du tout traité dans un collège de spécialistes) » ; « on peut facilement participer aux discussions/ débats et il y a des avis d'horizons différents » ; « tout en prenant du recul (du fait de l'équipe pluridisciplinaire qui encadre cette journée) ».

4. Evaluation du dispositif et discussion

Les verbatims présentés s'inscrivent dans une démarche qualité qui accompagne depuis le début les simulations en consultation médicale. Les étudiants sont sollicités à donner leurs ressentis, à l'oral, à la fin de chaque séance, et par écrit (par mail), les jours qui suivent la séance. L'équipe pédagogique se réunit pour en discuter et tient compte des remarques/réflexions pour la préparation des séances suivantes. Dans cette optique, deux études ont été réalisées au Cesim (Balez, Berthou, 2013 ; Balez, Berthou, Carpentier, 2014) dès le début de l'implantation des cours en consultation médicale à la Faculté de Médecine de Brest. Ces études ont mis en évidence l'importance des thématiques sélectionnées dans les séances d'annonce (la mort, l'incertitude, le cancer, la violence perçue de l'annonce) et la nécessité de les aborder en simulation, justement à cause des difficultés que rencontrent des étudiants à les approcher et à cause de la complexité des sujets. De plus, l'analyse des scores d'empathie des étudiants a montré que « le dispositif de formation à l'annonce mis en place à la Faculté de Médecine de Brest permet d'augmenter significativement la capacité d'empathie des étudiants médecins, alors que la littérature scientifique atteste qu'elle baisse drastiquement au cours des études médicales et que son impact est estimé décisif sur le plan thérapeutique » (Balez, 2014). Depuis ces études, d'autres observations ont été faites, en partant toujours des analyses des verbatims. En effet, au début, les patients simulés et les médecins étaient « joués » par les étudiants-acteurs de la même promotion ou d'une promotion antérieure (étudiants en 6^{ème} année et qui avaient déjà vécu l'expérience). Leurs retours ont fait ressortir certains biais du dispositif, liés surtout au fait qu'ils étaient tous étudiants et qu'ils se connaissaient très bien. Ces biais (gêne, confusion, voire rires ou aide spontanée d'un collègue en difficulté lors du scénario) empêchaient la « mobilisation authentique » (Vierset, 2015) des étudiants en situation de consultation, ce qui a conduit l'équipe pédagogique à faire appel à des comédiens professionnels. L'intervention de « vrais acteurs », devenus des « patients réels », en même temps que membres de l'équipe pédagogique, impose désormais un cadre hyper réaliste, cadre devenu incontournable pour la réussite de l'immersion dans le scénario.

Nourri par les retours des étudiants et des affinements permanents, le dispositif est aujourd'hui standardisé et fait partie du programme des étudiants en 5^{ème} année. Tous les ans, le cabinet de consultation du Cesim accueille des promotions d'environ 180 étudiants (178 étudiants en 2017, 189 étudiants en 2018, 185 étudiants en 2019). Douze séances sont organisées par an et chacune permet à environ 15 étudiants d'y participer, à tour de rôle, en tant qu'acteurs ou observateurs. Chaque étudiant participe à ces séances de simulation médicale de 4 heures une fois par an, toujours avec ses collègues. Il coopère à ces scénarios

d'annonce et de consultation soit en prenant partie au jeu de rôle en tant que médecin soit en co-construisant les réflexions dans les différents temps d'échange avec le groupe.

Il n'y a pas pour l'instant de séances précises de rétroaction programmées dans l'emploi du temps des étudiants. Envisagées à plusieurs reprises, ces séances sont assez difficiles à mettre en place et à insérer dans le planning déjà complexe des étudiants. L'expérience de la consultation en simulation, marquante en termes de rétroaction projective, vaudrait bien pourtant un aménagement des programmes afin de pouvoir travailler la projection rétroactive des étudiants par rapport aux situations abordées en simulation.

Le modèle collaboratif présenté autour de l'annonce ou de la consultation est applicable et transférable à d'autres situations d'apprentissage par la simulation. Qu'il s'agisse de l'implémentation du processus entier (applicabilité) ou que des effets visés par cette implémentation (transférabilité) (Cambon, 2015), le modèle est facilement adaptable à d'autres publics, d'autres situations professionnelles ou à d'autres scénarios, avec, évidemment, un certain degré de flexibilité par rapport au nouveau contexte. Les principes à respecter sont les suivants :

- Intervention d'une équipe accompagnante multi professionnelle : référent métier (médecin, dans notre cas), comédiens (patients simulés), psychologue, ingénieur pédagogique, etc.
- Utilisation de la simulation comme méthode pédagogique prioritaire, permettant l'apprentissage expérientiel, en situation, et en adéquation avec le contexte socio-professionnel visé
- Dispositif pédagogique qui allie objets matériels et symboliques, au service d'une intention éducative, voire politique, et centré sur le sujet apprenant, sur ses relations et sur un projet de société (Weisser, 2010)
- Formation humaniste, qui suscite les questionnements, basée sur l'écoute active, l'empathie et la liberté d'expression
- Pédagogie réflexive et participative, orchestrant plusieurs niveaux de collaboration au sein du groupe
- Approche systémique incluant tous les acteurs : institution, enseignants, étudiants, etc.
- Etc.

La généralisation du modèle en Faculté de Médecine de Brest est déjà enclenchée. Au Cesim, l'empathie se travaille de plus en plus et les séances sont orientées vers une préparation des étudiants à s'inscrire dans la société comme des « acteurs de soi, acteurs de soin ». Dans cette optique, les étudiants en 4^{ème} année s'exercent lors des simulations en médecine générale (6 heures pour 4 scénarii). Le modèle a également été repris par l'Ecole de Sages-Femmes du CHRU de Brest qui travaille, avec la même compagnie de théâtre, dans les mêmes locaux du Cesim, autour de la thématique des violences faites aux femmes. Entre janvier 2018 et février 2019, 5 séances de 4 heures à raison de 12 étudiants par séance ont été réalisées.

5. Jusqu'au modèle 4P

La construction de notre espace pédagogique transdisciplinaire et coopératif a permis de faire émerger un modèle particulier. Ce modèle s'est dessiné au fur et à mesure de nos échanges avec les différents groupes d'étudiants de médecine lors de ces simulations. Notre

but premier était de faire émerger la compétence empathique chez ces derniers au travers d'une approche didactique différente, permettre la mise en corps au delà de la mise en raison de la notion de savoir être en relation à l'autre. Avec chaque groupe spécifique nous nous sommes retrouvés dans un espace commun, sensible et sensiblement sur les mêmes résonances. Notre espace collaboratif s'est façonné grâce au chevauchement de quatre espaces spécifiques : Pédagogique, Politique, Poétique et Partagé. Espace Pédagogique puisque notre objectif est la transmission de savoirs et compétences. Espace Politique car partir du récit de chaque individu pour arriver à la notion d'individu empathique dans le cadre de la profession médicale a permis d'interroger sur la place en tant que citoyen que chacun choisit d'avoir dans la société (Quel médecin je deviens et quelle médecine j'offre à ma société ?). Espace Poétique du fait que nous avons cherché à ouvrir la pensée rationnelle pour intégrer la pensée sensible, humaine, au travers de mise en mots, en récits, en émotions et en mouvements. Espace Partagé, la participation de chaque personne était ici notre point clé pour la création de cet espace de co-pensée didactique ; partager ses perceptions, s'écouter, se respecter sans se juger, avec bienveillance et empathie. De plus, les regards différents et complémentaires de chaque intervenant-professionnels viennent éveiller chez les intervenant-étudiants différents endroits de leur subjectivité, de leur histoire, de leur monde et de leur intelligence.

Remerciements

Le travail présenté dans cet article est soutenu par le projet IDEFI REMIS, projet géré et suivi par l'ANR dans le cadre des Investissements d'Avenir (ANR Idefi-ANR-IDFI-0033).

Références bibliographiques

Antin, R.S. (2015). *Parcours de lecture et d'interprétation : un outil pour des médiations éducatives et culturelles adaptatives*. Thèse de doctorat, Télécom Bretagne, 183-184.

Averill, J. (1980). *A constructivist view of emotions, Emotion : theory, research and experience*, vol.1, Academic Press, New York, 305-339.

Balez, R. (2013). Un entraînement de groupe systématique à l'annonce du cancer dans le cursus des études médicales ; analyse qualitative d'un retour d'expérience. *Psycho-Oncol*, 7:250-257.

Balez, R. (2014). Annoncer un lymphome : l'empathie dans la formation des étudiants en médecine. *Psycho-Oncol*, 8:29-36.

Barrett-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76(43).

Bergin, A.E. et Jasper, L.G. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74(4), 477-481.

Bergin, A.E. et Strupp, H.H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine-Atherton

Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.

Bonah, C., Mouillie, J.M., Haxaire, C., Penchaud, A.L., Visier, L. (2014). *Médecine, Santé et sciences humaines*, Les Belles Lettres.

Cambon, L. (2015). Transférabilité des interventions en promotion de la santé. *Journées de la prévention et de la santé publique, Inpes, 2015*.

- Charon, R. (2006). *Narrative medicine; honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Develay, M. (2015), Chapitre 2. L'usage de la notion de compétence en éducation, in *D'un programme de connaissances à un curriculum de compétences*, De Boeck Supérieur, Pédagogies en mouvement, 51-69.
- Goupy, F., Le Jeune, C. (2017). *La médecine narrative, une révolution pédagogique ?* Collectif, Editions Med-Line, Paris, 19.
- HAS (2012), Évaluation et amélioration des pratiques Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé.
- Hesbeen, W. (2018). *Simulation et vigilance éthique. Un moyen n'est pas finalité. Perspectives éthiques, pédagogiques et enjeux pour la pratique*, Editions Seli Arsan, Paris.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, N.J, Prentice-Hall, Inc.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press, New York.
- Lingemann K, Campbell T, Lingemann C, Holzer H, Breckwoldt J. (2012). The simulated patient's view on teaching: results from a think aloud study. *Acad Med*
- Winckeler, M. (1998). *La Maladie de Sachs*. Ed, Folio, 648.
- Meulen, C.V., Servotte, J-C. (2018). La simulation, un laboratoire pour accompagner le développement de compétences relationnelles ?, *Simulation et formations aux métiers de santé*. Editions Seli Arslan, Paris, 104.
- Mezzich, J. E. (2012). *Médecine de la personne, un manifeste collectif qui s'adresse aux médecins, soignants, malades et décideurs*. Doin Editions
- Perrenoud, P. (2001). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers Pédagogiques*, 390, 42-45.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In E. Koch (Ed.), *Psychology A Study of Science*, 3. New York : McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Rudolph, J. W., Raemer, D. B., Simon, R., (2014). Establishing a Safe Container for Learning in Simulation. The Role of the Presimulation Briefing. *Society for Simulation in Healthcare*, 9(6).
- Scherer, K., R. (2000). Emotion. M. Hewstone and W. Stroebe, editors, *Introduction to Social Psychology : A European perspective*, Oxford Blackwell Publishers, 151–191.
- Triby, E. (2013). Théories de l'apprentissage et simulation. Point de vue de la didactique professionnelle. Boet S., Savoldelli G., Granry JC. (eds) *La simulation en santé De la théorie à la pratique*. Springer, Paris, 25-32.
- Van der Veen, F. (1970). Client perception of therapist conditions as a factor of psychotherapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.). *New directions in client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Vierset, V., Frenay, M., Bédard, D. (2015). Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ?, *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 31-2 | 2015.
- Weisser, M. (2010). Dispositif didactique ? Dispositif pédagogique ? Situations d'apprentissage !, *Questions Vives*, Vol.4 n°13 | 2010, p. 291-303.