



**HAL**  
open science

## **L'enseignement de la communication soignant-soigné-aidant par la simulation. Un outil pédagogique de l'Université de Brest (UBO) au service du bien-être et du bien-faire de ses étudiants en médecine.**

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini

### **► To cite this version:**

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini. L'enseignement de la communication soignant-soigné-aidant par la simulation. Un outil pédagogique de l'Université de Brest (UBO) au service du bien-être et du bien-faire de ses étudiants en médecine.. La santé mentale sur les campus universitaires face aux défis contemporains : de la discrimination à la COVID-19. Regards croisés : Communication, Droit et Psychologie., Oct 2020, Toulouse, France. <hal-03397070v2>

**HAL Id: hal-03397070**

**<https://hal.science/hal-03397070v2>**

Submitted on 16 Nov 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.



HAL Authorization



## **SMCU2020 Colloquium 26-27 October, 2020**

### **L'enseignement de la communication soignant-soigné-aidant par la simulation.**

**Un outil pédagogique de l'Université de Brest (UBO) au service du bien-être et du bien-faire de ses étudiants en médecine.**

*Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Maître de conférences en Sciences de l'information et de la communication, Université de Bretagne occidentale (UBO), UFR de Médecine ;  
équipe de recherche : Labers (UBO).*

### **Introduction**

Parler de simulation en études de médecine amorce automatiquement l'idée de simulations techniques et d'apprentissage sur des mannequins. En voici l'illustration donnée par la Haute Autorité de Santé (HAS) : « La définition suivante nous a paru intéressante, car elle intègre bien le rôle de la simulation dans la formation des professionnels de santé : "Le terme Simulation en santé correspond à 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 soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels"<sup>1</sup> » (HAS, 2012 : 7). Or, à l'université de Brest (UBO), les simulations pour les étudiants en 4<sup>e</sup> année de médecine sont des jeux de rôles, joués par des étudiants, qui mettent en scène un médecin, un patient et un aidant. Dans le prolongement d'un de leurs modules d'enseignement, la « médecine centrée sur la personne » (Mezzich *et al.*, 2016), ces saynètes soulignent l'importance de la communication dans la relation entre le médecin, son patient, et l'entourage de ce patient. Les buts de cette formation sont :

---

<sup>1</sup>« Chambre des représentants USA, 111<sup>th</sup> congress 02-2009 » (HAS, 2012 : 7).

- 1) de permettre aux étudiants d'amorcer une réflexion sur leur future pratique professionnelle afin de mieux communiquer avec les patients et les aidants ;
- 2) d'éviter le plus possible qu'ils se sentent mal à l'aise dans leur métier, qu'ils emmagasinent trop de stress, qu'ils fassent un *burn out* ou encore qu'ils se réfugient dans des conduites addictives<sup>2</sup>.

Depuis les travaux de Jacob Levy Moreno sur l'effet thérapeutique du théâtre dès 1921, puis de Kurt Lewin sur la dynamique de groupe dans les années 1940 (Visscher, 2006), l'intérêt des jeux de rôles pour l'enseignement n'a cessé de croître (Patin, 2005). Le philosophe Jacques Henriot, spécialiste des sciences du jeu, en faisait déjà le constat en 1989 : « Non seulement on parle de plus en plus volontiers de jeu, mais aussi et surtout on en parle autrement. Nous vivons à cet égard une véritable mutation [...]. Elle ne tient pas uniquement au fait que la pratique ludique se multiplie, se diversifie à l'extrême, mais aussi à ce que l'on en vient à qualifier de jeux ou de façons de jouer des manières d'être et de faire que l'on considérerait jusque-là comme essentiellement "sérieuses" et même "dramatiques" » (Henriot, 1989 : 32). Toutefois, la moindre pratique de la simulation-jeu de rôles, que nous appellerons « humaniste » en référence au texte adopté par l'Académie nationale de médecine en 2011 (Michel *et al.*, 2011), pourrait tenir – en dehors du manque d'enseignants en sciences humaines et sociales dans les UFR (unités de formation et de recherche) de médecine – à la difficulté de concevoir un enseignement à base de jeux, quand bien même seraient-ils sérieux. Bien que les moeurs évoluent, que l'université soit devenue laïque, le jeu n'a pas nécessairement bonne presse pour des raisons culturelles. Jacques Henriot rappelait que l'Église condamnait sévèrement le jeu : « Peut-être n'est-ce pas sans raison que l'Église a, pendant de longs siècles, excommunié les comédiens et vu dans le jeu, sinon toujours un péché, du moins un divertissement coupable. [...] le religieux, et plus précisément le sacré, exclut le jeu » (Henriot, 1969 : 75).

Il reste que les simulations techniques ou humanistes sont récentes et que nous manquons de données pour des études comparatives et longitudinales. Comment mesurer l'impact de cette formation à court terme ? La mise en place cette année d'entretiens individuels pour les étudiants en médecine de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année, afin de connaître leurs éventuelles difficultés et leurs projets professionnels, a au moins confirmé le plaisir qu'ils avaient eu à participer aux simulations. Dans son ouvrage, *Aidants, ces invisibles – Vous êtes 11 millions à prendre chaque jour soin de vos proches* (2019), le médecin Hélène Rossinot se souvient de jeux de rôles destinés à apprendre à annoncer une mauvaise nouvelle au cours de sa formation alors qu'elle était externe. Elle a acquis la certitude que communiquer s'apprend et que rien ne vaut l'apprentissage dans l'interaction réelle plutôt que dans les livres. Ce souvenir de l'auteure nous donne un indice de la pertinence des simulations pour l'exercice professionnel.

Les trois médecins qui participent à ces journées de formation sont eux-mêmes convaincus par ce dispositif comme outil indispensable à la préparation des futurs médecins et auraient aimé en bénéficier durant leurs études.

Nous avons choisi ici de nous intéresser à ce que ces simulations font émerger comme biais probablement liés à la formation universitaire des étudiants. Nous en sommes à la phase exploratoire de notre « recherche-action », c'est-à-dire de notre étude de terrain sur lequel nous jouons un rôle actif. Notre travail se rapproche de l'éthologie de la communication de Jacques Cosnier, qui suppose une immersion du chercheur dans son terrain de recherche : « cette éthologie humaine rejoint évidemment l'ethnographie de la communication de Hymes et Gumperz, la microsociologie de Goffman et l'ethnométhodologie de Garfinkel » (Cosnier, 2001). En communication l'approche est nécessairement systémique, elle englobe ce qui se dit et se fait, les interlocuteurs et leurs interactions, leurs « rites d'interaction » dirait Erving

---

<sup>2</sup> Autre objectif annexe : permettre aux étudiants de parler de leurs difficultés, éventuellement des comportements qui les ont choqués pendant leurs stages.

Goffman<sup>3</sup>. La communication est une coconstruction dont l'issue est en partie imprévisible puisqu'elle dépend de la nature de l'interaction et des personnages qui entrent dans l'échange. Malgré tout, après deux années universitaires, nous avons pu observer des difficultés récurrentes. Nous en analyserons les plus saillantes après avoir détaillé la méthode et les scénarios utilisés.

## Méthode

Sujets : les étudiants de 4<sup>e</sup> année de médecine, ou 1<sup>re</sup> année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM 1), de l'UBO.

Taille des groupes : promotion divisée en 12 groupes.

2018-2019 : 197 étudiants – 16 ou 17 étudiants par groupe.

2019-2020 : 190 étudiants – 15 ou 16 étudiants par groupe.

Durée de l'étude et nombre de groupes : 2 années universitaires, 2018-2019 et 2019-2020, et 24 groupes en tout.

Durée de la formation chaque année : une journée de 6 heures, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures dans le cadre d'un module « communication professionnelle soignant-soigné ».

Formateurs : une enseignante chercheuse en Sciences de l'information et de la communication et un médecin généraliste. Alors que l'enseignante est présente aux 12 journées, 3 médecins se relaient et sont présents chacun 4 jours.

Matériel et locaux : les journées de formation se passent soit dans une annexe de l'UFR de médecine, soit dans le bâtiment principal qui jouxte l'hôpital Morvan à Brest, en fonction des calendriers des différentes formations. L'organisme qui gère les locaux et le matériel est le Centre de Simulation (CESIM), une structure « née de la collaboration étroite entre le Centre Hospitalier Régional Universitaire (C.H.R.U.) et l'Université de Bretagne Occidentale (U.B.O.) » (CESIM, 2020).

Les étudiants ont à leur disposition :

- une salle de consultation, reproduisant le plus fidèlement possible une salle de consultation ordinaire d'un médecin de ville ;
- une salle d'attente suffisamment grande pour que tous les étudiants et les formateurs s'y regroupent ;
- un grand écran de téléviseur, un système d'enregistrement qui permet à tous les étudiants de voir et entendre ce qui se passe dans la salle de consultation via l'écran de télévision et les enceintes dans la salle d'attente ;
- plusieurs saynètes dont les étudiants sont les acteurs volontaires (en général un médecin, un patient et un proche).

Informations et consignes données aux étudiants :

- obligation de présence, matin et après-midi, avec signature d'une feuille d'émargement, mais les travaux ne sont pas notés ;
- buts de la formation : leur donner des pistes d'amélioration de leur communication professionnelle dans le prolongement d'une médecine centrée sur la personne, mais qui n'oublie pas le bien-être du soignant ;
- garanties de confidentialité :

---

<sup>3</sup>Voir dans le même sens les travaux de l'École Palo Alto et l'*Anthropologie de la communication* d'Yves Winkin, 2001.

- o pas d'exploitation de leurs vidéos ou de leur image sans leur accord. Les travaux de recherche sur les simulations ne sont pas nominatifs ;
- o toutes les informations personnelles données au cours de cette journée sont confidentielles.

Procédure :

- o dès que des étudiants se sont proposés pour jouer, chacun reçoit, dans une pièce isolée, les informations concernant son rôle. La scène est visible et audible dans la salle d'attente et elle est enregistrée afin d'être repassée ensuite en présence des acteurs. La rediffusion de l'enregistrement peut être stoppée à tout moment soit par le médecin, l'enseignante ou les étudiants ;
- o à la fin de chaque simulation, chacun des acteurs dit ce qu'il a ressenti. Chacun doit dire s'il est sorti satisfait de la consultation ou pas. Il doit essayer de dire pourquoi ;
- o ensuite, c'est au tour des étudiants observateurs de dire ce qu'ils ont ressenti (parle qui veut) ;
- o la rediffusion des vidéos et les "arrêts sur image" donnent l'occasion au médecin et à l'enseignante de faire des remarques et des commentaires.

• Étape initiale :

- o avant de jouer, pour créer un climat propice au jeu et à la liberté de parole, chacun se présente, dit qui il ou elle est, pourquoi il a choisi de faire des études de médecine, quel stage il fait et a fait, ce qu'il aimerait faire plus tard (spécialité, lieu d'installation, organisation, ...). L'enseignante et le médecin sont les premiers à se présenter, à parler de leurs études, de leur métier au quotidien et de leurs aspirations professionnelles ;
- o les étudiants sont assurés que le but n'est pas de juger leur prestation ou leurs compétences en médecine. Chaque erreur ou maladresse est au contraire une occasion de parler de communication et de réfléchir à une meilleure pratique.

## **Consultations fictives jouées par les étudiants**

Voici cinq exemples de saynètes jouées par les étudiants. Le canevas de chaque consultation fictive laisse place à la créativité des étudiants-acteurs. Le sexe des personnages importe peu, il est modifiable en fonction de qui souhaite jouer.

### Cas 1

Un patient : M. Philippe Bernardin, 42 ans, est pompier professionnel.

Un proche : Valérie Bernardin, épouse de M. Bernardin, est secrétaire médicale.

Un médecin.

Informations données à l'étudiant qui joue le patient : M. Bernardin, 42 ans, a eu une crise d'asthme qui a nécessité son hospitalisation. À la suite de cela, un traitement médical lui a été prescrit. M. Bernardin ne le prend que de manière épisodique et il continue à fumer malgré son asthme chronique. Il est très arrogant envers le médecin et le considère comme un « pantouflard » car lui, « il est sur le terrain et il se bouge » (le sous-entendu est que le médecin est bien tranquille derrière son bureau). Il n'a pas de conseil à recevoir d'un médecin, il dit qu'il « n'a d'ordre à recevoir que de son caporal-chef ». Il vit dans l'urgence et ne voit pas l'intérêt de la prévention en santé. Son expression favorite est carpe diem. Il aime le sport. À l'occasion de la consultation, M. Bernardin demande un certificat de plongée pour son prochain séjour aux Maldives (c'est tout ce qui l'intéresse et il estime que, puisqu'il paie le

médecin, ce dernier doit au moins lui fournir un certificat pour aller plonger avec des bouteilles).

Informations données à l'étudiant qui joue le médecin : M. Bernardin a eu une crise d'asthme qui a nécessité son hospitalisation en urgence. À la suite de cela, il a reçu un traitement médical. Vous recevez M. Bernardin pour la première consultation qui suit cette hospitalisation.

Informations données à l'étudiant qui joue le proche : la femme de M. Bernardin, Valérie, est aussi une personne hyperactive, elle gère tout à la maison, les enfants (ils ont 8 et 14 ans) et son travail. Elle est secrétaire médicale. Elle « connaît » parfaitement la pathologie de son mari et elle voit qu'il ne fait pas ce qu'il faut. Elle attend du médecin qu'il tape du poing sur la table. Son mari est un poids supplémentaire pour elle car « elle n'a pas besoin d'un troisième enfant qu'il faut surveiller ». Elle est fatiguée, épuisée, et présente une certaine agitation à la consultation. Elle fume également mais elle, « elle a le droit, elle n'est pas malade ». L'angoisse que génère chez elle la maladie de son mari est masquée par son agitation et les informations factuelles qu'elle donne au médecin. Elle tient beaucoup à son voyage aux Maldives prévu de longue date.

## Cas 2

Une patiente : Mme Branda, retraitée, 87 ans (absente lors de la consultation).

Deux proches : Danielle, 56 ans, fille de Mme Branda, ingénieure, et Yves, 53 ans, fils de Mme Branda, sans emploi.

Un médecin.

Informations données aux étudiants qui jouent les proches : Mme Branda, votre mère, a 87 ans. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le diagnostic est relativement récent. Elle vit seule chez elle à Brest au 3<sup>e</sup> étage d'un petit immeuble. Elle souhaite rester à son domicile. Elle tombe régulièrement mais ne se sent pas malade. Elle se plaint : « je suis sans cesse importunée par ces infirmières qui viennent chez moi alors que je voudrais qu'on me fiche la paix ».

Danielle, 56 ans, fille de Mme Branda, est ingénieure en travaux publics et vit en couple à Brest. Elle a deux filles de 20 et 25 ans. Celle qui a 20 ans vit encore chez elle.

Danielle a pris rendez-vous pour cette consultation car elle est épuisée et n'arrive plus à prendre en charge sa mère. Elle profite de la présence de son frère Yves (qui vient très rarement à Brest) pour voir avec lui un médecin à propos de leur mère. Elle s'est aperçue que, depuis deux semaines, sa mère ne mangeait plus les plats qu'elle lui laissait dans le réfrigérateur. Or, elle ne peut pas venir manger avec elle tous les jours pour s'assurer que sa mère s'alimente correctement.

Yves, 53 ans, fils de Mme Branda, est au chômage actuellement. Il est veuf et vit à 150 km de Brest. Il veut être présent mais ne sait pas comment aider. Il est en difficulté financière et se déplace uniquement en train (il n'a pas de voiture). Il soutient sa mère en adoptant ses critiques : « qu'on lui fiche la paix, elle n'a pas eu une vie facile, on l'a assez ennuyée comme ça, sans compter toutes ces bonnes femmes qui viennent la déranger tous les jours ». Sa mère lui répète au téléphone qu'elle ne veut pas entendre parler de maison de retraite.

Informations données à l'étudiant qui joue le médecin : le médecin connaît déjà Mme Branda et ses deux enfants mais ne les a pas vus depuis un moment. Mme Branda souffre de la maladie d'Alzheimer, elle vit à son domicile et chute de plus en plus fréquemment.

### Cas 3

Un patient : M. Gestout, 52 ans, trader.

Un proche : Sylvie, sa femme, écrivaine.

Un médecin.

Informations données à l'étudiant qui joue le patient : M. Gestout, 52 ans, a des douleurs thoraciques, il est facilement essoufflé et se sent fatigué. Il est passionné par son travail et ne vit que pour ça. Il pense que c'est une catastrophe s'il n'est pas disponible 24h/24 pour son travail. Il consomme de l'alcool quotidiennement le soir.

Informations données à l'étudiant qui joue le médecin : M. Gestout présente des signes d'angor (angine de poitrine).

Informations données à l'étudiant qui joue le proche : Sylvie, sa femme, est très inquiète pour la santé de son mari. Elle le voit très stressé mais ne sait pas comment lui faire « lever le pied ». Il lui semble que la santé de son mari se dégrade.

### Cas 4

Un patient, Malo, 14 ans, en 3<sup>e</sup> au collège.

Un proche : sa mère, Mme Riou, commerçante, élève seule son fils.

Un médecin de famille.

Informations données à l'étudiant qui joue le proche : Mme Riou a pris rendez-vous avec son médecin traitant qui la suit régulièrement, parce qu'elle est inquiète pour son fils. Elle est en attente d'une greffe de rein. Son fils s'endort en cours. Le principal du collège l'a appelée pour lui signaler que Malo s'endort régulièrement en cours, quelle que soit la matière. Mme Riou a remarqué que la lumière de la chambre de son fils était souvent allumée après minuit. Elle ne voudrait pas qu'il rate son brevet (examen de fin d'année) et c'est ce qui motive cette consultation : elle aimerait une solution médicamenteuse simple et rapide.

Informations données à l'étudiant qui joue le médecin : vous voyez très souvent Mme Riou qui est en attente d'une greffe de rein mais vous n'avez pas vu son fils depuis plusieurs années.

Informations données à l'étudiant qui joue le patient : Malo n'est pas du tout enchanté par ce rendez-vous. Pour lui tout va bien. Il reste tard sur son ordinateur, regarde des séries ou discute avec ses copains. Le brevet, ce n'est pas important, on peut réussir sa vie sans ça. Il est très peu coopératif.

### Cas 5

Un patient, Gilles Camors, 41 ans, acteur de théâtre, vit à Paris.

Un proche, Estelle Rideau, 40 ans, metteuse en scène et productrice, vit à Paris.

Un médecin à Avignon.

Informations données aux étudiants qui jouent le patient et le proche : Gilles Camors, 41 ans, est l'acteur vedette de la pièce de théâtre que la troupe joue à Avignon. Il s'est évanoui au cours d'une répétition qui vient d'avoir lieu. Il a été hospitalisé. Ce n'est pas la première fois qu'il s'évanouit. Estelle Rideau a remarqué qu'il a perdu 6 kilos en 2 mois sans faire de régime et qu'il est essoufflé quand il monte un escalier. La générale est dans 15 jours et la metteuse en scène, qui est l'employeur de Gilles, veut savoir si elle doit trouver un

remplaçant. Elle a investi beaucoup d'argent dans cette pièce au festival d'Avignon mais ce n'est pas la seule raison : Estelle est aussi la maîtresse de Gilles et sa santé la préoccupe vraiment.

Gilles Camors a peur de perdre le « rôle de sa vie » (il joue Cyrano dans Cyrano de Bergerac). Il explique sa perte de poids, son essoufflement et ses syncopes, par la fatigue des répétitions. Il est ravi d'avoir perdu du poids.

Il ne va jamais chez le médecin. Il a peur des piqûres et se méfie des radiographies. Il préfère se soigner par les plantes et les tisanes et n'a pas l'intention de changer de méthode.

Il boit et fume après le travail et l'explique par le besoin de décompresser, après les répétitions, avec les autres membres de la troupe et les techniciens. Il n'est pas enchanté par ce rendez-vous et voudrait que ce soit une simple formalité.

Gilles et Estelle ne restent à Avignon que le temps du festival.

Le médecin ne reçoit pas d'information avant la consultation.

## Résultats

Voici les principaux enseignements que nous retirons des difficultés rencontrées par les étudiants.

### **Pas de mode d'emploi, d'interprétation certaine de la communication verbale et non verbale**

Les simulations ont montré que les étudiants se faisaient une fausse idée de la communication. Ils attendent des recettes simples pour la communication verbale comme pour la communication non verbale. Il est probable qu'en ce qui concerne la communication non verbale, l'influence ne soit pas seulement universitaire et qu'elle soit aussi due à des séries télévisées. Lorsque les sciences de l'information et de la communication ne sont pas développées, voire n'existent pas dans une UFR, le risque d'influence de ce que Pascal Lardellier appelle le « business de la communication non verbale » (Lardellier, 2017) et des techniques de communications faussement scientifiques (Winkin, 1990) est plus grand. Ces techniques qui promettent de vous faire lire dans votre interlocuteur comme dans un livre ouvert ne sont pas l'apanage des spécialistes du coaching et du recrutement, elles peuvent séduire des thérapeutes, amateurs de thérapies brèves et de recettes simples, ou inquiets de ne pas avoir été formés à la communication. Pour Pascal Lardellier et Yves Winkin, l'objectif serait plutôt une envie de contrôler l'autre, d'avoir un ascendant sur lui grâce à la possibilité asymétrique de le mettre à nu. La demande de « décryptage de la gestuelle » (Lardellier, 2017) chez les étudiants en médecine pourrait s'expliquer à la fois par une culture paternaliste encore présente dans les UFR de médecine et par l'habitude d'apprendre des matières qui laissent peu de place aux marges d'interprétation, à l'ambiguïté ou au doute.

Si la médecine est un art, le socle sur lequel il s'appuie – et la manière dont il est enseigné –, laisse peu de place à l'entropie, c'est-à-dire à l'incertitude de l'information. À la manière de l'artiste peintre qui doit d'abord apprendre le dessin, la perspective, les couleurs... pour maîtriser son art, l'étudiant apprend des matières comme l'anatomie, la génétique ou encore les statistiques. Il s'attend à l'identique en communication. Alors, bien sûr, il y a aussi des bases en communication mais la communication reste toujours un système complexe. Les séances de simulation ne sont pas le lieu d'un cours magistral qui initierait les étudiants aux bases théoriques de la communication. Toutefois, les étudiants apprennent à éviter les ouvrages largement diffusés et racoleurs sur des techniques de communication sans base scientifique. Ils apprennent aussi que la communication ne se confond ni avec le marketing, la « com » (Dacheux, 2016), ni avec la manipulation. Savoir que la qualité de la communication

dépend aussi de l'autre peut à la fois rassurer, puisque la responsabilité est partagée, mais aussi inquiéter, pour ceux qui visent la perfection. Nous abordons là un autre point souligné par les simulations.

### **S'intéresser à l'insatisfaction, la variable temps, le paternalisme**

Le niveau d'exigence des enseignants vis-à-vis des étudiants en médecine finit par être intériorisé par les étudiants qui se fixent eux-mêmes des objectifs très élevés. Difficile dès lors d'achever une consultation satisfait, en étant en accord avec soi-même, avec sa façon de concevoir son métier. Même si les simulations ne sont pas évaluées et si elles ne sont que des jeux de rôles, les étudiants se prennent au jeu très rapidement (Schmoll, 2013). Ceux qui jouent les médecins sont souvent insatisfaits et c'est l'occasion pour nous d'expliquer un certain mal-être, comme résultat d'insatisfactions cumulées. La théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (1957) permet de faire comprendre que l'inconfort ressenti en fin de consultation ne s'efface pas facilement. Selon cet auteur en effet, nous éprouvons un malaise quasi physique lorsque deux de nos cognitions s'opposent. Leon Festinger définit ainsi une cognition : « Par le terme de cognition, [...], j'entends toute connaissance, opinion, ou croyance relative à l'environnement, à soi-même ou au comportement d'autrui » (Festinger [1957], 2017 : 17). Si le conflit entre cognitions n'est pas « réduit », il se cumulera avec le suivant qui lui-même s'ajoutera au prochain, etc., et la personne concernée ira de plus en plus mal. Pour illustrer ce phénomène de dissonance cognitive et montrer sa fréquence, nous prenons l'exemple de la sonnerie du réveille-matin. Avant d'avoir posé le pied à terre, nous sommes souvent confrontés à un dilemme : nous aimerions rester dormir mais il faut aller étudier/enseigner : nos cognitions s'opposent. Pour réduire la tension ainsi créée, nous nous donnons de bonnes raisons soit de rester au lit, soit d'aller à l'université.

Avec le temps, nous acquérons des automatismes mais c'est plus difficile quand les situations ne se ressemblent pas, comme les consultations médicales par exemple.

Il n'est pas question de passer d'un extrême à un autre et de passer d'un très haut degré d'exigence à de la désinvolture, mais de limiter un stress exagéré. Entraînés aux concours, aux examens difficiles, les étudiants ont tendance à reproduire (c'est une de nos hypothèses) dans leur pratique – ici dans leurs consultations – le schéma d'un examen : faire le plus vite possible et avoir tout terminé dans le temps imparti. Pour aider les étudiants à se déconditionner et à y réfléchir bien en amont, puisqu'ils sont en 4<sup>e</sup> année, nous leur rappelons qu'une relation avec le patient se construit dans la durée – chez les généralistes au moins – et qu'il faut tenir compte du patient dans sa globalité : il a son rythme, ses connaissances, ses compétences, ses inquiétudes, ses ambiguïtés (Rollnick *et al.*, 2009), sa capacité à intégrer l'information, ses systèmes de défense, son entourage, son parcours de vie... Bref, une consultation se coconstruit (Ghiglione, 1986). Les étudiants ont suivi des cours de médecine centrée sur la personne (Mezzich *et al.*, 2016) mais de la théorie à la pratique, il y a un écart que les simulations aident à combler. En brûlant les étapes avec le patient, l'attitude des étudiants devient inévitablement paternaliste. Le médecin sait ce qu'il y a lieu de faire et dit au patient ce qu'il doit faire, comme il l'a appris pendant sa formation, au détriment de l'alliance thérapeutique. Cela nous fournit l'occasion de dire aux étudiants qu'ils ne peuvent être, au moins psychologiquement, les parents de tous leurs patients. Le paternalisme entraîne de la déception car souvent ces patients-enfants n'obéissent pas. En écoutant, en ajustant son rythme à celui du patient, en étant attentif à ses attentes et ses contraintes, l'alliance thérapeutique se noue et le médecin évite des déconvenues nuisibles à sa propre santé.

S'ajoute à ce duo soignant-soigné, la question de l'aidant ou du membre de l'entourage du patient qui l'a accompagné.

## **La délicate question du tiers accompagnateur**

Tous les tiers n'ont pas le même statut en fonction du rôle qu'ils jouent auprès du patient. Certains sont considérés comme aidants, au sens où ils prennent en charge le patient et font partie du dispositif de soins. Voyons d'abord ce point avant d'évoquer le tiers plus "ordinaire".

### ***L'aidant***

Dans toutes les simulations proposées aux étudiants, le patient ne vient pas seul. Dans un cas, le patient n'est pas là, ce sont les enfants qui ont pris rendez-vous. Ce cas, plus que les autres, invite à réfléchir aux aidants qui ont besoin de soutien. L'attention portée aux aidants est d'autant plus importante qu'il peut se trouver des étudiants-aidants et que le sujet est par ailleurs peu ou pas abordé. Nous expliquons qu'un aidant ne se plaint que quand sa charge physique et psychologique est trop lourde à porter depuis longtemps. L'aidant tarde à se plaindre car « ce n'est pas lui qui souffre » mais celui ou celle qu'il aide, il ne voudrait pas paraître égoïste et insensible. Sa culpabilité, voire le peu de soin qu'il prend de sa santé amène l'aidant, dans de nombreux cas, à décéder avant le patient. Les simulations donnent l'occasion de montrer à quel point le contexte culturel peut peser sur les difficultés de communiquer des aidants : culpabilité vis-à-vis du patient et de la famille, honte à l'égard d'un autrui plus éloigné comme le médecin, image et estime de soi dégradées. Il y a donc urgence à aider l'aidant.

### ***L'accompagnant***

Dans l'ensemble des simulations, un membre de la famille accompagne le patient, en général un des deux époux ou conjoints. Les simulations proposées soulignent à dessein la place que peut prendre le tiers dans la consultation. Que faire du tiers envahissant, qui a pris rendez-vous pour le patient et qui veut que le médecin soit son bras armé pour enfin imposer au patient un autre comportement ? Comme les séances de simulations sont ludiques, même si l'objectif est sérieux, les étudiants qui jouent l'accompagnant n'hésitent pas à s'imposer et à capter l'essentiel de l'attention du médecin. Les étudiants-médecins hésitent à faire sortir l'accompagnant, y compris pendant l'auscultation, pensant que ce dernier est une précieuse source d'informations. L'enjeu dont nous discutons alors est l'alliance thérapeutique, la relation de confiance avec le patient, difficile à obtenir en présence d'un tiers.

## **Conclusion**

Les simulations de consultations médicales pratiquées à l'université de Brest (UBO), sous la forme de jeux de rôles, permettent de saisir la complexité de la communication professionnelle entre le soignant, le soigné et l'aidant, d'en expérimenter aussi les dimensions émotionnelles. Elles amorcent chez les étudiants en médecine une réflexion sur le caractère systémique de la communication, son irréductibilité à des techniques de communication qui seraient, comme des formules mathématiques, objectives et fiables, quels que soient les contextes. Le but distal de ces jeux de rôles est de former les étudiants à une médecine centrée sur la personne qui n'oublie pas le bien-être du médecin, qui lui donne des clefs pour éviter une charge mentale professionnelle finalement pathogène. S'il est trop tôt actuellement pour en mesurer l'efficacité à long terme, les simulations permettent néanmoins de repérer immédiatement des biais de raisonnement, ou de pratique – comme le paternalisme, l'oubli de la variable temps – qui accroissent le stress ou le mal-être quasi physique des étudiants, et qu'il est possible de faire évoluer à court terme, lors de ces journées dédiées aux simulations. Dans le cadre d'un article, dont la taille est nécessairement limitée, nous n'avons pu évoquer l'ensemble des enseignements que les simulations nous ont apporté en matière de

communication, et de nombreux points restent encore à explorer, notamment en matière de communication non verbale, comme la gestuelle, les postures, la distance physique, les intonations... Notre contribution ici vise à partager une expérience en cours et à encourager son développement dans d'autres UFR de médecine.

## Bibliographie

- Dacheux É., 2016, *Sans les citoyens, l'Europe n'est rien*, Paris, L'Harmattan.
- Festinger L., 2017 [1957], *Une théorie de dissonance cognitive*, Paris, Enrick B.
- Ghiglione R., 1986, *L'homme communiquant*, Paris, Armand Colin.
- Goffman E., 1974, *Les Rites d'interaction*, [trad. Alain Kihm], Paris, Les Éditions de minuit.
- HAS, 2012, *Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins*, Saint-Denis, H A S. Accès : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)
- Henriot J., 1969, *Le jeu*, Paris, Presses universitaires de France.
- Henriot J., 1989, *Sous couleur de jouer*, Paris, José Corti.
- Lardellier P., 2017, *Enquête sur le business de la communication non verbale, une analyse critique des pseudosciences du « langage corporel »*, Caen, Éditions EMS.
- Mezzich J. E., Botbol M., Christodoulou G. N., Cloninger C. R., 2016, *Person Centered Psychiatry*, Cham, Springer International Publishing AG.
- Patin B., 2005, « Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 67-68, pp. 163-178.
- Rollnick S., Miller W. R., Butler Ch. C., 2009, *Pratique de l'entretien motivationnel – Communiquer avec le patient en consultation*, [trad. Émeric Languérand, Dorothée Lécallier, Philippe Michaud], Paris, InterEditions-Dunod.
- Rossinot Hélène (Dr), 2019, *Aidants, ces invisibles – Vous êtes 11 millions à prendre chaque jour soin de vos proches*, Paris, Éditions de l'Observatoire.
- Schmoll P., 2013, « Relire Jacques Henriot à l'ère de la société ludique et des jeux vidéo », *Sciences du jeu*, n°1. Accès : <https://journals.openedition.org/sdj/271>
- Visscher (de) P., 2006, « Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 70, pp. 53-61.
- Winkin Y., 2001 [1996], *Anthropologie de la communication*, Paris, Le Seuil.