



HAL
open science

**L'improvisation théâtrale dans l'apprentissage de la
consultation médicale : étude d'une expérience
pédagogique menée à l'Université Grenoble Alpes en
2016 entre le Département des arts du spectacle et le
Centre hospitalier universitaire de Grenoble**

Léa Andréoléty

► **To cite this version:**

Léa Andréoléty. L'improvisation théâtrale dans l'apprentissage de la consultation médicale: étude d'une expérience pédagogique menée à l'Université Grenoble Alpes en 2016 entre le Département des arts du spectacle et le Centre hospitalier universitaire de Grenoble. Sciences de l'Homme et Société. 2017. dumas-01634408

HAL Id: dumas-01634408

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634408v1>

Submitted on 14 Nov 2017

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.



L'improvisation théâtrale dans l'apprentissage de la consultation médicale

*Etude d'une expérience pédagogique menée à l'Université Grenoble Alpes en
2016 entre le Département des arts du spectacle et le Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble*

Léa Andréoléty

Sous la direction d'Alice Folco

UFR : Lettres Langues Arts du Spectacle Information Communication

Département : Lettres et Arts du Spectacle

Mémoire de recherche - Master 2 – 30 crédits

Création Artistique, parcours Arts de la scène

Année universitaire 2016 - 2017



L'improvisation théâtrale dans l'apprentissage de la consultation médicale

*Etude d'une expérience pédagogique menée à l'Université Grenoble Alpes en
2016 entre le Département des arts du spectacle et le Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble*

Léa Andréoléty

Sous la direction d'Alice Folco

UFR : Lettres Langues Arts du Spectacle Information Communication

Département : Lettres et Arts du Spectacle

Mémoire de recherche - Master 2 – 30 crédits

Création Artistique, parcours Arts de la scène

Année universitaire 2016 - 2017

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée ou qui ont participé à la réalisation de ce mémoire,

Alice Folco, pour ses conseils et son suivi attentif de mon travail.

Ariane Martinez, Philippe Chaffanjon et Alexandre Bellier pour le travail accompli lors de ce projet. Tout particulièrement Ariane Martinez pour sa disponibilité et pour m'avoir guidée dans ma réflexion.

Le service de rééducation pédiatrique du CHU de Grenoble et plus particulièrement Amandine Levi et Arielle Meyer, éducatrices spécialisées.

Karine Andréoléty et Angéla Kontis pour leurs relectures et leur soutien.

DECLARATION

1. Ce travail est le fruit d'un travail personnel et constitue un document original.
2. Je sais que prétendre être l'auteur d'un travail écrit par une autre personne est une pratique sévèrement sanctionnée par la loi.
3. Personne d'autre que moi n'a le droit de faire valoir ce travail, en totalité ou en partie, comme le sien.
4. Les propos repris mot à mot à d'autres auteurs figurent entre guillemets (citations).
5. Les écrits sur lesquels je m'appuie dans ce mémoire sont systématiquement référencés selon un système de renvoi bibliographique clair et précis.

NOM : ANDREOLETY PRENOM : léa

DATE : 5/09/17 SIGNATURE : 

Sommaire

Avant-propos	9
Introduction	10
Partie 1 : Contextualisation et conceptualisation du projet	13
I. La simulation en médecine : généralités	13
1. Etat de la recherche en simulation en santé.....	13
2. Définition de la simulation en santé	15
3. Histoire de la simulation en santé.....	17
4. Typologie et expériences similaires	20
4.1. Typologie non exhaustive des techniques de simulation en santé	20
4.2. Expériences similaires à celle réalisée à l'Université Grenoble Alpes en 2016	24
II. Vision globale du théâtre d'improvisation	28
1. Définition de l'improvisation théâtrale	28
2. Origine et évolution.....	32
3. Pratiques de l'improvisation appliquées à un champ disciplinaire	35
Partie 2 : Élaboration et mise en œuvre du projet	41
I. Elaboration et construction du projet	41
1. Les acteurs institutionnels	41
1.1. Besoins repérés au sein de la faculté de médecine.....	41
1.2. Réflexion et réponse du département des arts du spectacle concernant le projet	44
2. Objectifs pédagogiques	45
II. Structuration et déroulement du dispositif : de l'entraînement au bilan	47
1. Travail d'entraînement réalisé en amont de l'expérience.....	47
1.1. Les ateliers d'improvisation.....	47
a) L'appropriation de la thématique médicale.....	49
b) Relation interpersonnelle et imprévisibilité	50
c) Pratiques et travail de jeu	53
1.2. Travail sur le canevas.....	57
a) Description des canevas	58
b) Découverte des canevas	60
c) Apprentissage et appropriation des canevas	62
d) Mise en lien des canevas et profils.....	63
2. La mise en condition	66
3. Conditions de déroulement de l'action.....	71

4.	Mise en place de temps d'échange	73
4.1.	L'intérêt du bilan	73
4.2.	Le bilan dans le dispositif CHUI.....	77
Partie 3 : Retour sur le cadre pédagogique du dispositif		81
I.	L'intérêt du partenariat	82
1.	Définition et élaboration d'un partenariat	82
2.	Cadre partenarial	87
2.1.	Cadre institutionnel	87
2.2.	Cadres législatifs et pédagogiques	90
II.	Intérêt des composantes du dispositif : patient standardisé et improvisation	92
1.	L'intérêt de l'utilisation dispositif de patient standardisé	92
2.	De l'intérêt pédagogique de l'improvisation.....	95
2.1.	La relation	95
2.2.	L'imprévisibilité et l'adaptation.....	99
III.	Retours des étudiants quant aux modalités pédagogiques du dispositif.....	103
1.	Fonctionnement et objectifs	104
1.1.	Organisation générale	104
1.2.	Explication des objectifs et question du statut des étudiants	105
2.	Modalité des séances de simulation	106
2.1.	Nombre et répartition des séances	106
2.2.	Examen clinique et diagnostic	108
2.3.	Réalisme des consultations	109
2.4.	Utilisation de la vidéo	111
3.	Modalités des entraînements et bilans.....	112
3.1.	Entraînement	112
3.2.	Entretiens individuels et bilans collectifs.....	112
Partie 4 : Questionnements soulevés par le dispositif.....		115
I.	Impact du cadre du dispositif sur les enjeux relationnels et psychologiques au sein de l'action.....	116
1.	Espace et lieu	116
1.1.	L'hôpital.....	116
1.2.	De la salle d'attente à la salle de consultation.....	120
2.	Enjeux du « jeu » dans une réalité « représentée ».....	124
3.	Cadre pédagogique et autocensure morale	129
II.	Réflexions relatives aux pratiques professionnelles révélées par le dispositif.....	133

1.	Développement des capacités de jeu et relationnelles à travers la notion de rapport de force.....	133
1.1.	La question du rapport de force dans le jeu	135
1.2.	Le rapport de force dans la relation « patients-médecins ».....	140
2.	La question de l'utilité sociale du théâtre.....	146
2.1.	Questionnements des étudiants quant à la pratique du théâtre.....	146
2.2.	La « valeur symbolique » du théâtre et son utilité sociale	150
Conclusion		155
Bibliographie		157
1.	Etude Théâtrales	157
a)	Improvisation, jeu et pratique.....	157
b)	Cadre législatif	159
2.	Secteur sanitaire.....	159
a)	Simulation et pédagogie	159
b)	Confrontation du patient au champ sanitaire.....	161
c)	Cadre législatif	162
d)	Généralité	162
3.	Sciences humaines et sociales.....	162
4.	Sources relatives au dispositif CHUI	165
a)	Entretiens et discussions.....	165
b)	Documents.....	166
Annexes		167
Annexe 1 - Contextualisation : présentation du service de Rééducation Pédiatrique		167
Annexe 2 – Vignette clinique : la question de la passivité.....		167
Annexe 3 - Vignette clinique : la question de la communication		169

Avant-propos

Ariane Martinez, Maitresse de Conférence en Arts du Spectacle à l'Université Grenoble Alpes cherchait un étudiant de Master pour l'accompagner dans la réalisation et l'évaluation du projet « Centre Hospitalier Universitaire Improvisation, et m'a proposé de réaliser mon mémoire de Master 2 à partir de ce dispositif. Il se trouve, en effet, que j'ai écrit mon mémoire de Master 1 sur la pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle, et que, depuis 2015, j'ai intégré la filière Educateur Spécialisé à l'Institut de Formation en Travail Social d'Echirolles. Ma posture est donc double : d'une part étudiante en Master 2 Création Artistique parcours Arts de la Scène¹ et d'autre part éducatrice spécialisée en formation, ayant effectué un stage au sein du service de rééducation pédiatrique au CHU de Grenoble.

J'ai mené au cours de cette expérience au CHU une réflexion quant à la relation de soin entre patients et médecins. En effet, le regard de l'éducateur spécialisé dans ce cadre particulier fait ressortir les besoins des patients sur le versant relationnel et dans le vécu de leur hospitalisation. J'ai observé pendant cette période plusieurs situations dans lesquelles la communication entre l'équipe médicale, le patient et sa famille était altérée par différents facteurs : incompréhension, forme de violence verbale dans les annonces de diagnostic, réalisation d'actes de soins sans explication préalable et sans adaptation des compétences en fonction de la personne concernée, et ce, de la part de différents professionnels (médecins, chirurgiens, docteurs ou en formation, manipulateurs en imagerie médicale, équipe soignante, etc.). L'objectif de cette observation a été d'établir une réflexion partant du point de vue du patient et des familles en milieu hospitalier, à partir de la vision de l'éducateur spécialisé, dans une perspective relationnelle, communicationnelle et concernant le vécu du patient. Dans cette perspective, deux situations que j'ai pu observer en pédiatrie sont explicitées en annexes. Elles concernent les questions de la passivité du patient hospitalisé ainsi que la communication au sein de la relation de soin.

Nous retrouverons, au fil du document, des réflexions réalisées dans le cadre de ce stage en pédiatrie et nous étayerons le propos concernant le projet dont il est question par cette observation. Ainsi ce travail de recherche a été nourri par ma volonté de faire le lien entre la pratique théâtrale et certains des enjeux auxquels sont confrontés les acteurs des secteurs sanitaires et sociaux.

¹ Anciennement « Arts du Spectacle : parcours Théâtre Européen »

Introduction

Nous nous intéresserons dans ce travail de recherche à l'utilisation de l'improvisation théâtrale au sein du dispositif « Centre Hospitalier Universitaire Improvisation (CHUI) », une expérience de simulation pédagogique réalisée entre les départements des Arts du spectacle et la faculté de médecine de l'Université Grenoble Alpes (UGA) en 2016.

Présentation succincte du dispositif

Le projet CHUI consiste à organiser des simulations de consultations médicales dans lesquelles des étudiants en 4^{ème} année de médecine mènent un entretien clinique fictif et où des étudiants en 2^{ème} année de Licence incarnent le rôle de patients. La mise en œuvre du projet a eu lieu au premier semestre de l'année universitaire 2016-2017, avec 19 étudiants de l'option « Théâtre : Improvisation », venant des parcours d'Arts du spectacle, Lettres ou Langues et 36 étudiants volontaires en médecine. Les étudiants de l'atelier « Improvisation » ont été crédités en ECTS et ont bénéficié de 24 heures de cours ainsi que des heures d'expérimentation au CHU de Grenoble. Les étudiants en médecine n'ont pas eu d'ECTS associés et ont été présents pendant trois heures, une séance de consultation simulée et deux heures de bilan. Les séances de simulation se sont déroulées au sein d'un service de l'hôpital. Les ateliers d'improvisation ont eu lieu dans le bâtiment Stendhal de l'UGA.

Les deux partenaires acteurs principaux du projet étaient les départements des arts du spectacle et de médecine. Le projet a été coordonné par Ariane Martinez et Philippe Chaffanjon, professeur des universités en anatomie et chirurgien des hôpitaux, soutenu par Alexandre Bellier, interne des hôpitaux, qui a co-organisé le projet et travaillé à la réalisation de grilles d'évaluation. Ce projet a impliqué un grand nombre d'acteurs différents, dans l'université mais aussi dans le monde professionnel et associatif : le comédien David Noir qui a participé à la formation des étudiants en improvisation et au visionnage de la première série de consultation ; le service audiovisuel de l'UGA concernant la captation vidéo; l'association APACH (Association Pour une approche Clinique Humaniste, association bénévole de patients et de soignants) dont plusieurs membres ont participé à l'analyse des résultats, l'évaluation et les bilans ; la gouvernance de l'Université Grenoble Alpes, via le le Service d'Accompagnement des Pédagogies et des Initiatives Enseignantes dans le Supérieur (SAPIENS), qui a accompagné le projet, travaillant à l'élaboration des évaluations des

étudiants, aux séances d'observation et à la distribution et au traitement d'un questionnaire anonyme pour tous les étudiants.

Les prémices de l'organisation du projet ont eu lieu en mars 2016. Philippe Chaffanjon, professeur des universités en anatomie et chirurgien des hôpitaux, a proposé un partenariat au département des arts du spectacle : il a exposé le besoin et la demande de la part des instances pédagogiques en médecine de travailler la relation et la conduite de consultation dans la formation en médecine. Ariane Martinez, Maîtresse de conférences en Etudes Théâtrales, a mis en œuvre le programme « Théâtre : improvisation » en réponse à cette demande, trouvant un intérêt pédagogique à la fois dans le travail de la pratique de l'improvisation dans un contexte inhabituel pour les étudiants de l'UFR LLASIC, et dans le décloisonnement des départements de l'université.

Les départements pédagogiques ont travaillé en collaboration avec SAPIENS pour répondre à l'appel à projets « Initiatives pédagogiques de l'UGA » et penser la partie évaluative du dispositif et des étudiants. La mise en œuvre du projet, des ateliers d'improvisations aux séances de simulation, a eu lieu entre septembre et novembre de la même année. Par la suite, ont été organisés les temps de bilan, d'évaluation des étudiants et du dispositif jusqu'en décembre. A partir de janvier 2017, les différents acteurs du projet ont réalisé des bilans et analyses du dispositif, concernant l'évolution et la dissémination du projet. Enfin, une théorisation de l'expérimentation a été entreprise à travers ce travail de recherche.

Méthodologie

Sur le plan méthodologique, pour élaborer le compte rendu critique et analytique du dispositif, j'ai adopté une double démarche. Tout d'abord, j'ai interrogé l'intérêt de l'utilisation de l'improvisation en simulation pédagogique, grâce à une observation participante ainsi qu'à la théorisation de l'expérimentation menée au cours de l'année. De plus, tout au long du projet j'ai mené plusieurs entretiens avec les acteurs de l'équipe pédagogique ainsi qu'avec les étudiants concernant leurs retours et vécu du dispositif. Ce travail de recherche sera également axé sur cette matière spécifique. De plus l'observation participante lors de mon stage en structure hospitalière m'a permis d'appuyer et d'étayer le propos de ce travail de recherche à travers un vécu et une analyse de terrain.

D'autre part et plus généralement, j'ai tenté de situer ces observations au croisement de plusieurs champs d'études : les études théâtrales, le secteur sanitaire et le champ relatif aux sciences sociales et humaines. Il m'a semblé que l'utilisation de l'improvisation au sein de la simulation en santé est une pratique peu théorisée dans la recherche sur la pédagogie « générale » du théâtre ; et réciproquement, que la connaissance des outils théâtraux dans le secteur sanitaire est peu développée, si bien qu'envisager une approche croisée pouvait être non seulement stimulant intellectuellement mais aussi utile aux différents acteurs de terrain. Ce document se présente donc comme un rapport de recherche et d'expérience questionnant la relation entre médecins et patients et les enjeux de l'utilisation de l'improvisation en simulation de consultation.

Ces lectures diverses ainsi que la réflexion basée sur l'observation participante tentent de répondre à un questionnement qui me semble essentiel. En effet, il est intéressant de se demander en quoi l'utilisation de l'improvisation en tant qu'outil artistique dans un dispositif de simulation pédagogique, peut être un moyen d'apprentissage et de réflexivité sur la relation interindividuelle, et plus spécifiquement sur la relation patient-médecin. Plus globalement, dans ce travail de recherche, j'ai tenté de dépeindre le déroulement du dispositif CHUI et de rassembler des informations susceptibles de servir à l'élaboration d'une action de ce type.

Ce document de recherche est construit en quatre parties. Dans un premier temps nous contextualiserons et le projet en définissant les domaines disciplinaires auxquels il est rattaché, avant de procéder à la description de la création et de la mise en œuvre du dispositif. Nous étudierons en troisième partie l'intérêt de la démarche à travers une réflexion sur l'élaboration et les modalités du cadre pédagogique du dispositif. Enfin, nous reviendrons sur différents enjeux psychologiques et sociologiques soulevés lors du déroulement du projet et l'impact qu'il a pu avoir sur les pratiques des étudiants.

Partie 1 : Contextualisation et conceptualisation du projet

En premier lieu, nous reviendrons sur les éléments constituant le cadre du dispositif. En effet, le projet « Centre Hospitalier Universitaire Improvisation » est avant tout un dispositif de simulation pédagogique et utilise la pratique de l'improvisation dans sa mise en œuvre.

Nous allons définir dans cette partie le concept de simulation en santé et nous situerons notre proposition aux travers des différents types de simulations existants. Nous nous intéresserons plus spécifiquement au dispositif de patient standardisé, aux méthodes et outils employés et son utilisation dans deux centres hospitaliers, mettant en œuvre différemment ce type de simulation. Par la suite nous définirons le principe d'improvisation aux travers de théorisations et de pratiques déployées dans différents domaines.

I. La simulation en médecine : généralités

1. Etat de la recherche en simulation en santé

L'état actuel de la recherche en matière de simulation est peu développé concernant le domaine de la santé. Un rapport de mission en matière de pratique de simulation a été publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012. Au sein de ce rapport, les auteurs ont établi une liste non exhaustive mais représentative des différents types de simulation, à laquelle s'ajoute des travaux théoriques effectués ces quelques dernières années. Pierre Pastré, agrégé de philosophie et professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) s'est penché sur la question de la simulation et la didactique, qu'il renvoie à l'apprentissage à travers la mise situation de travail factice dans le domaine de la santé². Par ailleurs, Sylvain Boet, Jean-Claude Granry et Georges Savoldelli, chercheurs et médecins des hôpitaux d'Ottawa, Angers et Genève ont réalisé un ouvrage de référence *La simulation en santé : De la théorie à la pratique*, concernant spécifiquement la simulation en santé, dans un cadre à la fois pratique et théorique et abordant amplement la question de la pédagogie au sein de cette thématique. Philippe Fauquet-Alekhine, docteur en Sciences Physiques et psychologue du Travail du CNAM, et Nane Pehuet, ingénieur à Institut des sciences humaines et sociales du

² Pastré Pierre, *Fondements ergonomiques et didactiques*, Quatrième école thématique du CNRS sur les EIAH, « simulation, réalités virtuelles et augmentées pour les apprentissages professionnels », juillet 2006, La Grande Motte

CNRS travaillent sur l'évolution et l'intérêt dans la pratique professionnelle de faire appel l'outil de simulation dans leur publication *Améliorer la pratique professionnelle par la simulation*, paru en 2011.

La simulation en consultation médicale semble être plus développée dans le domaine de la psychiatrie. En effet le rapport de l'HAS indique un nombre beaucoup plus important d'articles concernant la simulation dans la formation en psychiatrie et abordant les notions de patient standardisé et de jeu de rôle. La simulation est utilisée principalement pour la pédagogie et l'évaluation dans la consultation et l'entretien médical, dans un versant relationnel. Le rapport indique cependant que la recherche en matière de simulation est pauvre, malgré le besoin de développement en raison de facteurs financiers et de manque de moyens humains, notamment concernant l'évaluation des pratiques. C'est un type de dispositif demandé par beaucoup d'institutions médicales ou de formations médicales mais son utilisation onéreuse et encore marginale³. L'article des chercheuses Canadiennes Pamela Morgan, Doreen Cleave-Hogg, *Cost and resource implications of undergraduate simulator-based education*, parue en 2002 précise que parmi les centres ou programmes de simulation dans le monde, assez peu étaient impliqués dans l'institutionnalisation de la simulation dans les formations médicales ou paramédicales. Concernant l'évaluation des pratiques, leur implication y est moindre en raison de coûts financiers et humains trop élevés.

Ces données de littératures nous indiquent une démarche partenariale dans la recherche et l'innovation internationale et plus particulièrement ici entre la France et le Canada. En Amérique du Nord, la simulation est « utilisée de façon routinière en particulier dans les formations médicales, chirurgicales, paramédicales (infirmières, ambulanciers, kinésithérapeutes) et aussi de diététique, de pharmacie⁴ ». La simulation en santé est plus institutionnalisée qu'en France, selon Sylvain Boet, qui affirme que beaucoup d'établissements de formations médicales ou paramédicales possèdent un dispositif ou un programme de simulation intramuros pour une utilisation régulière. Le chercheur et médecin à

³ Morgan Pamela J., Cleave-Hogg Doreen M. *Cost and resource implications of undergraduate simulator-based education*, Can J Anaesth, 2001, in. Granry Jean-Claude, Moll Marie-Christine, *Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*, HAS, Janvier 2012, p. 26

⁴ Boet Sylvain, « Simulation en Amérique du Nord » in. Granry Jean-Claude, Moll Marie-Christine, *Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*, HAS, Janvier 2012, p. 29

l'hôpital et l'université d'Ottawa distingue ce qu'est un centre de simulation, qui est un lieu dédié à l'apprentissage d'une pratique par la mise en situation, d'un programme de simulation qui est un outil pédagogique au sein d'une formation. Au Canada, le premier centre de simulations ouvre en 1995 à Toronto et leur nombre croît lentement avec quelques centres de plus en 1999 et plus d'une soixantaine en 2009⁵. Ce type de dispositif est une plus-value pour les centres de formation en santé qui en bénéficie, selon Sylvain Boet qui affirme que les centres de simulations sont « une vitrine pour la promotion de l'excellence des établissements de soins et de formation⁶ ». Compte tenu du système éducatif en Amérique du Nord, les centres de simulation prennent ici un enjeu économique majeur dans l'attribution des subventions des universités et du recrutement des étudiants et professionnels.

En France, il a été constaté qu'actuellement les formations médicales sont sensibilisées à l'intérêt de la simulation bien que son utilisation reste modérée, le facteur financier et la rareté des centres ou programmes de simulation en France en étant la raison. Le rapport de l'HAS sur la simulation en santé affirme que ce type de dispositif est plus facilement utilisé dans les secteurs à risque (cardiologie, anesthésie, urgences, etc.). Les plateformes dans des locaux dédiés sont rares ou modestes de par leur taille et les effectifs pouvant être accueillis. La simulation synthétique (mannequin, appareils procéduraux) ou chirurgicale est plus largement développée que les autres types de simulation. Les ressources financières et humaines constituent le premier frein en matière de recherche et de réalisation de tels projets. Les dispositifs de simulation sont généralement plus développés par les centres hospitaliers que les instituts de formations. Par ailleurs, le rapport de l'HAS appuie sur le manque de cadre pédagogique autour de ces dispositifs (concernant la mise en œuvre, l'élaboration des objectifs et les méthodes d'évaluation notamment)⁷.

2. Définition de la simulation en santé

Afin de percevoir les contours du projet, il convient donc d'explicitier ce qu'est une simulation en général puis plus spécifiquement en santé. Le terme de « simulation » possède plusieurs acceptions relatives à différents domaines professionnels (informatique,

⁵ Op. Cit. p. 29

⁶ Ibid.

⁷ Granry Jean-Claude, Moll Marie-Christine, *Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*, HAS, Janvier 2012, p. 26

technologique et industriel, militaire, etc.). Le Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale la définit dans le domaine des sciences humaines comme une « méthode, technique permettant de produire de manière explicite (en général formalisée) un processus quelconque⁸ ». Le rapport de mission de la Haute Autorité de Santé définit le processus de simulation en croisant une signification générale et encyclopédique du terme et un compte rendu du 111^{ème} Congrès la Chambre des Représentants aux Etats-Unis concernant la simulation dans le domaine de la santé. Le rapport définit la simulation comme un outil, renvoyant au terme « technique » de la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicale utilisé dans différents domaines d'activité professionnelle et déployant diverses mises en œuvres et procédés, dans un objectif d'entraînement et d'apprentissage pratique pour anticiper une situation réelle. La simulation permet également l'observation et l'évaluation des pratiques professionnelles. La définition du Congrès citée ci-dessus intègre le concept de simulation au domaine de la 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 professionnels⁹.

La reproduction de situation de travail est conçue dans cette définition comme une réflexivité sur la pratique. Dans leur ouvrage *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique* Sylvain Boet, Jean-Claude Granry et Georges Savoldelli, définissent la réflexivité comme une « posture ou capacité de l'individu impliquant une double distance, à la fois un regard sur l'activité en train de se faire (une position « méta ») et un retour sur l'activité réalisée¹⁰ ». On peut considérer l'apprentissage par la simulation comme une observation, une analyse et une évaluation des pratiques professionnelles, convoquant un cadre de référence. Celui-ci est primordial pour fixer les orientations pédagogiques et didactiques, dans lesquelles « l'objectif est de permettre à l'opérateur d'apprendre à reproduire de la façon la plus réaliste et fidèle les

⁸ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « Simulation »

⁹ Chambre des représentants USA, 111th congress, Février 2009, in Op. Cit. p. 14

¹⁰ Boet Sylvain, Granry Jean-Claude, Savoldelli Georges, Dir. *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer, Paris, 2013, p. 26

comportements attendus¹¹ », selon Granry et Moll dans leur rapport à la Haute Autorité de santé. Cette notion de cadre est reprise par Boet, Granry et Savoldelli dans leur ouvrage pour réaffirmer l'objectif didactique du principe de simulation en santé : « La simulation n'est autre qu'un outil pédagogique dont l'utilisation doit s'adosser à un cadre théorique explicite, pour en déduire ses objectifs et ses règles d'utilisation en éducation médicale¹² ». Ainsi, pour ce rapport de recherche, nous définiront la simulation comme un retour sur les pratiques convoquant les termes d'analyse, d'évaluation et de réflexivité, dans un cadre précis et prédéfini : un cadre à la fois concret (concernant le dispositif, la mise en œuvre, les moyens) et théorique comprenant l'orientation didactique voir politique et sociale, compte tenu du contexte.

Outre le domaine médical, nous pouvons noter l'émergence de la simulation dans le domaine paramédical, utilisée notamment dans les formations infirmières. La pratique et les connaissances professionnelles des étudiants infirmiers se construisent à la fois dans un cadre théorique et pratique, à l'école et en stage. L'utilisation d'un dispositif de simulation a la même orientation générale que dans la formation médicale, elle porte une réflexion sur les pratiques, sur l'évaluation les étudiants, et prépare à la confrontation en situation réelle. L'utilisation de dispositif de simulation est également largement utilisée de façon plus institutionnelle dans les domaines de l'aéronautique, la marine marchande ou l'industrie nucléaire par exemple. L'enjeu économique et financier est davantage présent dans ces domaines d'activités, dans lesquels la simulation devient un « facteur de sécurisation des pratiques¹³ », considéré comme un investissement permettant de réduire les risques réels grâce à l'entraînement des ouvriers.

3. Histoire de la simulation en santé

Il convient de revenir sur l'histoire et l'évolution de la simulation en santé, de son émergence à l'état actuel de ce type de dispositif, afin d'en comprendre les enjeux concernant les innovations pédagogiques.

L'Histoire nous donne des exemples de prémices en mise en situation dans un objectif pédagogique. En effet, les premières expériences d'apprentissage par mise en situations

¹¹ Op. Cit. p. 14

¹² Op. Cit. p. 21

¹³ Ibid. p. 26

médiatisée par le jeu remontent à l'antiquité, principalement dans les activités guerrières et de stratégie militaire. Nous pouvons également citer les dispositifs de cibles en bois au Moyen-âge permettant aux chevaliers de s'entraîner aux joutes avant de pouvoir accéder aux tournois ou encore l'utilisation du théâtre ou des jeux de rôle à la Renaissance. Les Collèges Jésuites s'emparent de ces outils pour servir à leurs méthodes d'apprentissage, comme ce que nous appellerions aujourd'hui une médiation éducative ou pédagogique :

Le jeu n'est plus limité à l'activité physique et il envahit même le volet cognitif de la classe de l'époque. Plusieurs activités en classe seront présentées sous forme de combat. Il est proposé d'exploiter à fond l'émulation que les affrontements intellectuels permettent¹⁴.

C'est un exemple de mise en situation intellectuelle et pratique dans les méthodes pédagogiques. C'est au 18^{ème} siècle que le concept d'apprentissage sur un dispositif factice se développe dans le but d'anticiper une situation réelle. Cela part de l'initiative de la sage-femme Angélique Du Coudray, sous le règne de Louis XV, de transmettre ses connaissances à l'aide d'un dispositif pratique : un mannequin. Son action, reconnue d'intérêt public, est soutenue par le roi qui lui donne les moyens nécessaires « pour enseigner à pratiquer l'art des accouchements dans tout le Royaume¹⁵ ». Nous avons là une première vision de la didactique par un outil de simulation. A ce propos, le rapport de l'HAS nous indique qu' « il est estimé qu'environ 4 000 sages-femmes à travers la France ont utilisé ce mannequin, et que la mortalité infantile a montré ensuite une nette diminution¹⁶ ». Depuis le 20^{ème} siècle, l'évolution des dispositifs de simulation se réalise sur deux plans : technique et humain. Ceci aboutira au classement des techniques de simulation en dispositif organique et non organique. Concernant l'aspect technique, les innovations sont essentiellement synthétiques (mannequins et appareil procédural) et électroniques (logiciels). Des outils de plus en plus perfectionnés voient le jour depuis l'utilisation du premier mannequin d'Angélique Du Coudray. L'utilisation des mannequins se pérennise en partie par un mannequin de bois, conçu par une fabricante de jouet, Martha Chase qui donne son nom au mannequin. Il est utilisé par les formations infirmières dès 1911 puis par l'armée américaine. Au fil des années, les

¹⁴ Chamberland Gilles, Provost Guy, *Jeu, simulation et jeu de rôle*, Presse de l'Université du Québec, Québec 1996, p. 13

¹⁵ Nina Rattner Gelbart, *The king's midwife : a history and mystery of Madame du Coudray*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1998, p. 4

¹⁶ Op. Cit. p. 15

mannequins se sont modernisés ainsi que les logiciels et interfaces de simulations, jusqu'à la création de modèles hybrides de mannequins informatisés répondant à un besoin d'entraînement technique. Parmi les innovations du XXème siècle, nous pouvons noter les travaux réalisés sur des sujets humains volontaires du Professeur Peter Safar de l'hôpital de Baltimore. Ce dernier a également travaillé avec l'anesthésiste Bjorn Lind et l'entreprise de jouet Laerdal en 1960 sur le mannequin, Resusci Anne, permettant de pratiquer le bouche-à-bouche et les premiers secours en cas de noyade. Ce sont les premières recherches de simulations hybrides, dans lesquelles les volontaires sont endormis et intubés pour permettre aux étudiants de travailler sur des techniques de réanimation cardio-respiratoires. Le début des années soixante marque le tournant en terme de simulateur informatique grâce à l'invention du mannequin contrôlé par ordinateur *Sim One* des docteurs Stephen Abrahamson et Judson Denson. Le dispositif permet à la fois de réaliser des gestes techniques (intubations, etc.) et de prises de décisions. Les évolutions technologiques de cette époque permettent la programmation plus spécialisée des mannequins. C'est le résultat des travaux du docteur Michael Gordon de l'Université de Miami en 1968, qui attribue à son mannequin, Harvey, des fonctions cardiaques et pulmonaires¹⁷.

Parallèlement, dans les années soixante, se développe le dispositif du patient standardisé et du *care-actor* introduit par Howard Barrows, neurologue et professeur de médecine. Ce dernier s'investi dans le développement et l'innovation de la pédagogie en prenant en compte le facteur humain et relationnel. Ces innovations répondent à un besoin d'apprentissage de la part des futurs professionnels. Nous pouvons nous questionner sur l'évolution de ce besoin qui s'oriente progressivement vers une nécessité de pratiquer en situation de travail.

Sociologiquement, l'évolution de la pédagogie par la simulation est liée à la transformation socio-économique du travail et à l'organisation de celui-ci. D'une part, la médecine voit se déployer de plus en plus de pression et d'évaluation autour des erreurs médicales et de l'efficacité de ses services. C'est ce qu'affirme Betz, Ghuysen et D'Orio, trois médecins des hôpitaux de Liège dans leur article *Simulation en pédagogie médicale, état des lieux* :

¹⁷ Angel Sylvie, Angel Pierre, *Eviter les erreurs médicales grâce à la simulation*, Odile Jacob, Paris, 2016

L'évolution sociétale exige, en matière de soins de santé, un niveau de qualité toujours plus élevé et tolère de moins en moins l'échec, surtout lorsqu'il est la conséquence de l'erreur humaine¹⁸.

La simulation a ici pour objectif d'améliorer l'efficacité des équipes. D'autre part, le travail voit se profiler une évolution dans son contrôle et son évaluation. Afin d'éviter l'enfermement d'une pratique sur elle-même sans remise en question ou démarche réflexive dans l'évolution de celle-ci, voire de mise en lumière de certaines pratiques non conventionnelles (qui renvoie ici plus à un principe de contrôle que d'évaluation), des modalités de contrôle sont mises en œuvre et explicitées. Selon les auteurs de *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, elles induisent

des savoirs de référence à s'approprier ou faire s'approprier ; une mise en activité, ce qui implique un problème à résoudre ; des instruments facilitant la mise en activité et son efficacité¹⁹.

Les auteurs renvoient donc à la fois au cadre et à la forme d'un dispositif (les instruments), l'étayage, la réflexivité et l'évolution des pratiques (les savoirs de références) et l'évaluation des pratiques professionnelles ou des connaissances théoriques. Ces modalités de contrôle renvoient d'une part à la définition de ce qu'est la simulation en formation médicale et à la notion de contrôle des pratiques.

Nous avons établi dans cette partie un aperçu de ce qu'est la simulation pédagogique et plus spécifiquement en santé, à travers un bref historique, afin de tenter de comprendre la raison de son développement. Nous allons nous intéresser désormais aux différentes pratiques constituant l'ensemble de la simulation en santé et leurs modalités d'action (publics, moyens, objectifs, etc.).

4. Typologie et expériences similaires

4.1. *Typologie non exhaustive des techniques de simulation en santé*

Il est important de porter une réflexion globale sur différents types de simulation afin de pouvoir nous situer et analyser notre proposition. Le dispositif CHUI est proche de celui du

¹⁸ Betz Romain, Ghuysen Alexandre, D'Orio Vincenzo, *Simulation en pédagogie médicale : état des lieux*, Revue médicale de Liège, N°69, pp. 132-138, Belgique, 2014, p. 137

¹⁹ Op. Cit, p. 27

patient standardisé. Dans le champ de la simulation pédagogique de multiples dispositifs se déploient, utilisant des moyens et objectifs différents.

Les différentes techniques de simulation en santé sont regroupées sous deux groupes généraux : organiques et non organiques. La simulation organique se réalise sur des sujets animaux ou humains (cadavres ou être vivants). La simulation non organique comprend les dispositifs synthétiques (mannequin et pratique procédurale sur un appareil adapté) et électroniques (réalité virtuelle et interface informatique). La prise en compte de l'environnement constitue le cadre pratique et théorique du dispositif. Au sein d'un programme de simulation immersif, l'environnement tient compte des notions d'imprévu et d'adaptation de la pratique. La simulation en environnement adapté dans le processus d'immersion inclut le dispositif synthétique, l'interface à réalité virtuelle et la pratique avec un être vivant.

Les dispositifs non organiques sont les plus nombreux et utilisés dans les centres ou programmes de simulations en France et à l'international. La simulation procédurale permet une répétition des gestes techniques appartenant à une procédure sur une partie de mannequin ou un appareil adapté à cette procédure tels que des peaux synthétiques pour des sutures ou perfusions. Ce sont des simulations dites à « basse fidélité » de par leur aspect peu réaliste. Les simulateurs « haute-fidélité » utilisent des mannequins à taille réelle et des mises en scènes réalistes. Certains mannequins peuvent être contrôlés par informatique et réagir selon des scénarii préétablis. L'environnement est pris en compte dans ce type de dispositif et met souvent en scène un bloc opératoire ou salle de réanimation, c'est donc un dispositif immersif. Il existe également des simulateurs tactiles chirurgicaux axés principalement sur la réalisation de gestes techniques dans lesquelles le rapport œil-main est coupé (endoscopie ou cœlioscopie par exemple). Ces simulateurs, peu coûteux, ne sont pas réalistes. Ils visent une compétence spécifique.

Du côté des simulateurs électroniques, l'interface informatique proposant comme outil interactif la réalité virtuelle permet de lier plusieurs composantes dans les apprentissages médicaux : la gestion technique d'appareils électroniques sans risques réels (rayon X par exemple) et la prise de décision après l'analyse de données biologiques ou médicales sans prise de risque pour un patient tout en évaluant le résultat. C'est un dispositif efficace en termes de résultats pédagogiques mais très spécialisé.

La reproduction d'un environnement en trois dimensions permet d'avoir une diversité de

situations et d'interactions entre l'environnement virtuel et le sujet se prêtant à la simulation. Il correspond aux objectifs du *e-learning* et de l'apprentissage à distance, censé réduire les coûts de moyens humains. Cependant le coût de ce type de logiciel est très élevé. C'est un dispositif axé sur les gestes techniques, laissant le facteur humain de côté.

Certaines simulations croisent les dispositifs organiques et non organiques. L'objectif est de s'entraîner dans des actes techniques sur des parties non-humaines donc sans risque, tout en étant immergé dans un environnement réel et concret, dans lequel le patient réagit. Ces simulations hybrides tentent de combiner analyse de la technique et capacité relationnelle. Il existe également des simulations mettant le professionnel en condition de grand âge ou handicapé à l'aide de prothèses lestées ou de dispositifs altérant les sens. L'objectif est axé sur la relation entre professionnels et patients ou usagers. Ce type de simulation est souvent employé par les formations en travail social.

Parmi les dispositifs organiques, nous retrouvons tant les entraînements sur des cadavres dans l'objectif de répéter des actes techniques que le concept de patient standardisé. Le dispositif prend la forme d'une reconstitution de consultation médicale entre un professionnel ou étudiant, et un patient ou un acteur qui suivent un scénario et jouent un rôle défini en amont. Les auteurs de l'ouvrage *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique* définissent le patient simulé ainsi :

Le patient standardisé est une personne bien portante qui a été spécialement formée pour simuler l'histoire d'un vrai patient et pour reproduire systématiquement les signes cliniques, la personnalité, le langage corporel et les réactions émotionnelles qui auront été préalablement définis dans un scénario. [...]. Ils doivent simuler le cas exactement de la même façon et répondre aux questions des apprenants de façon identique et reproductible, et en général sans faire référence à leur histoire personnelle²⁰.

Le patient standardisé diffère du concept de patient simulé qui peut être malade ou non, mais qui utilise son histoire personnelle lors des consultations pour alimenter la relation. L'objectif principal du patient standardisé est de développer les compétences relationnelles et communicationnelles des médecins, soignants ou étudiants. Nous nous intéressons dans ce rapport de recherche plus particulièrement au dispositif du patient standardisé au sein de la

²⁰ Op. Cit. p. 54

simulation organique. Ce type de dispositif a été pensé et mis au point par Howard Barrows. Il développe dans les années soixante-dix le programme *problem-based learning*, dans lequel les étudiants se regroupent autour d'un sujet, un « problème » pour s'exercer à la communication, au travail en équipe et à la collaboration tout en échangeant des connaissances théoriques. Nous sortons ici des simulations synthétiques et électroniques pour nous axer sur les compétences relationnelles. C'est un type de simulation qui demande peu de moyens ou ressources extérieures. Il travaille au début des années 60 sur un programme de simulation de consultation, qui devient lors de la publication de ses recherches en 1963 le dispositif du patient standardisé.

À l'origine, de réels patients présentaient leurs propres maladies en simulation de consultation. Cependant Barrows travaille rapidement avec un scénario prédéfini contenant une pathologie, un contexte de vie pour le patient, une émotion et un sentiment dominant lors de la consultation. Le patient standardisé comme l'a défini Barrows laisse peu de marge à l'improvisation tant le scénario est précis, mais aussi en raison de ses compétences limitées en matière de jeu. Ses expérimentations l'amènent à développer ce qu'il appelle le *care-actor*²¹, des acteurs agissant dans le domaine de la santé, littéralement, des « acteurs de soin », pouvant offrir un plus large panel de situations. Le scénario possède également des objectifs pédagogiques précis pour chaque situation. Une collaboration entre les étudiants et les professeurs est mise en place, dans laquelle les étudiants font part de leurs difficultés relationnelles sur le terrain pour les travailler en séance de simulation.

Barrow repère quelques écueils cependant dans son dispositif. En effet, il n'y a pas de preuves scientifiques de l'efficacité de ce dispositif, pas de système d'évaluation des acteurs qui prouvent leur efficacité. Les séances de simulation et la qualité du programme dépendent de la qualité du jeu d'acteur donc de ses compétences professionnelles. Par ailleurs la question de leur entraînement et de leur statut est posée, car l'apprentissage d'une pratique bien spécialisée et le cadre juridique et légal les statuant comme salariés sont des facteurs trop onéreux. Toutefois, Barrows s'appuie sur les bénéfices qu'apporte l'utilisation du *care-actor*. En effet, ses compétences permettent de travailler un plus large éventail de situation grâce à l'improvisation. L'envie ou le besoin de travailler une compétence ou une difficulté particulière peut venir des étudiants et des acteurs l'adaptent plus facilement. Ces derniers collaborent dans la réflexion et l'écriture des scénarii. C'est un dispositif entièrement basé sur

²¹ Kasper Ilene K., Hardee James T., *From Standardized Patient to Care Actor: Evolution of a Teaching Methodology*, The permanent Journal, PubMed Central, National Center for Biotechnology Information, 2005

la relation. Le modèle mis au point par Barrows comprend plusieurs étapes dans un cadre précis. En premier lieu, les situations et scénarii sont préparés en amont, comprenant des compétences relationnelles et de connaissances théoriques à travailler par les étudiants. Les acteurs se préparent en particulier à la compréhension du scénario, à transmettre et à jouer l'émotion visée et à l'objectif relationnel ou communicationnel en jeu dans la situation. Concernant les compétences (par exemple l'empathie, l'annonce d'un diagnostic grave, etc.), celle qui est travaillée est définie très clairement pour l'étudiant et l'acteur au début de la séance, et un débriefing est réalisé à la fin afin d'analyser les comportements et ressentis de chacun, ainsi que d'évaluer le travail réalisé. Plusieurs formes d'évaluations orales sont mises en place à la fin de la séance : auto-évaluation de l'étudiant, retour de l'acteur sur l'action de l'étudiant, retour du groupe d'observation et du professeur sur la séance. Un groupe d'observation, pouvant être constitué d'autres étudiants, de professeurs et d'acteurs analyse les comportements, interactions et la communication verbale et non-verbale des protagonistes. Les étapes sont donc celles de la préparation, la réalisation et l'évaluation.

4.2. Expériences similaires à celle réalisée à l'Université Grenoble Alpes en 2016

Il paraît important de s'intéresser aux autres dispositifs existants afin de comprendre leurs choix pédagogiques et d'organisations, les objectifs et moyens mis en œuvre afin de comparer et analyser les similitudes et différences avec le dispositif CHUI. Parmi les dispositifs de simulation en consultation médicale suivant le modèle de Barrows, j'ai décidé d'en détailler deux : celle du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, et celle du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

Au CHU d'Angers, le programme est une initiative de José Hureaux, responsable pédagogique du programme Anons (Annonce en Oncologie par la Simulation). Le dispositif « répond à un besoin de formation²² » en raison d'un « manque de formation pratique délivrée aux soignants lors de leur formation initiale et lors de leur formation continue pour gérer les situations complexes en matière de communication²³ ». Le programme est exclusivement proposé en oncologie, dans l'objectif précis de former à l'annonce de diagnostics difficiles, dans lesquels il est nécessaire d'aborder ce qui concerne la fin de vie et la mort. Les services

²² Hureaux José, Haute Autorité de Santé, *DPC & Pratiques, Spécial « simulation »*, N°75, « Entretien avec ... Dr. José Hureaux », 4 juin 2013

²³ Ibid.

d'Oncologie bénéficiaient déjà d'un programme ayant pour mission d'accompagner et de former les médecins à l'annonce de cancers, mis en place par les centres de coordination en cancérologie. Cependant cet accompagnement était peu développé, peu interactif et réaliste. José Hureaux met donc en place un dispositif de patient standardisé pour répondre aux besoins pédagogiques, à l'aide d'acteurs amateurs et professionnels de la compagnie « Tréteauscope » agissant au sein du CHU d'Angers. La compagnie, constituée de professionnels de la santé, a pour mission de proposer une ouverture culturelle, une pratique du théâtre au sein de l'hôpital, et s'investit également dans des projets en collaboration avec les pôles de soin mettant le théâtre au service d'un objectif particulier, comme ici la simulation de consultation. Le dispositif fait appel à une dizaine d'acteurs rémunérés à la séance.

Les scénarii sont élaborés en amont par un médecin et un psychologue. Ils sont constitués d'un contenu médical et une directive de jeu d'acteur. Cette méthode ne laisse pas de place à l'improvisation de la part de l'acteur, ce que José Hureaux argumente par la nécessité de rester proche d'une situation d'annonce réelle : « nous avons constaté que pour que le jeu des acteurs puisse devenir un « matériel pédagogique », il fallait qu'ils sachent exactement quoi faire et à quel moment le faire²⁴ ». Les acteurs sont préparés à l'avance à partir d'un texte et de directives de jeu. Chaque séance comporte deux ou trois acteurs : le patient et l'accompagnateur, conjoint, ami ou famille. La séance de simulation est composée de trois étapes pour une durée de deux heures environ, comprenant briefing, mises-en œuvre et débriefing. Les objectifs principaux relèvent à la fois de connaissances théoriques (connaître les mesures du plan cancer concernant l'annonce de diagnostic ; connaître et comprendre les mécanismes psychologiques traversés par le patient et par l'annonceur dans ce type de situation) et s'appliquent également sur le plan relationnel (communication, notion d'empathie). Les limites et difficultés rencontrées dans ce type de dispositifs sont multiples cependant. Hureaux évoque le risque de la part de l'étudiant ou de l'acteur de projection de son histoire personnelle dans une situation de jeu. En termes de perspective, il est souhaité que le dispositif soit proposé en interdisciplinarité, proposé aux étudiants et aux professionnels. De plus, il serait intéressant selon Hureaux d'étendre le projet à d'autres types de consultation, comme l'annonce d'un dommage corporel associé aux soins ou l'annonce d'une erreur médicale.

²⁴ Op. Cit.

Au sein du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un dispositif de consultation médicale à l'aide de patients standardisés est utilisé en cardiologie. Pierre Laramée, cardiologue au CHUM et Martine Pype-Rondeau, comédienne, travaillent collaboration dans ce projet pour développer l'apprentissage de la relation entre médecins et patients, dans l'objectif de sensibiliser les étudiants à l'empathie, la communication et la relation. Pierre Laramée dans le cadre d'une émission radiophonique concernant leur projet de simulation de consultation médicale, affirme que

D'habitude, on ne va pas dans l'émotion, on essaie de tourner autour de la science quand on veut faire apprendre quelque chose, mais parfois, on utilise le débriefage pour aider [les étudiants] à vivre des situations qu'ils sont à même de vivre un jour²⁵.

Les porteurs du projet dépeignent une forme de dispositif particulière qui est basée essentiellement sur les émotions et les ressentis des apprenants, qui apporte une dimension émotive sur laquelle l'acteur peut jouer et qui permet de déclencher également des émotions et des réactions chez l'étudiant. Le CHUM possède un centre de simulation contenant plusieurs salles différentes et adaptées en fonction des spécialités (technique chirurgicales, accouchement, cardiologie, etc.) à l'aide d'équipement de haute qualité et et d'une équipe dédiée au projet. A l'opposé du mannequin, le patient ou le proche joué par un comédien humanise la situation et incarne l'émotion parfois jusqu'à créer une situation de détresse dans le jeu. La part d'improvisation est importante pour cette forme de dispositif. En effet, s'écartant du concept de patient simulé, Martine Pype-Rondeau joue souvent un membre de la famille du patient et pousse rapidement à la situation de crise. Les canevas des improvisations consistent à définir des « grandes lignes » ou des phrases clés de la situation médicale. Un patient standardisé posséderait un canevas beaucoup plus complexe et technique selon Laramée, tandis que le jeu d'un proche vivant la maladie de l'extérieur fait appel à des émotions différentes de celles du patient, pour un jeu plus fluide selon lui. Ainsi axé sur le ressenti et l'analyse des émotions, le dispositif porte un intérêt particulier au débriefing qui devient un espace d'analyse des pratiques et des émotions. La comédienne est présente pendant les temps de paroles post-simulation, et partage les impressions des étudiants sur la nature des interactions au travers d'une analyse et d'une déconstruction des enjeux

²⁵ Radio Canada, *Audio fil du mercredi 16 décembre 2015*, Perrin Catherine, « Médium Large », avec Laramée Pierre, Pype-Rondeau Martine

psychologiques.

Le CHU d'Angers possède un dispositif dans lequel une compagnie constituée de professionnels de la santé, sensibilisés aux questions soulevées par le dispositif concernant la relation soignant-soignés, jouent les patients standardisés avec une perception orientée en amont par leur culture professionnelle. L'intérêt de ce type de pratique réside dans la réflexivité intra professionnelle portée sur la relation entre personnel soignant et patients. Les acteurs discernent probablement rapidement les contours des canevas, adaptent les directives de jeu en lien avec leur expérience professionnelle. Le dispositif peut s'approcher de la réalité grâce à la grande connaissance du champ disciplinaire des acteurs. Nous pouvons cependant imaginer comme limite le manque de transversalité entre les disciplines, ouvrant à un champ plus large de réflexion, de points de vue extérieurs ou « naïfs » sur la question. En outre, le CHUM travaille en collaboration avec des comédiens professionnels qui apportent leurs compétences acquises dans le domaine du jeu, au service de la formation des médecins. Nous pouvons voir ici une forme de prestation de service, avec une professionnalisation des comédiens-patients standardisés. Les comédiens s'adaptent facilement et rapidement à la situation présentée en raison de leur expérience en improvisation. Le dispositif ne propose pas de séances de consultations médicales, mais est axé principalement sur la réaction d'un patient ou d'un tiers après l'annonce d'un diagnostic « difficile ».

Ainsi, chaque centre de simulation utilisant le procédé de patient standardisé élabore sa méthodologie et ses objectifs, à destination d'un public choisi. La similitude entre ces dispositifs et le CHUI concerne l'utilisation de l'improvisation couplée à l'élaboration d'un canevas. Le dispositif du patient standardisé utilise spécifiquement l'improvisation théâtrale dans ses modalités. En effet, la relation entre soignants et soignés est basée sur l'imprévu (psychologique, émotionnel, de situation, etc.). L'improvisation apporte cette part d'imprévu et d'affect, poussant l'apprenant à adapter son comportement et travailler la relation, la communication et l'écoute face au patient. Bien que les modalités de la pratique de l'improvisation puissent varier, l'utilisation de cet outil est incontournable dans une simulation de patients standardisés. Nous allons donc nous intéresser désormais à cette pratique théâtrale afin de percevoir les contours généraux de sa théorisation, de son origine ainsi que des différentes utilisations de cette technique de jeu.

II. Vision globale du théâtre d'improvisation

A travers les différentes réflexions et théorisations convoquées au sein de cette partie, nous verrons quelles sont les principes et les composantes constituant le théâtre d'improvisation. Nous établirons par ailleurs un lien avec la pratique du théâtre mise en œuvre dans le projet, afin d'étudier comment celle-ci s'inscrit dans la théorisation de l'improvisation. Ceci nous servira de base par la suite pour en comprendre ses mécanismes et ses enjeux lors de sa mise en pratique dans le dispositif.

1. Définition de l'improvisation théâtrale

Les définitions explicitées ci-dessous croisent différentes notions et pratiques relatives au concept d'improvisation. Cette réflexion est fondée sur les travaux de plusieurs auteurs, concernant la théorisation du concept, la réflexion sur la pratique du jeu et de la formation. Nous allons aborder les notions de technique de jeu, d'entraînement, d'imprévu et d'adaptation, de relation, et de médiation pédagogique.

L'état de la recherche actuelle concernant l'improvisation est essentiellement axé sur la pratique pour l'acteur (exercices, entraînement) ou la pratique à des fins pédagogiques ou médiatrices et plus spécifiquement scolaires ou dans le soin. En effet, plusieurs auteurs référencient la pratique de l'improvisation dirigée vers la formation de l'acteur au moyen de séries d'exercices. Patrick Pézin, dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, lie pratique et théorisation des exercices en explicitant leurs objectifs, les compétences travaillées et les origines bibliographiques et théoriques provenant généralement de Stanislavski, Barba ou encore Chekhov. Christophe Tourner dans son *Manuel d'improvisation théâtrale* s'adresse à un public varié, de l'amateur au professionnel. Il explique ainsi les principes de l'improvisation et propose des séries d'exercices. Par ailleurs, concernant la codification de la pratique de l'improvisation, Robert Gravel, fondateur du principe de match, dans *Impro 1, Réflexion et Analyse* mène une réflexion sur la conception des matchs d'improvisation, la théorisation et l'idéologie théâtrale de cette pratique spécifique. Il développe plus en détail les modalités de pratique et d'entraînement dans le second ouvrage dédié au développement du concept, *Impro 2, Exercices et Analyse*.

Concernant les pratiques médiatrices, nous trouvons d'une part l'utilisation de l'improvisation en milieu ordinaire scolaire ou en entreprise, et à des fins plus thérapeutiques, en direction d'un public spécialisé (éducation spécialisée, soin ou psychiatrie par exemple).

Ces pratiques ont été théorisées par des professionnels ou chercheurs spécialisés dans différents champs d'intervention et menant une réflexion interdisciplinaire (le psychodrame par exemple).

Anthony Frost et Ralph Yarrow auteurs de l'ouvrage *Improvisation in Drama, Theatre and Performance : History, Practice, Theory* ne considèrent pas seulement l'improvisation comme une technique de jeu mais comme un processus dynamique et sensible, voir organique, s'inscrivant dans une démarche intellectuelle et corporelle d'incorporation du principe.

L'improvisation n'est pas seulement un style ou une technique de jeu ; c'est un principe dynamique qui se déploie dans de nombreuses sphères différentes, une manière indépendante et transformatrice d'être, de savoir et de faire²⁶

Les auteurs insistent sur l'idée d'incorporation du principe par l'utilisation du concept de *transformation* intrinsèque intellectuelle et corporelle (l'être, le faire et le savoir). Ils évoquent par ailleurs les différents contextes ou milieux dans lesquels l'improvisation se déploie, convoquant des compétences, réflexions et pratiques différentes. C'est ce que le principe que nous retrouverons lorsque nous évoquerons les différentes formes de pratiques de l'improvisation appliquées à des champs disciplinaires variés.

La pratique de l'improvisation à la fois dans son concept de transformation de l'être, des savoirs et de l'action ainsi que dans les différents contextes dans lesquels elle se déploie nous mène à considérer la notion de relation. En effet, le travail effectué par une personne en improvisation se développe en relation avec un public, un partenaire ou un support (texte, canevas, situation, imagination). Patrick Pézin dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs* développe la question de la relation : « l'improvisation est une phase où l'acteur va à la rencontre de l'inconnu pour y trouver un matériel nouveau et acquérir une certaine attitude envers les situations qui surgissent²⁷ ». Il évoque les notions d'entrée en relation et de

²⁶ Frost Anthony, Yarrow Ralph, *Improvisation in Drama, Theatre and Performance: History, Practice, Theory*, Palgrave, Macmillan education, third edition, London, 2016, p. 2

texte original : « improvisation is not just a style or an acting technique ; it is a dynamic principle operating in many different spheres, an independent and transformative way of being, knowing and doing »

²⁷ Pézin Patrick, *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, Coll. La voie de l'acteur, L'Entretemps, 3^{ème} édition, Montpellier, 2012, p. 291

construction d'une relation dans un contexte avec un partenaire. Un écart peut exister entre la représentation, la projection de l'objet ou du sujet inconnu au sein d'une situation. Un réajustement du comportement et de la conception de la relation est alors parfois nécessaire pour maintenir la cohérence de la relation, que Ryngaert explicite par l'acquisition d'une attitude adaptée en fonction de la situation.

Concernant les notions d'imprévu et d'adaptation, il convient en premier lieu de revenir sur la définition de Pavis dans le *Dictionnaire du Théâtre* : « L'improvisation, c'est la technique de l'acteur qui joue quelque chose d'imprévu, non préparé à l'avance et inventé dans le feu de l'action²⁸ ». L'auteur met l'accent sur l'imprévu du jeu de l'acteur qui s'adapte à la demande, à la situation ou au partenaire, en fonction du contexte. Ryngaert dans son ouvrage *Jouer, représenter*, « pratiques dramatiques et formation », se réfère à l'article « L'envers du théâtre » dans la *Revue d'Esthétique* pour aborder la notion d'imprévu au sein du jeu.

Composer, exécuter ou faire dans l'instant, dans l'immédiat, quelque chose d'imprévu, de non préparé, étant bien entendu que cette absence même de préparation peut être elle-même préparée, préméditée, et que la marge de variation possible peut, et comme nous le dirons, dit-elle même être programmée relativement à un canevas plus ou moins précis comme on le voit dans la *commedia dell'arte*²⁹

Ici, l'improvisation est un mécanisme permettant de s'adapter sans préparation strictement cadrée et anticipée face à une situation encline aux changements et à l'imprévu. La pratique et la conception de l'improvisation dépendent du cadre prédéfini comme l'utilisation de canevas ou autre support qui orientent les techniques utilisées ainsi que les objectifs de son utilisation. Par ailleurs, la notion d'imprévu existe à la fois dans la recherche, la création esthétique et théâtrale, ainsi que dans la relation de l'improvisateur au monde (support, public, partenaire).

Patrick Pézin conçoit l'improvisation comme une recherche d'une application rigoureuse de la pratique qui favorise la spontanéité et les possibilités de réponse et de jeu face à tout type de situation : « L'improvisation n'est pas une fin en soi et elle ne justifiera son utilité que par la recherche d'une rigueur. Une rigueur qui permettra de structurer la spontanéité première et de traiter le matériel obtenu de toutes les manières possibles³⁰ » La

²⁸ Pavis Patrice, *Dictionnaire du Théâtre*, « improvisation », Dunod, Paris, 1996, p. 171

²⁹ « L'envers du théâtre », *Revue d'Esthétique*, 1977 1-2, in Ryngaert Jean-Pierre, *Jouer, représenter*, « pratiques dramatiques et formation », Armand Colin, Paris, 2010, Coll. Lettres Sup, p. 26

³⁰ Op. Cit. p. 291

rigueur permet au partenaire de saisir la proposition de jeu, de pouvoir s'adapter pour entrer dans la situation de façon cohérente. Au sein du dispositif CHUI, ce principe de rigueur a mené les comédiens à respecter les modalités de jeu tout en étant libre de leurs choix d'improvisation. Elle les a poussés également à être cohérents et à tenir leur personnage face aux étudiants en médecine. Pézin cite par ailleurs Copeau afin d'appuyer son propos : « l'improvisation est une éducation de l'instinct³¹ ». L'instinct permet au comédien de s'adapter aux situations de jeu tout en restant cohérents, attentifs aux détails, réactifs et spontanés. La formation de l'acteur basée sur la pratique de l'improvisation constitue la rigueur, l'éducation de l'instinct et la réactivité.

La pratique de l'improvisation du dispositif CHUI s'est inscrite à la fois au sein des champs pédagogiques et de l'entraînement et la formation de l'acteur. En effet, la pratique de l'improvisation a pu être considérée dans ce cas comme médiatrice et pédagogique. L'imitation d'une situation à travers le jeu permet d'aborder l'apprentissage par la pratique puis dans un second temps par la réflexion et l'analyse de cette pratique. À ce propos, Aristote dans le chapitre quatre de *La Poétique* établit une corrélation entre l'imitation, l'apprentissage et la poésie. En effet, il définit la poésie comme la reproduction, l'imitation d'une observation. Il indique également que l'imitation est le mode d'apprentissage instinctif de l'enfant. Selon le philosophe, « le fait d'imiter est inhérent à la nature humaine dès l'enfance ; [...] les premières connaissances qu'il acquiert, il les doit à l'imitation, et tout le monde goûte les imitations³² ». La poésie est construite par l'imitation du réel et développe donc une dimension réflexive et pédagogique selon Aristote: « si l'on se plaît à voir des représentations d'objets, c'est qu'il arrive que cette contemplation nous instruit et nous fait raisonner sur la nature de chaque chose³³ ». Cette dimension réflexive peut être considérée comme source d'apprentissage. L'imitation d'une situation réelle aux travers d'une pratique artistique peut définir le principe de la simulation pédagogique. En effet, la mise en situation inspirée d'observations permet aux étudiants de développer une réflexion quant aux compétences travaillées et à leur pratique professionnelle. Anne Ubersfeld dans *Les termes clés de l'analyse du théâtre*, développe une conception pédagogique de l'improvisation et définit la

³¹ Copeau Jacques in, Pézin Patrick, *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, Coll. La voie de l'acteur, L'Entretemps, 3^{ème} édition, Montpellier, 2012, p. 291

³² Pellegrin Pierre (dir.), *Aristote : Œuvres complètes*, « La poétique », Editions Flammarion, 2014, p. 2798, II.

³³ Ibid. p. 2798, V

pratique comme un support à la formation de l'acteur. Pour elle, l'improvisation est une technique permettant de stimuler l'imagination, le jeu, les compétences d'adaptation et de réactivité des comédiens face à l'imprévu :

Technique pédagogique pour l'apprenti comédien ou préparation à une mise en scène, l'improvisation apprend à inventer des jeux de scène et des paroles, soit libres, soit à partir d'un canevas, qui devront illustrer une situation... L'improvisation contemporaine vise à exalter les possibilités de l'invention créatrice des comédiens. Dans la préparation à la représentation, l'improvisation sert d'abord à discerner les diverses possibilités de jeux à partir d'un texte que l'on va représenter, ou à *former* les comédiens à répondre aux *situations imprévues* en relation avec l'aléatoire des représentations³⁴.

Ainsi, Ubersfeld évoque à la fois l'improvisation comme méthode de formation du comédien et comme moteur de création. Pour elle la formation par l'improvisation permet de travailler l'imprévu et l'adaptation du jeu et des réactions du comédien.

Le concept d'improvisation possède de multiples définitions convoquant plusieurs notions différentes. Les plus récurrentes sont celles de la relation au partenaire et au public, l'adaptation à la situation et la pratique du jeu à des fins pédagogiques. Les définitions diffèrent en fonction des pratiques, des objectifs et des contextes. Il paraît important de se pencher sur la question de l'histoire de l'improvisation, afin de comprendre son utilisation actuelle et diversifiée.

2. Origine et évolution

Les questions de création (jeu, corps, texte, etc.) et de médiation (artistique, thérapeutique, etc.) liées à l'improvisation évoluent en fonction des idéologies et des époques. Afin de saisir les enjeux de la forme actuelle de la pratique de l'improvisation, il convient de revenir sur son origine et son évolution.

L'improvisation prend ses sources des *atellanes* romaines que Roxane Gagnon dans son article, « L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement » définit comme de « courtes pièces improvisées introduites à Rome au milieu

³⁴ Ubersfeld Anne, *Les termes clés de l'analyse du théâtre*, éditions du Seuil, 1996, p. 48

du 3^e av. J.-C³⁵ ». Jouant avec les codes de la comédie nouvelle grecque (masque, costume, construction) les *atellanes* mènent à l'élaboration de la *Commedia dell'arte*, de ses personnages spécifiques et des canevas. C'est une forme de théâtre fondé sur le jeu et non sur le texte, axé sur la construction de farces populaires. Au 16^{ème} siècle en Italie, le développement de cette pratique en partie improvisée allie bouffonnerie au romanesque en associant personnages de la *Commedia dell'arte*, canevas, réaction du public, et événements locaux et sociaux. L'influence de ces farces improvisées s'étend aux travers de l'Europe et certains auteurs tel que Molière s'en saisissent dans leur écriture et travail de jeu et de mise en scène. Concernant l'écriture théâtrale, Gustave Attinger, auteur de *L'esprit de la Commedia dell'arte dans le théâtre français*, affirme que Molière est « sans doute le premier des écrivains français à l'avoir comprise par la base, c'est-à-dire à partir du jeu³⁶ ». Ces types d'écritures et de jeux se démarquent de la tradition poétique de l'antiquité ou des mouvements baroques et classiques dans lesquels le texte, la dramaturgie et la diction supplantent le jeu. Le déclin de la *Commedia dell'arte* entraîne l'abandon progressif de la pratique de l'improvisation. Toutefois, diverses formes scéniques mineures telles les théâtres de la Foire du 18^{ème} siècle ou les féeries et pantomimes l'intégraient encore au sein de leur pratique. Le 19^{ème} siècle voit une importante revalorisation de l'improvisation théâtrale avec les travaux de Stanislavski sur le jeu de l'acteur qui en fait un fondement pédagogique dans le métier d'acteur. La pratique de l'improvisation est axée sur le ressenti et l'expression du corps et est considérée comme processus et dynamique de création. Roxane Gagnon rappelle que l'improvisation est perçue comme un moteur de création employant le concept d'introspection physique et psychique au service du jeu :

Dans la formation de l'acteur, l'improvisation théâtrale, en plus d'être un outil de création, sert l'exploration par le corps pour affiner le langage du geste et la mise en espace, elle vise aussi l'introspection et la sollicitation de la mémoire émotionnelle³⁷ .

Au sujet de la formation de l'acteur, Frost Anthony, Yarrow Ralph, lient la pratique de l'improvisation à « la tradition (stanislavskienne) de la préparation du « personnage » ou en

³⁵ Gagnon Roxane, « L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement », *Revue suisse des sciences de l'éducation*, n°33, 2011

³⁶ Attinger Gustave, *L'esprit de la Commedia dell'arte dans le théâtre français*, Editions de La Baconnière, Neuchâtel, 1950, p. 9

³⁷ Op. Cit.

d'autres termes, comme une méthode de formation de l'acteur à projeter la « réalité » du personnage³⁸ ». Cette utilisation perçoit l'improvisation comme un outil permettant de travailler les états psychiques et physique en développant les compétences d'imagination. Ce type de pratique se déploie aux travers de plusieurs pays et méthodes de formation de l'acteur. Le travail sur le corps, l'expression des ressentis et la mémoire émotionnelle et sensorielle est repris notamment par Elia Kazan en 1947 lors de la création de l'actor studio aux Etats-Unis. Par la suite, l'*anti-tradition*, ainsi nommée par Frost et Yarrow, constitue le mouvement questionnant la place de l'improvisation dans la création théâtrale. Ryngaert dans *Jouer, représenter* affirme qu'à la fin des années soixante, l'improvisation devient un « instrument de rénovation attendue d'un théâtre considéré comme trop académique³⁹ ». En effet l'improvisation fait appel à des procédés d'imagination, de travail du corps et de libre expression qui vont à l'encontre de la suprématie des metteurs en scène et du texte, de ce que Ryngaert appelle la « dictature⁴⁰ » du texte, terme emprunté à d'autres théoriciens comme Artaud. Le processus de création et la forme classique de la représentation sont bouleversés par les remises en question de la relation comédien-spectateur, le travail corporel et des émotions et le changement de perception de cette forme d'art, devenant forme exploratoire, d'expérimentation du théâtre. Cette dynamique exploratoire est évoquée par Artaud dans *Le Théâtre et son double*. Il propose « d'abandonner les chefs d'œuvre⁴¹ » et de revenir à une forme théâtrale d'expression brute de l'inconscient. Ces propos sont appuyés par le comédien, formateur et médiateur culturel Christophe Nançoz dans son ouvrage *Im-Pro-Visée, analyse de l'outil improvisation théâtrale* : « l'atelier d'improvisations théâtrales est un lieu d'expérimentation, un laboratoire. C'est un lieu, un espace consacré à la fabrication, à l'élaboration et à la création⁴² ». Pour lui, l'atelier se distingue du match d'improvisation, élaboré dans les années soixante-dix par Robert Gravel et Yvon Leduc au Québec dans lequel les participants sont à la fois spectateurs et improvisateurs et où la forme est codifiée avec pour objectif premier la représentation de l'improvisation. Nous reviendrons sur la

³⁸ Op. Cit. p. 3

Texte original: « We can place this in the (Stanislavskian) tradition of « character » preparation, or, to put it another way, as a method of schooling the actor to project the « reality » of the character »

³⁹ Op. Cit. p. 38

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Artaud Antonin, *Le théâtre et son double*, Gallimard, col. Folio essais, 1964, Saint-Amand, p. 115

⁴² Nançoz, Christophe, *Im-Pro-Visée, analyse de l'outil improvisation théâtrale*, Éditions à la Carte, Sierre, 2015. p. 126

popularisation de la pratique de l'improvisation et la création du concept de matchs par la suite.

3. Pratiques de l'improvisation appliquées à un champ disciplinaire

Nous avons évoqué l'évolution du théâtre d'improvisation à travers la création, les formes théâtrales et la formation de l'acteur. Cependant, l'improvisation peut être appliquée à de nombreux champs disciplinaires, déployant diverses modalités d'actions et objectifs en fonction du contexte. L'adaptabilité de cette forme théâtrale en fait une pratique largement utilisée dans tout type de domaine. Nous allons également voir en quoi les notions évoquées dans les définitions sont présentes dans les pratiques que nous allons aborder, au service d'objectifs divers et quelles sont les similitudes et les différences avec la pratique de l'improvisation telle qu'elle a été mise en œuvre dans le dispositif CHUI. Nous allons donc examiner différentes pratiques de l'improvisation exercée dans des divers contextes : pédagogique, thérapeutique, entreprise, représentations et matchs ou dans une démarche réflexive sociale par exemple comme le théâtre forum.

En pédagogie

Du côté pédagogique, nous trouvons les recherches de Christiane Page, maîtresse de conférences en arts du spectacle relatives aux ateliers de jeu dramatique. Ce type d'atelier engage l'enfant dans des apprentissages scolaires et sociaux. Christiane Page définit l'atelier d'improvisation en ces termes :

Jeu collectif, qui consiste à inventer à plusieurs une fiction en élaborant le canevas d'une action dramatique, puis à jouer cette fiction sous couvert de personnages, et ensuite à parler, échanger et réfléchir autour de l'expérience vécue dans le jeu.⁴³

La saynète est structurée mais l'enfant détient une liberté de jeu et d'interprétation du canevas, proche de l'improvisation et influencée par la perception qu'a l'enfant de la situation abordée. Christiane Page évoque par ailleurs le processus réflexif inhérent à ce travail de jeu, proche d'une analyse de la pratique, questionnant comment et pourquoi l'action s'est-elle déroulée ainsi lors du jeu. L'analyse de la situation jouée telle que la décrit l'auteure est

⁴³ Page Christiane, *Eduquer par le jeu dramatique, pratique théâtrale et éducation*, Coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF Editeur, 3^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, 2006, p. 17

proche du bilan, phase réflexive du dispositif, induisant un retour intellectuel, psychologique et verbal sur les ressentis, la perception de la situation jouée et la pratique.

Dans le champ thérapeutique

La pratique courante est celle du psychodrame qui est née d'une hésitation entre le théâtre et la psychothérapie. Jacob Levy Moreno, médecin et philosophe du 20^{ème} siècle mène une réflexion sur le théâtre et la création. Il évoque rapidement une double problématique, selon Anne Ancelin-Schützenberger dans son article « J. L. Moreno (1889-1974) » paru dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* :

produire du théâtre totalement spontané (sans script, sans texte, qui ne soit pas une « conserve culturelle »), garder quand même cette création, et aussi analyser scientifiquement ce qui se passe : les mots, la voix, les gestes, les attitudes, les relations interpersonnelles (la dynamique des relations du groupe, ou sa sociométrie)⁴⁴

Moreno développe donc progressivement des outils d'observation, d'analyse du corps et de langage dans les liens interpersonnels. Plusieurs pratiques découlent de ses essais, dont le théâtre de la spontanéité, principe fondateur de ce qu'il appellera plus tard, « psychodrame ». Les notions de spontanéité, de réflexivité et d'analyse de la pratique sont inhérentes à la conception de l'improvisation, ainsi que le travail du corps et du travail de la « mémoire sensorielle » de Stanislavski par exemple.

Le jeu de rôle

Le jeu de rôle est un concept fréquemment utilisé dans un cadre pédagogique ainsi qu'en travail de thérapie (psychiatrie, psychologie, psychanalyse), avec des objectifs divers, en fonction du type de travail effectué. Ancelin-Schützenberger dans son ouvrage *Le jeu de rôle* insiste sur le fait que ce dernier soit à dissocier du psychodrame par ses modalités et son fonctionnement ainsi que par son « niveau d'implication profonde (et archaïque) du protagoniste⁴⁵ ». Les définitions et procédés du jeu de rôle diffèrent selon les champs disciplinaires l'utilisant. Toutefois, les principes fondateurs, soient la dynamique de groupe, l'analyse de situation et des ressentis ainsi que l'improvisation restent le *leitmotiv* de cette

⁴⁴ Ancelin-Schützenberger Anne, « J. L. Moreno (1889-1974) », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 1/2011 (n° 56), p. 25-39

⁴⁵ Ancelin-Schützenberger Anne, *Le jeu de rôle*, éditions ESF, Montrouge, 1995, p. 16

pratique. La conscientisation d'endossement d'un rôle pour le joueur mène à une distanciation entre ce dernier et son personnage, et favorise la démarche réflexive et analytique de la pratique et des ressentis. Cette réflexion sur une situation à travers le jeu est également due à une imprévisibilité des interactions entre les acteurs qui, selon Bertille Patin, maîtresse de conférence en science de l'éducation et doctorante en psychologie sociale, est « révélatrice [et] favorise la conscientisation dans la phase d'exploitation par un effet de distanciation et de « faire semblant »⁴⁶ ». La relation interpersonnelle, l'imprévisibilité de jeu et la réflexivité accompagnant la pratique sont des notions que nous retrouvons dans l'utilisation de l'improvisation en dispositif pédagogique. La distanciation entre le joueur et son personnage n'est cependant pas l'objectif qui a été recherché dans le dispositif CHUI, organisé pour mettre en condition réelle l'étudiant en médecine et en jeu l'étudiant en improvisation. A ce propos, le psychologue et sociologue Dominique Chalvin dans son ouvrage *Méthodes et outils pédagogiques* aborde la question du jeu de rôle en mise en situation réelle. En effet, il admet que la distanciation entre le joueur et son rôle est telle qu'il s'en détache et l'outil perd de son intérêt pédagogique :

Dans le jeu de rôle, chacun peut toujours dire qu'il a joué la situation comme un acteur, mais que lui n'aurait jamais agi ainsi. Le mixage avec une mise en situation réelle permet au stagiaire de jouer spontanément comme il pense qu'il convient d'agir dans le cas présenté. Par exemple, il sera le vendeur le plus performant, ou le manager le plus efficace ou le collaborateur le plus habile pour faire passer son projet. En revanche, son interlocuteur pourra être en situation de jeu de rôle et mimer le type de personnage que souhaite avoir en face de lui, le stagiaire qui pratique l'entraînement en situation réelle⁴⁷

Selon lui la mise en situation réelle possède un enjeu formateur en réduisant la part de distanciation entre la situation et le joueur, tout en gardant la forme de conscientisation de l'action. Le croisement du jeu de rôle et de la simulation avoisine le travail réalisé dans le dispositif CHUI qui néanmoins axe une partie de son élaboration sur la mise en place d'entraînements et d'une structuration de la pratique de l'improvisation (à travers les canevas par exemple.)

⁴⁶ Patin Bertille, « Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 3/2005 (Numéro 67-68), p. 163-178.

⁴⁷ Chalvin Dominique, *Méthodes et outils pédagogiques*, ESF éditions, 1999, in. Salgado Melchior, « Le théâtre, un outil de formation au management », *Revue française de gestion*, 2008/1 (n° 181), p. 77-96,

Le théâtre d'entreprise

Le théâtre d'entreprise est défini par Isabelle Cousserand dans l'article « Le théâtre d'entreprise : entre stratégie imaginée et stratagème imaginaire », de la revue de recherche *Communication et organisation* par la mise « en spectacle le travail et l'organisation. Il renvoie au vécu quotidien, met en scène les « symptômes » les tensions, les conflits, sous forme ludique, humoristique ou parodique⁴⁸ ». Elle distingue quatre formes déployant des objectifs et démarches différentes : la représentation d'une pièce ou saynète provenant d'un catalogue et transposable selon les groupes ; la création d'une pièce ou saynète liée au contexte du groupe⁴⁹ ; l'improvisation de comédiens intervenants extérieurs lors d'une manifestation particulière (réunion, convention) ; la représentation d'un spectacle à vocation à être diffusé, soit devant le public de l'entreprise soit un public extérieur. Les différentes démarches se rejoignent sur la modalité de participation des salariés de l'organisation (élaboration ou jeu). La participation du salarié est une modalité importante dans cette pratique en raison de concepts transposables entre l'atelier et l'entreprise : activité, dynamisme, investissement. Dans l'article « Le théâtre, un outil de formation au management », Salgado Melchior, travaille sur le développement de la pratique du théâtre dans la réflexion managériale des entreprises et aborde également les notions de « Mise en pratique immédiate du sujet⁵⁰ » pour se diriger vers la réalisation de l'action et la participation des salariés. Il indique également que ce type d'atelier « oblige [le salarié] à être actif lors de la formation⁵¹ ». L'improvisation en entreprise axe en premier lieu ses objectifs sur l'investissement et le dynamisme des participants. La notion de théâtre d'entreprise est générale et renferme différentes pratiques en son sein, développant une pluralité de la pratique, en fonction des besoins et contexte de l'organisation. L'improvisation est ici une pratique médiatrice essentiellement axée sur le développement des compétences des salariés.

⁴⁸ Cousserand Isabelle, « Le théâtre d'entreprise : entre stratégie imaginée et stratagème imaginaire », *Communication et organisation*, Actualité de la recherche en communication, n°19, 2001

⁴⁹ Groupe de personnes, organisations ou entreprises

⁵⁰ Salgado Melchior, « Le théâtre, un outil de formation au management », *Revue française de gestion*, 2008/1 (n° 181), p. 77-96,

⁵¹ Ibid.

Le théâtre comme outil social

Concernant la démarche réflexive relative à l'engagement du citoyen, l'improvisation est un outil utilisé pour aller vers une participation sociale et politique du spectateur. Augusto Boal développe pendant les années 1960 à Sao Paulo au Brésil, une technique de théâtre basée sur l'échange et la réflexion autour de problèmes sociaux et groupaux. Le spectateur n'est plus considéré comme tel, il est amené à participer, d'abord oralement puis à travers le jeu. Les situations sont suggérées par les comédiens ou les spectateurs, à partir d'un canevas, puis improvisées en fonction des propositions de chacun. La finalité du théâtre forum n'est pas esthétique, mais réflexive et analytique, basée sur l'adaptation des réponses au contexte, et ce dans un mouvement en perpétuelle évolution. A ce propos, Boal affirme que « la réalité est toujours en mouvement, les moyens esthétiques eux au contraire sont finis, achevés⁵² ». L'improvisation permet de changer des éléments du contexte d'une situation et d'amorcer un travail d'adaptation psychique et comportemental au sein du jeu afin de se questionner sur le déroulement de l'évènement et le rôle de chacun. Nous revenons ici à la dimension réflexive que peut apporter la pratique de l'improvisation.

Le match d'improvisation

La dimension participative et de lien avec le public existe également dans le fonctionnement des matchs d'improvisation. Le concept né au Québec à l'initiative de Gravel et Leduc en 1977, dans « la volonté de nombreux Québécois de développer par eux-mêmes et pour eux-mêmes de nouvelles structures politiques, sociales et culturelles, dans une langue qui leur est propre⁵³ » selon Roxane Gagnon dans l'article concernant l'improvisation théâtrale. Cette pratique est codifiée et mène à développer des compétences de jeu concernant l'oralité, l'adaptation rapide, l'écoute de l'autre ou encore l'entrée en relation. La perception de l'improvisation évolue et indique que la pratique passe d'un outil de travail et de recherche de jeu, à une pratique codifiée avec pour finalité la pratique et non pas l'entraînement et la recherche. Sergio Coelho Borges Farias, professeur à l'Université fédérale de Bahia, dans l'article « La formation de l'acteur par l'improvisation devant le public. Technique et performance », définit le match d'improvisation comme un procédé dans lequel les comédiens

Jouent à travers différents exercices. Ils forment deux ou plusieurs équipes, qui sont évaluées par les spectateurs, qui encouragent, qui applaudissent, qui

⁵² Augusto, *Théâtre de l'opprimé*, Essais n°4, La Découverte Poche, 2007, p. 56

⁵³ Op. Cit.

choisissent les thèmes et les situations qui doivent être improvisées, et qui se moquent parfois des équipes qui ratent l'exercice défini par le juge⁵⁴.

La raison de la popularisation et du succès du match d'improvisation réside dans les modalités de la pratique : l'intégration du public (vote, choix de situations), le large panel de jeu et de situations (les catégories proposées), le principe de compétition, de la rivalité entre deux équipes, la surenchère de jeu et la recherche du comique ainsi que la dramatisation du quotidien.

Ainsi, nous constatons que diverses pratiques utilisant l'improvisation existent et se développent. Ces techniques sont codifiées, voir figées en théorie (spécifiquement le psychodrame ou le théâtre forum par exemple) mais tendent à être adaptées en fonction des groupes et des contextes. Chacune de ces pratiques est fondée sur les notions de relation interpersonnelle, de communication, de participation, d'adaptation, d'introspection et de réflexivité, mises en pratique avec des modalités et objectifs variés. D'après les définitions que nous avons étudiées, ces principes caractérisent le concept d'improvisation. En simulation, cette pratique se situe au croisement de la médiation pédagogique comme support de réflexivité des pratiques professionnelles et de la pratique du jeu dans la formation de l'acteur.

Nous avons étudié les concepts de *simulation* et d'*improvisation* en convoquant un étayage théorique sur ces sujets. Il a été nécessaire d'en comprendre les enjeux, de connaître les différents types de techniques et de moyens mis en œuvre au sein de ces pratiques. Nous pouvons désormais nous pencher plus spécifiquement sur l'élaboration et la structuration du dispositif CHUI, qui lie simulation et improvisation dans son cadre pédagogique.

⁵⁴ Sergio Coelho Borges Farias, « La formation de l'acteur par l'improvisation devant le public. Technique et performance », Sociétés 2001/4 (n° 74), p. 73-79.

Partie 2 : Élaboration et mise en œuvre du projet

L'élaboration du projet s'est déroulée en plusieurs étapes et s'est inscrite dans le cadre d'une démarche partenariale. Nous allons développer au sein de cette réflexion le processus d'élaboration du projet. Cette construction prend son origine dans les différents échanges entre les acteurs institutionnels. En effet, les constats, besoins et réponses de chacun a contribué à structurer une action commune au sein de laquelle chacun des acteurs a déployé ses compétences et a établi des axes pédagogiques précis. Nous allons ainsi nous intéresser aux différents échanges constituant les prémices du projet, puis nous étudierons la mise en œuvre du dispositif et de l'entraînement théâtral, ainsi que le bilan de fin projet. Nous nous pencherons plus spécifiquement sur les méthodes employées concernant la pratique de l'improvisation au sein du dispositif.

I. Elaboration et construction du projet

Nous allons nous intéresser en premier lieu aux réflexions développées par les différentes parties prenantes du projet, et qui ont constitué le fondement du dispositif. Il est nécessaire d'explicitier les contours du projet en identifiant les constats et les besoins révélés par les acteurs de la faculté de médecine, qui motivent le recours à l'action partenariale. Puis nous évoquerons la réflexion élaborée par le département des arts du spectacle afin de voir comment ce dernier s'est inscrit dans le projet et se l'est approprié. Ce développement nous permettra d'explicitier l'état des lieux sur lequel le projet s'est construit. Nous verrons par la suite en quoi la complémentarité des compétences de chacun peut apporter une réponse à la problématique établie et comment les acteurs du projet parviennent à construire une action commune à travers la définition des objectifs du projet.

1. Les acteurs institutionnels

1.1. Besoins repérés au sein de la faculté de médecine

La démarche partenariale a été amorcée en premier lieu par Philippe Chaffanjon, professeur des universités en anatomie, ainsi que chargé des relations avec l'université au sein

de l'association APACH (Association pour une approche clinique humaniste)⁵⁵. Cette réflexion sur l'état des lieux actuel en formation médicale reste subjective mais partagée par les instances de formations et les membres de l'association. Elle a été explicitée par Philippe Chaffanjon lors de ses échanges avec le département des arts du spectacle. Il revient notamment sur l'utilisation des cours numériques à destination des étudiants. Selon lui, cette démarche pédagogique oriente les apprentissages relatifs au champ médical vers une théorisation des connaissances et a tendance à défavoriser l'aspect relationnel qui cependant est primordial dans la profession médicale.

La formation en médecine a privilégié ces dernières années l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement (TICE). L'état actuel de la formation en médecine indique que les cours sont généralement transmis via des plateformes numériques pédagogiques puis repris en amphithéâtre avec un professeur des universités. L'article du médecin Julie Rongère, réalisé en collaboration avec plusieurs médecins spécialistes en santé publique, paru dans la revue Santé Publique en 2008 concernant les méthodes pédagogiques numériques, nous apprend que ce type de pratique est utilisé à grande échelle par les facultés de médecine. Celles-ci basent la transmission des connaissances à travers ces pratiques numériques. Ces outils sont de plus en plus utilisés grâce aux avantages de leurs modalités pédagogiques.

Les TICE apportent un certain nombre d'outils qui peuvent faciliter l'acquisition des connaissances, par l'utilisation de ressources multimédia permettant d'intégrer des éléments iconographiques, d'une évolutivité permanente, d'une interactivité facilitant la participation de l'étudiant et son auto-évaluation, d'accès aisé et d'échanges (forums, messagerie) entre étudiants et d'enseignants à étudiants⁵⁶

Concernant cette pratique pédagogique, les auteurs de l'article affirment que l'avantage

⁵⁵L'association est créée en novembre 2013 par plusieurs praticiens hospitaliers rejoints par différents professionnels de la santé, du paramédical ou de divers domaines (sociologie, éducation), des étudiants et des personnes concernées et intéressées par la question de la relation patient-médecin. L'association est active dans le bassin Grenoblois et en Isère, ainsi qu'en lien avec d'autres formes de groupes de réflexion similaires en France. La démarche réflexive est portée sur la préoccupation des soignants et des patients concernant la dimension soignants-soignés et son aspect relationnel et humaniste au sein de la médecine contemporaine. A l'échelle du territoire, l'association est particulièrement investie dans les institutions de formation médicale et paramédicale.

⁵⁶ Rongère Julie, Tivolacci Marie-Pierre, Douyère Magaly *et al.*, « Utilisation et qualité des sites présentant l'offre de formations en santé publique », *Santé Publique*, 2008/5 (Vol. 20), p. 465-474.

principal réside dans la gestion du temps. En effet, les étudiants ont l'occasion d'accéder aux contenus pédagogiques lorsqu'ils le souhaitent, et les enseignants ont une plus grande amplitude dans leur gestion du temps. Les temps de cours sont réduits et contiennent spécifiquement des temps de débat et de questions. L'utilisation des TICE peut être perçue comme une capitalisation du temps d'enseignement dans le souci d'efficacité de transmission des connaissances. Guy Le Boterf, professeur à l'Université de Sherbrooke en sociologie dans son ouvrage *Travailler en réseau et en partenariat*, insiste sur l'avantage concernant le rapport au temps. En effet, l'utilisation de ce type de technologie devient « un facteur important d'accélération du partage des savoirs⁵⁷ ». Cependant, les inconvénients sont multiples : l'apport financier important de la part de l'étudiant pour accéder aux cours, la nécessité de compétences techniques d'apprentissage (gestion du temps, autonomie) et informatiques. Les auteurs de l'article « Utilisation et qualité des sites présentant l'offre de formations en santé publique » mettent l'accent sur la nécessité de fournir des « efforts d'adaptation et d'acquisitions de nouvelles approches pédagogiques⁵⁸ » de la part des étudiants.

Concernant le poids de l'utilisation des TICE face à la pratique, Alexandre Bellier nous a expliqué que, la formation des médecins est sans cesse remise en question dans une perspective d'efficacité et de gain de temps. Les étudiants bénéficient également de travaux dirigés et mises en situation réelles dès l'externat⁵⁹. Le versant relationnel est de plus en plus pris en compte dans la formation avec un désir d'adapter et modifier une partie de la formation vers la pratique relationnelle. Philippe Chaffanjon est ainsi chargé de développer un outil d'apprentissage de la pratique relationnelle dans la formation des étudiants en Médecine par la simulation de consultations. Lors des temps d'échange quant à la construction et aux objectifs du projet, il affirmait que ces formations sont de plus en plus demandées par les étudiants, par les associations de patients et les instances. Il a émis plusieurs pistes de réflexions et propositions en fonction des besoins des étudiants en médecine, en se basant sur le procédé de patient standardisé. En effet, les étudiants en médecine expriment le souhait de s'exercer sur des patients fictifs pour commencer leur apprentissage de la consultation médicale. Selon Philippe Chaffanjon, ni l'enseignement théorique, ni la participation passive

⁵⁷ Le Boterf Guy, *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective*, 3^{ème} édition, Eyrolles, Coll. Ressources humaines, Paris, 2013, p. 27

⁵⁸ Op. Cit.

⁵⁹ Entretien avec Alexandre Bellier, 31 mai 2017

à des consultations de séniors ne suffisent à progresser. Cela est renforcé par une volonté générale des enseignants, des organismes de tutelle et des associations de patients de mieux préparer les soignants et peut se résumer aujourd'hui par le slogan « jamais la première fois sur le patient⁶⁰ ». Ce dispositif a eu divers avantages : envisager la consultation avec une moindre pression, porter une attention plus soutenue au dialogue avec le patient, s'entraîner à s'adapter à son interlocuteur pour mieux le comprendre et l'interroger, organiser le temps de la consultation pour faciliter une synthèse finale. Ainsi, cette réflexion sur l'organisation des apprentissages médicaux met en évidence le manque de formation dans les versants relationnels et communicationnels des étudiants en médecine, face au poids des apprentissages techniques (gestes, etc.) et scientifiques (connaissances et théorie), et la demande des étudiants à être formés en amont de leurs premières gardes.

1.2. Réflexion et réponse du département des arts du spectacle concernant le projet

La spécificité du dispositif a été de solliciter, pour jouer le rôle des patients, des étudiants de disciplines non sanitaires (Arts du spectacle mais aussi Langues et Lettres), en considérant qu'ils pourraient eux-mêmes développer des compétences qu'ils peuvent négliger dans le cadre de l'improvisation théâtrale menée en atelier. Bien que la mise en place du dispositif n'ait pas émané d'un besoin spécifique du côté des arts du spectacle, l'équipe enseignante a répondu à cette demande en envisageant les avantages que présente ce projet pour l'entraînement à l'improvisation. Le dossier déposé pour l'appel à projet et rédigé par Ariane Martinez insistait ainsi sur l'intérêt du changement de cadre de pratique de l'improvisation : « l'entraînement à l'improvisation se pratique en général dans des contextes qui favorisent la compétition et le cabotinage (ateliers où on est tour à tour spectateur et acteur, matchs d'improvisations, etc.)⁶¹ ». Ariane Martinez a également évoqué le type de jeu et de technique d'improvisation, souvent fondés sur la pratique de l'improvisation à travers les matchs et compétitions.

« Ce désir de « plaire », de susciter l'adhésion du public et souvent le rire, tend à prendre le pas sur les qualités premières recherchées chez l'apprenti comédien :

⁶⁰ Chaffanjon Philippe in. Martinez Ariane, 1^{er} appel à projet pour financer des initiatives pédagogiques, « simulation de consultation médicale », 26 mars 2016, Université Grenoble Alpes

⁶¹ Martinez Ariane, 1^{er} appel à projet pour financer des initiatives pédagogiques, « simulation de consultation médicale », 26 mars 2016, Université Grenoble Alpes

adaptation à la situation, construction d'une relation à l'autre cohérente dans le jeu, écoute du partenaire, cohérence et crédibilité des réactions, ligne de conduite tenue du début à la fin de l'improvisation, travail de concentration et d'attention, etc.⁶² »

Ainsi, ce projet a été un support de réflexivité et de pratique de jeu sortant de la représentation qu'ont les étudiants de l'improvisation, comme du cadre compétitif des matchs par exemple. Le département des arts du spectacle a trouvé un intérêt pédagogique réciproque à la démarche partenariale. Ce type de dispositif incite en effet à travailler la justesse du jeu, la capacité à faire évoluer une situation sans chercher l'assentiment d'un public, ainsi que les compétences d'improvisation (imagination, adaptation, relation au partenaire, concentration, etc.). Le dispositif a permis l'apprentissage des notions primordiales de techniques de jeu (relation, adaptation, écoute, concentration) mis en pratique dans un contexte différent de la représentation ou du match d'improvisation. L'intérêt de cette rencontre résidait donc dans la volonté de ne pas impérativement chercher le divertissement d'un spectateur. Le décloisonnement de la pratique (sortir de la salle de classe, du groupe) convoquait en effet les notions de prise de risque, d'entrée en relation et d'adaptation et cohérence du comportement, autant de mises en contextes inhabituelles pour ce type de formation.

Cet échange entre les deux acteurs institutionnels les a incités à s'interroger sur la définition des objectifs et des modalités de l'action partenariale. Nous allons désormais expliciter les objectifs pédagogiques sur lesquels repose la mise en œuvre du projet et ses modalités de fonctionnement.

2. Objectifs pédagogiques

L'un des objectifs du dispositif était de faire acquérir une expérience qui permettrait aux étudiants en médecine de dédramatiser la situation de consultation, d'améliorer la confiance en soi, d'acquérir des techniques d'interrogatoire et de compléter la formation théorique et technique par une approche humaniste en y ajoutant le facteur humain. Plus précisément, l'utilisation de l'improvisation dans ce type de dispositif de simulation a permis aux étudiants en médecine de s'entraîner à l'interrogatoire d'un patient pour établir un diagnostic en un temps limité, d'être capable d'adapter leur vocabulaire à l'interlocuteur, mais aussi leur vitesse d'élocution, produire un discours clair, faire preuve d'empathie et enfin

⁶² Op. Cit.

d'apprécier la manière dont le patient vit ses symptômes. Ce sont les compétences relationnelles qui ont été visées et l'utilisation de l'improvisation a mis au travail les compétences de communication, d'écoute, d'adaptation du comportement, à la fois chez les étudiants en médecine et en improvisation.

Concernant les étudiants en théâtre, les compétences développées à travers la pratique de l'improvisation ont été les suivantes : l'appropriation d'un canevas prédéfini et sa restitution cohérente, l'improvisation d'un rôle mêlant situation sociale, familiale, psychologique et émotionnelle. Ils ont travaillé leurs capacités à tenir une émotion et une intention de jeu en les rendant lisibles lors de la consultation et de l'entraînement. D'autre part, les étudiants en théâtre ont pu interroger la notion d'improvisation sans la présence d'un public, pour se concentrer sur le jeu et la situation, et non sur ses effets, tout en s'exerçant aux compétences de jeu dans leur formation de comédien. Enfin, pour les enseignants et les étudiants des deux filières, cette expérimentation a permis de faire évoluer leurs pratiques au contact d'autres savoirs et savoir-faire. Nous avons parié sur le fait que par exemple les étudiants en médecine portent, à l'issue des séances de simulations, une attention plus particulière à la question de l'empathie et à la façon de formuler un diagnostic. Le dispositif a permis aux étudiants en arts du spectacle de cerner un rapport plus précis et plus concret à l'interaction avec autrui et à ses enjeux. Cette rencontre entre les différents objectifs a pu définir les intérêts partagés qui sont essentiellement tournés vers l'innovation de la recherche et le croisement des disciplines dans le but de réflexion et d'évolution des pratiques.

Les visées étaient essentiellement pédagogiques, tournées vers les apprentissages, et ont formé une réflexion plus globale sur le rapport soigné-soignant d'une part et sur la pratique de l'improvisation d'autre part. Nous pouvons constater que la rencontre entre la sensibilisation et la réflexion sur la relation soignants-soignés ainsi que la pratique de l'improvisation mène à nous questionner sur les notions de relation à l'autre, (public, patient, pairs), et d'adaptation de la relation en fonction de la situation. Ainsi, nous allons nous pencher sur ce questionnement par la suite en explicitant le travail des enjeux relationnels et pédagogiques en entraînement d'improvisation à travers une description du déroulement du dispositif.

II. Structuration et déroulement du dispositif : de l'entraînement au bilan

Nous allons désormais détailler le déroulement général du dispositif de l'entraînement au bilan. Le dispositif se structure en quatre étapes distinctes : l'entraînement, la mise en condition, la séance de simulation et les bilans. Nous analyserons chaque étape constituante du dispositif afin d'en faire ressortir les enjeux, les moyens et techniques employés par les différents acteurs participants, afin de voir comment ces modalités s'inscrivent dans les objectifs et attendus de ce projet. Nous nous attarderons plus particulièrement à la pratique de l'improvisation au sein de ce dispositif.

1. Travail d'entraînement réalisé en amont de l'expérience

1.1. Les ateliers d'improvisation

Le développement de la réflexion concernant les ateliers d'improvisation se structure en deux parties : la présentation du cadre des ateliers (modalités, temporalité) et l'élaboration de plusieurs axes de travail : l'appropriation de la thématique médicale, le travail technique du jeu en lien avec le geste psychologique et la construction des personnages ainsi que les notions de relations et d'imprévu dans la pratique de l'improvisation. Nous allons détailler, analyser et illustrer le propos d'exercices réalisés lors des séances d'entraînement. Les exercices ont été élaborés et menés par Ariane Martinez. L'objectif de ce propos réside dans la compréhension de l'élaboration et du processus d'apprentissage par lequel les étudiants sont passés pour travailler ces compétences.

Le programme d'improvisation du dispositif CHUI a été proposé par le département des arts du spectacle et s'est déroulé sur un semestre, de septembre à novembre 2016 en dix séances de temps collectifs. Deux de ces temps ont été consacrés aux séances de simulations, suivi d'un espace d'échange et de bilan sur les premières séances de simulations à mi-parcours du projet. Les autres temps constituaient des séances d'entraînements. Un travail de jeu, de corps, de voix, de relation à l'autre ainsi qu'un travail sur les canevas et profils psychologiques a été entrepris. Pendant les quatre premiers entraînements, les étudiants en improvisation ont été préparés à la première séance de consultations : ils ont appréhendé l'univers médical par le jeu et choisis leur « canevas » (listes de symptômes et de caractéristiques d'un patient, prédéfinis par le médecin). Enfin, ils se sont entraînés à décliner

ce canevas en jouant des profils psychologiques variés (inspirés de cas de figure réels : « anxieux », « minimisateur par rapport à sa maladie », « réservé », « hyper-renseigné », « colérique », etc...), en inventant le profil social et familial du patient fictif. De plus les étudiants ont eu l'occasion de rencontrer Philippe Chaffanjon pour le questionner sur le dispositif, les canevas, les profils, le vocabulaire, le parcours d'un patient à l'hôpital en consultation externe. La thématique de la santé et du soin a été abordée dès la première séance pour sensibiliser les étudiants au projet. Les étudiants ont également bénéficié d'un temps sous forme de stage de six heures avec David Noir, comédien ayant le statut d'intervenant extérieur, dans l'objectif de travailler la notion de jeu et notamment de relation à l'autre et de rapport de force au sein du jeu. Nous analyserons plus tard le travail réalisé avec David Noir afin d'en étudier les apports dans la formation des comédiens pour ce dispositif. Le dernier temps prévu au sein du dispositif a été consacré à un bilan collectif et un retour sur la globalité du projet.

Lors du premier atelier, le cadre du projet a été explicité. Le calendrier a été évoqué afin de permettre aux étudiants d'avoir une visibilité du semestre et des exercices. La question de l'improvisation a été abordée : Ariane Martinez s'est renseignée sur les pratiques précédentes en théâtre et en improvisation des étudiants. Il convient de préciser qu'une partie des étudiants n'a jamais pratiqué de théâtre et a pour principale vision de l'improvisation les matchs d'improvisations⁶³. De plus l'enseignante a explicité les objectifs du projet en rappelant que cette pratique de l'improvisation n'entre pas dans le cadre de la représentation ou du match d'improvisation mais relève d'un partenariat avec le CHU et organise la rencontre avec un groupe d'étudiants en médecine qui eux s'exercent à la consultation médicale. Elle a aussi rappelé aux étudiants comédiens qu'ils ne sont pas « mis au service » du dispositif médical : ce projet leur permet de travailler le jeu et les notions relatives à la pratique de l'improvisation. Nous allons nous intéresser aux différentes étapes de travail lors des entraînements : l'appropriation de la thématique médicale, les notions relatives à l'aspect relationnel et le travail de jeu. Dans son article « La formation de l'acteur par l'improvisation devant le public. Technique et performance », Sergio Coelho Borges Farias affirme que « la concentration, la mémoire de l'émotion, l'action dramatique, la caractérisation, l'observation et le rythme, sont les six principales catégories travaillées dans le cadre de la formation pratique

⁶³ Discussion avec les étudiants quant à leur représentation de l'improvisation, mardi 20 septembre 2016

de l'acteur⁶⁴ ». Nous verrons lors de cette réflexion en quoi la pratique de l'improvisation dans le cadre du dispositif est axée sur le travail de ces compétences.

a) L'appropriation de la thématique médicale

Les étudiants en improvisation n'ont pas la culture professionnelle du champ médical et ont dû passer par un travail d'appropriation. L'objectif de celle-ci ne résidait pas dans l'acquisition de la culture médicale mais dans sa découverte et dans la construction d'un travail axé autour de cette thématique tout en gardant leur identité de comédien et de patient. La thématique a été abordée à travers un exercice d'appropriation d'un objet.

Exercice

Quatre objets médicaux, para-médicaux ou de soin à la personne sont mis à disposition des comédiens. Ces derniers, en binôme en choisissent un. Ici, la connaissance de l'utilisation, du nom de l'objet etc. n'a pas d'importance. Deux rôles sont proposés : une personne a un souvenir très personnel à cet objet et raconte son histoire. L'autre personne est un archéologue chargé d'expliquer à quoi servait cet objet il y a deux mille ans.

Cet exercice pousse l'étudiant à travailler la communication et l'écoute du partenaire. Les deux comédiens en scène ont été amenés à développer l'histoire et l'utilisation de l'objet à travers leur regard et leur expérience. Chacun raconte son histoire mais les deux comédiens n'agissent pas sur le même plan (principe du montage alterné de cinéma) : les histoires n'interfèrent pas directement l'une sur l'autre, cependant les étudiants doivent veiller au temps de parole utilisé, aux silences et suspensions. Par ailleurs, l'exercice leur demande de ne pas toucher ou se servir de l'objet afin de le faire exister à travers l'histoire, la parole et l'imagination. Cet exercice permet aux étudiants de s'imprégner de l'objet, de son usage (qui peut être totalement détourné et inventé). Les objets proposés ne sont pas d'usage courant et souvent inconnu pour les non-initiés. L'exercice a donc permis aux étudiants de se détacher de sa fonction initiale pour s'en imprégner plus personnellement. De plus, ils ont pu aborder

⁶⁴ Op. Cit.

l'univers médical, la question du soin et de la dépendance physique, à la fois de façon concrète (à travers l'objet) et ludique (en inventant une utilisation de l'objet).

b) Relation interpersonnelle et imprévisibilité

La construction d'une relation et l'adaptation face à l'imprévu ont été des notions travaillées en entraînement par les comédiens. Ils ont pu ainsi conscientiser et intégrer ces principes pour les mettre en œuvre lors des séances, en « jouant » avec : surprendre le partenaire, orienter la nature de la relation en fonction du profil psychologique par exemple. Nous aborderons ici, au sein de la notion de relation, différentes composantes : s'exposer aux regards et s'accorder à l'autre, la prise en compte de l'autre, l'écoute, la place physique et psychique dans l'espace. Les notions de relation et d'imprévisibilité ont été abordées à travers plusieurs exercices de mise en situation de consultation.

Exercice

Les comédiens entrent ensemble sur scène, en binôme. Chacun se présente (celui qui consulte et celui qui accompagne). En deux minutes, celui qui consulte doit avoir énoncé ses symptômes principaux de façon juste, crédible, et dans un état spécifique. La personne accompagnante interrompt au moins quatre fois le patient lors de sa courte explication.

L'étudiant a la possibilité d'interrompre par plusieurs biais différents en rendant la relation crédible et les interactions cohérentes. La façon d'interrompre nous mène à nous interroger sur les enjeux d'une relation interpersonnelle. En effet, au sein d'une relation en duo, l'espace de parole ainsi que l'espace physique peuvent être accaparés par l'un ou par l'autre des protagonistes ou bien être répartis également. Cet exercice est une réflexion sur la place et la limite que l'individu prend ou se pose vis à vis de l'autre et dépend de la nature de la relation, de l'état psychologique ainsi que de la situation et du contexte. Ainsi, le fait de demander une précision ou de compléter un propos à la place de l'autre indique qu'un rapport de force se déploie au sein de la relation. L'exercice qui a pour visée la prise en compte de son partenaire, incite le comédien à adapter son comportement en fonction des enjeux de la relation, à veiller à son propre objectif et à conscientiser son état psychologique ainsi que celui de son partenaire. Le comédien est encouragé à s'engager dans une forme

d'introspection en interrogeant son rapport à l'autre, à se questionner sur la place qu'il s'approprié (expansif, discret, etc.) ainsi qu'à porter une réflexion sur le ressenti lors d'une interruption, approfondir la raison de l'interruption et les enjeux relationnels et émotionnels dans ce type de situation. Patrick Pézin dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs* indique que la relation dans le jeu est une dynamique de communication. La situation dramatique naît de la confrontation de la lecture de la situation et des objectifs des partenaires :

Le niveau de jeu le plus essentiel est l'échange vivant entre deux partenaires et cette relation est un processus organique qui engage l'acteur dans son entier. Relation mutuelle qui doit être communication dynamique et permanente. Il ne faut pas oublier que c'est grâce à des actions réciproques entre les partenaires que mûrit le conflit dramatique⁶⁵

Nous retrouvons ici la dynamique de l'exercice précédent : nourrir le conflit dramatique à travers la construction d'une relation basée sur l'interruption. Ce type d'exercice est prévu pour un patient accompagné. Cependant, dans le cas d'un acteur patient seul face au médecin, le conflit dramatique existe tout de même. Les objectifs de l'étudiant médecin s'inscrivent dans l'entrée en relation, l'annonce d'un diagnostic total ou partiel du problème et la communication de son analyse à travers un comportement adapté à la tournure de la consultation. L'acteur, de son côté, nourrit cette relation avec son profil, son canevas et son personnage, à la fois pour l'authenticité et la justesse de jeu et pour former la relation avec le médecin. La nature de la relation est influencée par le profil, spécifiquement en terme de communication s'il est « bavard » ou « benêt ». De plus cet exercice permet de garder l'objectif principal de jeu en mémoire. Les réactions et comportements du partenaire ont un effet sur le jeu du comédien. Ce dernier a été tenu de conserver son objectif, sa ligne directrice psychologique et émotionnelle ainsi que son canevas tout au long de la séance en s'adaptant aux changements et nouvelles contraintes au sein de la relation.

La notion d'adaptation en fonction du partenaire peut être ambiguë. En effet, l'adaptation du jeu a pour principe de maintenir la relation cohérente. Elle peut cependant constituer une dérive lorsque l'un des étudiants est perméable à la déconcentration de son partenaire, ou si les réactions d'un des étudiants ne sont pas cohérentes (rires, peu d'échange ou d'écoute, changement notable de comportement due à une déstabilisation, malaise, etc.).

⁶⁵ Op. Cit. p. 115

Dans *La formation de l'acteur*, Stanislavski raconte l'expérience de Vania qui tente de convaincre le directeur de le laisser partir plus tôt. Vania arrive sur scène exténué avec comme objectif d'indiquer un mal et un épuisement. Il provoque les rires de ses camarades et son jeu en est altéré : « au commencement, tout allait bien. Mais dès qu'il vous a entendu rire, il a complètement changé d'orientation et s'est mis à adapter son jeu⁶⁶ ». Vania a progressivement remplacé son objectif principal par la recherche du rire du spectateur. L'imprévu de la réaction du public a modifié son jeu. Dans le cas d'une séance de consultation où l'acteur-patient s'aperçoit peu à peu que son jeu puisse susciter le rire et la perte d'attention ou de vigilance chez le médecin, il est nécessaire qu'il reste concentré pour poursuivre son jeu en adaptant ses réactions. Ce travail de la réactivité face à une contrainte altérant une situation, constitue un processus d'intégration physique et psychique du canevas, afin d'adapter ce dernier rapidement à chaque profil suggéré. L'exercice suivant a été axé sur le travail de la réactivité et de l'intégration du canevas. Il a pour objectif plus général d'amener l'étudiant à pouvoir s'adapter à un imprévu lors des séances de simulation.

Exercice

Les étudiants sont assis sur des chaises, face au public. L'enseignante n'interroge pas les comédiens. Le comédien évoque ses symptômes avec un profil psychologique particulier, puis est interrompu par l'enseignante. Il fait le tour de sa chaise (afin de ressentir un changement physique pour appréhender un nouveau rôle). Puis il se rassoit avec un nouveau profil. Il recommence l'exercice. Le processus est répété plusieurs fois.

Ce travail incite les étudiants à faire preuve d'adaptation et de réactivité tout en restant concentrés et en convoquant les détails de leur canevas. Nous pouvons percevoir une forme de « robotisation » de l'énumération des symptômes dans le travail d'intégration, axé exclusivement sur la mémoration des canevas. Il a cependant été nécessaire de mettre en place ce processus d'appropriation pour travailler les différents profils par la suite, afin que les comédiens se concentrent exclusivement sur le jeu et non sur la remémoration des symptômes. Ainsi, les notions de relation et de flexibilité sont travaillées en atelier afin de

⁶⁶ Constantin Stanislavski, *La formation de l'acteur*, Edition Payot et Rivage, Petite Bibliothèque Payot/Voyageurs, 2nd édition, Paris, 2001, p. 260

donner les possibilités et outils nécessaires aux étudiants pour conscientiser, intégrer et « jouer » avec ces notions lors des séances de simulation.

c) Pratiques et travail de jeu

La pratique du jeu est liée à l'appropriation des canevas, l'entraînement autour des profils et de la mise en lien entre ces deux éléments, construisant le patient standardisé. Plusieurs notions ont été abordées concernant la structuration du personnage : objectif du personnage, mémoire affective et sensorielle, travail du corps et de ressenti via le « geste psychologique » de Michael Chekhov. Le principe de la construction d'un patient standardisé consiste, à travers la création, à faire exister un patient dans sa globalité (antécédent, vie sociale, familiale, professionnelle, profil psychologique) en considérant également les symptômes. Plusieurs étapes de travail ont été organisées autour de la création du personnage : les contours du personnage à travers le geste psychologique, le développement de l'habitation affective et sensorielle du personnage, le maintien de sa ligne intérieure et enfin la considération de son profil social et de sa ligne de comportement. Afin d'amorcer la construction du personnage, les comédiens ont traversés plusieurs étapes de travail que l'on peut percevoir comme un processus, une dynamique d'apprentissage progressive. Le travail a débuté à travers le corps, puis a intégré peu à peu le ressenti psychique pour arriver à la construction du personnage. La première étape a consisté à travailler la notion de conscientisation progressive des ressentis corporels à travers le « geste psychologique » de Michael Chekhov. Cela a contribué à l'activation des canevas couplés aux différents profils.

Exercice

Les comédiens marchent dans l'espace. Leurs jambes s'alourdissent jusqu'à ne plus pouvoir avancer, ils tiennent alors cette immobilité. Puis progressivement et lentement, ils s'allègent, libèrent leurs jambes jusqu'au claquement de mains. Ils s'arrêtent dans leur position pour prendre conscience des ressentis et états corporels à l'instant T. L'état se monte petit à petit à partir de ce stade : à chaque claquement de mains, le comédien ajoute un élément corporel et sensoriel à son état. Ainsi au premier claquement il émet un son en lien avec cet état, qui n'est pas forcément un mot. Ensuite il commence à marcher dans cet état dicté par sa posture.

Cet exercice considère un travail de ressenti et de prise de conscience de la posture, de l'état du corps, de l'état sensoriel. Les différentes étapes déploient un montage d'états émotionnels et physiques pour arriver à construire la ligne physique et psychologique d'un personnage. Michael Chekhov dans *Être acteur*, « technique du comédien », définit le geste psychologique par opposition au geste ordinaire :

Il y a deux sortes de gestes : le geste naturel, ordinaire, qu'on fait aussi bien sur scène que dans la vie quotidienne ; et celui qu'on peut appeler *archétype*, un geste-type qui sert de modèle à une quantité de gestes du même ordre. Le G. P. appartient à cette seconde catégorie⁶⁷.

Le « geste psychologique » peut-être lié aux notions de symbolique et d'extra-quotidien afin de lui conférer une certaine valeur émotionnelle et physique. Il indique par ailleurs que le geste psychologique se doit d'engager le corps et l'esprit du comédien entièrement pour que ce dernier intègre le ressenti lié au personnage en construction.

Les gestes quotidiens sont trop limités, trop faibles et trop spécialisés pour stimuler la volonté. Ils ne mettent en jeu ni le corps tout entier, ni la psychologie, ni l'âme, tandis que le G. P., par son caractère d'archétype, les engage *tout entier*⁶⁸.

Le geste doit être assez fort et puissant physiquement pour engager le corps et l'esprit du comédien. Cependant, le travail du geste est à nuancer des propos de Chekhov au sein de l'atelier, car nous n'avons pas travaillé l'improvisation de représentation mais bien l'improvisation de reproduction de la vie quotidienne en simulation. Le geste passe alors progressivement d'un archétype engageant le comédien à un geste plus simple et quotidien pour se rapprocher plus fidèlement à l'état de patient. Il est nécessaire que le geste puisse appartenir à un individu dans le quotidien et soit peu à peu lié au personnage développé, un patient en consultation. Chekhov insiste par ailleurs sur la simplicité du geste psychologique. Le ressenti et l'intégration psychologique et corporelle du geste provient de sa simplicité. Un geste trop complexe mènerait à intellectualiser la construction du personnage et à s'écarter du processus organique et émotionnel relatif à cette construction. Il affirme à ce propos que « plus vous poussez la connaissance intellectuelle d'un personnage, moins vous avez de

⁶⁷ Chekhov Michael, *Être acteur*, « technique du comédien », Pygmalion, 4^{ème} édition, 2007, Paris, p. 105

⁶⁸ Ibid.

facilité à le jouer⁶⁹ ». L'auteur suggère ainsi de séparer le ressenti de l'intellect à travers un travail corporel.

Pour amorcer le travail du geste psychologique, basé sur le principal désir ou ressenti du personnage, Chekhov propose de commencer par le haut du corps, mains et bras. En simulation, les comédiens étaient assis tout le long de la consultation, ainsi que dans la salle d'attente. Bien que le corps entier soit en jeu, lorsque l'individu est assis de part et d'autre d'un bureau c'est le haut du corps qui est d'autant plus au travail. Le geste psychologique peut également constituer un soutien au jeu. En effet, ainsi intégré, il a pu être réutilisé à tout moment lors des entraînements ou des sessions de simulation. Dans le cas où le comédien se sentait jouer « faux » ce qu'on pourrait définir comme éloigné du personnage en perdant de son authenticité et de sa concentration, le geste psychologique pouvait donc être un point d'ancrage au personnage et au profil psychologique du comédien lors de la séance. Le travail du corps a été essentiel en raison de la nature du rôle qu'interprètent les comédiens. En effet, le patient vient avant tout en consultation pour une altération physique ou psychologique d'un état de santé initial. Travailler le profil d'un patient seulement à travers une réflexion et une analyse aurait résumé à établir un diagnostic du patient. La simple connaissance intellectuelle et rationnelle des symptômes mène à la distanciation avec le personnage qui ressent une altération physique. Ceci pourrait également dénaturer la crédibilité et l'authenticité de la mise en situation. Chekhov appuie ce propos en affirmant que l'intellectualisation est un support d'analyse et de compréhension, mais son utilisation trop précoce risque de dénaturer le processus physique et émotionnel indispensable à la création du personnage :

Il est évident que votre intelligence peut vous aider très utilement, votre esprit critique vous permettre de juger votre travail, de le corriger, de le pousser plus loin, mais, dans la mesure du possible, ne le faites intervenir qu'après avoir donné libre cours à votre intuition créatrice⁷⁰.

La notion d'empathie a été abordée dans le travail d'intellectualisation, et mise en lien avec le travail corporel avec pour questionnement principal de la part des comédiens : « qu'est-ce que ce patient ressentirait et comment pourrais-je le ressentir ? ». L'empathie peut être à la fois la capacité à ressentir ce que l'autre ressent et la capacité à faire appel à une expérience personnelle afin d'accéder à un ressenti particulier. L'interprétation d'un roi par exemple ne suppose pas d'avoir été roi mais d'avoir la capacité de convoquer une expérience symbolique

⁶⁹ Op. Cit. p. 101

⁷⁰ Ibid.

similaire : l'enfance et les caprices par exemple. Cette réflexion nous mène à considérer le travail autour de l'habitation affective et sensorielle évoqué par Stanislavski dans *La formation de l'acteur*. L'incarnation d'un personnage passe par le ressenti corporel, émotionnel et sensoriel. Cependant, la présence du comédien, la conscientisation de son état en jeu et le sens qu'il donne au personnage fondent l'habitation de ce dernier, en lui conférant un principe vivant et organique :

Il ne s'agit pas d'exprimer uniquement la vie extérieure du personnage. Il faut encore y adapter ses propres qualités humaines, y verser toute son âme. Le but fondamental de notre art est de créer la vie profonde d'un esprit humain et de l'exprimer sous une forme artistique⁷¹

La vie intérieure du personnage est fondée sur sa ligne spirituelle, son affect et sa sensibilité. Le comédien confère à son personnage une part de sa propre ligne spirituelle selon Stanislavski.

L'étape suivante du travail a constitué à la construction de la ligne intérieure du personnage. Ce concept est explicité par Stanislavski lorsqu'il évoque la continuité d'existence du personnage incarné lorsqu'il est en jeu.

Un rôle ne doit pas vivre par à-coups. Il lui faut une ligne continue. [...] Si la ligne intérieure se brise, l'acteur ne comprend plus ce qui se passe sur la scène, et cesse immédiatement d'éprouver quoi que ce soit⁷².

Le décrochage de la ligne du personnage est également relatif à la notion de concentration. Ce principe a rapidement été intégré par les comédiens du dispositif CHUI. En effet, le format de la consultation, une relation interindividuelle en huis-clos, suggère une continuité dans le jeu afin de ne pas rompre ou altérer la relation créée. La ligne intérieure du personnage est liée à la notion de concentration et à celle de la visée du jeu. Les étudiants ont eu à l'esprit lors des séances de simulation leur objectif principal : la raison de la consultation. Le but du comédien a guidé la ligne spirituelle du personnage. En effet, le comédien n'avait pas à mener le médecin vers les aspirations du dispositif (travail de relation, d'empathie, d'adaptation) mais de tenir son objectif de patient, donc le désir du personnage : la raison de sa consultation, ses envies, ses demandes, ses besoins. Le comédien a construit alors une ligne intérieure comprenant des réactions et un comportement, adaptés et cohérents à la situation.

⁷¹ Op. Cit. p. 30

⁷² Ibid. p. 286

Il a été nécessaire par ailleurs d'élaborer une ligne de comportement du patient dépendant de facteurs antécédents ou futurs : l'incorporation ce que le patient a fait ou prévoit de faire avant et après la séance, la considération de son temps d'existence au-delà du seul temps de simulation. David Noir, comédien et intervenant lors du stage organisé pour l'atelier d'improvisation, a apporté quelques pistes et réflexions concernant la pratique du jeu, en la mettant directement en lien avec le travail de jeu en simulation. Selon lui, le comédien doit sentir exister son patient/personnage en dehors de l'expérience. Il doit considérer l'avant et l'après consultation. La vie continue d'habiter le personnage que le comédien interprète, pas seulement lors de la séance ou en entraînement. L'authenticité du jeu lors des séances a pour objectif de susciter une réaction de l'étudiant en médecine afin de convoquer les notions de relation et d'empathie. Ainsi, le comédien doit arriver avec « quelque chose qui soit aussi pesant qu'une vie⁷³ ». Cette authenticité née d'une part de l'habitation du personnage par la dynamique émotionnelle, corporelle et sensorielle ainsi qu'à travers la construction de l'identité du personnage (statut social, familial etc.). Cependant, en raison de contrainte temporelle, la construction du profil social du personnage a été légèrement mise de côté à l'instar du travail autour des canevas et des profils. En effet, j'ai pu remarquer lors des entraînements que les étudiants ont peu élaboré l'histoire de leur personnage bien que le patient incarné possède une présence physique et psychologique. Le visionnage des vidéos m'a permis de constater que les étudiants développent en général un personnage présentant des similitudes sociales à leur propre statut (étudiant en lettre, langue ou art par exemple).

1.2. Travail sur le canevas

Nous allons étudier dans cette partie le processus d'intégration et d'appropriation du canevas. Les étudiants sont passés par cette étape d'apprentissage avant de pouvoir ajouter les directives de jeu (profils) et la construction de l'histoire personnelle. Le canevas a structuré la séance de consultation. En effet, étudiants médecins et comédiens se sont basés sur l'énonciation et la compréhension des symptômes pour guider la séance. Les comédiens ont rajouté à cela une variable relationnelle et communicationnelle à travers le profil psychologique. Il a donc été nécessaire que les étudiants comédiens connaissent les détails de

⁷³ David Noir, Stage d'improvisation, ICM Echirolles, samedi 6 novembre 2016

leur canevas afin de ne pas ébranler la structure de la consultation. A ce sujet, Patrick Pézin, dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs* affirme que

Plus on s'appuie sur la situation, plus on est vrai : chaque appui donne une impulsion. Mais, à l'inverse, toute information uniquement verbale qui ne s'appuie pas sur un élément objectif de la situation fait régresser le travail⁷⁴.

Ici les données objectives de situation sont préétablies dans le canevas. Lorsque Pézin indique que la régression du travail est en partie due à l'absence d'utilisation des données objectives d'une situation, nous pouvons comprendre qu'au sein du dispositif, une « transgression » du canevas peut amener à des incohérences cliniques, de la déconcentration et une disjonction entre la simulation et la réalité. C'est pourquoi le travail d'appropriation des canevas a été important pour les comédiens, afin de leur donner par la suite la liberté de jeu nécessaire à la construction du patient standardisé, sans les focaliser sur la remémoration des symptômes. Nous allons donc nous intéresser aux différents types de canevas établis, puis au processus de découverte et d'appropriation des canevas avant de voir par quels moyens les étudiants mêlent symptômes et profils.

a) Description des canevas

Quatre canevas ont été élaborés pour ce dispositif. Les canevas sont formés de dossiers médicaux, contenant un épisode douloureux ou un problème en cours à l'origine de la consultation. Chaque dossier est constitué de deux à quatre signes repérés par les patients consultant ainsi que d'éléments antécédents. Chaque canevas porte le nom d'un personnage pouvant être homme ou femme : Camille, Claude, Dominique et Frédérique. Ils n'ont que peu d'histoire personnelle, sociale ou familiale et contiennent surtout des données médicales. La construction du canevas se doit d'être claire et précise dans les éléments qu'il apporte au comédien pour que celui-ci s'en saisisse facilement et puisse développer un personnage avec un profil social et psychologique. Les quatre canevas sont les suivants :

- Camille présente une hématurie à la bandelette décelée lors d'une consultation de médecine du travail, remarquée déjà un an auparavant lors d'une première visite médicale. Ses antécédents indiquent une première hématurie, celle-ci étant

⁷⁴ Op. Cit. p. 292

macroscopique, il y a 4 ou 5 ans après une rhinopharyngite. Aucun bilan n'a été réalisé à l'époque. Camille précise mal le type d'hématurie, (plus ou moins totale, transitoire...) et en possède des souvenirs flous. Il-elle présente une forme physique habituelle et n'a aucun ressenti quant à ses signes.

- Claude présente un nodule de la thyroïde, découvert par hasard lors de la visite de médecine générale pour une angine il y a un mois. Il-elle a l'impression que cela grossit depuis cette découverte et ressent une gêne pour tourner la tête, une gêne respiratoire à l'effort et indique que sa voix est parfois éraillée en fin de journée. Il-elle explique que sa forme physique est altérée et ses performances physiques diminuées. Il-elle ressent des crises de palpitations, des malaises avec bouffées de chaleur, des sueurs et tremblements. Il-elle explique ressentir un changement de caractère, des difficultés relationnelles et professionnelles, des troubles du sommeil et avoir vécu un licenciement récemment.
- Dominique présente une toux sèche sans écoulement nasal, sans sécrétion bronchique, sans angine et sans essoufflement, et ce depuis quelques jours sans plus de précision temporelle. Il-elle explique avoir une toux pénible, agaçante, gênante pour lui-elle ainsi que pour son entourage. Les quintes de toux se déclenchent sans facteur évident, le jour et un peu la nuit. Dominique ressent également un point de côté à droite depuis le matin, plus ou moins permanent, sensible aux changements de position, provoquant une douleur profonde, pas déclenchée par la palpation des côtes ou de la peau, sans traces d'hématomes, ni de chute... De plus, il y a huit jours Dominique a ressenti une douleur au poignet droit pendant deux jours puis la douleur s'est estompée. Cela s'est traduit par un petit gonflement du poignet droit et gêne dans les mouvements extrêmes du poignet. Aucune autre articulation n'est douloureuse.
- Frédérique indique des signes d'amaigrissement depuis un an avec une fatigue latente et une diminution des capacités physiques. Il-elle explique avoir des diarrhées fréquentes depuis environ deux ans, de plus en plus souvent et donne des détails sur l'état de ses selles. Les débuts ont été progressifs.

Les termes utilisés au sein des canevas n'étaient pas familiers aux comédiens. Ces derniers ont eu besoin d'être sensibilisés à la thématique (comme le travail réalisé en début de projet) afin de les accompagner à s'appropriier les signes et les douleurs de chaque personnage. L'objectif du travail des comédiens résidait dans la capacité à expliquer les symptômes fictivement ressentis et à s'approcher d'une situation « réelle » face à un médecin posant des questions ciblées sur la temporalité, les douleurs, etc. Un travail d'appropriation des canevas (compréhension, apprentissage et restitution) a donc été nécessaire.

b) Découverte des canevas

Le travail de découverte des canevas entendait à la fois une explication théorique des symptômes et leur compréhension ainsi qu'une intégration corporelle. En effet, dans la même perspective que le travail du geste psychologique, l'appropriation des symptômes est avant tout corporelle. Il est par ailleurs force de constater qu'une douleur est en premier lieu un stimulus transmis par le système nerveux. La Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie de la Pitié-Salpêtrière indique dans un cours concernant la douleur qu'elle est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable⁷⁵ ». Le patient intègre donc d'abord un ressenti subjectif corporel avant d'aborder son intégration intellectuelle à travers l'analyse.

Avant d'amorcer le travail d'intégration corporelle des ressentis, lié aux symptômes chez les comédiens, les canevas ont été tout d'abord source de discussion entre Philippe Chaffanjon et les étudiants en improvisation. Ils ont pu échanger concernant les termes techniques, définitions et ressentis. À l'aide de cet étayage théorique les étudiants comédiens ont été en mesure d'expliquer quel type de douleur, sa localisation et les ressentis qui y sont liés aux étudiants médecins. Par la suite, les comédiens sont passés par un travail corporel, de ressenti et en groupe. L'exercice suivant a permis de travailler la relation aux partenaires, la présence sur scène, la concentration, l'intention, le ressenti et l'analyse de cette intention grâce à l'image que le groupe renvoie. En effet le comédien seul sur scène, n'ayant pas de visuel direct sur sa prestation, a moins accès à son image corporelle et à l'analyse de celle-ci.

⁷⁵ Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Pitié-Salpêtrière Chapitre 5- douleur, Cours en ligne, 1^{er} février 2002

Exercice

Un travail de chœur est proposé afin d'aborder les canevas en premier lieu par les ressentis, le rapport au corps et la relation à l'autre dans la pièce. Les comédiens sont invités à réaliser des mouvements lents en groupe de quelques personnes et à se suivre. L'exercice est basé sur le ressenti de l'autre, la concentration et l'attention. Ils peuvent ainsi explorer l'espace et les positions du corps. Peu à peu le canevas est intégré mais les comédiens doivent éviter de réaliser les mouvements de façon illustrative. Ils prennent peu à peu conscience du corps en fonction des indications transmises par l'enseignante qui décrit quelques caractéristiques des dossiers médicaux de chaque canevas (exemple : douleur au côté droit, fatigabilité, etc.).

Cet exercice est pertinent dans la construction de la partition gestuelle du comédien en situation de consultation. Il intègre ainsi le symptôme et peut éviter la représentation illustrative de la douleur. Celle-ci peut être indiquée au médecin par la parole et par la description des ressentis en adaptant son corps à la situation. Les comédiens ont intégré ainsi les caractéristiques essentielles et gestes associés du canevas. Nous retrouvons également les principes de geste archétype et d'engagement du corps relatifs au geste psychologique. Ce travail d'intégration des ressentis est abordé par Stanislavski dans *La formation de l'acteur*, lorsqu'il évoque les moteurs de la vie psychique

Il suffit de « sentir » son rôle pour qu'immédiatement tout s'harmonise et que l'instrument corporel d'expression se mette à fonctionner. La première source, et la plus importante, est donc le *sentiment*⁷⁶

Stanislavski propose trois moteurs à la vie psychique : « le sentiment, l'intellect et la volonté⁷⁷ ». Nous travaillons ici sur le processus de sentiment d'une affectation physique ou psychique. Concernant l'incarnation à travers le sentiment du rôle et des symptômes, David Noir a observé lors du visionnage des vidéos une tendance de la part des comédiens à « commenter » l'état physique et psychologique lors des consultations. Ce décalage entre le comédien et le personnage est une forme de désincarnation, sortant du ressenti, du sentiment.

⁷⁶ Op. Cit. p. 273

⁷⁷ Ibid. p. 276

Ici, le comédien court le risque de sortir de leur rôle de patient en termes de concentration, d'émotion transférée au médecin et d'authenticité de jeu.

Par ailleurs, le travail d'intention est également important au sein de cet exercice. En effet, le geste et le sentiment sont habités par une volonté d'accomplir un objectif (celui du personnage). Patrick Pézin dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, aborde le concept d'intention chez Stanislavski :

L'intention, si elle doit toujours habiter l'action physique pour être lisible, ne précède pas toujours cette dernière dans le travail ; ce peut être au contraire une action physique précise qui va susciter l'intention intérieure et la nourrir⁷⁸

Il affirme que l'action corporelle peut induire et nourrir l'intention. L'exercice proposé a pour objectif de faire naître l'intention à travers le mouvement chez les comédiens. La réflexion concernant l'intention constitue l'amorce de l'étude de l'appropriation du canevas, de la phase d'intellectualisation et de volonté conscientisée relative aux moteurs de la vie psychique de Stanislavski. Nous allons voir par la suite comment ce processus est travaillé.

c) Apprentissage et appropriation des canevas

L'apprentissage des canevas est passé par l'exploration et l'interrogatoire des symptômes que les étudiants ont appris en amont. Cet atelier peut s'apparenter à une « simulation de la simulation de consultation ». Après un échauffement du corps en groupe, les comédiens ont été interrogés et mis en condition de séance de consultation, afin de tester leur connaissance du canevas et leur capacité relationnelle et de jeu lors d'un interrogatoire médical.

Exercice

Les comédiens sont en station debout, immobiles sur scène et ouvrent les yeux : ils découvrent l'espace. Ils sont invités par l'enseignante à entrer dans la salle de consultation fictive. L'enseignante les interroge sur les différents aspects du canevas : présentation, antécédents, raison du rendez-vous puis termine avec un diagnostic ou une conclusion de consultation. L'étudiant est

⁷⁸ Op. Cit. p. 331

amené à répondre aux questions en jeu au même titre que face à un étudiant en médecine lors des séances de simulation.

Le passage de la station debout les yeux clos à la station assise en imaginant être en salle de consultation permet la mise en condition physique et psychologique du comédien. L'enseignante prend le rôle du médecin et pose des questions axées sur la connaissance des symptômes. L'exercice oriente le travail sur la connaissance précise du canevas et peut différer avec la réelle mise en situation. Cela en raison de la découverte progressive des caractéristiques de chaque canevas par les médecins. Ce type de mise en situation peut s'apparenter au format du jeu de rôle. La simulation de séance pour les comédiens, est un support d'entraînement au jeu en vue de la simulation de consultation. L'exercice a donc pour objectif d'inciter les étudiants à incorporer le canevas afin qu'ils puissent répondre aux questions de manière réactive voire automatique. Ils ont pu ensuite intégrer une directive de jeu (profil) et leur part d'improvisation libre (l'histoire personnelle), sans hésiter sur les symptômes.

d) Mise en lien des canevas et profils

Les canevas ont été couplés avec des profils de jeu plus précis. Les comédiens ont ajouté une directive de jeu aux signes cliniques. Ces scénarii couplés aux profils psychologiques représentent un « type » de personnes observées par Philippe Chaffanjon lors de ses consultations. Le médecin a affirmé que les profils établis étaient susceptibles d'engager une communication compliquée pouvant même l'altérer : problème de compréhension, contradiction et opposition persistante de la part du patient ou dans l'espace de parole et d'échange avec un patient effacé, réservé ou logorrhéique. Ces situations questionnent pour la plupart le rapport de force entre soignant et soigné lors d'une consultation. Le travail de liaison entre les canevas et les profils peut être considéré comme une forme de montage, d'association de compétences afin d'arriver à l'objectif final qui réside dans la création d'un personnage ayant une problématique d'ordre médical ainsi qu'une vie intérieure psychologique et émotionnelle. Par la suite, l'acteur a été invité à entrevoir une liberté de jeu quant au contexte personnel du patient, la façon dont il définit ses symptômes ainsi que son histoire. L'exercice suivant met au travail le processus de liaison entre les deux

directives (canevas et profil de jeu). Les comédiens s'aident ici du concept de geste psychologique expliqué précédemment.

Exercice

Les comédiens entrent dans une salle symbolisant l'hôpital et se déplacent dans l'espace. La première étape de l'exercice consiste à amener les comédiens à changer de profil par un claquement de mains. L'objectif ici est d'observer et de travailler la façon de se mouvoir, la posture et la démarche, en fonction du profil. La suite de l'exercice mène les étudiants à s'asseoir sur des chaises symbolisant le lieu d'attente avant la consultation médicale. Ils ont un profil particulier, une posture et une manière à eux de s'asseoir sans tomber dans la caricature. A chaque claquement de mains ils prennent un profil différent ainsi qu'une nouvelle posture, se basant toujours sur la notion de « geste psychologique ».

Dans un premier temps, le changement entre les profils se déploie à travers les ressentis corporels et posturaux. Puis dans un second temps, plus réflexif, ce changement s'effectue sur la conscientisation de l'état émotionnelle lié à l'état postural. Les comédiens sont amenés à réfléchir au lien entre corps et profil psychologique pour adopter un état corporel adapté au profil et afin de pouvoir jouer un ressenti qu'ils ne peuvent pas forcément trouver dans leur propre expérience. Patrick Pézin dans *Le livre des exercices à l'usage des acteurs* insiste sur le travail progressif d'intégration des éléments d'une situation et d'élaboration du jeu. Ici, les comédiens travaillent progressivement chaque étape.

« Comment vivre une situation que je n'ai jamais vécue ? » C'est ce que se demande au départ tout comédien. La première chose est de se garder de forcer ce que l'on ne connaît pas : il faut laisser le temps aux réactions et aux émotions justes de se former et de surgir ici et maintenant dans le jeu, et il faut éviter de courir tous les éléments de la situation à la fois⁷⁹

Le travail du geste psychologique est lié au symptôme (canevas) mais également au profil (psychique). La liaison des différentes entités se met en place progressivement. Par la suite, l'enseignante détaille avec plus de précision les types de profils.

⁷⁹ Op. Cit. p. 292

Exercice

L'enseignante interpelle les comédiens en proposant un état parmi la liste suivante : timide, bavard, en colère, ayant quelque chose à cacher (sournois ou honteux par exemple), insouciant (question de la compréhension de la présence en consultation), anxieux (le patient imaginant avoir une pathologie grave après avoir lu Doctissimo par exemple), curieux (l'envie de comprendre et de se renseigner, voir à l'excès, sur les symptômes, le médecin, le cadre de la consultation), « benêt » (qui a une compréhension limitée des propos du médecin). Les comédiens développent ainsi les symptômes de leur propre canevas en s'adaptant à l'état proposé.

Cet exercice axe le travail sur l'addition d'une variable de jeu (profil) à l'appropriation des canevas, afin de pouvoir ajouter et changer de variable ainsi que de travailler l'adaptation du jeu. Les comédiens ont pu entrevoir la construction d'un personnage et non pas une liste de symptôme. En effet, les caractéristiques psychologiques, sociales, etc. peuvent changer en fonction du profil établi. Il a été nécessaire pour eux de prendre en compte cette variable pour arriver à jouer un comportement adapté au profil de jeu. Pour Dominique par exemple, le comédien doit être capable de montrer où se trouvait le point de côté à droite exactement et d'indiquer dans quelle position cela est le plus douloureux. De même pour l'explication des antécédents. En effet, dans son dossier médical, Dominique s'est fait opéré des végétations auparavant, et a eu une phlébite du mollet. Dans ce cas, le patient est souvent au fait de ses antécédents car coutumier des liens avec le corps médical. Cependant cela dépend du profil psychologique adopté par le comédien. Un profil minimisateur par exemple omet certains détails, ne les jugeant pas important et pertinent pour expliquer sa situation. Le comédien explicite ces données à travers sa mémoire corporelle, sa mémoire sensorielle, et son histoire personnelle mais aussi en fonction des demandes du médecin et de son profil, donc de la tournure que peut prendre la consultation. Il doit être à même d'adapter son explication en fonction du profil et de la situation.

Les étudiants ont eu connaissance du profil attribué seulement quelques minutes avant la séance de simulation. L'intérêt ici est d'éviter la mise en jeu d'un personnage caricaturé, due aux répétitions lors des entraînements. Les comédiens ont construit progressivement et inconsciemment lors des ateliers, une histoire, un profil social, professionnel, familial etc. à

leur patient. Le profil psychologique est une ligne directrice des sentiments, ressentis et de la personnalité du personnage. Les étudiants ont été amenés à prendre en compte le contexte lié au personnage ainsi que son profil psychologique pour exprimer des sentiments adaptés. Concernant le contexte lié au personnage, Stanislavski évoque la nécessité de considérer les éléments de contexte dans la création du personnage afin de s'en saisir et de l'incarner

Vous devez [étudier le personnage] du point de vue de son époque, des circonstances, de son pays, de ses conditions de vie, de son entourage, de la littérature, de la psychologie, de son esprit, de sa façon de vivre, de sa position sociale, de son aspect extérieur, également ce qui le caractérise, sa personnalité propre, c'est à dire ses habitudes, ses manières, ses attitudes, sa voix, sa façon de s'exprimer, ses intonations... C'est en travaillant ainsi sur cette matière première que vous parviendrez à l'animer de vos propres sentiments⁸⁰

Ce travail a été réalisé en amont des séances de simulation. Le profil donne une direction émotionnelle et psychologique au personnage mais il est nécessaire que son profil social, familial, etc. soit réfléchi avant la séance. En effet, la variable de jeu que constitue le profil donne une large marge d'improvisation qui seconde une base se devant être solide (canevas, construction du personnage), cela afin de garantir la cohérence et l'authenticité du jeu.

2. La mise en condition

Avant la simulation, les objectifs du projet, les modalités pédagogiques et le déroulement du dispositif ont été explicités aux étudiants. C'est ce que les auteurs de *La simulation en santé* appellent le *briefing*. Ce type d'échange a été instauré au début des ateliers d'improvisation, lorsque l'enseignante du dispositif CHUI a explicité les enjeux du projet aux étudiants, ainsi que les objectifs d'apprentissage. Les étudiants ont également pris connaissance des grilles d'évaluations et du programme d'entraînement du semestre via un calendrier relatant les séances d'improvisation et les sessions de simulation. Les étudiants en médecine ont eux aussi échangé sur les enjeux du projet avec leurs responsables pédagogiques. Ainsi, les rôles de chacun et la mise en œuvre du dispositif ont été intégrés avant les premières séances de simulation afin de fluidifier le déroulement de l'action et de mettre en condition les étudiants.

Le *briefing* contribue également à rappeler l'engagement des étudiants. Dans notre

⁸⁰ Op. Cit. p. 37

dispositif les médecins étaient volontaires et devaient rester impliqués du début à la fin du projet pour le bon déroulement des séances, ainsi que pour soutenir les comédiens dans le jeu (prévenir les risques de décrochage, de surjeu face à une réponse théâtrale du médecin par exemple ou une non adhésion au dispositif lors de la consultation). Les auteurs de *La simulation en santé* rappellent ce principe :

« Les apprenants de leur côté doivent s'impliquer pleinement dans l'environnement simulé (faire « comme si c'était réel ») et prendre la simulation au sérieux malgré son côté artificiel et théâtral⁸¹»

Le *briefing* œuvre à la préparation des participants aux séances afin d'établir une atmosphère d'apprentissage favorable. Il s'agit lors de ce temps de rappeler les objectifs de ce module d'apprentissage, d'expliquer le déroulement du dispositif de la séance de simulation au bilan, le fonctionnement et l'utilisation des enregistrements vidéo, des grilles d'observation et d'évaluation. Également, les règles de confidentialités (notamment en rapport au droit à l'image) et le repérage spatial, (salles d'attente, salles de consultation, lieux d'attente avant passage, lieux d'entretien informels, etc.) ont été abordés. De plus, les responsables du dispositif utilisent ce temps pour évoquer les principes de bases dans l'apprentissage et dans le groupe : bienveillance, écoute, respect mutuel, critique constructive lors des retours. Ce sont des temps de cadrage des modalités pédagogiques et d'échanges entre formateurs et étudiants qui se sont déroulés largement en amont de la simulation.

Nous allons désormais nous pencher sur la question de la mise en condition à l'entrée en simulation. Au sein de l'ouvrage *La simulation en santé* nous trouvons la définition suivante qui explicite la notion de *pré-briefing*⁸² :

Le pré-brief est un briefing beaucoup plus court que le précédent qui a lieu immédiatement avant la pratique simulée proprement dite. Son but est d'orienter et de mettre en contexte les participants par rapport à la tâche qu'ils devront réaliser⁸³

Cette mise en condition ou en contexte, est réalisée différemment du côté de la formation en médecine ou en improvisation. Les externes se réunissaient collectivement en salle de réunion dans laquelle ils attendaient tous leur passage. Ils se sont habillés de blouses et ont bénéficié

⁸¹ Op. Cit. p. 317

⁸² Au sein du dispositif CHUI, nous employons la notion de mise en condition. La définition du pré-briefing cependant correspond à notre emploi de l'expression « mise en condition ».

⁸³ Op. Cit. p. 317

d'un rappel succinct du déroulement de la session (emplacement des salles, objectifs, etc.). La mise en condition des comédiens n'a pas seulement servi à mettre en contexte et à rappeler le déroulement du procédé, mais bien à échauffer et à entrer dans le processus de jeu et de concentration. La mise en situation a préparé les étudiants à la séance de simulation et a créé les conditions physiques et psychologiques « pour que la pratique simulée permette de mener aux objectifs d'apprentissage préétablis⁸⁴ » selon les auteurs de *La simulation en santé*. Cette mise en condition se déroulait quelques minutes avant la séance de simulation. Le *briefing* peut donc être considéré comme le temps de cadrage et d'explicitation des objectifs, du fonctionnement et des modalités du projet. Quant à ce que les auteurs appellent le *pré-brief*, il se rapporte plus spécifiquement à la mise en condition, au processus de concentration lors des quelques minutes précédant la session de simulation. La mise en condition telle que nous l'entendons se rapproche plus de la définition du *pré-brief*. Elle possède un intérêt double : d'une part elle consiste à prédisposer corporellement, émotionnellement et psychiquement les comédiens et d'autre part, elle permet de réactiver les dynamiques de jeu traversées et vécues par les comédiens lors des entraînements. C'est un processus qui conditionne le corps et les ressentis pour arriver à retrouver le travail de construction du personnage. La mise en condition convoque à la fois le ressenti corporel et la notion de mémoire affective. Ce processus de conditionnement est axé sur l'affect, le ressenti psychique en lien avec le souvenir d'un évènement ou d'un sentiment. Stanislavski définit la mémoire affective ainsi :

Tout comme la mémoire visuelle peut reconstruire des images mentales à partir de choses visible, la mémoire affective peut ressusciter des sentiments qu'on croyait oubliées jusqu'au jour où, par hasard, une pensée ou un objet les fait soudain resurgir avec plus ou moins d'intensité ou d'acuité⁸⁵

La création d'un contexte ou d'un évènement relevant d'un affect particulier permet à l'individu de ressentir physiquement un état vécu auparavant. C'est ce procédé physique et psychologique qui est utilisé pour la mise en condition de certains profils. Par exemple, le profil revendicatif voit se découper deux étapes à sa mise en condition. L'étudiant débute par une respiration rapide par le nez pour un premier conditionnement physique. Puis l'enseignante tient l'étudiant par les épaules pour l'empêcher de passer pendant trente secondes. Elle « provoque » par la suite l'étudiant en touchant des parties du haut de son corps

⁸⁴ Op. Cit. p. 31

⁸⁵ Op. Cit. p. 196

(épaules, buste), ce dernier ne peut pas réagir face à cela. L'oppression physique passe par le contact corporel à caractère intrusif. Cette mise en condition psychologique et corporelle mène l'étudiant à incorporer l'état d'énervement qu'il pourra, par la suite, transférer en consultation. Ce dernier est amené à se remémorer un souvenir lié à l'agacement, l'oppression voir à l'impuissance face à une situation. La mémoire affective convoque à la fois le souvenir d'un sentiment et le ressenti corporel lié au souvenir. Stanislavski revient dans son ouvrage *La formation de l'acteur* sur le piège de l'utilisation de la mémoire affective. Il raconte un jeu de scène réalisé deux jours de suite, en improvisation et en suivant la même ligne textuelle. Il en déduit que la mémoire efface la spontanéité et le réel au profit du geste et du sentiment analysé, dépourvu de ressentis pendant le jeu, de manière mécanique, tourné vers la personne spectatrice. Dans notre cas il n'y a pas eu de spectateurs mais une interaction directe entre les deux étudiants. Cela peut s'avérer encore plus compliqué pour l'étudiant en médecine si chaque action est analysée et conscientisée en amont et réalisée de façon exacte par le comédien :

Aujourd'hui, vous étiez conscient de notre présence. Vous vouliez savoir quelle impression nous faisait votre jeu. [...] La première fois vous étiez poussés par vos intuitions, par vos sentiments. Mais là, vous avez tout repris mécaniquement ; au lieu de revivre, de recréer, vous avez « reproduit »⁸⁶

La mise en condition corporelle efface toute mémoire relative à l'entraînement et convoque le ressenti à l'instant présent afin d'inciter l'étudiant à baser son jeu sur un sentiment, une émotion ou une affectation physique. Par ailleurs, le principe d'improvisation vise à éviter toute reproduction mécanique, en raison de son caractère imprévisible.

Le travail de mise en condition et celui sur la mémoire sensorielle a également été mené par l'enseignante. Prenons l'exemple du profil qui a « quelque chose à cacher » : l'enseignante a versé quelques gouttes d'alcool sur le vêtement du comédien, dans le but de réaliser deux objectifs : le premier étant de susciter l'intérêt de l'addiction à l'alcool chez le médecin si celui-ci le sent. Le second est d'activer un souvenir sensoriel olfactif chez le comédien, d'un souvenir relatif à l'alcool. L'exécution du moteur psychique ainsi que celle des mémoires affectives et sensorielles passent par la mise en condition corporelle dans l'objectif de ressentir réellement une altération physique ou psychique comme le stress et l'anxiété. Pour le profil anxieux, l'enseignante a proposé à l'étudiant de serrer ses mains de

⁸⁶ Op. Cit. p.198

manière compulsive jusqu'à ce qu'elles deviennent moites. Cet état de stress a été probablement vécu par l'étudiant dans son expérience et est atteinte mécaniquement en premier lieu (action de frotter les mains), puis convoque les sens pour arriver aux conséquences de l'action. Les composantes somatiques de l'anxiété peuvent être des sensations de « « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique⁸⁷ ». La mise en condition du corps va permettre à l'étudiant de ressentir de façon organique et sensorielle (et non intellectuelle) l'anxiété.

Pour le profil « benêt », doté d'une compréhension limitée, l'enseignante a proposé à l'étudiant de se masser le visage lentement, d'ouvrir la bouche et de détendre la mâchoire. Le travail passe par la lenteur du corps, et non par l'intellectualisation de l'état mental du personnage. Bien que le personnage soit défini comme « benêt », peu clair dans ses propos, faisant répéter les explications et inadapté dans la relation, il a été rappelé aux étudiants de ne pas juger le personnage et de percevoir la bêtise chez lui afin d'éviter la distanciation et de perdre l'authenticité du jeu, et le vivre corporellement.

Par ailleurs la mise en condition est un travail de concentration. Stanislavski aborde cette notion de concentration pour que « la séduction du public [soit] plus forte encore que le drame⁸⁸ ». Lors de la séance, le public peut être considéré comme composé de la caméra et du médecin. Cependant si l'étudiant comédien admet que l'étudiant en médecine est un public, il en perd sa concentration et entre dans la séduction, le cabotinage. Ceci renvoie aux propos concernant l'adaptation du jeu en fonction du public conduisant à la perte de l'objectif du personnage ainsi qu'à la dérive de l'objectif du comédien. Le travail de concentration passe par des exercices touchant l'affect et la sensation afin que les étudiants comédiens soient focalisés sur leur personnage. Cette démarche permet d'éviter l'intellectualisation trop forte des ressentis du comédien ainsi qu'une désincarnation. En effet, Stanislavski explique ce procédé de distanciation par le manque d'attention : « vous avez essayé d'extraire de vous-même des sentiments qui n'y étaient pas⁸⁹ ». Pour que les sentiments soient justes, la mise en condition fait appel aux mémoires affectives et sensorielles tout en évitant le mécanisme de la reproduction. Stanislavski affirme que « pour détourner votre attention de la salle [la salle est

⁸⁷ DSM-IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, « troubles anxieux » Masson, Quatrième Edition, p. 494

⁸⁸ Op. Cit. p. 95

⁸⁹ Ibid. p. 97

ici le cadre de la séance de consultation], il faut vous intéresser à quelque chose sur la scène⁹⁰ ». Il évoque ici l'objectif du comédien. Ce dernier se concentre pour s'investir pleinement dans la relation avec le médecin, tout en intégrant ses directives de jeu. L'intérêt qu'il porte à « la scène » constitue la relation avec le médecin d'une part et son objectif en tant que patient d'autre part : la raison de la consultation.

La concentration a pu être difficile à atteindre dans ce cadre. En effet, les étudiants ont changé plusieurs fois et rapidement de milieux (différentes salles d'attentes, couloirs, salle de mise en condition etc.). De plus, ils ont perçu les allées et venues des enseignants, d'Alexandre Bellier et moi ainsi que de l'équipe technique alors qu'ils étaient déjà en situation de jeu, en salle d'attente. Lors de la première session, les lieux ne leur étaient pas familiers. Ce sont autant d'éléments qui ont pu mener les étudiants à se focaliser sur un détail, sur la découverte du lieu et du cadre avant d'entamer le processus de concentration. D'une autre perspective, cette perte dans l'espace hospitalier pouvait constituer un conditionnement inconscient mais efficace à la situation de patient.

3. Conditions de déroulement de l'action

Deux séries de consultations simulées ont eu lieu en octobre et novembre 2016. Les séances se sont déroulées dans des salles de consultation du CHU de Grenoble après la fermeture des consultations au public. Les séances se déroulaient à huis-clos afin d'être proche d'une mise en situation réelle et ont été systématiquement filmées par le service audiovisuel de l'UGA et visionnées par les enseignants. Le choix de la captation est argumenté par plusieurs raisons : le visionnage de la séance sans altérer la relation interpersonnelle formée par les deux étudiants lors de la consultation, la multiplication des séances en simultané dans l'objectif d'un gain de temps ainsi que de la conservation du témoignage, support aux bilans et à l'évaluation des étudiants et du dispositif. Les étudiants en médecine ont participé à une consultation en octobre et une en novembre, tandis que les étudiants en arts du spectacle en ont réalisés en moyenne deux en octobre et deux en novembre. Le nombre de séances réalisées dépend de la participation et la présence des étudiants en médecine et en théâtre. En effet, les étudiants en médecine étant plus nombreux que les comédiens, ces derniers ont bénéficiés de plus de « passages » en séance.

⁹⁰ Op. Cit. p. 98

Entre les deux séries, quelques améliorations ont été apportées au dispositif : une meilleure coordination des rendez-vous, un temps de concentration prolongé avant le passage en salle d'attente, l'instauration systématique d'un échange verbal entre les deux étudiants après la simulation de consultation médiatisé par Alexandre Bellier ou moi-même. À l'issue des séances, l'équipe pédagogique a visionné les séquences vidéo des consultations, afin de les analyser, d'évaluer les étudiants et de développer un retour critique sur la simulation. Les vidéos ont servi également de support d'échanges et de réflexions sur les pratiques professionnelles chez les étudiants en médecine lors du bilan.

Le projet a été séquencé en étapes temporelles, de part et d'autre des équipes pédagogiques. Concernant les arts du spectacle, la première étape a constitué la définition préalable des quatre canevas et d'une dizaine de profils possibles. Une première série d'exercices et d'entraînements aux conditions de consultation a précédé la première séance de simulation en octobre. S'en est suivie une seconde série d'ateliers préparatoires avant la deuxième séance de consultation en novembre. Concernant la formation médicale, chaque étudiant a mené deux consultations de quinze minutes, une en début de semestre et une en fin de semestre. Cet écart a été pensé afin d'étudier sa progression. Une séance d'une heure de bilan en groupe médiatisée par les enseignants de la formation médicale a eu lieu à l'issue de chaque consultation.

Le déroulement de la séance de consultation se compose de plusieurs étapes. Les étudiants en théâtre ont patienté dans une première salle d'attente extérieure au service. Ils ont été appelés un par un dans un bureau au sein du service, pour une mise en condition d'environ cinq minutes en individuel avec Ariane Martinez, responsable de l'atelier improvisation, qui leur a attribué le profil. Ils ont attendu ensuite dans une deuxième salle d'attente, proche des boxes de consultations. Quant aux étudiants en médecine, ils ont patienté dans une salle de réunion se situant également dans le service. Cinq salles de consultations ont pu être utilisées simultanément. Lors de leur passage, les médecins en formation se rendaient en salle d'attente et appelaient leur patient. Ils se sont tous deux dirigés en salle de consultation, pour mener une consultation médicale sans examen clinique pendant une durée moyenne de quinze minutes, filmée par une caméra fixe. Au sein de la séance, en théorie le médecin a questionné le patient sur sa venue en consultation, ses douleurs et ses ressentis, son histoire personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Les comédiens ont suivi leur canevas en faisant un lien avec leur profil prédéfini quelques minutes avant la séance mais travaillé en amont lors des séances d'entraînement.

Les enjeux des séances de simulation nous donnerons l'occasion d'analyser les processus d'entrée en relation, les méthodes de communications adoptées, les ressentis et les réactions des étudiants issus des deux formations. Nous y reviendrons plus précisément dans la troisième partie, lorsque nous procéderons à une critique, un retour sur le dispositif ainsi qu'une réflexion sur la pratique professionnelle.

4. Mise en place de temps d'échange

Cette partie aborde la dernière étape du déroulement du dispositif : les bilans. Nous allons ici détailler et analyser l'intérêt de la mise en place d'un bilan. Lors de ce projet, différents temps d'échanges ont été organisés après les séances de consultations. Ces temps ont été formels ou informels, individuels ou collectifs, en transversalité ou par filière. Nous allons analyser quel est l'intérêt de la mise en place de ces bilans et retours et quelles sont leurs modalités. En premier lieu, nous nous intéresserons à l'intérêt de ces temps d'échange et de bilan avant d'évoquer les types de bilan au sein du dispositif CHUI.

4.1. *L'intérêt du bilan*

Nous allons ici analyser les avantages théoriques de la réalisation d'un bilan, en nous appuyant sur les définitions des auteurs de l'ouvrage de référence *La simulation en santé : De la théorie à la pratique*. Ce cadrage théorique nous apporte une vision globale des différentes modalités de bilans. Nous verrons par la suite en quoi ces modalités de bilan du dispositif CHUI se sont inscrits dans la théorie des bilans de simulation. Les auteurs parlent de *débriefing*⁹¹, terme provenant des domaines militaires et sportifs, puis utilisé en psychologie et dans le monde du travail. Le but principal poursuivi par l'usage du *débriefing* réside dans l'amélioration des performances et des résultats. Les auteurs de l'ouvrage définissent le *débriefing* comme un processus qui « implique une participation active des apprenants, [...] »

⁹¹ Cependant il est nécessaire d'apporter une précision lexicale. En effet, dans leur écrit, les auteurs utilisent le terme *débriefing* pour nommer cette phase de discussion. Nous utilisons le terme *bilan* à l'instar de *débriefing*. Le terme *débriefing* est utilisé dans le champ de la simulation médicale dans l'optique de corriger et d'enrichir les apprentissages et compétences. Notre utilisation du terme *bilan* suppose une rencontre réflexive axée sur les éléments marquants dont se souviennent les étudiants, et non sur un jugement et une forme évaluative du dispositif ou des séances.

guidés par le formateur et dont l'objectif principal est d'aider les apprenants à identifier et combler les lacunes dans leurs connaissances ou compétences⁹² ». Au sein du dispositif CHUI, les caractéristiques du bilan ont fait écho à l'aspect réflexif et analytique des pratiques des étudiants sur leur propre expérience.

Les auteurs de *La simulation en santé* développent l'intérêt du *débriefing* pour les étudiants et pour le déroulement du projet, en soulignant les principes de bienveillance et de retours analytiques pour démêler les situations, les comprendre et intégrer les éléments dans un climat d'apprentissage et de réflexion favorable. Est évoquée également la dimension psychologique et émotionnelle dans ce type de dispositif

les séances de formation basées sur la simulation peuvent déclencher des émotions et générer du stress. [...] Toute simulation doit être suivie d'une séance de débriefing qui permettra d'engendrer de la réflexivité⁹³

Le bilan incite à évacuer les émotions et le stress vécus lors de la séance grâce au temps d'échanges collectifs ou avec les formateurs. L'objectif principal du bilan réside dans le processus de réflexivité des étudiants quant au dispositif et à la séance qu'ils ont vécue. L'intérêt du dispositif s'est situé d'une part dans l'entraînement au jeu et à la conduite d'entretien qu'impose le cadre des séances, ainsi que dans la conscientisation et la réflexion concernant ces pratiques.

En théorie, nous distinguons plusieurs phases au *débriefing*. Ces propos sont basés sur les recommandations de bonnes pratiques provenant des informations de l'HAS et de différents centres de simulation en santé, croisées par les auteurs de l'ouvrage *La simulation en santé*. Les auteurs distinguent trois phases successives : la phase de réaction, la phase d'analyse et la phase de résumé. La phase de réaction est le temps d'échange informel mis en place pendant les quelques minutes succédant à la séance. Dans le dispositif CHUI, cette phase débutait dès la sortie de la salle de consultation et pouvait se dérouler en autonomie entre les étudiants ou médiatisée par Alexandre Bellier ou moi-même. Pour ma part ces temps ont été soit en individuel avec l'étudiant comédien soit avec le binôme médecin-comédien. Les étudiants exprimaient leurs premières émotions et ressentis, à l'état brut. L'intérêt de cette phase se situe d'une part dans la dédramatisation de la situation, cette dernière pouvant s'avérer « tendue » ou oppressante, en raison d'un profil colérique ou bavard par exemple.

⁹² Op. Cit. p. 315

⁹³ Ibid.

Cependant le stress engendré peut également être dû au simple cadre de la simulation. Une mise en situation, au même titre qu'un examen, place l'individu au cœur de sa pratique professionnelle, ébranlant parfois sa représentation et sa conception de la pédagogie. Les réactions face à cela peuvent être diverses et génératrice de stress. La phase de réaction marque également la sortie du jeu, du personnage donc la fin de la simulation. Les étudiants ont été invités à noter par la suite leurs impressions et ressentis sur papier, qui a servi de mémoire et de matière principale pour l'analyse et le travail de recherche.

La seconde phase est celle du bilan, axée sur le processus réflexif concernant les apprentissages, les ressentis, les pratiques professionnelles, l'analyse de la situation (place et rôle théorique et réel de chacun). Cette phase permet également de mesurer l'écart entre la projection en amont des étudiants vis-à-vis de la simulation et de l'action réellement réalisée. Enfin, la phase dite de « résumé » selon la théorie de *La simulation en santé*, permet de prendre du recul sur l'expérience, dans une démarche synthétique et non évaluative de la simulation. Les étudiants sont amenés à expliciter ce qu'ils ont retenu de l'expérience, les possibles points d'amélioration et d'élaborer un bilan à l'action réalisée. Au sein du dispositif CHUI, les phases d'analyse et de résumé ont été condensées en un seul bilan, qui a mené les étudiants à avoir une réflexion quant à leur pratique, leur expérience et à synthétiser ce vécu.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées selon les auteurs de *La simulation en santé*. Dans un premier lieu, ils évoquent le rôle de l'enseignant au sein du bilan. Il est garant des valeurs de respect, d'écoute, de bienveillance lors de la séance de *débriefing* et « veillera à maintenir le climat d'apprentissage favorable qu'il aura su créer dès le briefing⁹⁴ ». Les auteurs soulèvent le rôle délicat que peut avoir le formateur qui, d'une part, évalue et critique les étudiants et, d'autre part, œuvre dans le processus d'apprentissage et de progression de ces derniers. Ils proposent la technique d'alternance entre les retours positifs et négatifs, en mettant l'accent sur les compétences à renforcer et à améliorer, afin « de garantir un équilibre dans la perception du jugement par l'apprenant⁹⁵ ». Plus concrètement, les auteurs suggèrent une méthode à suivre quant à la manière d'introduire une dynamique réflexive chez les étudiants :

⁹⁴ Op. Cit. p. 323

⁹⁵ Ibid.

l'utilisation de questions ouvertes sur un objectif d'apprentissage précis ou sur un comportement observé chez l'apprenant est une meilleure façon de susciter la réflexion que des questions fermées et ciblées de l'instructeur⁹⁶

Cette proposition permet d'explorer les connaissances ou la conscience des étudiants. Une autre technique est proposée par les auteurs qui consistent en l'utilisation d'un script à suivre, composé de questions relatives à diverses notions : la forme du dispositif, les objectifs pédagogiques, les ressentis lors de la pratique, la réflexivité sur leur pratique. Cela consiste en une approche plus formelle et structurée du dispositif : « l'intérêt est de conserver une certaine homogénéité dans la manière de débriefer et dans les messages pédagogiques importants qui sont transmis à différents groupes d'apprenants⁹⁷ ». Cela peut aller à l'encontre de l'expression plus libre. Le cadrage peut bloquer la pensée et le partage de certaines informations qui n'ont pas été conscientisées lors du bilan.

Le contenu et la méthode du bilan diffèrent en fonction de certaines variables : le nombre d'étudiants, leurs disciplines, l'expérience des enseignants quant à la conduite de bilans et spécifiquement de bilans post-simulation, les moyens à disposition (temps, lieu), les objectifs et modalités pédagogiques prévues pour le projet de simulation. Plusieurs moyens ont été employés pour avoir des retours critiques des étudiants sur la pertinence du dispositif. Concernant le médiateur du bilan, les auteurs de *La simulation en santé* affirment que « le formateur ne doit pas obligatoirement être un expert clinique, mais il doit posséder l'expertise requise en facteurs humains et en pédagogie⁹⁸ » en particulier si les objectifs pédagogiques ne sont pas techniques et spécifiques (par exemple une simulation de gestes médicaux). Les bilans des dispositifs de simulation d'ordre relationnel peuvent être dirigés par les enseignants des formations concernées si ceux-ci possèdent une sensibilité relationnelle et une capacité d'analyse de l'action. Ils évoquent la dynamique de conduite de *débriefering* dans le cas où plusieurs enseignants sont présents. L'intérêt est de croiser les compétences et champs disciplinaires (pédagogie, relation humaine, et chaque partie du projet donc médecine et impro) afin qu'ils soient complémentaires. Ils affirment qu'une réflexion préalable concernant l'organisation, la définition des statuts et des rôles de chacun est nécessaire pour le fonctionnement du bilan.

⁹⁶ Op. Cit. p. 323

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid. p. 324

L'animation du *débriefing* peut s'avérer complexe en raison du nombre d'éléments à prendre en compte : principe de respect, pédagogique, d'évaluation, répartition de la parole, stimulation de la réflexivité sur les pratiques. Les auteurs pointent du doigt les possibles dérives et difficultés du *débriefing* : l'absence de lien avec les objectifs de la simulation, des attitudes irrespectueuses, la structuration bancaire ou l'absence de structuration (réparation de la parole, explicitation de la construction de la séance), les questions fermées qui posent une trop grande limite à l'étudiant. De plus, la dérive vers l'évaluation lors du bilan, de la part des étudiants ou enseignants constitue une entrave. En effet, l'objectif de la réflexion n'est pas le même si le bilan porte sur le ressenti et l'analyse des pratiques des étudiants ou s'il s'intéresse à l'évaluation du dispositif et des étudiants. Le jugement peut annihiler rapidement la réflexion portée sur les ressentis et prendre une dimension beaucoup plus formelle.

4.2. Le bilan dans le dispositif CHUI

Les modalités du bilan relèvent des choix institutionnels relatifs aux modalités du dispositif. Deux types de rencontres ont été organisés. Des entretiens informels ont été menés par Alexandre Bellier et moi-même à la fin des séances de simulation dans le service du CHU d'une part. Puis plusieurs bilans qualitatifs oraux les 18 octobre et 29 novembre avec les étudiants en « Théâtre : Improvisation » ainsi que le 13 décembre avec les étudiants en Médecine ont eu lieu. Les différents types de bilan (les entretiens, correspondant à la phase de réaction et les bilans oraux constituent la phase d'analyse et de résumé) ont été médiatisés différemment. Les bilans collectifs des étudiants comédiens sera plus amplement développé au cours de cette réflexion en raison de ma présence lors de ces temps, et mon absence lors des bilans en médecine.

Les entretiens informels se déroulaient dans des bureaux, à côté des salles de consultation. Alexandre Bellier et moi étions présents lors des phases de réactions et les étudiants pouvaient également être en autonomie pour une question de logistique temporelle (jusqu'à cinq consultation en simultané). Les étudiants pouvaient cependant faire appel à nous lorsqu'ils avaient besoin d'une personne extérieure pour médiatiser, avoir un avis ou un renseignement quant à la suite. Je ne parlais ici que de ma façon de mener ces entretiens post-simulation. Les étudiants sortant de la séance se retrouvaient dans une salle annexe dans laquelle je me trouvais directement après la consultation. Dans un premier temps ils avaient l'occasion d'échanger librement sur leur expérience (sans question ou orientation de ma part). Lorsqu'un élément me paraissait important, je questionnais les étudiants à ce

sujet. Cette phase a été essentiellement basée sur les ressentis, les émotions que la consultation a provoqué chez eux. De plus, cet échange a contribué à dédramatiser et remettre en question la pratique après la simulation en mettant en exergue les points positifs et négatifs, à travers la confrontation du vécu de chacun. En effet, l'enjeu relationnel fort engendré par le cadre du dispositif entre les étudiants les incitaient à être à l'écoute l'un de l'autre afin d'analyser la situation en confrontant leurs points de vue. Ainsi ils ont pu évoquer les ressentis immédiats en sortant de la consultation. La sortie du rôle et du jeu a permis d'examiner les enjeux de la relation. Cela répond au besoin des étudiants de sortir psychologiquement de la simulation, notamment lorsque la consultation a été compliquée à mener pour les médecins face à des directives de jeu altérant fortement la relation et la communication. La discussion a permis à plusieurs reprises aux étudiants comédiens d'assumer un profil, un état émotionnel auprès de l'étudiant en médecine, en passant par l'excuse par exemple ou la justification de la directive de jeu (souvent dans le cas d'un patient revendicatif). Ils se sont questionnés ainsi sur leur vécu de la séance, du jeu du comédien (comment le comédien s'est senti et comment l'externe a ingéré la situation de jeu), le ressenti de l'étudiant en médecine lors de son interrogatoire. C'est une première forme d'analyse de la relation et de la situation. La sortie de la consultation rappelle à l'étudiant la nature de l'expérience de simulation, qui constitue un entraînement, une mise en situation, démêlant le vrai du faux. Le droit à l'erreur est alors plus facilement évoqué lors de cet échange puisque chacun est sorti de son « rôle », et redevenu étudiant. Selon Gravel et Lavergne dans *Impro I, Réflexions et analyses*, le droit à l'erreur permet de conscientiser et de déconstruire la pratique afin de percevoir les possibilités d'amélioration et de corrections :

Il faut que le droit à l'erreur désamorce le sentiment d'échec et puisque pendant l'apprentissage ce sont plutôt les improvisations ratées qui prédominent c'est en quelque sorte heureux. Car il importe avant tout de bien comprendre les fautes qui se glissent dans la mécanique et consolider ainsi la base sur laquelle on édifie sa compétence⁹⁹

Il s'agit de clarifier la situation et de passer par le processus de mise à distance et de déconstruction de la pratique afin d'appréhender les erreurs. Les sensations d'échec, d'impuissance ou bien de déconcentration sont analysées par les deux partenaires. Ceci leur permet d'avoir l'avis et l'analyse de l'autre sur leur propre pratique. Pour les étudiants en

⁹⁹ Gravel Robert, Lavergne, Jean-Marc, *Impro I. Exercices et analyses*, Leméac, Montréal, 1984, p. 32

improvisation, cet échange « permet d'améliorer son jeu pour la fois d'après¹⁰⁰ ». De plus, concevoir l'erreur et en débattre permet de dédramatiser le sentiment d'échec. C'est ce qui constitue l'enjeu de ces entretiens informels.

Concernant le deuxième type de bilan, les enseignants et membres du projet ont été médiateurs du temps d'échange en groupe. Plusieurs bilans ont été organisés pour chaque formation. Le temps d'échange prévu pour les étudiants en médecine a eu lieu avec Philippe Chaffanjon, Ariane Martinez, les étudiants volontaires, les membres de l'association APACH, Alexandre Bellier ainsi que Stéphanie Mérienne du Service d'Accompagnement des Pédagogies et des Initiatives Enseignantes dans le Supérieur. Le bilan réalisé en « Théâtre : Improvisation » s'est déroulé avec les deux enseignants ainsi que Stéphanie Mérienne. Par ailleurs, les étudiants d'improvisation ont réalisé un bilan de « mi-parcours » entre les deux séances de simulation avec Ariane Martinez et moi-même. Un bilan commun de fin de projet avec les deux enseignants de chaque discipline n'a pas pu se réaliser en raison de problèmes de temporalité et de moyens. Il était nécessaire d'avoir un environnement adapté pour le bon déroulement des bilans telle qu'une salle extérieure au lieu de simulation, afin de favoriser la coupure physique et psychologique avec lieu de simulation. Il convient également de différer le temps de bilan collectif puisque cela permet de prendre du recul sur la situation.

Le bilan final du groupe d'improvisation s'est déroulé en deux temps. D'une part Ariane Martinez a orienté les étudiants vers un temps réflexif sur leur vécu de l'expérience. Le bilan a débuté avec un exercice. L'enseignante a questionné les étudiants sur leur vécu et sentiments lors des séances de simulation avant de leur laisser un temps de réflexion individuel. Elle a interrogé par la suite leurs sentiments lors de ce temps de remémoration : blocage, excitation, aisance, etc. Cet exercice permet de mettre au travail la mémoire sensorielle et émotionnelle chez les étudiants. C'est une forme de mise en condition préparatoire à la phase de réflexivité qui constitue le bilan. Les comédiens ont été invités par la suite à prendre la parole sous forme d'un tour de table sur ce qu'ils retiennent en matière de jeu, d'apprentissage, d'expérience et de vécu personnel au sein de ce dispositif. Nous constatons qu'ils se sont questionnés spécifiquement sur la pratique du jeu sans public ; le rapport à l'autre dans la relation et le rapport de force ; l'utilité de cette pratique et plus globalement de la place du théâtre dans la société. Nous reviendrons au sein de la deuxième partie sur ces thématiques.

¹⁰⁰ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

La seconde partie du bilan est constituée des retours des enseignants sur la deuxième série de simulation spécifiquement, marquant la progression durant le semestre. Des questions sur l'utilité du dispositif et de la pratique ont été abordées. Les enseignants ont établi également un retour sur les modalités pédagogiques, le fonctionnement et les pistes d'amélioration de celui-ci. Il a été rappelé que le bilan n'a pas une vocation évaluative du dispositif ou des étudiants, mais qu'il cherche à questionner la pratique, les ressentis, le vécu émotionnel et psychologique du groupe.

Du côté de la formation médicale, le bilan a été composé d'une discussion basée sur le support vidéo. En effet, quelques vidéos ont été visionnées et commentées avec les étudiants, servant un propos relatif aux thématiques travaillées (ici, spécifiquement l'empathie, écoute et communication). La discussion a été orientée vers les points positifs et ceux à améliorer ainsi que sur les ressentis des étudiants. L'ensemble des consultations ont été filmées dans chaque salle, la caméra étant en permanence en marche. Ainsi, la dynamique d'entrée en relation entre les protagonistes n'était pas altérée par une considération technique comme par exemple le fait d'allumer la caméra. De plus, les séances se déroulaient à huis-clos, sans observateur « humain ». La vidéo est alors le support de l'évaluation et de l'observation des formateurs. Par ailleurs, la vidéo a été utilisée lors du bilan des étudiants en médecine afin de stimuler la réflexivité, l'analyse des comportements et le développement de ce que les auteurs de *La simulation en santé* appellent *shared mental models* (représentation partagée/commune). Le bilan des étudiants en médecine a considéré cette réflexion de représentation partagée, concernant la bonne pratique des notions de relation, d'empathie ou d'écoute en consultation pour pouvoir la développer avec les étudiants.

Ainsi, au travers de ces quatre étapes, de l'entraînement au bilan, le dispositif CHUI a pu soulever plusieurs questionnements quant à l'intérêt de sa démarche. En effet de sa création à sa théorisation, plusieurs concepts ont été convoqués tels que les principes de relation, d'adaptation, de complémentarité des compétences et de rencontre interdisciplinaire. Nous allons tenter désormais d'aborder l'intérêt de la démarche et les notions relatives au dispositif en élaborant une critique et en théorisant les différents principes relatifs au projet : l'utilisation de l'improvisation dans un dispositif de patient standardisé au sein d'une démarche partenariale. Nous allons donc sortir d'un raisonnement descriptif et analytique de l'action même, pour nous intéresser au cadre de cette action et les modalités qui la guident.

Partie 3 : Retour sur le cadre pédagogique du dispositif

Nous allons questionner au sein de cette partie l'intérêt d'une démarche telle que celle du projet CHUI. En premier lieu, il est nécessaire de revenir sur le terme *cadre*. Par cette appellation j'entends l'ensemble des éléments qui relèvent des choix pédagogiques. Ceux-ci concentrent la construction de l'action commune constituant la démarche partenariale, les composantes du dispositif (patient standardisé, improvisation), ainsi que les modalités du déroulement de l'action, le fonctionnement général en terme d'organisation, de lieu, de moyens humains et matériels.

Nous débuterons cette réflexion par l'inscription du dispositif dans une démarche partenariale qui présente un intérêt évident pour le département des arts du spectacle et la faculté de médecine. Nous en étudierons les avantages ainsi que le processus d'élaboration théorique d'un projet de ce type. Nous analyserons l'intérêt de l'utilisation du procédé de patient standardisé ainsi que de l'utilisation de l'improvisation au sein d'un dispositif de la sorte, afin de percevoir plus nettement la rencontre entre les caractéristiques des techniques, et les compétences relationnelles des étudiants en médecine travaillées au sein du dispositif.

Nous aborderons enfin un retour sur l'action, une critique réflexive du fonctionnement, des modalités du dispositif afin d'entrevoir les enjeux pédagogiques et relationnels mis en œuvre. Cette réflexion sera étayée essentiellement par les retours des étudiants à partir desquels nous tenterons de voir quels ont été les éléments marquant pour les participants, les modalités qui ont fonctionné et celles qui ont été remises en question.

Tous ces éléments constituent une analyse du cadre du dispositif, des outils et moyens employés lors du déroulement de l'action.

I. L'intérêt du partenariat

A travers les constats et besoins des acteurs institutionnels établis précédemment ainsi qu'en considérant les enjeux du dispositif, nous pouvons percevoir l'intérêt de la construction d'une démarche partenariale. En effet, nous remarquons que les compétences de chacun peuvent être complémentaires dans le travail concernant la question de la relation, au vu des éléments observés et constatés par les différents acteurs. Nous aborderons dans cette partie la spécificité du dispositif qui réside dans l'action partenariale. En effet, ce type de projet est peu commun au sein des formations sanitaires et artistiques. Peu théorisé, le partenariat pédagogique entre médecine et improvisation théâtrale possède cependant un intérêt notable que nous allons développer. Nous pouvons nous demander désormais comment et pourquoi il a été nécessaire de sortir d'un raisonnement interne aux départements pédagogiques pour penser et élaborer une réflexion partenariale qui prennent en compte la dimension territoriale, interdisciplinaire ainsi que les problématiques énoncées.

La réflexion ci-dessous tente d'explicitier les intérêts de la démarche partenariale, les différents types de partenariats existants, le cadre et les modalités de l'action du dispositif CHUI. Il s'agit de préciser ici ce que des acteurs peuvent s'apporter mutuellement au sein d'un partenariat, ainsi que le processus de construction d'un projet et d'une action commune.

1. Définition et élaboration d'un partenariat

La majorité des dispositifs de simulation intégrant la notion de jeu à leur modalité d'action utilisent des compagnies de théâtres, comédiens professionnels, ou patients experts (qui ne sont pas des acteurs) ou encore se déroulent entre étudiants en médecine et prend la forme de jeux de rôle¹⁰¹. Les limites de l'appel aux compagnies ou comédiens professionnels sont des raisons d'ordre financier quant aux salaires des comédiens par exemple. D'autre part, au sein du jeu de rôle, la connaissance médicale des étudiants peut altérer la relation instaurée. En effet, la réaction générée par une annonce de diagnostic ou une simple consultation peut être moins naturelle si le patient connaît les causes et conséquences de sa pathologie en

¹⁰¹ Delacour Chloé Cécile, *Le Jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient : quel vécu pour les internes de Médecine Générale ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg*, Thèse de Doctorat sous la direction de Catherine Jung, Faculté de Médecine de Strasbourg, 2013

amont, tout ayant une distance émotionnelle causée par le jeu de rôle. Nous nous intéressons donc ici à la pertinence de la démarche partenariale du projet qui prend la forme d'une rencontre pédagogique. Nous avons précisé que ce dispositif a été une collaboration entre le département des arts du spectacle et la faculté de médecine, dans laquelle chacun des deux acteurs a travaillé des éléments d'un domaine de compétence qui lui est propre, avec des objectifs à la fois individuels (objectif liés à la pratique de l'improvisation ou concernant la conduite de consultation médicale) et communs (travailler la relation à l'autre, l'écoute, l'adaptation, etc.). Nous allons analyser dans cette partie l'intérêt et les modalités du travail en partenariat au sein du dispositif grâce à un étayage théorique sur cette question du partenariat.

Le concept de partenariat associe différentes notions qui formalisent les modalités de l'action. Guy Le Boterf dans son ouvrage *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective* développe les principes de l'action partenariale. Ceux-ci résident dans trois notions fondamentales qui constituent le fonctionnement d'un partenariat : la coopération, la complémentarité et la méthodologie¹⁰². La notion de coopération entend en premier lieu l'établissement d'une relation entre les acteurs. Le travail de construction du partenariat formalise donc la relation des deux parties. *Le Dictionnaire Critique de l'Action Sociale* indique que la relation partenariale est considérée comme équitable entre les acteurs dans une perspective de partage des informations et du travail pour aller vers un objectif commun :

Le partenariat est un rapport complémentaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leur mission, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Dans ce rapport, les deux parties ont des contributions mutuelles différentes mais jugées essentielles. Le partenariat est donc fondé sur un respect et une reconnaissance mutuelle des contributions et des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance¹⁰³.

La relation ainsi établie permet aux parties de coopérer pour une action commune. Le travail de coopération définit le cadre partenarial, les modalités d'actions adaptées au projet élaboré par les deux parties. Concernant la coopération, Guy Le Boterf distingue trois conditions : savoir, pouvoir et vouloir coopérer. La notion de savoir coopérer entend la maîtrise des langages professionnels de chacun, un partage des représentations des notions et

¹⁰² Op. Cit.

¹⁰³ Barreyre Jean-Yves (dir.) et al. *Dictionnaire critique de l'action sociale, 1999*, in. Fourdrignier Marc, *Le travail en partenariat et en réseau*, document de travail, 2010

problématiques, une conception d'outils et de mode de communication en commun. La question de la possibilité de coopérer renvoie aux notions de pilotage du projet, de réglementation, de fonctionnement et est liée à la conception d'une méthodologie. Pouvoir coopérer est directement associé aux moyens existants et mis en place, ainsi qu'aux adaptations de fonctionnement des deux parties en vue du bon déroulement du projet. Enfin, la volonté de coopérer réside dans l'adhésion au projet, l'instauration d'une relation de confiance et de contributions mutuelles. Dans un dispositif comme celui du CHUI, ces conditions ont été importantes à prendre en considération, en raison des fortes différences de culture et d'identité professionnelle. Les deux parties ont été donc amenées à trouver un langage commun et à s'adapter pour parvenir à la construction d'une action coopérative. Fabrice Dhume, chercheur à l'Institut Social et Coopératif de Recherche Appliquée, dans son ouvrage *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, définit la notion de coopération partenariale :

Le partenariat est une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux- sur un objet commun- de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs-, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre.¹⁰⁴

L'auteur fait apparaître les notions de libre adhésion, de relation et de réglementation dans la démarche de projet, qui constituent l'action coopérative. Il évoque également la question de la complémentarité à travers le fait de « transcender » le cadre de l'action de l'autre partie. Ainsi, chaque partie entre mutuellement dans le domaine de compétence et le cadre de l'action de l'autre, afin de construire un projet commun. Dans le dispositif CHUI, les acteurs ont transcendé le cadre d'action de l'un et de l'autre en apportant son propre domaine de compétence, au service d'une action commune et coopérative. La construction de l'action coopérative et complémentaire a nécessité d'employer une méthodologie commune et adaptée aux objectifs du projet. Concernant la contractualisation de l'action, Guy Le Boterf évoque deux bénéfices à son élaboration. En premier lieu, cela favorise la formalisation de l'action à travers une réflexion commune (langage, représentations, etc.) afin que chaque acteur puisse

¹⁰⁴ Dhume Fabrice, *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, ASH éditions, 2001, p. 108

s'approprier pleinement le projet basé sur les principes d'égalité et de coopération. En effet selon le Boterf, la contractualisation « peut-être l'occasion d'une élaboration concertée qui donne du sens aux engagements formulés, du poids aux mots employés et qui en facilitera l'appropriation¹⁰⁵ ». D'autre part, cette méthodologie vient consolider la relation entre les deux parties et contribuer « à l'instauration d'un climat de confiance qui ne s'établira de manière durable que si elle est effectivement appliquée et respectée¹⁰⁶ » selon le professeur en sociologie. Lors de la construction du dispositif CHUI les différents acteurs ont élaboré la contractualisation du projet en lien avec les instances pédagogiques et administrative d'une part et dans la mutualisation des attentes, besoins et demandes d'autre part afin de mettre en place des modalités pédagogiques communes.

Concernant la dynamique d'un projet partenarial, Guy Pelletier, professeur en sciences de l'éducation précise quant à lui cinq principes¹⁰⁷ : l'intérêt mutuel des partenaires qui affirme que les différents acteurs doivent susciter une source d'intérêt pour les différentes parties ; l'égalité entre les acteurs, qui discerne la démarche partenariale d'une relation hiérarchique ou de la prestation de service avec un intérêt financier pour l'une des parties ; le principe d'autonomie des partenaires, libres de leur choix et actions au sein du projet en respectant une base communicationnelle ; la coopération dans le cadre d'un projet partagé ; et le principe d'évolution qui définit la construction d'objectifs et d'action dans espace-temps commun soumise à une évaluation pouvant donner lieu à des évolutions, des changements, adaptations ou cessation du projet. Le croisement des différentes définitions nous indique que plusieurs éléments reviennent dans la théorisation de l'action partenariale. Le dispositif CHUI s'est inscrit pleinement dans cette définition : par la collaboration entre les départements, la construction commune des modalités d'actions pédagogiques et des objectifs, la réflexion sur la contractualisation et le cadre partenarial, ainsi que dans l'élaboration du projet basé sur la complémentarité des compétences des acteurs.

Afin de nous intéresser aux différents types de partenariats existants, nous nous pencherons sur les travaux de Marc Fourdignier, enseignant-chercheur en sociologie et en

¹⁰⁵ Op. Cit. p. 162

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Pelletier Guy, « Le partenariat : du discours à l'action », *Revue des Echanges*, Volume 14, No 3, Septembre 1997, Université de Genève

action sanitaire et sociale. Il liste trois types de partenariat dans son document travail¹⁰⁸ : le partenariat formel, le partenariat de projet et le partenariat réalisé avec les populations.

Le partenariat formel a pour origine une incitation des institutions et plus particulièrement de l'Etat qui s'inscrit dans la politique de décloisonnement des institutions. Ce type de partenariat poursuit l'objectif de transversalité des politiques sociales, de l'emploi ou de la formation par exemple. Les acteurs (collectivités publiques, associations, entreprises, organismes de formation, etc.) peuvent agir à trois niveaux différents : étatique, régional ou départemental et local. Le risque de voir la construction du partenariat devenir l'objectif à atteindre à l'instar des objectifs initiaux constitue la dérive principale de ce type de projet.

Le partenariat de projet se définit par volontarisme des partenaires et une incitation forte des institutions avec pour fonction la recherche d'une plus grande efficacité des actions impulsées. Il se traduit par la mise en place de projets partenariaux à l'aide d'une méthodologie de projet. Les acteurs sont les professionnels des institutions participantes. La non-coopération au sein de l'action, la dérive en prestation de service ou une logique de partage de marché (pour encore plus d'efficience) sont des dérives éventuelles dans ce type de projet.

Enfin le dernier partenariat, en lien avec les populations, poursuit la volonté en l'absence de tout dispositif de promouvoir les populations et de soutenir l'émergence de projets. Ce type de partenariat se traduit par un travail avec des populations diverses ou ciblées comme les familles ou des populations jeunes par exemple. Les acteurs de ce type de partenariat (les populations, les professionnels d'associations ou d'institutions, bénévoles, acteurs locaux généralement) utilisent une méthodologie d'approche culturelle pour construire ce type de projet.

Le dispositif CHUI appartenait à la fois au partenariat formel et au partenariat de projet. En effet, il se trouvait être au croisement des cadres législatifs et des orientations politiques des formations en arts du spectacle ainsi qu'en médecine. Il a constitué un projet commun entre les deux départements en prenant la fonction de partenariat de projet dans la mise en place d'une action réalisée en collaboration par les acteurs qui ont leurs objectifs individuels d'une part et une direction, un objectif et des moyens communs au sein du projet d'autre part. Par ailleurs, Guy Le Boterf précise parmi les typologies des réseaux, l'existence du partenariat d'apprentissage mutuel. Il le définit comme un ensemble dans lequel « chacun

¹⁰⁸ Fourdrignier Marc, *Le travail en partenariat et en réseau*, document de travail, 2010

est à la fois formateur et formé, enseignants et enseignés¹⁰⁹ ». Le dispositif s'est inscrit dans ce type de pratique, chaque partie apportant sa compétence dans une démarche de projet pédagogique.

Concernant la construction méthodologique et temporelle d'une démarche de projet, Fabrice Dhume déploie ce concept en cinq étapes¹¹⁰ : l'établissement des enjeux et des besoins (constat, diagnostic interne et interinstitutionnel, modélisation de l'action), l'élaboration des conditions préalables au partenariat (identifier et clarifier les identités professionnelles de chaque acteur et institution), la construction d'un cadre (modalité de l'action, l'engagement de chacun, la contractualisation, les modalités de communication, construction d'une culture commune), la réalisation du projet (définition des objectifs, des procédures, outils d'évaluation, moyens utilisés) et la fin du projet et la possibilité d'évolution et/ou de pérennisation. La conception du dispositif CHUI a été axée sur une méthodologie de la sorte. De plus, nous retrouvons ce cheminement au sein de ce travail de recherche. Nous avons en effet établi les constats et besoins des différents acteurs du projet en premier lieu, avant d'explicitier les modalités d'actions, le déroulement du projet puis le retour critique sur l'action. Il convient maintenant de revenir sur le cadre de l'action.

2. Cadre partenarial

2.1. *Cadre institutionnel*

Afin de percevoir plus précisément les enjeux institutionnels relatifs à l'action commune, nous allons désormais nous pencher sur le cadre partenarial. Nous allons en premier lieu exposer les modalités du cadre institutionnel du projet. Le dispositif proposé s'est inscrit dans le territoire grenoblois et universitaire. Il a été porté par deux unités pédagogiques : la faculté de médecine et le département des arts du spectacle. Le territoire dans lequel s'est inscrit le partenariat est cadré par un projet d'établissement et des axes stratégiques en matière de pédagogie et de visibilité. Nous allons développer dans ce paragraphe les spécificités du projet en lien avec l'orientation pédagogique et stratégique de l'UGA, et voir comment le dispositif répond et s'inscrit dans cette réflexion.

Le projet stratégique de l'UGA possède cinq axes : le renforcement des Sciences Humaines et Sociales, le développement de l'interdisciplinarité, la construction d'une

¹⁰⁹ Op. Cit. p. 55

¹¹⁰ Op. Cit. p. 163

attractivité et visibilité de l'université dans son territoire et à l'international, l'innovation pédagogique et l'insertion professionnelle et enfin la dynamisation de la vie universitaire au sein des différents sites. Le projet Centre Hospitalier Universitaire Improvisation (CHUI) s'est pleinement inscrit dans trois de ces axes : l'innovation pédagogique (concernant les moyens utilisés, la forme du dispositif), le développement de l'interdisciplinarité (la collaboration entre les départements) et le partenariat à l'échelle du territoire.

En premier lieu, le projet a été affilié au renforcement des sciences humaines et sociales à travers le développement de l'interdisciplinarité. L'enjeu principal de cet axe stratégique se situe dans le croisement des disciplines avec pour objectif la complémentarité des champs d'intervention, afin de s'adapter plus efficacement aux situations rencontrées. L'université travaille ici à l'ouverture et au décloisonnement des domaines de compétences et des disciplines. L'UGA tente de développer des projets entre plusieurs secteurs disciplinaires et en particulier Sciences Humaines et Sociales, Sciences, Technologies, et Santé. Cet objectif d'interdisciplinarité s'applique aux domaines de la recherche, de la formation professionnelle dans la démarche partenariale et se déploie sur quatre enjeux sociétaux formant le projet IDEX : « Planète et société durables », « Santé, bien-être et technologie », « Comprendre et soutenir l'innovation », « Le numérique au service des êtres humains et de la société¹¹¹ ». Le dispositif s'est placé au croisement des sciences humaines, sociales, de la question du numérique, et du domaine artistique. Il a répondu aux critères de l'interdisciplinarité et a renforcé le croisement entre les sciences sociales, humaines et artistiques.

L'interdisciplinarité du partenariat entre la faculté de médecine et le département des arts du spectacle, a possédé un intérêt dans le croisement des disciplines, des regards, réflexions et cultures professionnelles différentes qui ont formé la richesse du projet hybride. Il s'agissait pour chaque acteur de développer des deux côtés des compétences spécifiques et non pour l'un ou l'autre de faire appel à un champ disciplinaire pour travailler une compétence spécifique. Le projet a donc bien pris la forme d'un partenariat et non celle d'une prestation de service. Ce croisement de compétences peut donc être considéré comme un élément fondamental de cette logique de travail. La pluridisciplinarité exploite une expertise, une intervention et réflexion différente propre à chaque discipline nécessitant une collaboration et une mise en commun des modalités pédagogiques, communicationnelles et organisationnelles.

¹¹¹ *Projet stratégique de l'Université Grenoble Alpes 2016-2020*, « Renforcer les sciences humaines et sociales, développer l'interdisciplinarité », p. 8

Le deuxième axe auquel le dispositif a fait référence est celui de l'innovation pédagogique et de l'insertion professionnelle. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement au versant innovation. La diversité des disciplines enseignées à l'UGA, leurs modalités d'action et objectifs valorisent cette recherche d'innovation et s'inscrit dans la logique interdisciplinaire. Le projet stratégique de l'université pousse à la coopération entre les différents domaines de recherche et de formation. Différents moyens d'action constituent la dimension innovante : plateformes technologiques ou méthodologiques, développement de collaborations avec des acteurs socio-économiques ou inter départements, réalisation d'applications numériques, etc. La dimension innovante du projet correspond à la démarche partenariale entre les deux départements pédagogiques. Concernant la formation en médecine, ce dispositif a proposé une forme interactive de l'apprentissage de la relation au patient et de l'intérêt porté à la question de l'empathie. Cette forme pédagogique a permis aux étudiants en médecine de pratiquer la « relation » avec une certaine réflexivité (retours sur la pratique, bilans collectifs) avant d'être réellement confrontés aux patients. Par ailleurs cela a permis également de dissocier les apprentissages techniques (les gestes), théoriques (les connaissances) et relationnels afin de travailler plus spécifiquement les compétences relationnelles. En effet, ce n'est pas le diagnostic annoncé qui a été évalué, mais le déroulement de la consultation, la façon dont la relation est créée et comment le diagnostic est amené. La rencontre entre les deux disciplines a indiqué que les valeurs d'empathie, d'écoute, de communication et de relation sont non seulement partagées mais aussi mises en pratiques avec des objectifs et des méthodes différentes dans chaque discipline. La mise en commun des valeurs a permis un partage de compétences et d'expériences des deux côtés. Enfin, le recours à l'outil numérique (vidéos) au service de la pédagogie a également constitué une dimension innovante. En effet, les enseignants ont basé leur observations et évaluations sur les enregistrements de chaque consultation. C'est une forme pédagogique qui a mené à une certaine réflexivité de la part des étudiants.

Enfin le troisième axe stratégique est celui de l'attractivité de l'université à l'échelle du territoire et prend en compte plus spécifiquement cette question du partenariat toujours en lien avec le large spectre disciplinaire retrouvé au sein de l'UGA. Ce partenariat appuie également la réflexion sur la construction d'interface entre l'université et le milieu socio-économique et institutionnel du territoire. L'université insiste sur la valorisation des démarches avec les acteurs du site universitaire et du territoire, à travers l'identification des partenariats stratégiques au niveau du territoire, l'amélioration de la visibilité vis-à-vis des acteurs socio-économiques et le développement des actions culturelles et artistiques avec les

acteurs des territoires. Ainsi, le dispositif, à l'initiative des instances pédagogiques du département de médecine, a lié différents acteurs internes et externes à l'université dans l'objectif d'un partenariat stratégique avec des objectifs communs. Le projet a donc été soutenu par la démarche partenariale de l'université qui accompagne et valorise des projets de recherche et d'expérimentation à l'aide d'appels à projets, travail sur la visibilité du projet ou encore aides subventionnelles. Par ailleurs, le dispositif possède un avantage économique, grâce à la démarche partenariale. La collaboration prévient les problèmes de coût en raison de la démarche pédagogique des deux parties, dans l'objectif de travailler des compétences propres à chaque formation.

2.2. Cadres législatifs et pédagogiques

Le cadre législatif constitue les modalités pédagogiques quant aux attentes et aux constructions des parcours et des apprentissages. Il est fondé par les circulaires, architectures des offres de formation et référentiels de compétences élaborés par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Du côté de la formation des médecins, ce type de dispositif s'est inscrit dans l'orientation du projet d'établissement du CHU. En effet le projet d'établissement 2016 – 2020 s'axe autour de l'innovation au service de la santé. Cette innovation est mise en œuvre à travers des projets de partenariat et une réflexion sur l'organisation du parcours de soin des patients, le développement des modes de prise en charge, l'adaptation des prises en charges et modernisation, l'amélioration continue de la qualité des soins. Le dispositif CHUI est entré dans la démarche d'amélioration des prises en charge et de partenariat entre le CHU et l'UGA.

Quant au département des Arts du spectacle, le dispositif a correspondu à certains critères du le cadre législatif du département, de l'architecture de l'offre de formation et a fait appel à différentes compétences disciplinaires et professionnelles du référentiel des arts du spectacle¹¹². Le dispositif a spécifiquement mobilisé une réflexion théorique et critique portant sur les arts du spectacle (philosophie de l'art, sociologie de l'art, anthropologie, psychanalyse...), une réflexion sur les démarches et pratiques disciplinaires et interdisciplinaires ainsi qu'une identification de l'actualité des problématiques disciplinaires et leurs évolutions. De plus, le projet a poussé l'étudiant à acquérir certaines compétences

¹¹² *Référentiel de compétences des mentions de licence*, « mention arts du spectacle », p. 34

professionnelles comme de situer son rôle et sa mission au sein d'une organisation pour s'adapter et prendre des initiatives, se responsabiliser. Par ailleurs l'étudiant a été amené à s'autonomiser au sein d'une équipe et d'un projet, à avoir conscience de son identité professionnelle et la valoriser au regard des compétences mises en œuvre dans un partenariat. Le projet a fait écho aux compétences générales attendues dans le référentiel de la mention et devient un support de travail.

Ainsi les objectifs partenariaux se situent dans la pérennisation du projet, les échanges inter-départements, l'innovation pédagogique et l'inscription du projet dans le territoire local. Le dispositif est entré dans le cadre d'un partenariat interne entre deux unités pédagogiques de l'UGA et a déployé plusieurs axes de recherches : sur la pratique professionnelle et les méthodes pédagogiques, sur l'évaluation, sur le développement et la pérennisation du projet. L'objectif du partenariat a été d'établir et d'entretenir la collaboration entre les différentes institutions partenaires, la pérennisation des projets en recherche, la formation et l'apprentissage, le service et l'engagement communautaire. L'action du dispositif a été ancrée dans le territoire universitaire et axée autour des besoins et constats des différents départements.

L'objectif principal de ce type de démarche soutenue par l'UGA consiste au développement de compétences, de pratiques professionnelles chez les étudiants propres à une réflexion pluridisciplinaire. Ce type d'échange pousse les instances à se questionner et interroger leurs propres pratiques afin de les faire évoluer. Nous allons donc aborder ce questionnement dans la partie suivante : l'impact du dispositif sur les compétences et pratiques des étudiants. Nous verrons ainsi quelles sont les enjeux pédagogiques lors d'une confrontation et d'un échange pluridisciplinaire de la sorte et comment ils se déploient au sein du dispositif CHUI.

La démarche partenariale correspond à la mise en relation des deux composantes principales du cadre pédagogique du dispositif : le procédé de simulation de patient standardisé, ainsi que l'utilisation de l'improvisation. Nous allons désormais nous pencher sur l'intérêt des choix et de l'utilisation de ces techniques dans ce cadre pédagogique. Ces choix sont influencés par le besoin de complémentarité des compétences mis au service des objectifs pédagogiques. Les caractéristiques de l'improvisation ainsi que celles du dispositif de patient standardisé répondent donc aux besoins de formation relationnelle en médecine et correspondent aux attendus de formation du comédien en Art du Spectacle.

II. Intérêt des composantes du dispositif : patient standardisé et improvisation

Nous avons vu que les deux composantes du dispositif de simulation CHUI correspondent au procédé de patient standardisé et à l'utilisation de l'improvisation. Au sein des diverses techniques de simulations, nous avons pu voir que plusieurs d'entre elles peuvent travailler l'aspect relationnel. De même, en pratique théâtrale, plusieurs types de techniques peuvent être considérés comme médiations pédagogiques (nous l'avons vu notamment en évoquant le jeu dramatique ou le jeu de rôle). Il convient de revenir désormais sur les raisons des choix pédagogiques suivant : l'utilisation de l'improvisation dans un dispositif de patient standardisé. Nous verrons donc en premier lieu l'intérêt du modèle de patient standardisé puis celui de l'utilisation de l'improvisation au sein du dispositif CHUI.

1. L'intérêt de l'utilisation dispositif de patient standardisé

Nous avons explicité le fait qu'au sein du dispositif CHUI nous avons utilisé le procédé de patient standardisé. Nous sommes revenus auparavant sur une définition générale et l'origine de ce type d'outil. Nous allons désormais axer la réflexion sur l'intérêt de l'utilisation de ce procédé au sein du projet pédagogique.

L'intérêt organisationnel premier se situe dans la possibilité d'utilisation de différentes formes de rencontres au sein de ce dispositif, travaillant des objectifs différents. Il est donc envisageable d'adapter le dispositif en fonction des besoins et des possibilités des acteurs du projet. Selon les auteurs de l'ouvrage *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, le travail avec un patient standardisé peut être entrepris selon différentes modalités. Tout d'abord le travail entre l'étudiant et le patient standardisé seuls dans un box de consultation en mise en situation se voulant la plus réaliste possible. L'étudiant en médecine met au travail ses compétences d'investigation en tentant d'établir une anamnèse adaptée du patient (savoir réunir les bonnes informations et pouvoir dessiner un contour global de la vie médicale, sociale et familiale du patient). Il peut également travailler l'entrée en relation et la conduite d'entretien et ce dans un temps imparti, généralement entre dix et vingt minutes. S'ensuit un temps de débriefing, de retour avec le patient standardisé afin d'analyser ce qui s'est joué lors de l'entretien, puis avec les formateurs observant. Boet, Granry et Savoldelli dans *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique* mettent l'accent sur les avantages que ce type de dispositif apporte chez les étudiants en médecine, concernant l'apprentissage de leur comportement relationnel et professionnel face à un patient :

Ce format a un avantage précieux : l'approche centrée sur l'apprenant permet de détecter les comportements inadéquats, de répondre aux difficultés propres à chacun et de donner confiance aux apprenants dans les compétences qu'ils possèdent déjà. Autre avantage : l'exercice se faisant en temps réel, l'apprenant doit réagir sur le champ¹¹³.

Ainsi, l'utilisation du patient standardisé permet un réajustement des comportements et un travail d'adaptation et de réflexion quant à la prise en compte de différentes dimensions chez le patient : psychologique, capacité de compréhension, comportement, enjeux relationnels. Outre la rencontre en individuel, un travail de groupe est également possible. Le patient standardisé est face à un groupe d'étudiants, ou tour à tour chacun est confronté au patient dans un échange verbal, dans l'objectif d'entrer en relation, d'annoncer un diagnostic ou une information médicale. Le reste du groupe reste en observation pour après faire un bilan collectif sur la séance groupale. C'est un dispositif adapté aux apprentissages de compétences relationnelles et communicationnelles en tenant compte des observations et analyse du groupe. L'ensemble du groupe ayant assisté à l'entièreté de la séance, le bilan prend la forme d'un croisement de subjectivités relatif à l'observation et la perception de la séance.

Le dispositif CHUI a organisé la rencontre individuelle entre étudiants en improvisation et médecine. Le choix de cette pratique a été motivée d'une part par la construction du partenariat et les avantages que cela constitue ainsi que par le travail des compétences relationnelles et de jeu que cela peut apporter à l'une et l'autre des parties (rencontre avec un inconnu, mise en situation relativement fidèle à la réalité, sentiment d'être moins « exposé(e) » devant une caméra que devant un « public »). Les séances de consultations avec ce type de dispositif peuvent être filmées. Les objectifs sont multiples : visionnage de la vidéo avec le formateur, avec l'ensemble du groupe et avec le patient. C'est un avantage organisationnel qui permet à l'étudiant d'être confronté à une situation proche de la réalité (seul en box de consultation avec le patient en situation) et pouvant bénéficier par la suite des retours du groupe ou des formateurs. Il peut également s'autoévaluer et conduire une réflexion sur sa consultation et ses capacités relationnelles. Il a aussi l'occasion d'évaluer la présence d'un écart, ou non, entre ce qu'il perçoit de ses compétences et ce qu'il voit en vidéo, appuyé par le retour du formateur ou du groupe. C'est ce que Boet, Granry et Savoldelli admettent également :

¹¹³ Op. Cit. p. 51

Au niveau pédagogique, l'auto-observation est un outil performant, car l'apprenant prend mieux conscience de l'effet de son comportement sur le [patient standardisé]. De plus, l'arrêt sur image permet une analyse précise et détaillée¹¹⁴.

L'utilisation de la vidéo est un des avantages pédagogiques de cet outil de travail. Ce type de dispositif présente d'autres avantages, dont l'adaptation du type de consultation au niveau de l'étudiant (en fonction de l'année d'étude, ses capacités relationnelles et connaissances techniques). Les objectifs sont adaptés individuellement afin de mesurer l'évolution et la progression des apprenants.

Le comédien jouant le patient standardisé adapte son jeu et le canevas face à l'étudiant en médecine, selon les directives des formateurs. Le débriefing, ou bilan, en présence du patient standardisé est également un avantage : cela permet d'analyser les comportements de chacun, les ressentis et vécu de la situation, d'analyser la pratique, de donner des pistes de réflexion et d'amélioration. C'est ce que les auteurs de *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique* affirment : « l'apprenant a l'occasion d'entendre “ la voix du patient ”¹¹⁵ ». Cet échange est bénéfique pour les étudiants en médecine qui peuvent ainsi percevoir la notion d'empathie et l'analyser après la séance lors de l'échange avec le patient standardisé.

L'intérêt principal de l'utilisation du patient standardisé se trouve dans la prise en compte du facteur humain. Cela permet le développement de compétences communicationnelles, une réflexion quant aux notions d'empathie, d'adaptation du comportement et du langage, ainsi que d'écoute. Ce type de dispositif permet de mener une évaluation et un réajustement de la pratique en bilan, le travail des compétences ciblées grâce à la participation à plusieurs séances de ce type. Ce dispositif peut cependant être limité. En premier lieu, les séances ne permettent pas la pratique de gestes techniques invasifs (intrusion dermatologique par exemple). Le travail consiste donc en l'accompagnement de ces gestes par la parole, l'explication au patient. Par ailleurs les paramètres physiopathologiques ne peuvent être reproduits (altérations physiques importantes par exemple). Les séances sont ainsi basées essentiellement sur l'aspect relationnel et l'utilisation des canevas. De plus, le coût des séances peut s'avérer élevé en fonction du cadre de la simulation (rémunération des formateurs, des comédiens, matériel...). Enfin, les comédiens doivent bénéficier d'une formation spécialisée, et d'un temps d'encadrement et d'entraînement concernant l'apprentissage et l'appropriation des canevas. Le comédien n'étant pas en mesure de tout

¹¹⁴ Op. Cit. p. 311

¹¹⁵ Op. Cit. p. 53

simuler, les séances sont adaptées et limitées dans la diversité des canevas et des situations.

Ainsi, le dispositif de patient standardisé utilise l'improvisation dans son fonctionnement et déploie différentes composantes : canevas, caractère et travail de l'aspect relationnel. L'apprentissage de relation au sein du rapport patient-médecin induit un travail sur la communication, l'écoute et notamment l'adaptation du comportement, du langage, du discours voir même du corps en fonction de la situation et du patient. Cette nécessité de prise en compte de ces notions au sein de la relation de soin peut être étayée par la vignette clinique concernant la communication présente en annexe. Nous allons voir désormais quelles sont parmi les caractéristiques de l'improvisation, celles qui ont été pertinentes à mettre en œuvre pour mener à bien un procédé de patient standardisé.

2. De l'intérêt pédagogique de l'improvisation

Le dispositif de patient standardisé recourt à l'improvisation théâtrale structurée par un canevas dans son fonctionnement. Nous allons nous intéresser à la pertinence de l'utilisation de l'improvisation aux travers de notions : la relation et l'adaptation. Nous étudierons ainsi quels sont les enjeux d'ordres relationnels et comportementaux qui s'y déploient.

Nous avons remarqué lors de la contextualisation du projet que les notions d'imprévisibilité, de relation et d'analyse des pratiques apparaissent dans les définitions du concept d'improvisation, dans ses évolutions et ses diverses pratiques. Elles constituent également les compétences qui ont été travaillées dans les objectifs pédagogiques des étudiants en médecine. La pertinence de l'utilisation de l'improvisation s'est inscrite dans la rencontre entre les étudiants pendant les séances de simulation. Les compétences déployées et travaillées de chaque côté renvoient aux notions de relation et d'imprévisibilité. Au croisement de la consultation médicale et de la pratique de l'improvisation, nous pouvons nous interroger sur la convergence des objectifs et des compétences de chacun.

2.1. La relation

La pratique de l'improvisation dans des champs disciplinaires divers est souvent axée sur les compétences relationnelles : la relation au public, au partenaire, à un objet ou à une situation. Au sein du dispositif CHUI la relation a été l'un des enjeux principaux du projet. Le travail sur le rapport relationnel entre médecin et patient, ainsi que la construction d'une

relation interindividuelle a constitué le fondement des enjeux de la simulation. Nous allons voir ici en quoi l'improvisation peut mettre au travail la relation interpersonnelle.

Le CNRTL définit la relation entre deux ou plusieurs personnes par un « rapport qui lie des personnes entre elles¹¹⁶ » et évoque les liens de dépendance ou d'interdépendance et d'influence réciproque. Gravel dans *Impro I* aborde la notion de relation, précise le fait qu'on ne puisse pas ignorer l'autre, l'ignorance étant également une forme de relation : « L'improvisateur n'est pas seul sur son île déserte. Il y a l'Autre ! Et il ne pourra pas l'exclure. Il va organiser le monde avec lui¹¹⁷ ». Le terme *rapport* de la définition du CNRTL induit le fait que chaque relation a une nature (et des règles) et qu'il est nécessaire de les prendre en compte car l'autre existe et sa prise en compte est essentielle, principe renvoyant aux propos de Gravel. Dans la confrontation avec autrui, sa considération est essentielle pour « organiser le monde » et s'organiser nous-même afin de construire la nature de la relation voulue. Cette construction se base d'une part sur des données objectives et sur l'interprétation subjective de ces données. Pour Ryngaert, l'individu improvisant est en lien avec l'extérieur et l'autre :

En fonction des inducteurs de jeu proposés, l'improvisation se définit comme un instant de confrontation entre une subjectivité assumée comme telle, et des données objectives¹¹⁸.

L'auteur aborde la conscientisation de l'état par les termes *subjectivité assumée*. La subjectivité est relative aux représentations, connaissances, éducation, contexte, état émotionnel et psychologique propre à l'individu et oriente sa réponse et son comportement au sein de la relation ou lors de l'entrée en relation. La relation construite au sein des consultations entre les étudiants a été influencée par le cadre du dispositif (pédagogique, matériel), les canevas et profils des comédiens, les objectifs des médecins (interrogatoire, réflexion axée sur la relation) mais également par une subjectivité et une perception personnelle du monde. En effet, les facteurs que nous avons cités précédemment (contexte, état émotionnel, etc.) influencent l'entrée en relation ainsi que sa nature. Ainsi deux comédiens ayant le même canevas et le même profil face au même médecin ont construit une relation différente compte tenu de ces variables, bien que des similitudes aient existées en raison de de la structuration des profils et canevas. Concernant cette subjectivité dans la

¹¹⁶ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « relation »,

¹¹⁷ Op. Cit. p. 24

¹¹⁸ Op. Cit. p. 40

relation, Ryngaert affirme que l'improvisation à la fois basée sur un *moi* affectif et à « une somme d'expériences du monde dont le sujet est dépositaire¹¹⁹ » Le comédien a été dépositaire de la parole du patient, mêlée à son *moi* affectif et à sa subjectivité. La relation a été construite autour d'une base « objective » retrouvée dans les profils et canevas et une interprétation subjective des comédiens et des médecins de ces informations. Ryngaert développe la question de la relation à l'autre en abordant la notion de rencontre, de ce que nous pouvons également nommer l'entrée en relation, en affirmant que le processus de jeu lors de l'improvisation est « le lieu de la rencontre d'un objet étranger, extérieur au joueur, et de l'imaginaire de celui-ci¹²⁰ ». La nature de la relation va donc dépendre de la perception du monde du joueur et de son imaginaire. La relation dans le dispositif s'est déployée à deux échelles : la réelle entrée en relation entre les étudiants qui ne se connaissant pas, et le travail sur la notion de relation d'un point de vue réflexif sur cette notion (travail sur relation patient médecin et les relations humaines) qui constituait un des objectifs de la simulation.

La notion de lien entre plusieurs personnes suggère l'existence de formes de communication et d'écoute (altérée ou non, qui n'est pas obligatoirement positif) et de nature de la relation. La nature de la relation dépend de plusieurs facteurs : statuts, degré de connaissance, contexte. Florence Pire dans son texte « L'improvisation théâtrale, un outil pour développer les compétences relationnelles » produit pour le congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale discerne deux types d'écoute : auditive et visuelle. Chaque élément de la situation devient un support de jeu et l'écoute du partenaire alimente le jeu. La construction d'une situation en jeu comme l'a été la consultation médicale incite l'individu à « porter son intérêt sur l'autre et se centrer sur lui [le poussant] à la rencontre et à la collaboration¹²¹ » selon Florence Pire. Christiane Page affirme également que lorsque les individus sont en jeu, ils « tissent entre eux des relations interpersonnelles et interindividuelles¹²² ». La confrontation entre un sujet et un objet de recherche ou plusieurs sujets construisant des relations interindividuelles peut être lié à la notion de dynamique de groupe. Cette dynamique induit les notions d'écoute, de communication et de construction d'un projet commun. Le psycho-sociologue Roger

¹¹⁹ Op. Cit. p. 42

¹²⁰ Op. Cit. p. 41

¹²¹ Pire Florence, « L'improvisation théâtrale, un outil pour développer les compétences relationnelles », *Congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale*, Caen, 2005

¹²² Op. Cit. p. 99

Mucchielli élabore une définition de cette notion dans *La dynamique des groupes, processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. Deux ensembles constituent la dynamique de groupe : « l'ensemble des phénomènes psychosociaux qui se produisent dans les petits groupes, ainsi que les lois naturelles qui régissent ces phénomènes » et « l'ensemble des méthodes qui permettent d'agir sur la personnalité par le moyen des groupes ainsi que celles qui permettent aux petits groupes d'agir sur les grands groupes ou sur les organisations sociales plus vastes¹²³ ». La dynamique de groupe possède donc deux sens : l'action socio-psychologique extérieure ou interne au groupe et le phénomène de groupe. A propos de l'action socio-psychologique, Mucchielli établit une relation entre le groupe et l'environnement. La dynamique est le résultat entre deux éléments : l'« action et [la] réaction entre un groupe comme réalité collective, et le milieu social ambiant ou la situation générale dans laquelle il se trouve¹²⁴ ». L'environnement influence le comportement des personnes du groupe. Concernant le phénomène de groupe, Mucchielli évoque l'influence du groupe sur une personne extérieure seule face à celui-ci : « le groupe exerce une influence sur les conduites de ses membres par le « climat psychologique » qui y règne, par les « pressions » non conscientes qu'il met en œuvre sur les participants¹²⁵ ». Le positionnement de chaque individu (qui dépend donc de la personnalité et de la perception et qui peut agir sur le processus de socialisation) influence la perception de chaque autre individu en créant cette dynamique de groupe.

Nous pouvons distinguer plusieurs formes de dynamique de groupe au sein du dispositif : entre les comédiens pendant les entraînements et lors des sessions de simulation, entre les médecins lors des sessions de simulation et enfin entre étudiants médecins et comédiens. L'environnement a été un facteur influençant la relation et la dynamique de groupe. En session de simulation, les étudiants ont adopté une posture plus professionnelle et un statut différent : médecins et patients. De plus, deux dynamiques de groupe se sont confrontées lors des simulations, celles des médecins et celles des patients qui n'ont pas la même réalité collective, la même expérience et perception de l'action. Par exemple pour les comédiens, la simulation constituait un « examen final¹²⁶ » tandis que pour les médecins la simulation était un entraînement. Les comédiens se sont entraînés à la technique du patient

¹²³ Mucchielli Roger, *La dynamique des groupes, processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Editions ESF, Issy-les-Moulineaux, 2000, 15^{ème} édition, p. 26

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Ibid. p. 27

¹²⁶ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

standardisé par des techniques jeu, de ressenti. C'est un processus psychologique qui a alimenté également la dynamique du groupe de patient.

Ainsi, la notion de relation s'est située à plusieurs niveaux au sein du dispositif : dans les objectifs pédagogiques, l'entrée et la construction de la relation entre les étudiants, l'élaboration de différentes formes de relations dues aux dynamiques de groupe. Le cadre du dispositif interroge la notion de relation : sa nature, sa construction et la façon de l'aborder en pédagogie. L'un des avantages de l'utilisation de l'improvisation réside donc dans la mise en pratique des compétences relationnelles des étudiants comédiens et médecins.

2.2. L'imprévisibilité et l'adaptation

L'imprévisibilité est une notion relative à l'improvisation comme nous l'avons vu précédemment et suggère un travail d'analyse de la situation et d'apport d'une réponse cohérente (en fonction de la nature de la relation, du groupe ou de la personne avec qui on est en relation, mais également lors du jeu en simulation en fonction des éléments prédéfinis comme le profil psychologique ou le canevas). Nous allons nous intéresser ici à cette notion afin de d'étudier sa mise en pratique et sa prise en compte au sein du dispositif. Nous verrons également en quoi elle constitue une compétence commune aux médecins et comédiens d'improvisation.

En premier lieu, il convient de revenir sur la définition de la notion d'imprévu en sciences humaines. La proposition de définition de Philippe Perrenoud, professeur en psychologie et sciences de l'éducation à l'université de Genève dans son article « Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences » mentionne l'imprévu comme la manifestation d'un événement dans des conditions et un contexte donné. Il en distingue deux types : d'une part l'imprévu peut consister en « des événements dont la réalisation est prévisible, mais dont le moment d'occurrence ne l'est pas¹²⁷ ». Ceci renvoie à la notion d'anticipation et d'adaptation en fonction de l'évènement en ayant néanmoins plus ou moins prévu son irruption. Le second type d'imprévu évoqué par Perrenoud correspond à « des événements inédits [...] face auxquels la compétence consiste à *improviser* une réponse adéquate ». La notion d'improvisation est soulevée par Perrenoud dans le deuxième type d'imprévu en raison du caractère spontané et abrupt de l'irruption de l'évènement et du

¹²⁷ Perrenoud Philippe, « Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences », *Education Permanente*, 1999, n° 140, pp. 123-144.

processus à mettre en œuvre afin d'apporter une réponse. Cependant l'adaptation de la réponse et de la réaction existe également dans le premier type bien que plus cadré et anticipé. Ceci ressemble davantage aux situations que les étudiants ont pu rencontrer dans le dispositif : les modalités pédagogiques et des séances mènent les étudiants à pouvoir anticiper la plupart des événements imprévus qui puissent survenir. Cependant, un événement peut provoquer la surprise chez un étudiant et ceux-ci devaient pouvoir s'adapter et improviser pour maintenir une relation cohérente et apporter une réponse adaptée. Pour les comédiens, l'imprévu pouvait consister en l'oubli de canevas, la perte de ses moyens et de sa concentration (la dimension psychologique est à prendre en compte), la réaction de l'étudiant en médecine ou du partenaire dans le cas d'un binôme par exemple.

Cette réflexion nous mène à considérer le processus d'adaptation face à un imprévu. Karmiloff-Smith, professeure et chercheuse en neuroscience dans son ouvrage *Constraints on representational change : Evidence from children's drawing* définit la flexibilité en science humaines comme « la capacité à introduire des changements dans la façon habituelle de faire pour répondre aux contraintes d'une situation nouvelle¹²⁸ ». L'auteure convoque la notion d'habitude. La flexibilité est donc la capacité à déconstruire l'habitude face à une situation ou un événement imprévu. Cette déconstruction peut être perçue comme technique corporelle et psychique. Stanislavski dans *La formation de l'acteur* définit l'adaptation comme un moyen, une technique de jeu relatif à la relation interindividuelle et au groupe. Il admet le terme dans le contexte scénique et de jeu :

nous adopterons le terme adaptation, pour désigner les moyens tant physiques que spirituels mis en œuvre pour s'adapter les uns aux autres dans un jeu très varié de circonstances, et dans le but d'accomplir un objectif précis¹²⁹

La définition de l'adaptation de Stanislavski est davantage reliée à la relation interindividuelle tandis que la définition de la *flexibilité* de Karmiloff-Smith oriente cette notion vers la capacité psychique et analytique d'un sujet vers une situation nouvelle. Dans le dispositif CHUI, les étudiants comédiens et médecins ont fait preuve à la fois de souplesse dans la compréhension, dans l'analyse et dans la réponse donnée lors d'une situation nouvelle, ainsi que d'adaptabilité en mettant en œuvre la flexibilité par des moyens techniques comme

¹²⁸ Karmiloff-Smith Annette, *Constraints on representational change: Evidence from children's drawing*, 1990, in. Bordes Laurianne *et al.*, « S'adapter à un changement de but imprévu : étude développementale », *Enfance* 2007/2 (Vol. 59), p. 177

¹²⁹ Op. Cit. p. 254

l'entend Stanislavski. Concernant la notion d'adaptation dans la relation, il affirme que ce procédé est essentiel sur scène afin de maintenir la cohérence de la relation interpersonnelles vis à vis d'une situation. Pour lui, la relation nécessite une adaptation permanente :

Si dans la vie ordinaire, les gens doivent nécessairement s'adapter de différentes façons, à la scène ce procédé est encore plus important, et plus étendu, car il faut être constamment en contact avec les uns avec les autres, et s'adapter en conséquence¹³⁰

Il conçoit l'adaptation avant tout dans les rapports individuels, nécessitant un réajustement du comportement. Selon Ryngaert, « l'improvisation est le contraire d'une approche figée ou systématique. Elle engendre une pluralité et une diversité de réponses dans des situations voisines et en marque les différences¹³¹ ». Nous avons vu que la relation est un processus dynamique, au même titre que l'improvisation. L'adaptation est la réponse possible à un événement survenu si l'on veut maintenir la relation telle qu'elle a été construite. Par exemple, un comédien doté d'un profil psychologique relatif à la revendication a été contraint de rester cohérent du début à la fin de l'improvisation pour maintenir la relation telle qu'il l'a construite (demandes, colère, revendications, coupe la parole ou reprend le médecin). Cependant, il a dû s'adapter aux réponses du médecin qui tentait également d'adopter un comportement approprié.

La réponse possible et cohérente nécessitant une adaptation du comportement s'appuie sur la capacité d'analyse de la situation d'une part et une mobilisation des ressources, connaissances et expériences qui parfois peuvent être intégrées en amont. Ryngaert dans *Jouer, représenter* évoque l'intérêt de l'entraînement à l'adaptation en jeu : « l'abondance des tentatives diminue l'importance de chacune et leur confère une grande souplesse¹³² ». La souplesse mentionnée correspond à la capacité d'adaptation du comédien après plusieurs mises en situation. L'adaptation est intégrée par le comédien par l'habitude de mettre au travail sa capacité d'analyse afin d'apporter une réaction cohérente. Stanislavski dans *La formation de l'acteur*, évoque l'intégration psychique presque inconsciente de la capacité d'adaptation à une situation imprévue dans le jeu : « dans chaque opération de communication nécessitant obligatoirement un ajustement, le subconscient et l'intuition jouent à eux deux

¹³⁰ Op. Cit. p. 257

¹³¹ Op. Cit, p. 43

¹³² Ibid. 42

sinon le rôle principale, du moins un rôle très important¹³³ ». C'est l'entraînement à l'adaptation (en entraînement pour les comédiens et en simulation pour les médecins) qui a mené les étudiants à incorporer et pouvoir « jouer » avec cette notion. Les comédiens avaient l'occasion de provoquer l'imprévu, permettant aux externes de travailler de leur côté sur la capacité d'analyse et d'adaptation de la réponse en fonction de la situation et inversement.

Ainsi, l'utilisation de l'improvisation est motivée par l'avantage de ses caractéristiques relationnelles et les enjeux psychologiques et sociaux qu'elle peut apporter à une situation. En effet c'est un processus réflexif, convoquant à la fois l'intellect, le corps, la sensorialité et la psyché. C'est également une pratique « adaptable » à un certain nombre de situation. Non figée, elle peut être modulable en fonction d'un contexte, d'un public précis, de contraintes, d'objectifs précis. Cette pratique est fréquemment utilisée dans des domaines disciplinaires variés pour travailler généralement une pratique professionnelle, un comportement, un ressenti. Elle permet le passage par le corps d'une mise en condition, d'une situation, d'un ressenti, puis de l'intellectualiser, de figer un instant une situation en la représentant à travers l'acte de jouer pour après pouvoir la remodeler et évoluer. C'est le principe que nous retrouvons dans le dispositif CHUI : figer un instant de consultation spontanée en vidéo, puis mener une réflexion sur les enjeux psychologiques, les comportements, les composantes de la relation, etc. afin de les interroger pour les faire évoluer. Cette réflexivité est donc due aux modalités de l'improvisation qui se déploie dans un cadre bien précis, celui du partenariat entre les deux parties. Nous allons nous pencher désormais sur l'intérêt de l'utilisation de l'improvisation en partenariat avec la faculté de médecine et voir comment ce partenariat s'est organisé pour arriver à construire un fonctionnement viable.

Le procédé de patient standardisé et la pratique de l'improvisation constituent les composantes de l'action du dispositif. Nous allons désormais nous questionner sur la mise en œuvre concrète de cette action à travers l'organisation et les modalités de fonctionnement du dispositif. Nous allons étudier, à partir des retours des étudiants, la façon dont ces composantes ont été mise en place, quelles en ont été leur modalités et caractéristiques lors du déroulement de l'action.

¹³³ Op. Cit. p. 266

III. Retours des étudiants quant aux modalités pédagogiques du dispositif

Cette partie ne constitue pas une évaluation mais une réflexion quant aux choix pédagogiques, basée sur les observations de l'équipe enseignante et le retour des étudiants concernant le dispositif. Nous aborderons ici différentes notions à partir du matériel suivant : bilans oraux, évaluation quantitative statistique mis en place par SAPIENS, entretiens que j'ai réalisés avec les étudiants après la simulation ainsi qu'avec Ariane Martinez et Alexandre Bellier. Bien qu'axée partiellement sur les évaluations quantitatives du dispositif, cette réflexion n'établit pas un compte rendu des différents bilans et avis collectés mais tente de faire ressortir des thématiques, des questionnements plus généraux sur l'expérience. Les critères utilisés par SAPIENS pour évaluer le dispositif sont organisés en quatre composantes : « appréciation globale », « simulation », « enseignants », « évaluation des étudiants ». Chacune de ces parties comprend des critères précis concernant le dispositif. Nous allons donc nous pencher sur la forme du dispositif d'un point de vue concret concernant les choix des modalités pédagogiques et à travers le regard des étudiants.

Les modalités du dispositif correspondent à l'organisation, à la communication, aux objectifs du projet, au déroulement des séances de simulation ainsi qu'au fonctionnement du travail en amont et en aval, soient les entraînements et les bilans proposés au sein du projet. Nous baserons l'analyse et la critique des modalités pédagogiques sur les retours des étudiants et sur mes interprétations et observations de l'action déroulée. Nous tenterons de ne pas émettre de jugement positif ou négatif, mais d'analyser les notions relatives aux retours et observations réalisées lors du projet. Pointer du doigt certaines remarques et observations concernant l'organisation du dispositif et les choix pédagogiques, nous permet d'entrevoir les possibilités d'évolution, d'adaptation et de réflexion quant au procédé employé ainsi que son impact sur les apprentissages et le vécu des étudiants. Le but ici n'est pas de faire la liste et l'analyse de chaque critère et chaque élément de l'entièreté du dispositif mais des éléments marquants, récurrents et suscitant une réflexion plus large par ailleurs.

1. Fonctionnement et objectifs

1.1. *Organisation générale*

Des questions d'ordre formel ont été abordées par les étudiants : la présentation à la caméra en entrant en consultation, le cheminement de l'arrivée dans l'enceinte de l'hôpital jusqu'à la salle de consultation et les horaires de séances notamment. Nous pouvons nous demander si les horaires sont adaptés. En effet, la fin de journée est plus propice à la fatigue physique et intellectuelle et à la difficulté de concentration. Cela peut conduire à l'instauration d'un climat d'apprentissage moins favorable. Cependant, la question organisationnelle amène à tenter de mettre en parallèle un horaire adapté à l'apprentissage et le souci concret de mobilisation simultanée des moyens humains et matériel suffisants. Il s'avère que la soirée, dans ce cas, constitue la temporalité la plus adaptée en raison de la fermeture du service au public et de la disponibilité des équipes.

Par ailleurs, certains étudiants reviennent sur les choix des modalités de simulation. En effet, nous remarquons une demande de la part de quelques étudiants en médecine de construire un canevas contenant un motif de consultation en lien avec leur pôle d'externat pour faciliter le déroulement de l'entretien et les accompagner à être plus à l'aise lors de l'interrogatoire. Ceci pose la question de l'organisation en amont du dispositif. Cette réflexion est pertinente concernant les capacités d'analyse d'une situation d'ordre médical. En effet, les externes en quatrième année ne sont pas spécialisés et n'ont entamé que récemment le travail clinique. Ils n'ont donc pas les connaissances et l'expérience suffisante pour construire une réponse au patient contenant un diagnostic spécialisé. Le motif de la consultation axé sur le pôle temporaire leur permettrait de se concentrer sur la relation et pas seulement sur l'analyse de la pathologie faisant appel à leurs connaissances médicales. Cette proposition peut cependant être limitée : d'une part chaque étudiant se voit attribuer un pôle différent qui change fréquemment. Les comédiens ne peuvent préparer en amont un canevas personnalisé en fonction de l'étudiant qu'il rencontrerait, cela requiert une organisation trop complexe. D'autre part, la compétence travaillée dans ce dispositif consiste à gérer l'aspect relationnel tout en étant capable d'apporter une réponse à une problématique médicale. L'attendu ne se situe donc pas dans l'élaboration d'un diagnostic précis, mais dans la construction d'une réponse cohérente et adaptée à la problématique du patient et à la relation établie lors de la consultation. Il est alors nécessaire de clarifier l'objectif en amont pour se détacher de la justesse de l'annonce du diagnostic et se concentrer sur les enjeux relationnels lors de l'annonce.

1.2. Explication des objectifs et question du statut des étudiants

Au cours des échanges avec les étudiants, j'ai pu remarquer un écart entre la compréhension des objectifs du dispositif des étudiants en médecine et celle des étudiants en improvisation. En effet, certains étudiants en médecine pointent le manque d'explications en amont des séances, notamment concernant leur rôle et leur statut au sein des consultations. Bien que les enjeux du dispositif aient été explicités incluant leur positionnement professionnel, certains externes ont eu des difficultés à se positionner face au patient, entre leur statut d'étudiant et le rôle de médecin pratiquant au sein de l'expérience. Le cadre de la simulation pédagogique cantonne l'étudiant à son statut d'apprenant l'incitant peu à la prise d'initiative et à la proposition. Cette incompréhension du statut arboré lors des séances de consultation a pu altérer la relation avec le patient. La réflexion sur le statut des étudiants en médecine touche également la notion de spécialité. En effet, la question de l'orientation vers une consultation de médecine générale ou spécialiste est posée par plusieurs étudiants lors des bilans et des entretiens individuels. Les canevas sont complets et détaillés, permettant d'établir un interrogatoire poussé, mais certains étudiants émettent un avis sur le sujet : les situations peuvent s'avérer trop spécialisées et relever d'une médecine qu'ils jugent spécifique (le nodule thyroïdien par exemple¹³⁴). Ceci rejoint la réflexion sur les compétences et connaissances médicales et techniques que les étudiants ont acquis en quatre ans ainsi que la demande de se focaliser sur l'aspect relationnel et non pas le diagnostic. Il s'agit pour les étudiants de se familiariser avec le fait qu'ils « ne savent pas forcément », et qu'ils doivent apprendre autant du patient que sur le plan du savoir médical théorique. Ceci constitue l'un des objectifs de la formation médicale. En effet, le dispositif permet aux étudiants de ne pas subir ce sentiment « d'ignorance » lorsqu'ils seront face à des patients réels. Le fait d'avoir éprouvé ce sentiment dans une situation fictive leur permet de ne pas être décontenancé lors d'une situation réelle. Il est ici nécessaire de recentrer l'objectif sur les apports de la rencontre et non pas la spécialisation de diagnostic.

En atelier d'improvisation, les objectifs pédagogiques, l'appropriation d'un canevas prédéfini, la cohérence du jeu en fonction du canevas et des objectifs préalablement mis en place, et l'improvisation en consultation d'un rôle de patient mêlant situation sociale, familiale et psychologique ont été globalement compris par l'ensemble des étudiants. Les

¹³⁴ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

objectifs et enjeux du projet, le concept de simulation ainsi que le rôle des étudiants en improvisation ont été explicités dès le début des ateliers. Cependant, plusieurs étudiants m'ont formulé leur incompréhension des attentes et objectifs du dispositif ainsi que du lien entre le projet et les exercices proposés en atelier. Cette incompréhension peut être due au caractère innovant et peu courant de ce type de dispositif, en particulier dans le département des arts du spectacle. Cela nécessite alors une appropriation et compréhension des enjeux de la part des étudiants pour pouvoir y adhérer.

L'écart de compréhension entre les deux formations peut se percevoir dans les vidéos des consultations et lors des entretiens post-consultation. En effet, un externe a pu par exemple dire à un comédien après une séance de consultation son désarroi face aux différents symptômes relatés par ce dernier qui, selon l'externe, n'avaient pas de lien entre eux. Le médecin a donc tenté de trouver le diagnostic dans l'idée de rassurer le patient au plus vite en rendant ses explications peu compréhensibles. Le comédien quant à lui, plus au clair sur son rôle et ses objectifs a tenu son profil et son canevas malgré l'incertitude du médecin. Ce décalage peut créer une latence dans la relation, l'un ne comprenant pas les objectifs de l'autre. Il paraît nécessaire d'explicitier dans le même cadre (peut-être en commun mais nécessitant une première rencontre collective pré-simulation entre les étudiants) les objectifs, enjeux, statuts et rôle de chacun ainsi que déroulement de la simulation afin que chacun des étudiants ait plus ou moins la même compréhension de l'action. Cet écart de compréhension est peut-être dû à une divergence dans la forme des explications préalables. Cependant, l'anticipation de ces cas de figure ne suffirait sans doute pas à clarifier tout type de situation puisque ce dispositif qui est organisé autour de l'apprentissage par l'expérience de la relation, des maladresses dans l'annonce de diagnostic, des réactions et réflexes sociaux et humains. La mise en place d'un cadre d'action trop contenant et sécurisant risque de pousser les étudiants à éviter la difficulté donc la réflexivité qui est liée à celle-ci.

2. Modalité des séances de simulation

2.1. Nombre et répartition des séances

Pour des raisons temporelles et de fonctionnement, le nombre de séance était limité. Deux sessions ont ainsi été organisées, sur deux soirées en octobre et deux soirées en novembre. Chaque étudiant a participé à l'une des deux soirées de chaque mois. Ainsi un étudiant en improvisation a réalisé deux ou trois passages pour chaque session, et un étudiant en médecine en a réalisé un par session. Les étudiants en médecine, plus nombreux que les

comédiens, se sont vus limités dans leurs passages. Selon les résultats de SAPIENS, 56% des étudiants de « Théâtre improvisation » ont évalué le nombre de séances de simulation insuffisant. Les étudiants ont pu évoquer le nombre de passage idéal entre trois et quatre séances, selon eux, qui peut varier en fonction du canevas (ils considèrent certains canevas moins riches en informations, plus restreints) pour se situer entre un jeu répétitif et un sentiment d'aisance. Par ailleurs, les séances ont été jugées trop espacées dans le temps pour certains étudiants. En effet, la dynamique d'apprentissage peut être altérée par de trop longues pauses. Cependant le temps entre les deux sessions semble être nécessaire pour plusieurs raisons : les bilans mi-parcours, les réajustements des objectifs, l'approfondissement des entraînements pour les comédiens, l'organisation de la deuxième session. Par ailleurs, concernant l'évaluation et l'analyse de la progression, certains étudiants en médecine ont évoqué le fait de réitérer cet exercice en 5ème année.

La première séance permet la découverte du dispositif nouveau pour tous les étudiants. Ils entrent en relation avec une personne qu'ils ne connaissent pas, dans un cadre qui définit les modalités de la relation à deux niveaux : d'une part c'est une rencontre entre deux étudiants en simulation consultation et également une rencontre ludique entre patient et médecin. Afin de s'appropriier le dispositif, de développer l'aisance de jeu (sans avoir également l'état émotionnel lié à « l'entrée en scène » par exemple) et dans la relation, les étudiants auraient préféré plus de séances de consultation et d'entraînement. Un étudiant en médecine dit avoir vécu la première séance comme un « crash test¹³⁵ », dans la découverte sans anticipation, provoquant selon lui une « sensation de nullité majeure¹³⁶ ». Le terme de frustration a été évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens post-simulation venant de la part des étudiants comédiens et médecins. Certains considèrent que le stress est d'autant plus fort lorsqu'ils ne réalisent qu'un seul passage pour les médecins notamment. Du côté des comédiens qui réalisent plus de passages, le stress se situe dans la perception de la simulation comme « l'examen final » de l'atelier. Le nombre limité de séances de consultation réduit l'aisance de jeu et la confiance qu'ont les étudiants envers leurs capacités lors des séances.

Par ailleurs, il a été remarqué un taux d'absentéisme chez les étudiants en médecine, notamment lors de la deuxième session. Cela a modifié le fonctionnement et l'organisation du

¹³⁵ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

¹³⁶ Ibid.

dispositif : les externes présents lors de la session ont eu l'occasion s'il le souhaitait de réaliser deux consultations. Certains étudiants en improvisation ont vu leur consultation s'annuler au vue de l'absence d'externes en médecine, et ont proposé de réaliser leur deuxième ou troisième passage avec un médecin qui avait déjà consulté.

2.2.Examen clinique et diagnostic

La question de l'examen clinique est régulièrement énoncée à la fois lors du bilan des étudiants et des entretiens individuels entre eux ou avec moi. L'absence d'examen a dérouté certains externes qui ont senti ne pas pouvoir mener leur consultation au bout. Pour eux, la consultation n'est pas complète et s'écarte du réalisme si elle comprend un simple interrogatoire sans auscultation. La modalité de la consultation ne permet pas l'auscultation et les comédiens n'ont peut-être pas assez exprimé corporellement au médecin l'emplacement de la douleur par exemple. Nous notons également qu'en début d'atelier, les élèves d'improvisation ont insisté sur le fait qu'ils n'avaient pas envie de s'engager corporellement pour des raisons d'inhibition et que le dispositif a fait évoluer certaines inhibitions corporelles et émotionnelles. En effet, plusieurs comédiens ont annoncé à la fin du projet pouvoir participer à une simulation de consultation avec examen clinique. Le vécu de l'expérience a mené les étudiants à une désacralisation de la rencontre avec l'étudiant en médecine et pu conforter certains d'entre eux dans leur capacité de jeu et d'aisance dans ce type de situation. Par ailleurs, nous remarquons une évolution dans l'engagement corporel des comédiens lors des consultations entre la première et la seconde session. Ils ont pu montrer plus aisément les points douloureux et certains médecins ont pu également aller au-delà de la limite corporelle pour toucher succinctement certain endroit du corps du comédien patient.

L'absence d'examen également eu un impact sur la question de l'annonce du diagnostic. En effet, les externes ont rapidement formulé en entretien individuel la frustration de ne pas avoir annoncé clairement un résultat et ce en raison du cadre du dispositif, les poussant à seulement mener un interrogatoire. Le sentiment d'échec dans leur rôle de médecin en consultation a été mentionné également, et souvent en lien avec le fait de ne pas avoir pu se baser également sur des données concrètes et un examen clinique. Dans une autre perspective de travail, les données cliniques, le diagnostic et les examens peuvent amener à un échange encore plus fourni et réaliste avec le patient, s'approchant au mieux de la consultation médicale. Plusieurs propositions sont suggérées dont celle d'avoir le diagnostic ou l'hypothèse suite à l'interrogatoire pour l'annoncer au patient avec la prise en charge

associée dans un second temps. Ceci met en avant d'autres enjeux et organisation du dispositif. En effet, ceci peut être perçu comme une deuxième étape à la simulation et axe le questionnement exclusivement sur l'annonce de diagnostic lié à l'enjeu relationnel.

2.3.Réalisme des consultations

L'enquête réalisée SAPIENS nous indique que 72% de l'ensemble des étudiants participant ont évalué le dispositif comme très réaliste. Nous allons questionner sur la nature des éléments rendant la consultation réaliste et voir comment ils sont évoqués par les étudiants. D'une part la compétence de jeu des comédiens est saluée par les externes. Les étudiants en improvisation ont apprécié le travail réalisé en amont concernant la pratique de jeu. Selon eux, ce travail a servi au réalisme de la consultation médicale. La pratique du jeu en situation réelle permet selon un étudiant en improvisation de « développer la spontanéité, jouer un personnage, inventer son statut social, l'adapter en fonction des symptômes¹³⁷ ». Les modalités de consultation apportent un réalisme à la rencontre : première rencontre entre deux personnes et mise en condition réelle pour les deux étudiants d'une compétence en apprentissage. Les comédiens n'ont en effet pas pour habitude de pratiquer le jeu en dehors d'un cadre théâtral ou scolaire. Le décroisement des formations et la mise en situation réelle leur permet de percevoir la pratique et le jeu différemment en raison de l'état psychologique (très souvent de l'anxiété) engendré par les modalités de consultation (courte durée, peu de consultation).

Par ailleurs, plusieurs étudiants en médecine ont affirmé avoir vécu ces consultations comme de réelles situations. Cela peut être expliqué par le cadre que confère la première rencontre entre les deux personnes, ainsi que par le réalisme des patients standardisés. La diversité des cas et des situations grâce au mélange du profil et du canevas, ainsi que des consultations réelles observées par Philippe Chaffanjon est également source de réalisme. Le réalisme provient également des conditions des consultations grâce aux salles mises à disposition au sein du service, l'utilisation des blouses pour les médecins, la mise en condition et le travail de jeu des acteurs, la salle d'attente, etc. Nous nous pencherons par la suite plus précisément sur la question de l'espace et du lieu qui conditionnent et rendent le dispositif réaliste.

¹³⁷ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

Le réalisme est cependant desservi par l'absence de réels symptômes et d'atteinte physiologique des comédiens. En effet, plusieurs externes affirment que ceci altère l'interrogatoire car ils ne perçoivent pas l'attitude d'un patient douloureux par exemple. Cette question a été travaillée dans le jeu, à travers notamment le geste psychologique ou lors des discussions concernant les canevas avec Philippe Chaffanjon en amont des premières sessions et dans l'objectif de l'appropriation du canevas. La subtilité des pathologies ou de certains symptômes peuvent relever d'une perception subjective et le jeu peut altérer la façon de le retranscrire, donc la façon dont le médecin va comprendre cette subtilité. Cela est également lié à la question de niveau de jeu des étudiants. En effet un acteur professionnel peut jouer la douleur de façon très crédible et performative. Les étudiants comédiens étaient pour la plupart débutants, capable de jouer la douleur, mais avec une difficulté dans l'authenticité et la crédibilité de la douleur. Il est également évoqué l'incohérence clinique des situations lorsque l'interrogatoire mène les étudiants à s'éloigner du canevas. En effet, l'étudiant en médecine peut amener le comédien à se détacher du canevas ou ce dernier peut s'en éloigner soit par erreur ou par oubli soit par choix (en fonction du profil). Il est nécessaire mais parfois compliqué (en raison souvent de l'absence de connaissances médicales approfondies) pour le comédien de rester cohérent dans l'énonciation des symptômes et des ressentis.

Plusieurs remarques ont été faites concernant l'âge des étudiants (tous dans le début de la vingtaine, appartenant à une catégorie sociale et professionnelle relativement homogène) qui ne reflétait pas la diversité des âges et des classes de populations de l'hôpital. Cependant pour certains externes, l'âge des comédiens devient un facteur intéressant dans le travail relationnel car certains considèrent que c'est une « catégorie de patients avec lesquels il est parfois difficile de prendre de la distance¹³⁸ ». Il en va de même pour les étudiants en improvisation qui ont pu être déstabilisés face à un médecin aussi jeune qu'eux, lorsqu'ils se confrontaient spécifiquement à une autorité médicale et une crédibilité qu'ils peuvent plus facilement contester ou moins assumée de la part des étudiants en médecine que de celle des praticiens diplômés. Après avoir mené quelques entretiens individuels, il m'est apparu que l'âge peut constituer un facteur engendrant une double réflexion : une complicité peut se former plus rapidement entre les étudiants et ainsi altérer la réflexion sur la relation patient-médecin qui est souhaitée ; d'autre part c'est un facteur à prendre en compte en situation réelle des deux côtés. En effet la confrontation à une personne plus jeune (ou d'âge similaire) dans une relation de jeu, de soin ou d'autorité (enseignement par exemple) amène à

¹³⁸ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

questionner la légitimité, le statut professionnel et social dans la relation interindividuelle et groupale. Ceci constitue un bénéfice secondaire dans la réflexivité des pratiques.

2.4. Utilisation de la vidéo

L'utilisation de la vidéo est largement évoquée par les étudiants. Ils s'y confrontent dès leur arrivée dans le service. En effet, chaque salle est équipée d'une caméra et un technicien porte une caméra mobile dans le couloir, entre la salle d'attente et les salles de consultation afin de capter des moments de transitions en dehors des séances, ceci dans l'objectif d'en faire un *teaser* pour les différents bilans et pour le Service Universitaire Pédagogique. Le dispositif est donc imprégné de matériel vidéo.

Selon les étudiants, l'utilisation de la vidéo est à double tranchant : d'une part elle sert le réalisme. En effet, la présence de la caméra à la place de l'enseignant permet de moins influencer les comportements, se sentant moins observés directement. Une relation plus intimiste et proche d'une relation patient soignant peut se construire. De plus, la vidéo permet aux étudiants de s'observer et d'élaborer une autocritique et une réflexivité sur leur approche comportementale et relationnelle au sein de la consultation, sur la technique d'interrogation et sur la pratique de jeu. Plusieurs externes mentionnent la question de l'image qu'ils renvoient aux patients. C'est un sujet régulièrement abordé en échange post-simulation avec le comédien. Le retour sur les comportements et l'image que l'étudiant renvoie (en médecine comme un théâtre) est élaboré d'une part lors des temps de discussions et d'autre part grâce à la vidéo. Ceci permet aux étudiants de se voir et se rendre compte d'un point de vue extérieur leur tics corporels et linguistique ou la posture du corps par exemple.

D'autre part, les étudiants en improvisation ont évoqué la difficulté de concentration et de mise en condition en raison des mouvements, allées et venues des équipes pédagogique et technique ainsi que des étudiants allant et repartant des salles de consultation. La présence de la caméra en salle d'attente par exemple a été troublante et selon certains étudiants les ont déconcentrés dans le jeu. Ils ont été surpris d'être face à une caméra dès la salle d'attente, présence qui n'avait pas été évoquée, ainsi que déconcentrés par l'aspect non usuel et non réaliste de la situation.

3. Modalités des entrainements et bilans

3.1. Entrainement

L'entraînement ne se situe pas sur le même plan pour les étudiants en médecine et en improvisation. En effet, les comédiens ont bénéficié d'un temps de plusieurs mois pendant lequel les ateliers ont été organisés par Ariane Martinez, dans l'objectif de pratiquer le jeu et les attendus du dispositif. Pour eux, la simulation peut être considérée comme la finalité du travail. Pour les étudiants en médecine, la simulation en elle-même constitue l'entraînement. Le dispositif permet de systématiser la méthode d'interrogatoire. L'interrogatoire est une technique complexe, liant savoir théorique et adaptabilité relationnelle. Selon un étudiant en médecine, la méthode d'interrogatoire « peut-être un peu "emmêlé" dans l'examen clinique¹³⁹ », lorsqu'ils sont en situation réelle. Cela permet également de travailler l'oralité, d'apprendre à gérer les inquiétudes des patients, de travailler avec un binôme en consultation. Du côté des comédiens, c'est le manque de temps qui est pointé du doigt en atelier notamment avant les premières sessions de simulation. Certains étudiants se sont sentis limités dans l'évolution de leur pratique, dans la construction de leur rôle et de l'aisance de jeu en raison de la temporalité. Ils n'ont en effet eu que très peu de temps consacré à la construction et la réflexion du profil social de leur personnage. Un retour sur ce travail permettrait davantage d'aisance en consultation et la possibilité de développer un plus large panel d'émotions ainsi qu'une adaptation plus rapide aux profils sans se focaliser sur les caractéristiques sociales du personnage. Il était cependant attendu que les étudiants puissent développer en improvisation ces caractéristiques et éventuellement pouvoir les modifier à leur guise d'une consultation sur l'autre afin de développer la richesse du jeu et de ne pas se cantonner à la construction figée du personnage-patient.

3.2. Entretiens individuels et bilans collectifs

Les entretiens individuels ont eu selon les étudiants l'avantage principal de pouvoir interagir entre eux. Cet échange leur a permis de discuter de la séance, de la relation, des profils, des symptômes énoncés et confronter leur perception, leur lecture de la situation afin d'en mesurer les écarts, questionner les différences de perception ou de vécu. Cela les a également incités à remettre en question la méthode d'interrogatoire chez les externes. De

¹³⁹ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

plus la discussion a permis aux étudiants d'échanger sur leurs ressentis respectifs des enjeux relationnels déployés lors de la séance, sur la pratique de jeu, la crédibilité et le réalisme du personnage pour les comédiens. La réflexivité et l'analyse de la pratique professionnelle est mise en avant par les étudiants qui ont généralement apprécié d'échanger après la séance. Selon une étudiante à la sortie de la séance lors de l'entretien, l'échange avec le partenaire mène à percevoir son vécu et « permet une première autocritique¹⁴⁰ » de la pratique.

De mon point de vue, en tant qu'observatrice extérieure, l'entretien permet aux étudiants de sortir de la séance physiquement et psychologiquement, afin d'entamer pleinement un processus réflexif qui débute par un retour sur les ressentis et le vécu émotionnel lors de l'expérience. J'ai également pu remarquer que certains étudiants en théâtre ou médecine ont tendance à s'excuser de leur comportement, souvent due au profil colérique et revendicatif pour les comédiens, ou au désarroi du médecin face à une relation vécue difficilement.

Les bilans ont été perçus par les étudiants comme intéressants dans l'ensemble. Certains ont émis la proposition de rencontres collectives entre les étudiants en théâtre et en médecine, afin d'aborder les enjeux de la simulation différents pour chacun, et de confronter leurs ressentis, vécus et émotions suscités lors des séances. Un bilan collectif aux deux promotions rendrait possible un échange sur la conception de la simulation et une meilleure compréhension des identités et cultures professionnelles de chacun. Par ailleurs la question de l'étayage théorique est évoquée par les externes notamment. Certains affirment avoir besoin d'un apport sur la question relationnelle et la conduite de consultation, en particulier entre les deux sessions, afin de pouvoir progresser et entamer une réflexivité sur leur propre méthode.

Nous avons observé, à travers les retours et critiques des étudiants participants, plusieurs éléments. D'une part, il a été évoqué que ce type de dispositif est peu habituel dans les formations pédagogiques des étudiants. Il est donc nécessaire qu'il soit organisé et explicité clairement pour que les étudiants s'en saisissent. La compréhension des enjeux du dispositif, du rôle de chacun et des modalités d'organisation de la part des étudiants est indispensable pour soutenir l'objectif pédagogique de ce projet. Par ailleurs, les étudiants ont mentionné à plusieurs reprises le réalisme et l'intérêt du choix pédagogique d'utilisation de l'improvisation et du procédé de patient standardisé. Enfin, nous remarquons que l'enjeu principal des réflexions évoquées lors du bilan réside dans la rencontre entre les étudiants. Cet

¹⁴⁰ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

échange interdisciplinaire a conduit les participants à un croisement des compétences dans un objectif d'apprentissage et d'évolution des pratiques.

Ainsi, les différentes formalités du dispositif CHUI résident dans les modalités de la pratique, les choix pédagogiques, l'organisation et la démarche générale du projet. L'analyse de ces formalités nous a poussés à étudier les intérêts des pratiques utilisées. Il nous est apparu intéressant de considérer la rencontre entre les étudiants comme un croisement des compétences et pratiques convoquant avant tout une dynamique relationnelle. Plusieurs thématiques ont été soulevées à travers cette analyse du cadre du dispositif. Nous avons en perçu quelques-unes aux travers des retours des étudiants sur les modalités du dispositif : la rencontre, les lieux, la réflexivité quant aux pratiques professionnelles. Nous allons développer ces thématiques et questionnements soulevés dans lesquels réside une réflexion essentielle : l'impact du dispositif sur les étudiants et leur vécu au sein de cette expérience. Nous étudierons les mécanismes relationnels, sociaux et psychologiques développés lors du déroulement de l'action et influencés en partie par le cadre du dispositif. Nous analyserons les impacts sur la formation et les pratiques professionnelles des étudiants en nous basant sur un étayage théorique ainsi que sur le retour des étudiants lors des bilans et entretiens.

Partie 4 : Questionnements soulevés par le dispositif

Nous allons axer la réflexion de cette dernière partie sur les différentes thématiques soulevées par le déroulement du dispositif. J'entends par le terme *thématique* les différents questionnements en lien avec les enjeux relationnels, comportementaux, psychologiques et sociaux des étudiants lors de la rencontre. Nous développerons une forme d'ouverture à la réflexion sur les impacts du dispositif chez les étudiants. Pour cela, nous convoquerons des apports théoriques relatifs aux sciences humaines et sociales principalement, pour analyser et comprendre les enjeux psychologiques et sociologiques déroulés au sein de l'action. Ces questionnements sont généralement des éléments que nous n'avons pas pris en compte en amont du projet et qui nous sont apparus progressivement, souvent à posteriori du déroulement des sessions et généralement lors des bilans.

Dans un premier temps nous étudierons les questionnements liés au cadre pédagogique. Nous rappelons que le cadre du dispositif est constitué des modalités que nous avons analysé dans la partie précédente. Nous allons voir quelles réflexions ce cadre a pu soulever chez les étudiants ainsi que lors de ce travail de recherche. Ces analyses renverront également aux propos des étudiants lors de leurs retours sur le dispositif. Ainsi nous explorerons plusieurs thématiques relevant de l'influence du cadre du dispositif et des modalités d'actions de celui-ci, sur l'action et chez les étudiants.

Enfin, le dispositif constitue un enjeu important concernant les futures pratiques professionnelles et la formation des étudiants, s'appliquant notamment au jeu théâtral et la relation patient-médecin. Nous nous intéresserons donc aux impacts du dispositif sur les pratiques professionnelles et l'évolution de ces pratiques et des représentations des étudiants.

I. Impact du cadre du dispositif sur les enjeux relationnels et psychologiques au sein de l'action

Nous allons ici aborder trois thématiques principales : l'impact du lieu et des espaces sur les étudiants, imposés par le cadre du dispositif ; la notion de jeu dans cette mise en scène d'une réalité ; la question de la censure du cadre face à l'autocensure des étudiants dans leurs propositions et leurs comportements. Nous verrons à travers ce questionnement que le cadre pédagogique a eu une influence majeure sur les comportements sociaux, les ressentis psychologiques et les interactions entre les étudiants. Nous étudierons donc quels sont les effets du contexte du dispositif sur les enjeux relationnels, les perceptions d'autrui et des situations ainsi que sur le vécu de l'expérience des étudiants en terme de ressentis intrinsèques.

1. Espace et lieu

Parmi les observations et retours de la part des étudiants, nous pouvons constater que la question du lieu est récurrente. En effet, le cadre du déroulement de l'action joue un rôle majeur dans la mise en condition et les enjeux de la simulation. Les étudiants jouant le rôle des patients ont estimé que cette immersion dans l'hôpital les avait aidés à interpréter leurs rôles. La quête de la salle, l'attente en salle d'attente, et le vécu en la salle de consultation participaient à la mise en condition et à l'état du patient fictif qu'ils jouaient.

1.1.L'hôpital

Les retours des étudiants en improvisation concernant le lieu évoquent principalement la question de l'impact du cadre et de l'atmosphère de l'hôpital sur leur mise en condition. En effet plusieurs affirment que « l'ambiance de l'hôpital aide à jouer le rôle¹⁴¹ ». Pour eux, le déroulement du dispositif au sein de l'hôpital œuvre à la mise en condition en raison de l'architecture des locaux, des souvenirs liés au lieu, du caractère non usuel de cet espace pour certain ainsi que de l'ambiance générale du lieu (éléments olfactifs, visuels, présence du personnel, des patients). Certains affirment également que le lieu les confronte à une réalité non habituelle ou à des souvenirs, convoquant ici l'affect. Dès leur arrivée dans le service,

¹⁴¹ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

plusieurs étudiants ont affirmé s'être perdu dans l'espace hospitalier (couloirs, ascenseurs, halls) et ne pas avoir saisi les codes visuels de repérage spatial (lettres de couloirs, noms de halls, lignes de couleur à suivre etc.). Le cadre spatial du dispositif apporte une première réflexion sur le statut de l'étudiant en médecine et plus globalement du secteur sanitaire. En effet certains étudiants en théâtre ont pu percevoir chez les étudiants en médecine qu'ils ne « jouent pas le médecin, ils sont le médecin¹⁴² ». L'immersion dans le monde hospitalier conditionne donc les étudiants du fait de plusieurs facteurs : l'architecture, l'atmosphère générale et la représentation symbolique du lieu. Nous allons expliciter ces facteurs afin de comprendre pourquoi et en quoi ils influencent corporellement et psychologiquement les comédiens. Je reviendrais par la suite sur mon expérience de travail en milieu hospitalier afin d'étudier le processus de découverte et d'appropriation du lieu.

Au niveau architectural, nous pouvons considérer en premier lieu la question de la taille relative à un centre hospitalier universitaire ainsi que son organisation. Un centre de ce type possède plusieurs entrées, différents bâtiments publics ou privés, un nombre important d'étages et de couloirs. Les interlocuteurs sont multiples (plusieurs secrétariats, accueils, bureau des entrées) et le parcours de soin est souvent complexe. Ce parcours mène le patient de service en service, d'autant plus lorsqu'il relève de plusieurs branches de la médecine ou qu'il soit nécessaire faire des examens complémentaires d'imagerie par exemple. Cette description est généralement l'observation que l'on se fait en tant que patient ou visiteur. Virginie Dodeler et Gustave Nicolas Fischer enseignants chercheurs en psychologie sociale dans leur ouvrage *Psychologie de la santé et environnement* caractérisent cinq facteurs liant architecture de l'espace hospitalier et ressenti et comportement de la personne extérieure à cet espace : la cohérence, l'affordance, le contrôle de l'environnement, la stimulation sensorielle, et les qualités reconstituantes de l'espace¹⁴³. Afin de servir notre propos nous nous baserons exclusivement sur les quatre premières caractéristiques. La notion de cohérence indique la construction logique de l'espace. L'affordance constitue le caractère intuitif dans la compréhension de l'espace. La stimulation est la quantité d'informations et de stimuli sensoriels (auditif, visuel, olfactif, l'agitation) vécu par l'individu et enfin le contrôle définit la possibilité du patient à agir sur son environnement (possibilité de changer d'interlocuteur par exemple, liberté de mouvement, etc.). Ces caractéristiques sont constituantes de l'architecture d'un bâtiment hospitalier. Les étudiants en improvisation, ayant pour la plupart

¹⁴² Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

¹⁴³ Dodeler Virginie, Fischer Gustave Nicolas, *Psychologie de la santé et environnement*, Dunod, 2009

peu d'expérience dans le domaine de la santé se trouvent confrontés à un espace à la fois nouveau dans leur cadre d'action et de présence (ils viennent pour un dispositif et non à la place de patient ou de visiteur) et connu pour la plupart car cela ne constitue pas leur première entrée en structure hospitalière. Certains ont pu affirmer dès lors que la venue à l'hôpital œuvrait au conditionnement : « on entre dans le personnage, on est malade, c'est ce qui rend le jeu beaucoup plus intéressant¹⁴⁴ ». Les étudiants ont été confrontés à ces facteurs, notamment l'affordance et la stimulation. Cela a altéré leur comportement et leur ressenti avant d'arriver en simulation. Ce sont ces caractéristiques qui ont œuvré à conditionner l'étudiant à travers l'architecture.

Les étudiants ont largement évoqué l'atmosphère générale de l'hôpital et notamment sur le plan sensoriel. C'est ce que les auteurs de *Psychologie de la santé et environnement* appellent la *stimulation sensorielle*. Les étudiants ont très rapidement, dès leur arrivée dans le service, évoqué les odeurs, l'esthétique du bâtiment et notamment ses dédales de couloirs blancs, les bruits relatifs aux machines médicales, les discussions du personnel, la présence des patients. La tenue professionnelle est également évoquée. Les blouses du personnel soignant donnent un cadre à la consultation et au conditionnement du comédien à incarner le patient. La quantité d'informations sensorielles engrangés par les étudiants les mène également à la mise en condition. Ici, cela passe en premier lieu par le corps et les sens, avant d'être intellectualisé et intégré. La découverte et l'appropriation sensorielle de l'environnement renvoie à la mise en condition corporelle et sensorielle évoquée précédemment.

L'espace hospitalier est également un lieu symbolique convoquant chez ses visiteurs (patients ou extérieurs) une mémoire affective et sensorielle. La mémoire sensorielle est activée par les stimuli et la mémoire affective par un souvenir lié au lieu où également au stimulus. La symbolisation du lieu est abordée par Jean Jacques Guillarmé, professeur en psychopathologie qui met en exergue le double caractère qu'acquiert la définition de *lieu* : « un lieu ne s'investit pas seulement comme un territoire. Il se présente aussi comme un symbole¹⁴⁵ » La valeur symbolique, affective et émotionnelle du lieu est liée à la mémoire et le vécu que l'on a en rapport au lieu. Guillarmé affirme que cette valeur symbolique existe

¹⁴⁴ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

¹⁴⁵ Guillarmé Jean-Jacques, *Education et Rééducation psychomotrice*, édition Sermaph-Hatier, 1983, p. 146

« parce qu'ils ont été/ou sont source de joies, de peines, de désarroi ou d'angoisse¹⁴⁶ ». Ainsi certains étudiants ont formulé le fait d'avoir eu des souvenirs convoqués par la mémoire affective et sensorielle dus au cadre de l'hôpital. La symbolisation du lieu par l'étudiant le mène à se remémorer intellectuellement et corporellement une expérience (neutre, positive ou négative) et à se réengager physiquement et psychologiquement parfois inconsciemment dans cette atmosphère. Un individu ayant mal vécu une expérience hospitalière va par exemple consciemment ou pas adapter son corps et son état d'esprit à l'environnement, guidé par son souvenir psychologique et corporel. Certains étudiants ont alors grimacé en raison de l'odeur particulière en évoquant un souvenir lié à cette odeur ou simplement une sensation négative sans raison affective qui les affecte tout de même physiquement.

L'entrée dans un hôpital est guidée par l'état d'esprit et l'objectif dans lequel nous sommes. Pour ma part, la première entrée au sein de l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble était guidée par l'objectif d'entrer en stage dans cette structure. Je ne me rappelle donc quasiment pas cette première découverte du lieu, tant l'esprit était occupé par un autre objectif. L'entrée d'un patient ou d'un visiteur peut ressembler à cela. Préoccupé par une problématique liée à la santé, l'espace en devient secondaire, d'autant plus si l'architecture du bâtiment est cohérente et intuitive. La plongée dans l'atmosphère est tout de même inévitable. En effet, les stimuli sensoriels restent présents et conditionnent le comportement, les ressentis en convoquant l'aspect symbolique du lieu et les processus de remémoration évoqué plus haut. Lors de ma deuxième entrée dans l'hôpital, le lieu était sujet d'analyse et d'appropriation, dans le but premier de se repérer, d'identifier les lieux, les services et les personnes. Cette première appropriation est également vécue par les étudiants en improvisation. Ils entrent dans le bâtiment avec l'objectif précis de participer au projet pédagogique en tant que comédiens et patient standardisé. Ils sont alors généralement plus observateurs de la structuration et de la logique de l'espace afin de se l'approprier pour la prochaine session. Certains s'imprègnent également volontairement de cette ambiance afin de jouer sur la mise en condition¹⁴⁷.

Ainsi, tous les éléments de contexte du lieu conditionnent corporellement et psychologiquement les comédiens à travers les ressentis et la mémoire.

¹⁴⁶ Op. Cit. p. 146

¹⁴⁷ Entretien individuel post-simulation, 9 novembre 2016

1.2. De la salle d'attente à la salle de consultation

Deux principales thématiques sont abordées lors des retours des étudiants concernant la question de l'espace du dispositif : la structuration des différents espaces et le lieu dans lequel débute la simulation et le jeu. Pour certains étudiants, le jeu commence dès la mise en condition, pour d'autres lors de la rencontre du médecin en salle d'attente ou encore à l'intérieur de la salle de consultation après l'installation. Un facteur peut rendre ce début ambigu : la présentation des étudiants à la caméra. En effet, il a été demandé aux étudiants d'énoncer nom et prénom de manière formelle devant la caméra afin de faciliter l'identification des étudiants lors du visionnage des vidéos. Cette demande a été vécue par certains comédiens et externes comme une rupture dans le jeu et dans la relation déjà débutée dès la salle d'attente. Nous allons traiter des deux questionnements abordés lors des bilans, en décomposant l'espace en plusieurs parties afin d'étudier ce qui s'y joue (les mécanismes de jeu, de relation et de rapport à l'espace et au corps). Nous verrons ainsi les enjeux de la simulation dans chacun de ces espaces.

Au sein de l'espace du dispositif on peut distinguer deux lieux fixes et un espace transitionnel : les salles d'attente, de consultation et le couloir entre ces deux entités. Nous commençons cette analyse à partir de la salle d'attente et non la salle prévue pour la mise en condition qui a déjà été évoquée. Ainsi mis en condition, l'étudiant s'installe en salle d'attente qui est séparée des salles de consultations et de la salle de réunion dans laquelle se trouvent les externes par un couloir.

En premier lieu, la salle d'attente possède un aspect symbolique : celui de l'attente d'une personne et plus spécifiquement d'une réponse à un problème qui sera apporté en consultation. Le médecin se voit conféré d'un certain pouvoir dans la dimension psychologique de l'attente et du vécu du patient lors de cette attente. En effet nous avons pu constater lors du dispositif que lorsque l'attente se fait longue en raison de la saturation des salles de consultation, la relation entre patient et médecin, entre comédien et externe en est déjà altérée. Le patient en ressort agacé et inconsciemment frustré du pouvoir détenu par le corps médical à le faire attendre. Bourdieu dans son cours de sociologie *Sociologie générale, Les concepts élémentaires de sociologie*, revient sur la corrélation entre pouvoir et salle d'attente.

Dans une certaine mesure, la salle d'attente est le symbole par excellence du pouvoir. Le pouvoir tel que le décrit Kafka repose sur une très forte aspiration de

ceux qui attendent, qui pourraient partir et qui, pourtant, restent, et sur une haute incertitude : ils n'ont même pas la certitude du temps qu'il faudra attendre¹⁴⁸

L'attente du patient est soumise au pouvoir régissant les aller et venus d'une salle d'attente, donc à la gestion de la temporalité par le médecin. Il convient par ailleurs de revenir sur le terme *patient*. Le CNRTL définit le mot *patient* à travers plusieurs acceptions : « qui montre ou qui requiert de la patience¹⁴⁹ » ; « celui qui subit ou qui est l'objet d'une action¹⁵⁰ ». Nous entrevoyons ici la notion de passivité¹⁵¹. Le terme *patient* a une origine latine, du mot latin *patiens* signifiant « qui supporte, endurant¹⁵² ». Le patient dans son étymologie est donc considéré comme passif et sujet à une action et un pouvoir qui ne lui appartiennent pas. Le terme endurer peut-être également relatif au fait d'endurer l'attente. Le lieu est ainsi perçu comme un espace temporel. C'est ce que Benoit Lesage, médecin et docteur en science humaines affirme dans son article « Naitre à l'espace. Prémices d'une clinique élargie », : « Le terme est initialement employé avec une valeur temporelle : l'espace d'un instant, l'espace entre deux évènements...¹⁵³ ». La conception d'un espace dédié à l'attente confère pleinement la temporalité à celui-ci. Le lieu et le temps sont des facteurs importants dans la mise en condition et la concentration du comédien avant de débiter le jeu en consultation. La salle d'attente renvoie à ces deux caractéristiques.

La salle d'attente est également le lieu de rencontre entre plusieurs personnes issues de milieux sociaux et culturels différents ayant pour point commun la rencontre avec un professionnel de la santé dans l'objectif de résolution d'un problème. Cette confrontation peut d'une part rapprocher les individus entre eux par empathie, compréhension et similitudes de problématique et d'autre part amener à la comparaison par échelle de valeur concernant la quantification de la douleur par exemple. Dans le dispositif CHUI, la salle d'attente regroupe

¹⁴⁸ Bourdieu Pierre, *Sociologie générale, Les concepts élémentaires de sociologie, Volume 2. Capital, Cours au Collège de France 1983-1986*, Cours du 29 mars 1984, « La manipulation de l'illusio et des chances », Edition du Seuil, 2016

¹⁴⁹ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « patient »

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ La question de la passivité du patient hospitalisé est plus longuement abordée à travers la première vignette clinique présentée en annexe

¹⁵² Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Etymologie, « patient »

¹⁵³ Lesage Benoit, « Naitre à l'espace. Prémices d'une clinique élargie », Dossier l'enfant et ses espaces, *Enfance et Psy*, Edition Eres, n°33, 2006. p. 113

les comédiens avant leur première rencontre avec l'externe. Ce lieu crée une dynamique de groupe et forme une unité de statuts de comédien et de patient à la fois. Cette entité peut être difficile à aborder sur le plan relationnel lorsque le médecin arrive dans la salle d'attente pour appeler le patient qu'il doit prendre en charge. L'arrivée du médecin seul dans une salle d'attente constitué d'un groupe de patient peut questionner le rapport de force : cette première rencontre a été jugée intimidante par certains étudiants en médecine. La salle d'attente est donc le lieu de la première rencontre et premier contact établit entre les deux partenaires de simulation qui va donner lieu à la construction de la relation de soin. Le lieu d'attente confère un premier cadre, une orientation à la relation. C'est également ce qu'affirme le médecin Anne Coiffier dans son travail de thèse concernant les salles d'attente : « La salle d'attente serait ainsi une première étape vers la construction de la relation de soins, qui ne se joue véritablement qu'une fois la consultation débutée¹⁵⁴ ». Compte tenu de cette réflexion et analyse nous pouvons affirmer maintenant que la simulation commence dès l'attente dans la salle prévue à cet effet, puisque la relation de soin débute à cet instant et dans ce lieu précis.

Par ailleurs, la salle d'attente dans le dispositif est un lieu où le corps et l'état psychologique sont sujets à un conditionnement mais aussi à une altération. En effet certains étudiants ont évoqué la difficulté de concentration au sein de cet espace, en particulier à cause des allées et venues des équipes pédagogiques et techniques mais également en raison de la présence d'autres comédiens, en situation d'attente également. Le fait d'appartenir au même groupe formé quelques semaines auparavant peut altérer la concentration et la mise en condition en fonction du profil du comédien. Il leur arrive de discuter, rigoler en sortant de leur rôle, redevenant camarade d'atelier. Cependant, cet espace est perçu par bon nombre d'étudiant comme lieu de mise en situation individuelle et corporelle, de recentrage sur le profil et le canevas. La façon de s'asseoir, de patienter, de s'impatienter appartient déjà au personnage-patient convoqué par le comédien et prend en forme dans la salle d'attente. L'action d'attendre n'est pas perçue et vécue similairement selon les différents profils. Le passage par cet espace permet donc aux étudiants de donner une première matière à leur personnage, spécifiquement à travers le corps, témoin de l'état psychologique dû à l'attente ainsi qu'à la pathologie et au profil. Lesage, dans son même article, mentionne la notion de conception corporelle et psychologique de l'espace. Il lie l'intellectualisation de l'espace et

¹⁵⁴ Coiffier Anne, *Représentations et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative*, Thèse de doctorat en médecine, Université Henri Poincaré, Faculté de médecine de Nancy, 9 avril 2010

son intégration et appropriation par le corps : « penser l'espace c'est aussi se concevoir dans l'espace, y habiter, s'y orienter, s'y mouvoir et s'y déployer¹⁵⁵ ». Les étudiants s'approprient l'espace afin de s'y déployer à travers leur rôle. Ils élaborent leur personnage de patient, découvrent et intègrent corporellement l'espace. Lesage déploie deux caractéristiques dans le fait de penser et d'habiter l'espace : « la capacité d'*organiser* l'espace est concomitante de celle de *symboliser*¹⁵⁶ ». Il associe la notion de structuration à celle de symbolisation. L'habitation de l'espace à travers le corps et l'esprit sont liés à la symbolisation de celui-ci. Nous retrouvons ici la réflexion sur la structuration de l'espace hospitalier. Les étudiants comédiens organisent leur espace à travers leur symbolisation personnelle des lieux. Ils sont en jeu dès la salle d'attente et le corps traduit leur profil. Cependant, leur symbolisation personnelle (mémoire, ressentis, représentation symbolique) influence plus ou moins leur état corporel et émotionnel au-delà du profil. Par ailleurs Lesage indique que l'influence du corps sur l'espace est réciproque : « les pratiques psychocorporelles permettent de préciser, que si l'expérience de l'espace implique celle du corps, la construction du corps se fait aussi dans son rapport à l'espace.¹⁵⁷ » La construction psychocorporelle du personnage (profil et subjectivité du comédien) s'accomplit dans le rapport du comédien et de son corps à l'espace hospitalier. Un individu angoissé par le milieu hospitalier, ou l'espace inconnu qui n'est pas contenant psychiquement ni sécurisant, construit son état corporel en fonction de cet espace. Il peut être donc plus angoissé et introverti en raison de cet environnement anxiogène.

La réflexion sur l'espace du couloir sera plus courte car moins empreinte de symbolique au regard de son utilisation très rapide. Le couloir est sujet aux mouvements désordonnés des équipes pédagogiques et techniques, il est un espace transitionnel pour les étudiants qui l'arpente avec un objectif, une direction précise : la salle de consultation ou la sortie. Le couloir est perçu comme une transition entre l'entrée en relation de soin évoquée par Anne Coiffier dans sa thèse et la construction de cette relation entre médecin et patient. La salle de consultation est analysée dans cette réflexion concernant son organisation concrète (mobilier, structuration de l'espace). Les processus psychologiques et relationnels s'y déroulant seront explicités plus tard, lorsque nous aborderons la confrontation entre le jeu et la réalité. Le retour des étudiants quant à l'organisation de cette pièce concerne

¹⁵⁵ Op. Cit. p. 114

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

essentiellement l'agencement matériel de la pièce. En effet, pour des raisons techniques au vue de la présence de la caméra, les chaises sont scotchées au sol. Le champ de la caméra étant faible, il était nécessaire de limiter les risques de hors champ dus à des difficultés de gestion de l'espace de la part des étudiants. Ainsi, certains étudiants se sont sentis bloqués physiquement et psychologiquement par l'immobilité du mobilier, et l'obligation de faire attention à ne pas sortir du champ (à ne pas trop bouger). Selon un étudiant, « l'envie se confronte au possible¹⁵⁸ ». En effet, les possibilités sont restreintes en raison de contraintes techniques.

2. Enjeux du « jeu » dans une réalité « représentée »

Le dispositif propose un cadre suscitant la réflexivité et mettant en exergue les interactions relationnelles, la conception de la pratique, et le positionnement dans le jeu et la réalité des participants. Nous allons étudier ici les différentes composantes relatives aux processus psychologiques et sociologiques mis en œuvre, convoqués lors des séances de simulation. Le cadre du dispositif peut influencer la relation en consultation ainsi que la perception des étudiants de la situation et de leur partenaire de « jeu ». En effet, tous les éléments constituant du cadre peuvent devenir facteurs influençant des comportements, des ressentis et des réactions des étudiants. Nous pouvons affirmer que le cadre du dispositif « reconstruit » une réalité à travers la mise en situation. Tous les éléments du cadre sont donc réfléchis pour aller au plus proche d'une réalité de terrain pour les médecins. Cependant le cadre dispositif n'est pas le seul facteur influençant le déroulement de l'action en simulation. Nous verrons dans cette partie que si le cadre peut altérer la situation, les mécanismes sociaux et psychosociaux ont une également une place importante au sein de ce dispositif.

Nous allons aborder principalement la thématique de l'incarnation d'un rôle : la question du réalisme de la simulation, l'incarnation du rôle de patient et celui de médecin. Cette réflexion, révélée par l'observation du cadre du dispositif, interroge la question de confrontation entre le jeu et la réalité au sein du dispositif.

Le principe du jeu a deux caractéristiques concomitantes : l'action de jouer et la représentation de cette action. C'est ce que René Roussillon nous apprend dans *Paradoxe et situation limite de la psychanalyse* : « le jeu est action, il doit être effectivement joué pour

¹⁵⁸ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

prendre sa pleine valeur « expérientielle », mais il est aussi et dans le même mouvement travail de mise en représentation¹⁵⁹ ». L'action de jouer est ce qui peut renvoyer ici au jeu du comédien et sa représentation est l'incarnation du patient. L'expérience du jeu est propre au vécu psychologique de l'étudiant comédien tandis que la représentation de ce jeu, l'image de patient projetée sur le médecin correspond à la situation de consultation. L'écart entre l'action de jeu et la représentation du jeu nous mène à considérer la notion de réalisme. Le réalisme peut être considéré comme l'écart entre l'acte de jouer et la représentation. En effet, l'authenticité et la crédibilité mises en œuvre dans l'acte de jouer influencent le résultat de la représentation, l'image renvoyée à l'Autre. Ce résultat et cette image sont les témoins du réalisme du jeu. Cette question du réalisme entre jeu et représentation est posée par les étudiants participants à la simulation qui questionnent le jeu théâtral au sein d'un dispositif de simulation. Cette réflexion est en premier lieu évoquée par les étudiants en médecine lors des bilans et évaluation du dispositif. La nature de la relation est différente entre un étudiant en médecine et un « vrai patient » ou un patient standardisé. Ce dernier convoque la notion de jeu avec la réalité, dans la mise en condition réelle. Le processus de jeu reproduit au plus proche la réalité observée afin de poser les conditions pour travailler la compétence relationnelle. Cependant un étudiant en médecine affirme par exemple qu'il n'aurait pas eu le même comportement face à de « vrais patients¹⁶⁰ ». Dans ce contexte, le comédien ou le médecin peuvent passer du jeu à la réalité rapidement et « décrocher » de la situation, en fonction de l'authenticité et de la perception du jeu de chacun. Si le médecin se rend (trop) compte que le comédien joue, ou n'arrive pas à adhérer au principe de simulation par le jeu théâtral, il se détache de la situation et joue également, dans l'objectif de « faire passer la consultation¹⁶¹ », il est à l'extérieur de lui-même et peu concentré. Par ailleurs, les étudiants en improvisation ont pu percevoir les externes comme désemparés lors de la première séance en pointant du doigt le manque d'organisation de leur part au sein de l'interrogatoire « un peu comme ils savaient pas quoi faire avec nous¹⁶² ». L'hypothèse émise serait d'une part organisationnelle et relevant de l'explication (quels objectifs, moyens, procédé pour les médecins) et d'autre part comme une ambiguïté relationnelle due au jeu. Le réalisme peut donc être altéré par l'authenticité dans l'acte de jouer, ainsi que dans la concentration,

¹⁵⁹ René Roussillon, *Paradoxe et situation limite de la psychanalyse*, PUF, 1991, Paris

¹⁶⁰ Entretien individuel post-simulation, 12 octobre 2016

¹⁶¹ Ibid.

¹⁶² Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

l'adhésion des participants mais aussi la perception du jeu du comédien de la part du médecin. Si pour celui-ci la représentation du patient incarné par le comédien ne correspond pas à sa propre représentation d'une consultation en situation réelle et du patient, il ne jugera pas la situation réaliste.

La notion d'authenticité de la situation est interrogée en premier lieu par un étudiant d'improvisation qui affirme que pour les externes, la rencontre n'était « pas quelque chose de sérieux, parce que nous n'étions pas de *vrais* patients ». En effet, plusieurs étudiants en médecine ont affirmé avoir eu des difficultés à « entrer dans la relation avec le comédien¹⁶³ » en raison de la conscientisation du jeu au sein de la consultation. Certains externes ont donc été focalisés sur le principe de mise en situation à travers le jeu théâtral, ce qui a entraîné une difficulté d'adhésion au projet. L'authenticité de la situation, la question du « faire semblant » pour les étudiants en médecine et les considérations de « vrai patient, faux patient » sont des réflexions régulièrement abordées en entretien post-simulation. Certains externes ont pu avoir une vision dichotomique de la relation patient-médecin au sein du dispositif (notamment dans les questionnaires quantitatifs) : le vrai patient permet de s'entraîner réellement « parce qu'il sait », parce qu'il en connaissance réelle de ses symptômes et ressentis et le comédien correspond à ce que le théâtre peut être comme représentation : le faux, le « faire semblant » et la représentation d'une réalité. L'un des retours d'étudiants concernant le détachement de la situation, est celui de ne pas savoir quand le jeu commence et si tout ce que l'étudiant dit est prévu dans le jeu. Or, le cadre du dispositif et le principe de l'improvisation incitent le comédien à pouvoir varier, adapter le canevas et le profil en fonction de ses capacités et de la relation de soin instaurée, le risque encouru étant de mener à une situation incohérente donc peu réaliste. L'incohérence clinique est par exemple un des facteurs de décrochage et de déconcentration du médecin. Pourtant, l'incohérence peut dans une autre perspective être réaliste. En effet, Philippe Chaffanjon a rappelé lors des bilans que les patients ne sont pas forcément toujours « cohérents » et qu'ils peuvent parfois oublier de mentionner l'essentiel.

L'incarnation du « rôle », de la représentation de médecin par l'étudiant en médecine peut être une notion interrogée selon différents points de vue : la réaction dans le jeu au sein de la relation et l'image qu'il renvoie en terme de statut social. La nature des relations

¹⁶³ Entretien individuel post-simulation, 11 octobre 2016

interpersonnelles sont érigées sur le statut social et le rôle que l'on joue en société. Sartre dans *L'Être et le Néant* revient sur la question de l'authenticité de la relation à autrui et différencie les notions d'*existence*, d'*être* et de *jouer*, jouer un rôle. L'image renvoyée en société dépend de la situation, du statut social et professionnel en fonction d'un contexte et se traduit corporellement et psychologiquement.

« Considérons le garçon de café. Il a le geste vif et appuyé, un peu trop précis un peu trop rapide, il vient vers les consommateurs d'un pas un peu trop vif, [...] essayant d'imiter dans sa démarche la rigueur inflexible d'on ne sait quel automate. Toute sa conduite nous semble un jeu. Il s'applique à à enchaîner ses mouvements comme s'ils étaient des mécanismes se commandant les uns les autres, sa mimique et sa voix même semblent des mécanismes ; il se donne la prestesse et la rapidité impitoyable des choses. Il joue, il s'amuse. Mais à quoi donc joue-t-il ? Il ne faut pas l'observer longtemps pour s'en rendre compte : il joue à "être" garçon de café¹⁶⁴.

Ainsi, le garçon de café existe à cet instant en « jouant à être » garçon de café, son statut professionnel. Il en est de même pour n'importe quelle profession ou milieu : l'individu adopte une attitude reflétant son rôle, sa fonction et son statut au sein de son organisation. Une personne peut accumuler plusieurs rôles (professionnel, familial, social) et adapter son attitude en fonction du lieu et du contexte. Le médecin sur son lieu de travail adopte son attitude professionnelle, et « joue à être » le médecin, spécifiquement dans la relation humaine (en contact avec les équipes, le personnel, les patients). Il fait généralement figure d'autorité, en particulier en milieu hospitalier. Roxane Gagnon, dans son article, appuie ce propos en abordant plus spécifiquement le mécanisme de jeu théâtral qui peut se produire lorsqu'un individu adopte son attitude professionnelle. Elle évoque ici la profession d'enseignant et la relie directement avec la notion de jeu et d'improvisation :

L'interprétation d'un personnage et l'enseignement demandent tous deux d'entrer dans une dynamique personnelle et relationnelle orientée autour de trois pôles: le rapport à son personnage, aux autres et au public¹⁶⁵.

Le médecin en situation professionnelle adopte un « personnage » et adapte son comportement et son action spécifiquement relationnelle en fonction de l'autre. La notion de

¹⁶⁴ Sartre Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, « Essai d'ontologie phénoménologique », Col Bibliothèque des Idées, Gallimard, 1943, p. 98

¹⁶⁵ Op. Cit.

public peut être considérée comme symbolique : le public peut être constitué d'étudiants accompagnant le médecin senior lors d'une consultation par exemple. La pratique professionnelle de l'enseignant telle que l'explique Gagnon mais que nous considérons chez le médecin doit indissolublement prendre « en considération ces savoir-être et implique un travail de la théâtralité¹⁶⁶ ». La notion de théâtralité renvoie à la conception de « jouer à être », de jouer un rôle, évoquée par Sartre. Au sein de la séance de simulation, l'externe joue un double rôle : il sort de son rôle d'étudiant pour jouer un professionnel et ajoute à cela l'attitude d'un médecin. Cependant face au jeu du comédien, nous pouvons nous questionner sur la présence d'un jeu du médecin en réponse au jeu du comédien face à l'adoption d'une attitude sociale et professionnelle comme l'entend Sartre. L'externe et le comédien ont conscience de la situation de jeu non réciproque prévu par le cadre du dispositif. La part de réponse jouée chez le médecin ne peut être quantifiée et raisonnée tant ceci peut être inconscient ou subtil, notamment à l'écran. Cela pose tout de même une piste de réflexion intéressante. Ryngaert dans *Jouer, Représenter*, évoque la réponse de jeu au sein de la rencontre : « [la rencontre] provoque le sujet à réagir, soit à *l'intérieur* de la proposition qui lui est faite, soit *autour* de la proposition, en explorant largement la zone qui se dessine pour lui, selon la façon dont son imagination est convoquée¹⁶⁷ ». La rencontre suppose une mise en scène de son propre statut, rôle, image et représentation. Les externes jouent leur rôle de médecin en réponse d'une part au jeu des comédiens et d'autre part en raison de la rencontre, la première rencontre en particulier et l'image que l'individu veut associer à celle-ci.

Ainsi, l'ambiguïté entre jeu et réalité au sein d'une séance de consultation est observable à travers les comportements des étudiants en situation de jeu, ainsi qu'à travers leurs retours. Elle apporte une altération dans la relation entre les partenaires en raison de différents facteurs : l'authenticité de la situation relative au jeu théâtral et la part de jeu consciente et inconsciente chez les médecins. Le dispositif cadre la relation et altère le déroulement de l'action en y prodiguant des directives de jeu et des modalités propres au principe de patient standardisé. Cependant cette altération est en partie due aux enjeux psychosociaux relatifs au statut et rôle de chacun, ainsi qu'à la part de jeu qu'un individu met en œuvre dans toute relation humaine. Il est intéressant de conscientiser et travailler cet élément en amont et pendant les séances de simulation. En effet, les étudiants restent influencés par le cadre du dispositif et leur statut, mais du côté des étudiants en médecine,

¹⁶⁶ Op. Cit.

¹⁶⁷ Op. Cit. p. 37

ceci permet de travailler le rôle et l'image « juste » du médecin en consultation, ainsi que leur positionnement professionnel.

3. Cadre pédagogique et autocensure morale

Nous avons remarqué notamment au cours des bilans que les étudiants ont tendance à censurer leur réflexion et leurs actions lors du déroulement du dispositif, aussi bien du côté improvisation que médecine. Cela mène à nous interroger plus largement sur la question de la liberté intellectuelle que les étudiants s'octroient en formation. Nous allons étudier à travers cette réflexion la part d'influence du cadre dispositif sur la liberté et les limites vécues par les étudiants face à la part d'autocensure, propre à l'individu social et psychique. Nous pouvons discerner deux types de limites au sein de cette réflexion : celle qui est induite par le cadre du dispositif et celle qui intégrée psychologiquement, socialement et corporellement par l'individu lors de son développement et sa socialisation.

La notion de cadre pédagogique admet une certaine réglementation du dispositif (ou d'un cours par exemple). Cependant la notion d'autocensure ne provient pas de l'institution pédagogique mais bien de la perception qu'à l'étudiant de ces règles. Concernant le dispositif CHUI, le cadre a plusieurs caractéristiques : matériel (lieu, gestion de l'espace, horaires, organisation, communication), pédagogique (objectifs, compétences attendues), évaluatif (les étudiants attendent une note à la fin et leur action sera en partie guidée par cette attente) et morale (implication, participation). Ce cadre est explicité dès le début du projet pédagogique aux étudiants qui les incorporent d'une part dans l'objectif de « bien faire¹⁶⁸ », ainsi que dans un principe de satisfaction personnelle. L'incorporation des règles se réalise également dans le but de socialisation : l'inclusion de l'individu dans le groupe lié par un cadre et un objectif collectif. L'attente de la note et de l'évaluation est aussi une caractéristique du dispositif guidant la volonté des étudiants à se soumettre au cadre.

Le cadre pédagogique peut codifier une pratique en lui mettant des règles à suivre. Concernant l'utilisation de l'improvisation à des fins pédagogiques, Ryngaert dans son ouvrage *Jouer, représenter*, souligne une contradiction : « il y a une forme de paradoxe à utiliser l'improvisation dans le cadre d'une formation si celle-ci se fonde uniquement sur la recherche d'une « spontanéité » dans relation avec les apprentissages¹⁶⁹ ». En effet, les

¹⁶⁸ Discussion avec un étudiant en improvisation, 6 novembre 2016

¹⁶⁹ Op. Cit. p. 37

normes institutionnelles tendent à codifier la pratique et altèrent la spontanéité de la créativité, en établissant un cadre et des limites ou des règles. Il est intéressant d'aborder la notion de limites avec les étudiants, afin de questionner la raison de cette limite : autocensure ou cadre pédagogique. Lorsqu'une pratique est codifiée et cadrée, l'individu se confronte à une difficulté d'extraction psychique de ces règles. C'est ce qu'a pu affirmer un étudiant en disant qu'il n'a pas émis de propositions de jeu plus varié dans la construction du personnage « parce qu'on [ne lui a] pas dit que c'était possible » ; nous pouvons percevoir cela comme une forme d'autocensure : l'étudiant n'ose pas sortir du cadre.

La limite intrinsèque suggérée par le cadre pédagogique est due à une contrainte temporelle : les étudiants ont affirmé ne pas avoir eu assez de temps de travail des personnages et de leurs profils sociaux. Ils ont attendu de l'atelier -en raison de l'explicitation claire des objectifs et du programme- de travailler la construction du profil social du personnage et n'ont pas osé pour beaucoup le mettre en œuvre de façon spontanée et autonome en séance de consultation. Ariane Martinez évoque lors d'un entretien la part de faute de l'enseignant, cependant il n'est pas seul responsable. Elle interroge l'autocensure de l'étudiant envers sa propre création et situe son action dans un cadre pédagogique. Elle affirme que l'enseignant ne devrait pas avoir « toujours besoin de dire ce qui est possible dans l'étendu des possibles¹⁷⁰ » afin de laisser la place et la liberté à l'étudiant de sortir de cette logique pédagogique réglementée et d'être force de proposition lorsqu'il perçoit une nouvelle possibilité de travail ou de réflexion. Au sein du dispositif, les étudiants sont ainsi restés focalisés sur un profil social similaire au leur (statut professionnel ou scolaire, âge, condition de vie) et se sont concentrés pour beaucoup sur l'énumération de tous les symptômes. Cela peut également s'expliquer par la motivation relative à la note finale poussant les étudiants à s'accrocher au cadre pédagogique. En effet, la connaissance du canevas correspond à un critère de la grille d'évaluation qui a été discuté au préalable avec les étudiants.

Cependant au sein du jeu, ce n'est pas le cadre pédagogique qui censure l'étudiant mais la limite qu'il impose à sa propre création lorsque celle-ci va à l'encontre de valeurs morales et sociales incorporées. Lors des premières séances, l'étudiant ne s'est généralement pas permis de mettre son partenaire en difficulté, ne poussant pas l'état émotionnel à son maximum. C'est une observation qui est d'autant plus vraie chez le personnage colérique et revendicatif. Nous pouvons également constater cet argument lors des entretiens post-simulation. En effet, l'étudiant en improvisation se sent légitime de s'excuser pour le

¹⁷⁰ Entretien avec Ariane Martinez, 30 mai 2017

comportement qu'il a eu, relatif au profil lors de la consultation. Nous remarquons qu'au sein des simulations de consultation, la création et le jeu des comédiens sont généralement censurés par des notions de respect d'autrui, de pudeur, d'adaptation du comportement en fonction d'un contexte. Nous savons que l'individu incorpore les règles et les normes sociales lors des processus de socialisation primaire et secondaire¹⁷¹ dans l'objectif d'être intégré socialement et de construire son identité sociale. Cependant, certains comportements (pouvant être dus à des contextes, états émotionnels ou psychiques) peuvent dévier de la norme subjective de l'individu. Ceci constitue une partie du travail de recherche du jeu à travers les profils, basés sur des comportements, fonctionnement psychiques précis menant à un enjeu relationnel complexe. Nous pouvons donc voir une confrontation entre les normes sociales intégrées par l'individu et l'incarnation d'un profil « déviant » de cette norme ou la bousculant. La censure née de l'interstice entre les valeurs subjectives et l'incarnation d'un profil en sortant. Plusieurs étudiants « n'osent pas » assumer le jeu relatif à certaines normes contraires à leur valeurs et fonctionnement et de se confronter à l'incarnation d'un comportement jugé inadapté. David Noir interroge la raison d'autocensure d'une création par un interprète. Il tente d'en apporter une réponse à la question des raisons de la censure des étudiants comédiens qui se sont souvent retrouvés dans cette posture :

[L'interprète censure son œuvre] souvent par morale ou pudibonderie, en estimant devoir exclure de son travail scénique ce qu'il juge « choquant ». C'est naturellement bien sûr, ce qui le choque lui-même et qu'il souhaite soigneusement éviter. C'est tout bêtement en général un blocage de sa propre relation au corps, telle qu'on la lui a transmise.¹⁷²

Il revient sur l'étymologie de terme *Incarner*, du latin *incarnare* qui peut avoir plusieurs acceptions. Ainsi *l'incarnation* peut être la représentation d'une notion abstraite « sous une forme matérielle et visible¹⁷³ », le fait de « prendre un corps de chair, la forme humaine¹⁷⁴ » en évoquant une divinité en théologie ; le terme possède également une acception médicale indiquant « s'enfoncer dans la chair¹⁷⁵ ». David Noir évoque le principe d'incarnation au théâtre comme le fait de s'inscrire, de vivre « dans la peau de quelqu'un

¹⁷¹ Berger Peter, Luckmann Thomas, *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, 1986, Paris

¹⁷² Compte rendu de David Noir sur le dispositif CHUI

¹⁷³ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « incarner »

¹⁷⁴ Dictionnaire de l'académie française, 8^{ème} édition, « incarner »,

¹⁷⁵ Ibid.

d'autre ; y compris dans celle de ceux qui nous fascinent par dégoût, horreur ou tout autre sentiment jugé négatif¹⁷⁶ ». La recherche de l'authenticité du jeu mène l'étudiant à sortir de ses normes et valeurs intégrées afin d'approcher des comportements humains qu'il peut juger négativement, inadaptés et le déranger. Selon David Noir, l'authenticité ne peut être approchée si tous les aspects du caractère humains ne peuvent pas être abordés et acceptés dans le jeu. Il propose aussi des solutions pour éviter l'autocensure morale lors de l'incarnation d'un personnage qui ne correspond pas à ses valeurs. Il donne ainsi deux pistes de réflexion aux étudiants : d'une part il affirme que l'intention n'est pas *donnée* mais *prêtée* au personnage incarné le temps du jeu. Le comédien convoque la notion de lâché prise dans la création, en conseillant aux étudiants de *prêter* leur corps au profil et au personnage en jeu. Cela permet aux étudiants de s'approprier le profil sans s'identifier à celui-ci, et les mène à plus d'authenticité. Le fait de prêter le corps et l'esprit au profil pousse l'étudiant à pouvoir interpréter un personnage dont la morale peut être discutable de façon subjective. Il évoque également la question du jugement de valeur et de représentation. En effet, il remarque que la tendance à juger le profil en fonction de sa caractéristique (état émotionnel, capacité intellectuelle mais aussi en fonction des valeurs subjectives de l'étudiant) altère son incarnation. Il conseille alors de « jouer » le profil à travers la création, le corps, la parole, le ressenti afin de se l'approprier dénué de jugement.

Ainsi, le cadre du dispositif n'influence qu'assez peu le comédien dans la limite relationnelle et au sein du jeu. Nous constatons que ce sont les valeurs morales ainsi qu'une forme de conditionnement psychique par les normes sociales qui mènent l'étudiant à s'autocensuré consciemment ou inconsciemment.

Nous avons établi une analyse de l'influence du cadre du dispositif et du déroulement de l'action en session de consultation sur les enjeux relationnels. Pour cela nous avons convoqué à la fois le retour des étudiants sur ce déroulement ainsi qu'une analyse des lieux et des espaces, des mécanismes sociaux et psychologiques qui se déploient à travers la relation. Il sera intéressant désormais de nous pencher sur l'impact de la globalité du dispositif et de l'expérience pédagogique vécue par les étudiants sur leurs propres pratiques professionnelles. Plusieurs questionnements ont en effet été soulevés régulièrement au cours du projet et concernent une réflexion globale sur leurs pratiques et leur positionnement en tant que futurs professionnels.

¹⁷⁶ Op. Cit.

II. Réflexions relatives aux pratiques professionnelles révélées par le dispositif

La réflexion relative aux pratiques professionnelle est liée à l'évaluation de l'impact du dispositif sur les pratiques professionnelles. En effet, la majorité des étudiants ont considéré que ce dispositif leur serait utile pour leur vie professionnelle¹⁷⁷. Nous pouvons nous questionner sur la nature des réflexions et compétences développées qui seront utiles à la vie professionnelle des étudiants. L'impact sur les pratiques professionnelles peut être multiple, relatif aux questions relationnelles et de formation de l'acteur, que nous avons abordées auparavant. Certains objectifs du dispositif consistaient à travailler en théâtre des compétences en lien avec le développement des capacités de jeu au sein d'un cadre non usuel pour les étudiants, les extrayant de la représentation classique du théâtre d'improvisation. Nous nous questionnerons sur l'évolution de ces enjeux au cours du projet et vers quelles réflexions les bilans et le travail de recherche nous a menés. Nous allons ainsi axer le propos sur deux thématiques qui reviennent très régulièrement aux travers des retours des étudiants : la question du rapport de force se déroulant lors des séances et celle de l'utilité du théâtre. L'une constitue un retour sur une réflexion relationnelle et comportementale et l'autre une réflexion sociologique concernant la pratique du théâtre spécifique aux étudiants en improvisation. Ces thématiques ont poussé les étudiants à la réflexivité pour entrevoir différemment ces questions au sein de leur pratique professionnelle. Nous allons ici tenter de percevoir quels sont les enjeux de ces réflexions, quelles sont les évolutions des pratiques et quels moyens ont été mis en œuvre pour les développer.

1. Développement des capacités de jeu et relationnelles à travers la notion de rapport de force

Concernant le développement des pratiques propres à leurs domaines de compétences, 88% des étudiants en Théâtre ont considéré que les consultations simulées développaient leurs capacités de jeu et 73% des étudiants en Médecine qu'elles développaient leurs capacités relationnelles¹⁷⁸. Les simulations de consultations ont permis aux comédiens de se détacher du jugement accordé au personnage incarné ainsi que d'assumer le jeu. De plus le dispositif a permis aux médecins de porter un regard différent sur le patient, sur son ressenti, ainsi que sur

¹⁷⁷ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

¹⁷⁸ Ibid.

la relation de soin. Le travail réalisé lors du projet a donc permis aux étudiants de développer des compétences différentes concernant la pratique du jeu et la formation de l'acteur. Nous allons nous attarder cependant plus particulièrement sur la gestion du rapport de force en jeu. En effet, nous avons abordé le fait que l'improvisation et la consultation médicale convoquent toutes deux les notions de relation, d'écoute de l'autre, d'adaptabilité du comportement. Dans la relation entre un patient et un médecin, nous pouvons déceler la problématique du rapport de force. Cela a permis aux étudiants en improvisation d'aborder cette thématique au sein du jeu.

Le rapport de force implique d'une part un lien, une « relation d'ordre social, moral, affectif qu'une personne (un groupe de personnes, une collectivité) entretient avec une autre personne (un groupe de personnes, une collectivité), avec son environnement¹⁷⁹ » ainsi que des composantes physique, psychologique, intellectuelle, sociales appartenant à l'individu ou au groupe relatif à cette relation. Le CNRTL indique qu'une des acceptions du terme *force* constitue l'« ensemble des ressources physiques, morales ou intellectuelles qui permettent à une personne de s'imposer ou de réagir¹⁸⁰ ». Cela induit la notion de compétence pour *permettre* à la personne à réagir. Concernant le dispositif, nous avons pu remarquer avec l'équipe enseignante que le rapport de force se situe à deux échelles : au sein du jeu, dans la relation interpersonnelle et plus précisément dans la relation patient-médecin. Nous allons expliciter les enjeux de pouvoir et de rapport de force entre les étudiants, à la fois au sein du jeu et dans les relations humaines déployées. Nous aborderons dans la logique du développement la relation patient-médecin, les enjeux de pouvoir et de rapport de force la constituant. Nous verrons en quoi cette question du rapport de force est une composante essentielle du jeu d'acteur et de la relation patient-médecin et comment le dispositif a constitué un support de développement de travail de ces compétences. Nous portons donc une double réflexion : la gestion du rapport de force dans le jeu lié à la question de limite et de censure (prendre sa place, exister dans le jeu, assumer le jeu) ainsi que la gestion du rapport de force dans la perspective socio-psychologique, soit ce que représente le médecin, le pouvoir, l'influence consciente ou inconsciente qu'il peut avoir sur un patient.

¹⁷⁹ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « rapport »,

¹⁸⁰ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale, Lexicographie, « force »,

1.1. La question du rapport de force dans le jeu

Le rapport de force entre deux personnages au théâtre implique une confrontation au sein d'une action dramatique. C'est ce que confirme le metteur en scène et auteur argentin José-Luis Thénon dans son article, « Stanislavski : théorie et pratique de l'action. De la formation traditionnelle à la pédagogie théâtrale scientifique » paru dans *Etudes Littéraires*. Il distingue plusieurs natures au conflit dramatique : une volonté opposée à une présence physique, une volonté opposée à une autre volonté, une contradiction de deux volontés propres à un même individu¹⁸¹. En termes psychosociaux, ces types de conflits dramatiques se rapportent à la notion de dissonance cognitive : lorsque deux volontés sont contradictoires, deux *cognitions* opposées au sein d'un même individu, l'on parle de dissonance cognitive. La notion est explicitée par Robert-Vincent Joule, professeur de psychologie sociale dans *Psychologie sociale des relations à autrui*,

On parlera de relation de dissonance si la seconde cognition est l'opposé de celle que l'on devrait avoir par implication psychologique de la première : A → non B.

Par exemple : « j'ai faim » et « je me prive de nourriture » ou encore « je ne supporte pas Mlle O. » et « je rends visite à Mlle O. »¹⁸²

Cette définition correspond à la contradiction entre la volonté d'un individu ne s'alliant pas avec la situation et sa deuxième cognition qui ne lui convient pas dans ses besoins et ses envies. La dissonance cognitive est également le mécanisme en jeu lorsque deux volontés propres à deux individus s'opposent ou lorsque la volonté d'un individu s'oppose à une présence physique. En effet la cognition de l'individu - ou sa volonté, terme plus adapté au personnage - va à l'encontre d'un élément extérieur propre à une situation ou une action, en général en relation interpersonnelle. Le rapport de force naît ici de cette contradiction entre plusieurs formes de cognitions qui ne sont pas en accord. Une contradiction entre deux personnes sous-entend une relation contenant plusieurs composantes : la nature de la relation,

¹⁸¹ Thénon José-Luis, « Stanislavski : théorie et pratique de l'action. De la formation traditionnelle à la pédagogie théâtrale scientifique », Pionniers russes de la scène et de l'écran, *Etudes littéraires*, Volume 20, numéro 3, 1988, p. 55

¹⁸² Moscovici Serge (dir.), Joule Robert Vincent « Chapitre 10 : La soumission librement consentie le changement des attitudes et des comportements sociaux », *Psychologie sociale des relations à autrui*, Coll. Psychologie Fac, Nathan, Paris, 2000, p. 335

Notons que l'auteur définit A et B comme deux cognitions distinctes.

la condition sociale et intellectuelle de chacun, le caractère et se déploie dans une situation donnée. Ce sont des critères que nous retrouvons au sein du dispositif CHUI. En effet, la nature de la relation est celle de la première rencontre en consultation ; les conditions sociales de chacun sont celles du patient et celles du médecin (doublée par les statuts des étudiants se rencontrant en simulation) ; le caractère renvoie au profil et à la construction du personnage ; et enfin la situation correspond à la consultation intégrant donc tous les autres critères.

Ceci soulève plusieurs questions quant aux différentes natures du rapport de force dans le dispositif : il se déploie dans l'espace, dans la parole, dans la situation et est propre la relation et au jeu. Revenons d'abord sur les enjeux de la relation ainsi que ceux du jeu. La relation possède deux natures simultanées. La première correspond à la rencontre entre deux étudiants participants au dispositif de simulation. La seconde correspond à l'action de jouer un rôle pour les deux étudiants. Nous avons vu auparavant que l'étudiant en médecine endosse le rôle du médecin, appuyé par le cadre qui porte cette image : port de blouse, espace hospitalier, autonomie de la salle d'attente à la sortie. Le comédien joue son canevas mais les enjeux de la relation ainsi que la situation vont plus être orientées par la directive de jeu : le profil. J'estime dans le cas du dispositif que la question du profil correspond à l'enjeu principal du rapport de force entre les deux étudiants. En effet, cela nous mène à considérer la question du type de rôle et de personnage ainsi que la façon dont il est appréhendé par un comédien. Ariane Martinez aborde lors d'un entretien la question de l'incarnation d'un rôle face à l'appréciation du public. En effet, elle remarque que le comédien en formation a tendance à choisir un rôle qui le met en avant, un rôle « fort » et souvent drôle dans le but d'avoir l'appréciation du public. Le dispositif tend à repenser ces questions du rôle « fort », de la présence et de la gestion de la relation avec un profil imposé. Ariane Martinez revient sur l'appréhension de la relation en fonction du profil du comédien :

Certains ont appris à mener le jeu lors d'une situation, le médecin est censé mener le jeu selon la représentation ; ils ont appris à mettre l'autre à son rythme. Par exemple l'inhibition : les comédien obligent les médecins à se caler sur leur rythme plus lent, introverti ; à contrôler le jeu y compris dans des rôles qui ne sont pas valorisant¹⁸³

Pour elle, l'incarnation du rôle par le comédien (niveau de force, prise de l'espace, présence) est liée à sa façon de « mener le jeu » donc à prendre en compte le rapport de force et de jouer

¹⁸³ Entretien avec Ariane Martinez, 30 mai 2017

avec. Elle affirme en effet que « lorsqu'on tient le pouvoir c'est facile de mener le jeu¹⁸⁴ ». Les profils qui contiennent cette facilité d'approche sont dus à leur caractéristiques : le revendicatif, le bavard par exemple. Ce sont des rôles qui se déploient largement dans la parole, l'espace, qui donnent de la contenance physique et psychique de façon plus instinctive que les profils discrets, timides, benêts par exemple. L'attribution des profils lors de la première session a été effectuée sur la demande des étudiants, souvent proche de leur caractère, ou parce qu'ils étaient plus à l'aise en entraînement dans un type de profil en particulier. Ils peuvent ainsi proposer une palette d'émotion proche de leur caractère donc ils sont plus dans leur élément pour gérer la relation et le rapport de force. Lors de la deuxième session, Ariane Martinez a proposé aux étudiants de se diriger vers des profils moins évidents pour eux, se démarquant de leur demande et de leur caractère, afin de d'aborder autrement la notion de rapport de force. Le fait d'avoir un rôle dans lequel l'étudiant s'est trouvé plus en difficulté lui a permis d'élaborer une réflexion sur le rapport de force et sur le moyen par lequel le jeu peut être mené. Cela permet la conscientisation de la nature de la relation et du rapport de force, ainsi que de développer des capacités de jeu, de parole, de corps, pour d'une part, incarner « justement » le personnage et d'autre part affirmer le caractère du personnage au sein de la relation. Cela force le médecin à se positionner et à s'adapter au patient. Le comédien est ainsi poussé à aller au bout de sa demande de patient : il ne sort pas tant qu'il n'a pas un élément de réponse qui lui paraît viable (qui ne sera pas spécialement un diagnostic mais une réponse adaptée dans la relation et la situation), notamment adapté au profil qu'il incarne. Ainsi un profil minimisateur attend moins de réponse concrète qu'un profil anxieux.

Les différentes natures du conflit dramatique explicitées ci-dessus, ont été observées lors des consultations. Le rapport de force peut ainsi exister entre le comédien-patient et le médecin, et entre un comédien et son propre rôle. Tout d'abord, le rapport de force entre le comédien et le médecin s'observe par exemple à travers le profil revendicatif ou le profil ayant quelque chose à cacher allant à l'encontre de la volonté du médecin. Par définition ces profils sont dans la contradiction. Le revendicatif contredit et n'est pas satisfait de la réponse apportée peu importe son contenu. Ceci peut être modéré et adapté en fonction de la réelle réponse du médecin et de la relation construite progressivement. Le patient ayant quelque chose à cacher arrive avec la volonté de ne pas dire cette information qui semblerait être importante au regard de sa problématique (addiction par exemple). Ces profils vont à

¹⁸⁴ Entretien avec Ariane Martinez, 30 mai 2017

l'encontre du principe même de l'interrogatoire du médecin qui cherche à savoir et à récolter les informations. Le profil minimisateur peut être perçu comme un support plus complexe pour l'étudiant dans l'objectif de mener le jeu. Il permet cependant au comédien-patient d'indiquer au médecin sa volonté contradictoire interne (donc sa forme de dissonance cognitive) : il fait la démarche de consulter mais ne s'implique pas. Le rapport de force ici réside dans le déséquilibre des objectifs de chacun au sein de la consultation : le patient est peu impliqué, répond vaguement et succinctement au médecin, désintéressé. L'étudiant en médecine qui cherche à diagnostiquer et à construire une relation de soin, peut être décontenancé face à une personne qui présente ce type de contraction interne et peut s'interroger sur son rôle de médecin : quelles sont les limites de l'interrogatoire, quels sont les véritables besoins et demandes du patient. Dans le cas d'une contradiction interne ou dissonance cognitive, l'individu tend à réduire l'écart entre les deux cognitions pour s'approcher de celle qui lui convient le mieux. Cette action est appelée *dynamique cognitive* par Joule dans *Psychologie sociale des relations à autrui* :

quelqu'un qui a dans son univers cognitif deux cognitions ne s'accordant pas (dissonance) ne va pas conserver ce désaccord mais va s'efforcer de le réduire, en modifiant l'une d'elles dans le sens d'un meilleur ajustement avec l'autre¹⁸⁵

La dynamique cognitive correspond au choix de l'individu de la cognition qui se rapproche au mieux de son besoin et elle est dépendante de facteurs psychologiques (culpabilité, envie, désir) ainsi que de la situation. Dans un processus d'adaptation, l'individu tente de trouver la cognition la plus adaptée entre son envie et la situation. Dans le cas des profils du dispositif CHUI nous retrouvons le même procédé : le comédien tend instinctivement à réduire l'écart entre les caractéristiques de son profil et l'impact qu'elles ont sur la situation, la réponse du médecin et la situation relationnelle. Ceci reprend le principe d'adaptation du comportement en fonction du profil et de la situation. Cependant le comédien peut avoir la possibilité de creuser cet écart au sein du jeu dans l'objectif d'instaurer un rapport de force avec le médecin par exemple, de maintenir les directives de son profil sans s'adapter à la réponse du médecin. Ainsi, l'anxieux le restera malgré un comportement et une réponse adaptée de la part du médecin privant toute possibilité d'évolution de son état psychologique. La dissonance cognitive peut donc être un support de jeu que le comédien a l'occasion de saisir dans l'objectif de jouer avec le rapport de force.

¹⁸⁵ Op. Cit. p. 337

Par ailleurs, le conflit interne existe aussi dans sa relation avec l'autocensure. C'est le conflit entre un comédien et son propre rôle. En effet, l'étudiant est amené à suivre la directive de jeu et peut se retrouver confronté à une situation morale qu'il ne tolère pas dans la vie sociale et interindividuelle. Ceci rejoint les propos concernant l'autocensure morale des étudiants. La dissonance cognitive ici se trouve être la confrontation interne de « je respecte mon profil et l'assume » et « je ne veux pas avoir ce comportement social qui met à mal mon interlocuteur, je ne me sens pas adapté ». Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce type de conflit entre deux cognitions internes se conclut généralement en excuses, dédramatisation et explications lors de l'entretien post-séance. Robert-Vincent Joule affirme que la dynamique cognitive tend à réduire l'écart entre les deux cognitions en raison d'un mal être psychologique.

La dissonance produite par le désaccord entre deux cognitions s'accompagne d'un état psychologique pénible, d'une tension. C'est cette tension qui va mettre en branle la dynamique cognitive, celle-ci étant orientée vers la réduction de la dissonance et donc vers l'instauration d'un meilleur équilibre cognitif¹⁸⁶

Lorsque l'écart ne peut être réduit lors de la séance en raison de la relation et du type de jeu instauré, le comédien le rompt brutalement à travers des excuses, des réactions émotionnelles (rires par exemple) à la fin lors de la discussion avec son partenaire. Cela lui permet de revenir à une cognition et de réduire la tension psychologique interne, ainsi que le malaise face au médecin.

Ainsi, le comédien est tiraillé par plusieurs types de rapports de force : dans sa relation avec le médecin et dans sa relation à propre directive de jeu. Le dispositif permet donc de développer des compétences de jeu. En effet, la question du rapport de force pousse le comédien à se questionner sur son rôle, sur la place qu'il prend au sein de l'espace et de la parole, sur l'enjeu de la relation, sur les moyens employés pour inverser le rapport de force ou rétablir un équilibre. Le travail avec David Noir lors du stage est basé sur les retours et constats qu'il a élaboré lors du visionnage des vidéos de la première session. Selon lui, l'espace de parole est utilisé trop largement par les médecins. Il considère que les patients sont en position de soumission, due à l'imaginaire renvoyé par le médecin. Le patient est bridé par l'idée qu'il se fait du statut social du médecin et cela peut altérer la relation. Cette question du rapport de force en jeu est directement liée dans le dispositif à la notion de

¹⁸⁶ Op. Cit. p. 338

relation-patient médecin : la représentation du médecin et le pouvoir qu'il peut avoir sur le patient et la situation.

1.2. *Le rapport de force dans la relation « patients-médecins »*

Le rapport de force est une composante d'un système qui est le pouvoir comme le décrit Foucault dans *Histoire de la sexualité*

le jeu qui par voie de lutttes et d'affrontements incessants les transforme, les renforce, les inverse ; les appuis que ces rapports de force trouvent les uns dans les autres, de manière à former chaîne ou système, ou, au contraire, les décalages, les contradictions qui les isolent les uns des autres¹⁸⁷ ;

Le pouvoir relatif à l'hôpital est celui de l'institution, du savoir et se déploie à la fois dans l'organisation de l'espace hospitalier ainsi que dans les relations procédurieres intrinsèques à la culture hospitalière. Ces relations peuvent être à la fois de nature intra professionnelle (les rapports hiérarchiques) ainsi que dans la confrontation entre patient et secteur sanitaire à travers des modalités souvent complexes. Nous parlons en effet de *pouvoir* médical. Ceci renvoie au *pouvoir* de guérir, au *pouvoir* de décider de la situation du patient : de rester, de partir, de bénéficier d'imagerie et examens complémentaires, etc., tout ceci pouvant être vécu arbitrairement par le patient. Lors de mon expérience en milieu hospitalier, j'ai rencontré plusieurs familles souhaitant aller à l'encontre du pouvoir médical dans les décisions prises pour leur enfant, notamment concernant la sortie, les choix et les propositions de suite de soins. Il est intéressant d'interroger la perception du patient de sa propre légitimité et son affirmation face à l'autorité médicale. Ainsi certains patients contestent certaines décisions ou propositions face au corps soignant, rééducatif et éducatif, mais n'affirment pas leur propos devant un médecin, allant parfois jusqu'à changer d'avis par la suite. Egalement, dans le refus d'une proposition, certains s'en réfèrent à un médecin différent, généralement extérieur à l'hôpital. Nous remarquons que c'est dans la relation au médecin que se situe le rapport de force et l'enjeu de pouvoir, donc dans ce que représente le médecin tant par le lieu dans lequel il exerce, ses connaissances, son statut social, ou encore l'image qu'il renvoie, ce qu'il représente. Nous allons voir ici comment se déploie le rapport de force dans la relation patient-médecin et comment le dispositif vise à réfléchir et repenser la relation.

¹⁸⁷ Foucault Michel, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Gallimard, 1976, p 121

Nous avons évoqué auparavant les caractéristiques du lieu hospitalier et médical. Le lieu au sein de la relation patient-médecin, a un impact sur le rapport de force qui se joue entre eux. En effet, le lieu est commun pour le médecin qui a ses habitudes, qui a incorporé les stimuli, l'architecture, la cohérence générale, les règles sociales intrinsèques, ainsi que le fonctionnement général de la structure. Il en est autrement pour le patient. David Le Breton, professeur et chercheur en anthropologie et sociologie revient sur la découverte du lieu par le patient dans l'article « La relation au corps à l'hôpital », paru dans la revue *Ecart d'identité*

Pour la plupart des individus, l'hospitalisation est l'équivalent de l'entrée en une terre étrangère dont ils ne parlent pas la langue et ignorent les usages. Celui qui franchit le seuil de l'hôpital se voit dépouillé de ses valeurs propres, de son rapport intime à soi et de ses manières traditionnelles d'être avec les autres¹⁸⁸

Selon le chercheur, l'hôpital est un lieu où les valeurs et la compréhension des comportements sociaux doivent être réappropriées par le patient. Le lieu instaure un premier rapport de force dans le cadre de la relation patient-médecin. L'un est usager des lieux qui paraissent alors banalisés et l'autre est en « terre étrangère » et doit fournir un effort d'adaptation parfois considérable pour s'approprier les lieux, se diriger dans l'espace et comprendre les règles usuelles propres à une structure hospitalière. Dans le parcours du patient par exemple, du bureau des entrées à la salle de consultation, c'est un cheminement à la fois spatial, temporel et psychologique. C'est un passage par plusieurs étapes, une progression afin d'arriver à l'objet de l'attente : la rencontre avec un professionnel de la santé. L'effet du lieu peut amener une certaine intimidation, par sa taille, ses « habitants » et tout ce qui constitue d'inhabituel. Le lieu conditionne le patient dès son entrée, avant même d'avoir amorcé la relation avec le médecin.

L'impact du lieu et des praxis médicales et relationnelles au sein de l'hôpital peut se constater à travers le corps. En effet le rapport de force dans la relation patient-médecin est en partie un rapport corporel à la fois par la position du corps et par ce qu'il représente dans le milieu médical. Le corps du patient est généralement en position de fragilité dans sa posture, en raison d'une problématique corporelle. Il peut être altéré par l'état de santé du patient : difficultés à marcher, à bouger, douleurs ; ainsi que par le corps médical : positions allongées, soumissions aux examens cliniques et techniques, attente du patient (en lit ou en salle d'attente) souvent immobile. Il y a là une forme de soumission du corps à la connaissance

¹⁸⁸ Le Breton David, « La relation au corps à l'hôpital », Comment va la santé ? Reflets migrants, *Ecart d'identité*, n°72-73, 1995, p. 2

médicale par la façon de le traiter. Cela impose une vulnérabilité ajoutée à la fragilité due à la pathologie. David Le Breton aborde cette question du corps dans son article « La relation au corps à l'hôpital ». Il affirme que le patient est « mis à nu, en position horizontale, privé de toute autonomie, souffrant ou angoissé par ses maux, contraint de partager l'intimité d'une chambre avec un autre¹⁸⁹ ». Il évoque également les notions de pudeur, de honte dans le dévoilement du corps, la perte d'autonomie, voir même de « maltraitance » du corps par des soins. Le médecin de son côté est souvent occupé, peu présent, très mouvants. Ce sont des caractéristiques de sa présence physique qui marquent un lourd rapport de force entre le patient - qui patiente - et la présence du médecin occupé et détenteur du savoir qui parfois peut devenir exceptionnelle si le patient, en demande d'informations médicale, le rencontre peu. L'attente du patient et la remise de son corps entre les mains d'une équipe médicale nous conduit à nous questionner sur la passivité de l'individu. Le patient perd de son autonomie car tout est pris en charge autour de lui : son corps, son projet et parcours de soin. Il peut parfois avoir l'impression qu'une décision est arbitraire en raison du manque d'explication, comme était-ce le cas dans la situation racontée. Le Breton revient sur ce sujet dans son même article :

L'hospitalisation ne signifie pas seulement une diminution considérable de l'autonomie personnelle de la conduite ou le dépouillement des rôles successifs qui jalonnent d'ordinaire la vie quotidienne, elle implique surtout un mode de gestion totale de l'individu pendant la durée de son séjour¹⁹⁰.

La gestion de l'individu implique un désinvestissement de ce dernier dans son parcours de soin puisque tout est pensé à sa place. Comme nous l'avons constaté en explicitant la vignette clinique, cette passivité dessert l'état de santé du patient puisque celui-ci n'a pas la possibilité de s'impliquer psychologiquement. Cela peut mener le patient à perdre de l'autonomie jusqu'à altérer sa dignité. Le désinvestissement du patient induit par l'organisation hospitalière constitue un rapport de force d'autant plus important en raison de l'altération psychologique qu'elle impose au patient, en plus de sa pathologie. Le Breton ajoute à ce sujet que le patient « est contraint à un compromis avec son sentiment d'identité¹⁹¹ ». La standardisation des modes de prises en charge s'inscrivant dans une prérogative d'efficacité (et de « rentabilité ») mène à ce que le chercheur évoque comme être un compromis du

¹⁸⁹ Op. Cit. p. 2

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Ibid. p. 3

sentiment d'identité. En effet la culture hospitalière, le nombre de patients pris en charge par le service, les roulements d'équipe sont des facteurs menant à déshumaniser le patient pour arriver à le considérer comme une pathologie ou un numéro de chambre. Le corps est ainsi considéré comme témoin d'une pathologie ou d'un accident, relatif à une problématique médicale. Le Breton évoque cette question dans son article :

Le médecin est attaché, quant à lui, à un corps abstrait, imprégné d'une biologie dont il s'efforce de repérer les turbulences. La pratique médicale s'instaure sur cette différence propice aux malentendus, elle s'attache, non sans difficulté, à dissiper par l'interrogatoire les malentendus prodigués par son éloignement du discours profane¹⁹².

Il distingue deux problématiques ici : l'analyse du médecin et sa mise en pratique. Cette dernière devrait tendre à réduire l'écart entre l'analyse théorique du médecin et l'analyse expérientielle du patient. Ceci nous mène à considérer la question du rapport de force à travers la connaissance du corps au sein de la relation patient-médecin. La relation patient-médecin en consultation est le lieu où le patient a la possibilité d'influencer le rapport de force. En effet il peut difficilement modifier le fonctionnement entier d'une structure hospitalière mais peut avoir un impact sur sa prise en charge au contact avec les professionnels de la santé, afin d'explicitier ses demandes, besoins, envies et d'exister en tant que personne et pas seulement de patient.

La question du rapport de force par la connaissance est évoquée par Shamus Khan, professeur en ethnologie, dans son ouvrage *La nouvelle école des élites*. Il décrit les rapports de force et de domination en école « d'élite » aux États-Unis. Il conte ainsi l'histoire d'un jeune nouvel arrivant sur le campus qui étale sa connaissance dans le but de « s'imposer parmi les *freshmen*¹⁹³ ». L'étudiant est alors rejeté par ses camarades qui n'apprécient pas cette tentative de domination par la connaissance, pointant du doigt l'arrogance du jeune homme. L'auteur revient sur la notion de connaissance et le processus d'appropriation et de transmission de cette dernière : « pour acquérir un véritable savoir, il faut faire l'*expérience* des lieux. Ces élèves soutiennent que le seul savoir qui ait de la valeur est d'ordre corporel¹⁹⁴ ». Cette étude particulière réalisée par Khan, indique que dans ce milieu, la transmission et l'accumulation du savoir se réalise avec un cadre précis : expérientiel et

¹⁹² Op. Cit. p. 3

¹⁹³ Khan Shamus, *La nouvelle école des élites*, Coll. L'ordre des choses, Agone, Marseille, 2015, p. 96

¹⁹⁴ Ibid. p. 97

corporel. Ceci convoque l'idée d'*ici et maintenant*. Nous pouvons trouver une similitude avec la pratique de l'improvisation qui renvoie également au vécu de l'instant présent. Cette caractéristique de l'improvisation pousse l'étudiant en médecine à se focaliser sur l'instant présent, sur la consultation et le patient, ses symptômes mais également ses demandes, ses besoins et son état émotionnel et psychologique. En effet, la connaissance théorique appartient au médecin mais la connaissance corporelle lors de la consultation appartient au patient. L'acquisition de la connaissance relative à la situation de consultation se déploie à travers l'écoute, l'empathie et la compréhension de l'expérience du corps du patient. Le rapport de force est ainsi équilibré si les deux partis peuvent mettre en commun les types de connaissances différentes afin d'en arriver à une conclusion commune. C'est ici que le rôle du comédien est primordial dans le rapport de force. Ces propos sont appuyés par Le Breton dans son article :

La consultation médicale est une modulation entre le savoir et les compétences du médecin, intégrés dans une vision du monde partagée avec ses pairs, et le savoir têtue du profane qui obéit à une autre vision du monde conditionnant son existence¹⁹⁵.

Le Breton inclut le médecin dans un groupe de pairs, dans une dynamique de groupe dans laquelle il est influencé et où le rapport de force peut en être exacerbé. En effet, la dynamique psychologique et intellectuelle de ce type de groupe en milieu professionnel est davantage axée sur une théorisation scientifique, en opposition à un vécu expérientiel, un ressenti physique et psychique qui relève du *profane* tel que le mentionne le chercheur. Le profane en tant que non détenteur d'un savoir parfois « sacralisé » se confronte donc à une stature, une image que le médecin représente. Cette image est d'une part due aux connaissances qu'il détient mais également lié à l'imaginaire du secteur médical et plus particulièrement de l'image du médecin. Cet imaginaire entend tout d'abord la représentation d'un certain nombre d'année d'étude et d'une accumulation importante de savoir du médecin. La projection du patient sur le médecin est généralement liée à une angoisse de mort, de maladie ou de douleur. Le médecin devient régulateur de cette angoisse à travers des explications théoriques et rationnelles ainsi que par les moyens qu'il propose pour régler le problème. L'image du médecin est également liée à son apparence physique, vêtu d'une blouse. Par ailleurs la différence de blouses entre les équipes soignantes et les médecins indique un rapport de force intra professionnelle, accentuant d'autant plus le rapport de force avec le patient qui lui

¹⁹⁵ Op. Cit. p. 3

renvoie l'image de la hiérarchie et le pouvoir que peut posséder le médecin au sein de la structure hospitalière.

Le dispositif CHUI avait pour objectif principal, du côté de la formation en médecine, le travail relationnel avec les patients. Au-delà de cette mise en pratique concrète et technique (vocabulaire, adaptation du comportement, empathie, écoute etc.), le dispositif a mené l'ensemble des étudiants à une démarche réflexive pour repenser et remettre en question la notion de relation médecin-patient et notamment celle du rapport de force dans leurs propres pratiques professionnelles. Le cadre du dispositif a mis en scène ce rapport de force entre médecins et patients par l'intermédiaire du travail des comédiens et plus particulièrement à travers les profils. Un effet collatéral au dispositif a par ailleurs été repéré. Lors d'une discussion avec une étudiante en improvisation, il a été évoqué que dans le cadre personnel son rapport et sa représentation de la médecine a été modifiée, en particulier concernant le rapport de force entre médecin et patient. Elle dit pouvoir contextualiser la pratique médicale et le médecin dans un lieu qui est commun pour le corps médical et non pour le patient. Cette conscientisation constitue les prémices d'une remise en question du rapport de force entre les deux entités qui s'opposent et donc d'une modification des comportements et des enjeux relationnels. De plus, selon le compte rendu de SAPIENS, lors du bilan collectif plusieurs étudiants en improvisation ont mentionné qu'ils se sentaient plus à l'aise lorsqu'ils allaient chez le médecin. En effet, « les simulations de consultation les ont en quelque sorte familiarisés avec ce milieu et désinhibés : c'est un effet inattendu et même involontaire du dispositif, que d'avoir été une « école du patient »¹⁹⁶ ».

Ainsi, le rapport de force se déploie à la fois dans le jeu et dans la relation. L'individu au sein d'un rapport de force est sujet à de nombreux mécanismes psychologiques, dans la perception de l'autre, de la situation, de lui-même ainsi que de l'impact de son comportement sur la situation et sur l'Autre. Le dispositif a permis de mettre en œuvre ces mécanismes psychologiques et d'y revenir par la suite dans un processus réflexif afin de pouvoir intellectualiser voire déconstruire les représentations et comportements ancrés chez les futurs professionnels que sont les étudiants.

¹⁹⁶ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultations médicales, Bilan des questionnaires – Arts du spectacle, SAPIENS* 1^{er} avril 2017

2. La question de l'utilité sociale du théâtre

2.1. *Questionnements des étudiants quant à la pratique du théâtre*

Nous allons désormais aborder une thématique récurrente dans les retours des étudiants : celle de l'utilité de leur pratique et du théâtre de façon générale dans notre société. La réflexion plus globale sur la question de l'utilité sociale ou publique du théâtre et de sa valeur symbolique s'axe autour de cette remarque des étudiants, voulant se sentir « utiles ». Nous allons étudier dans cette réflexion quelles ont été les facteurs de ce raisonnement.

Le sentiment d'utilité des comédiens vient avant toute chose du cadre interdisciplinaire du dispositif et de la rencontre entre des étudiants de deux départements différents. Plusieurs étudiants ont affirmé que ce dispositif leur a apporté une « ouverture d'esprit sur la pratique du théâtre¹⁹⁷ » ainsi qu'une réflexion sur l'utilité de la discipline et sur la valeur du théâtre dans notre société. Le lien entre la santé et le théâtre est rapidement développé à travers les questions de corps, de parole et communication, d'affirmation de soi, retrouvés au sein des deux disciplines selon les étudiants. La rencontre avec les étudiants en médecine a permis aux étudiants en improvisation de mener une réflexion sur les enjeux et fonctionnement d'études fondamentalement différentes dans leur pratique et ainsi de sortir d'un raisonnement intra professionnel. Notamment, le dispositif a amené les étudiants à remettre en question le fonctionnement « acteur-acteur » en entraînement ou « acteur-public » en représentation. Le travail en collaboration avec un public extérieur au parcours Arts du spectacle a été considéré comme intéressant par bon nombre d'étudiants, qui ont confirmé l'apport dans la pratique et la réflexion que déploie le décroisement. Cependant pour beaucoup, le bénéfice du dispositif est surtout tout mis en avant au sein de la formation médicale. Un étudiant m'a affirmé se percevoir, au sein de ce cadre, comme un outil au service de l'entraînement des médecins. Il a ainsi remis en question la valeur et la légitimité de sa pratique face à une discipline jugée d'utilité sociale et publique. Nous pouvons affirmer par ailleurs que la notion de rapport de force est bien présente dans la perception qu'ont les étudiants en théâtre de la médecine. En effet, pour certains la médecine représente les composantes du rapport de force que nous avons défini auparavant, soient l'image renvoyée par le médecin, la complexité de la discipline et ce au sein d'une culture identitaire et professionnelle fondamentalement différente de la leur. Le déséquilibre dans la perception et

¹⁹⁷ Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 25 octobre 2016

le vécu de ce rapport de force incite généralement les étudiants à dévaloriser leur pratique en faveur du secteur sanitaire. selon certains étudiants, ce dispositif leur a permis « d'exister¹⁹⁸ » au sein d'une pratique valorisée et utile.

Cependant, le besoin des étudiants en improvisation de se recentrer sur la seule pratique du théâtre a été largement formulé. En effet, il a été dit par exemple que le stage avec le comédien a été bénéfique concernant le travail d'aller-retour entre les milieux médicaux et théâtraux. Ceci a permis d'affirmer la légitimité du théâtre à exister sans le besoin de crédit d'une autre discipline. En effet, ce besoin de retour à la pratique du jeu indique l'importance conférée à la technique théâtrale de la part des comédiens. Nous pouvons en conclure que le propos concernant l'utilité du théâtre, explicitée par les étudiants, est fondé sur le partenariat avec un acteur qui donnerait du « crédit » par sa légitimité sociale à la pratique artistique. Le besoin des étudiants de recentrage sur le jeu a été évoqué et indique la nécessité de travailler le jeu sans autre vocation afin d'acquérir de solides bases dans la formation de l'acteur.

D'autre part, le dispositif a ébranlé les représentations des étudiants sur l'improvisation et sur le rapport qu'ils avaient avec le théâtre. Ils ont ainsi pu remettre en perspective l'utilité du théâtre pratiqué dans un cadre inhabituel à la fois pour leur formation de jeu et pour les avantages de cette pratique appliquée à une autre discipline. C'est sur cette question du cadre de jeu que nous allons nous attarder désormais, afin de voir en quoi il constitue un facteur de réflexivité quant à l'enjeu de l'utilité et de la légitimité du théâtre. Lors d'une discussion, une étudiante a pu affirmer que la pratique de l'improvisation au sein du dispositif ne correspond pas à la représentation qu'elle en avait. Sa représentation renvoyait en effet à la « culture populaire du match d'impro¹⁹⁹ ». Elle questionne toutefois le cadre du dispositif : bien que la liberté de jeu soit présente, cette pratique serait peut-être trop cadrée et préparée en amont pour correspondre à sa définition et sa représentation de l'improvisation. Cependant, pour elle, la proposition de l'improvisation au sein du dispositif constitue un cadre de pratique intéressant dans le travail de techniques de jeu et dans la formation de l'acteur. L'absence de public et le travail relationnel constituent pour l'étudiante les deux principaux avantages de la pratique. Le changement de cadre de jeu pour les comédiens les a amenés à travailler la flexibilité mentale et l'adaptabilité de leurs compétences. C'est ainsi que le croisement des disciplines a fait émerger ce questionnement sur la valeur sociale de l'art, en particulier en confrontation avec le domaine médical qui bénéficie d'un crédit socialement

¹⁹⁸ Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 25 octobre 2016

¹⁹⁹ Discussion avec une étudiante en improvisation, 8 juin 2017

non discutable. Nous pouvons nous interroger par ailleurs sur la cause de la prédominance de ce retour au sein du bilan. En effet, comme le souligne justement une étudiante lors d'un entretien individuel, les ateliers de médiations artistiques existent déjà et se développent, géré par des comédiens professionnels et ce dans des secteurs très différents, du médico-social au commerce. Pour elle, les étudiants comédiens ont « juste travaillé sur une branche du théâtre²⁰⁰ ». Le sentiment d'utilité peut alors être dû à cette « branche » spécifique, la médecine, qui, dans le jugement de la hiérarchisation des organisations sociales est considérée comme essentielle.

Pour beaucoup d'étudiants la pratique de l'improvisation au sein du dispositif CHUI a donné une légitimité à la discipline à travers une mise en application des cours et techniques au service d'une autre discipline. Plusieurs étudiants ont formulé le sentiment d'avoir été utiles à d'autres étudiants, de « ne pas jouer que pour soi mais dans un but pratique²⁰¹ ». En début de projet, la complexité et le caractère inhabituel du dispositif pu altérer la compréhension et l'adhésion de certains étudiants qui ont affirmé avoir des difficultés à s'intégrer au projet. Cette difficulté est en partie provenue du fait que certains ne « comprenait pas l'utilité²⁰² » de la démarche avant d'entrevoir le bénéfice propre aux étudiants en médecine donc la légitimation de la pratique du théâtre. J'ai en effet pu remarquer lors d'échanges avec les étudiants en improvisation que les enjeux de la démarche se situaient pour eux dans l'instrumentalisation qu'ils constituaient à destination de la formation médicale.

Revenons sur l'expression *au service de*. Nous notons que les étudiants ont souvent évoqué le terme *utilité*, *servir à* en légitimant la pratique du théâtre à destination des médecins. Cependant le terme n'a pas été utilisé pour parler de leur propre pratique dans ce dispositif. Dans leurs retours, les étudiants admettent généralement que le dispositif a été formateur en ce qui concerne la pratique du théâtre mais le terme *utile* a été exclusivement employé pour évoquer les apports pour les étudiants médecins. Les étudiants en théâtre se font objet de d'instrumentalisation à destination des étudiants en médecine qui eux sont les « véritables sujets » d'un dispositif qui est entièrement tourné vers eux. Nous pouvons nous questionner sur cette réflexion : est-ce un défaut d'explication de la part des enseignants aux comédiens ou une réflexion cognitivement ancrée concernant le jugement d'une pratique utile

²⁰⁰ Discussion avec une étudiante en improvisation, 8 juin 2017

²⁰¹ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

²⁰² Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 27 septembre 2016

en fonction des hiérarchisations des organisations. A ce propos, Ariane Martinez rappelle que « l'on a tendance à se dire que l'art c'est *en plus* et qu'il faudrait qu'on soit utile ; ça a sa forme d'utilité ; une utilité de l'expérience pour les comédiens²⁰³ ». Philippe Chaffanjon, lors du bilan des comédiens, affirme que ces derniers ont pu verbaliser leur sentiment utilité en faveur de la formation des médecins dans une forme d'instrumentalisation. Cependant l'enseignant ne pense pas que l'inverse soit conscientisé. Il remet en question la réflexion des médecins concernant leur propre apport en faveur des comédiens.

Certains étudiants tempèrent cette question cependant. En effet, certains d'entre eux ont exprimé le souhait de travailler plus en profondeur le jeu d'improvisation à l'instar de la compréhension du dispositif et de l'appropriation de la thématique médicale. Ils ont pu sentir un déséquilibre et peut-être un sentiment d'instrumentalisation en en faveur de la formation en médecine : « il y a plus de place pour le côté médical que celui du jeu²⁰⁴ ». En effet, lors des exercices réalisés en ateliers, ont abordées la thématique médicale la question de l'organisation de l'action au CHU, la mise en situation en séance de consultation. De plus, l'ensemble des exercices avait pour objectif la construction du patient standardisé à travers le canevas et le profil. L'ensemble des techniques pratiquées ont été mise en lien avec l'objectif final du projet soit la consultation médicale. Cependant, les canevas et les profils psychologiques des patients, sont travaillés à partir du jeu et des techniques de formation de l'acteur très concrètes telles que la construction d'un personnage, « le geste psychologique », l'incarnation physique et psychologique, ou plus globalement les notions de relation, et d'adaptation.

Ainsi, la rencontre avec des étudiants en médecine ainsi que les modalités de pratique de l'improvisation ont constitué deux facteurs essentiels dans l'évolution des représentations de l'improvisation et plus globalement du théâtre chez les étudiants comédiens. En effet, la confrontation de leur pratique artistique à un cadre peu habituel et reconnu d'intérêt public les a menés à considérer la question de l'utilité du théâtre ainsi qu'à revenir sur leur propre sentiment d'utilité au sein de leur discipline.

²⁰³ Entretien avec Ariane Martinez, 30 mai 2017

²⁰⁴ Discussion avec une étudiante en improvisation, 8 juin 2017

2.2. La « valeur symbolique » du théâtre et son utilité sociale

Il est intéressant de noter que la réflexion sur l'utilité du théâtre ne provient pas seulement du dispositif. Lors de mes études en arts du spectacle, dès la première année de licence, j'ai pu constater la présence latente d'une réflexion de la part des étudiants autour de l'utilité et l'intérêt du théâtre, l'apport dans la société et la dévalorisation de ce domaine face aux champs sociaux et médicaux par exemple. La réorientation vers des études dans le secteur social ou de l'enseignement²⁰⁵ est d'ailleurs envisagée par certains étudiants et par les instances pédagogiques et d'orientation de l'UGA. Cela renvoie également aux retours des étudiants de l'atelier d'improvisation lors des bilans du dispositif qui ont pu confirmer leur désir de rendre leur pratique utile pour un projet d'intérêt public. Ce questionnement sur l'utilité du théâtre renvoie à la notion de valeur attribuée à l'art par les étudiants et plus généralement à la place de l'art dans notre société.

Revenons en premier lieu sur cette question de valeur. Laurent Cambon, docteur en psychologie sociale définit la valeur comme à la fois la désirabilité et l'utilité sociale d'un objet, d'un fonctionnement ou d'une profession²⁰⁶. La désirabilité n'étant pas mentionnée ou remise en question au cours de notre réflexion, nous allons exclusivement nous baser sur la deuxième composante de la valeur définie par Cambon soit l'utilité sociale. A ce propos, Jean-Léon Beauvois, chercheur en psychologie clinique et sociale définit cette notion comme « une sorte de valeur conférée à un objet par son adéquation à quelques options fondamentales du fonctionnement social²⁰⁷ ». Il convient alors à l'individu d'admettre le fonctionnement social, d'en intégrer les normes ainsi que la hiérarchisation des organisations. Les priorités intrinsèques à la société sont d'abord d'ordre économique, sanitaire et sociale. C'est ce qu'affirme Cambon dans son article : « une activité professionnelle acquerra de la valeur si elle correspond aux options valorisées du fonctionnement de la société dans laquelle elle se trouve²⁰⁸ ». Par ailleurs le sociologue Talcott Parsons signale dans son ouvrage *Éléments pour une sociologie de l'action* que la perception des valeurs des professions et la

²⁰⁵ Selon le site du Centre d'Information et d'Orientation de l'UGA, suivi du parcours et des poursuites d'études, statistiques des poursuites d'études en arts du spectacle

²⁰⁶ Cambon Laurent, « Désirabilité et utilité sociale, deux composantes de la valeur. Une exemplification dans l'analyse des activités professionnelles », *L'orientation scolaire et professionnelle*

²⁰⁷ Beauvois Jean-Léon, *La connaissance des utilités sociales*, Psychologie française, 1995, p. 378

²⁰⁸ Op. Cit.

hiérarchisation des organisations de la société sont étroitement liées²⁰⁹. En effet, dans la représentation et la perception de l'individu, la médecine aura plus d'utilité sociale donc de valeur que l'art lorsque la société admet que la santé est l'une des organisations les importantes. C'est ce que les étudiants ont pu affirmer lors des bilans. En effet, la crédibilité du secteur sanitaire est mentionnée par les étudiants en improvisation. Certains affirment avoir utilisé leurs compétences d'acteurs au profit d'autres personnes, constituant une expérience « constructive et agréable²¹⁰ ». C'est une réflexion souvent liée à la sensation d'utilité dans le travail en collaboration avec un secteur valorisé socialement. Par ces réflexions, nous remarquons que les étudiants ont incorporé la hiérarchisation des organisations de notre société qui positionne la médecine avant les arts du spectacle. La question ici n'est pas de tenter d'inverser cette hiérarchisation mais de questionner la perception de l'individu de la valeur attribuée à une profession. Cette perception est modelée par les processus de socialisation, par l'intégration des normes et valeurs véhiculées par la société. Inclus dans un environnement social, les étudiants en théâtre ont alors intégré ces valeurs.

Cependant selon l'acception du terme *utilité sociale* utilisée jusqu'à maintenant en sociologie correspond à un fonctionnement modelé par la société et non par la cognition de l'individu. Il nous faut nous plonger en psychosocial pour voir apparaître le processus cognitif en jeu lors du jugement d'une valeur sociale par l'individu. Jean-Léon Beauvois et Nicole Dubois dans le chapitre consacré aux croyances internes et externes de l'ouvrage *Psychologie sociale des relations à autrui* abordent la théorie de la « norme d'internalité » qui est une des normes sociales du jugement. En effet, la réflexion menée sur l'utilité du théâtre répond au besoin des étudiants de sentir leur pratique utile. Cette explication est interne à l'étudiant, lui conférant un poids causal dans cette réflexion. L'intégration de normes sociales par l'étudiant et les états émotionnels, psychologiques qui l'entoure induisent la façon qu'il a d'octroyer de la valeur à un objet social. Ceci correspond au mécanisme d'internalité en psychologie sociale :

²⁰⁹ Parsons Talcott, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Pion, Paris, 1963

²¹⁰ Mérienne Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

Cette théorie pose qu'il existe, dans notre univers social, une norme de jugement en fonction de laquelle les gens attribuent (ont appris à attribuer) plus de valeur aux explications causales des événements psychologiques²¹¹

En d'autres termes, la norme d'internalité est ce que Dompnier et Pansu, enseignants chercheur en psychologie et psychologie sociale, définissent comme « la manifestation d'une norme sociale qui influence les choix explicatifs des individus²¹² ». Les explications internes (les événements psychologiques) sont plus valorisées que les explication externes (situation, influence de l'autre, chance). L'individu admet qu'un objet ou un sujet possède une valeur sociale en raison de son processus cognitif d'internalité. La norme d'internalité influence également la représentation sociale et psychologique d'un objet ou d'un sujet chez un individu. Les normes orientent les jugements de l'individu sur la valeur des éléments sociaux. Beauvois et Dubois développent également ce concept dans l'ouvrage *La construction sociale de la personne* en affirmant que l'internalisation est une forme de socialisation²¹³. Selon eux ce principe indique que le jugement de sujets et objets comme utiles, par l'environnement social est le fait de la volonté et la cognition interne de l'individu. L'internalité induit que certaines normes sont socialement plus valorisées. L'individu va se rapprocher au plus près de ces normes dans une logique d'intégration et socialisation. C'est un comportement que nous pouvons remarquer chez les étudiants en improvisation en rapport à la récurrence de l'utilisation des termes *être utile, servir*, à une organisation qui socialement est plus valorisée. Nous pouvons en déduire qu'au-delà du cadre du dispositif (l'explication externe), ce sont l'influence des normes sociales intégrées par les étudiants qui les poussent à affirmer ce besoin de valorisation sociale à travers l'utilité. Les étudiants considèrent la valeur du théâtre à travers la composante de désirabilité définie par Cambon comme un but, une motivation stimulant l'individu personnellement²¹⁴. Cependant la perception de l'utilité sociale de leur discipline n'est pas ancrée dans les valeurs reconnues par la société et les étudiants ont souvent besoin de légitimer leur pratique à travers une profession leur donnant un crédit. Pour légitimer sa pratique, l'étudiant fait appel au processus cognitif d'internalité qui affirme qu'un

²¹¹ Beauvois Jean-Léon, Dubois Nicole, « chapitre 7 : Croyances internes et croyances externes » in. Op. Cit p. 244

²¹² Dompnier Benoît, Pansu Pascal, « Norme d'internalité et unités d'analyse : pour une redéfinition du statut de la mesure dans l'étude des normes sociales de jugement », *Revue internationale de psychologie sociale*, 2010

²¹³ Beauvois Jean-Léon, Dubois Nicole, Doise Willem, *La construction sociale de la personne*, PUG, Grenoble, 1999

²¹⁴ Op. Cit.

individu à travers son processus de socialisation, tente de s'intégrer en incorporant les valeurs et normes sociales dans l'objectif de « prendre sa place », d'exister en tant qu'individu social. L'utilité de leurs pratiques, professions, etc. contribue à les inclure dans la société. Le partenariat a permis aux étudiants en théâtre de se sentir reconnus et valorisés en termes de légitimité par la représentation et l'utilité de la médecine dans l'échelle de valeur.

Ainsi, au sein du dispositif CHUI, nous pouvons affirmer que l'interdisciplinarité a été utile pour les deux filières. Le cadre a été prévu pour que les étudiants puissent croiser leurs compétences sans s'asservir au besoin de formation de l'autre. Cette question de l'utilité sociale du théâtre a été soulevée à de nombreuses reprises par les étudiants en raison du cadre du dispositif. En effet il était sans doute inévitable de passer par ce cheminement en raison des processus d'intégration des valeurs et d'internalité propre au développement de l'individu dans notre société. Il s'agit alors de pouvoir en discuter avec les étudiants pour interroger leurs valeurs, leurs perceptions, leurs ressentis concernant leur apprentissage et leur perception de leur rôle au sein du dispositif.

Ariane Martinez admet que le théâtre n'est pas valorisé ou considéré idéologiquement comme utile dans la société en comparaison à une échelle de valeur et hiérarchisation des organisations. Cependant elle rappelle que le théâtre, et plus particulièrement l'improvisation, sont avant tout un travail et une réflexion sur la relation, affirmant son utilité lorsqu'il est associé à d'autres disciplines ou encore dans l'essence même de sa pratique qui réside dans le principe expérientiel de cet art. Nous pouvons affirmer que le théâtre possède une valeur symbolique au-delà d'une utilité sociale avérée. Il déploie les principes de liberté, de relation à l'autre, de représentation, de réflexivité. Il est également lié à tous les mécanismes relatifs aux sciences humaines et sociales convoqués par sa pratique.

Ainsi, ces questionnements sont soulevés à la fois par le contexte d'action imposé par le dispositif ainsi que par les enjeux du projet sur les pratiques professionnelles et la réflexivité. Cela nous a mené à considérer diverses notions, analyses et mécanismes psychologiques ou sociologiques notamment. Nous pouvons en conclure que le cadre du dispositif a influencé les pratiques mais également suscité une grande réflexivité chez les étudiants, concernant à la fois leur vécu de l'expérience et les apprentissages théoriques et pratiques qu'ils ont incorporés. Ces diverses réflexions n'ont pu être anticipées en début de projet par l'équipe pédagogique et relèvent essentiellement du vécu expérientiel des étudiants lors du déroulement de l'action. Il est donc intéressant de constater l'évolution de la réflexion

qui se dirige vers des nouvelles perspectives de travail et de perception du dispositif. Les enjeux relationnels et psychosociaux ont notamment été source de réflexivité à la fois au sein de ce développement réalisé a posteriori de l'expérience, et de la part des acteurs du projet, étudiants et équipe pédagogique. Il est nécessaire de prendre en compte ces aspects lorsque l'on veut détailler ce dispositif.

Conclusion

Au terme de cette étude, qui a permis de croiser différents travaux critiques en sciences humaines et sociales, avec une théorisation de l'improvisation théâtrale, il apparaît que nous pouvons dégager quelques réflexions que nous résumerons ici. Il paraît nécessaire d'appréhender certaines notions relevant de thématiques n'appartenant pas au domaine théâtral pour réaliser ce type de dispositif présentant des spécificités pédagogiques et organisationnelles. Nous avons décidé ici de baser la recherche sur les enjeux relevant du processus relationnel et des notions qui en découlent : communication, adaptation du comportement, perception de l'autre, etc.

Nous avons vu que l'utilisation d'un dispositif de patient standardisé permet aux étudiants en improvisation de s'exercer avec les étudiants en médecine. Ces derniers ont pour objectif la conduite d'une consultation médicale en tenant compte du facteur relationnel. Les étudiants en improvisation ont été rapidement confrontés à un contexte peu usuel dans lequel ils ont dû faire preuve d'adaptation et de réflexivité quant à leur rôle dans ce dispositif, les amenant à se questionner sur la valeur sociale du théâtre.

Le regard que j'ai pu porter lors du déroulement du projet ainsi qu'au sein de ce travail de recherche, se situe au croisement des domaines disciplinaires et souligne l'intérêt de ce type de dispositif dans un cadre médico-social. En effet, les enjeux de cette démarche résident dans la réflexion sur la relation de soin et son processus d'apprentissage. Il peut être cependant être disséminé à divers types de conduites d'entretien : annonces de diagnostic ou consultation spécialisées en médecine mais également appliqué à d'autres champs disciplinaires comme en psychologie, ou encore en travail social par exemple. Il a été intéressant d'étudier l'intérêt de l'utilisation de l'improvisation aux travers de certaines de ses caractéristiques, principalement relationnelle, communicationnelles, ou d'adaptabilité. Nous avons vu que l'improvisation théâtrale peut être adaptée à différents champs disciplinaires. Il convient alors de penser qu'un dispositif de la sorte peut être adapté à d'autres types d'entretien ou de consultation pour travailler l'aspect relationnel.

L'un des intérêts principaux du dispositif réside dans le passage par la pratique et l'expérience humaine. L'expérimentation de la relation est un enjeu fort du dispositif et constitue un facteur d'apprentissage essentiel à la fois dans la formation du comédien ainsi que dans celle du médecin. En effet, pour Pierre Pastré, l'apprentissage passe avant tout par

l'expérientiel²¹⁵. Ce type de mise en situation a poussé les étudiants à entrer dans une démarche réflexive pour interroger leurs comportements, leur fonctionnement psychologique et intellectuel ainsi que leur réaction face à l'autre. Cette démarche se réfère d'une part aux objectifs pédagogiques concernant l'acquisition de compétences, mais également au cadre individuel et personnel, incitant les étudiants à interroger leur propre mode de fonctionnement.

²¹⁵ Pastré Pierre, « Le travail de l'expérience » in. Albarello Luc, Barbier Jean-Marie, Bourgeois Étienne *et al.*, *Expérience, activité, apprentissage*. Presses Universitaires de France, « Formation et pratiques professionnelles »

Bibliographie

1. Etude Théâtrales

a) Improvisation, jeu et pratique

ARTAUD Antonin, *Le théâtre et son double*, Gallimard, col. Folio essais, 1964, Saint-Amand

ATTINGER Gustave, *L'esprit de la Commedia dell'arte dans le théâtre français*, Editions de La Baconnière, Neuchâtel, 1950

BOAL Augusto, *Théâtre de l'opprimé*, Essais n°4, La Découverte Poche, 2007

BANU Georges, *Le théâtre, sortie de secours*, Paris, Aubier, 1984

CHAMBERLAND Gilles, PROVOST Guy, *Jeu, simulation et jeu de rôle*, Presse de l'Université du Québec, Québec 1996

CHEKHOV Michael, *Être acteur*, « technique du comédien », Pygmalion, 4^{ème} édition, 2007,

COELHO BORGES FARIAS Sergio, « La formation de l'acteur par l'improvisation devant le public. Technique et performance », *Sociétés* 2001/4 (n° 74), p. 73-79.

STANISLAVSKI Constantin, *La formation de l'acteur*, Edition Payot et Rivage, Petite Bibliothèque Payot/Voyageurs, 2nd édition, Paris, 2001

COUSSERAND Isabelle, « Le théâtre d'entreprise : entre stratégie imaginée et stratagème imaginaire », *Actualité de la recherche en communication, Communication et organisation*, n°19, 2001

FROST Anthony, YARROW Ralph, *Improvisation in Drama, Theatre and Performance: History, Practice, Theory*, Palgrave, Macmillan education, third edition, London, 2016

GAGNON Roxane, « L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement », *Revue suisse des sciences de l'éducation*, n°33

GRAVEL Robert, LAVERGNE Jean-Marc, *Impro I. Exercices et analyses*, Leméac, Montréal, 1984

NANCOZ Christophe. *Im-Pro-Visée, analyse de l'outil improvisation théâtrale*. Éditions à la Carte/ACN formation, 2015

PAGE Christiane, *Eduquer par le jeu dramatique, pratique théâtrale et éducation*, Coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF Editeur, 3^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, 2006

PAVIS Patrice, *Dictionnaire du Théâtre*, Dunod, Paris, 1996,

PELLEGRIN Pierre (dir.), *Aristote : Œuvres complètes*, « La poétique », Editions Flammarion, 2014,

PEZIN Patrick, *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, Coll. La voie de l'acteur, L'Entretemps, 3^{ème} édition, Montpellier, 2012

PIRE Florence, « L'improvisation théâtrale, un outil pour développer les compétences relationnelles », *Congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale*, Caen, 2005

RYNGAERT Jean-Pierre, *Jouer, représenter*, « pratiques dramatiques et formation », Armand Colin, Paris, 2010, Coll. Lettres Sup

SALGADO Melchior, « Le théâtre, un outil de formation au management », *Revue française de gestion*, 2008/1 (n° 181), p. 77-96

THENON José-Luis, « Stanislavski : théorie et pratique de l'action. De la formation traditionnelle à la pédagogie théâtrale scientifique », *Pionniers russes de la scène et de l'écran, Etudes littéraires*, Volume 20, numéro 3, 1988,

UBERSFELD Anne, *Les termes clés de l'analyse du théâtre*, éditions du Seuil, 1996,

b) Cadre législatif

Centre d'Information et d'Orientation de l'UGA, *suivi du parcours et des poursuites d'études*,
« statistiques des poursuites d'études en arts du spectacle »

<http://www.univ-grenoble-alpes.fr/fr/grandes-missions/formation/enquetes-et-statistiques/suivi-des-parcours-de-formation/#2015>, consulté le 12 août 2017

Projet stratégique de l'Université Grenoble Alpes 2016-2020

Référentiel de compétences des mentions de licence, mention arts du spectacle,
www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/referentiels-licence, consulté le 5 août 2017

2. Secteur sanitaire

a) Simulation et pédagogie

ALBARELLO Luc, BARBIER Jean-Marie, BOURGEOIS Étienne *et al.*, *Expérience, activité, apprentissage*. Presses Universitaires de France, « Formation et pratiques professionnelles »

ANGEL Sylvie, ANGEL Pierre, *Eviter les erreurs médicales grâce à la simulation*, Odile Jacob, Paris, 2016

BETZ Romain, GHUYSEN Alexandre, D'ORIO Vincenzo, *Simulation en pédagogie médicale : état des lieux*, Revue médicale de Liège, N°69, Belgique, 2014, pp. 132-138

<http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/178098/1/article%20R%20BETZ%20Simul%20%287%29.pdf>, consulté le 4 juin 2017

BOET Sylvain, GRANRY Jean-Claude, SAVOLDELLI Georges, Dir. *La simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer, Paris, 2013

DELACOUR Chloé Cécile, *Le Jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient : quel vécu pour les internes de Médecine Générale ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg*, Thèse de Doctorat sous la direction de Catherine Jung, Faculté de Médecine de Strasbourg, 2013

FAUQUET-ALEKHINE Philippe, PEHUET Nane, *Améliorer la pratique professionnelle par la simulation*, Coll. Formation, Toulouse, Octares Edition, 2011

FAUQUET-ALEKHINE Philippe, Pehuet Nane, *Simulation Training: Fundamentals and Applications*, « Improving Professional practice through simulation training », Springer, Switzerland, 2016

GRANRY Jean-Claude, MOLL Marie-Christine, *Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*, HAS, Janvier 2012

HUREAUX José, Haute Autorité de Santé, *DPC & Pratiques, Spécial « simulation »*, N°75, « Entretien avec ... Dr. José Hureau », 4 juin 2013

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1598282/fr/entretien-avec-dr-jose-hureau, consulté le 5 juin 2017

KASPER Ilene, HARDEE James, *From Standardized Patient to Care Actor: Evolution of a Teaching Methodology*, The permanent Journal, PubMed Central, National Center for Biotechnology Information, 2005

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396073/>, consulté le 4 juin 2017

MORGAN Pamela J., CLEAVE-HOGG Doreen M. *Cost and resource implications of undergraduate simulator-based education*, Can J Anaesth, 2001

RATTNER GELBART Nina, *The king's midwife : a history and mystery of Madame du Coudray*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1998

RONGERE Julie, TAVOLACCI Marie-Pierre, DOUYERE Magaly *et al.*, « Utilisation et qualité des sites présentant l'offre de formations en santé publique », *Santé Publique*, 2008/5 (Vol. 20), p. 465-474.

Conférences

PASTRE Pierre, *Fondements ergonomiques et didactiques*, Quatrième école thématique du CNRS sur les EIAH, « simulation, réalités virtuelles et augmentées pour les apprentissages professionnels », juillet 2006, La Grande Motte

BEGUIN Pascal, PASTRE Pierre, « Working, learning and designing through simulation », in. S. Bagnara Sebastiano, Pozzi Simone, Rizzo Antonio, *Proceedings of the 11th European Conference on Cognitive Ergonomics : cognition, culture and design*, Catania, 2002

Emission radiophonique

Radio Canada, *Audio fil du mercredi 16 décembre 2015*, Perrin Catherine, « Médium Large », avec Laramée Pierre, Pype-Rondeau Martine
http://ici.radio-canada.ca/emissions/medium_large/2016-2017/archives.asp?date=2015-12-16, consulté le 17 Mars 2017

b) Confrontation du patient au champ sanitaire

COIFFIER Anne, *Représentations et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative*, Thèse de doctorat en médecine, Université Henri Poincaré, Faculté de médecine de Nancy, 9 avril 2010
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_COIFFIER_GUYOT_ANNE.pdf, consulté le 9 aout 2017

DODELER Virginie, FISCHER Gustave Nicolas, *Psychologie de la santé et environnement*, Dunod, 2009

LE BRETON David, « La relation au corps à l'hôpital », Comment va la santé ? Reflets migrants, *Ecart d'identité*, n°72-73, 1995

c) Cadre législatif

BERGER Bernadette, STEMPFLE Sandrine, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, « Profil de poste : Educateur spécialisé en Médecine physique et de Réadaptation pédiatrique (MPR) », 17 mai 2010, CHU de Grenoble

CHU de Grenoble, projet d'établissement 2016 – 2020

d) Généralité

DSM-IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Masson, Quatrième Edition

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Pitié-Salpêtrière Chapitre 5- douleur Cours en ligne, 1^{er} février 2002

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/nivA/DouleurNivA.html>, consulté le 28 août 2017

3. Sciences humaines et sociales

ANCELIN-SCHÜTZENBERGER Anne, « J. L. Moreno (1889-1974) », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 1/2011 (n° 56), p. 25-39

ANCELIN-SCHÜTZENBERGER Anne, *Le jeu de rôle*, éditions ESF, Montrouge, 1995

BARREYRE Jean-Yves (dir.) et al. *Dictionnaire critique de l'action sociale*, 1999

BEAUVOIS Jean-Léon, *La connaissance des utilités sociales*, Psychologie française, 1995

BEAUVOIS Jean-Léon, DUBOIS Nicole, DOISE Willem, *La construction sociale de la personne*, PUG, Grenoble, 1999

BERGER Peter, LUCKMANN Thomas, *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, 1986, Paris

BORDES Laurianne *et al.*, « S'adapter à un changement de but imprévu : étude développementale », *Enfance* 2007/2 (Vol. 59), p. 175-188.

BOURDIEU Pierre, *Sociologie générale, Les concepts élémentaires de sociologie, Volume 2. Capital, Cours au Collège de France 1983-1986*, Cours du 29 mars 1984, « La manipulation de l'illusio et des chances », Edition du Seuil, 2016

BRUN Anne, *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Dunod, Paris, 2007

BRUN Anne, CHOUVIER Bernard, ROUSSILLON René, *Manuel des médiations thérapeutiques*, Coll. Psychothérapie pratique, Dunod, Paris, 2013

CAMBON Laurent, « Désirabilité et utilité sociale, deux composantes de la valeur. Une exemplification dans l'analyse des activités professionnelles », *L'orientation scolaire et professionnelle*

<http://osp.revues.org/4861>, consulté le 3 septembre 2017

CHALVIN Dominique, *Méthodes et outils pédagogiques*, ESF éditions, 1999

DHUME Fabrice, *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, ASH éditions, 2001

DOMPNIER Benoît, PANSU Pascal, « Norme d'internalité et unités d'analyse : pour une redéfinition du statut de la mesure dans l'étude des normes sociales de jugement », *Revue internationale de psychologie sociale*, 2010

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Gallimard, 1976

FOURDRIGNIER Marc, *Le travail en partenariat et en réseau*, document de travail, 2010

<http://marc-fourdrignier.fr/?p=429>, consulté le 4 juillet 2017

GEETS Claude, *Winnicott*, Edition Universitaire, Paris, 1981

GUILLARME Jean-Jacques, *Education et Rééducation psychomotrice*, édition Sermap-Hatier, 1983

JOUSSELME Catherine, *Comprendre l'enfant malade, du traumatisme à la restauration psychique*, Dunod, Paris, 2005

KARMILOFF-SMITH Annette, *Constraints on representational change : Evidence from children's drawing*, 1990

KHAN Shamus, *La nouvelle école des élites*, Coll. L'ordre des choses, Agone, Marseille, 2015

LE BOTERF Guy, *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective*, 3^{ème} édition, Eyrolles, Coll. Ressources humaines, Paris, 2013

LESAGE Benoit, « Naitre à l'espace. Prémices d'une clinique élargie », Dossier l'enfant et ses espaces, *Enfance et Psy*, Edition Eres, n°33, 2006

MOSCOVICI Serge (dir.), Joule Robert Vincent « Chapitre 10 : La soumission librement consentie le changement des attitudes et des comportements sociaux », *Psychologie sociale des relations à autrui*, Coll. Psychologie Fac, Nathan, Paris, 2000

MUCCHIELLI Roger, *La dynamique des groupes, processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Editions ESF, Issy-les-Moulineaux, 2000, 15^{ème} édition

PARSONS Talcott, *Éléments pour une sociologie de l'action* Pion, Paris, 1963

PATIN Bertille, « Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 3/2005 (Numéro 67-68), p. 163-178.

PELLETIER Guy, « Le partenariat : du discours à l'action », *Revue des Echanges*, Volume 14, No 3, Septembre 1997, Université de Genève

PERRENOUD Philippe, « Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences », *Education Permanente*, 1999, n° 140

ROUSSILLON René, *Paradoxe et situation limite de la psychanalyse*, PUF, 1991, Paris

SAUVE Louise, KAUFMAN David, Dir. *Jeux et Simulations éducatifs : Études de Cas et leçons Apprises*, Presse de l'université du Québec, Québec, 2010

SARTRE Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, « Essai d'ontologie phénoménologique », Col Bibliothèque des Idées, Gallimard, 1943

4. Sources relatives au dispositif CHUI

a) Entretiens et discussions

Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 20 septembre 2016

Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 27 septembre 2016

Discussion avec les étudiants en improvisation, mardi 25 octobre 2016

Entretien individuel post-simulation, 11 octobre 2016

Entretien individuel post-simulation, 12 octobre 2016

David Noir, Stage d'improvisation, ICM Echirolles, 6 novembre 2016

Entretien individuel post-simulation, 9 novembre 2016

Entretien avec Ariane Martinez, 30 mai 2017

Entretien avec Alexandre Bellier, 31 mai 2017

Discussion avec une étudiante en improvisation, 8 juin 2017

b) Documents

MARTINEZ Ariane, 1^{er} appel à projet pour financer des initiatives pédagogiques, « simulation de consultation médicale », 26 mars 2016, Université Grenoble Alpes

MERIENNE Stéphanie, *Simulation de consultations médicales, Bilan des questionnaires – Arts du spectacle*, SAPIENS 1^{er} avril 2017

MERIENNE Stéphanie, *Simulation de consultation, Retours des étudiants*, SAPIENS, 3 avril 2017

NOIR David, *Compte rendu sur le dispositif CHUI*

Annexes

Annexe 1 - Contextualisation : présentation du service de Rééducation Pédiatrique

Le service dans lequel j'ai mené l'observation prend en charge des enfants et des adolescents âgés de 0 à 18 ans présentant une pathologie neurologique congénitale ou acquise, une affection orthopédique, une pathologie rhumatismale, tumorale... nécessitant une rééducation spécifique pluri disciplinaire et la poursuite d'un projet éducatif et scolaire. La plupart des enfants accueillis au sein du service sortent de services de chirurgie ou réanimation et ont besoin d'un temps de réadaptation et de rééducation tant physique que neurologique et psychologique. Les situations sociales, familiales, scolaires des patients n'ont que peu de similitudes, puisque tout public est accueilli dans un service hospitalier, quelle que soit sa situation. Quelques points communs cependant peuvent être décelés chez les patients reçus en Médecine Psychique et de Réadaptation (MPR). Les patients sortant de chirurgie ou réanimation, après un accident de la voie public par exemple, développent certains troubles identiques, propre à un traumatisme physique et psychologique (douleur, angoisse, mal être, troubles cognitifs...). Le projet individuel des patients est basé sur leurs difficultés et leurs ressources, afin de trouver une méthode de rééducation complète et adaptée.

Annexe 2 – Vignette clinique : la question de la passivité

Au sein du service de rééducation pédiatrique du CHU de Grenoble, les projets personnalisés des patients découlent des synthèses réalisées avec la personne concernée, la famille, le médecin et l'équipe de rééducation. Chaque acteur expose et synthétise son point de vue sur la prise en charge de l'enfant afin d'établir des objectifs médicaux et éducatifs en fonction des demandes et des besoins du patient. J'ai pu constater dans différentes situations, que l'enfant est rarement informé de son projet et de ses propres objectifs au sein du service. Il peut être amené à changer de service (en fonction de son état de santé, entre pédiatrie polyvalente, chirurgie et réanimation) sans en comprendre les causes et les enjeux. Dans le versant éducatif, l'équipe tente de créer un lien entre le patient et l'équipe en globalisant les informations afin que l'enfant comprenne les enjeux de sa présence en rééducation. Cela permet de donner un sens et une forme de compréhension de la part de l'enfant concernant l'hospitalisation.

Dans le cas d'Amélie, ce type de réflexion est nécessaire pour l'accompagner à réinvestir son corps et se saisir des enjeux psychoaffectifs qui se sont mis en place tout le long de son hospitalisation. En effet, Amélie a été hospitalisée au CHU de Grenoble pendant sept mois dans quatre services différents. La jeune fille est âgée de neuf ans. Elle a été hospitalisée pour une ostéoarthrite et une infection de la hanche gauche, une impotence fonctionnelle totale de la hanche et des douleurs importantes. Le diagnostic a été posé tard dans la progression de l'infection et Amélie dit ne pas avoir saisi les causes et conséquences de l'infection. Elle a vécu durant son hospitalisation plusieurs surinfections et différents traitements lourds et intrusifs (biopsie, ponction articulaire, pose de traction). Elle rencontre régulièrement une psychologue, abordant son anxiété face aux soins et à la douleur. Amélie a été transférée de service en service sans réelle stabilité, de prise en charge cohérente et d'explication, étant progressivement dépossédée de son corps et de ses moyens. Joussetme dans son ouvrage *Comprendre l'enfant malade, du traumatisme à la restauration psychique*, s'appuie sur la réflexion de Dolto, lorsqu'il soutient que :

c'est grâce à notre image du corps portée par notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui, [...] certaines maladies attaquent l'image du corps de façon directe à travers des déformations, des douleurs, des endommagements de « l'enveloppe », plus « honteuses » lorsqu'elles sont visibles. L'enfant, impuissant, peut alors vivre son corps comme abîmé, morcelé, mauvais, défaillant, désintégré (ce qui est proche, dans certains cas, d'une expérience psychotique)²¹⁶

En effet, si l'hospitalisation est dénuée de sens, menant à l'incompréhension, l'enfant ne peut pas s'investir dans sa guérison. Il doit être au fait des objectifs et des conditions afin de ne pas subir l'hospitalisation en étant passif par rapport aux soins. Il nous paraît donc nécessaire de l'accompagner à reprendre possession de son corps, comprendre sa maladie ainsi que pouvoir anticiper la sortie, les soins et les rééducations. Nous avons pu remarquer que dès son arrivée en service de médecine physique de réadaptation, Amélie s'est de plus en plus impliquée dans son processus de guérison. Elle évoque l'envie de retourner au domicile le plus rapidement possible et pour cela s'investit dans ses séances de rééducation. Cette évolution de

²¹⁶ Joussetme Catherine, *Comprendre l'enfant malade, du traumatisme à la restauration psychique*, Dunod, Paris, 2005, p. 41

comportement et d'investissement dans la rééducation est essentiellement due au cadre du service. En effet, elle travaille avec les mêmes intervenants, lui prodiguant un environnement rassurant et contenant dans lequel elle bénéficie d'explications et d'une gestion plus stable de la temporalité (objectifs, date de sortie, etc.). Cette contenance psychique la mène à travailler de façon plus sereine et à réintégrer son corps. Ceci a pour conséquence positive une intégration dans le groupe et un certain bien être dans le cadre du service. En accompagnant l'enfant à la compréhension de son projet d'hospitalisation ainsi que les causes et conséquences de sa maladie, il parvient à reprendre une place active, prendre conscience de son corps et de ses capacités. Les conséquences de ce type d'accompagnement remarquées sur le terrain sont positives.

Annexe 3 - Vignette clinique : la question de la communication

En rééducation, les patients sont en lien avec l'équipe soignante, éducative, rééducative et médicale du service, mais également avec les professionnels des autres services (le plus fréquemment réanimation, chirurgie et oncologie). Les patients sont également en contact avec les professionnels de l'imagerie médicale et professeurs en médecine spécialisée avec lesquels l'équipe travaille régulièrement en collaboration. L'équipe de rééducation a une vision globale du parcours de l'enfant en raison du temps d'hospitalisation (en moyenne deux mois) dans le service, et également grâce à la communication en équipe et la construction de projet de soins en collaboration. Ils font appel aux professionnels des autres services qui apportent une information, un diagnostic ou un étayage spécifique concernant un besoin très précis. Un écart peut être remarqué entre la perception des ressources, compétences et limitations et compréhension du patient et ses réelles capacités. En effet, un enfant marqué physiquement par le handicap peut alimenter la représentation du patient qui n'est pas en capacité de comprendre en raison d'altérations cognitives. J'ai observé plusieurs situations dans lesquelles le professionnel de la santé s'adresse à la famille sans tenir compte de la présence du patient ni de sa capacité de compréhension. Par ailleurs, lors d'entretiens entre un professionnel de la santé et les parents, ces derniers ne saisissent pas toujours les enjeux et les conséquences d'un handicap momentané ou définitif. Parfois, ils ont été heurtés par l'annonce d'un diagnostic grave ou qui porte à conséquence, qui altère les conditions de vie de l'enfant. L'une des problématiques principales abordées par l'éducateur spécialisé est celle du mode de communication : l'adaptation du langage et du vocabulaire et l'adaptation du comportement du professionnel face au patient qu'il reçoit.

Dans le cas de Yann, la réflexion sur l'écart de la perception du patient par le professionnel et la capacité de compréhension du patient est primordiale. En effet, Yann est âgé de cinq ans lorsqu'il est hospitalisé pour une hypertension intracrânienne avec œdème cérébral.

Yann est marqué physiquement par la maladie, en raison principalement des médicaments qui lui sont administrés et les chimio et radiothérapies qu'il subit. Cependant, lors des temps quotidiens ou de séances d'éducation, nous remarquons rapidement que Yann a une très bonne capacité de compréhension et de réflexion, à la fois dans les activités cognitives et dans les relations sociales.

La situation suivante est m'est relatée par la mère de l'enfant. Après un examen d'imagerie, Yann et sa mère ont rencontré le médecin du service d'imagerie qui leur a annoncé l'irréversibilité de la maladie de l'enfant ainsi que les conséquences qu'elle engendre concernant à la fois les capacités intellectuelles et physiques. Selon la mère, le médecin a dépeint une situation difficile devant Yann, utilisant des mots violents, sans tenir compte de la capacité de compréhension du patient qui n'est pas altérée par la maladie, et sans prendre en compte l'état émotionnel et l'aptitude de la mère à ingérer ces informations à cet instant précis. Le médecin a été décrit comme détaché, ne percevant pas la globalité (état émotionnel, psychologique) de l'enfant et de sa mère. L'adaptation de l'annonce d'un diagnostic est primordiale pour le patient et sa famille pour comprendre, intégrer et faire le travail de deuil ou d'acceptation du handicap par exemple. Cette adaptation de l'explication est une responsabilité de l'équipe soignante, comme l'explique Jusselme :

le médecin doit « renvoyer au malade, dans un processus identificatoire suffisant, une image pré-métallisée, transformée, digérée, humanisée, « prête à être représentée » par lui, et non pas une image brute, désincarnée²¹⁷.

Afin d'accompagner l'enfant dans son processus de guérison et dans sa rééducation, l'équipe doit être en mesure d'expliquer à l'enfant et sa famille les différentes prises en charges, actes de soins, afin que ces derniers puissent les intégrer, de la façon la plus adaptée possible. Les objectifs éducatifs mis en place dans le projet de Yann sont tournés vers l'acceptation et la compréhension des conséquences et des enjeux de la maladie, ainsi que vers un travail sur sa confiance et sur une valorisation de ses capacités face à ses difficultés cognitives (latence) et

²¹⁷ Op. Cit. p. 51

physiques (concernant la marche, la motricité globale, etc.). Par la suite, le médecin de rééducation a pu expliquer en d'autres termes la maladie et les conséquences de celle-ci à Yann et sa famille.

Ces problématiques sont très souvent observées et constatées dans le quotidien hospitalier. Ces demandes et besoins spécifiques des patients sont à considérer par le personnel soignant afin de favoriser la compréhension, la communication et la conception d'une relation adaptée et bienveillante dans le parcours de soin du patient.

Résumé

Au croisement des domaines médicaux et artistiques, plusieurs pratiques se développent. Parmi celles-ci, les clowns de l'hôpital ou les ateliers artistiques thérapeutiques en sont les plus répandues. Dans le versant pédagogique, la simulation déploie différentes possibilités de partenariat avec le travail en théâtre. La recherche autour de ce travail s'axe sur les procédés d'improvisation théâtrale en simulation en santé et sur une analyse de la rencontre et de la relation instaurée au sein des consultations simulées. Ces notions sont abordées à travers un contexte particulier : une expérimentation menée au CHU de Grenoble. Celle-ci a consisté à élaborer un plateau de simulation pédagogique permettant la rencontre entre étudiants en arts du spectacle et étudiants en médecine. Pour chacun d'entre eux, les compétences et objectifs de travail étaient différents. Il a été intéressant de se pencher sur le croisement de ces compétences et l'apport qu'a eu cette rencontre au sein de leurs pratiques professionnelles.

Mots clés

Improvisation – Théâtre – Simulation – Pédagogie – Médecine – Partenariat