



HAL
open science

Vers une utilisation des outils théâtraux à destination des professionnels soignants ?

Ariane Salignat

► **To cite this version:**

Ariane Salignat. Vers une utilisation des outils théâtraux à destination des professionnels soignants ?.
Musique, musicologie et arts de la scène. 2019. dumas-02292819

HAL Id: dumas-02292819

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02292819>

Submitted on 20 Sep 2019

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

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

Ariane SALIGNAT

**VERS UNE UTILISATION DES OUTILS
THÉÂTRAUX À DESTINATION DES
PROFESSIONNELS SOIGNANTS ?**

Année universitaire 2018-2019

Master 2 de Création Artistique - parcours arts de la scène

Université Grenoble-Alpes

Sous la direction d'Alice FOLCO

SOMMAIRE

Introduction	p.4
PARTIE I - Pour une meilleure écoute et réception de la parole des patients	p.11
→ <i>État des lieux : quelle conception aujourd’hui du soin et du soignant ?</i>	p.11
A. Des simulations de médecine générale centrées sur l’écoute.....	p.14
B. Des remédiations théâtrales pour penser le quotidien des soignants.....	p.23
C. Le vécu et la parole des patients comme matériel artistique et pédagogique.....	p.35
PARTIE II - Pour une meilleure prise en charge de la souffrance du personnel de santé	p.44
→ <i>État des lieux : Comment comprendre la souffrance professionnelle dans le milieu médical aujourd’hui ?</i>	p.44
A. En amont, la nécessité de former les futurs soignants aux situations professionnelles difficiles ou à risque.....	p.47
B. A l’échelle individuelle, amener les médecins à une meilleure écoute d’eux-mêmes ?..	p.58
C. A l’échelle collective, des ateliers de théâtre pour l’expression des soignants ?.....	p.68
Conclusion	p.77
Bibliographie	p.80
Table des matières	p.94
Annexes	p.95

INTRODUCTION

Cette recherche porte sur les liens existants entre théâtre et soin et plus particulièrement sur les actions utilisant le théâtre et ses outils dans le milieu de la santé.

Ces initiatives peuvent être observées sous l'angle de l'« applied theatre », « applied drama » ou encore « theatre for social change » dans la littérature anglophone. Ces termes sont utilisés pour qualifier des pratiques théâtrales dans des lieux considérés comme non conventionnels à la création et dans des contextes qui peuvent être pédagogiques, sociaux ou thérapeutiques. Le département des performances artistiques de l'Université de New York définit dans le même sens le théâtre appliqué comme :

« the practice of theatre and drama in non-traditional settings and/or with marginalized communities. It encompasses theatre practices that tackle areas of social and cultural policy such as public health, education, housing, social welfare, and juvenile and criminal justice¹ ».

Du fait de son caractère générique, le terme d'« applied theatre » réunit une grande diversité de pratiques parmi lesquelles on retrouve celles du Théâtre de l'Opprimé. Le centre for Applied Theatre², géré par des chercheurs d'universités américaines, en fait même un élément majeur de définition en décrivant le théâtre appliqué comme basé sur les techniques d'Augusto Boal³. En effet, l'opposition au théâtre traditionnel, le caractère engagé et l'importance de la participation sont trois des points les plus récurrents lorsqu'il s'agit de qualifier l'« applied theatre ».

Au sein de la littérature francophone pourtant, l'emploi de la nomination “théâtre appliqué” est encore très minoritaire. Cependant, de même qu'au sein de la recherche anglophone, aucune terminologie ne semble faire consensus. Dans l'ouvrage synthèse *Les usages sociaux du théâtre hors les murs*⁴ de Jérôme Dubois, on ne trouve pas moins de deux dénominations : le théâtre dit « hors les murs » et le « théâtre à usage social », ces dernières dépendant de l'aspect de ces

¹ NYU, Department of Music and Performing Arts Professions, « Applied theatre », en ligne : <https://steinhardt.nyu.edu/music/edtheatre/appliedtheatre/>, 2019.

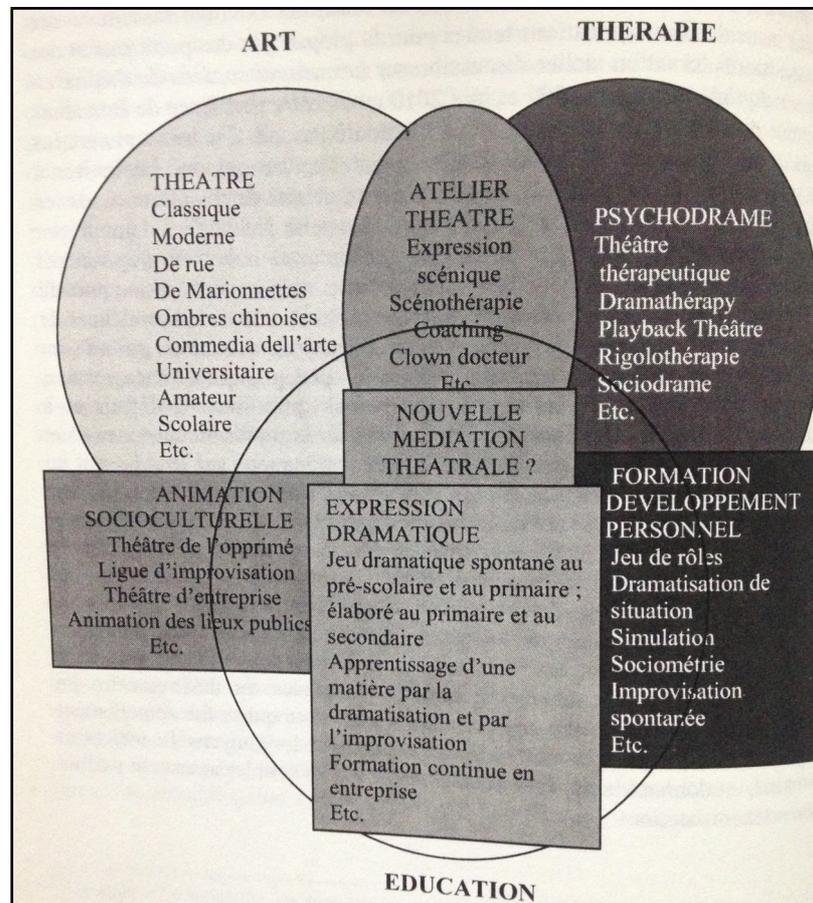
² The Center for Applied Theatre, « What is applied theatre ? », <http://centerforappliedtheatre.org/what-is-applied-theatre/>, 2019.

³ Pour en savoir plus sur le Théâtre de l'Opprimé et ses techniques, voir : BOAL Augusto, *Théâtre de l'opprimé*, La Découverte, Paris, 1985, 218p.

⁴ DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs – École, entreprise, hôpital, prison etc.*, L'Harmattan, Paris, 2011, 232p.

pratiques que l'on souhaite mettre en lumière. Ainsi, le « théâtre hors les murs » renvoie au lieu non conventionnel de la pratique de l'activité. L'utilisation du terme « théâtre à usage social » amène une autre problématique. En effet, traditionnellement, on a tendance à considérer que l'acte artistique n'est pas subordonné à une fin qui lui est extérieure, mais au contraire, que la fin est dans son expression même. Pour reprendre Aristote, il est de l'ordre de la « *praxis* »⁵. Or, l'intitulé même de théâtre à usage social insiste sur la finalité de l'action, qui n'est pas artistique mais ludique, éducative, citoyenne, managériale ou autre⁶. Ce qui définit l'art appliqué pourrait donc être sa finalité qui deviendrait celle du domaine d'exécution.

Le sociologue du théâtre Luis Aguilar, qui travaille sur les rapports entre arts dramatiques, thérapie et éducation, préfère quant à lui parler de « médiation théâtrale ». Il propose à ce sujet le schéma suivant⁷ :



Par ce dernier, Luis Aguilar entend qualifier la relation qui s'instaure entre le théâtre et les autres contextes dans lequel il s'insère. La liste d'outils ci-dessus nous servira à qualifier nos différentes actions pour la suite de notre étude.

⁵ Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », *op cit*, p.23

⁶ DUBOIS Jérôme, *op cit*, p.24.

⁷ AGUILAR Luis « L'univers des activités dramatiques en art, thérapie et éducation » in. *La médiation théâtrale, Acte du 5^{ème} Congrès international de Sociologie du théâtre*, Lansman, 1998, p.19.

Quelle que soit la nomination choisie, Jérôme Dubois note un développement important de ce type d'actions depuis une trentaine d'années. Le théâtre à usage social, pédagogique ou thérapeutique serait une forme d'activité de plus en plus courante chez les compagnies professionnelles. Cela s'explique à la fois par des exigences dans les contrats avec les collectivités publiques et par la nécessité d'aider à la viabilité économique de leur activité artistique. Le théâtre que l'on pourrait dire appliqué apparaît donc le plus souvent comme une activité secondaire, ce qui pose l'enjeu de la professionnalisation spécifique pour ces actions de médiation. Quelle légitimité des artistes sans formation dédiée à la médiation dans des domaines extérieurs ? Peut-on penser la responsabilité de la médiation artistique hors les murs pour des professionnels non artistes ?

Enfin, il est possible de se questionner quant au pourquoi de l'utilisation du théâtre. En quoi les outils théâtraux apparaissent-ils pertinents hors du domaine artistique ? Cette interrogation étant au centre de notre sujet, nous nous appliquerons à y répondre tout au long de la recherche. D'ores et déjà, notons que l'auteur, sur ce point, mentionne les « *vertus sociales* » du théâtre qui seraient celles de « *la problématisation des conflits sociaux, l'incarnation des imaginaires, l'exposition, et, si l'on en croit la théorie de la catharsis, l'extériorisation libératoire des complexes psychiques et collectifs*⁸ ». Nous développerons ces différents aspects par la suite.

Comme annoncé précédemment, notre étude se focalise sur la médiation entre théâtre et soin en milieu hospitalier. Le réseau belge Culture et Démocratie, producteur du rapport « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés ⁹ » avertit à ce sujet :

« L'art peut se suffire à lui-même et n'a pas forcément pour objectif d'être thérapeutique. Il n'est pas déployé pour guérir. Il importe tout de même d'en relever la spécificité. Il est nécessaire pour celui pour qui s'y engage de savoir ce qu'il veut, ce qu'il fait et selon quelles valeurs éthiques puisque l'intervention artistique ne peut plus consister en un étalage de sa propre sensibilité ou d'émotions personnelles. Celui qui s'implique dans les milieux de soins aujourd'hui, se doit d'approfondir la réflexion concernant l'approche empathique et ludique¹⁰ ».

Ces propos nous ramènent à la question de la formation des intervenants artistiques et nous invite, à notre tour, à penser la place de ses actions dans le milieu de la santé. Pour cela, tachons de faire un tour d'horizons de ces initiatives.

⁸ DUBOIS Jérôme, *op cit.*, p.9.

⁹ Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés ».

¹⁰ *Ibid*, p.24

État des lieux – des initiatives majoritairement à destination des patients ?

Depuis une vingtaine d'années, les projets alliant art et santé ont connu un développement nouveau en France grâce à une politique commune menée par les Ministères de la Culture et de la Communication et des Solidarités et de la Santé, permettant une institutionnalisation de ces pratiques. Le programme gouvernemental « Culture et Santé », initié en 1999 et réactualisé en 2010, illustre cette dynamique. « Culture et Santé » fonctionne sur la base de la mise en place de partenariats entre établissements de santé et structures culturelles pour le développement d'actions culturelles au sein des établissements hospitaliers et du secteur médico-social¹¹. Les objectifs sont ceux d'une part d'un accès plus large à la culture pour l'ensemble de la population et d'autre part d'une prise en charge globale du patient. Ces derniers sont à penser dans le contexte de politiques culturelles de démocratisation culturelle et de bouleversements quant à nos conceptions de la santé et du soin sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Les projets soutenus par le programme doivent poursuivre effet des objectifs artistiques et sociaux, et non thérapeutiques, et font uniquement appel à des artistes professionnels. Ils ne peuvent donc pas s'inscrire dans le champ de l'art thérapie, qui est une prérogative de l'hôpital que nous aborderons ultérieurement.

Dans les faits, quelle forme prennent donc ces actions soutenues politiquement ? A Grenoble, le CHU investit ce programme en proposant dans le cadre d'une programmation culturelle lisible, une offre artistique d'excellence adaptée aux contraintes hospitalières. Il s'agit également de développer une pratique artistique de proximité (au lit du patient, ou bien au sein du service) dans le cadre d'ateliers proposés en lien avec les cadres de santé, les éducatrices et les animatrices du service social. Deux angles d'approche sont donc présents : celui des spectacles hors les murs au sein de la structure hospitalière et celui de l'animation artistique pour les patients.

Mais de nombreuses initiatives artistiques en milieu hospitalier existent en dehors de ce programme gouvernemental. Les pratiques artistiques en milieu hospitalier peuvent aussi entrer dans le champ de l'art-thérapie et de la drama-thérapie concernant l'utilisation du théâtre. L'objectif est alors clairement thérapeutique.

Les premiers liens entre art théâtral et thérapie remontent aux années 1920 à Vienne avec le docteur Jacob Levi Moreno à l'origine du psychodrame¹². En France, les années 1960 voient émerger les travaux des docteurs et comédiens amateurs Jean Claude Benoit et Emile Dars qui utilisent des outils d'expression scénique (lectures à haute voix de texte de théâtre) à visée thérapeutique pour

¹¹ Ministère de la Culture, « La démarche Culture et Santé », disponible en ligne :

<http://www.culture.gouv.fr/Regions/Drac-Auvergne-Rhone-Alpes/Action-culturelle-et-territoriale/Culture-et-Sante/La-demarche-Culture-et-Sante>, 2018.

¹² Pour en savoir plus sur les techniques du psychodrame, je renvoie à la référence : MORENO Jacob Levy, *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », Vendôme, 2007, 470p.

des patients à difficultés orthophoniques. Ils observent également des possibilités de psychothérapie émotionnelle par l'influence des rôles interprétés sur les patients¹³. Dans les années 1990 aux Etats-Unis, le docteur Jack Saul explore la question des traumatismes psychologiques et crée différents programmes intégrant les arts de la performance pour des populations ayant connu la guerre, torture et violence politique¹⁴. Aujourd'hui, de nombreux centres hospitaliers, y compris le CHU de Grenoble, comptent des arts-thérapeutes dans leurs équipes de soin.

De surcroît, lorsque l'on s'intéresse aux pratiques artistiques, et plus particulièrement théâtrales, existantes à l'hôpital, la littérature nous amène rapidement vers la question des clowns à l'hôpital. Pour mieux comprendre le rôle des clowns à l'hôpital, citons cet extrait d'un témoignage d'une infirmière d'un établissement hospitalier de Bruxelles :

« Aujourd'hui, les clowns, les conteurs, les magiciens, les musiciens, les comédiens font partie intégrante de notre hôpital. Le personnel soignant a compris que les artistes apportent plus que de la distraction et de l'amusement. Par le jeu, la musique ou les contes, l'enfant s'envole vers son monde imaginaire. Les artistes lui permettent de vivre de précieux moments d'insouciance, de partage d'émotions, des instants où tout est possible¹⁵ ».

Globalement, si les enfants sont le public cible principal pour les actions des clowns à l'hôpital et que les actions avec les publics adultes sont beaucoup plus rares, les études à ce sujet et différents témoignages montrent que les accompagnants des patients sont également touchés par les interventions. Le rapport « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », déjà cité plus haut, explicite clairement : « *le public visé n'est pas seulement représenté par le patient. Il y a aussi sa famille et ses proches¹⁶ ».*

Après étude de la littérature concernant les actions artistiques, et plus particulièrement de théâtre, en milieu de soin, force est de constater que ces dernières sont très majoritairement portées par des artistes professionnels et centrées sur les patients. Notre question sera donc celle des initiatives théâtrales à destinations des soignants. J'ai à ce propos assisté plus tôt dans l'année à une journée d'étude intitulée « De la scène au soin: partage d'expériences ». Cette journée organisée par l'Axe « Expériences de la création » de l'Université Grenoble-Alpes proposait d'analyser plusieurs expériences innovantes qui mêlent les arts de la scène au monde de la santé.

¹³ DUBOIS Jérôme (dir.), Les usages sociaux du théâtre hors les murs – Ecoles, entreprise, hôpital, prison etc., L'Harmattan, Paris, 2011, p.15.

¹⁴ *Ibid*, p.17.

¹⁵ Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », *op cit*, p.8.

¹⁶ *Ibid*, p.24.

Les différents témoignages entendus m'ont donc offert la possibilité de dresser un tableau des initiatives existantes en France. Nombreuses sont celles qui entraînent dans les catégories déjà dessinées plus haut (majoritairement des ateliers d'art appliqué avec des patients en structure hospitalière, paramédicales ou socio-médicales) mais j'ai aussi eu la chance d'explorer le volet de l'utilisation du théâtre pour la formation des soignants à l'exercice de leur métier. C'est la découverte de ce type de projets qui m'a offert la possibilité de mon stage.

Présentation du stage

Cette recherche se doit d'être pensée en lien avec mes observations de terrain, faites lors d'une expérience de stage de six mois encadrée par l'Université Grenoble Alpes en collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble entre février et septembre 2019. Mon rôle dans ce cadre aura été celui d'épauler ma tutrice Pauline Bouchet, professeure d'écritures dramatiques et improvisatrice, sur deux projets spécifiques alliant théâtre et soin au CHU de Grenoble en partenariat avec des professionnels de santé.

Le premier est un projet, né il y a trois ans, de simulations théâtrales de consultations générales pour les étudiants en 4ème année de médecine. Il a été imaginé par la Maîtresse de Conférence à l'UGA Ariane Martinez et par le professeur des Universités et chirurgien à l'hôpital Philippe Chaffanjon à la demande de ce dernier. Dans le cadre de sa mise en place cette année, j'ai d'abord assisté puis animé durant trois mois, en binôme avec ma tutrice de stage, des cours d'improvisation théâtrales pour des étudiants en deuxième année de licence en arts du spectacle. Ces derniers ont par la suite été chargés de jouer les patients dans le projet. J'ai ensuite été responsable du bon déroulement des huit soirs de simulations à l'hôpital et aidé à l'évaluation des étudiants, réalisée à l'aide de retranscriptions-vidéo de leurs passages.

Le deuxième projet, nouveau cette année, s'est créé avec le service de coordination en cancérologie de l'hôpital. Les porteurs de celui-ci sont, au CHU, la médecin Pascale Guillem et la psychologue Alexandra Dougnon-Denis ainsi que Pauline Bouchet et moi-même du côté de l'UFR Litt&Art. Nous sommes également accompagnées par Catherine Gucher, maîtresse de conférence et sociologue au laboratoire de recherche Pacte pour la méthodologie de recherche qualitative. Il s'agit ici de réfléchir les représentations autour de la maladie du cancer et de leurs répercussions sur les malades qui en sont atteints. J'ai alors été chargée de mener des entretiens avec les patients volontaires concernés et de faire les retranscriptions *verbatim* de ces derniers. Pauline Bouchet et

moi mènerons en octobre et novembre 2019 à partir de ce travail préalable des ateliers d'écriture avec les patients et enfin, encadrerons la création d'une forme théâtrale à destinations des soignants. Les deux dernières étapes ne commenceront qu'après la fin de mon stage.

Présentation de la méthodologie

L'enjeu de cette recherche théorique et basée sur une expérience pratique sera de penser la place actuelle et à venir des projets de théâtre à destination des soignants dans le milieu hospitalier. Nous creuserons l'utilisation du théâtre et de ses outils autour des deux objectifs suivants :

- 1) une meilleure écoute et réception de la parole des patients
- 2) une meilleure prise en charge de la souffrance du personnel de santé

Ces deux axes ont été définis au regard des annonces gouvernementales actuelles et des recherches récentes en sociologie de la médecine concernant à la fois les besoins du milieu de la santé, la situation professionnels des soignants et le statut du patient.

Nous nous appuierons sur les rencontres faites et propos recueillis au cours du stage, à la fois avec des étudiants en médecine lors des simulations et séances de remédiation, et avec des médecins et soignants du CHU de Grenoble grâce au projet avec le centre de coordination en cancérologie. Ces dernières nous permettront de comprendre les regards portés sur les initiatives artistiques au sein du monde médical et hospitalier et de situer les besoins réels du terrain. Si par le biais de notre stage, nous observerons empiriquement le premier point, celui de la recherche d'une meilleure écoute des patients, nous chercherons à développer le second par nos recherches théoriques et par l'étude de projets portant la volonté de servir de soutien émotionnel ou d'exutoire aux personnels soignants du milieu hospitalier.

En accord avec la définition du théâtre à usage social que j'ai construite en début d'introduction, j'ai cherché à adapter les outils qui sont ceux de l'art dramatique aux enjeux du milieu dans lequel je me suis insérée. Il s'agit donc à la fois de présenter et d'analyser des méthodes et propositions déjà existantes et d'amener d'autres possibles solutions par le théâtre pour le futur du milieu de la santé et du soin.

POUR UNE MEILLEURE ÉCOUTE ET RÉCEPTION DE LA PAROLE DES PATIENTS

→ *Quelle conception aujourd'hui du soin et du soignant ?*

Depuis la Révolution Française, l'image de l'hôpital a évolué : d'un lieu d'accueil des miséreux, celle-ci est devenue lieu de modernité et de savoirs considérés comme inaccessibles « *notamment aux patients eux-mêmes*¹⁷ ». Le philosophe Michel Foucault parle d'ailleurs de l'hôpital moderne comme d'une « *machine à guérir*¹⁸ » pour qualifier l'aspect technique du lieu et sa « *technologisation* ». Après la Seconde Guerre Mondiale, avec l'instauration de l'État-Providence, la France connaît une accentuation de ce phénomène avec une délégation complète des questions de santé au domaine de la médecine par la société. Le soin est alors considéré exclusivement dans sa définition médicale et technique, le « *cure* ». Selon le sociologue Jean-Yves Trepos, il prend la forme d'un « *traitement, visant à la réparation d'un dysfonctionnement diagnostiqué par un expert*¹⁹ ». Cette conception appartient à la sociologie dite fonctionnaliste de la médecine, qui met l'accent sur l'importance de la maîtrise technique, de la neutralité affective et voit le malade comme un patient passif vis-à-vis du professionnel expert.

Mais l'ouvrage collectif *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*²⁰ insiste bien sur le fait que la maladie, comme le soin, sont des catégories mouvantes au fil des évolutions des sociétés. En effet, on constate aujourd'hui une profonde remise en cause de la médecine experte décrite plus haut. On parle d'« *épuisement progressif de la légitimité*²¹ » qui se traduit par une méfiance montante quant au progrès médical et à l'autonomie professionnelle.

Cela amène d'abord un changement majeur dans la conception et la définition du soin, au sein des recherches sociologiques sur le sujet et par les acteurs du soin eux-mêmes. La sociologie du soin fait opposition à la sociologie mettant au centre la figure du médecin expert. Au contraire, pour reprendre la formule de Hervé Livilain, sociologue, on entend alors l'expertise comme « *un lieu de controverses et de tensions autour de la définition du bien et des manières d'y parvenir*²² ».

¹⁷ BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne (dir.), *Quelle médecine voulons nous ?*, La Dispute, 2002, Paris, p.35.

¹⁸ FOUCAULT Michel, *Les Machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Pierre Mardaga, , 184p.

¹⁹ TREPOS Jean-Yves in. LEVILAIN Hervé, « Ce que le soin veut dire. Périmètre et enjeux d'une sociologie du soin de longue durée », p.153.

²⁰ FERNANDES Anne, KESSLER-BILTHAUER Déborah et MEGHERBI Saïd, dir., *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*, PUN, éditions universitaires de Lorraine, Nancy, 2014, 184p.

²¹ BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne (dir.), *op cit.*, p.10.

²² LEVILAIN Hervé, « Ce que le soin veut dire. Périmètre et enjeux d'une sociologie du soin de longue durée » in. *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*, p.151.

Finalement, à la question du soin (cure) s'est ajoutée la question du prendre soin (care). La notion apparaît dès les années 1970 dans la sociologie anglaise et américaine qui estime que le care et le cure sont deux entités indissociables et réinterroge la conception du soin dans nos sociétés. Il faudra attendre les années 2000 pour que ce terme de « care » se fasse connaître en France et suscite un engouement tel qu'elle devienne une référente montante dans les secteurs de santé et du social.

Les travaux comment à rendre visible une forme de soin jusqu'alors ignorée, pensée en termes de gestes et « *d'éthique de la sollicitude*²³ ». Il s'agit principalement du travail des aides-soignantes ou de la partie relationnelle du travail d'infirmier. Le soin devient plutôt qu'une ou des pratiques une valeur orientant les actions²⁴. L'idée est d'appréhender la personne dans sa globalité et de prendre en compte le soin dans les aspects techniques, organisationnels, politiques mais aussi de penser les représentations des statuts de soignants et d'usagers²⁵. Pour autant, en sociologie de la médecine et au sein des établissements de santé, le « care » reste une activité en creux, peu légitime, peu reconnue et peu visible²⁶.

De même, les changements quant à la définition du soin s'accompagnent d'une remise en cause de la vision traditionnelle du patient. Différents acteurs souhaitent aller dans le sens d'une plus grande capacité des patients à influencer la relation médicale et la démarche thérapeutique.

D'abord, les patients sortent progressivement de leur rôle passif et portent des attentes qui ne sont plus uniquement scientifiques mais portent aussi sur l'accueil, l'écoute, vis-à-vis de leurs proches, d'information, quant au traitement de la douleur etc. L'ouvrage *Quelle médecine voulons-nous ?* dit à ce sujet que : « *l'impression prévaut que le technique a gommé le relationnel, que le corps est coupé en autant de morceaux qu'il y a de disciplines [...] que l'accès à l'information est quasiment impossible*²⁷ ». Aussi, une approche « globale » du malade est de plus en plus soutenue par les professionnels de santé, portant une idée de « *co-production du professionnel et de l'utilisateur*²⁸ ».

²³ LEVILAIN Hervé, « Ce que le soin veut dire. Périmètre et enjeux d'une sociologie du soin de longue durée » in. *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*, p.151.

²⁴ *Op cit.*

²⁵ FERNANDES Anne, KESSLER-BILTHAUER Déborah et MEGHERBI Saïd, dir., *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*, PUN, éditions universitaires de Lorraine, Nancy, 2014, p.14.

²⁶ *Ibid*, p.154.

²⁷ BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne (dir.), *Quelle médecine voulons nous ?*, p.39.

²⁸ *Ibid.*, p.47.

Enfin, la concurrence des établissements de santé amenant à se démarquer par autre chose que le technique, on peut penser une raison économique à la volonté des secteurs de santé d'aller vers une amélioration de ce que nous avons décrit comme le « care ».

Que ce soit par le biais de la recherche sociologique ou des revendications d'usagers on constate une demande de plus en plus importante pour une meilleure considération du patient dans son parcours de soin. Cela dit, les initiatives allant dans le sens d'une formation pour les soignants à cette demande de « care » sont quasi inexistantes. Qu'imaginer alors ?

A. Des consultations simulées de médecine générale centrées sur l'écoute

Dans le cadre de mon stage avec Pauline Bouchet, professeure en improvisation théâtrale et le docteur Philippe Chaffanjon, j'ai participé à l'organisation de simulations de santé pour les étudiants en 4^{ème} année de médecine. Commençons par définir les simulations en santé avant d'y situer notre projet.

Qu'est-ce que la simulation en santé ?

Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé, le terme « simulation de 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 professionnels²⁹ ».

Il s'agit donc de reproduire une situation dans laquelle le professionnel ou futur de santé pourra se retrouver afin d'évaluer ses capacités à gérer cette dite situation en amont. On compte trois catégories de simulations selon l'objectif poursuivi : les simulations à objectifs cognitifs (qui évaluent des connaissances théoriques), les simulations à objectifs psychomoteurs (qui évaluent les procédures et compétences techniques) et les simulations à objectifs « affectifs » (qui évaluent les comportements, la communication...) ³⁰.

Les simulations en santé ont fait suite à des pratiques semblables déjà institutionnalisées dans d'autres domaines, notamment l'aéronautique dès le début des années 1980. Le constat de départ était celui, lors de l'étude d'événements indésirables survenant chez les patients, de l'importance du rôle des facteurs humains comme facteur causal ou contributif. En effet, selon l'ouvrage *La simulation en santé : De la théorie à la pratique* des chercheurs et médecins Sylvain Boet, Jean-Claude Granry et Georges Savoldelli, la majorité des accidents ou complications en santé ne seraient pas dues à un manque de connaissances ou à une procédure technique inadéquate par un soignant mais à des facteurs humains, organisationnels, de travail en équipe, de communication ou encore d'ordre psychologique ou cognitif ³¹.

²⁹ GRANRY Jean Claude et MOLL Marie-Christine, « État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé », *rapport de la Haute Autorité de Santé*, 2012.

³⁰ HOMERIN Marie-Pierre et ROUMANET Marie-Cécile, « Évaluation des étudiants infirmiers en situation simulée : en quête de sens et d'éthique », *Recherche en soins infirmiers*, 2014/3 (N° 118), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-38.html>], p.40.

³¹ BOET Sylvain et SAVOLDELLI Georges, « Simulation et compétences non techniques » in. *La simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer-Verlag, 2013, p.151-152.

Morgan Jaffrelot, du Collège des Hautes Etudes en médecine et Thierry Pelaccia, directeur d'un centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, théorise que, si le contact avec le patient est un élément clef de l'apprentissage des futurs professionnels de soin, la patient se voit attribuer malgré lui une « *mission pédagogique* ³² ». La simulation apparaîtrait donc comme un outil de formation adéquat pour les professionnels de santé puisqu'elle permettrait de s'entraîner à une action sans risque et d'éviter les « premières fois » sur des patients réels.

Elle offre aussi « *un espace de travail différent du stage, avec la possibilité de profiter de la réflexion du groupe, de mettre en lumière les gestes erronés et de s'attarder sur le questionnement dans une situation protégée* ³³ ». Au-delà du cadre sécurisé d'entraînement que procure la simulation en santé, cette dernière peut permettre, selon le dispositif, de prendre une distance critique sur le geste ou la démarche effectuée. On note également le caractère essentiel de la phase de débriefing. La Haute Autorité de Santé dans son rapport en matière de pratiques de simulations en santé va dans ce sens en mettant l'analyse de pratiques professionnelles parmi les objectifs principaux ³⁴.

Si cette posture peut être encouragée par le groupe, elle est d'abord individuelle. C'est ce que l'ouvrage *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, sous le nom de réflexivité, définit comme une « *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 réalisée* ³⁵ ».

Internationalement, les simulations en santé semblent avoir fait leurs preuves. Au Canada par exemple, elle est « *utilisée de façon routinière en particulier dans les formations médicales, chirurgicales, paramédicales (infirmières, ambulanciers, kinésithérapeutes) et aussi de diététique, de pharmacie* ³⁶ ». Le pays comptait en 2009 plus d'une soixantaine de centres de simulations. Aux Etats-Unis la formation par simulation représente un argument d'attractivité des établissements de santé. L'organisation des centres se fait en réseau pour optimiser les ressources et la simulation est utilisée pour la certification ou la re-certification des professionnels de santé ³⁷. En Europe (principalement en Europe du Nord), si le développement est plus récent, l'activité de recherche en simulation est florissante et les moyens alloués à cette pratique sont importants, avec une ouverture à des domaines professionnels divers.

³² JAFFRELOT Morgan et PELACCIA Thierry, « La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants », *Recherche & formation*, vol. 82, n°2, 2016, p.17.

³³ ALLIN-PFISTER Anne-Claude, *Le guide du formateur : une approche par compétences*, Lamarre, 2011, 330p.

³⁴ GRANRY Jean-Claude et 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, 2012, p.5.

³⁵ BOET Sylvain, GRANRY Jean-Claude, SAVOLDELLI Georges, dir. *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer, Paris, 2013, p.26.

³⁶ BOET Sylvain, « Simulation en Amérique du Nord » in. GRANRY Jean-Claude et 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, 2012, p.29.

³⁷ GRANRY Jean-Claude et 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, op cit.*, p.8.

En France cependant, le recours aux simulations est encore faible en comparaison. L'utilisation de ce mode d'apprentissage est majoritairement limitée au domaine de la psychiatrie et de secteurs à risque tels que la cardiologie ou l'anesthésie. Il a, à nouveau très majoritairement, pour but de tester des connaissances et compétences techniques et non relationnelles et les simulations sont pour la plupart non organiques, c'est-à-dire basées sur des logiciels ou mannequins mais sans recours aux êtres humains. Les simulations organiques se font le plus souvent sur des cadavres.

Comment comprendre alors ce retard de la France quant à l'intégration des simulations dans les formations de santé, notamment concernant les simulations à objectifs dits « affectifs » ? L'article « Évaluation des étudiants infirmiers en situation simulée : en quête de sens et d'éthique » révèle que l'exercice semble pourtant apprécié des soignants en formation. L'étude basée sur un questionnaire menée pour évaluer ces pratiques auprès d'étudiants infirmiers montre un taux de satisfaction supérieur à 80%³⁸.

Mais les contraintes sont encore nombreuses pour la mise en place généralisée de ce type de dispositif. Tant les facteurs financiers que le manque de moyens humains expliquent la faiblesse du recours aux simulations en santé. Aussi, l'absence pour le moment de cadre pédagogique, plus encore pour l'évaluation des pratiques, constitue un frein important. Les docteurs Ollivier Collange et James J. McKenna dans leur article « Éthique et simulation en santé » tentent de définir une éthique pour ces pratiques :

« Ainsi, l'éthique de la simulation peut être une réflexion sur des règles de conduite de la simulation, voire l'élaboration d'un « code éthique » ou une « déontologie » de la simulation. Se poser la question de « l'éthique de la simulation », c'est prendre le recul nécessaire à la réflexion pour définir le cadre général dans lequel nous souhaitons enseigner les professions de santé et la pratique des soins grâce à la simulation³⁹ »

Si un tel cadre n'a pas encore été dessiné, précisons tout de même que la Haute Autorité de Santé se positionne sur le sujet avec des conseils quant à l'instauration d'un briefing, au déroulé du scénario, et au contenu du débriefing.

³⁸ HOMERIN Marie-Pierre et ROUMANET Marie-Cécile, « Évaluation des étudiants infirmiers en situation simulée : en quête de sens et d'éthique », *Recherche en soins infirmiers*, 2014/3 (N° 118), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-38.html>], p.43.

³⁹ COLLANGE Oliver et MCKENNA James J., « Éthique et simulation en santé » in. *La simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer-Verlag, 2013, p.178.

Quel dispositif de simulations en santé mis en place à Grenoble ?

Pour commencer l'analyse du projet du CHUI (pour CHU improvisation), il est important de préciser que les simulations mises en place pour la formation des étudiants se placent dans un cadre de médecine générale. Cela s'explique en premier lieu par le moment où cet exercice s'inscrit dans le cursus des futurs professionnels de soin. En 4^{ème} année, la spécialité n'est pas encore définie et bien que chacun des étudiants expérimente des réalités différentes à travers son stage à l'hôpital, le choix de la médecine générale permet de rester cohérent l'ensemble des parcours.

Cela dit, la médecine générale constitue un domaine tout à fait intéressant en termes de travail d'écoute. L'ouvrage *Quelle médecine voulons-nous ?* décrit la consultation de médecine générale comme un lieu d'expression de soucis personnels, professionnels ou sociaux où « *les médecins généralistes ont alors à définir ce qu'ils décident d'écouter ou pas*⁴⁰ ». Le médecin généraliste est donc considéré en premier lieu comme celui qui traite la personne dans sa globalité, en accord avec la nouvelle conception du soin dont nous avons discuté plus tôt. Cela est d'autant plus vrai que les médecins généralistes sont les soignants les plus présents dans les zones les plus défavorisées. Cette réalité entraîne des demandes d'autant plus fortes de la part des patients quant à la médecine générale. Selon un sondage de 2001 paru dans « *Impact Médecin Hebdo* » : les français valorisent chez le généraliste autant la sûreté de diagnostic que la qualité d'écoute⁴¹.

Si on a pu avoir tendance à considérer, parmi les praticiens, que l'écoute était une qualité qui s'acquiert avec l'expérience, cette vision est actuellement remise en cause. La recherche de thèse *Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient* met en effet en lumière le fait que les internes ne se sentent pas suffisamment formés à la communication médecin-patient. Selon une enquête auprès des internes de médecine générale de Toulouse réalisée en 2008, 76,5% d'entre eux avaient rencontré des difficultés relationnelles, 72% estimaient que l'enseignement délivré n'était pas adapté à leurs besoins et 66% des internes souhaitaient une formation à la relation médecin-patient⁴².

C'est donc dans cette démarche que s'inscrivent les simulations de santé mises en place pour les étudiants en médecine de la Faculté de Grenoble, en coopération avec la licence « arts du spectacle ».

⁴⁰ BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne (dir.), *Quelle médecine voulons nous ?*, op cit., p.29.

⁴¹ *Ibid.*, p.30.

⁴² LARAPIDIE Célia, *Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, Université Toulouse III, 2018, p.4-5.

Les simulations de santé pour les étudiants en médecine de Grenoble sont le fruit d'une collaboration entre la Faculté de Médecine et le département des arts du spectacle. Elles naissent du constat du professeur Philippe Chaffanjon d'une formation à la médecine de moins en moins humaine, tournée vers une théorisation des connaissances à la défaveur des capacités relationnelles et émotionnelles. Le choix a donc été fait de se tourner vers les étudiants en arts du spectacle pour le rôle des patients. Cette collaboration, avec des étudiants n'appartenant pas à des disciplines sanitaires, rend le projet tout à fait spécifique.

L'idée était bien évidemment d'un apport pour les étudiants des deux filières, le cadre médical permettant aux étudiants en improvisation de développer de nouvelles capacités de jeu et de sortir de leur zone habituelle de création. Cependant, notre étude ne portant pas sur la coopération entre arts de la scène et médecine mais bien sur l'utilisation du théâtre pour les soignants, nous ne développerons que peu les apports relatifs à ce projet pour les étudiants et la filière « arts du spectacle ». A nouveau, je renvoie vers le mémoire de Léa Andréolety qui se focalise plus spécifiquement sur cette question dans ses parties « Réflexion et réponse du département des arts du spectacle concernant le projet » et « objectifs pédagogiques »⁴³.

En lien avec les éléments généraux donnés sur les simulations en santé, le dispositif proposé à Grenoble appartient à la catégorie des simulations organiques et immersives avec un objectif de prise en compte et d'adaptation à l'environnement pour les soignants. Nous pouvons aussi noter que les simulations étaient *in situ*, c'est à dire dans le lieu de travail des personnes en formation, ici donc au CHU dans des salles de consultations, ce qui offre un degré de réalisme encore accru. Les étudiants en médecine avaient en ce sens pour consigne d'aller chercher les « patients » dans la salle d'attente, en blouse de praticien, en les appelant par leur nom de famille et de les guider jusqu'à la salle de consultation. Le fait de faire débiter le jeu avant même l'entrée dans la salle offre une concentration, une mise en condition et une entrée dans le rôle en amont de l'instauration du dialogue.

De plus, ces simulations sont à penser à la jonction de deux concepts, celui de patient standardisé et celui du patient simulé. Les auteurs de l'ouvrage *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique* définissent le patient standardisé 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,

⁴³ ANDREOLETY Léa, *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. Musique, musicologie et arts de la scène*, Mémoire de Master en Création artistique, Université Grenoble Alpes, 2017, p.44-46.

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 personnelle⁴⁴ ».

Le patient simulé, qui peut être malade ou non, utilise son histoire personnelle lors des consultations pour alimenter la relation. Dans notre cas, nous touchons aux deux techniques puisque les étudiants en improvisation travaillaient à partir de canevas de véritables patients et devaient s'emparer de symptômes cliniques précis mais avaient libre cours pour improviser quant à la personnalité et à l'histoire de leur personnage. Ils ont même pu être invités à se nourrir de leur propre vécu médical et intime pour construire pour affiner leur jeu.

D'un point de vue plus pratique, l'objectif était de faire passer chacun des étudiants en médecine une fois, la promotion étant composée d'approximativement 150 personnes. Les simulations à l'hôpital se sont donc déroulées sur huit soirées sur deux semaines au mois de mars et d'avril à raison de vingt-quatre passages d'étudiants en médecine chaque soir, ce qui correspondait à environ huit passages au total par étudiant en art du spectacle. Les passages duraient en moyenne une dizaine de minutes. J'ai alors été chargée de la coordination sur place des passages (briefings, enchaînements et débriefings) du côté des étudiants en improvisation.

⁴⁴ BOET Sylvain, GRANRY Jean-Claude, SAVOLDELLI Georges, dir. *La Simulation en santé : De la théorie à la pratique*, Springer, Paris, 2013, p. 54.

Préparation des étudiants en arts du spectacle – le cours « Improvisation à l'hôpital »

Afin d'aider les étudiants à s'emparer des problématiques liées au soin et de les préparer au mieux aux simulations, des cours d'improvisation sont dispensés toutes les semaines du premier semestre. Cet enseignement, autrefois géré par Ariane Martinez, a été repris par Pauline Bouchet que j'ai assistée lors de la première partie de mon stage⁴⁵.

La première étape était de familiariser les étudiants avec les techniques de l'improvisation théâtrale. En effet, les pratiques des personnes en licence arts du spectacle étant très diverses, tous n'avaient pas déjà pratiqué le jeu théâtral et une minorité seulement l'improvisation. Les deux premières séances se sont donc contentées d'amener les étudiants à se lancer dans l'improvisation dans une ambiance volontairement ludique et sans toucher encore à la problématique de la santé. Il s'agissait en premier lieu de permettre à chacun d'appivoiser la scène et le jeu à travers des improvisations libres et des exercices de mises en condition corporelle.

Ensuite, deux axes ont été travaillés en parallèle.

- D'une part, il a fallu amener les étudiants à s'approprier la thématique médicale en leur présentant les différents canevas⁴⁶. Sept cas médicaux (avec symptômes, antécédents et variables possibles) ont été proposés et chaque étudiant devait s'emparer d'un ou deux d'entre eux. Certains canevas étant plus orientés sur des symptômes physiques (comme la toux ou la présence d'une boule sous le bras) et d'autres psychologiques (problématiques de sommeil ou de poids), les possibilités de compréhension et de jeu étaient donc nombreuses. Une rencontre avec Philippe Chaffanjon a été organisée afin qu'ils puissent poser toutes les questions nécessaires à la compréhension scientifique de leurs prochains rôles comme patients.

- D'autre part, les étudiants avaient pour consigne l'interprétation de profils psychologiques, censés correspondre à des caractères types de patients. Les étudiants ont donc été invités à expérimenter les neuf profils⁴⁷ allant de la personne revendicative, au réservé ou encore à l'anxieux, afin de déterminer leurs facilités et blocages pour ces derniers⁴⁸. Les canevas appris devaient donc être déclinés avec les différents profils, dans le but de montrer le plus de facettes de jeu différentes possibles lors des simulations de consultations. Un gros travail a alors été fait sur l'interprétation d'émotions fines et la création d'un jeu sensible.

⁴⁵ Cf. annexe n°1 « Calendrier des séances pour le cours d'improvisation à l'hôpital ».

⁴⁶ Cf annexe n°2 « Les canevas médicaux pour les consultations simulées ».

⁴⁷ Cf. annexe n°3 « Les profils de patients pour les consultations simulées ».

⁴⁸ Les profils et la nécessité d'un travail autour de ceux-ci pour les futurs soignants seront développés plus loin dans ce mémoire. Cf. Les patients « heartsink » – quelle attitude adopter ? p.47.

Au-delà de la question même de la thématique du cours d'improvisation à l'hôpital, l'exercice présentait de nombreux défis en termes de jeu pour les étudiants. Il fallait à la fois se faire à l'idée d'une performance sans véritable public extérieur (les consultations simulées se déroulant dans une pièce fermée, uniquement en présence de l'étudiant en médecine) et adapter son jeu à l'échelle de la caméra et du face-à-face, plus proche du jeu d'acteur de cinéma que de comédien de théâtre en matière de proximité.

Mon rôle lors de ces séances a été double. D'abord, j'ai participé à chacun des cours animé par Pauline Bouchet et ai moi-même conçu et animé une des séances de travail. Cette dernière s'est décomposée en trois exercices :

- La posture – exercice consistant à incarner un des canevas au choix sans utilisation de la parole
- La salle d'attente – exercice reproduisant le lieu de la salle d'attente où trois ou quatre étudiants sont invités à rentrer avec un profil imposé. Il s'agit alors de recréer une situation réaliste en rendant clair son jeu. On peut imposer un changement de profil en cours d'improvisation.
- Le repas de famille – exercice d'improvisation autour de la thématique du repas de famille. Une nouvelle est annoncée et chacun des acteurs doit réagir avec une émotion précise, qu'il fera grandir au cours de l'improvisation. Le but est ici de travailler à la fois le réalisme du jeu et l'observation et l'écoute des autres participants puisque chacun doit amener une émotion différente.

Aussi, du fait de mon expérience de jeu dans le cadre de simulations en santé dans un dispositif semblable⁴⁹, j'ai pu recevoir les inquiétudes des étudiants, répondre précisément à leurs questions vis-à-vis de l'organisation et du déroulement des consultations simulées et les conseiller sur l'attitude de jeu à adopter.

Tout ce travail préparatoire au cours de ces sept séances a permis aux étudiants en arts du spectacle d'improviser sur des canevas médicaux en créant des situations à la fois les plus réalistes possibles et pensées pour mettre en difficulté les futurs soignants du fait des profils interprétés.

Si l'on reprend ici le schéma du sociologue Luis Aguilar sur les médiations théâtrales présenté en introduction⁵⁰, on conçoit alors que les outils utilisés à destination des soignants ont été ceux du jeu de rôle, de la simulation et de l'improvisation (dans la catégorie formation développement personnel) ainsi que celui de l'expression scénique (dans la catégorie atelier théâtre). Les simulations en santé telles qu'effectuées à Grenoble se trouvent donc bien au croisement des trois domaines de l'art, la pédagogie et le thérapeutique.

⁴⁹ Cette expérience sera présentée et analysée ultérieurement dans notre recherche.

⁵⁰ Cf. p.5.

Plus tard, j'ai partagé avec Pauline Bouchet la tâche de l'évaluation des étudiants pour leur module « Improvisation à l'hôpital ». Celle-ci était permise par des captations-vidéo des différents passages. Il fallait alors à la fois porter attention au respect du canevas médical, tant dans les paroles que dans l'interprétation physique, à la présence et au réalisme du profil annoncé et à la construction d'un personnage riche.

Pour finir, et ceci constitue une nouveauté dans le projet cette année, Pauline Bouchet et moi-même avons animé deux séances de remédiation d'une demi-journée avec au total une trentaine d'étudiants en médecine volontaires. C'est sur cette mission que nous allons maintenant nous attarder.

B. Des remédiations théâtrales pour repenser le quotidien des soignants

La Haute Autorité de Santé dans son rapport sur les simulations en santé déjà cité précédemment insiste sur l'importance du débriefing⁵¹. Ce dernier doit respecter une pause avec la séance de simulation qui peut être très consommatrice de ressources physiques et psychologiques pour le stagiaire. Cette interruption permettra aux stagiaires d'observer un temps de repos, de prendre du recul et d'échanger entre eux à chaud sur les éléments qui seront mieux verbalisés ensuite en séance. Jusqu'à cette année au CHUI, le temps de débriefing consistait uniquement à un moment d'échange proposé entre l'étudiant en médecine et l'étudiant en art du spectacle ayant été son patient simulé directement après l'exercice de consultation. La discussion avait donc lieu « à chaud » vis-à-vis de l'expérience et n'impliquait pas de tiers extérieur. Bien que cette rencontre nous semble importante et que nous souhaitons la laisser en place lors des prochaines simulations, la nécessité d'un retour plus poussé pour les futurs professionnels du soin est un élément à travailler pour l'avenir du projet.

Les deux temps de remédiation animés par Pauline Bouchet et moi-même par la suite dans le grand studio de l'EST ont finalement été plus en accord avec les attentes liées au débriefing telles que trouvées dans le rapport de mission « État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé ». Cela dit, cette remédiation étant au stade d'expérimentation, elle n'a touché qu'une faible minorité des étudiants en médecine, minorité composée des personnes les plus investies sur cet enjeu du fait du caractère volontaire des inscriptions. Les futurs professionnels ayant montré, lors des consultations simulées, les difficultés relationnelles et communicationnelles les plus importantes se sont donc trouvés écartés de la phase de débriefing.

Nos séances de remédiation se sont découpées en trois étapes :

- D'abord un temps de présentation type « tour de table » de chacun des étudiants en médecine autour des questions suivantes : nom et prénom, spécialité du stage actuel, retours sur l'exercice de la simulation, raison de la présence aujourd'hui.
- Ensuite des exercices corporels, sonores ou de jeux de rôle utilisant des outils théâtraux que nous allons présenter par thématiques ci-dessous.
- Enfin, un temps de discussion et d'échange sur des ressentis plus globaux quant aux difficultés liées à l'exercice de la médecine et à la relation patient avec partage d'expériences et de pratiques.

⁵¹ Cf. annexe n°4 « 12 bonnes pratiques de débriefing en simulation de santé par la Haute Autorité de Santé ».

Réflexion sur le rôle et la relation patient-soignant

En sociologie de la médecine, la relation entre le soignant et le patient est souvent définie par l'existence d'un rapport de force. Si une forme de domination existe généralement dans toute relation entre usager et fournisseur de biens ou services, la littérature ne manque pas de montrer les spécificités que cette dernière prend dans le domaine médical. Nous ferons état de causes diverses :

D'abord, socialement l'image du médecin et particulièrement du praticien à l'hôpital, est liée aux notions d'expertise et de pouvoir (dans de nombreuses cultures, les guérisseurs étaient d'ailleurs considérés également comme des sorciers). Il a le pouvoir de guérir et touchent quotidiennement à des enjeux philosophiques forts tels que la vie et la mort. Sa fonction lui procure des droits particuliers, comme le contact avec des zones physiques normalement inaccessibles hors contexte d'intimité. L'article rédigé par le médecin et psychothérapeute Michel Delbrouck précise à ce sujet que de ce fait « *le patient projette consciemment et le plus souvent inconsciemment sur lui, des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort, ce qui isole encore plus le soignant dans une position "irréelle"*⁵² ».

Aussi, la domination du soignant dans la relation entre médecin et patient passe par l'utilisation d'un langage spécifique par le professionnel, relevant d'une expertise non partagée avec l'autre personne. Le langage médical est souvent désigné comme impersonnel, strictement scientifique, et largement incompréhensible du grand public. Le vocabulaire utilisé peut souvent être mal compris des patients et installer une distance par un sentiment de dépersonnalisation du patient, qui ne se sent pris en compte qu'au travers de sa maladie. Cette dimension de langage et de codes inconnus par les patients a été particulièrement dénoncée lors d'entretiens patients réalisés dans le cadre du projet de recherche avec le centre de coordination en cancérologie du CHU. Plusieurs personnes témoignaient d'incompréhensions d'informations médicales les concernant et de sentiment de gêne lié à la nécessité de demander des explications.

Les remédiations théâtrales avec les étudiants en médecine ont bien fait ressortir cette image. En effet, nombreux d'entre eux expriment sentir une pression importante quant à cet imaginaire et s'interdisent de par ce fait le doute, l'absence de réponse ou l'expression d'une impuissance. Le docteur Jean Pierre Lebrun nous dit bien que le médecin « *vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité*⁵³ ». Lors de la discussion de fin de débriefing autour du sujet des choses les plus difficiles à dire dans l'exercice du métier de médecin, la proposition « Je ne sais pas » est revenue à de nombreuses reprises.

⁵² DELBROUCK Michel, « Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant », *Imaginaire & Inconscient*, vol. 25, n°1, 2010, p.162.

⁵³ LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, De Boeck, Bruxelles, 1993.

Pourtant, une étude à l'initiative du Collectif inter-associatif sur la santé met en lumière le fait que 95 % des personnes interrogées préfèrent un médecin qui « *vous explique précisément la situation, vous présente les choix possibles et vous associe à la décision* » contre 5 % pour le médecin qui « *explique l'essentiel sans entrer dans les détails et décide seul* ⁵⁴ » et qu'une grande majorité des personnes (plus de 75%) apprécient qu'un médecin fasse état de ses difficultés et demande un deuxième avis si nécessaire.

Pour penser la relation entre soignant et patient, il est donc nécessaire de faire un point avec les futurs médecins sur leur vision de leur profession et de leur rôle et responsabilité vis-à-vis des patients. Il est alors intéressant de mettre cela en corrélation avec les visions des non professionnels de santé pour rendre visible cette autorisation, voire cette demande, d'un caractère humain, allant à l'encontre de la toute-puissance idéalisée du soignant.

La question des postures est également à prendre en compte lorsqu'on s'intéresse au rapport de force existant entre professionnels de soin et usagers. Citons ici le mémoire de Léa Andréolety, déjà présenté, qui traite très bien de cet aspect :

« 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 médicale par la façon de le traiter.⁵⁵ »

Pour que le rapport de force soit le moins subi possible par les futurs patients des étudiants en médecine, nous avons donc voulu les faire prendre conscience, par la discussion d'abord et par le jeu de ce que dégage un corps debout, un corps assis ou un corps couché. Le plus souvent dans le quotidien des stages des étudiants, ces derniers ont affaire à des patients couchés dans des lits d'hôpital, ce qui influence grandement la façon de percevoir la relation. Ces patients peuvent se trouver en situation d'autonomie limitée, ce qui est également à prendre en compte pour le prendre soin. Un des retours fréquents par les étudiants en médecine à propos des consultations simulées était d'ailleurs celui du caractère inhabituel de l'entretien face-à-face, en position assise pour les deux personnes se retrouvant donc à la même hauteur, avec un patient non ou peu limité physiquement.

⁵⁴ Sondage réalisé par IPSOS à la demande du CISS en juin 2001 auprès de 1016 personnes, selon la méthode de quotas.

⁵⁵ ANDREOLETY Léa, *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. Musique, musicologie et arts de la scène*, Mémoire de Master en Création artistique, Université Grenoble Alpes, 2017, p.141.

Présentons et analysons les deux exercices proposés autour de cette thématique aux personnes volontaires présentes à l'atelier de remédiation, ces exercices ayant pour mission de « *donner les moyens [aux participants] de modifier leur attitude et leur expression pour faciliter l'entrée en relation avec des personnes fragiles*⁵⁶. » Précisons que ces exercices ont eu lieu en première partie de remédiation et ont donc constitué une entrée en matière.

Exercice n°1

On demande aux étudiants de se mettre par deux en évitant si possible les binômes qui se connaîtraient déjà. On démarre alors l'exercice dit de la marionnette. Un des étudiant prend le rôle du leader et l'autre du suiveur. Le leader possède alors la liberté de faire bouger sa marionnette en prenant soin de respecter les gestes correspondant – prendre le fil imaginaire relié à un membre, le déplacer, attacher le fil lorsque le placement convient. La parole ne peut pas être utilisée. A la fin de la manipulation, le leader coupe les fils pour délivrer la marionnette et les rôles s'inversent.

L'expérience de la marionnette apporte plusieurs pistes de réflexion concernant la relation au soin. D'abord, il amène un état de concentration et de minutie chez les deux participants qui doivent soudainement soigner chacun de leurs gestes et observer les conséquences de leurs actions sur le comportement de l'autre. Cela est démultiplié, bien sûr, par l'interdiction de l'utilisation de la parole qui a été un véritable défi pour les étudiants en médecine. Comment faire passer un message exact sans avoir recours aux mots ? Et comment comprendre quelqu'un qui ne fait pas appel au langage parlé ? Ces deux problématiques et l'urgence à trouver des solutions dans l'instant ont su créer une écoute différente au sein des participants.

Surtout, cet exercice offre à l'une des personnes du duo, puis à l'autre, un pouvoir conséquent sur le corps de l'autre. Il est à ce moment-là intéressant d'observer ce qui est fait de ce pouvoir (se faire rire, créer quelque chose d'esthétique, repousser les limites de la personne etc.) Dans la position du leader, on se retrouve rapidement face aux zones de confort et d'inconfort de son partenaire. Que faire de ces informations et comment les prendre en compte, pour son bien-être ou à son insu ? L'échange de rôle à la fin questionne quant à l'influence d'avoir été à la place de sur ses actions à venir. On observe ainsi beaucoup de phénomènes de « vengeance » de l'ancienne marionnette sur la nouvelle. Le parallèle avec la relation de soin nous semble riche si on garde en tête que chaque professionnel de santé ayant été et/ou allant être à un moment ou à un autre de sa vie le patient d'un autre professionnel.

⁵⁶ ROUMANOFF Colette, « Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation », in : BERGERET-AMSELEK Catherine dir., *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* Toulouse, ERES, 2018, [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/et-si-alzheimers-et-autismes-avaient-un-lien--9782749257556-page-339.html>], p.342.

Exercice n°2

Comme précédemment, les étudiants se mettent en binômes, binôme différent de celui composé dans l'exercice de la marionnette. Une des personnes prendra la place de l'aveugle et l'autre sera son guide. L'aveugle ferme les yeux et se déplace dans l'espace, son guide devant faire en sorte que rien de négatif (chocs particulièrement) n'arrive à son partenaire. A nouveau, le recours à la parole n'est pas autorisé. A la fin de l'exercice, on échange les positions.

Si certains éléments d'analyse pour cet exercice peuvent se rapprocher des propositions précédentes (dans la présence d'un duo dominant/dominé et d'un inversement de rôles) de nouvelles thématiques sont mises en lumière.

A l'enjeu de la communication, un obstacle est encore ajouté puisqu'en plus du langage parlé, le visuel devient également impossible. La presque totalité des binômes optent alors pour un guidage par le geste mais cela laisse encore la place à des interprétations très différentes. Alors que certains choisissent de toucher très légèrement leur partenaire lors de situations nécessitant l'alerte, d'autres préfèrent être en contact permanent avec leur « aveugle » et imposer à la fois les directions et le rythme à suivre. Cela renvoie au problème du degré de liberté à laisser lors d'une relation de responsabilité quant à l'autre personne. Concernant le milieu médical, on a déjà vu plus tôt dans notre étude que les patients étaient de plus en plus demandeurs d'une prise en compte de leur avis sur leur situation de santé par les soignants. Un juste équilibre est donc à trouver entre l'abandon et l'oppression, afin de tendre vers un accompagnement le plus rassurant et émancipateur possible. Cependant, il est essentiel ici de préciser, même si nous développerons plus longuement cela par la suite, que le soignant (ici le guide) a pour mission de s'adapter à chaque patient (ici l'aveugle), les besoins en termes d'aide, d'écoute, d'indépendance et autre étant très personnels à chacun.

Pour finir, notons à propos des moyens de communications inventés qu'un des guides du groupe d'étudiants en médecine a choisi le bruit, des claquements de doigts, comme outil pour entrer en relation avec son partenaire de jeu. L'influence de choix sur la relation instaurée et sur le ressenti de la personne guidée est énorme et amène aussi un questionnement quant aux conséquences de cette méthode pour les autres duos.

Les deux séances de remédiation menées par Pauline Bouchet et moi ont également eu pour but de penser collectivement les moyens d'un soin et prendre soin personnalisé et unique à chaque cas. Encore une fois, voyons cet aspect au travers de la littérature et de notre pratique durant notre expérience de stage.

Penser l'individualisation du patient, la « gestion de la singularité à grande échelle »

Le terme de « *gestion de singularité à grande échelle* ⁵⁷ » est issu de la thèse d'Etienne Minvielle *Gérer la singularité à grande échelle. Comment maîtriser les trajectoires de patients à l'hôpital ?* Il souligne la nécessité pour les soignants d'intégrer que chaque patient va se situer différemment quant au schéma de prise en charge selon sa trajectoire personnelle. Pour penser cela, nous nous appuyons sur nos observations au cours des deux séances de remédiation faites avec les étudiants en médecine à la suite des consultations simulées, l'idée de la singularité de chaque patient ayant été au centre de notre travail de réflexion.

Lors de l'évaluation des vidéos des consultations simulées, Pauline Bouchet et moi-même avons pu faire le constat de nombreux entretiens de courte durée malgré une consigne encourageant un temps compris entre dix et vingt minutes par patient. Il nous a alors semblé que cela était révélateur à la fois d'un manque d'écoute du patient par le soignant et d'une difficulté pour les étudiants en médecine à considérer l'importance des informations qui sortaient de la catégorie stricte des symptômes physiques. Après discussion avec les dits-étudiants ainsi qu'avec Philippe Chaffanjon, il est apparu qu'aucun travail de l'aspect relationnel du soin n'est encore présent dans les études en médecine. Les seuls exercices se rapprochant de l'idée de la simulation compris dans le cursus consistent en l'énonciation d'un canevas défini par un étudiant avec l'objectif de restitution de connaissances par un autre. Le jeu d'un point de vue théâtral n'est pas considéré et il n'y a pas de construction de personnage en dehors de la présentation de symptômes. Cette habitude de focalisation sur la maladie plutôt que sur le malade entraîne une difficulté, lors des consultations simulées censées évaluer la relation humaine, à sortir de l'objectif d'établissement de diagnostic. Comment travailler alors l'importance de l'écoute du patient ? Nous pouvons ici présenter et analyser plusieurs exercices et jeux effectués avec les étudiants en médecine et allant dans ce sens.

Exercice n°1

Les étudiants marchent à allure normale de la façon la plus naturelle possible dans l'espace scénique en faisant en sorte d'occuper l'ensemble de l'espace. On leur demande de penser à un patient qui les a particulièrement marqué du fait d'une caractéristique physique mémorable. On leur demande alors de tenter d'incarner avec le plus de détails possibles ce patient, dans sa démarche, son attitude, son expression faciale etc. Ils continuent de marcher dans l'espace dans la peau de leur nouveau personnage. Lorsqu'on leur tape sur l'épaule, ils doivent dire à voix haute une phrase dite ou qu'aurait pu dire ce patient selon eux. Enfin, on leur demande d'abandonner cette incarnation pour reprendre

⁵⁷ MINVIELLE Etienne, *Gérer la singularité à grande échelle. Comment maîtriser les trajectoires de patients à l'hôpital ?*, thèse de doctorat de l'École Polytechnique, 1996.

petit à petit leur posture habituelle.

On constate une gêne pour beaucoup d'étudiants face à cet exercice due à une impression de caricature, voire de manque de respect vis-à-vis du patient ciblé. Il s'agit alors de se libérer de ces blocages et de se questionner sur la raison de ce sentiment. Quelle limite existe-t-il entre « se mettre à la place de » et imiter, dans sa connotation négative ? L'incarnation physique aide-t-elle l'empathie ? Quel apport de l'incarnation physique en termes de compréhension en comparaison à une simple intellectualisation du cas ?

Dans un premier temps, il s'agit pour les étudiants de réussir à sortir de cette appréhension pour replonger dans le souvenir de la personne choisie et déployer une concentration au service de la précision des gestes et du mouvement. Le but est ici de tenter de vivre la singularité médicale dont il est question. Ensuite, l'étudiant a pour consigne de penser et d'incarner le reste du physique du patient. L'équilibre est à trouver entre le poids potentiel d'un handicap ou contrainte médicale et l'identité de la personne en dehors des réalités de soin. La façon de mener l'exercice s'inscrit donc, à l'inverse des craintes en amont des futurs soignants, dans une démarche de valorisation et de pensée globale du patient.

Exercice n°2

Deux chaises sont placées face à face, en position d'entretien. Les personnes ne participant pas à l'exercice sont en observation. La première chaise est occupée par un futur médecin et la deuxième par moi-même, interprétant un patient selon un des canevas précédemment utilisés en consultations simulées. La consigne est donnée à l'étudiant de ne pas parler dans un premier temps et de seulement écouter et regarder le corps du patient pour identifier des signes, en dehors de informations données oralement.

Ce premier exercice a, sans surprise, montré une grande difficulté pour les futurs soignants à ne pas interrompre la parole du patient pour rediriger ou préciser certaines informations, malgré une consigne donnée juste avant le début de l'entretien et encourageant cette attitude. Différentes études se sont penchées sur l'évaluation du temps moyen de parole du patient pour exposer son cas avant interruption du médecin. Celui-ci semble compris entre 22 secondes (étude américaine de 1999) et 85 secondes (étude suisse de 2002). Le temps de parole spontanée moyen des patients a également été calculé lors d'une étude récente auprès de 335 patients vus par 14 médecins différents pour un résultat de seulement deux minutes. Les médecins ayant participé à cette étude et ayant été interrogé sur le sujet ont eu le sentiment que les informations données par les patients étaient pertinentes et qu'il avait été productif de ne pas les interrompre. Si le manque de temps est un argument souvent

invoqué par les praticiens (ou futurs praticiens dans notre cas), il apparaît finalement dans l'intérêt tant du patient que du soignant de laisser la parole à la personne venant requérir des soins.

Aussi, cet exercice avait pour but de mettre en avant les capacités de chacun à lire des informations simples se dégageant de l'attitude corporelle d'une personne. Ces informations peuvent être des symptômes. Lors de l'évaluation des vidéos de consultations simulées, nous avons observé plusieurs cas où des médecins n'interrogeaient pas sur des symptômes existants et évidents (comme une toux) si ceux-ci n'étaient pas présentés comme raison de la venue du patient. Elles peuvent également servir à comprendre dans quelle disposition se trouve le patient (lassitude, stress, agacement, fatigue etc.) et adapter son discours en fonction.

Exercice n°3

De la même façon que pour l'exercice précédent, deux chaises sont placées face à face, en position d'entretien et les personnes ne participant pas à l'exercice sont en observation. La première chaise est occupée par un futur médecin et la deuxième par moi-même, interprétant un patient selon un des canevas précédemment utilisés en consultations simulées. La consigne donnée à l'étudiant est cette fois-ci de s'approcher le plus fidèlement possible du rythme et de la puissance de voix du patient.

Cette fois-ci, l'objectif était d'amener l'étudiant à travailler non plus seulement l'écoute mais l'adaptation à une situation particulière. L'idée était de ne plus se focaliser uniquement sur les informations factuelles données lors de l'exposition du cas médical. Travailler à partir du rythme et de la puissance vocale permettait d'amener une réflexion autour de la réception des besoins de l'autre. Cela entrainait notamment en résonance avec le profil du patient à « compréhension limitée » qui forçait le médecin à ralentir le débit de parole. Colette Roumanoff dans son article « Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation » écrit que par ce biais : « *On peut aller jusqu'à se synchroniser avec l'autre personne, imiter son attitude physique, sa respiration, sa manière de parler ou de se déplacer pour mieux sentir ce qu'elle ressent*⁵⁸. » Finalement, cet exercice, en amenant une imitation de l'autre, met en action les neurones-miroirs permettant l'empathie.

De plus, le visionnage des vidéos de consultations simulées ont permis de constater une problématique quant à la réaction des soignants en cas d'annonce de vécu potentiellement difficiles. Un des canevas comportait notamment un antécédent de cancer du sein chez la mère du patient. Un travail de réflexion et d'entraînement à l'écoute active a été entrepris avec une insistance sur les possibilités de silence comme réponse à des paroles particulièrement chargées émotionnellement.

⁵⁸ ROUMANOFF Colette, *op cit.*, p.343.

Les notions d'entrée et de sortie pour les praticiens médicaux

La littérature en sociologie de la médecine est constituée de plusieurs études insistant sur l'importance du respect de différentes étapes à mettre en place par le soignant lors de l'entrevue médicale. On peut particulièrement penser au guide dit de Calgary-Cambridge, publié en 1996, qui propose plusieurs bonnes pratiques globales pour la consultation médicale⁵⁹ et détaille celles-ci pour le début et la fin de l'entretien.

Concernant le début de l'entretien, la méthode préconise trois étapes⁶⁰ :

- 1) en amont, la préparation de l'entrevue par le soignant
- 2) l'établissement du premier contact : il s'agit de l'accueil du patient qui passe également par trois actions :
 - Le médecin salue le patient et obtient son nom
 - Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire
 - Montre du respect et de l'intérêt; estime le confort physique du patient
- 3) l'identification de la ou les raison(s) de la consultation en quatre actions :
 - Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue
 - Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger sa réponse
 - Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes
 - Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques

Au cours de nos remédiations théâtrales avec les étudiants en médecine, nous avons choisi de travailler en priorité le deuxième point, qui constitue la « *phase sociale*⁶¹ », qui semblait posé majoritairement problème au regard des captations vidéos des consultations simulées. Cette phase a notamment comme objectif de créer un environnement favorable au bon déroulement de la suite de la consultation en instaurant une relation de confiance et en permettant « *la transition entre le monde extérieur et le monde médical*⁶² ».

⁵⁹ Cf. annexe n°5 : « Schéma issu du guide Calgary-Cambridge autour des processus de communication pour l'entrevue médicale ».

⁶⁰ « Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication », traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par BOURDY Christian, MILETTE Bernard, RICHARD Claude et LUISSIER Marie-Thérèse, Montréal, mars 2004.

⁶¹ MARTIN S., MICHAELIS CONUS K. et REY-BELLET S. (*dir.*), « Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo », *Revue Med Suisse*, 2008, p.418.

⁶² *Ibid*, p.419.

Cependant, un travail d'enregistrements de consultations de médecine générale effectué par des chercheurs appartenant à la PMU -Policlinique médicale universitaire- de Lausanne met en lumière le fait que le médecin peut se sentir mal à l'aise à l'idée de questionner le patient sur des éléments non médicaux. En effet, « *s'il est de son devoir d'investiguer une problématique somatique, il peut craindre de se montrer trop intrusif en abordant d'autres sujets plus personnels*⁶³ ». L'objectif est alors de concilier l'importance de débiter l'entretien par cette phase sociale, en s'intéressant au patient en tant que personne, mais dans un même temps montrer au patient que le médecin a conscience que celui-ci est là pour une raison particulière dont il faut s'occuper avec plus ou moins d'urgence. Ce dernier aspect est tout aussi essentiel. Nous avons pu constater lors du visionnage des vidéos des simulations de consultations que certains étudiants passaient un temps trop important à bavarder, ou se laissaient submerger par le bavardage du patient, pouvant ainsi créer un déséquilibre pour l'entretien, une perte de repère des rôles de chacun et/ou une impression de minimisation, voire de désintérêt pour le problème médical du patient.

Un premier exercice a été proposé en guise d'introduction :

Exercice n°1

L'exercice reprend le même début que pour les consultations simulées. Un espace est défini comme celui de la salle d'attente et un autre comme celui de l'entretien. Le médecin a pour consigne d'aller chercher son patient pour démarrer l'entrevue. Les autres étudiants sont en observation. L'exercice est stoppé assez rapidement pour permettre une discussion de groupe.

Ici, le fait de lancer l'action plutôt que de simplement décrire oralement sa démarche permet aux participants de se retrouver au plus proche de leurs gestes et paroles habituels. Les spectateurs sont invités à se placer dans une posture active et interventionniste, utilisant les techniques du théâtre-action selon Augusto Boal. Lorsque l'un des étudiants exprimait un désaccord ou des pratiques divergentes, il devait alors aller prendre la place du médecin sur scène afin de montrer aux autres, concrètement, ce qu'il aurait fait dans ce cas.

Différents moments clefs étaient particulièrement observés permettant un apprentissage quant à la façon de se présenter ou d'interroger le patient sur le pourquoi de sa venue. Certaines phrases problématiques entendues dans les vidéos des simulations ont été discutées collectivement telles que « alors comment ça va ? » en introduction d'entretien. La question de l'entrée en chambre à l'hôpital a aussi été un sujet de la remédiation avec les problématiques des portes ouvertes ou fermées, de l'intimité du malade, de la présence de visites etc.

⁶³ MARTIN S., MICHAELIS CONUS K. et REY-BELLET S. (*dir.*), *op cit*, p.419.

Néanmoins, si nous avons voulu montrer l'importance de l'entrée en relation pour le praticien soignant, il était nécessaire de ne pas créer de fatalisme autour de cet enjeu. Si dans la dramaturgie classique, la circulation des personnages obéit à une règle à la fois stricte et tacite, un personnage ne peut entrer en scène deux fois au cours du même acte⁶⁴, le quotidien en milieu de soin offre plus de liberté :

« Pour un aidant, si son entrée en scène est ratée, ce n'est pas grave. Si un comédien rate son entrée en scène, il doit se débrouiller pour que le spectacle continue, tandis que dans la relation d'aide, si ça se passe mal, on peut sortir de scène autant de fois que nécessaire, sortir de la pièce, attendre, respirer et revenir un peu différemment en essayant une autre idée, une autre attitude⁶⁵. »

Ou encore :

« Si l'on considère que la relation est un théâtre – et au théâtre on joue –, c'est déjà une manière de dédramatiser la situation, de la relativiser, car on peut la modifier. On peut revoir la mise en scène de la visite, on peut retravailler son entrée en scène, ses répliques, son personnage⁶⁶. »

De même que pour le début d'entretien, la clôture, ou la sortie, obéit selon le guide de Calgary-Cambridge à certaines règles⁶⁷. Le médecin doit donc :

1) Planifier les prochaines étapes : il/elle

- Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes à venir
- Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats attendus mais également inattendus possibles et les façons possibles pour demander de l'aide.

2) Préparer la fin de l'entretien : il/elle

- Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins
- Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter

De façon plus générale, un travail et une réflexion ont pris pour sujet les habitudes de chacun liées à la relation soignant-patient. Si aucune pratique normée n'a été mise en avant comme étant celle à suivre, cela a permis de penser certains mots ou gestes (poignées de main, tutoiement ou vouvoiement etc.) qui n'avaient pas été choisis consciemment. Autour des phrases du quotidien, Pauline Bouchet et moi avons animé l'exercice suivant :

⁶⁴ DOUGUET Marc, «Entrée en scène, entrée en acte», *Agôn* n°5, ENS Lyon, [consultable en ligne : <http://agon.ens-lyon.fr/index.php?id=2346>], 2012.

⁶⁵ ROUMANOFF Colette, *op cit.*, p.343.

⁶⁶ *Ibid*, p.342.

⁶⁷ « Guide Calgary-Cambridge de l'entretien médicale – les processus de communication », *op cit.*

Exercice n°2

Les étudiants et les médiateurs forment un cercle. Chacun à leur tour, ils vont partager une phrase qu'ils ont l'habitude de dire au quotidien dans l'exercice de leur profession. Après cela, chaque membre du cercle doit répéter la phrase exacte, mais en la modifiant dans l'intention, avec une intonation, un accent, une posture etc. le but étant de faire les propositions les plus farfelues possibles et de créer des associations surprenantes.

Grâce à cet exercice, nous avons pu observer à quel point les futurs soignants avaient déjà intégré certaines habitudes et façon de faire, sans que cela leur corresponde complètement. Il s'agissait d'abord de pointer du doigt ce qui pouvait se dégager de leur façon de s'exprimer (malaise, timidité pour se présenter comme étudiant, posture et/ou ton infantilisant dans les services gériatriques etc.) puis de les exagérer et de les transformer pour les déconstruire. Si cela a posé des difficultés aux étudiants sur les premières tentatives –difficultés à bouger, à faire rire, à se rendre ridicule, les groupes des deux sessions de remédiation ont finalement pu se lâcher et imaginer autrement les paroles du quotidien. Comme l'exprime Colette Roumanoff à propos de ces ateliers pour aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, « *les participants sont amenés à développer leur créativité, à ne plus considérer que tout est figé une fois pour toutes*⁶⁸. »

⁶⁸ ROUMANOFF Colette, *op cit.*, p.343

C. Le vécu et la parole des patients comme matériel artistique et pédagogique

L'idée d'un travail artistique autour de la parole des patients comme moyen de transmission vers les soignants est intimement liée à mon expérience de stage et plus précisément à mon travail avec le centre de coordination en cancérologie du CHU de Grenoble. Je commencerais donc par décrire l'ensemble de notre projet avant de développer la question de l'utilisation du vécu des patients et de l'outil de la représentation théâtrale.

Présentation de l'étude avec le service en cancérologie

La recherche menée s'intitule « Récit, écriture et théâtre : outils d'expression et d'évolutions des représentations du cancer et supports au processus de résilience ». Pour rappel, elle réunit des acteurs à la fois du milieu du soin (une psychologue et une médecin-coordinatrice), de la sociologie (une sociologue chercheuse au laboratoire Pacte) et de l'art dramatique (Pauline Bouchet et moi-même). Elle est née de l'observation en pratique clinique par les psychologues du service de cancérologie du CHU Grenoble-Alpes des difficultés pour les personnes traitées ou ayant été traitées d'un cancer de gérer les potentiels traumatismes générés par les représentations existantes autour de la maladie et des malades du cancer. Le but de cette étude était de penser la possibilité de voies de résilience, la résilience pouvant se définir comme « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères*⁶⁹ ». En effet, au fil des entretiens cliniques réalisés auprès de patients adultes en oncologie, les psychologues constatent combien l'ensemble des représentations (de l'entourage social, des proches, du personnel soignant ou de la société au sens large) sur la maladie cancéreuse et sur les malades du cancer impactent ces derniers. Ces représentations génèrent de la souffrance, un enfermement, un stress. Plus précisément, l'écart entre ces-dites représentations et le vécu du patient peut malmener la dynamique psychique en participant à la cristallisation d'angoisses, à l'ancrage dans des postures « acceptables » socialement -c'est-à-dire correspondant à ce qu'on attend d'un malade du cancer-, et peut contribuer à figer certains mécanismes de défense en empêchant une adaptation à la situation plus optimale⁷⁰. Partant de ce constat, la question de la résilience a été réfléchi non pas en lien avec la maladie en elle-même, mais avec les représentations de celle-ci et de leurs potentialités traumatogènes.

En partant de ce constat, Alexandra Dougnon-Denis, psychologue clinicienne en cancérologie, a choisi de contacter Pauline Bouchet du fait de son travail déjà existant dans le milieu

⁶⁹ MANCIAUX Michel, « La résilience. Un regard qui fait vivre », *Études*, vol.395, n°10, 2001, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.html>] p.321.

⁷⁰ Propos issus du dossier de présentation de projet rédigé par Alexandra Dougnon-Denis, Pascale Guillem et moi-même pour la DRCI - Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Grenoble.

du soin. L'idée était de proposer des ateliers d'écriture puis d'organiser la création d'une forme théâtrale autour de cette question des représentations. En effet, le postulat de départ était celui de la capacité des ateliers artistiques à constituer un dispositif pertinent pour distordre les représentations par le prisme de l'humour et à sublimer les pulsions négatives des personnes en souffrance sur ces thématiques. L'élaboration d'une création théâtrale par la suite porte une visée éducative puisqu'elle a pour but de faire retour des vécus des patients d'abord aux soignants, mais également à toutes les personnes que les participants auront choisi d'inviter (entourage familial, amical, professionnel etc.).

Par la suite, une quatrième étape a été envisagée pour le projet, celle de la formation des professionnels à la relation avec des personnes ayant actuellement ou ayant été traité pour un cancer. Cela se ferait sur la base d'une captation vidéo d'une des représentations de la création théâtrale et prendrait la forme d'une journée de formation utilisant les outils du théâtre, comme cela a été analysé pour les remédiations théâtrales. Cette formation serait proposée en premier lieu aux professionnels de santé mais également d'autres domaines. En effet, les entretiens avec les patients (étape en cours) montrent de grandes difficultés pour les patients à faire entendre leur vécu et leurs besoins à leur entourage professionnel. Ce dernier aspect pourrait se faire en lien avec la médecine du travail.

Au sein du groupe de recherche mon rôle est multiple. D'abord, entre les mois de mars et de juin, j'ai assisté aux différentes réunions et ai participé à la conception des différentes actions. Au cours de l'été 2019, de par ma présence quotidienne au centre de coordination en cancérologie et mon statut d'étudiante en création artistique à l'UGA, je suis également la personne relais entre les différents acteurs. J'ai fait partie avec la médecin coordinatrice et la psychologue du comité de rédaction des documents relatifs à notre recherche : le guide d'entretien, le questionnaire aux spectateurs de la pièce de théâtre ainsi que les différents protocoles à présenter à la DRCI (délégation à la recherche clinique et à l'innovation) du CHU. Aussi, j'ai été chargée de la communication de la première étape par la création d'une affiche d'information à destination des patients et le flying de cette dite affiche dans les différents services de l'hôpital concernés par la cancérologie. Il a pour cela fallu rencontrer les différents chefs de service et présenter la démarche afin d'obtenir les autorisations nécessaires. Nous avons choisi de procéder par un affichage simple dans les lieux du CHU dans le but d'entraîner une démarche la plus volontaire possible de la part de la personne qui souhaiterait témoigner. Aussi, il était important pour nous de ne pas recourir à l'aide du personnel soignant pour le recrutement de patients, cela dans le but de créer un accès à l'information le plus équitable possible et de montrer aux patients l'indépendance vis à vis du CHU de la personne menant les entretiens.

Actuellement (depuis début juillet et jusqu'à fin septembre), je suis principalement en charge de mener les entretiens et de faire les retranscriptions de ces derniers. Je suis donc la personne que les patients intéressés contactent pour fixer une date de rencontre. Les entretiens durent en moyenne entre 45 minutes et 1h30, en fonction de l'envie et des besoins de la personne volontaire. Ils commencent par une présentation de ma part et une re-contextualisation du projet. Je prends ensuite le temps de décrire l'ensemble des droits à la personne concernant cette première étape dans le but de la mettre le plus à l'aise possible : entretiens anonymes, possibilité de stopper l'entretien dès que voulu, de faire des pauses, de ne pas aborder certains sujets, de revenir sur des déclarations à posteriori. Je propose enfin à la personne de se présenter selon ses envies. Généralement, cela amène à un récit du parcours de soin de la personne.

Notre guide d'entretien suit les thématiques suivantes :

- représentations de la personne autour de la maladie du cancer et des traitements liés avant annonce de diagnostic et évolutions au fil du parcours de soin.
- entourage familial – représentations autour du vécu de la personne concernée, réaction à l'annonce de diagnostic, impact de la maladie de la personne sur ces relations
- entourage amical et social – mêmes interrogations
- entourage professionnel – mêmes interrogations
- personnel soignant – les mots utilisés pour parler de la maladie, la prise en compte ou non des envies et besoins de la personne, récits des gestes et paroles qui ont fait particulièrement du bien ou du mal.
- représentations sociétales autour de la maladie et des malades du cancer et nécessités ou non de les modifier selon l'écart ressenti par la personne avec son propre vécu

A la fin de l'entretien, je suis chargée de faire passer une échelle de résilience de Connor et Davidson développée en 2003⁷¹. Celle-ci a pour objectif l'évaluation de la résilience chez les personnes atteintes de maladie cancéreuse à travers les notions d'acceptation du changement, de sentiment de contrôle, de spiritualité, de ténacité etc. Nous développerons plus longuement les techniques psychologiques et sociologiques utilisées pour l'écoute et le recueil des récits des patients dans la partie à suivre.

A propos des étapes à venir, une fois la retranscription et l'analyse des entretiens effectuées avec l'aide de la sociologue de l'équipe, je devrais animer les séances d'ateliers d'écriture pour un des deux groupes, l'autre étant pris en charge par Pauline Bouchet. Si cela aboutit, je serai pour finir l'animatrice des formations à destination des soignants pour une meilleure prise en charge des patients avec cancer.

⁷¹ Cf. annexe n°6 : « Échelle de résilience de Connor et Davidson ».

L'écoute, le recueil et l'accompagnement artistique du vécu du patient avec cancer

Comme annoncé précédemment, j'ai été la personne chargée de mener les entretiens sur les représentations du cancer auprès de patients. Pour me préparer à cette mission, j'ai suivi la formation à l'écoute active du CLABH (comité de liaison des associations de bénévoles à l'hôpital) sur trois jours entre les mois de mars et d'avril. Bien que cette formation soit destinée aux bénévoles ou futurs bénévoles exerçant l'écoute au sein d'associations appartenant au comité de liaison, le formateur Denis Landry, psychologue, a accepté ma participation au vu de mon projet.

Les objectifs de la formation étaient les suivants⁷² :

- Savoir être à l'écoute de soi pour être à l'écoute de l'autre : interroger ses propres réactions par rapport à des enfants malades et à leurs parents, aux personnes âgées et leurs familles etc.
- Reconnaître et respecter ses limites personnelles et les limites de son engagement en tant que bénévole, dans le respect de la confidentialité et du travail des professionnels.
- Être capable d'identifier les différentes attitudes dans l'écoute et celles que j'ai tendance à privilégier. Voir ce qui peut faire obstacle ou, au contraire, favoriser une écoute de qualité.
- Se familiariser avec certaines techniques d'écoute active (questions ouvertes, reformulation, reflet du sentiment...)
- Trouver la juste proximité dans son implication personnelle : savoir accueillir la souffrance de l'autre sans se laisser « envahir » au niveau émotionnel, être attentif aux projections et identifications que l'on peut faire.
- Situer son action dans une dimension de lien social.

La forme de l'apprentissage de l'écoute active était à la fois théorique et pratique avec de nombreux moments de réflexion autour de lectures de textes sur le thème mais également des mises en situation collectives et une simulation de situation d'écoute en binôme. Pour une plus grande visibilité du contenu de cette formation, le programme est consultable en annexe de cette étude⁷³. Les outils acquis lors de cette formation ont été essentiels pour mon rôle de meneuse d'entretiens avec les patients, ces derniers pouvant amener des récits douloureux et des émotions vives chez les participants. Il est alors nécessaire de trouver l'équilibre entre une écoute la plus bienveillante possible, la poursuite d'informations sur des thématiques sociologiques précises et une protection de soi en tant que réceptrice de vécus douloureux.

⁷² Liste d'objectifs issus du document de présentation du module de formation envoyé par le CLABH en amont des trois jours.

⁷³ Cf. annexe n°7 : « Programme de la formation à l'écoute par le CLABH ».

Nous avons déjà précisé le fait que les entretiens ne s'intéressaient pas directement à la question du cancer mais aux représentations qui existent autour de cette maladie et des personnes qui en sont atteints. Faisons donc un point rapide sur l'intérêt de l'étude des représentations de la maladie en sociologie de la médecine et dans les constructions de projets thérapeutiques. L'universitaire Denise Jodelet et le psychologue Serge Moscovici écrivent dans leur ouvrage *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie* :

« Les représentations peuvent être définies comme cette somme de connaissance qui se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modes de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale. Aussi est-elle une connaissance socialement élaborée et partagée⁷⁴. »

Le modèle réflexif des représentations de la maladie est promu par la psychologie de la santé depuis les années 1980. Une grande série de travaux émergent à ce moment-là sur le sujet notamment sous l'influence du centre de recherche universitaire mondialement reconnu, le King's College en Grande-Bretagne. Il ressort globalement que « la maladie telle qu'elle est traitée par le corps médical ne se confond pas nécessairement avec la maladie vécue par le patient⁷⁵ ».

A la question de la prise en compte des représentations du patient par le soignant, Elodie Girard, psychiatre répond que l'accès aux représentations que se fait le patient sur sa maladie pourrait permettre au clinicien de mieux comprendre ce dont souffre le patient. Au contraire, l'incompréhension du praticien face à certaines réactions constitue un blocage à l'empathie, nuisant à la relation thérapeutique. En résumé, s'il est essentiel de capter les représentations du patient pour le soignant, c'est parce que celles-ci « vont moduler significativement l'adhérence au traitement, la modalité d'expression de la plainte et le type de demande d'aide⁷⁶ ».

S'il est encore tôt pour produire une analyse thématique des entretiens et amener des résultats, certaines problématiques apparaissent d'ores et déjà récurrentes telles que le bouleversement des relations avec les proches, le difficile rapport au corps ou encore la violence de l'annonce de diagnostic.

⁷⁴ JODELET Denise et MOSCOVICI Serge, *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, in. CEDRASCHI C., ALLAZ AF. et PIGUET V., « Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute », *Douleur et Analgésie*, vol. 11, 1998, [consultable en ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03013290>], p. 91.

⁷⁵ GIRARD Élodie, « Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? », *Revue Med Suisse*, n°105, *Médecine et Hygiène*, vol.12, 2016, p.303.

⁷⁶ *Ibidem*.

Le projet de recherche porté par le centre de coordination en cancérologie prévoit ensuite des ateliers d'écriture pour les patients traités ou ayant été traités pour un cancer. Pour rappel, ces patients seront les mêmes que ceux ayant participé à la première étape de l'étude, les entretiens, et les ateliers d'écriture reprendront les résultats de l'analyse qualitative thématique effectuée avec Catherine Gucher, sociologue au laboratoire Pacte.

Lorsque l'on s'intéresse aux ateliers artistiques proposés aux patients en milieu hospitalier, on constate une présence importante du choix de l'écriture comme média créatif. Concernant le recours à l'écriture pour les publics en souffrance, la docteur en psychopathologie Chidiac Nayla admet que « *l'inscription scripturale de l'expérience traumatique dans le champ littéraire peut participer au processus de restauration*⁷⁷ ». Cela est à mettre en lien avec notre projet, les entretiens laissant voir l'existence de traumatismes chez une majorité des personnes rencontrées.

Il est aussi intéressant de noter que les ateliers d'écriture participent à un passage d'une démarche individuelle à une intégration à un collectif. L'article « Présentation d'un atelier littéraire et musical en unité de soin pour adolescents » écrit à ce propos que le groupe serait un groupe positif pour la création et pour la délivrance de récits douloureux du fait d'une structure « *permettant d'aménager une aire de pensée au sein d'une enveloppe para-excitante, avec des interactions entre contenant et contenu*⁷⁸ » et par la rencontre de pairs en inter-relation et également en interdépendance autour d'un projet commun. Des séances régulières, tel que nous les avons pensées, permettent aussi des processus d'échange facilités et l'émergence d'une identité de groupe.

Sur la question de la forme que prendront ces ateliers, de nombreuses choses restent encore à définir. Notons que si classiquement, les écrits se distinguent en écrits neutres (caractérisés par le récit de faits précis et objectif), expressifs (caractérisés par la présence d'opinions, d'émotions et de sentiments exprimant le vécu de l'auteur) ou littéraires (reconnaissables par l'emploi de divers genres pour raconter une histoire fictive), notre démarche semble plutôt se situer dans la deuxième catégorie. Différentes stratégies d'écriture pourront être mises à disposition en fonction de la demande, de l'intention créatrice, des appréhensions exprimées ou identifiées ou de la dynamique de groupe comme le tissage, la mosaïque, la composition à quatre mains, le travail de copiste, le récit de vie, le récit narratif, le récit littéraire interactif etc.

⁷⁷ CHIDIA Nayla, « Écrire le silence : atelier d'écriture thérapeutique », *Cliniques* 2013, p.106.

⁷⁸ BACHMANN Brigitte, GUILLON Marie-Sa, RABIA Hassen *et al.*, « Présentation d'un atelier littéraire et musical en unité de soin pour adolescents », *L'information psychiatrique*, 2014/2 vol.90, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-2-page-115.html>] p.116.

La représentation théâtrale porte-parole de la voix des patients vers les soignants

Pour finir, je souhaiterais approfondir la troisième étape, celle de la création et de la représentation théâtrale. Ici, la représentation est utilisée comme un outil pédagogique, un tiers permettant une autre communication des patients par les soignants. Si la représentation de théâtre sert déjà à l'apprentissage et à la médiation dans de nombreux domaines, ce n'est que récemment que l'on s'en empare concernant le milieu hospitalier. Essayons donc de faire un tour d'horizons de ces pratiques et situer notre cas parmi celles-ci.

En étudiant la littérature sur ce sujet, nous pouvons nous rendre compte que la démarche de notre action est intéressante à penser en parallèle de celle du « Théâtre du Vécu », né en 2002 de la rencontre d'un médecin, Jean-Philippe Assal et d'un metteur en scène de théâtre, Marcos Malavia. C'est ici le médecin qui est venu demander l'aide des outils théâtraux car, selon ses dires : « *En tant que médecin, nous ne savons pas lire le langage des patients. Mais vous, les artistes qui travaillez avec le vécu des gens, vous pourriez nous aider*⁷⁹ ». Le processus créatif mis en place se donne pour but de donner forme et corps aux expériences passées difficiles de patients qui ont pu être refoulées. La première étape est celle de l'écriture d'un texte, relatant des vécus personnels de participants. Ensuite, ces mêmes personnes vont mettre en scène, aidées par un metteur en scène professionnel pour la représentation de leurs souffrances qui n'avaient pas pu jusque-là être exposées⁸⁰.

Les ateliers du Théâtre du Vécu suivent un déroulement qui a été conçu dans ses grandes lignes dès l'origine. Chaque session dure trois jours et réunit un groupe de participants, une équipe de théâtre composée d'un metteur en scène, de deux comédiens ainsi que d'un technicien son et lumière, une personne de référence qui veille au bon déroulement de l'atelier et un organisateur qui coordonne l'ensemble.

- Le premier jour est dédié à l'écriture. Après un tour de table où chacun se présente, l'atelier commence par des exercices ludiques qui favorisent la dynamique de groupe, instaurent une relation de confiance et stimulent l'imaginaire et la mémoire des participants. Le metteur en scène demande ensuite à chaque participant d'écrire un texte dans lequel il relate un événement marquant de sa vie. Même si celui-ci ne donne pas de consigne en ce sens, le choix de l'expérience vécue correspond dans la grande majorité des cas à un récit de vie

⁷⁹ MALAVIA Marcos, « Du théâtre par et pour les patients, au cœur de l'hôpital : l'expérience du « Théâtre du vécu » en diabétologie », Institut E3M, [consultable en ligne : <http://institut-e3m.aphp.fr/du-theatre-par-pour-les-patients-au-coeur-de-lhopital-lexperience-du-theatre-du-vecu-en-diabetologie/>], 2015.

⁸⁰ FRFEM | Fondation recherche et formation pour l'enseignement du malade, « Le théâtre du vécu » [disponible en ligne : https://education-patient.net/medias/frfem_theatre-du-vecu.pdf].

douloureux. L'écriture semble alors offrir une possibilité d'extériorisation. Le soir, ces textes sont retranscrits et imprimés pour être mis à la disposition de l'équipe théâtrale le lendemain matin.

- Le deuxième jour est dédié à la mise en scène. Les deux comédiens professionnels montent sur la scène et lisent ces textes d'une manière neutre, sans intention expressive devant leurs auteurs et le reste du groupe. Cette lecture marque un début de distanciation et amorce le processus de mise en scène. Tour à tour, chaque participant, aidé par le metteur en scène, procède à la mise en scène de son texte et à la direction des acteurs qui vont jouer pour lui.
- Le troisième jour est dédié à la représentation de l'ensemble des créations. Cette représentation se fait devant l'ensemble des participants.

Au sein d'un des ateliers dédiés aux patients du diabète en tant que maladie chronique, une des participantes explique :

«Ce qui m'a touché le plus est de faire l'atelier du Théâtre du Vécu en groupe et d'entendre chaque être humain présent se raconter et voir que le vécu de mon histoire n'est au final pas si différent de celui des autres, en tout cas pour ce qui est de la souffrance⁸¹».

En premier lieu, le recours à l'objet de la représentation théâtrale par le Théâtre du Vécu avait une vocation pédagogique et thérapeutique pour les patients puisqu'une hausse de la qualité de l'adhésion aux traitements par les patients ainsi qu'une amélioration des résultats bio-médicaux étaient visibles lors de l'évacuation des représentations nocives liées à leur maladie par les patients⁸². Jean-Philippe Assal écrit d'ailleurs :

« Le vécu... Tu comprends, c'est quelque chose qui nous échappe. Le vécu des malades. Nous sommes incapables de les accompagner ou de les aider à prendre de la distance. Je suis certain que si nous arrivions à aider nos patients à prendre de la distance avec ce vécu qui a un rapport avec leur maladie chronique, comme dans le cas du diabète, ils amélioreraient non seulement leur capacité d'acceptation de cette maladie, mais, plus encore, ils gèreraient mieux leur traitement. Et vous, les gens de théâtre, je suis certain que vous pouvez nous aider⁸³. »

Si notre action de recherche avec le centre de coordination en cancérologie s'inscrit partiellement dans cette idée, par la recherche de voies de résilience pour les patients, des

⁸¹ FRFEM | Fondation recherche et formation pour l'enseignement du malade, *op cit*.

⁸² MALAVIA Marcos, « Du théâtre par et pour les patients, au cœur de l'hôpital : l'expérience du « Théâtre du vécu » en diabétologie », *op cit*.

⁸³ MALAVIA Marcos, « Chronique du théâtre du vécu », in. *Education thérapeutique*, Elsevier Masson, 2013, [consultable en ligne : <https://www.decitre.fr/media/pdf/feuilleter/9/7/8/2/2/9/4/7/9782294726989.pdf>], p.2.

différences majeure ressortent tout de même. D'abord, nous avons fait le choix de mener des ateliers d'écriture avec les patients mais de créer un lâcher-prise de leurs textes, et par là de leurs récits, en les confiant intégralement à des artistes professionnels pour ce qui concerne la représentation théâtrale. Les patients ne participent donc pas au processus de création scénique. Surtout, notre recherche porte, en plus de l'objectif de nouvelles voies de résilience pour les patients, celui d'une prise de conscience par la représentation théâtrale des vécus des patients de la maladie du cancer. Au contraire du Théâtre du Vécu qui limite les spectateurs aux participants des trois jours de création, nous souhaitons offrir une réception des récits que nous aurons retravaillés à un public le plus important possible, avec un focus tout particulier sur le personnel soignant.

Plus proche de nous alors, faisons alors référence à la pièce de 2016 « Mais oU est donc HippoCrate ? », aboutissement d'un travail d'un an et demi entre l'Académie de l'Union (École Supérieure Professionnelle de Théâtre du Limousin) et le CHU de Limoges, dans le cadre du dispositif « Culture et santé », déjà présenté en introduction. Elle propose une vision artistique inspirée de situations réelles, sur le thème des relations soignants-soignés prenant comme base des lettres de patients, des paroles de patients, de proches et de professionnels ou les observations faites par eux artistes pendant un an au sein du CHU⁸⁴.

⁸⁴ (Sn), « Mais oU est donc HippoCrate ?, le théâtre pour parler des relations soignants-soignés », [consultable en ligne : https://www.hospitalia.fr/Mais-oU-est-donc-HippoCrate--le-theatre-pour-parler-des-relations-soignants-soignes_a864.html], *Hospitalia*, 2016.

POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE DU PERSONNEL DE SANTÉ

→ *Comment comprendre la souffrance professionnelle dans le milieu médical aujourd'hui ?*

Le terme anglo-saxon « burn-out » émerge dans les années 1970-1980 et désigne en premier lieu, dans l'industrie aéronautique, « *la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de machine* ⁸⁵». Il est par la suite très vite repris pour mentionner une forme d'épuisement professionnel. Bien que des très nombreuses études se soient intéressées au sujet, la définition du burn-out pose toujours soucis et renvoient à des explications multiples. Pathologie psychiatrique, phénomène existentiel ou encore expression d'une crise d'identité d'un groupe professionnel ? Le terme de « burn-out » étant de plus en plus utilisé et médiatisé, le docteur en éthique médicale et pédopsychiatre Pierre Canouï met en garde contre le risque de perte du sens et de perte de valeur scientifique de ce phénomène. Un consensus est d'autant plus difficile à trouver que les symptômes somatiques et comportementaux sont variés et non spécifiques.

« [On trouve des cas présentant] des troubles du sommeil, des troubles gastro-intestinaux, dermatologiques, sexuels, des épisodes répétés d'infections ORL etc. Il peut s'agir aussi d'une fatigue, de troubles du caractère comme une irritabilité, une sensibilité à la frustration, une labilité émotionnelle inhabituelle indiquant une surcharge émotionnelle pouvant conduire l'individu à des conduites à risques pour lui-même ou autrui. Des attitudes défensives ont été décrites comme une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme masquant une inefficacité au travail ⁸⁶»

On en conclut donc facilement une impossibilité de définir le burn-out par ses conséquences symptomatiques.

Rapidement, un terme spécifique est utilisé pour qualifier le burn-out des personnes appartenant au domaine de la santé. On parle de « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » (SEPS). Cette situation est perçue depuis quelques années comme un problème de santé publique du fait d'un taux de dépression et de suicide beaucoup plus élevé que dans le reste de la population. Un accroissement de plus en plus rapide de la fatigue au travail pour soignants est constaté.

⁸⁵ CANOUI Pierre, « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *Médecine & Hygiène* | «InfoKara», 2003, Vol. 18, p.101.

⁸⁶ *Ibid*, p.102.

Deux psychologues américaines, Cristina Maslach et Susan Jackson, promouvant une approche quantitative du phénomène, créent en 1981 un outil d'évaluation, le **Maslach Burnout Inventory** (MBI), définissant trois caractéristiques du syndrome.

- L'épuisement émotionnel qui traduit la difficulté à faire face à une émotion ou un effort supplémentaire. Cet item est corrélé avec les échelles de stress.
- La perte du sens d'accomplissement de soi au travail, marqué par une démotivation, un doute quant à ses compétences, une sorte de dépression centrée sur la profession.
- La déshumanisation de la relation à l'autre, voire la « réification de la personne » (spécifique aux professions d'aide et de soin) qui traduit une forme de sécheresse relationnelle ou de cynisme qui correspond à un mode de défense psychologique afin de se protéger.

En s'appuyant sur cet outil d'évaluation, plusieurs études nord-américaines et européennes démontrent que 48 à 52% des médecins se trouvent au premier stade d'épuisement émotionnel, 16% au troisième stade de déshumanisation dans la relation à leurs patients. Le stade le moins répandu serait celui du sentiment d'échec professionnel⁸⁷.

Quelles causes à cet épuisement professionnel chez les personnes du milieu de la santé et comment comprendre son accélération ? L'ouvrage *Quelle médecine voulons nous ?*⁸⁸ avance la double explication d'une part d'une remise en cause d'une position sociale c'est-à-dire d'un affaiblissement générale de la position de la profession ressenti par les soignants et d'autre part de phénomènes de durcissement de la hiérarchie entre les disciplines et les professions. Bien sûr, nous ne pouvons penser la question de l'épuisement professionnel au sein des métiers de soin sans penser aux nombreuses revendications économiques et en termes de conditions de travail qui sont aujourd'hui connues et médiatisées pour ce secteur.

Cela dit, la docteur en anthropologie sociale et en ethnologie Anne Véga précise qu'au-delà des raisons politiques, au sens large, que l'on peut donner au burn-out, l'activité de soin portait intrinsèquement des facteurs de mal-être émotionnels. « *Le malaise infirmier semble lié à des conditions de travail toujours difficiles, à enchevêtrement d'imageries professionnelles parfois contradictoires, mais aussi à la complexité quasi ontologique du métier de soignant à l'hôpital*⁸⁹. »

Certains points seront développés par la suite mais disons d'emblée que l'absence de « juste distance » est présentée dans de nombreux articles sur le sujet comme un des facteurs premiers du burn-out avec la mise en place par le soignant de stratégies d'évitement comme « *le déni, la*

⁸⁷ DELBROUCK Michel, « Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant », *Imaginaire & Inconscient*, vol. 25, n°1, 2010, p.158.

⁸⁸ BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne (dir.), *op cit.* p.10.

⁸⁹ VEGA Anne, *Une ethnologie à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2004, p.19.

*désensibilisation, la projection, le refoulement, l'identification projective*⁹⁰ ». Plus spécifiquement, le soignant doit faire face à des répétitions de situations traumatiques présentes chez ses patients entraînant des phénomènes de transferts. Cette réalité est exacerbée par la position d'isolement du soignant, causée par le secret médical et par un imaginaire social autour de la toute-puissance du médecin, comme cela a déjà été évoqué.

Quelles solutions apparaissent alors possibles ? Pierre Canouï encourage trois perspectives qui sont la recherche non seulement des solutions curatives mais aussi d'idées préventives, la considération pour le traitement du « burn out » à la fois de l'individu mais aussi du groupe social (l'équipe soignante, le service, la structure hospitalière dans son ensemble) et enfin l'admission que les réponses au « burn out » rejoignent, recouvrent et dépassent la problématique de réponse au stress professionnel en général.⁹¹

Pour cela, on peut à nouveau penser un triptyque d'approches :

- L'approche organisationnelle qui porte la volonté de réduire les facteurs de stress quotidiens pour les soignants en reformant des aspects organisationnels et institutionnels. Cela nécessite une réflexion autour des moyens (matériel, ergonomiques, économiques mais aussi humains, psychologiques, en terme de formation etc.), des objectifs, du fonctionnement de l'équipe et la hiérarchie etc.
- L'approche individuelle avec une recherche de solutions particulières autour de l'analyse des difficultés de la relation d'aide, d'un travail sur la notion de « juste distance ». Il s'agit d'un approfondissement de la dimension éthique.
- L'approche collective et pluridisciplinaire avec une recherche globale de sens et d'éthique dans l'action de soin

De la même façon, le médecin et formateur Michel Delbrouck écrit : « *Soigner le burn-out impliquerait d'agir sur l'individu, d'agir sur les systèmes et d'agir sur l'idéal professionnel.*⁹² »

Au sein de cette recherche comme pour nos projets professionnels de stage, nous avons tenté de varier les approches pour une réflexion la plus globale possible sur les besoins et les souffrances spécifiques aux soignants.

⁹⁰ DELBROUCK Michel, *op cit.*, p.160.

⁹¹ CANOUI Pierre, *op cit.*, p.103.

⁹² DELBROUCK Michel, *Ibidem.*

A. En amont, la nécessité de former les futurs soignants aux situations professionnelles difficiles ou à risque

Nous avons vu précédemment l'intérêt d'amener les soignants à repenser les moments à priori simple de leur pratique quotidienne, tels que la présentation et la fin de consultation, qui peuvent avoir un impact important sur l'instauration d'une relation de confiance avec le patient.

Si la pratique quotidienne du soin amène déjà son lot de difficultés relationnelles et émotionnelles, il paraît alors évident qu'une attention toute particulière devrait être portée sur les situations considérées comme difficiles par les praticiens eux-mêmes. En effet, ces dernières engendrent un stress supplémentaire pour le professionnel qui nuit à la fois au bien-être du patient (par des réactions inadaptées voire violentes dues à la précipitation ou au choc) et à son propre bien-être. Colette Roumanoff écrit alors : « *l'aidant qui aura appris à gérer son stress pourra utiliser au mieux ses ressources dans les situations les plus délicates*⁹³ ».

Les patients « heartsink » – quelle attitude adopter ?

Nous avons d'ores et déjà abordé, lors de nos simulations de consultations, la question de la gestion de patients difficiles à l'aide d'établissement et d'incarnation de profils psychologiques. Ces profils ont été créés à partir de l'expérience de praticien de Philippe Chaffanjon lors de ses consultations. Ils représentent tous une difficulté particulière de communication, que ce soit par un problème de compréhension, une position de refus constant, un enfermement du patient etc.

Dans la littérature anglophone en sociologie de la santé, les premiers travaux sur la question sont menés par le psychiatre anglais James Groves en 1951 et parlent de « patients détestables » (« hateful patients »). Il est le premier à admettre que certains patients suscitent « *l'aversion, la crainte, le désespoir voire même carrément de la malice*⁹⁴ » chez leur médecin. Il suggère que, plutôt que de nier ces sentiments négatifs, il serait constructif de s'en servir comme de données cliniques importantes afin d'améliorer leur prise en charge⁹⁵.

En 1988, ces patients difficiles sont réunis par le médecin généraliste TC. O'Dowd sous la dénomination « heartsink », ce qui signifie littéralement « qui fait couler (ou saigner) le cœur ». Si cette expression appuie le fait que « *ces patients ne sont pas une catégorie à part qui relèverait du*

⁹³ ROUMANOFF Colette, « Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation », *op cit.* p.340.

⁹⁴ GROVES James, *Taking care of the hateful patient*, in. BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, dirigée par le docteur Marie-Anne PUEL, Université Paris Diderot, 2014, [consultable en ligne : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf], p.10.

⁹⁵ BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, *op cit.* p.10.

pathologique, mais sont la production d'une consultation difficile résultant d'une interaction non maîtrisée entre trois pôles : le médecin, le système de santé et le patient lui-même.⁹⁶ », il n'en reste pas moins qu'ils présentent une véritable difficulté communicationnelle et émotionnelle pour les soignants.

En effet, ils sont la cause d'anxiété et de stress durant la consultation et en amont de celle-ci lorsque le patient est déjà connu du praticien. Chloé Bouchacourt ressort de ses entretiens auprès de médecins généralistes⁹⁷ que la simple vision du patient dans la salle d'attente ou de son nom sur la liste de rendez-vous suffit déjà à provoquer une mise en situation spécifique chez le professionnel qui sait que cette consultation lui prendra plus de temps et d'énergie que les autres et redoute les répercussions engendrées pour la suite de sa journée⁹⁸. T.C. O'Dowd exprime plus fortement encore que ce type de patients déclenchent chez le médecin « *un mélange d'exaspération, de défaite et parfois d'antipathie pure qui vous donne un serrement au cœur chaque fois qu'ils consultent*⁹⁹ ».

Le pourcentage de patients concernés va selon les études de 1 à 15% des personnes prises en charge (ressenti par le soignant généraliste)¹⁰⁰, ce qui montre à nouveau qu'il ne s'agit pas de cas exceptionnels mais de situations fréquentes dans tous les cabinets. Mais à quel type de comportements fait référence les termes de « hateful patients » puis de « heartsink » ? Plusieurs catégories ont été réfléchies, nous présenterons les trois les plus couramment reprises.

La catégorisation du psychiatre James Groves (1951) comprenant quatre types de patients difficiles :

- les patients crampons (dépendance vis-à-vis du médecin, utilisation consciente ou non de la séduction),
- les ayants-droits (demandes médicales abusives et tentatives d'intimidation du médecin),
- les manipulateurs (remise en cause des choix du médecin, pessimisme et insatisfaction omniprésents)
- et les autodestructeurs dans le déni (négations des problèmes).

⁹⁶ BORTON C. et KNOTT L., « Patients difficiles, conflits avec les patients », *Association nationale pour la prévention du risque médical*, [consultable en ligne : <https://www.prevention-medicale.org/Revue-de-question-thematique/Toutes-les-revues-de-questions/Patients-difficiles-conflits-avec-les-patients/Patients-difficiles>], 2015.

⁹⁷ Entretiens semi-directifs d'une durée comprise entre 15 et 40 minutes menés dans le cadre de sa thèse sur les patients « heartsink » auprès de seize médecins généralistes, hommes et femmes, âgé(e)s de 29 à 64 ans.

⁹⁸ BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, *op cit.* p.47.

⁹⁹ O' DOWD TC, *Five years of heartsink patients in général practice*, *BMJ (Clin Res)* 1988, in. BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, *op cit.* p.10.

¹⁰⁰ BORTON C. et KNOTT L., « Patients difficiles, conflits avec les patients », *op cit.*

La catégorisation des médecins généralistes anglais Gerrard et Riddel¹⁰¹ (1988) :

- les « les trous-noirs » (demande d'aide insistante et rejet de celle-ci),
- les complexités familiales (problématiques du patient et des membres de a famille entremêlées)
- les comportements punitifs (volonté de mettre le médecin en tort),
- les dépendants,
- les différences culturelles (s'accompagnant parfois d'une barrière de la langue),
- les désavantagés sociaux (problème sociaux que le médecin ne peut régler seul),
- les problèmes médicaux complexes,
- les manipulateurs ou simulateurs,
- les secrets
- et finalement les soignants qui créent, par leur statut, un déséquilibre dans la relation de soin.

Enfin, la catégorisation du médecin australien JP. Colquhoun¹⁰² (1989) :

- les «n'allant jamais mieux» (absence d'amélioration de la situation)
- les «jamais un sans l'autre» (accompagnement par un proche qui accapare la consultation),
- les «démunis médico–sociaux»,
- les «manipulateurs pernicieux» (apparition sans discontinu de nouveaux problèmes)
- les «tristes» (création de sentiments de tristesse ou de pitié chez le médecin).

Comment propose t-on aujourd'hui aux médecins de se préparer et gérer les patients « heart-sink » ? A ce propos, on trouve en premier lieu de nombreux articles tournant autour de la protection légale du médecin insistant sur la nécessité, lors de prises en charge de patients difficiles, de conserver les preuves de délivrance de l'information ou de formaliser le consentement par écrit¹⁰³.

Si l'on note tout de même une nette amélioration avec l'inscription de la formation des étudiants à la relation médecin-malade (RMM) dans les programmes de 2ème cycle des facultés de médecine depuis fin 2000, nous ne pouvons que constater que les modalités pour cet enseignement sont propres à chaque université et que les cours magistraux constituent l'option très majoritaire. Une enquête réalisée en 2007 auprès des étudiants de médecine générale en fin de cursus a indiqué que seuls 49 % d'entre eux se déclarent satisfaits de la formation reçue en la matière¹⁰⁴.

¹⁰¹ GERRAR TJ and RIDDEL JD, *Difficult patients: Black holes and secrets*, 1988, in. BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, op cit, p.11.

¹⁰² COLQUHOUN JP, *Heartsink —yet another challenge*, Austral Fam Physician, 1989, in. BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, op cit, p.12.

¹⁰³ DIDIER Charles, « Gestion du patient difficile », MACSF, [consultable en ligne : <https://www.macsf-exercice-professionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/gestion-du-patient-difficile>], 2018.

¹⁰⁴ ISNAR-IMG - InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, « Evolution de la formation pratique de l'interne de médecine générale », enquête nationale de 2007.

Pour les professionnels déjà en service, le Développement Professionnel Continu (DPC) a été créé par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) promulguée en juillet 2009 et est rendu obligatoire en 2012. En pratique, le DPC a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins. Cela dit, de même qu'au sein de la formation initiale, on constate une prédominance des formes théoriques telles que des séminaires.

Même si dans les catégorisations présentées, plusieurs types de patients ne se comprennent que dans le cas de suivi dans la durée (notamment pour ce qui concerne le manque d'évolutions de la situation), nous pouvons faire le lien avec les profils que nous avons travaillés lors des consultations simulées. Ainsi, on retrouve la confrontation avec la patient revendicatif (proche de la description de l'ayant-droit), le patient réservé (à relier avec le secret), le patient minimisateur (pouvant être interprété comme un autodestructeur dans le déni) ou encore le patient accompagné. Les avantages de la simulation théâtrale ou du jeu de rôles pour la formation à la relation patient ont précédemment été exposés, nous ne nous attarderons donc pas sur ce point, mais rappelons qu'une mise en situation, par la simulation ou l'improvisation, permet une « répétition du réel¹⁰⁵ », phénomène décrit par Augusto Boal quant au théâtre de l'Opprimé.

¹⁰⁵ BOAL Augusto, *Méthode Boal de théâtre et de thérapie – l'arc en ciel du désir*, Ramsay, Paris, 1990, 258p.

La nécessité de formation par spécialité ? Focus sur le secteur de la cancérologie

Après avoir discuté les moyens de formation par les outils théâtraux de la relation patient-soignant, passons aux possibilités de formations concernant des domaines médicaux plus spécialisés. On trouve alors quelques exemples d'artistes ou compagnies ayant créé leur propre formation quant à des situations médicales difficiles. L'artiste de théâtre Colette Roumanoff décide fin 2010 de décliner un protocole d'ateliers de théâtre créé quelques années auparavant pour des étudiants de classes préparatoires aux grandes écoles afin de le mettre au service des aidants de personnes atteints de la maladie d'Alzheimer, professionnels et familiaux. Selon elle, il était nécessaire de donner une meilleure visibilité des situations liées à cette maladie par ce qu'elle nomme « *l'expérience directe*¹⁰⁶ ».

Mais, tout comme cela est le cas à Grenoble avec les consultations simulées à la demande du docteur Philippe Chaffanjon, les demandes de formation peuvent aussi émerger des centres hospitaliers eux-mêmes. Les responsables commencent en effet à ressentir ce besoin de formation et à valoriser le théâtre comme outil et ainsi à mettre en place des dispositifs en ce sens. Une très grande majorité de ces derniers sont centrés sur l'enjeu de l'annonce de diagnostic, notamment en oncologie.

Pour mieux comprendre, commençons à définir en quoi l'annonce de diagnostic apparaît comme une situation particulièrement à risque.

Du côté des patients, l'annonce de diagnostic peut se révéler être un moment très traumatisant, dépendant bien évidemment de la lourdeur du diagnostic mais également des mots employés et de l'attitude générale du soignant à ce moment-là. La littérature à ce sujet est très riche aujourd'hui, l'annonce de diagnostic et la prise en charge émotionnelle des patients en cancérologie étant devenu un sujet de société majeur à la fin des années 1990. En 1998, les Premiers États Généraux de la Ligue contre le cancer amènent une libération de la parole des patients¹⁰⁷ et dès le début des années 2000 sont mis en place des plans nationaux, les Plans Cancer avec les Dispositifs d'Annonce (DA) comme mesure phare¹⁰⁸. A la fin des années 2000, l'annonce de la maladie grave est inscrite dans la formation des étudiants en faculté de médecine.

¹⁰⁶ ROUMANOFF Colette, « *Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation* », *op cit.* p.340.

¹⁰⁷ Cf. Le livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer sorti en 1999.

¹⁰⁸ HUREAUX José, « L'annonce en cancérologie : recommandations et centre de simulation », *Revue des Maladies Respiratoires - Actualités*, [disponible en ligne : <http://www.sofrasims.fr/medias/files/hureaux.pdf>], 2012, p.524.

Si le moment de l'annonce présente un tournant dans la vie du patient, celui-ci est également particulièrement éprouvant pour le soignant. Le docteur José Hureaux, pneumologue au CHU d'Angers écrit dans son article « L'annonce en cancérologie : recommandations et centre de simulation » que l'annonce serait considérée comme l'étape la plus difficile par les médecins, qui doivent, en plus de l'annonce d'un cancer, réagir de manière adaptée aux réactions du patient et, le plus souvent, lui expliquer le programme personnalisé de soins (PPS)¹⁰⁹, ce qui, compte tenu de la charge émotionnelle présente, apparaît comme insurmontable. Durant ces annonces, le niveau d'angoisse est tel, tant chez le patient que chez le professionnel, que l'annonce du diagnostic, même réalisée dans les meilleures conditions possibles, est compromise par les mécanismes de défense pouvant se mettre en place chez les deux acteurs. On pense entre autres à des phénomènes d'absences ou de déni chez le patient ou au recours au langage scientifique et au refus de contact visuel chez le médecin.

Marion Breillad et Sarah Chapel dans leur thèse *Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation*¹¹⁰ présentent une étude sur les critères de difficulté pour une annonce de diagnostic sur la base de questionnaires et d'entretiens semi-directifs. Les résultats laissent voir que l'annonce est d'autant plus mal vécue par les professionnels qu'elle doit se faire dans l'urgence, dans un lieu inapproprié ou avec un temps dédié. Aussi, les destinataires de l'annonce peuvent être source de stress lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une personne appartenant à une des catégories de « heartsink » patients comme vu précédemment ou d'un enfant. Un des médecins interrogés raconte à propos d'une de ses expériences : « *j'arrivais pas à comprendre ce qu'elle allait comprendre, quels mots utiliser avec une gamine de 6 ans*¹¹¹ ». Enfin, si cela apparaît peut-être comme le critère le plus évident, les conséquences émotionnelles de l'annonce sur le patient et sur le praticien dépendent du contenu de l'annonce elle-même. Parmi les choses les plus difficiles, les médecins de l'enquête citent l'annonce d'un décès ou de l'arrêt de soins. Cette dernière question particulièrement touche aux inquiétudes des soignants quant à la légitimité de leur position, l'arrêt des soins étant synonyme de l'échec de la médecine et du médecin en charge¹¹². Lorsque l'on interroge les médecins sur ce sujet, certains récits mettent en lumière l'ampleur de l'impact psychologique potentiel de l'annonce de diagnostic avec des propos tels que : « *j'en ai fait des cauchemars pendant plusieurs semaines*¹¹³ »

¹⁰⁹ HUREAUX José, « L'annonce en cancérologie : recommandations et centre de simulation », op cit. p.525.

¹¹⁰ BREILLAD Marion et CHAPEL Sarah, *Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation*, thèse dirigée par présentée Jérôme Louis pour l'obtention du titre de docteur en médecine, UFR de médecine de Grenoble, 2017, 195p.

¹¹¹ *Ibid*, p.26

¹¹² BASZANGER Isabelle, BUNGNER Martine et PAILLET Anne (dir.), *Quelle médecine voulons nous ?*, op cit., p.225.

¹¹³ BREILLAD Marion et CHAPEL Sarah, op cit, p.31.

Une formation des futurs professionnels de santé à l'annonce de diagnostic est donc nécessaire tant pour le patient que pour le soignant. «*Pour les malades, il s'agit de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance. Pour les soignants, il s'agit d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant et usant dans la durée*¹¹⁴.»

Qu'existe-t-il actuellement ? Observons particulièrement trois cas de dispositifs de formation usant des outils théâtraux pour travailler l'annonce de diagnostic en oncologie actuellement en place.

D'abord au CHU d'Angers, le programme pédagogique Anons (Annonce en Oncologie par la Simulation) à l'initiative de José Hureaux, présenté plus haut. 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 mort¹¹⁵.

Autre cas 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. Le projet est une collaboration entre Pierre Laramée, cardiologue au CHUM et Martine Pype-Rondeau, comédienne.

Enfin, la faculté de médecine de Montpellier connaît une coopération semblable entre Marc Ychou, directeur de l'Institut et cancérologue et le metteur en scène Serge Ouaknine pour l'instauration d'ateliers de théâtre pour aider les futurs médecins à « *trouver les mots justes, la voix empathique, la présence sensible c'est-à-dire une disponibilité et qualité d'écoute qui accueille et rassure les malades*¹¹⁶ ». Ce cas nous semble particulièrement intéressant car il ne s'agit pas seulement de simulations en santé mais véritablement d'un atelier de théâtre sur deux jours avec des comédiens professionnels. Des mises en situation sont créées mais contrairement aux consultations simulées analysées dans la première partie de notre étude, l'action est arrêtée à plusieurs reprises dans le but de faire prendre conscience des erreurs possibles et de faire essayer d'autres voies¹¹⁷. De plus, des exercices sont proposés par Serge Ouaknine pour les jeunes médecins afin de développer différentes choses comme : « *le verbal et le non-verbal : la voix, la rapidité d'élocution, la disponibilité et surtout la présence « émettrice et réceptrice », la position du corps, une attention à des gestes simples comme le serrement de main.* ». Les notions que l'on trouve ici sont à la fois éminemment théâtrales et fortement en lien avec la relation de soin.

¹¹⁴ BETTERVY F., DUFRANC C. et HOFMAN G., « Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer », 2006.

¹¹⁵ ANDREOLETY Léa, *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*, op cit. p.25.

¹¹⁶ JOYEUX Laurent, « Le nouveau serment d'Hippocrate, le théâtre à la rencontre de la médecine », *M-soigner*, [consultable en ligne : <https://www.m-soigner.com/vie-pro/au-quotidien/452-hippocrate-au-theatre.html>], 2018.

¹¹⁷ ICM Montpellier, « Le théâtre à la rencontre de la médecine pour former les cancérologues », *Youtube*, [disponible en ligne : https://www.youtube.com/watch?time_continue=169&v=aVKiMH8k6qM], 2016.

Présentation des simulations à l'annonce de diagnostic en neuropsychologie à Grenoble

En plus des consultations simulées pour les étudiants en médecine, l'Université Grenoble-Alpes propose depuis septembre 2018 dans le cadre du projet PSYTHEQ des cours d'improvisation théâtrale à destination des étudiants en licence de psychologie dans le but d'entraîner les étudiants en deuxième année de master en neuropsychologie à l'annonce de diagnostic. À titre personnel, j'ai suivi ce cours dispensé par Léa Andréolety l'an passé en compagnie des étudiants en psychologie et je serai chargée, à partir d'octobre 2019, de l'animer.

Certains aspects du dispositif reprennent directement celui élaboré quelques années auparavant par Philippe Chaffanjon et Ariane Martinez. On retrouve la forme des simulations avec des étudiants comme acteurs pour les patients et les mêmes profils (réservé, bavard, anxieux, revendicatif, curieux, compréhension limitée et minimisateur) sont utilisés. Néanmoins, des divergences importantes existent. D'abord, le fait que le cours d'improvisation ne soit plus dédié à des étudiants en arts du spectacle remet en question l'objectif de formation à double sens. En effet, bien que les étudiants en psychologie puissent apprendre beaucoup à travers ce cours, il représente une option facultative de leur cursus et ne sont pas notés comme cela est le cas en art du spectacle. On peut aussi imaginer que la qualité de jeu est différente puisque l'on fait appel dans un cas à des personnes ayant une plus grande expérience de la scène, et dans l'autre à des personnes plus naturellement enclines à faire preuve d'écoute et d'empathie. Surtout, ce dispositif de préparation à l'annonce de diagnostic ne prévoit plus une mais deux consultations simulées, une première de prise de contact et une deuxième d'annonce du diagnostic. Cela est intéressant car la comparaison des deux rencontres permet de voir les difficultés inhérentes à la communication et à la relation au patient et celles appartenant spécifiquement à l'annonce de diagnostic pour le futur neuropsychologue.

Le cours d'improvisation théâtrale se découpait en six séances en amont de la première simulation, une intermédiaire aux deux simulations et une de bilan. Les premières séances avaient pour objectif de mettre à l'aise les étudiants en psychologie avec leur présence sur scène et de faire découvrir les outils du théâtre et de l'improvisation. Plusieurs exercices d'échauffements, jeux et improvisations ont donc été faits avant de passer à un premier travail sur l'incarnation d'un personnage et sur l'interprétation d'émotions. Le groupe étant composé de seulement huit élèves, il a été facile de mettre rapidement en place une bonne dynamique et d'instaurer une relation de confiance et d'entraide entre les participants.

Les troisième et quatrième séances ont été dédiées à la découverte et l'exploration des canevas. Deux canevas étaient proposés aux étudiants en psychologie, chacun inspiré d'une situation médi-

cale réelle mais anonymisée. Dans les deux cas, il s'agissait pour l'étudiant acteur d'interpréter le parent du patient et non le patient lui-même, en accord avec la spécialité de la neuropsychologie de l'enfance. Chaque canevas donnait accès à un résumé global du cas et à un compte rendu plus précis de la consultation initiale du Docteur Durant, qui a demandé le bilan neuropsychologique. Examinons donc les deux canevas :

Canevas Louison :

Votre enfant de 8 ans, Louison, a eu un accident d'escalade juste avant la rentrée scolaire de cette année. L'accident a été cause par un défaut de montage de descendeur. Louison été assuré par sa maman. Louison a été hospitalisé en réanimation, puis en hôpital de semaine de rééducation pédiatrique pendant un peu plus d'un mois. Le médecin chef de service de rééducation, le docteur Durant a demandé un suivi neuropsychologique et ergothérapeutique de Louison à la sortie de l'hôpital, en Hôpital de Jour de rééducation. Après la fin de l'hospitalisation, vous rencontrez le neuropsychologue de l'hôpital de jour pour la première fois.

Ici, les difficultés principales pour l'interprétation résident en la nouveauté et la brutalité du handicap de l'enfant. Le compte rendu précise aussi que Louison présente des sautes d'humeur et un caractère irritable depuis sa sortie, le parent simulé devra donc insister sur cette nouveauté à gérer. Surtout, le jeu se construit autour du sentiment de culpabilité du parent ou du bouleversement de la relation avec le conjoint quant aux circonstances de l'accident.

Canevas Camille :

Votre enfant de 12 ans, Camille, présente un plexus brachial obstétrical droit et des difficultés d'apprentissage. Le parcours scolaire de Camille a toujours été chaotique et une orientation scolaire vers un autre établissement est prévue en fin d'années scolaire. Par ailleurs, l'assistante a entamé les démarches pour construire un dossier MDA. Le pédiatre qui le suit depuis sa naissance vous a conseillé de consulter un médecin de rééducation au CHU du fait de ses difficultés, et plus particulièrement pour le suivi du plexus brachial. Ce médecin du CHU, le docteur Durant, vous a entre autres orienté vers une neuropsychologue pour une évaluation des capacités de Camille sur le plan cognitif. Vous possédez un compte rendu de la consultation du docteur Durant. Vous rencontrez le neuropsychologue pour un premier entretien avant le bilan de Camille.

Dans le cas de Camille, tout un quotidien doit être pensé par le parent simulé, le handicap étant cette fois-ci de naissance. De nombreux aménagements peuvent être imaginés. Aussi, il est né-

cessaire d'interpréter l'incertitude quant au parcours scolaire de l'enfant et les attentes du parent à ce sujet.

Les deux derniers cours avant la première simulation ont servi à l'activation des profils et le travail de combinaison avec les canevas ainsi qu'à des essais de mises en situation.

Les simulations avaient pour lieu l'Hôpital Couple-Enfant à la Tronche. On retrouve donc le même caractère *in situ* que pour les consultations simulées des étudiants en médecine. L'année prochaine, celles-ci se feront au sein de la MACI – Maison de la Création et de l'Innovation, sur le campus. Il sera alors intéressant de se pencher sur les différences de ressentis, tant pour les acteurs que pour les personnes en formation, quant au réalisme de l'exercice.

La première soirée de consultation démarra avec un briefing collectif à tous les étudiants rappelant les consignes et les objectifs poursuivis. Par la suite, pour chacune des soirées, Léa Andréolety proposait un petit échauffement individuel à chaque étudiant en psychologie une dizaine de minutes avant la consultation afin de se mettre dans le personnage. Ces derniers s'adaptaient au profil désigné pour l'étudiant (parmi une sélection faite par lui au préalable). Il peut s'agir de travailler une respiration saccadée pour le profil du patient anxieux ou de se masser le visage pour se « ramollir » dans le cas du profil de la compréhension limitée. Après cela, les acteurs se dirigent vers la salle d'attente où les neuropsychologues viendront les chercher.

La forme des simulations est assez semblable à celle analysée plus haut avec deux étudiants en face à face dans un bureau avec une camera. Personnellement, mon expérience a été celle de l'incarnation de la mère de Camille en profil revendicatif puis en compréhension limitée. Les difficultés détectées pour le neuropsychologue sont celles, comme cela avait déjà été dit, de sortir de l'idée d'établissement d'un diagnostic pour s'intéresser davantage à l'environnement de la personne mais aussi de penser l'écart potentiel entre la réalité de l'enfant et celle du parent. Aussi, il fallait faire preuve d'une grande écoute quant aux difficultés possibles du parent, afin d'instaurer une relation de confiance et pour comprendre au plus près le cas de l'enfant. La question du biais de l'entourage est en effet majeure en neuropsychologie et plus globalement dans la relation de soin et il est difficile de la traiter uniquement par le théorique. Enfin, concernant l'annonce de diagnostic, les deux canevas amenaient une complication particulière. Pour Louison, le médecin devait faire l'annonce de la nécessité d'une autre prise en charge et d'exams supplémentaires, ce qui renvoie à la difficulté de ne pas annoncer un résultat et une marche à suivre claire. Dans le cas d'un canevas Camille, l'annonce était celle d'une déficience intellectuelle, ce qui pouvait entraîner des réactions forte d'agressivité ou de déni. Comme pour les consultations de médecine générale, un temps de débriefing était prévu entre les deux étudiants pour partager les émotions et impressions.

Les critères d'observation pour la notation des futurs neuropsychologues étaient au nombre de trois :

- 1) L'analyse de la situation. On relève alors les moments de malaises et d'imprévus, les points de rupture ainsi que les moments de fluidité et d'aisance dans l'échange.
- 2) Les enjeux corporels avec les postures et positionnements, les mouvements et le regard.
- 3) Les enjeux relationnels. On regarde si la communication est équilibrée ou non, quelles paroles sont entendues ou coupées et quel est le ton employé pour les différentes informations à délivrer.

Pour finir, l'année à venir est porteuse d'une nouveauté. Des ateliers théâtraux sur l'année seront animés pour les étudiants en master pour leur faire travailler la posture corporelle, la voix ou l'attitude psychologique. A nouveau, un comparatif serait à faire à ce sujet.

B. À l'échelle individuelle, amener les médecins à une meilleure écoute d'eux-mêmes ?

« Souvent quand on parle d'une relation d'aide, on se focalise plus sur la personne aidée que sur celle qui aide. Pour que la relation d'aide soit fluide et facile, il faut aller sans cesse de l'une à l'autre partie, en commençant par la personne qui aide¹¹⁸ ».

Réflexion sur les représentations de la maladie et du soin pour les soignants

Nous avons traité de l'influence des représentations que se fait le patient sur sa maladie et sur le soin dans sa prise en charge, notamment en lien avec notre projet d'étude avec le centre de coordination en cancérologie et la psychologue en oncologie du CHU. Mais il est tout aussi important de penser ces représentations professionnelles qui sont celles des soignants. Michel Bataille, professeur en sciences de l'éducation propose la définition suivante :

« Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc.¹¹⁹ ».

Il ne faudrait cependant pas penser pour autant que ces représentations sont homogènes. La sociologue au Centre national de la recherche scientifique Isabelle Baszanger écrit en effet que la diversité en termes de pratiques de soin serait tout autant due à la diversité des patients que de celle induite par le personnel soignant. La médecine étant une science en constante évolution, les représentations quant à ce qui serait bon de faire ou de prescrire sont très nombreuses et dépendantes des habitudes propres à chaque médecin, ce qui rend impossible, et non souhaitable, la construction d'un soin protocolaire¹²⁰. L'article « Ce que je suis, moi soignant, influence-t-il ma manière de prendre en charge la douleur ? » présente une étude de 2003 basée sur un échantillon de plus de trois cents professionnels sur le regard porté sur la douleur par les soignants. Le but était d'identifier les connaissances, les croyances, les attitudes et les prises de position des professionnels de santé à l'égard de « la douleur induite par les soins¹²¹ » puis de comprendre comment elles modifient les pratiques professionnelles de prise en charge de la douleur.

¹¹⁸ ROUMANOFF Colette, « Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation », in : BERGERET-AMSELEK Catherine éd., *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?*, op cit.

¹¹⁹ BATAILLE Michel dir. « Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles », in. *L'année de la Recherche en Sciences de l'Éducation*, Paris, PUF, 1997, pp.59.

¹²⁰ BASZANGER Isabelle, BUNGNER Martine et PAILLET Anne (dir.), op cit. p.45-46.

¹²¹ PEOC'H N., LOPEZ G., CASTES N., LAMONZIE J., BONGARD V. et VIEU L., « Ce que je suis, moi soignant, influence-t-il ma manière de prendre en charge la douleur ? », *CHU Toulouse, cellule « Douleur induite par les soins »*, p.4.

Les résultats présentent une grande divergence de conceptions selon la profession de soin exercée. Un vocabulaire tourné autour du législatif et du préventif apparaît très majoritaire chez les médecins, alors que la notion de charge relationnelle est récurrente chez les aides-soignants et qu'un discours de prise en charge technique revient le plus souvent chez les infirmiers avec des termes de prescription. L'article conclut : « *Cette réalité doit être reconnue et prise en compte dans la formation initiale et continue des professionnels de santé*¹²² ».

L'article « Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute » va dans ce sens en explicitant que « *faute de la prise en compte des modèles de référence explicites et implicites tant du patient que du thérapeute, la relation peut déboucher sur des malentendus, des réactions d'agressivité, d'anxiété, et conduire à une rupture de cette relation*¹²³ ».

Tout comme cela peut être le cas chez les patients, les représentations influençant la relation de soin sont aussi personnelles et non seulement professionnelles. Les soignants comme individus sont également en proie aux stéréotypes et il nous semble urgent de s'y intéresser dans un contexte de soin. Lors de nos remédiations avec les étudiants en médecine, penser l'individualisation de chaque patient est aussi passé par un moment réflexif sur les représentations liées à l'apparence existantes chez chaque futur professionnel. Une étudiante par exemple, a affirmé s'attendre à plus de fragilité de la part d'une personne menue, et par conséquent prendre plus de précaution pour les sujets sensibles, ainsi qu'à plus d'anxiété de la part d'une femme que d'un homme etc. S'il n'était pas possible d'effacer les catégorisations globales habitant chacune des personnes de la remédiation, nous-mêmes, en temps qu'animateurs, étant emplies de nos propres représentations, nous avons souhaité inviter individuellement à la prise de conscience de ces images.

Dans son mémoire de fin d'études, un étudiant infirmier fait le récit de son stage en psychiatrie et de sa rencontre avec un patient spécifique, un homme qu'il décrit comme grand, costaud, d'une quarantaine d'années :

« *La peur s'est manifestée de manière très vive lorsque je me suis retrouvé face au patient [...] Je suis demeuré passif, figé, incapable de répondre quoique ce soit ou d'instaurer une communication soignant/soigné. Principalement préoccupé par ma sécurité, la seule idée que le patient devienne violent me terrorisait*¹²⁴. »

¹²² PEOC'H N., LOPEZ G., CASTES N., LAMONZIE J., BONGARD V. et VIEU L., *Ibidem*.

¹²³ CEDRASCHI C., ALLAZ AF. et PIGUET V., « Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute », *Douleur et Analgésie*, vol. 11, 1998, [consultable en ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03013290>].

¹²⁴ BOSCH Nikolás, *Le soignant en prise avec les représentations sociales...*, mémoire de fin d'études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Tarbes, 2016, p.4.

Plus loin, il analyse comme ce sentiment de peur a entraîné un comportement inadapté de sa part vis-à-vis du patient :

« J'ai alors adopté un comportement très éloigné de la posture professionnelle infirmière et de mes valeurs de soignant lors de cette situation. Je ne me suis même pas présenté. En effet, j'ai totalement négligé le patient, je n'ai pas été à l'écoute, je n'ai pas non plus fait preuve d'empathie et l'échange ne s'est donc pas fait¹²⁵. »

On conçoit avec ce cas d'abord que les représentations des soignants guident effectivement la relation au patient et peuvent entraîner un manquement au soin puis une culpabilité de la part du professionnel mais aussi que ces représentations peuvent être réfléchies en fonction de chacune des spécialités. Ici, le futur infirmier note que l'impression d'insécurité qu'il a pu ressentir serait certainement à lier avec une image globale de la psychiatrie comme lieu de prise en charge de personnes dangereuses. On peut alors facilement imaginer que représentations entravant une relation soignant-soigné optimale existent dans d'autres secteurs comme en gynécologie, en pédiatrie, en gérontologie etc.

Des initiatives théâtrales pour la prise de conscience et la lutte contre les stéréotypes existent déjà dans plusieurs domaines. A titre d'exemple, je renvoie au mémoire *Les stéréotypes mis en pièce: Interroger les représentations de genre au collège par l'écriture théâtrale et le jeu*¹²⁶ qui relate l'expérience de la création d'une pièce théâtrale par une classe de 5ème pour penser et repenser les stéréotypes de genre. Pourquoi alors ne pas mettre en place des choses similaires dans le secteur médical ?

¹²⁵ BOSC Nikolas, *Ibidem*.

¹²⁶ PRICOT Manon, *Les stéréotypes mis en pièce: Interroger les représentations de genre au collège par l'écriture théâtrale et le jeu*, mémoire en Lettre Modernes pour le Diplôme Universitaire Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation, 2016.

La question de la juste distance

L'enjeu de la distance à l'autre est essentiel dans toute relation professionnelle et sûrement plus particulièrement dans la relation de soin. C'est ce que l'on nomme la distance thérapeutique. Classiquement, on distingue la « distance personnelle », qui serait comprise entre 50 et 120 cm (c'est à dire à bout de bras) et la « distance intime » variant entre 0 et 50 cm. Cette distance, d'ordinaire réservée aux relations romantiques ou sexuelles, est également dans de nombreux cas celle du soin, ce qui induit forcément un questionnement fort quant à la distance relationnelle avec le malade. L'infirmière Marie Rablajat, dans son étude sur les pratiques de la toilette analyse que « *la vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps*¹²⁷ ». Le psychologue Roland Narfin propose des conseils pour maintenir une distance professionnelle d'un point de vue émotionnel malgré cette proximité physique :

*« Tout d'abord il est nécessaire d'éviter toute familiarité avec le patient. Toute dérive d'ordre amicale pourrait être préjudiciable dans la relation et pour la prise en charge. Le soignant doit donc trouver ses propres limites à ne pas dépasser avec le patient. De plus, vouvoyer le patient reste la règle première du respect à son égard. Cela permet de mettre une distance et d'éviter toute autre confusion, de quelque nature qu'elle soit. Certains soignants pensent que la blouse les protège, en réalité c'est l'attitude du soignant face au patient qui crée la distance. Au nom de l'institution, le soignant est garant d'un cadre*¹²⁸. ».

De cet extrait ressort de façon flagrante l'insistante faite dans les formations des futurs professionnels de santé sur la nécessité de garder une distance émotionnelle importante avec la personne prise en charge, cela autant de protéger le patient que le soignant et constitue une responsabilité de ce dernier quant à la profession médicale et à son lieu de travail. Mais le moyen de garder cette distance dans une pratique profondément humaine n'est pas explicité. Actuellement, les études sur la relation soignant-soigné prennent majoritairement le contre-pied de cette consigne. On peut citer le psychologue clinicien Pascal Prayez qui écrit dans son ouvrage *Distance professionnelle et qualité du soin* : « *Il y a une juste distance à vivre dans la relation d'aide professionnelle, mais ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui*¹²⁹ ».

¹²⁷ RABLAJAT Marie, « La toilette, un savoir-faire et un savoir-être », Soin Étude et Recherche en PSYchiatry, [consultable en ligne : http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/mediations/corps.html], (sd).

¹²⁸ PAILLARD Christine, *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, SETES, Noisy-le-Grand, 2015, p.140.

¹²⁹ PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité du soin*, Rueil-Malmaison: Lamarre, 2003, p.1.

Le médecin François Blanchard dénonce la même chose quant à l'enseignement dans les écoles de soignants en qualifiant la distance professionnelle thérapeutique comme « *sans affectivité*¹³⁰ », ce qui amènerait un vide, synonyme de refus d'entrer en relation, douloureux pour le patient. Le professionnel peut aller jusqu'à se situer dans la banalisation de la maladie et de la souffrance du patient et risque d'oublier l'attitude humaine nécessaire dans son métier. Mais au-delà du danger pour le patient, cette attitude serait néfaste pour le soignant. En effet, ce rejet de toute proximité serait le plus souvent la seule façon trouvée pour cacher la peur, le manque de confiance ou le doute.

Quelle serait alors la juste distance, ou la juste proximité comme cela se retrouve dans certains travaux, à adopter dans la relation de soin ? Le psychologue Pascal Prayez à nouveau comprend cette juste distance comme « *la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places.* » Il ajoute à la suite : « *Et même si le fait de se mettre en pensée à la place de l'autre peut nourrir une certaine empathie, fondamentalement, je ne suis jamais à la place de l'autre*¹³¹ ». Cette distinction est essentielle. Si une distance émotionnelle trop importante n'est pas souhaitable, les mises en garde à l'encontre d'un affect poussé d'un professionnel de santé pour son patient ne sont pas sans fondements. L'article de François Blanchard « Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect » analyse à ce propos :

« *Être tellement impliqué dans la situation que l'on se met à la place de l'autre comme on dit, revient, de fait, à prendre la place de l'autre. Si l'on a pris la place de l'autre, on finit par l'éjecter ailleurs. Cette dépossession exclut le sujet de son existence. Dans cette affectivité envahissante, la relation n'est plus possible. En s'imaginant répondre aux attentes de l'autre, on ne fait que combler sa propre peur du vide dans la relation.*¹³² »

À noter ici que de nombreuses études sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants, que nous avons décrit précédemment, mettraient cette difficulté à trouver un équilibre entre distance et proximité comme une des causes premières du phénomène. La déshumanisation du patient serait une conséquence directe d'années de pratiques où le soignant a « *trop donné, sans limites*¹³³ », c'est à dire sans protection et sans instauration de distance dans le soin. Néanmoins, la juste distance ne constitue pas une vérité propre, elle est individuelle et chaque soignant doit expérimenter afin de trouver la sienne.

¹³⁰ BLANCHARD François *dir.* « Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect », *Gérontologie et société*, vol. 29 n°3, 2006, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-3-page-19.html>], p. 23.

¹³¹ PRAYEZ Pascal, *op cit.*, p.64.

¹³² BLANCHARD François *dir.*, *op cit.*, p.24.

¹³³ MICHON Florence, « Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance », *SOINS* n°773, 2013, p.33.

Lors des remédiation théâtrales effectuées par Pauline Bouchet et moi avec les étudiants en faculté de médecine, nous avons souhaité travailler l'enjeu global de la distance à l'autre à travers la distance physique par l'exercice suivant :

Exercice n°1

Tous les étudiants se mettent en ligne vers le fond de scène, ils forment ensemble une sorte de mur. Une personne se met à l'avant-scène, face au groupe. Il lui est alors demandé de fermer les yeux, de marcher vers le groupe et de s'arrêter lorsqu'elle le souhaite. Le groupe doit rester le plus silencieux possible tout au long de l'exercice. Lorsque la personne s'arrête et ouvre les yeux, on lui demande rapidement si elle se trouve à la distance imaginée vis-à-vis des autres.

L'idée première était ici de faire visualiser le fait que la juste distance, comme nous l'avons déjà énoncé, est propre à chacun. De plus, il était intéressant de constater qu'alors que certains choisissaient de s'arrêter dès qu'ils se sentaient à l'aise, d'autres poussaient leur mouvement jusqu'au bout, dans l'idée d'approcher le groupe au plus près. Une discussion s'engageait alors autour des questions suivantes : « pourquoi pensez-vous que la proximité était le but de l'exercice ? Dans la relation avec le patient, plus proche est-il synonyme d'un meilleur soin ? »

Bien évidemment, nous pouvons noter que le respect d'une juste distance est d'autant plus compliqué dans certains services ou dans le cadre de l'exercice de spécialité. Ainsi, une infirmière exerçant en oncologie interrogée dans une étude sur la juste distance soignant-soigné raconte : « [...] et j'ai des collègues lorsqu'elles se sentent proches d'un patient sont parties à l'enterrement de ce patient. Je pense que ce n'est pas notre place¹³⁴ ». En effet, le respect d'une juste distance apparaît plus difficile dans les cas de contacts longs avec les patients, par exemple, dans les maisons de retraite en comparaison aux urgences, ou lors de relations avec des patients présentant des souffrances émotionnelles spécifiques et dont ils peuvent faire part (patients isolés, traumatismes psycho-sociaux, maladies graves etc.)

¹³⁴ RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, *La juste distance dans la relation soignant-soigné*, mémoire pour l'Institut de formation en soins infirmiers, 2012, [consultable en ligne : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf>], p.30.

Penser son corps pour prendre soin du corps de l'autre

« Nous-mêmes, en quête, en recherche de ce sens, nous avons effectué et effectuons un travail sur nous pour être préparés à ce travail d'« humanité ». Toute situation de souffrance mobilise chez le patient, sa famille, les soignants et tout autre intervenant des émotions, des sentiments qui auront des effets sur les relations des uns avec les autres. Accepter cette évidence, c'est rester conscient qu'il est indispensable de prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre, d'être à l'écoute de soi pour entendre l'autre. Les raisons qui motivent l'engagement dans un milieu de soins sont diverses et personnelles. Et pour donner sens à cet engagement, il n'y a pas d'autre voie que la connaissance de soi¹³⁵ ».

Cet extrait du rapport de l'association Culture et démocratie « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés » s'adresse aux intervenants artistiques en établissements de soin. Pourquoi alors cette même question de formation ne se pose-t-elle que trop rarement pour les soignants ?

A travers la notion de juste distance, nous avons mis en évidence le fait que la relation de soin entraîne un rapport au corps de l'autre et à son propre corps potentiellement difficile. Le toucher, bien que partie intégrante du quotidien des soignants, ne va pas de soi et ne fait l'objet d'aucune formation ou retour d'expériences chez les jeunes professionnels. Laurence Lagarde-Piron, puéricultrice et cadre de santé écrit ainsi dans son article « Les jeunes soignants doivent gérer le rapport aux corps malades ou vieillissants, mais personne ne leur apprend » :

« Pour réaliser ses premières toilettes, l'étudiant va devoir poser ses mains sur le corps d'une personne qu'il ne connaît pas. Il va toucher un corps, le déshabiller, le voir nu, transgressant ainsi les codes sociaux en franchissant la distance intime la mieux protégée [...] Le toucher soignant est souvent réduit à une forme d'évidence, et pourtant, il n'est pas un acte neutre. Toucher s'apprend tout comme voir s'apprend.¹³⁶ »

La pratique de la toilette est particulièrement riche à étudier car elle implique un contact très particulier et appartient à une catégorie de soin différente de l'acte médical de traitement de la maladie. En effet, au-delà de l'enjeu de la guérison, la toilette est associée à l'hygiène de la personne. L'infirmière Marie Rablajat fait de la toilette un objet d'étude à part entière et choisit d'interroger de jeunes infirmiers à ce sujet.

¹³⁵ Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », *op cit*, p.25.

¹³⁶ « Les jeunes soignants doivent gérer le rapport aux corps malades ou vieillissants, mais personne ne leur apprend », *in*. LAGARDE-PIRON Laurence, *Corps à corps infirmiers, la rencontre soigné/soignant en apprentissage*, L'Harmattan, 2018.

Il ressort alors que plus que de propreté, c'est de « *respect* » voire de « *plaisir*¹³⁷ » qu'il s'agirait. On peut alors penser au roman de Martin Winckler *L'École des soignantes* et plus particulièrement à ce passage :

« Elle et moi nous sommes placées de chaque côté du lit et on s'est mises à le nettoyer doucement avec une solution lavante, en commençant par le visage et les épaules, puis les bras et les mains (en massant bien les doigts), puis le tronc, l'abdomen, les sexe (en prenant garde de ne pas oublier de passer entre les plis), les cuisses, les jambes et les pieds (en massant bien sous la plante et entre les orteils) et puis on l'a essuyé et séché. Ensuite, comme il ne tenait pas assis, on l'a tourné sur le côté et Betty lui a passé la lotion sur le dos et les fesses, pendant que je le maintenais contre moi [...] Et puis, on a délicatement huilé le corps de Georges, de la tête aux pieds, sans oublier de passer dans les plis, derrière les oreilles, dans le cou, sous les bras, entre les cuisses et sous les bourses et dans les plis du dos et des fesses aussi, et entre les orteils. »¹³⁸

Cet extrait, par sa longueur et le détail de chacune des parties du corps du patient, permet de montrer la volonté de l'auteur d'appuyer l'idée de prise en charge globale de la personne. Il ne s'agit pas simplement d'assurer une hygiène minimum au patient pour permettre les soins mais bien d'agir dans une compréhension beaucoup plus large du bien-être du malade. Cela dit, il semble ressortir de cette description de toilette une facilité à approcher et manipuler le corps de l'autre. Mais certains témoignages de jeunes infirmiers laissent entrevoir une autre réalité : « *Nous sommes obligées de tout faire, les lever, les mettre soit dans le bain soit dans la douche, les laver partout .. on est obligé d'y mettre les doigts, enfin les mains ... Après on les sèche ... on recommence l'opération à l'envers, les sortir du bain ou de la douche, les sécher ou les habiller ...*¹³⁹ ». Ici l'utilisation du verbe « obliger » ainsi que l'expression « y mettre les doigts » indique clairement une réticence forte du soignant à cette pratique. De la même façon, une autre infirmière exprime : « *Moi, je suis pas très branchée corps, en général ... La toilette, ça fait partie de notre rôle propre mais je trouve ça franchement désagréable ... c'est rebutant*¹⁴⁰ » ou encore chez un autre soignant « *de tous les soins qu'on fait, ce n'est pas celui qu'on fait de bon cœur*¹⁴¹ ». Généralement, 50% des infirmiers rencontrés dans le cadre de cette étude avouent avoir été gêné au cours des soins de toilette.

Le rapport au corps d'autrui peut s'accompagner de complications spécifiques selon les émotions de chacun, mais les questions de l'âge et du genre devraient, selon nous, faire l'objet d'une vigilance renforcée.

¹³⁷ RABLAJAT Marie, *op cit.*

¹³⁸ WINCKLER Martin, *L'École des soignantes*, P.O.L, Paris, 2019, 514p.

¹³⁹ RABLAJAT Marie, *op cit.*

¹⁴⁰ *Ibidem.*

¹⁴¹ *Ibidem.*

Ainsi, on trouve chez certains jeunes professionnels un malaise à traiter les corps de personnes âgées alors que d'autres au contraire annonce que « *la difficulté est d'assister ou de faire la toilette de quelqu'un de (leur) âge*¹⁴² ». Tandis qu'un infirmier, au sein de l'étude de Marie Rablajat sur la toilette, explicite que « *de toute façon, si c'est une demoiselle ou une dame, ben, c'est une infirmière qui y va. C'est tout.*¹⁴³ », plusieurs futurs médecins lors des remédiation théâtrales avec Pauline Bouchet ont avoué leur agacement ou leur déception lorsque des patients faisaient part d'une préférence pour un soignant du même genre que le leur (dans le cas de prise en charge gynécologique par exemple).

Finalement, les remédiations à la suite des consultations simulées ont été le lieu de débats vifs autour de la question du choix ou du non-choix en terme de contacts et de touchers du soignant au patient. Un sentiment de fatalisme général était présent avec des propos tels que « *ça fait partie du métier* » ou « *c'est juste un mauvais moment à passer*¹⁴⁴ ».

Deux problèmes nous semblent donc à réfléchir prioritairement. Dans un premier temps, une absence d'apprentissage du toucher pour les soignants, comme cela est relevé par Laurence Lagarde-Piron. Aussi, une injonction à taire ses ressentis pour les professionnels de santé qui empêche une écoute de soi, nécessaire au bien être moral et émotionnel du soignant à la bonne prise du patient. A nouveau Laurence Lagarde-Piron analyse : « *L'épreuve du dégoût est vécue quotidiennement et pourtant on n'en parle pas, il est l'un des grands tabous de la relation soignant/soigné. "Il faut maîtriser ses émotions", cette norme implicite, fait du sensible le malvenu dans le monde rationnel des soins*¹⁴⁵. » alors qu'au contraire, « *comme la relation est à double sens, dans le même temps, il faut s'observer soi-même, ne jamais perdre le fil de ce que l'on éprouve, faire très attention à ce que l'on ressent*¹⁴⁶ ».

Comment les outils théâtraux peuvent-ils apporter des solutions ? Le GEFERS - Groupe Francophone d'Études et de Formations en Éthique de la relation de service et de soin, propose pour une meilleure écoute du corps des soignants une formation sur deux jours qui se présente sous la forme d'ateliers au sein desquels sont abordées avec les participants cet aspect incontournable de leur future pratique qu'est la relation au corps. L'objectif est d'amener à s'interroger sur la pratique de soins à partir de sa propre expérience corporelle. Des improvisations d'une vingtaine de minutes sur l'accompagnement de l'autre offre la possibilité de « *laisser tomber le masque* », et d'exprimer

¹⁴² RABLAJAT Marie, *op cit.*

¹⁴³ *Ibidem.*

¹⁴⁴ Paroles d'externes en 4ème année de médecine autour d'examen particulièrement sensibles tels que des coloscopies ou des palpations de testicules.

¹⁴⁵ LAGARDE-PIRON Laurence, *op cit.*

¹⁴⁶ *Ibid.* p.343.

ce que l'on s'était toujours empêché de penser, « *le jeu autorise plus de liberté que la fonction sociale* ¹⁴⁷».

Les ateliers s'organisent autour des axes de l'exploration de la dimension expressive du corps et de la métaphorisation de son travail. Le GEFERS analyse : « *la fiction renoue avec l'intelligence émotionnelle: ce qui se joue avec/dans mon corps attire mon attention sur ce qui est justement «hors procédures»; le moment est potentiellement dangereux ou bénéfique. C'est là que la pensée critique commence*¹⁴⁸ ».

En définitive, il nous semble que tout l'enjeu est de permettre à chaque soignant de trouver son équilibre propre entre le corps de l'autre comme objet de soin (induisant un phénomène de distanciation facile mais allant à l'encontre d'une prise en compte globale du patient) et le corps de l'autre comme sujet de soin (entraînant des sentiments et troubles divers nuisibles au maintien d'une relation professionnelle et à la stabilité émotionnelle du soignant. Cet équilibre ne peut se trouver que par une honnêteté la plus totale du soignant avec lui-même quant à ses sentiments et ses limites, honnêteté à l'inverse de la neutralité enseignée actuellement en études médicales, et par des expérimentations corporelles, verbales et de jeu, permettant un recul et une prise de conscience quant à ses pratiques et ses implications relationnelles.

¹⁴⁷ GEFERS - Groupe Francophone d'Études et de Formations en Éthique de la relation de service et de soin, « La relation au corps dans la formation des soignants », document de présentation de formation [consultable en ligne : http://www.gefers.fr/uploads/orga/fichier_5a159ac7ec6_f05_55540764.pdf], 2019.

¹⁴⁸ GEFERS - Groupe Francophone d'Études et de Formations en Éthique de la relation de service et de soin, *op cit.*

C. À l'échelle collective, des ateliers de théâtre pour l'expression des soignants

Libérer ses expériences douloureuses

Nous avons explicité précédemment l'injonction des soignants à ne pas exprimer leurs émotions liées à leur travail et à leurs relations aux patients, malgré des vécus lourds, voire traumatiques. Une infirmière témoigne en ce sens dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude : « *C'est vrai qu'on a des situations difficiles par exemple les décès, surtout des patients jeunes. Il ne faut pas pleurer dans la chambre des patients devant la famille, il faut se ressaisir. Même si au fond de toi-même c'est dur¹⁴⁹* », une autre ajoute : « *ça serait manquer de professionnalisme, on a le droit de craquer, on est humain mais pas devant le patient. Le patient à besoin d'être sécurisé.¹⁵⁰* » Si dans de nombreux cas, les soignants ne peuvent se délivrer de leurs émotions sur l'instant, comment peut-on penser un moyen de résilience en aval ?

La première solution pour de nombreux professionnels de santé est bien évidemment de parler entre collègues. Pour cela, des groupes de parole existent entre soignants. Voici selon la psychologue clinicienne Nathalie Clerc, les principaux objectifs d'un groupe de parole¹⁵¹ :

- Permettre de faire partager en toute confidentialité un vécu commun et pesant
- Aider et soutenir le personnel afin qu'il se sente entendu et soutenu
- Aider les soignants à une prise de recul sur le travail et leur positionnement
- Favoriser la communication interne de l'équipe et renforcer la cohésion de travail pour obtenir une cohérence professionnelle à l'égard du résident
- Renforcement du sentiment d'équipe
- Verbaliser des émotions
- Améliorer la relation soignant/résident/famille
- Aborder la démarche de soin la plus adaptée au résident
- Rechercher des solutions aux problèmes rencontrés dans le travail.

Cela dit, le psychiatre Alain Deneux précise dans son article « Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général » que ces groupes restent peu répandus et dénonce une stagnation en ce domaine avec des études sur le sujet qui parlent d'une activité pionnière mais en extension depuis maintenant plus de trente ans¹⁵².

¹⁴⁹ RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, *La juste distance dans la relation soignant-soigné*, Mémoire de fin d'étude de l'Institut de formation en soins infirmiers, dirigé par Edith Sevrin, [consultable en ligne : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf>], 2012, p.31.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ CLERC Nathalie, « Groupe de parole pour le personnel soignant », Soignants en EPHAD, [consultable en ligne : <https://www.soignantenehad.fr/pages/outils/groupe-de-parole-pour-le-personnel-soignant.html>], 2014.

¹⁵² DENEUX Alain, « Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 50, n°1, 2008, p. 124.

Plus encore, alors que des groupes de paroles étaient il y a quelques années encore obligatoires dans les services considérés comme les plus à risque, ce n'est plus le cas aujourd'hui. La consultation du psychologue de service étant donc facultative, elle n'est plus comprise dans le temps de travail et devient un luxe pour de nombreux soignants. Une infirmière dans un service connaissant un taux élevé de mortalité venant de mettre en place un groupe de parole décrit : « *au début je trouvais ça luxueux d'avoir un groupe de parole. Maintenant j'organise ma journée pour pouvoir m'y rendre. Je le prend parfois en cours de route. Il y a des fois où je n'y vais pas car j'ai trop de travail ou je suis trop fatiguée.*¹⁵³ »

Les discussions engagées avec les étudiants en médecine durant les remédiations ont aussi permis à Pauline Bouchet et moi-même de constater un manque à ce niveau-là. Une majorité des étudiants stagiaires répondaient non à la question de l'existence d'un cadre pour discuter de ses problèmes, alors même que c'est sûrement les jeunes professionnels, nouveau dans le milieu, qui sont le plus demandeurs d'un moyen de décharge émotionnelle.

En ce sens, il serait essentiel, pour reprendre les paroles d'Alain Deneux, de développer et de promouvoir davantage cette activité de groupes de parole afin d'aider les personnels dans leurs tâches relationnelles au quotidien, plutôt que de multiplier les interventions ponctuelles d'urgence dans les cas de burn-out.

La forme la plus connue et la plus répandue est celle des groupes Balint, du nom du psychiatre et psychanalyste hongrois Michael Balint qui conçoit cet outil dans les années 1950. D'abord pensé comme un moyen de recherche par le partage d'expérience et la valorisation de la compréhension émotionnelle, les groupes de ce nom portent aujourd'hui plutôt l'objectif de libération de la parole des soignants et d'acquisition de compétences psychothérapeutiques¹⁵⁴. Le groupe est traditionnellement composé de huit à douze médecins et animé par un psychanalyste et un ou deux observateurs. Chaque participant, à partir d'un cas concret, peut aborder en groupe les questions qu'il se pose à propos des relations qui se créent avec son ou ses patients. La méthode Balint impose donc de partir d'une difficulté individuelle dans l'exercice professionnel, ce qui s'entend au sens large mais comporte toujours en filigrane le souci d'interroger le lien soignant-soigné pour en explorer la dynamique relationnelle. Le groupe construit ses réponses, au fil des commentaires et résonances, des associations sur des situations similaires, des explications ou interprétations avancées¹⁵⁵.

¹⁵³ CANO Amélie, « Groupes de paroles, parler pour soulager la souffrance », Actu Soins, [consultable en ligne : <https://www.actusoins.com/21250/groupes-parole-parler-soulager-souffrance.html>], 2014.

¹⁵⁴ BOUCHACOURT Chloé, *op cit.*

¹⁵⁵ DENEUX Alain, *op cit.*, p.129.

Même si cela constitue des cas exceptionnels, on trouve quelques descriptions de groupes de parole pour professionnels de santé ayant recours à des outils théâtraux et scéniques. Il s'agit le plus souvent de techniques basées sur le psychodrame, tel que développé par Jacob Moreno dans les années 1930. Le dépassement de la parole comme moyen d'évacuer le récit et la conception d'autres biais, corporels, sensoriels etc. nous apparaît primordiale selon l'idée que :

« Si important que soit le langage dans le développement de l'individu et du groupe, il n'est cependant que la forme "logicisée" et syntaxique de la communication ; une grande découverte sociale, certes, mais une découverte qui laisse dans l'ombre les étapes initiales du développement de la communication humaine [...] Le langage n'épuise pas tout le psychisme : certaines dimensions importantes de ce psychisme restent inutilisées. Il faut donc une méthode pour refaire une synthèse à partir de ce magma, de ce tout, de ce trop-plein de réalité qu'est le monde préverbal et supravébal, dont est issu le monde verbal¹⁵⁶. »

L'utilisation du psychodrame chez les professionnels de santé peut se révéler intéressante puisque celui-ci se base sur la mise en jeu de situations vécues apportées par chaque participant, le passage du récit au jeu permettant un décroisement et une ouverture au regard de l'autre. Les récits « éveillent des échos¹⁵⁷ » chez les autres participants, le groupe fonctionne alors comme une « caisse de résonance¹⁵⁸ ».

Jean-Philippe Assal avec le Théâtre du Vécu que nous avons d'ores et déjà décrit se démarque du psychodrame puisqu'il ne s'agit pas d'ateliers mais travaille bien lui aussi avec le théâtre pour les soignants. Son but est de « rendre visible », au sens propre par la représentation théâtrale et au sens figuré, les difficultés liées à la responsabilité du médecin, à l'espérance de la guérison et de la survie, à la peur des complications, voire de la mort, permettant d'alléger et de communiquer métaphoriquement les vécus personnels¹⁵⁹. Au sein d'une interview, Jean-Philippe Assal explique en quoi son expérience en tant que chef de service en médecine pendant trente ans d'activités l'ont convaincu à la fois de la nécessité d'un soutien psychologique et de l'importance d'un axe créatif.

¹⁵⁶ MORENO J.L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, Presses Universitaires Françaises, 1987, p. 4-5.

¹⁵⁷ DUBOIS Jérôme (dir.), *Les usages sociaux du théâtre hors les murs – Ecoles, entreprise, hôpital, prison etc.*, op cit., p.15.

¹⁵⁸ *Ibidem*.

¹⁵⁹ FRFEM | Fondation recherche et formation pour l'enseignement du malade, « Le théâtre du vécu », op cit.

Les clowns à l'hôpital, seulement pour les patients ?

En introduction de ce travail de recherche, nous avons présenté les clowns à l'hôpital comme une des formes principales, ou tout au moins des plus connues publiquement et des plus médiatiques, quant aux actions artistiques dans le cadre de la santé. Nous voudrions revenir rapidement ici sur ce sujet car même si, comme nous l'avons relevé, les patients sont la cible principale des clowns à l'hôpital, cela ne signifie pas que les soignants ne sont pas bénéficiaires de leur présence.

Premièrement, les clowns à l'hôpital et leur lien avec les patients permettent une prise en charge facilitée pour les professionnels de soin. Les clowns constituent donc de véritables partenaires pour les soignants en atténuant le stress et l'anxiété des patients, le plus souvent des enfants mais aussi de leurs proches, et en détournant l'attention lors d'actes médicaux pénibles ou douloureux. Une infirmière en hématologie pédiatrique raconte à ce propos :

« Avant les soins, ils allaient voir l'enfant, la famille, pour faire connaissance, sentir l'ambiance. Nous, on arrivait après avec nos gros sabots, avec notre chariot, nos aiguilles. Le petit avait déjà eu son traitement anti-douleur s'il avait envie et pendant qu'on préparait notre matériel et qu'on faisait notre geste, les clowns captaient son attention. L'enfant était distrait, attiré par les bulles, par la musique... Ça marchait quel que soit l'âge. De 4 ou 5 ans jusqu'à 16 ans, ils partaient dans l'univers des clowns et ils oubliaient leur douleur. Quand l'enfant est détendu, tout le monde est détendu¹⁶⁰. »

Les clowns à l'hôpital sont donc d'autant plus efficaces qu'ils instaurent une réelle collaboration avec l'équipe soignante. Certaines associations en font un principe phare comme c'est le cas chez « Rire Médecin » chez qui les clowns, avant chaque journée de jeu, bénéficient d'une « transmission » avec un membre de l'équipe soignante qui les informe de la situation médicale et psychologique de chaque enfant présent dans le service¹⁶¹. Ces échanges, couverts par le secret médical, sont essentiels pour les clowns afin d'adapter leur jeu et d'improviser pour chaque enfant un spectacle personnalisé adapté à son humeur et à sa situation. Des réunions régulières sont également prévues pour donner l'occasion aux soignants d'évaluer les actions des artistes clowns. Le chef de service de chirurgie Rémi Kolher explique qu'ils voient les clowns qui interviennent au sein de son hôpital comme des « *confrères*¹⁶² » puisque ceux-ci partagent la même sollicitude pour les patients et que leur activité apparaît comme un complément au soins délivrés par l'équipe médicale.

¹⁶⁰ MATHIEU Bernard et GRISON Jacques, *Nez rouges, blouses blanches, 20 ans du Rire Médecin*, Les Impressions nouvelles, 2011, 208p.

¹⁶¹ (Sn), « La relation clowns et soignants », *Le rire médecin*, [consultable en ligne : <https://www.leriremedecin.org/nos-actions/les-regles-du-jeu/clowns-et-soignants.html>], 2019.

¹⁶² KOLHER Rémi, « Témoignages », *Docteur clown*, [consultable en ligne : <https://www.docteurclown.org/temoignages/>], 2019.

Au delà de cette facilitation de pratique et du partage d'objectifs communs, de très nombreux témoignages de soignants s'accordent à montrer que les clowns permettent, par leur intervention, une amélioration de leur bien-être sur leur lieu de travail.

L'aspect le plus visible est sûrement celui du rire, qui offre une parenthèse plus légère pour l'équipe médicale. Cet extrait d'un témoignage d'une infirmière d'un établissement hospitalier de Bruxelles en est une bonne illustration : « *C'est en côtoyant quotidiennement tous ces personnages pleins de fantaisie, d'humour et de spontanéité, que nous, les soignants, nous apprenons à nous laisser surprendre, à vivre et à apprécier la magie du moment présent, à retrouver notre part d'enfance*¹⁶³ ».

Mais entrer dans le jeu du clown permet également de prendre de la distance avec son rôle et sa responsabilité en tant que soignant et de créer une autre relation avec leurs patients, dans un cadre défini et protégé. Le Docteur Dulou témoigne que « *les soignants sont également touchés par ses interventions [puisque] lors de la présence des clowns, l'équipe modifie son action soignante "technique" pour créer, avec les clowns, un lien social tout différent avec les résidents.*¹⁶⁴ ». Si les soignants sont encouragés à se méfier de l'affect et à respecter une posture de professionnalisme, parfois épuisante dans l'exercice de la relation de soin, le jeu clownesque dessine un espace précis où le médecin n'est plus uniquement médecin mais partenaire de jeu et peut donc se permettre, sans risquer de trahir son image professionnelle, de s'amuser et d'amuser, le plus important étant de pouvoir tout aussi facilement entrer que sortir de ce dit-espace.

Les clowns à l'hôpital peuvent, de plus, choisir des moments d'interaction plus calmes privilégiés pour les professionnels de santé axés sur la relaxation. Un clown membre de l'association belge Lapsus Lazuli explique cette démarche :

*« Avec les soignants, nous tentons de détendre : petits massages, produits miracle contre le stress, prescriptions de vacances... Conscients du poids de leur responsabilité et du manque chronique d'effectifs, nous tentons d'être des accompagnateurs compréhensifs et, par la respiration que le clown invite à prendre, d'atteindre la dimension de l'hôpital hospitalier et humain*¹⁶⁵ ».

On voit bien ici que c'est autre chose que l'aspect ludique ou loufoque de l'action clownesque qui est décrite avec des attentions particulières pour la respiration ou la détente corporelle.

¹⁶³ Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », *op cit*, p.8

¹⁶⁴ DULOU Lydie, « Des clowns à l'EHPAD », *Le Mag des CH*, n°20, 2019.

¹⁶⁵ Culture et Démocratie, *op cit*, p.11.

Enfin, notons que certaines associations de clowns proposent des formations destinées aux soignants comme c'est le cas de Rire médecin, cette structure ayant acquis une expertise dans l'approche des patients en situation de vulnérabilité au sein du monde hospitalier. L'institut de formation du Rire Médecin a conçu des stages spécifiques destinés aux professionnels et futurs professionnels du secteur de la santé dans le but de les aider à exercer leur pratique médicale auprès de patients fragilisés¹⁶⁶.

La relation entre artistes de clown et soignants est donc porteuse de bien-être pour le professionnel de santé par différents aspects. Elle lui permet aux choix ou selon les moments de se concentrer exclusivement et plus sereinement sur l'acte médical en déléguant la prise en charge humaine ou au contraire de sortir temporairement de son rôle social et professionnel en participant au jeu du clown. Aussi, et cela mériterait d'être développé davantage les clowns peuvent servir de support aux soignants durant leur temps de pause pour relâcher la pression, par le rire, le contact corporel et le travail sensoriel, ou par la confiance.

¹⁶⁶ (Sn), « Formations destinées aux professionnels de santé », *Le rire médecin*, [consultable en ligne : <https://www.leriremedecin.org/nos-actions/institut-de-formation/formations-des-professionnels-de-la-sante.html>], 2019.

Les outils du théâtre d'entreprise pour un meilleur accompagnement des équipes

Michel Fustier, pionnier du théâtre d'entreprise en France, différencie dans son ouvrage *L'entreprise mise en pièces... de théâtre*¹⁶⁷ deux types de théâtre d'entreprise. Le premier serait « *au service des hommes de l'entreprise* » et utiliserait des techniques théâtrales dans un but de développement personnel avec par exemple un travail sur la prise de parole en public ou le développement de la créativité. Le deuxième serait « *au service de l'organisation de l'entreprise* » c'est-à-dire avec des interventions de type théâtre-action autour d'une problématique de l'entreprise. Il existe aussi des commandes théâtrales à usage événementiel comme les spectacles de fin d'année d'entreprise qui portent un objectif de fédération des membres mais nous ne le prendrons pas en compte dans notre analyse.

Concernant le développement personnel des personnes de l'entreprise par le théâtre, l'axe le plus couramment évoqué est celui de l'apprentissage de la prise de parole en public. Stéphane André dans *Le secret des orateurs*¹⁶⁸ fait la description de trois lois pour la prise de parole inspirées du théâtre.

1. La prise de conscience de son rôle et de la part de jeu existante dans la vie professionnelle permettant d'agir avec sincérité sans chercher à reconstruire ou à réécrire au fur et à mesure de son discours.
2. Le respect du masque et du recul par rapport au rôle qui donne la possibilité de « *garder une distance affective à chaque situation de la vie professionnelle, notamment dans les situations vécues comme des agressions*¹⁶⁹. » car le fait de jouer ou d'acter offre, dans un contexte difficile, un détachement quant aux situations sociales extrêmes.
3. La loi dite du « contrat de la rampe » concernant l'importance de penser l'entrée en scène, le début de la prise de parole, la position spatiale dans le lieu et la sortie. La réflexion autour de ces différents éléments entraînent un sentiment de légitimité naturelle chez l'orateur.

Les liens à faire entre ces lois et les problématiques développées tout au long de ce travail de recherche sont nombreux. On retrouve la question du rôle social, influente de façon particulière chez le professionnel de santé, celle de la juste distance émotionnelle ainsi que les enjeux de l'entrée et de la sortie, comme nous les avons travaillés avec les étudiants en médecine lors des remédiations. Le deuxième point quant à la distance affective est très certainement l'élément le plus traité par le théâtre d'entreprise sous l'idée de gestion des émotions. Le parallèle entre le travail de gestion des émotions pour un comédien et la nécessité de maîtrise de nombreuses émotions positives et

¹⁶⁷ FUSTIER Michel, *L'entreprise mise en pièces... de théâtre*, Éditions d'Organisation, 1996, 142p.

¹⁶⁸ ANDRÉ Stéphane, *Le secret des orateurs*, ESF Éditions, 1992.

¹⁶⁹ LESAVRE Laurent, « Théâtre et entreprise, état des lieux et approche globale » in DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors les murs*, Paris, l'Harmattan, 2011, p.67.

négatives (comme la conviction, la surprise, le stress, la peur etc.) sur le lieu de travail étant reconnu et régulièrement présent dans la littérature sur le théâtre d'entreprise.

Mais aujourd'hui, en structures de santé, le théâtre d'entreprise lorsqu'il est présent concerne plutôt la formation de soignants sur des thématiques ciblées comme celles de la bientraitance, de la sexualité des patients, ou de la gestion du stress lors d'annonces difficiles.

Nous pouvons prendre l'exemple du cas de l'HOPEP - Hôpital Privé de l'Est parisien fait appel en 2013 à la structure « Théâtre à la Carte » pour former ses équipes à la bientraitance. Un scénariste a d'abord visité l'établissement, rencontré les professionnels, recueilli leurs témoignages, afin de s'imprégner du quotidien des différents métiers et de concevoir « sur mesure » le texte de saynètes. Ces saynètes, illustrations de situations vécues et anecdotiques faisant appel au registre comique étaient ensuite jouées devant les spectateurs. La directrice des opérations du côté de l'hôpital retient surtout la mise en scène de « *comportements professionnels, de commentaires de patients, en utilisant leurs mots, leur jargon*¹⁷⁰ », dans une démarche bienveillante et non accusatrice. Virginie Hume dans son article « Le théâtre d'entreprise, origines et objectifs¹⁷¹ » décrit effectivement ses trois phases de consultant pour l'écoute des besoins, d'écriture de scénario et de représentation avec des acteurs professionnels pour l'atteinte de l'objectif d'analyse du théâtre d'entreprise.

L'association Co.Théâtre, elle, représente actuellement la référence en matière de théâtre d'entreprise en structures de santé avec plusieurs interventions en EHPAD, hôpitaux ou cliniques. Elle justifie l'utilisation du théâtre en milieu de soin par la favorisation de prises de conscience par l'effet miroir, la prise de recul et l'expression de ressentis et d'émotions face aux situations vécues, la possibilité d'aborder sans risque des sujets délicats et de briser les tabous qui y sont liées et l'entraînement à faire évoluer les comportements¹⁷². Observons ce tableau, trouvé sur leur site, présentant leurs différents types d'activités :

Sensibilisation itinérante : "Gestion du stress"	Spectacle : "Fin de vie"	Formation : "Bien-être, bientraitance, bien ensemble : un trio gagnant"
Objectif : sensibiliser et libérer la parole Les comédiens circulent au sein des services et jouent de courtes capsules théâtrales suivies d'un temps d'échange	Objectif : favoriser les échanges sur un sujet sensible En plénière, un spectacle suivi d'un temps d'échange pour faire le lien avec la réalité des participants	Objectif : faire évoluer les comportements Des spectacles, des échanges, des apports théoriques pour une formation ludique et concrète

¹⁷⁰ Site du Théâtre à la carte, « L'Hôpital de l'Est Parisien sensibilise son personnel à la bientraitance grâce au théâtre ! », Entretien avec Raphaëlle Rémeleur, [consultable en ligne : <https://theatrealacarte.fr/temoignage/lhopital-de-lest-parisien-sensibilise-son-personnel-a-la-bientraitance-grace-au-theatre/>], 2013.

¹⁷¹ HUME Virginie, « Le théâtre d'entreprise, origines et objectifs », *Actualité de la formation permanente*, n° 120, Centre INFFO, Paris, 1992.

¹⁷² Site du Co.Théâtre, « Du théâtre en EHPAD et à l'hôpital », [consultable en ligne : <http://www.co-theatre.fr/actualites/theatre-ehpad-hopital>], 2018

Il nous semble ici que si les objectifs sont diversifiés et en cohérence avec des besoins de soignants identifiés tout au long de notre recherche, les moyens alloués sont, eux, très majoritairement centrés sur la représentation. Ils ne font par conséquent appel presque exclusivement qu'au phénomène de catharsis comme défini par Patrice Pavis dans son dictionnaire du théâtre : « *la purgation des passions alors mêmes de leur production chez le spectateur qui s'identifie au héros tragique*¹⁷³ ». Or, bien que ce types d'actions nous semblent essentielles (nous avons suffisamment insisté sur la nécessité de formation aux situations à risque), nous souhaitons ici proposer deux critiques ou axes d'amélioration possibles.

On pense en premier lieu à tout ce qui concerne le théâtre d'entreprise « *au service de l'organisation de l'entreprise* » et qui se trouve exclu de façon quasi-systématique des objectifs des interventions en milieu de la santé. Lors de mon immersion au CHU de Grenoble et au sein des entretiens avec des patients traités ou ayant été traité pour un cancer, j'ai pu entendre divers propos critiquant non pas seulement des attitudes de professionnels mais également l'hôpital même en temps que structure. Chez les patients, il s'agissait principalement de dénonciation de manques de communication et de tensions (phénomènes de concurrence) entre soignants ou entres services. Chez les soignants, c'est l'hôpital comme cadre professionnel et administratif lourd et contraignant qui était mis en cause. Le théâtre peut-il apporter des changements ? Laurent Lesavre, précédemment cité, donne comme un des objectifs du théâtre d'entreprise la lutte « *contre l'antagonisme possible entre une structure procédurière et la sensibilité humaine* », le théâtre agissant comme « *un outil d'identification des failles organisationnelles*¹⁷⁴ ». Pour cela, les interventions théâtrales vont rechercher un développement de la créativité des participants par l'improvisation. En effet, celle-ci amèneraient à apprendre à réagir rapidement à des circonstances inattendues et de façon positive (en lien avec la règle du « toujours oui » en improvisation), c'est-à-dire sans briser l'initiative¹⁷⁵. Aussi, l'improvisation insiste sur la nécessité de trouver un objectif à chacune de nos actions mêmes les plus banales, ce que l'on peut mettre en lien avec un des trois symptômes de l'épuisement professionnel médical, la perte de sens au travail.

Enfin, pour le théâtre d'entreprise au service des hommes en milieu de soin, bien d'autres outils et techniques théâtrales pourraient être pensés en lien avec la respiration, la voix ou le corps et surtout insistant davantage sur la participation des intéressés comme c'est le cas avec des formes comme le théâtre-forum, le théâtre-action ou le micro-socio théâtre¹⁷⁶.

¹⁷³ PAVIS Patrice, *Dictionnaire du Théâtre*, Dunod, Paris, 1996.

¹⁷⁴ LESAVRE Laurent, « Théâtre et entreprise, état des lieux et approche globale » in DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors les murs*, Paris, l'Harmattan, 2011, p.71.

¹⁷⁵ QUENTIN Gérard, *Enseigner avec aisance grâce au théâtre*, Chronique Sociale, Lyon, 1999, 170p.

¹⁷⁶ Terme de Jean-Félix Hurbin, animateur de conventions d'entreprises.

CONCLUSION

En définitive, ce travail de recherche porte la volonté de penser les initiatives utilisant des outils du théâtre dans le milieu du soin à destination des professionnels de santé. Il était à la fois question de faire un état des lieux des projets existants, y compris ceux dans lesquels je me suis investie dans le cadre de mon stage, et de leur penser des améliorations ou des développements possibles pour l'avenir. En nous appuyant sur les annonces politiques officielles en matière de santé et sur la littérature en sociologie, psychologie et anthropologie de la médecine et des soignants, nous avons mis en lumière deux axes à exploiter, celui de la relation soignant-patient et celui de l'expression des soignants quant à leurs difficultés professionnelles. Ces deux angles de réflexion ont été choisis en accord avec deux phénomènes qui nous ont semblé particulièrement emblématiques des bouleversements qu'a connus la médecine entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 et qui continuent encore aujourd'hui de poser question. D'abord, une formidable ouverture de la parole des patients quant à leur prise en charge dans les structures de santé et la naissance de revendications fortes pour l'intégration de la volonté du patient dans le processus de soin et pour une prise en charge globale du malade, et non plus seulement de la maladie. Ensuite, une explosion des cas de « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » (SEPS) et une prise de conscience de l'urgence à comprendre et à trouver des solutions à ce phénomène.

Dans un premier temps, nous avons donc montré comment le recours au théâtre pouvait aider une meilleure écoute et réception de la parole des patients par les soignants. Nous avons pour cela effectué une analyse en profondeur de l'outil de la simulation en santé, à travers les articles scientifiques et rapports officiels en la matière mais aussi par notre propre expérience avec les consultations simulées pour les externes en quatrième année de médecine à Grenoble. Nous avons aussi accordé une attention marquée à l'idée d'individualisation du patient et avons relaté, à nouveau en accord avec notre expérience avec les futurs médecins, les possibilités de prise de conscience que le théâtre pouvait amener sur ce sujet. Cela a été l'occasion de s'interroger sur des notions comme celles du rôle ou des entrées et sorties, en théâtre et en sociologie, adaptées au monde professionnel médical. Pour finir, Nous nous sommes focalisé sur le deuxième projet mené avec le centre de coordination en cancérologie du CHU et avons fait la description d'une utilisation de vécus de patients comme matériaux de création théâtrale dans un but de changements de pratiques chez les soignants.

La deuxième partie de notre recherche s'est davantage placée du côté des soignants pour observer les difficultés qui sont propres à l'exercice de leurs métiers et tâcher de trouver par le théâtre des moyens d'en diminuer le poids. Il nous est apparu à de nombreuses reprises que la formation des soignants ne leur permettait pas de faire face à des enjeux complexes de leur profession et que cela pouvait par la suite être source, non seulement de mauvaises prises en charge, mais également de stress, de perte de confiance, voire de sentiments douloureux et traumatiques dans le temps. Nous avons alors cherché à lier des techniques théâtrales à ces problématiques. A nouveau, la simulation mais également l'improvisation s'avéraient alors efficaces pour préparer aux situations les plus à risque. Aussi, nous nous sommes penché sur l'enjeu majeur dans la relation de soin de la relation au corps, au sien et au corps de l'autre. Des exercices et réflexions en ce sens ont été amenés lors des remédiations avec les étudiants en médecine. Enfin, nous avons voulu imaginer des moyens pour le théâtre de faciliter l'exercice des professionnels de santé, en dehors de la question de la formation. Cela pouvait passer par la création d'espaces de partage des expériences douloureuses, par l'introduction du rire et du jeu pour alléger le quotidien ou pour un accroissement de la créativité et une apaisement des interactions entre professionnels de santé sur leur lieu de travail.

De façon multiple, il nous est donc apparu que le recours au théâtre, que ce soit par la simulation l'improvisation, les ateliers, les spectacles ou même la simple présence d'artistes au sein de la structure, pouvait dégager beaucoup de positif pour les soignants. Néanmoins, lorsque l'on cherche à s'insérer dans le milieu de la santé avec des projets artistiques et théâtraux, il n'est pas rare de rencontrer des réticences chez les acteurs médicaux. J'ai pu constater cela durant mon expérience de stage au CHU Grenoble-Alpes et les témoignages en ce sens abondent dans les articles et ouvrages sur le sujet. Comment expliquer cela ?

L'article « Enjeux, principe cathartique, protocoles et limites des usages sociaux du théâtre¹⁷⁷ » de Jérôme Dubois fait la liste des limites du théâtre comme vecteur social et pointe les préjugés sur le théâtre comme obstacle principal. Ces préjugés peuvent être ceux du public visé de l'action ou de la structure choisie pour l'intervention. Concernant le public, il est en effet courant de trouver des personnes intimidées par le théâtre ou considérant que cette pratique ne leur est pas destinée du fait d'une image élitiste ou purement littéraire de cet art. Pour ce qui est des stéréotypes appartenant à l'institution, le secteur du soin est particulièrement touché. Le cas des clowns qui ont du lutter pendant de nombreuses années pour être acceptés au sein de l'hôpital est particulièrement parlant.

¹⁷⁷ DUBOIS Jérôme, « Enjeux, principe cathartique, protocoles et limites des usages sociaux du théâtre », *Sociétés*, n°138, [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-societes-2017-4-page-29.html>], 2017, pp. 29-40.

Le chef du service d'onco-pédiatrie dans un hôpital pour enfants Pascal Chastagner, où l'association Rire Médecin intervient déclare lui-même : « *En tant que soignants, nous avons eu un peu de mal au départ à les accepter parce qu'il nous semblait que cela ne faisait pas sérieux dans un endroit où rôde la mort, il faut dire les choses telles qu'elles sont*¹⁷⁸ ».

Cela étant dit, nous souhaiterions pour conclure relever que, si la confiance envers le milieu artistique par le milieu du soin est difficile à acquérir, elle peut donner lieu à de véritables effets de contagion. En guise d'exemple, pour ce qui touche à la formation des futurs professionnels de santé, nous sommes actuellement en train d'observer à Grenoble une ouverture de l'intérêt pour la simulation en santé et pour des ateliers théâtraux et corporels dans différentes filières médicales et psychologiques.

¹⁷⁸ DESTRACQUE Malika et CHASTAGNER Pascal (témoignages), « Témoignages Soignants – Le Rire Médecin », *Acoris Mutuelles*, [consultable en ligne : <https://www.acorismutuelles.fr/infos-actus/dossiers/le-rire-medecin/temoignages-soignants>], 2019.

1 – Objectifs et stratégies politiques pour la santé et les arts

- Le programme « Culture et Santé »

Ouvrages:

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la Direction Régionale des Affaires Culturelles, *Aventures en terres hospitalières. Culture, hôpital et territoires 2000-2010*, Éditions Lieux Dits, 2009.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la Direction Régionale des Affaires Culturelles, *Il suffit de passer le pont...*, Éditions la Ferme du Vinatier, 2001.

Travaux universitaires :

GADIOLLET Pauline, *À quoi ça sert? Culture et communication au Centre Psychothérapique de l'Ain*, Mémoire de Master 2 LARP (Lettres Appliquées à la Rédaction Professionnelle), Université Lyon 2, 2018.

Sites internet :

Site du Ministère de la Culture, « Culture et Santé », [consultable en ligne : <http://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-Sante>]

Site de la DRAC Auvergne Rhône-Alpes, « La démarche Culture et Santé », [consultable en ligne : <http://www.culture.gouv.fr/Regions/Drac-Auvergne-Rhone-Alpes/Action-culturelle-et-territoriale/Culture-et-Sante/La-demarche-Culture-et-Sante>], 2018

Site de l'association InterSTICES, [consultable en ligne : <https://www.interstices-auvergnerhonealpes.fr/>]

- Réflexions gouvernementales autour des soignants

Publications officielles :

Ministère des Solidarités et de la Santé, «Une stratégie nationale pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux », 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Une stratégie nationale pour prendre soin de ceux qui soignent », 2018.

Sites internet :

Site du Ministère des Solidarités et de la Santé, [consultable en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>]

Site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Observatoire QVT – qualité de vie au travail », [consultable en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>]

2 – Outils théâtraux

- Notions générales, personnages, rôle et jeu d'acteur

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

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, 4ème édition, 2007.

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

PEZIN Patrick, *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*, L'Entretemps, Montpellier, 2012.

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

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

Articles :

DOUGUET Marc, «Entrée en scène, entrée en acte», *Agôn* n°5, ENS Lyon, [consultable en ligne : <http://agon.ens-lyon.fr/index.php?id=2346>], 2012.

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.

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*, Vol 20, n°3, 1988.

- L'improvisation théâtrale

Ouvrages :

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

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.

Articles :

COELHO BORGES FARIAS Sergio, « La formation de l'acteur par l'improvisation devant le public. Technique et performance », *Sociétés* 2001/4 (no 74), p. 73-79.

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.

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.

Définitions et enjeux du théâtre social ou « théâtre appliqué »

Ouvrages:

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

BOAL Augusto, *Méthode Boal de théâtre et de thérapie – l'arc en ciel du désir*, Ramsay, Paris, 1990, 258p.

DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs – École, entreprise, hôpital, prison etc.*, L'Harmattan, Paris, 2011, 232p.

FUSTIER Michel, *L'entreprise mise en pièces... de théâtre*, Éditions d'Organisation, 1996, 142p.

KLEIN Jean-Pierre, *Théâtre et dramathérapie*, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2015, 128p.

MARTINEZ-THOMAS Monique, *Le théâtre appliqué - Enjeux épistémologiques et études de cas*, Lansman, 2017, 300p.

Articles :

DUBOIS Jérôme, « Enjeux, principe cathartique, protocoles et limites des usages sociaux du théâtre », *Sociétés*, 2017/4 (n° 138), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-societes-2017-4-page-29.html>], pp. 29-40.

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

MONTARGOT Nathalie et REDON Gaëlle, « Le théâtre d'entreprise : un outil de formation permettant de lutter contre les mécanismes discriminatoires ? », *Management & Avenir*, 2018/6 (N° 104), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-management-et-avenir-2018-6-page-173.html>], pp. 173-193.

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

SALGADO Melchior, « Tous sur scène ! Comment le théâtre peut-il aider à former les cadres ? », *Gestion*, 2010/4 (Vol.35), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-gestion-2010-4-page-19.html>], pp. 19-26.

Sites internet :

NYU, Department of Music and Performing Arts Professions, « Applied theatre », [consultable en ligne : <https://steinhardt.nyu.edu/music/edtheatre/appliedtheatre/>], 2019.

The Center for Applied Theatre, « What is applied theatre ? », [consultable en ligne : <http://center-forappliedtheatre.org/what-is-applied-theatre/>], 2019.

3. Médiations artistiques en milieu de soin

Ateliers artistiques à destination des patients

Articles :

BACHMANN Brigitte, GUILLON Marie-Sa, RABIA Hassen *et al.*, « Présentation d'un atelier littéraire et musical en unité de soin pour adolescents », *L'information psychiatrique*, 2014/2 vol.90, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-2-page-115.html>] pp.115-120.

BONNEFON Gérard, « Un art extraordinaire ? À propos des pratiques artistiques dans les secteurs du médicosocial et de la santé mentale », *EDP Sciences* | « *Psychologie Clinique* », 2012/2 n° 34, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2012-2-page-155.html>] pp. 155-166.

COSTES Mylène, « L'atelier culturel en hôpital psychiatrique : un « cadre modalisé », objet de détournements par le personnel soignant », *Études de communication*, n°39 | 2012, 13p.

FERNANDEZ-HENOCQUE Michèle, et GEIDER Sophie, « L'apport de l'art-thérapie en oncologie », *Cancer(s) et psy(s)*, vol. 2, n°1, 2016, pp. 116-126.

HAMOUDA Chantal et SKOULIKAS Anne-Hélène, « Panser la douleur : l'art-thérapie rencontre le soin », *Médecine & Hygiène* | « Revue internationale de soins palliatifs », 2014/2 Vol. 29, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2014-2-page-55.html>], pp. 55-61.

MASSON Céline et PERRET Anne, « Dispositifs psycho-artistique (médiation par l'artiste) – présentation d'un dispositif d'ateliers artistiques mis en place dans une institution de soin pour adolescents », *Groupe d'études de psychologie* | « *Bulletin de psychologie* », 2018, n°553, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2018-1-page-545.html>], pp. 545-553.

MORO Marie-Rose, LACHAL Jonathan, TITIA-RIZZI Alice et VIARDOT Claire, « Groupe d'écriture thérapeutique pour patients hospitalisés dans une maison des adolescents », *Presses Universitaires de France* | « *La psychiatrie de l'enfant* », 2016/1 Vol. 59, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2016-1-page-173.html>], pp. 173-208.

Rapports :

Culture et Démocratie, « Art et santé, pratiques artistiques en milieu de soins, regards croisés », Bruxelles, 2007, 52p.

Travaux universitaires :

ANDREOLETY Léa, *La pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle*, Mémoire de Master en Création artistique sous la direction d'Alice Folco, Université Grenoble Alpes, 2015.

- Le théâtre et la simulation comme outils de formation en santé des soignants

Ouvrages:

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

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

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

Articles :

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

GINEYT Christine. « Les coulisses de la didactisation des savoirs en sciences infirmières : simulation par jeu de rôle filmé pour un apprentissage par situations-problèmes », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 123, n°4, 2015, pp. 89-107.

HOMERIN Marie-Pierre et ROUMANET Marie-Cécile, « Évaluation des étudiants infirmiers en situation simulée : en quête de sens et d'éthique », *Recherche en soins infirmiers*, 2014/3 (N° 118),

[consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-38.html>], pp. 38-51.

JAFFRELOT Morgan et PELACCIA Thierry, « La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants », *Recherche & formation*, vol. 82, n°2, 2016, pp. 17-30.

LALONDE Michelle, *et al.* « Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 131, no. 4, 2017, pp. 71-84.

ROUMANOFF Colette, « Des ateliers théâtre pour entrer dans la relation », *in* : BERGERET-AMSELEK Catherine éd., *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* Toulouse, ERES, 2018, [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/et-si-alzheimers-et-autismes-avaient-un-lien--9782749257556-page-339.html>], pp. 339-343.

Travaux universitaires :

ANDREOLETY Léa, *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. Musique, musicologie et arts de la scène*, Mémoire de Master en Création artistique sous la direction d'Alice Folco, Université Grenoble Alpes, 2017.

BREILLAD Marion et CHAPEL Sarah, *Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation*, thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine sous la direction de Jérôme Louis, UFR de médecine de Grenoble, 2017, 195p.

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 ? Étude 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.

Vidéos :

ICM Montpellier, « Le théâtre à la rencontre de la médecine pour former les oncologues », *Youtube*, [disponible en ligne : https://www.youtube.com/watch?time_continue=169&v=aVKiMH8k6qM], 2016

4 - Milieu hospitalier, maladie, patient et soignant en sociologie et psychologie

- Sociologie du monde médical et hospitalier

Ouvrages :

DODELER Virginie et FISCHER Gustave-Nicolas, *Psychologie de la santé et environnement*, Dunod, 2009, 146p.

FERNANDES Anne, KESSLER-BILTHAUER Déborah et MEGHERBI Saïd, dir., *Autour du soin – Pratiques, représentations, épistémologie*, PUN, éditions universitaires de Lorraine, Nancy, 2014, 184p.

FISCHER Gustave-Nicolas et TARQUINIO Cyril, *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Dunod, « Psycho Sup », 2014, 280p.

PAILLARD Christine, *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, SETES, Noisy-le-Grand, 2015, 522p.

POUCHELLE Marie-Christine, *L'Hôpital ou le théâtre des opérations, Essais d'anthropologie hospitalière : tome 2*, Paris, Seli Arslan, 2008, 192p.

Revue Française des Affaires Sociales, dossier thématique « Le patient dans le système de santé », *La documentation Française*, 2017, 252p.

ROTHIER-BAUTZER Eliane et ROGER Michel dir., *Former au soin – Des praticiens en recherche*, Lamarre, 2017, 206p.

VEGA Anne, *Une ethnologie à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2004, 218p.

VEGA Anne, *Soignants/Soignés – Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck & Larcier, Bruxelles, 2001, 162p.

- Les représentations sociologiques et sociales de la maladie et de la santé

A. Général

Articles :

BATAILLE Michel *dir.* « Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles », in. *L'année de la Recherche en Sciences de l'Éducation*, Paris, PUF, 1997, pp. 57-89.

CEDRASCHI C., ALLAZ AF. et PIGUET V., « Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute », *Douleur et Analgésie*, vol. 11, 1998, [consultable en ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03013290>], pp. 91-94.

GIRARD Élodie, « Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? », *Revue Med Suisse, n°105, Médecine et Hygiène*, vol.12, 2016, pp.303-305.

JEOFFRION Christine, « Santé et représentations sociales : une étude «multi-objets» auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé », *Presses universitaires de Liège | « Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale »*, 2009/2, Numéro 82, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm/>], pp. 73-115.

ROBIN-QUACH Patricia, « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », *Recherche en soins infirmiers*, 2009/3 (N° 98), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-36.html>], pp. 36-68.

B. Autour de la maladie du cancer

Ouvrages :

AMSELLEM Norbert et BATAILLE Philippe, *Le cancer : un regard sociologique. Biomédicalisation et parcours de soins*. La Découverte, « Recherches », 2018, 352p.

BEN SOUSSAN Patrick, *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, ERES, « L'Ailleurs du corps », 2004, 352p.

SAMI Ali , BENSOUSSAN Maurice, DANAN Albert *et al.*, *Cancer et psychosomatique relationnelle*, EDK, Groupe EDP Sciences, « Recherche en psychosomatique », 2013, 116p.

Articles :

DESCHAMPS Danièle, « Parler maux à mots du cancer », *Cancer(s) et psy(s)*, 2014/1 (n°1), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-45.html>], pp. 45-58.

ROSSI Ilario, « Pluralisme thérapeutique et société », *Cancer(s) et psy(s)*, 2016/1 (n°2), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-cancers-et-psys-2016-1-page-52.html>], pp. 52-62.

- Définition et enjeux de la souffrance des soignants

Ouvrages :

CANOUI Pierre et Mauranges Aline, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du « burn out » aux réponses*, Editions Masson, Paris, 2001, 224p.

Articles :

CANOUI Pierre, « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *Médecine & Hygiène* | « InfoKara », 2003, Vol. 18, pp. 101-104.

DELBROUCK Michel, « Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant », *Imaginaire & Inconscient*, vol. 25, n°1, 2010, pp. 157-166.

DELHAYE Marie, LOTSTRA Françoise, « Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant », *Cahiers de psychologie clinique* (n° 28), 2007, [consultable en ligne : <https://www-cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-49.html>], pp. 49-59.

GAL Corinne, LEROY-VIEMON Brigitte et MOARAGUES Jose-Luis, « Principes d'un dispositif psycho-phénoménologique « d'aide aux aidants » », *Perspectives Psy*, vol. vol. 47, n°4, 2008, pp. 398-409.

PETIAU Annick, « Just do it ». Accompagner la souffrance des soignants : entre complexité et logique de rendement », *Cahiers de psychologie clinique*, 2018/2 (n° 51), [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2018-2-page-157.html>], pp. 157-168.

- La relation soignants-patients

Ouvrages :

FAIZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Presses Universitaires de France, « Ethnologies », 2006, 168p.

O' DOWD TC, *Five years of heartsink patients en général practice*, BMJ (Clin Res) 1988, 297p.

PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité du soin - Distance et affectivité - Distance et déshumanisation - Enjeux individuels et collectifs*, Rueil-Malmaison: Lamarre, 2003, 228p.

Articles :

BLANCHARD François, *dir.* « Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect », *Gérontologie et société*, vol.29, n°3, 2006, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-3-page-19.html>], pp. 19-26.

BORTON C. et KNOTT L., « Patients difficiles, conflits avec les patients », *Association nationale pour la prévention du risque médical*, [consultable en ligne : <https://www.prevention-medicale.org/Revue-de-question-thematique/Toutes-les-revues-de-questions/Patients-difficiles-conflits-avec-les-patients/Patients-difficiles>], 2015.

BUNGENER Martine, « Les médecins généralistes face aux patients atteints de cancer en fin de vie » in. SCHEPENS Florent, *Les soignants et la mort*, ERES | « Clinique du travail », 2013, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/les-soignants-et-la-mort--9782749236162-page-151.html>], pp. 151-163.

GINESTE Yves, MARESCOTTI Rosette et PELISSIER Jérôme, « L'humanité dans les soins », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3 (N° 94), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page-42.html>], pp. 42-55.

MICHON Florence, « Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance », *SOINS* n°773, 2013, pp.32-34.

QUAGLIARIELLO Chiara, « Le temps consacré à la communication médecin-patient. Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé », *Politiques de communication*, 2017/2 (N° 9), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-politiques-de-communication-2017-2-page-63.html>], pp. 63-88.

RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, *La juste distance dans la relation soignant-soigné*, mémoire pour l'Institut de formation en soins infirmiers, 2012, [consultable en ligne : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf>], 50p.

(Sn), « 2ème Congrès international francophone de soins palliatifs », *Médecine & Hygiène*, « *Revue internationale de soins palliatifs* », 2013/1 Vol. 28, [consultable en ligne : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2013-1-page-9.html>], pp. 9-106.

Travaux universitaires :

BOUCHACOURT Chloé, *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine sous la direction de Marie-Anne PUEL, Université Paris Diderot, 2014, [consultable en ligne : <http://www.bichat-larib.com/publications.documents /4715 BOUCHACOURT these.pdf>], 104p.

- L'importance de la narration, l'entretien patient et l'écoute active

Ouvrages :

ARTAUD Jean, *L'écoute : attitudes et techniques*, Éditions Chronique Sociale, Lyon, 1991.

MUCCHIELI Roger, *L'entretien face à face*, ESF, Issy-les-Moulineaux, 2004.

REBOUL Pierre, *Visiteur à l'hôpital et en maison de retraite*, L'Harmattan, Paris, 2005.

REBOUL Pierre, *Écouter pour accompagner – fonder une pratique*, Chronique sociale, Lyon, 2013.

Articles :

FERRO Antonino, « Rêverie et narrativité, thérapeutes de la psyché », *Cancer(s) et psy(s)*, 2014/1 (n°1), [consultable en ligne : <https://www-cairn-info.iepnomade-2.grenet.fr/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-10.html>], pp. 10-13.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	p.4
PARTIE I - Pour une meilleure écoute et réception de la parole des patients	p.11
→ <i>Quelle conception aujourd’hui du soin et du soignant ?</i>	p.11
A. Des simulations de médecine générale centrées sur l’écoute.....	p.14
<i>Qu’est-ce que la simulation en santé ?</i>	p.14
<i>Quel dispositif de simulations en santé mis en place à Grenoble ?</i>	p.17
<i>Préparation des étudiants en arts du spectacle – le cours « Improvisation à l’hôpital »</i>	p.20
B. Des remédiations théâtrales pour penser le quotidien des soignants.....	p.24
<i>Réflexion sur le rôle et la relation patient-soignant</i>	p.24
<i>Penser l’individualisation du patient, la « gestion de la singularité à grande échelle »</i>	p.28
<i>Les notions d’entrée et de sortie pour les praticiens médicaux</i>	p.31
C. Le vécu et la parole des patients comme matériel artistique et pédagogique.....	p.35
<i>Présentation de l’étude avec le service en cancérologie</i>	p.35
<i>L’écoute, le recueil et l’accompagnement artistique du vécu du patient avec cancer</i>	p.38
<i>La représentation théâtrale porte-parole de la voix des patients vers les soignants</i>	p.41
PARTIE II - Pour une meilleure prise en charge de la souffrance du personnel de santé	p.44
→ <i>Comment comprendre la souffrance professionnelle dans le milieu médical aujourd’hui ?</i>	p.44
A. En amont, la nécessité de former les futurs soignants aux situations professionnelles difficiles ou à risque.....	p.47
<i>Les patients « heartsink » – quelle attitude adopter ?</i>	p.47
<i>La nécessité de formation par spécialité ? Focus sur le secteur de la cancérologie</i>	p.51
<i>Les simulations à l’annonce de diagnostic en neuropsychologie à Grenoble</i>	p.54
B. A l’échelle individuelle, amener les médecins à une meilleure écoute d’eux-mêmes ?.....	p.58
<i>Réflexion sur les représentations de la maladie et du soin pour les soignants</i>	p.58
<i>La question de la juste distance</i>	p.61
<i>Penser son corps pour prendre soin du corps de l’autre</i>	p.64
C. A l’échelle collective, des ateliers de théâtre pour l’expression des soignants ?.....	p.68
<i>Libérer ses expériences douloureuses</i>	p.68
<i>Les clowns à l’hôpital, seulement pour les patients ?</i>	p.71
<i>Les outils du théâtre d’entreprise pour un meilleur accompagnement des équipes</i>	p.74
Conclusion	p.77
Bibliographie	p.80
Table des matières	p.94
Annexes	p.95

ANNEXES

Tables des annexes

Annexe 1 - Calendrier des séances pour le cours d'improvisation à l'hôpital.....	p.97
Annexe 2 - Les canevas médicaux pour les consultations simulées.....	p.98
Annexe 3 - Les profils de patients pour les consultations simulées.....	p.105
Annexe 4 - 12 bonnes pratiques de débriefing en simulation de santé par la HAS.....	p.106
Annexe 5 - Schéma issu du guide Calgary-Cambridge pour l'entrevue médicale ».....	p.107
Annexe 6 – Échelle de résilience.....	p.108
Annexe 7 - Programme de la formation à l'écoute par le CLABH.....	p.109

Annexe 1 - Calendrier des séances pour le cours d'improvisation à l'hôpital

**OFC Semestre 3, jeudi 13h30-15h30, EST
+stage de 6h le samedi 16 mars**

ATELIER IMPROVISATION À L'HÔPITAL

1. **Jeudi 24 janvier**
Présentation du projet.
Improvisations autour de la rencontre.
2. **Jeudi 31 janvier**
Exercices d'improvisations autour des actions/réactions et travail sur les intensités d'émotions.
3. **Jeudi 7 février**
Venir avec un objet personnel et son histoire.
Travail sur l'authenticité du jeu.
Distribution et découverte des quatre canevas par le jeu.
4. **Jeudi 14 février**
Avoir appris un canevas et préparé des questions pour les médecins.
Entretien avec Philippe Chaffanjon (Professeur de médecine, chirurgien, co-responsable du projet) et Alexandre Bellier (interne, coordinateur du projet)
5. **Jeudi 21 février**
Travail sur les canevas et sur les profils des patients.
6. **Samedi 16 mars: EST** Journée improvisation **10h-17h** avec Emmanuel GAILLARD, improvisateur professionnel
7. **Jeudi 21 mars**
Entraînement consultations
8. **Lundi 25, Mardi 26, Mercredi 27, Jeudi 28 mars : soirées de consultations**
au CHU de La Tronche, de 18h à 20h00 Arrêt de tram : MICHALLON. Entrer dans la Hall Chartreuse. Changer pour le Hall Belledonne. Ascenseur : 10^{ème} étage. Couloir D.
9. **Jeudi 4 avril**
Débriefing et retravail, écriture-bilan, travail sur la consultation par 2.
10. **Lundi 8, mardi 9, mercredi 10, jeudi 11 avril : soirées de consultations**
au CHU de La Tronche, de 18h à 20h00 Arrêt de tram : MICHALLON. Entrer dans la Hall Chartreuse. Changer pour le Hall Belledonne. Ascenseur : 10^{ème} étage. Couloir D.
11. **Jeudi 18 avril**
Bilan et improvisations libres.

Annexe 2 - Les canevas médicaux pour les consultations simulées

CANEVAS 2018-2019 Improvisation à l'hôpital OFC L2

Dossier Alix

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Je ne dors plus

Fatigue

Baisse des performances physiques et psychiques

Pas de goût pour sortir

Fatigue psychique, plus envie de courir, baisse libido, boulimie ou dégoût alimentaire...

Crises de larmes

Variante : consommation d'alcool en solitaire

Variante : explication sentimentale ou professionnelle à imaginer et construire, soit un traumatisme unique soit une accumulation de vexations, contrariétés, échecs

Variante : accès d'agressivité injustifiée ou au contraire, geste rare, ralentissement

Le terrain, les antécédents :

Peu importe : Appendicite, otites à répétition dans l'enfance, un accident de circulation avec traumatisme crânien, hospitalisation courte, simple observation

Pas de traitement médical

Automédication : un copain m'a donné du Lexomil (petites barettes sécables en 4) pour dormir, j'en prends un demi comprimé le soir, souvent, parfois j'en prends un autre dans la journée. Ça ne marche pas de toute façon

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, statut social, personnel

Profession

Dans la famille : peu importe

Tabac, alcool : peu importe

Dossier Anaël(le)

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Signe 1 = hémorragie lors d'une extraction dentaire récente, le dentiste a conseillé de consulter car il a eu du mal à arrêter le saignement. Signe à énoncer systématiquement.

Selon le déroulement de l'interrogatoire, la qualité du contact ou les questions posées, il faudra ajouter :

Signe 2 = saigne du nez fréquemment et spontanément le plus souvent, mais n'y a jamais prêté attention

Signe 3 = multiples ecchymoses (bleus) sur le corps, mais « maladroit(e) et marque facilement »

Bonne forme physique

Le terrain, les antécédents :

Désire un enfant depuis quelques mois avec son(sa) conjoint(e) donc inquiet +++

Une seule opération : extraction dentaire (dents de sagesse)

Jamais hospitalisé(e)

Jamais d'anomalies sur les résultats des prises de sang jusqu'à maintenant

Pas de traitement médical, mais parfois utilisation d'une mèche pour arrêter le saignement du nez

Pas d'allergie

Dans la famille : père qui saigne souvent du nez aussi et grand-mère paternelle décédée d'une « hémorragie interne » après une chute d'un trottoir

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, personnel, statut social

Alcool, tabac

Profession, activités physiques ou sportives

Dossier André(e)

Peut être associé à tous les noms de famille

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

J'ai une boule sous le bras qui grossit

Indolore ou simple gêne

Depuis un mois, en me lavant

Voyage exotique possible

Présence d'un chat à la maison

Signaler ou non une grosse griffure de chat sur la main du même côté ou piqûre de ronce avec un abcès autour de l'ongle... il y a quelques semaines. Je n'ai rien fait. Désinfection. Pansement.

Variante : la première grossit et je crois bien en sentir une autre au cou du même côté.

Variante : fatigue physique, coups de chaud, température non prise

Le terrain, les antécédents :

Chute en vélo à 15 - 16 ans, fracture du poignet, plâtrée

Pas de traitement médical en cours

Urticaire après traitement pour une angine avec Augmentin®

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, statut social, personnel

Profession, activités physiques ou sportives

Dans la famille : peu importe

Tabac, alcool : peu importe

Dossier Camille

Compatible avec tous les noms de famille

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Signe 1 = hématurie à la bandelette lors d'une consultation de médecine du travail (présence de sang sur une bandelette de papier trempée dans le verre d'urines, plus ou moins importante entre « traces de sang » et « sang pur », ici il faut dire qu'on m'a dit qu'il y avait du sang dans les urines, mais je ne sais pas si il y en a beaucoup, en tous les cas ça ne se voit pas à l'œil nu)

Durée = même remarque lors de la visite de médecine du travail il y a un an (on me l'avait dit et on m'avait dit d'aller voir mon généraliste mais je ne l'ai pas fait parce que j'allais bien ou j'aurai bien voulu mais j'ai déménagé ou mon père a été malade... et puis j'ai oublié)

Ressenti = aucun, aucune douleur en urinant, pas de besoin d'uriner souvent, jamais la nuit en tous les cas, pas de douleurs en urinant, pas de douleur nulle part d'ailleurs.

Signe 2 = (à exprimer si question sur les antécédents urinaires) hématurie macroscopique il y a 4 ou 5 ans après une rhinopharyngite (je me souviens que mes urines étaient rouges au début j'ai cru qu'elles étaient foncées), une sorte d'angine qui avait nécessité une prise d'antibiotiques. Aucun bilan réalisé à l'époque.

Hématurie mal précisée, plus ou moins totale, transitoire, souvenirs flous

Forme physique « habituelle »

Le terrain, les antécédents :

Appendicite opérée dans l'enfance, pas de souvenirs, en tous les cas pas de problèmes graves et guérison rapide

Pas de traitement médical en cours

Pas d'intolérance ou d'allergie (pas d'urticaire, de démangeaisons, d'asthme, de gonflements avec certains aliments, certains médicaments, certains produits, certains animaux)

Dans la famille : rien de particulier sauf cancer du sein chez mère

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, statut social, personnel

Profession, activités physiques ou sportives

Tabagisme

Dossier Dominique

Compatible avec tous les noms de famille

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Signe 1 = Toux sèche = sans écoulement nasal, sans sécrétions bronchiques, sans mal de gorge, sans essoufflement ou à peine (pas d'envie de se moucher, ni de cracher, ni de racler la gorge. Ce ne sont pas des grosses quintes de toux)

Durée = depuis quelques jours, peu précis

Ressenti = Toux pénible, agaçante, gênante pour l'entourage

Quinte de toux sans facteur déclenchant évident, le jour et un peu la nuit

Signe 2 = Point de côté à droite depuis quelques jours, plus ou moins permanent, sensible aux changements de position. Le signe 2 peut être placé en première position.

Douleur profonde, pas déclenchée par la palpation des côtes ou de la peau, pas de trace d'hématome, pas de chute, pas de choc récent, comme une sorte de couteau qui s'enfonce entre les côtes...

Forme physique « habituelle », pas la grande forme

Le terrain, les antécédents :

Tabagisme à 8-10 cigarettes par jour depuis l'âge de 17 ans

Optionnel : phlébite du mollet gauche dans les suites d'un plâtre pour grosse entorse de cheville, traitée par des petites piqûres pendant 3 semaines

Deux crises de « rhumatismes » au poignet gauche et une cheville sur la dernière année, pas de consultation, pas de bilan (articulation un peu chaude, un peu gonflée, pas d'amélioration en cours de journée, gênante mais pas insupportable y compris au repos et parfois la nuit)

Aucune opération sauf les végétations et diabolos dans la petite enfance

Pas d'intolérance ou d'allergie

Dans la famille : cancer du sein chez sa mère, en rémission, cancer de la prostate chez un grand père décédé mais d'autre chose

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, statut social, personnel

Profession, activités physiques ou sportives

Dossier Frédéric(que)

Les noms de famille incompatibles :

BARRAL = Bavard

Impossible d'en placer une, revient sans arrêt sur son histoire, retourne dans ses antécédents, raconte ses guerres, rajoute des détails, des exemples qui illustrent le problème actuel

REWARD = Revendicatif

Il accuse tout le monde, il est pressé, il a eu du mal à se garer, il veut aller droit au but, il demande si il y a des honoraires à payer, a déjà des soucis avec son précédent médecin et a voulu changer...

TRIGNAC = Tricheur (cacher une tare, une addiction, une précédente consultation)

Tare embarrassante (épilepsie, addiction, manie), patient qui a déjà vu un médecin mais qui refuse ses dires, qui veut un autre avis

ACCRETO = Accompagné

Accompagnant qui intervient trop, accompagnant qui s'inquiète trop, accompagnant qui conteste, accompagnant qui accuse (tabagisme passif)

COMBERT = Compréhension limitée

Fait répéter, s'embrouille, répond à côté, pas clair, a du mal à expliquer son histoire

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Signe 1 = amaigrissement 10 kilos en un an (exprimer par changer de taille de vêtement, phénomène heureux ou non, auto appréciation ou regard des autres, expliqué par un changement d'habitudes de vie avec rythmes alimentaires ou activités physiques)

Ressenti = souvent content au début, amaigrissement un peu voulu au départ puis fatigue, diminution des capacités physiques

Signe 2 = diarrhées fréquentes (3 selles ou plus par jour) depuis 2 ans ou un peu plus. Début progressif. Selles molles, pâteuses, graisseuses, claires. (diarrhées ne veut pas dire coliques, expliquer la contrainte en fonction de son métier). Un ou deux fois quelques filets de sang dans les selles. Pas de nausées. Appétit conservé au moins au début puis la fatigue générale va même jusqu'à sauter un repas de temps en temps. Frédéric ne souffre pas physiquement, pas de douleurs abdominales permanentes mais douleurs qui se tortillent et qui imposent d'aller à la selle, gêne sociale, familiale. Pas d'autres douleurs non plus.

Durée = de plus en plus souvent

Le terrain, les antécédents :

Appendicite opérée il y a 5 ans, resté(e) longtemps à l'hôpital car fièvre et abcès par la cicatrice

Dossier Sacha

Episode en cours, à l'origine de la consultation :

Fatigue, essoufflement à l'effort

Jogging, vélo régulier en groupe mais performance en baisse

Tempérament actif plus ou moins sportif

Depuis un mois, quelques semaines, pas précis

Pas de douleurs mais plus de courbatures après le sport

Variante : perte de poids mais je mange bien, normalement

Variante : on m'a dit que j'avais mauvaise mine, que j'étais pâle

Variante : cœur tape vite, de travers, irrégulier, sans douleur mais donne l'impression de sortir de la poitrine

Le terrain, les antécédents :

Appendicite, otites à répétition dans l'enfance

Pas de traitement médical, pas d'automédication

Variables (improvisation possible sur...) :

Âge exact, statut social, personnel

Profession

Dans la famille : peu importe

Tabac, alcool : peu importe

Annexe 3 - Les profils de patients pour les consultations simulées

PROFILS

REGERT = Réserve

Retient les informations, un peu de timidité, un peu de prudence, veut prendre son temps, jauge le médecin avant de se livrer

BARRAL = Bavard

Impossible d'en placer une, revient sans arrêt sur son histoire, retourne dans ses antécédents, raconte ses guerres, rajoute des détails, des exemples qui illustrent le problème actuel

ANSELME = Anxieux, méfiant

Tout lui fait peur, prend des notes, a des questions écrites à poser

REVARD = Revendicatif

Il accuse tout le monde, il est pressé, il a eu du mal à se garer, il veut aller droit au but, il demande si il y a des honoraires à payer, a déjà des soucis avec son précédent médecin et a voulu changer ...

CUROL = Curieux ou hyperrenseigné (au moins le croit-il)

A tout lu, s'intéresse à tout, mais culture fragile, interroge beaucoup par curiosité pas par anxiété

TRIGNAC = Tricheur (cacher une tare, une addiction, une précédente consultation)

Tare embarrassante (épilepsie, addiction, manie), patient qui a déjà vu un médecin mais qui refuse ses dires, qui veut un autre avis

ACCRETO = Accompagné

Accompagnant qui intervient trop, accompagnant qui s'inquiète trop, accompagnant qui conteste, accompagnant qui accuse (tabagisme passif)

COMBERT = Compréhension limitée

Fait répéter, s'embrouille, répond à côté, pas clair, a du mal à expliquer son histoire

MINIOT = Minimisateur, détaché ou insouciant

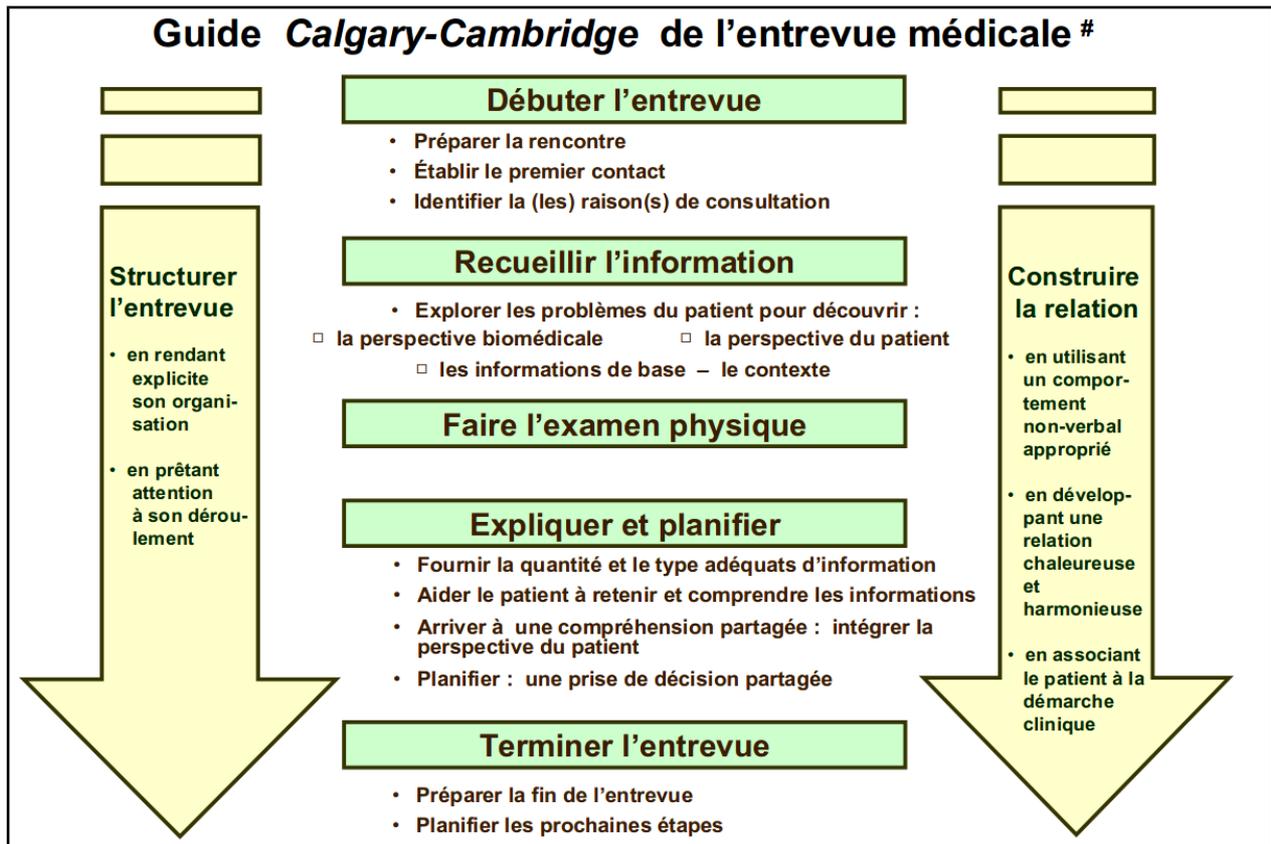
Vient parce qu'on le lui a dit, pas inquiet

Annexe 4 - 12 bonnes pratiques de débriefing en simulation de santé par la Haute Autorité de Santé

Les 12 bonnes pratiques de *debriefing*

1. Les *debriefings* doivent avoir un intérêt diagnostique (forces et faiblesses des participants).
2. Ils doivent être réalisés dans un environnement facilitant l'apprentissage.
3. Les formateurs et participants doivent privilégier les discussions sur le travail d'équipe.
4. Les leaders doivent être formés à l'art et la science du *debriefing*.
5. Les membres participants doivent se sentir à l'aise durant les *debriefings*.
6. Le *debriefing* doit être focalisé sur quelques points critiques.
7. Les comportements et interactions d'équipes performantes doivent faire l'objet de descriptions ciblées.
8. Des indicateurs objectifs de performance doivent être utilisés.
9. Les résultats du *debriefing* doivent être fournis secondairement.
10. Le *debriefing* doit être réalisé à la fois au plan individuel et au plan de l'équipe au moment le plus approprié.
11. Le *debriefing* doit avoir lieu dès que possible après la séance.
12. Les conclusions et les buts du *debriefing* doivent être enregistrés pour faciliter des *debriefings* ultérieurs.

Source : Haute Autorité en Santé, Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé - Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, 2012, p.65



Source : KURTZ S., SILVERMAN J., BENSON J .et DRAPER J., “Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication”, traduit et adapté de “Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides”, *Academic Medicine*, 78, pp.802-809, 2003, [consultable en ligne : <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>]

Annexe 6 – Échelle de résilience

Échelle de Résilience de Connor et Davidson 25 (CD-RISC-25)

*Veillez indiquer dans quelle mesure les propositions ci-dessous vous conviennent et peuvent s'appliquer à vous **au cours de dernier mois**. Si une situation particulière ne s'est pas produite récemment, répondez en fonction de ce que vous ressentez habituellement.*

	Pas du tout (0)	Rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Pratiquement tout le temps (4)
1. Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent	<input type="checkbox"/>				
2. J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e)	<input type="checkbox"/>				
3. Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider	<input type="checkbox"/>				
4. Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi	<input type="checkbox"/>				
5. Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés	<input type="checkbox"/>				
6. J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) aux problèmes	<input type="checkbox"/>				
7. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)	<input type="checkbox"/>				
8. J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves	<input type="checkbox"/>				
9. Bonnes ou mauvaises, je crois que la plupart des choses ne se produisent pas sans raison	<input type="checkbox"/>				
10. Je fais de mon mieux quelque soit le résultat	<input type="checkbox"/>				
11. Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles	<input type="checkbox"/>				
12. Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas	<input type="checkbox"/>				
13. En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide	<input type="checkbox"/>				
14. Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement	<input type="checkbox"/>				
15. Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes qui surviennent plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions	<input type="checkbox"/>				
16. Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec	<input type="checkbox"/>				
17. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie	<input type="checkbox"/>				
18. Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres	<input type="checkbox"/>				
19. Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère	<input type="checkbox"/>				
20. Lorsque l'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi	<input type="checkbox"/>				
21. Je sais où je veux aller dans la vie	<input type="checkbox"/>				
22. Je sens que je maîtrise ma vie	<input type="checkbox"/>				
23. J'aime les défis	<input type="checkbox"/>				
24. Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les barrages que je rencontre sur ma route	<input type="checkbox"/>				
25. Mes réussites me procurent de la fierté.	<input type="checkbox"/>				

Annexe 7 - Programme de la formation à l'écoute par le CLABH

Programme

Jour 1 Matinée

Mot de bienvenue d'un bénévole du CLABH.

Présentation commentée de la Charte du bénévolat.

Tour de table de présentation des participants :

- * Qu'est-ce qui m'a donné ou me donne envie de faire du bénévolat ?
- * Depuis combien de temps suis-je bénévole ? Avec quelle association ? Auprès de quelle population ? En quoi consiste mon bénévolat ?
- * Mes attentes par rapport à une formation à l'écoute.
- * Une chose que j'aime dans la vie et qui m'aide à me ressourcer...

Réflexion en groupe et éclairages théoriques :

- * Est-ce que l'écoute, ça s'apprend ?
- * A quoi sert l'écoute ?
- * Distinguer communication, écoute, relation et lien.
- * Les multiples formes que peut prendre l'écoute dans l'exercice du bénévolat (la métaphore de « l'édifice du bénévolat »)

Jour 1 Après-midi

Exercices en groupe : Les « attitudes spontanées dans l'écoute »

A partir de diverses situations apportées par le formateur.

Etape 1. Les stagiaires écrivent ce qu'ils pensent qu'ils auraient dit dans chacune de ces situations.

Etape 2. Le formateur présente une liste d'attitudes spontanées que l'on rencontre habituellement dans l'écoute (un document synthèse leur sera remis plus tard au cours de la formation)

Jour 2 Matinée

Comment je vais ce matin ? Impressions sur la journée d'hier. Une chose que je retiens particulièrement du travail de la veille.

Lecture de textes et de témoignages sur l'écoute.

Exercices en groupe : Les « attitudes spontanées dans l'écoute » (suite...)

Etape 3. Les réponses de tous les participants sont examinées et commentées pour chaque situation.

Jour 2 Après-midi

Visionnage du document vidéo « Paroles de bénévoles » (de la Fondation Claude Pompidou) où des bénévoles exercent et commentent leur bénévolat (20 min)

Comité de Liaison des Associations de Bénévoles à l'Hôpital (C.L.A.B.H.)
CHU de Grenoble Pavillon E – CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 9
06.43.72.01.16 (répondeur) | clabh2@chu-grenoble.fr | <http://clabh.fr>

Exercices en groupe : Les « attitudes spontanées dans l'écoute » (suite...)

Etape 3. Les réponses de tous les participants sont examinées et commentées pour chaque situation.

Jour 3 Matinée

Temps de retrouvailles : Dans quelle disposition j'arrive ce matin ? Un commentaire, une observation que je ferais sur mon écoute au cours de la période qui s'est écoulée entre les deux sessions.

Réflexion en groupe : les situations plus délicates dans l'écoute...

(à partir d'expériences proposées par le formateur ou amenées par les participants)

- Exemples :
- * Arriver (se présenter, entrer en contact) et quitter (pouvoir mettre des limites et savoir partir)
 - * Etre auprès d'une personne silencieuse.
 - * L'écoute d'une personne en colère.
 - * Etre face aux larmes.
 - * Entendre des plaintes répétitives.

Jour 3 Après-midi

Expérience d'écoute 2 x 2 avec un observateur : « Un sujet qui me tient à cœur actuellement... ».

(Durée 40 min)

Retour sur l'exercice :

- La personne écoutée : « Ce qui a facilité son expression, ce qui l'a aidé dans l'attitude de l'écouter ? Ce qu'elle a moins apprécié, ce qui l'a moins aidé ? ».
- L'écouter : Comment il apprécie sa propre écoute, et ce qui, dans le retour de l'écouter, l'étonne ou le conforte dans sa propre perception.
- L'observateur : Ce qu'il a observé, et si les retours confortent ou interrogent ses perceptions.

Temps de révision individuelle : à partir de la Fiche sur les Attitudes dans l'écoute et d'un questionnaire préparé par le formateur.

Cet exercice servira à l'évaluation des acquis théoriques de la formation.

Bilan de la formation :

- * Ecrit (questionnaire anonyme préparé par le CLABH)
- * Verbal (tour de table)

Comité de Liaison des Associations de Bénévoles à l'Hôpital (C.L.A.B.H.)
CHU de Grenoble Pavillon E – CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 9
06.43.72.01.16 (répondeur) | clabh2@chu-grenoble.fr | <http://clabh.fr>