



HAL
open science

Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4ème année de médecine

Gabriel Al Khansa

► To cite this version:

Gabriel Al Khansa. Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4ème année de médecine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03128988

HAL Id: dumas-03128988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03128988>

Submitted on 2 Feb 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 133

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et
savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des
jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade
pour des étudiants de 4ème année de médecine

Présentée et soutenue publiquement
le 24 septembre 2019

Par

Gabriel AL KHANSA

Né le 29 août 1983 à Beyrouth (Liban)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Aude Piot, PHU

Jury :

Mme Le Professeur Marie-France Mamzer, PU-PH Président

M. Le Professeur Fabrice Jollant, PU-PH

Mme Le Docteur Stéphanie Sidorkiewicz, CCU

M. Le Docteur Jean-Laurent Thébault, MCA

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-France MAMZER,
Merci d'avoir participé à ce jury de thèse et pour l'intérêt que vous portez à cette recherche. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Vous me faites l'honneur d'être la présidente de mon jury.

A Monsieur le Professeur Fabrice JOLLANT,
Merci d'avoir participé à ce jury de thèse et pour cette belle collaboration dans ce travail qui nous tient tous à cœur.

A Monsieur le docteur Jean-Laurent THEBAULT,
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci d'avoir été mon tuteur durant ces trois dernières années. Merci pour ton soutien, tes conseils, ton écoute et ta présence, surtout dans les moments difficiles et les doutes. Je suis ravi que cette aventure se termine avec toi présent dans mon jury de thèse.

A Madame le docteur Stéphanie SIDORKIEWICZ,
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci pour l'intérêt que tu as porté à mon projet de thèse depuis la soumission de ma fiche de thèse devant le jury dont tu faisais partie.

A Madame le docteur Marie-Aude PIOT,
Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ton soutien, tes conseils, ton encadrement infailible et ta motivation depuis le début de ce travail. C'était une évidence dès notre première réunion, cette envie de travailler avec toi. Tu as été une directrice de thèse exemplaire, je n'aurais sincèrement pas pu espérer mieux. J'espère que nos chemins se croiseront à nouveau et je te souhaite plein de bonheur avec ta jolie famille qui s'agrandit.

A mon conjoint Frédéric,
Ton amour et ton soutien ont été des ingrédients indispensables depuis le début. C'est un peu grâce à toi tout ça. Je ne pourrais jamais assez te remercier. Merci d'avoir été toujours là pour moi. Je t'aime.

A ma mère Bélinda,
Je sais que tu dois être très fière aujourd'hui de voir le rêve de ton aîné se réaliser enfin. Nous avons traversé de nombreux obstacles mais tu ne m'as jamais lâché. Tu es un exemple pour toutes les mères et je suis si fier que tu sois la mienne de maman. Je t'aime.

A mon frère et à ma sœur, merci pour votre soutien et merci d'avoir toujours cru en moi. Je vous aime.

A mon grand-père qui est parti, je sais que tu aurais été fier de moi. Tu seras toujours présent dans nos cœurs.

Aux autres membres de ma famille, au Liban, présents dans ma vie,
Merci d'avoir toujours cru en moi. Voir la fierté dans vos yeux est une grande source de motivation. J'espère continuer à vous rendre fier encore et encore.

A ma belle-famille (Dani, Augustin, Emma, Inès et Yanis),
Merci d'être là. Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre famille depuis maintenant plus de sept ans. Votre soutien, amour et bonne humeur ainsi que les délicieux repas créoles ont été une précieuse ressource durant ces nombreuses années. Je vous aime.

A mes amis (Muji, Cédric, Khalil, Jonathan, Emilie, Laura, Déborah, Mathieu, Stéphane, Wassim, Yassine, Francis, Yazan, Rémi, Diogo, Nadim, Doron, Fred & Cécilia, Cathy & Vincent, Caté, Bachir, Ben & Manu, Albert et Christian),
Votre amitié m'est si chère. Vous faites partie de ma grande famille de cœur. Je vous aime.

A mes co-internes et mes confrères de stages,
Merci pour le soutien, les conseils et tout ce que vous m'avez transmis.

A Camille,
Merci d'avoir partagé cette aventure avec moi. Merci pour ta bonne humeur, ton efficacité, ta rigueur et ton excellent travail. Je te souhaite tout le meilleur pour la suite de ta carrière.

Aux médecins que j'ai interviewés,
Merci d'avoir accepté de participer à cette thèse et merci pour ces moments de partage et de confraternité.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des abréviations	7
Table des illustrations	8
Introduction	9
Chapitre 1 : Contexte.....	9
1.1. Des lacunes des professionnels de santé dans le domaine de la communication	9
1.2. Les formations en communication pour les professionnels de santé.....	10
1.3. Le module de FRT à l'Université Paris Descartes	11
1.4. La simulation.....	12
1.5. La formation des formateurs en simulation.....	14
1.6. La formation des enseignants aux jeux de rôle.....	15
1.7. Déroulement d'un jeu de rôle sur la relation médecin-malade pour les étudiants de 4ème année de médecine:	16
Chapitre 2 : Objectifs	18
Méthodologie	19
Chapitre 1 : Protocole et matériel.....	19
1.1. Critères de jugement.....	19
1.1.1. Primaire	19
1.1.2. Secondaire	19
1.2. Cadre théorique	19
1.2.1. Approche qualitative : la Grounded Theory ou « théorisation ancrée ».....	19
1.2.2. Réflexivité de l'investigateur principal sur la recherche	20
Chapitre 2 : Lieux d'expérimentation.....	20
Chapitre 3 : Modalités de recrutement des participants	20
3.1 Echantillonnage	20
3.2 Sélection	21
3.2.1 Critères d'inclusion	21
3.2.2 Critères d'exclusion	21
3.3 Recrutement.....	21
3.4 Saturation des données	22
Chapitre 4 : Conditions de traitement des informations	22
4.1 Recueil des informations	22

4.2 Analyse des données.....	23
Chapitre 5 : Aspects réglementaires et éthiques.....	24
5.1 Demande d'avis d'un comité d'éthique.....	24
5.2 Déclaration CNIL.....	25
5.3 Note d'information et consentement.....	25
5.4 Confidentialité et anonymat.....	25
Résultats.....	26
Chapitre 1 : Eveiller et développer l'engagement et la motivation de l'enseignant.....	29
1.1 Le soutien du cadre institutionnel.....	29
1.2 La compréhension des enjeux formatifs.....	30
1.3 La prise de conscience de l'efficacité formative des jeux de rôle, soutien à son adhésion.....	31
1.4 La mobilisation des processus affectifs et de la mémoire épisodique.....	32
1.5 Rassurer et sécuriser sur la capacité et les compétences d'enseignement.....	32
1.6 Soutenir l'identité de l'enseignant par une affiliation au groupe de pairs.....	33
1.7 Mobiliser l'enseignant vers une identification à l'étudiant.....	34
1.8 Décalage expérientiel par l'expérimentation de la simulation pour désamorcer les réticences.....	34
1.9 Elaboration des décalages générationnels dans les opportunités formatives.....	35
1.10 Eveil de l'envie de s'investir dans la pédagogie.....	35
1.11 Fluidifier l'accès et la disponibilité des responsables pédagogiques.....	36
1.12 Frustration sur l'équilibre théorique/pratique de la formation.....	37
1.13 Manque d'expérience dans le domaine de la simulation, facteur limitant son investissement.....	37
Chapitre 2 : Réflexivité.....	38
2.1 Prise de conscience des difficultés.....	38
2.2 Réflexivité sur son propre cheminement pour mieux se décentrer sur celui de l'étudiant.....	38
2.3 Questionnement sur la dimension de médiation pédagogique par le jeu.....	39
2.4 Ouverture à d'autres représentations dans l'apprentissage.....	40
2.5 Questionnement sur le positionnement de l'enseignant.....	40
2.6 Réflexivité de l'enseignant sur son propre professionnalisme médical.....	40
2.7 Amorçage d'un questionnement sur les modalités adaptées d'accompagnement des étudiants.....	41
2.8 Questionnement sur le choix des familles de situations travaillées lors des jeux de rôle.....	42
Chapitre 3 : Acquisition de savoir-faire et savoir-être.....	43
3.1 Intégration du cadre pour diriger un jeu de rôle.....	43
3.2 Projection sur la façon dont le jeu de rôle va se dérouler.....	44

3.3 Proposition de modèle de rôle à partir duquel l'enseignant pourra construire sa propre façon de faire.....	45
3.4 Acquisition de techniques d'animation	46
3.5 Acquisition de structure pour hiérarchiser la transmission auprès des étudiants	48
3.6 Acquisition d'outil pour faciliter le transfert des savoirs en stage	48
3.7 Harmonisation des contenus curriculaires dans un domaine très subjectif	48
3.8 Acquisition d'une part des savoirs à transmettre aux étudiants.....	49
Chapitre 4 : Accompagnement de l'enseignant tout au long de la réalisation des jeux de rôle	50
4.1 Manque d'indications dans le contenu des différentes thématiques abordées au cours des 5 séances de jeux de rôle	50
4.2 Manque d'espace de supervision pour adapter et améliorer de façon continue les techniques d'animations au fur et à mesure de la confrontation des enseignants aux jeux de rôle, à la spécificité de leur groupe et des thématiques abordées.....	51
4.3 Dispositif d'étayage, d'élaboration des questionnements et de supervision de l'enseignant ..	52
Discussion	54
Chapitre 1 : L'importance de la sécurisation de l'enseignant	54
1.1 La notion de base de sécurité.....	54
1.2 La notion d'auto-efficacité (« self-efficacy »).....	55
1.3 La notion de motivation.....	55
Chapitre 2 : La réflexivité	56
2.1 Approche centrée sur l'étudiant.....	56
2.2 L'évolution du paradigme centré enseignant vers un paradigme pédagogique centré sur l'étudiant.....	57
Chapitre 3 : La dimension d'apprentissage par le jeu	58
Chapitre 4 : L'accompagnement dans l'enseignement.....	59
Chapitre 5 : L'expérimentation de la simulation dans l'enseignement	60
Chapitre 6 : Les forces et limites de l'étude	60
6.1 Forces	60
6.2 Limites.....	61
6.2.1 La population.....	61
6.2.2 Méthodologie.....	61
Chapitre 7 : Ouvertures et améliorations sur la nouvelle formation (septembre 2019).....	62
Conclusion.....	64
Bibliographie.....	65
Annexes	74

Liste des abréviations

CER-PD: comité d'éthique de la recherche, Paris Descartes
CBdV : Céline Buffel du Vaure
CLB : Carine Layat-Burn
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ: Consolidated Criteria for reporting qualitative research
CPP : Comité de Protection des Personnes
CV : Camille VADOT
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
E : Enseignant
FRT : Formation à la relation thérapeutique
GIAK : Gabriel Ihab AL KHANSA
GT : Grounded Theory
JDR : Jeux de rôles
MP : Marie-Aude PIOT
PJ : Philippe Jaury

Table des illustrations

Figure 1 : Insertion curriculaire de l'enseignement des JDR.

Figure 2 : Conditions de « compagnonnage cognitif » de Vanpee et al. 2010.

Tableau 1 : Dates et durées des différents entretiens.

Tableau 2 : Données sociodémographiques des enseignants interviewés.

Tableau 3 : Résumé des résultats de l'étude.

Introduction

Chapitre 1 : Contexte

Les évolutions sociétales et médicales des dernières décennies ont transformé la relation entre médecins et malades : succession des réformes des systèmes de santé ; contraintes croissantes de temps qui pressurisent l'échange entre soignants et patients ; poids démographique des personnes âgées ; prévalence accrue des maladies chroniques ; complexifications et diversification des solutions thérapeutiques ; valorisation de l'autonomie des personnes soutenant une participation active aux soins ; démocratisation de l'information médicale par les médias, internet et la multiplication d'outils personnels de surveillance de la santé...(1, 2).

1.1. Des lacunes des professionnels de santé dans le domaine de la communication

Différentes études pointent certaines lacunes des médecins en matière de communication. Dans certains cas, les médecins surestiment la quantité d'information transmises aux patient et sous-estiment leur désir d'information(2). De plus, ils vérifient peu la compréhension qu'en ont eue les patients. Ils ne peuvent alors ni repérer, ni corriger, à l'origine de situations cliniques problématiques(2). Le médecin comprend souvent mal les raisons pour lesquelles le patient le consulte (2-6). Il accorde une importance trop négligeable aux contextes de vie du patient et aux facteurs psychosociaux (2, 7, 8). Les médecins eux-mêmes reconnaissent que la communication avec leurs patients est une des principales difficultés dans l'exercice de leur profession, notamment pour les patients atteints de maladie chronique et qui n'adhèrent pas aux soins(9). La multiplication des blogs et forums de discussion de jeunes médecins généralistes sur ce thème en est une illustration (10).

Il semble que les médecins adoptent plus souvent un style d'interaction où ils dominent les échanges, interrompent prématurément leurs interlocuteurs, posent des questions fermées et explorent peu les dimensions psychosociales des problèmes(2). Concernant l'adhésion des patients aux soins, la non-observance varie entre 30 et 70% selon les études (11-16). Malgré la complexité des enjeux, la façon d'aborder et d'expliquer le diagnostic et le traitement joue un rôle important (17). Alors qu'en pratique pour une prescription médicamenteuse par exemple, les informations délivrées sont incomplètes, les réponses aux attentes et inquiétudes de patients également, et l'importance de l'adhésion souvent non abordée (18-21).

De surcroît, l'association entre les modalités de communication et le nombre de plaintes est aujourd'hui documentée. On estime que 70 à 80 % des plaintes des patients sont liées en bonne partie aux problèmes de communication : perception d'une attitude hautaine par le patient, échec d'échange d'information, manque d'attention... (5, 22, 23). Une étude canadienne portant sur 3500 étudiants en fin d'internat a montré un risque significativement plus élevé de

plaintes dans les 10 ans au collège des médecins pour les médecins terminant dans le dernier quartile aux épreuves de communication(24).

Dans les enquêtes de satisfactions de patient, c'est la communication qui reçoit le plus de critiques de la part des patients (25-27). En santé mentale, le style de communication influe sur la capacité à détecter un problème(28). Au cours d'une consultation de routine, un médecin ne détecte que 30% des problèmes psychologiques (29). Dans le domaine préventif, les interventions sont souvent superficielles et permettent rarement d'explorer les liens entre facteurs de risques et problématiques de santé (30). En particulier, la discussion autour des habitudes de vie, supposant une adaptation au cas par cas, reste problématique, par manque de souplesse du style d'interaction du consultant et de l'organisation de la consultation(31).

1.2. Les formations en communication pour les professionnels de santé

Face à ce constat, un souci croissant des autorités médicales et politiques s'attache à valoriser la communication dans la relation médecin-malade. Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada l'a inscrit dans l'une des 7 compétences essentielles que doit maîtriser chaque médecin (avec l'expertise médicale, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme). Ce cadre de compétence continue de se développer(32) et s'étend dans le monde entier. En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé incarne ce souci(33).

Nombres d'études témoignent de l'influence de la communication dans le domaine de la santé. Une méta-analyse de 41 études montre que l'adhésion aux recommandations et la satisfaction des patients aux soins est d'autant plus forte que l'on se soucie des questionnements des patients ; et que la relation prend une forme de collaboration et non d'autorité(34). Une autre revue de 21 études à plus forte qualité méthodologique montre que la qualité de la communication pendant la collecte de données et la discussion du traitement influe favorablement sur la santé des patients(35). Diverses mesures de résultats montrent que la communication influence par ordre décroissant : la santé émotionnelle, la maîtrise des symptômes, l'état fonctionnel, les mesures physiologiques (tels que glycémie et tension artérielle) et le contrôle de la douleur(2).

Jusqu'à récemment, on considérait que cet apprentissage se construisait au fur et à mesure de la pratique(2). Différents travaux montrent la limite de l'expérience seule(36-38). D'autres travaux ont montré la possibilité d'enseigner les compétences communicationnelles aux professionnels de santé (37, 39-46). Une revue d'essais randomisés (47) portant sur les interventions pour modifier la communication montrent une amélioration des processus mais les effets sur les soins ne sont visibles que dans moins de la moitié des cas. Une revue systématique ultérieure(45) montre les effets positifs d'interventions soutenant une approche centrée sur le patient, sur les processus de consultation : clarification des croyances et préoccupations des patients, explication des diverses possibilités de traitement, expression d'empathie, perception chez le patient d'une écoute plus attentive du professionnel de santé.

Les résultats sur les taux de satisfaction et les changements de comportements étaient variables. Les interventions portant à la fois sur les professionnels et les patients, celles ciblant des mesures adaptées aux problèmes de santé, étaient associées à des résultats favorables en matière de communication, satisfaction et comportements de santé. Les effets sur les soins (tension artérielle, hémoglobine glyquée,) se sont révélés variables, mais globalement positifs(2).

1.3. Le module de FRT à l'Université Paris Descartes

Afin de répondre à ces questionnements, un module de formation à la relation thérapeutique a été construit à l'Université Paris Descartes. Cet enseignement est destiné aux étudiants de 4^{ème} année de médecine (DFASM1). D'une part parce que le début de l'externat à l'Université Paris 5 confronte les étudiants aux réalités de leur futur métier du fait des premiers contacts avec les patients : la souffrance, la douleur, la mort mais aussi les inégalités de santé, la précarité et le pouvoir du médecin ; c'est à cette période où l'on observe une chute de leur empathie(48). D'autre part à cette période, les étudiants restent encore raisonnablement disponibles face à la préparation de l'ECN.

L'objectif de cet enseignement est de développer les compétences relationnelles et communicationnelles (savoir-faire et savoir-être) propices à une relation médecin-malade au service du soin en utilisant différentes techniques pédagogiques. Les JDR s'insèrent dans l'enseignement curriculaire résumé dans la figure 1. Les approches pédagogiques ont été diversifiées pour potentialiser l'apport de ce module :

- Des cours magistraux ;
- Des situations cliniques interactives ;
- Des séances de supervision par groupes type Balint ;
- Des jeux de rôles ;
- Des stations d'ECOS avec patients acteurs.

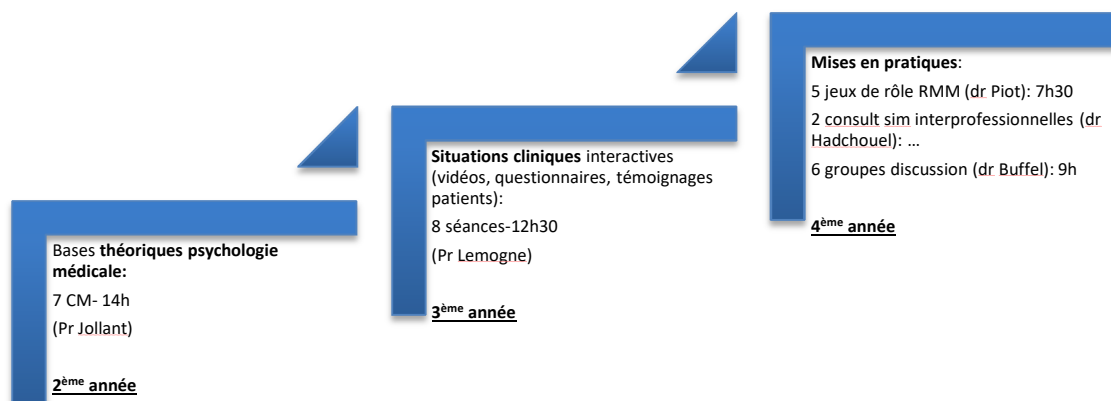


Figure 1 : Insertion curriculaire de l'enseignement des JDR.

Cet enseignement est initié par des cours magistraux de sensibilisation à la relation, à l'écoute, à l'empathie, à la distance thérapeutique, aux projections simultanées des médecins et patients, et aux impacts personnels qui influent sur la relation. Les cours suivants se font en petit groupe afin de favoriser l'investissement personnel de chaque étudiant.

Des séances de groupes de Formation à la Relation Thérapeutique(49), d'inspiration balintienne(50), de une heure et demi chacun, sont étalés sur l'année. Ils permettent aux étudiants d'élaborer rétrospectivement en groupe la rencontre avec les patients lors des stages cliniques. Les effets de cette rencontre sont petit à petit explicités, notamment dans leurs aspects psychoaffectifs (mouvements projectifs, identificatoires, transféro-contre-transférentiels, repérage des représentations et croyances...). La nouveauté cette année sont les situations cliniques interactives par vidéos, questionnaires, témoignages patients, etc., qui viennent se rajouter à cet enseignement.

Cinq séances de jeux de rôles d'une heure et demie chacun, entre janvier et mai de l'année universitaire, permettront aux étudiants de jouer tantôt le médecin, tantôt le patient. Ils traiteront entre les scénarios suivants : les bases sur la relation et communication médecin-malade ; annonce d'une mauvaise nouvelle ; maladie chronique ; gestion d'un patient avec conduites agressives et demandes qui paraissent non adaptées; gestion de l'agressivité et de l'erreur médicale. Après expérimentation, un feedback de l'enseignant et du groupe permet de repérer et d'élaborer ce qui s'est passé sur le plan verbal, non verbal et de la prosodie, de pointer les aspects positifs (et aussi négatifs...) et de proposer des pistes d'amélioration.

Enfin, une évaluation formative au décours sera faite lors d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) comprenant deux stations cliniques avec patients simulés (acteurs professionnels). Le feedback est alors assuré par les patients eux-mêmes, supervisée par l'un des enseignants qui a assuré la formation aux jeux de rôle.

1.4. La simulation

La simulation en santé correspond à « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.»(51).

Inaugurée dans les années 1960 aux Etats-Unis, la simulation permet l'acquisition d'un « savoir-faire technique », mais aussi d'un « savoir-être », par « l'expérimentation de situations relationnelles complexes entre le patient, son entourage et les différents acteurs du soin amenés à collaborer » (52). Bien au-delà de la « simple pratique d'une geste et de la mise en œuvre d'un comportement », elle permet « à l'étudiant d'appréhender un environnement proche de la réalité, d'en comprendre la complexité et de mener une réflexion sur ses propres pensées, actions, émotions, ainsi que sur celles des autres »(52). Elle permet de travailler un vaste registre de compétences individuelles cognitives, affectives et psychomotrice, jusqu'à des compétences relationnelles et interdisciplinaires complexes. Lieu privilégié des transferts entre

savoirs codifiés et savoirs expérientiels. Elle permet d'optimiser l'ingénierie pédagogique, favorisant une réutilisation ultérieure des apprentissages en contexte professionnel (53). Au décours de scénarios de complexité croissante planifiée, les temps de débriefing permettent l'explicitation des représentations cognitives des apprenants : l'accès aux conceptions erronées rend possible une rétro-action explicite (54). Par ce travail de verbalisation à voix haute suscité par des interventions adéquates, des stratégies cognitives et métacognitives de haut niveau taxonomiques sont sollicitées (55).

Les jeux de rôle font partie intégrante de la simulation. En 1989, Van Ments définit les jeux de rôles comme : « [...] *one particular type of simulation that focuses attention on the interaction of people with one another. It emphasises the functions performed by different people under various circumstances. The idea of role-play, in its simplest form, is that of asking someone to imagine that they are either themselves or another person in a particular situation. They are then asked to behave exactly as they feel that person would. As a result of doing this they, or the rest of the class, or both, will learn something about the person and/or situation. In essence, each player acts as part of the social environment of the others and provides a framework in which they can test out their repertoire of behaviours or study the interacting behaviour of the group.* » (90). Les JDR sont donc pleinement inclus dans les méthodes de simulation et l'apprentissage est intégré dans un contexte social et d'interdépendance entre les étudiants. Les jeux de rôles appliqués à la formation des étudiants en médecine à la communication ont été étudiés et des recommandations édictées par Nestel et Tierney (91). Dans un contexte de travail centré sur la relation médecin-patient, les jeux de rôles peuvent varier, d'un scénario partiellement ou entièrement écrit à l'avance, à des fiches descriptives du rôle que l'étudiant va jouer exclusivement (soit le patient, soit le médecin), ou encore utiliser des cartes de rôles afin d'insérer de nouvelles informations. On peut intervertir les rôles entre les joueurs au sein d'un même scénario, afin de leur faire gagner en prise de perspective, ou substituer progressivement aux joueurs des observateurs. Les jeux de rôles comme méthode éducative reposent sur plusieurs théories, en plus de celle de Kneebone sur la simulation (93), et en premier lieu l'apprentissage par l'expérience (« *experiential learning* ») (91). Kolb et Fry (93) décrivaient ainsi quatre « environnements d'apprentissage » dans leur théorie de l'apprentissage par l'expérience : « *Affectively-oriented (feeling), symbolically-oriented (thinking), perceptually-oriented (watching), behaviourally-oriented (doing)* ». Deux tâches sont comprises dans chacun de ces quatre environnements : « *grasping* » (expérience concrète et conceptualisation abstraite) et « *transforming* » (réflexivité et action). Selon eux, l'apprentissage est amélioré si les étudiants sont encouragés à utiliser les quatre environnements, qui se retrouvent dans des jeux de rôles structurés avec un débriefing. Une autre théorie structurant les jeux de rôles est celle de Knowles, qui répertorie des principes associés à la formation auprès d'adultes (94). L'étudiant doit avoir un besoin d'apprentissage, être dirigé par lui-même, avoir des expériences diverses, être disposé et motivé à apprendre, et l'apprentissage doit être centré sur un problème. Enfin, les jeux de rôles reposent sur les travaux de Schon à propos de la pratique réflexive (95). Celui-ci explique que les professionnels, quand ils sont confrontés à des événements ou des problèmes inattendus, répondent par la réflexivité en action (« *reflexing-in-action* ») ou ensuite par la réflexivité sur l'action (« *reflecting-on-action* »). La première décrit le processus par lequel le professionnel fait appel à son répertoire d'expériences afin de donner du sens au problème, de

le placer dans son propre champ de référence, pour pouvoir trouver la meilleure solution et anticiper ses conséquences. La deuxième reflète une réflexion rétrospective, en particulier après un débriefing, quand la discussion a pu amener le professionnel à élargir sa base d'expérience et ainsi son répertoire.

Pour résumé, le JDR s'agit d'une « mise en scène » entre deux ou plusieurs « acteurs » à partir d'un scénario prédéfini et représentant une situation réelle. Le jeu de rôle permet à l'étudiant de s'engager pour apprivoiser la réalité, de développer un savoir-être et des habiletés pour endosser ses futurs rôles sociaux et professionnels, dans des conditions virtuelles. Des « règles du jeu » sont à respecter :

-On ne juge pas (ni les compétences médicales, ni les capacités théâtrales).

-Il y a un « maître du jeu » (c'est l'enseignant ou l'animateur) qui ordonne celui-ci : début, fin.

-Entre les deux « on joue ».

Généralement on commence par expliquer ce qu'est un jeu de rôle et ce qu'il peut apporter à l'apprentissage de relation médecin-patient (ce n'est pas un espace de détente mais un véritable moment d'apprentissage). Le choix des acteurs se fait sur la base du volontariat mais tout le monde doit y passer pour que l'enseignement soit optimal. Les acteurs se préparent au scénario avant le début du jeu. L'animateur peut intervenir en cas de difficulté mais reste le garant du bon déroulé du jeu de rôle. Et on finit par un débriefing du cas joué, du ressenti, des difficultés rencontrées etc. La section suivante détaille les différentes parties d'un JDR.

1.5. La formation des formateurs en simulation

Former par la simulation implique des modalités pédagogiques spécifiques favorisant l'émergence de la réflexivité chez les apprenants, suite au décalage expérientiel du jeu. L'enseignant doit adopter un positionnement de médiateur différent de la transmission unilatérale des cours magistraux.

Les recherches effectuées sur Pubmed, Pédagogie médicale, Concepts Médecine, BMC Medical Education de BioMed Central, Swiss Medical Weekly, Research on Emotional Intelligence, Google et Simulation in Healthcare depuis le début du projet jusqu'à fin 2018 avec les mots-clés suivant : Teacher training, Role playing, Health communication et Simulation ou en français Jeux de rôle, Relation médecin-patient, Formation des enseignants et Simulation (dans titres et abstracts, Mesh, HeTOP, etc.) n'ont retrouvé que peu de travaux scientifiques sur la formation des formateurs ; notamment sur les formations à la relation médecin-malade et l'évaluation de ce type de formation. Nous avons également sollicité une experte suisse dans ce domaine (Carine Layat-Burn) qui n'avait pas connaissance non plus de tels travaux (109). Les quelques travaux existants sont centrés sur des notions théoriques qui permettraient d'améliorer la transmission des compétences de communication (86), non sur une approche scientifique permettant d'évaluer ces formations. Nous avons donc choisi de nous orienter vers une approche exploratoire dans un premier temps pour évaluer cette formation, dans une visée d'amélioration.

En effet cette formation n'est dispensée que depuis 2017 à l'université de Paris Descartes, elle est pour l'instant en constante évolution, avec des modifications d'une année à l'autre grâce aux retours des enseignants et des étudiants uniquement.

1.6. La formation des enseignants aux jeux de rôle

Afin de proposer un enseignement de qualité aux étudiants de 4^{ème} année de médecine, l'université Paris Descartes propose une formation des enseignants qui assurent les jeux de rôle à la relation médecin-malade. Cette formation s'est construite à partir des recherches scientifiques et réflexions de psychiatres (MAP), de médecins généralistes (PJ, CBdV), en collaboration et sous la supervision d'une experte en simulation (CLB). De nombreux échanges préliminaires entre CLB et MAP ont permis de structurer les premières bases. Une réunion de travail (1/2 journée) entre CBdV, MAP, PJ & CLB ont ensuite permis de reprendre et valider chaque point préalablement élaboré. Les scénarios des jeux de rôle sont ensuite partis de mise en scène construites par PJ sur les 3 thèmes suivant : annonce de mauvaise nouvelle ; gestion d'un patient réticent ; gestion de demandes abusives. Elles ont ensuite été formatées sous la forme de « blue-print » par MAP, sous la supervision de CLB, et validées par PJ & CBV. La seconde année, le passage de 3 à 5 jeux de rôle a permis l'ajout de 2 nouveaux thèmes : accompagnement de maladies chroniques ; gestion de de l'agressivité et de l'erreur médicale.

Les enseignants recrutés pour ces jeux de rôle sont des chefs de clinique ou assistants, dans différentes spécialités dont principalement la médecine générale et la psychiatrie, impliqués dans l'enseignement.

Cette formation vise l'appropriation des savoir-faire et savoir-être de spécifique de la simulation par l'enseignant, ainsi que lié à la culture « simulation » et l'homogénéisation de la formation à la relation médecin-malade par jeu de rôle à destination de 4^{ème} année de médecine et des consultations simulées, suivant le paradigme socioconstructiviste et les à la fois par une approches centrée patient et une approche centrée étudiant. Cette formation d'une demi-journée débute par une heure de présentation théorique sur la relation médecin-malade, la spécificité de ses enjeux formatifs dans le contexte des études médicales, ainsi que sur les bases de la simulation. Elle est ensuite centrée sur la transmission des aspects expérientiels. Durant les 3 heures qui suivent, les enseignants sont engagés à jouer eux-mêmes le jeu de rôle qu'ils seront amenés à diriger par la suite. Dans une mise en abîme, deux enseignants jouent les étudiants (l'un le médecin, l'autre le patient), un enseignant joue l'enseignant, et les autres enseignants jouent le groupe d'étudiant. Les responsables pédagogiques présents supervisent alors la conduite du jeu, ponctuant par moment son déroulement par des « time-out » afin de favoriser la réflexivité des apprenants, et d'apporté un feedback au cours de la formation. Cette mise en scène est suivie d'un débriefing conduit par les responsables pédagogiques, afin de favoriser l'appropriation des techniques de simulation par les enseignant, dans la même perspective socioconstructiviste dans laquelle ils seront ensuite amenés à accompagner les étudiants dans leur propre réflexivité.

Des documents écrits avec bibliographie sont adressés aux étudiants sur les aspects théoriques (pour ceux qui souhaitent approfondir) et sur les scénarios qui seront mis en scène. Ils sont reportés en annexe de ce travail.

1.7. Déroulement d'un jeu de rôle sur la relation médecin-malade pour les étudiants de 4^{ème} année de médecine:

Les jeux de rôle se déroulent dans les salles des sites des cordeliers et de Cochin, pour répondre à la capacité d'accueil requise (34 groupes).

Le début des jeux de rôle commence par la sécurisation du cadre, conjuguant une disposition spatiale propice à l'émergence d'une aire de jeu dans laquelle l'étudiant pourra se projeter, et à l'énonciation par l'enseignant/médiateur des règles du jeu.

Il est conseillé aux enseignants d'amener les étudiants à construire une scène et d'aménager le public de façon à ce que les acteurs les voient le moins possible (afin de ne pas trop se sentir sous le regard des autres).

L'enseignant commence avec le briefing. Il procède à l'annonce des principes qui doivent être rappelés à chaque jeu de rôle : confidentialité (« tout ce qui se dit ici ne doit pas sortir d'ici »), apprentissage par l'erreur (« C'est l'endroit idéal pour se planter et en tirer des leçons »/le droit à l'erreur) et non-jugement/bienveillance (« On n'est pas ici pour avoir une bonne note, mais pour apprendre »). Il explicite ensuite les objectifs du jeu de rôles (différent à chaque séance) : rappel du thème et des objectifs de l'item 1 du programme de l'ECN sur la relation médecin-patient.

Par la suite l'enseignant procède à la distribution des rôles: patient, médecin & observateurs. L'enseignant a pour consigne de ne pas forcer un étudiant à jouer. Les consignes à donner sont spécifiques à chacun des jeux de rôle : l'enseignant distribue un scénario bien détaillé aux acteurs et peut aussi s'aider de grilles d'observation et d'évaluation (basées sur la grille de Calgary-Cambridge simplifiée) qu'il distribuera aux observateurs (cette grille a été abandonnée au cours de la 2^{ème} année d'enseignement des JDR).

Après avoir mis en place le cadre, donné les instructions et laissé les étudiants se préparer, le jeu de rôle peut donc commencer. Il s'agit d'un espace de jeu et d'enseignement. L'enseignant et les étudiants peuvent à tout moment, surtout quand la situation devient difficile émotionnellement par exemple ou qu'un étudiant est à court d'idée ou se retrouve en difficulté, s'aider de Time-In/Time Out. Il s'agit de séquencer le jeu avec des arrêts sur les besoins de l'enseignant ou de l'étudiant (panne, émotions trop fortes ou de notifier la fin de séquence). Pendant les Time-Out, l'enseignant demande le feedback d'abord de l'étudiant puis l'enseignant s'exprime en commençant par un renforcement positif pour encourager l'étudiant puis en proposant des pistes d'amélioration. Les observateurs peuvent aussi intervenir.

La dernière phase est celle du débriefing. Il s'agit à la fois d'une technique pour éveiller chez les étudiants et favoriser le développement de l'apprentissage réflexif (87), par une discussion et réflexion structurée (88). Ce temps d'analyse et de synthèse qui permet au formateur par petites touches de revenir sur le déroulement du scénario, selon un processus structuré, afin de dégager avec les apprenants les points correspondants aux objectifs fixés (éléments d'évaluation). Par un échange, seront explorés, analysés et synthétisés: les états émotionnels, les processus de pensée et les prises de décisions et actions, en regard des objectifs pédagogiques techniques et non techniques de la séance. Les étudiants ne doivent jamais rentrer chez eux avec des messages erronés ; de même que l'enseignant doit veiller que ce que la transmission des messages se fasse à partir d'une valorisation initiale de ce qui a été bien réussi par l'étudiant.

Ancré dans l'expérientiel du jeu, débriefing est la phase centrale de la simulation: développement de l'auto-évaluation de l'apprenant, accompagnement, progression et maintien des compétences, limitation de la perte des compétences, guide pour l'apprentissage de l'étudiant, renforcer la motivation à apprendre et améliorer l'estime de soi chez l'étudiant. Plusieurs types ou techniques de débriefing peuvent être utilisés : plus ou moins directifs ; dialectique entre favoriser l'apprentissage réflexif et transmettre quelques grands messages ; adaptation à la dynamique groupale.

Deux éléments centraux sont à prendre en compte : la gestion du stress et la gestion de l'échec. Le stress peut causer un appauvrissement de la pensée (effet tunnel), une régression (l'oubli des apprentissages récents), la précipitation, l'apathie/agressivité, PTSD décrits suite à une expérience de simulation (le but de la simulation étant de diminuer le stress lié aux soins dans un contexte sécurisé). Pour gérer ce stress il faut apprendre à verbaliser, identifier des stratégies pour l'abaisser et valoriser des expériences successives : processus d'habituation et d'auto-renforcement positifs, de « self-efficacy », des processus valorisés par Banduras (96). Il s'agit du même processus de développement réflexif et métacognitif que sur les autres expériences de la simulation en général. L'échec est non valorisé dans le contexte d'apprentissage habituel des étudiants de médecine, voire même stigmatisé. Pour gérer cet échec il faut apprendre aux étudiants à le valoriser dans l'esprit d'une culture pédagogique ouverte sur le niveau de chacun, à expliciter sa valeur formative et à assurer une atmosphère de non-jugement, bienveillance (non comparaison entre les différents étudiants). Une mauvaise gestion de l'échec chez les étudiants conduit à des vécus d'humiliation, au risque de verrouillage par l'apprenant des défenses psychiques pour se protéger de l'angoisse générée, et à terme peut mener à des contre-attitudes ultérieures.

Le débriefing se déroule en 3 phases (HAS 2012) :

-Phase descriptive avec le rappel des 3 principes (confidentialité, apprentissage par ses erreurs et le non-jugement), le vécu de la simulation (impressions et ressentis) en premier de l'étudiant qui joue le médecin et en second du patient puis ouvrir aux observateurs afin de libérer les émotions avant de réfléchir. Toujours commencer par des questions simples (« Que s'est-il passé ? », « Pouvez-vous décrire le scénario ? ») pour s'accorder en 2-3 min sur un résumé en 1 ou 2 phrases de la situation (sur laquelle va porter l'analyse).

-Phase d'analyse qui consiste à explorer les raisons pour lesquelles les actions ont été réalisées ou non, à expliciter le raisonnement sous-jacent et à ne pas donner tout de suite les réponses aux questions posées pour favoriser une discussion dialectique d'au moins 3 ou 4 étudiants. Toujours commencer par explorer et valoriser ce qui s'est bien passé avant d'amorcer les pistes de transformation. Le but étant de favoriser la réflexivité groupale : chacun peut développer ce qu'il aurait fait à cette place et pourquoi, la co-construction des différentes stratégies dans chacune des situations abordées, les liens avec des expériences cliniques (ressemblances, différences et comment cela transforme ce qui a été vécu), faire circuler la parole, s'assurer du langage non agressif et sans jugement partisan. Il s'agit de la phase la plus longue (20 à 40 min au moins au début). Astuce : pour favoriser la synthèse, possibilité d'écrire sur tableau ou dashboard les éléments rapportés etc...

-Phase d'application/de synthèse: synthèse des points appris, explicitation de « en quoi ça va changer ma pratique clinique ? » (par exemple: la prise de parole par chaque étudiant sur un point modifiable) et un feedback du formateur sur l'ensemble de la séance plus ou moins une ouverture sur de nouveaux objectifs d'apprentissage et de points à travailler pour les prochaines séances.

En résumé :

- Libérer les émotions: avant
- Renforcement positif: avant
- Pas de message erroné en sortant
- Réflexivité
- Lien avec pratique clinique
- Choix des points prioritaires
- Synthèse à fin & ouverture sur session suivante

La formation se tient à la plateforme de simulation ILUMENS, où sont délivrées aux externes en médecine une grande partie des simulations au cours de leur externat.

Chapitre 2 : Objectifs

Comme nous avons pu le voir, la pédagogie par jeu de rôle requière chez l'enseignant des savoir-faire et savoir-être solides, difficiles à improviser en l'absence de formation de qualité. Or à notre connaissance, aucune étude concrète dans la littérature scientifique ne rapporte une évaluation de la qualité des formations des formateurs à la relation médecin-malade, notamment par le biais des JDR.

Afin d'améliorer la qualité de cette formation, nous tenterons dans cette étude d'explorer les processus et facteurs de transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être aux jeux de rôle sur la relation médecin-malade transmis aux enseignants lors de leurs formations.

Méthodologie

Chapitre 1 : Protocole et matériel

1.1. Critères de jugement

1.1.1. Primaire

Processus de transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être des enseignants entre la formation sur les jeux de rôle de formation à la relation médecin-malade et leur mise en pratique.

1.1.2. Secondaire

Facteurs soutenant ou limitant le transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être des enseignants entre la formation sur les jeux de rôle de formation à la relation médecin-malade et leur mise en pratique.

1.2. Cadre théorique

1.2.1. Approche qualitative : la Grounded Theory ou « théorisation ancrée »

La grounded theory (GT), ou théorisation ancrée est née de l'ouvrage de Glaser et Strauss, *The discovery of grounded theory ; Strategie for qualitative research* (1967). Issue de l'école sociologique de Chicago, Strauss souhaitait développer un outil positiviste ; et Glaser, de San Francisco, qui s'est formé aux méthodes d'analyse statistiques, tente de dépasser le carcan des analyses sociologiques des années 1960, en sortant du paradigme hypothético-déductif (83). Si la généralisation secondaire des découvertes est recherchée, la GT ne vérifie pas les hypothèses, comme dans les autres approches qualitatives. Elle va se centrer sur le discours des participants, par une analyse approfondie, en intégrant la subjectivité des chercheurs. De nombreuses évolutions suivront ces premières découvertes, faisant de la GT une des principales méthodes qualitatives utilisées dans les études internationales. 2 grands courants se distinguent (83):

- le courant Glaserien, où aucune connaissance préalable à l'étude n'est préconisée ;
- le courant Straussien, qui admet la possibilité d'une connaissance théorique préalable ; c'est sur ce courant que nous nous appuyerons dans cette étude.

Ces 2 courants préconisent en amont une déconstruction active des à priori et préjugés sur le domaine étudié, facilité par des séances de microanalyses, et une triangulation régulière des résultats. De nombreux allers-et-retours entre le terrain et la théorie au fur et à mesure des entretiens permettront à terme de considérer les théories émergentes comme valides.

Cette méthode aide le chercheur à passer d'une position de description de ce qui arrive à une position de compréhension du processus par lequel cela arrive. Elle vise à produire une théorie expliquant un processus (85).

Glaser et Strauss soutiennent l'intérêt d'une triangulation des données par un recueil à différents niveaux, optimisant la compréhension du phénomène étudié (85). Le recueil des données joindra ici un entretien semi-structuré avec les enseignants volontaire des jeux de rôle (Annexes).

1.2.2. Réflexivité de l'investigateur principal sur la recherche

De par son parcours de chercheur et enseignant en sciences de la vie et de la santé, GIAK a tout de suite été attiré par ce projet. N'ayant jamais bénéficié d'une formation de ce genre, GIAK s'est intéressé au projet. Comme cela a été rapporté plus tard par les enseignants, lui-même aurait apprécié pouvoir bénéficier d'une telle formation pour dispenser des cours et des travaux dirigés et pratiques permettant de se sentir plus à l'aise et de mieux répondre aux attentes des étudiants. D'autre part, en tant que médecin n'ayant jamais bénéficié de formation dans la simulation, le cadre de ce projet l'a rapidement intéressé. Dans un métier où GIAK fait l'expérience de la valeur centrale de la relation médecin-patient, l'enseignement de FRT lui est apparu d'une extrême valeur pour les études de médecine. De plus, ayant eu l'occasion de conduire antérieurement dans travaux scientifiques avec un approche quantitative dans le cadre d'une thèse de sciences, l'approche qualitative relevait d'un défi épistémologique très intéressant. Enfin la perspective de pouvoir conduire des travaux qui auraient un impact direct et rapide sur la suite du projet constituait une motivation de taille.

Chapitre 2 : Lieux d'expérimentation

- Université Paris Descartes, site Cochin, 24 rue du Fb St Jacques 75014 Paris
- Université Paris Descartes, site des cordeliers, 15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris
- Université Paris Descartes, Plateforme de simulation Ilumens, 45 rue des saints pères, 75006 Paris

Chapitre 3 : Modalités de recrutement des participants

3.1 Echantillonnage

Dans une démarche qualitative, la représentativité du phénomène étudié n'est pas la priorité. L'approche qualitative cherche en revanche une exhaustivité dans la diversité du recueil de données afin d'approfondir de façon très large la compréhension du phénomène étudié (84).

Nous avons donc cherché à diversifier le recrutement en fonction des critères suivants : âge, sexe, spécialité médicale, formation reçue en 2017 ou en 2018. L'échantillon des enseignants interviewés s'est au départ constitué par convenance (par GIAK), sur la base du volontariat. Il a ensuite été dirigé vers certains enseignants (appuyé par MAP) afin de satisfaire aux critères de diversification de recrutement. Les motifs de refus ont été notés.

3.2 Sélection

3.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient:

- enseignants des jeux de rôles du module (obligatoire) de formation à la relation thérapeutique pour les étudiants en 4ème année de médecine à l'Université Paris Descartes ; années universitaires 2017-2018 et 2018-2019.

3.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- refus de consentement
- langue autre que le français

3.3 Recrutement

L'étude leur a été présentée lors des journées de formation aux jeux de rôle au sein de leur institution. La présentation a été faite par l'un des principaux responsables pédagogiques de ce module, le Dr Piot. Ce qui a permis de présenter les bénéfices de l'étude pour l'amélioration du dispositif en cours. Les chefs de clinique ont ensuite été contactés au décours de la mise en place des jeux de rôle par mails via les adresses transmises par la scolarité afin d'organiser les entretiens individuels.

Une note d'information leur a été associée, stipulant notamment les droits par rapport à la loi Informatique et liberté, c'est-à-dire le droit d'accès à ces données et le droit de rectification, et le droit d'opposition à figurer dans un fichier, en vue d'une diffusion, d'une transmission ou bien d'une conservation. Leur consentement a été obtenu en début d'entretien (Annexes).

Les médecins formés en décembre 2017 ou en décembre 2018 ont été recrutés de janvier 2019 à juillet 2019.

3.4 Saturation des données

Le seuil de saturation a été discuté. En effet, les guidelines actuelles sur la recherche qualitative tendent vers une discussion sérieuse, voire encouragent la saturation des données (89).

Nous avons tenté de diversifier le recrutement (selon le sexe, âge, durée expérience, département d'exercice) afin d'approfondir la compréhension du phénomène sans que l'influence de ces paramètres soient des obstacles.

Nous avons arrêté le recrutement à partir du 15^{ème} entretien où aucun nouveau thème n'apparaissait.

Nous ne pouvons conclure à une saturation complète des données. Les spécificités sociologiques et culturelles propres à l'université de recrutement, ainsi que le caractère monocentrique de l'étude ne permettent pas de prétendre à l'exhaustivité. Néanmoins, le recueil de données s'est arrêté au 15^{ème} entretien après diversification, au moment où aucun nouveau thème n'apparaissait. Il nous est apparu suffisamment exhaustif pour faire émerger une première compréhension en profondeur du processus étudié.

Chapitre 4 : Conditions de traitement des informations

4.1 Recueil des informations

Les données ont été recueillies par GIAK lors d'un entretien unique semi-directifs auprès des enseignants, après la fin du module des jeux de rôle ; soit au décours de la première année durant laquelle ils ont dirigé des jeux de rôle (2018-2019 : 5 jeux de rôle), soit au décours de la seconde année (2017-2018, 3 jeux de rôle puis 2018-2019 : 5 jeux de rôle) pour ceux qui ont fait les 2 années. Les entretiens ont été réalisés majoritairement sur le lieu de travail des enseignants (hôpital, université, centre de recherche) mais quelques entretiens (4/15) ont été réalisés via Skype.

GIAK avait rencontré une fois les participants avant le recueil de données lors de la formation ; il a été présenté à eux par MAP en tant qu'interne en médecine et chercheur sur cette formation. Une attention particulière a été apportée pour établir une atmosphère bienveillante et respectueuse de la personne. Le déroulement de l'entretien s'est appuyé sur grille de questions préalablement construite à partir de la revue de la littérature, et triangulée par la réalisation d'entretiens exploratoires. Après les 3 premiers entretiens, une réunion a permis de réévaluer la grille. Elle est apparue pertinente. Aucune modification n'a été faite.

Lors de la rencontre, le sujet a été encouragé à parler librement, à associer et à développer ses idées. Le guide d'entretien reste une trame à titre indicatif pour favoriser la mise en récit. Il était possible de modifier selon le déroulement de l'entretien afin de fluidifier l'échange et ne pas entraver le recueil de données. Le participant a été l'expert de son expérience. Le guide a commencé sur une question ouverte donnant lieu à une narration descriptive ; évitant de véhiculer trop d'à priori théorique sur le processus étudié. Des questions touchant plus

directement aux ressentis éprouvés ont été abordées une fois la fluidité associative et relationnelle établie.

Le rythme de l'entretien n'était pas trop rapide, pour ne pas entraver les associations d'idées qui viennent au participant. Les questions posées étaient ouvertes, non fermées. Elles visaient à explorer, non à expliquer. Aucune interprétation n'a été exposée, parfois seulement des reformulations ou une reprise des propres termes du participant, ont été utilisées pour relancer le propos du patient, ou s'assurer qu'il ait bien perçu que la finalité recherchée est celle du processus et non du résultat : les questions étaient orientées vers les processus et facteurs du participant, et non celles de causes ou conséquences de l'événement.

Chaque entretien a été enregistré par audio et sa durée reportée. Ensuite les entretiens ont été retranscrits en essayant d'être le plus juste et le plus proche de la réalité possible.

4.2 Analyse des données

En suivant les recommandations de la GT, l'analyse a compris :

-Un carnet de bord : Tout au long de la recherche, chaque chercheur impliqué dans l'analyse qualitative a tenu un carnet de bord manuel (prise de notes spontanée) et électronique (pour synthèse des données).

- Une microanalyse : Au décours du premier entretien, 1 séance (3-4h) de microanalyse a été conduite auprès de GIAK et CV, et supervisée (MAP), à partir d'extraits du premier entretien réalisé. Elle a permis de mettre à distance les présupposés de chaque chercheur et de mieux s'immerger dans le monde des enseignants rencontrés.

-Niveaux d'analyse : L'analyse a été conduite en double aveugle d'abord par 2 des chercheurs investis dans le volet qualitatif (GIAK & CV). L'identité de chacun des cotateurs a été précisée.

-Une confrontation des analyses avec le superviseur de l'étude (MAP) a permis de trianguler les données dans un second temps, afin de confronter, discuter et approfondir la pertinence des résultats ; en même temps que de requestionner régulièrement la grille d'entretien semi-directif.

-Pour s'assurer d'une évolution des représentations des chercheurs, une réunion d'analyse a été organisée au moins tous les 5 entretiens.

Une fois enregistrés, les entretiens ont été retranscrits et entrés dans le logiciel NVivo pour analyses. Logiciel de référence en matière d'analyse qualitative, NVivo a permis une meilleure rigueur dans l'analyse des données, ainsi qu'un partage précis entre les chercheurs des résultats de l'analyse après la phase de cotation en aveugle.

L'analyse a suivi les 3 niveaux traditionnellement définis dans les analyses qualitatives : descriptif, thématique et interprétatif, puis matriciel.

La phase « descriptive » commence par « lire et relire » les données en s'en s'imprégnant progressivement. La transcription a fait partie intégrante de ce temps, permettant une imprégnation en profondeur. Ont ainsi été notés :

- les commentaires descriptifs qui portent sur le contenu de ce que le participant énonce.

- les commentaires linguistiques qui explorent les spécificités langagières utilisées par le participant (répétitions, fluences, métaphore, pauses, rires...).
- les commentaires conceptuels qui s'engagent dans un niveau plus interrogatif et conceptuel.
- la déconstruction pour se départir des à priori et d'une lecture simple.

En théorisation ancrée, elle correspond à la phase de « codage ouvert » permettant une immersion dans les données et une découverte des caractéristiques du phénomène étudié. Elle conduit à l'étiquetage, puis à définir des propriétés et catégories.

Dans la phase « thématique » sont identifiés les thèmes émergents et récurrents. On tente de généraliser des thèmes singuliers qui émergent en les reliant entre eux. Ces thèmes sont contextualisés afin d'en éclairer le sens : la fréquence avec laquelle il revient, la fonction qu'il prend dans le discours du participant, son intentionnalité et de ce qui est adressé, sont autant de paramètres pris en compte pour affiner la compréhension. En théorisation ancrée, elle correspond à la phase dite de « codage axial » qui caractérise l'articulation par 2 des propriétés. Dans la phase « matricielle » enfin, les thèmes sont agencés les uns par rapport selon une organisation matricielle, hiérarchisant et organisant les données. En théorisation ancrée, elle correspond à la phase dite de « codage sélectif » correspondant à l'intégration et à la systématisation des données.

Pour limiter la part de subjectivité souvent attribuée aux études qualitatives, nous avons tenté de satisfaire aux critères de qualités de la COREQ 32 (Consolidated Criteria for reporting qualitative research) (89). La COREQ est une liste de contrôle de 32 items qui traite de la qualité de réflexion de l'équipe de recherche, de la conception de l'étude et de l'analyse des données (Annexes).

Chapitre 5 : Aspects réglementaires et éthiques

5.1 Demande d'avis d'un comité d'éthique

Cette étude répond à la qualification d'« expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé ». Elle n'entre pas dans les conditions fixées par telle que définie au 2° de l'article L1121-1 (Loi Jardé) modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique. En effet, la recherche sur les processus et facteurs de transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être des enseignants ne comporte aucun aspect médical ou biologique, qui vise à évaluer le mécanisme de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique ; il ne comporte pas directement d'évaluation psychiatrique. Par ailleurs, la réponse aux auto-questionnaires ne comporte pas de risque évident. Néanmoins, nous réservons une note d'intention particulière pour prévenir tout événement indésirable. La profession de médecin généraliste d'une partie des chercheurs, et psychiatrique pour les autres, assure de donner la priorité aux soins en cas de difficulté rencontrée, ainsi que d'assurer l'adressage vers une prise en charge effective le cas échéant.

Néanmoins, dans le contexte récent des modifications de la loi, et dans les visées de publications envisagées dans cette recherche, l'avis d'un comité d'éthique a été requis pour cette recherche. L'accord du comité d'éthique CER Paris Descartes a été obtenu le 18 juin 2019, avant le début des analyses de cette étude (voir Annexes).

5.2 Déclaration CNIL

La loi prévoit que la déclaration du fichier informatisé des données personnelles collectées pour la recherche doit être faite avant le début effectif de la recherche auprès de la CNIL, conformément à l'article 25 de la loi du 6/01/1978 modifiée.

Néanmoins, cette recherche est hors champ du chapitre IX de la loi Informatique et Liberté car les données à caractère personnel recueillies ne sont pas des données de santé car recueillies dans le cadre d'un recrutement indépendant d'une prise en charge médicale.

Cette méthodologie permet une procédure de déclaration simplifiée lorsque la nature des données recueillies dans la recherche est compatible avec la liste prévue par la CNIL dans son document de référence. La démarche réglementaire est donc celle d'une déclaration normale du traitement des données hors chapitre IX de la loi informatiques et liberté à faire à la CNIL.

5.3 Note d'information et consentement

Une note d'information et un formulaire de consentement éclairé ne sont explicitement requis pour ce type d'étude, situées hors loi Jardé. Néanmoins, une note d'information a été énoncée oralement lors de la présentation du module de FRT ; et envoyée par mail. Elle a stipulé notamment les droits par rapport à la loi Informatique et liberté, c'est-à-dire le droit d'accès à ces données et le droit de rectification, et le droit d'opposition à figurer dans un fichier, en vue d'une diffusion, d'une transmission ou bien d'une conservation.

Ils sont situés en annexe.

5.4 Confidentialité et anonymat

L'enregistrement des entretiens est tout à fait anonyme. La retranscription par la suite n'a indiqué ni genre ni nom. Les enregistrements ont été détruits après la retranscription.

Résultats

34 enseignants responsables de l'enseignement des JDR de 2017-2018 étaient sensé participé à la formation mais seuls 24 ont répondu présents et ont participé à la formation qui a eu lieu sur 2 sessions de 12 participants. Sur l'année universitaire 2018-2019, 12 nouveaux enseignants ont été formés sur une seule session cette fois-ci. Les 36 enseignants au total sur les 2 années ayant participé à la formation ont été sollicités pour un entretien par GIAK : 21 n'ont pas répondu et les 15 médecins qui ont répondu, ont tous été sollicités pour un entretien. Il s'agit principalement de chefs de clinique et de maîtres de conférences associés dans les disciplines de médecine générale et de psychiatrie mais aussi de génétique.

Au total, 15 entretiens ont été réalisés, dont les dates et durées sont reportées ci-dessous ainsi que les principales caractéristiques sociodémographiques des enseignants.

	Date de l'entretien	durée de l'entretien
Enseignant 1	11/01/2019	14 minutes
Enseignant 2	14/02/2019	9 minutes
Enseignant 3	25/03/2019	14 minutes
Enseignant 4	26/03/2019	19 minutes
Enseignant 5	26/03/2019	12 minutes
Enseignant 6	26/03/2019	11 minutes
Enseignant 7	16/04/2019	11 minutes
Enseignant 8	13/05/2019	7 minutes
Enseignant 9	23/05/2019	16 minutes
Enseignant 10	18/06/2019	33 minutes
Enseignant 11	18/06/2019	14 minutes
Enseignant 12	18/06/2019	12 minutes
Enseignant 13	18/06/2019	7 minutes
Enseignant 14	21/06/2019	6 minutes
Enseignant 15	04/07/2019	25 minutes

Tableau 1: Dates et durées des différents entretiens.

E	Lieu d'entretien	Sexe	Age	Spécialité	Temps d'exercice post-internat	Statut	Formation en simulation dans le passé ?
1	Hôpital	F	31	Pédopsychiatrie	3 ans	CCA	Non
2	Hôpital	H	33	Psychiatrie	5 ans	CCA	Oui
3	Hôpital	F	30	Pédopsychiatrie	2.5 ans	CCA	Oui
4	Skype	F	29	Médecine générale	1.5 ans	AUMG	Non
5	Skype	H	29	Médecine générale	1.5 ans	CCU	Non
6	Skype	F	29	Médecine générale	1.5 ans	AUMG	Non
7	Skype	H	32	Psychiatrie	6 mois	CCA	Non
8	Hôpital	F	32	Génétique	2 ans	AHU	Non
9	Université	H	33	Médecine générale	6 ans	MCA	Non
10	Hôpital	F	32	Pédopsychiatrie	3 ans	CCA	Non
11	Université	H	29	Médecine générale	3 ans	CCU	Oui
12	Hôpital	F	31	Pédopsychiatrie	2 ans	CCA	Non
13	Hôpital	F	29	Psychiatrie	6 mois	CCA	Oui
14	Hôpital	F	30	Psychiatrie	1.5 ans	CCA	Non
15	Université	F	35	Médecine générale	5 ans	CCU	Non

Tableau 2 : Données sociodémographiques des enseignants interviewés.

Les entretiens ont tout d'abord été retranscrit de façon anonyme et sans mentionner le genre de l'enseignant pour respecter les recommandations du CER-PD.

4 méta-thèmes ont émergés des analyses:

- Eveiller et développer l'engagement et la motivation de l'enseignant
- Réflexivité
- Acquisition de savoir-faire et savoir-être
- Accompagnement de l'enseignant tout au long de la réalisation des jeux de rôle

Les méta-thèmes et leurs thèmes correspondants sont résumés dans le tableau 3 ci-dessous :

Méta-thèmes	Thèmes
Eveiller et développer l'engagement et la motivation de l'enseignant	<ul style="list-style-type: none"> -Le soutien du cadre institutionnel -La compréhension des enjeux formatifs -La prise de conscience de l'efficacité formative des jeux de rôle, soutien à son adhésion -La mobilisation des processus affectifs et de la mémoire épisodique -Rassurer et sécuriser sur la capacité et les compétences d'enseignement -Soutenir l'identité de l'enseignant par une affiliation au groupe de pairs -Mobiliser l'enseignant vers une identification à l'étudiant -Décalage expérientiel par l'expérimentation de la simulation pour désamorcer les réticences -Elaboration des décalages générationnels dans les opportunités formatives -Eveil de l'envie de s'investir dans la pédagogie -Fluidifier l'accès et la disponibilité des responsables pédagogiques -Frustration sur l'équilibre théorique/pratique de la formation -Manque d'expérience dans le domaine de la simulation, facteur limitant son investissement
Réflexivité	<ul style="list-style-type: none"> -Prise de conscience des difficultés -Réflexivité sur son propre cheminement pour mieux se décentrer sur celui de l'étudiant -Questionnement sur la dimension de médiation pédagogique par le jeu -Ouverture à d'autres représentations dans l'apprentissage -Questionnement sur le positionnement de l'enseignant -Réflexivité de l'enseignant sur son propre professionnalisme -Amorce d'un questionnement sur les modalités adaptées d'accompagnement des étudiants -Questionnement sur le choix des familles de situation travaillées lors des jeux de rôle
Acquisition de savoir-faire et savoir-être	<ul style="list-style-type: none"> -Intégration du cadre pour diriger un jeu de rôle -Projection sur la façon dont le jeu de rôle va se dérouler -Proposition de modèle de rôle à partir duquel l'enseignant pourra construire sa propre façon de faire -Acquisition de techniques d'animation -Acquisition de structure pour hiérarchiser la transmission auprès des étudiants -Acquisition d'outils pour faciliter le transfert des savoirs en stage -Harmonisation des contenus curriculaires dans un domaine très subjectif -Acquisition d'une part des savoirs à transmettre aux étudiants
Accompagnement de l'enseignant tout au long de la réalisation des jeux de rôle	<ul style="list-style-type: none"> -Manque d'indications dans le contenu des différentes thématiques abordées au cours des 5 séances de jeux de rôle -Manque d'espace de supervision pour adapter et améliorer de façon continue les techniques d'animation au fur et à mesure de la confrontation des enseignants aux jeux de rôle, à la spécificité de leur groupe et des thématiques abordées -Dispositif d'étayage, d'élaboration des questionnements et de supervision de l'enseignant

Tableau 3 : Résumé des résultats de l'étude

Chapitre 1 : Eveiller et développer l'engagement et la motivation de l'enseignant

1.1 Le soutien du cadre institutionnel

Cette formation aux JDR est novatrice et différente de tous les autres enseignements en médecine. L'existence même d'une formation soulève chez les enseignants le paradoxe suivant : la pédagogie est une de leurs missions principales, aux côtés des missions cliniques, mais ils n'ont jamais été formés.

Le choix de l'université de se doter d'une formation des enseignants pour cette pédagogie renvoie un message d'investissement et d'importance fort.

E1 : « J'ai déjà trouvé que c'était euh une initiative euh intéressante parce que moi, donc, j'avais déjà fait une année euh où y'avait pas ce module. Et notamment y'avait des modules de jeux de rôle dans un autre truc pour les deuxièmes années enfin mais c'était assez mal organisé (rires) quand même donc j'étais assez surpris parce que c'était vraiment assez différent entre ma première année de clinicat et ma deuxième année de clinicat. Donc j'ai trouvé que c'était quand même une bonne idée et assez novateur euh par rapport à la manière dont les enseignements sont euh sont faits à Paris 5 où on a un peu tendance à balancer des powerpoints aux enseignants et donc je trouve que voilà c'était quand même assez euh assez, euh enfin j'étais assez surpris de cette initiative je croyais que c'était plutôt bien. »

E4 : « Après globalement j'étais quand même super content parce que je trouve que en tant que jeune enseignant, on est souvent amené à faire des cours, et balancer dans des cours qu'on n'aah enfin sans avoir eu de formation au préalable, sans qu'on nous ai bien expliquéeuh... les modalités du cours, l'organisation euh... les objectifs, etc et euh... en fait c'est un des rares enseignements où on a eu une formation et, et franchement c'était vraiment, vraiment, vraiment apprécié, quoi. »

E5 : « j'ai trouvé que c'était, c'était intéressant parce que euh... parce qu'effectivement je n'avais jamais eu de formation sur ce sujet avant euhmm... y'a euh... et puis que c'était euh... voilà c'était présenté comme une approche assez innovante euh... donc ça donnait aussi envie de participer »

E7 : « Oui il y avait aussi une partie euh... juste sur la relation euh... médecin/patient et puis euh... l'intérêt de l'évolution des relations... C'était intéressant de revenir sur euh... sur euh... sur la relation médecin/malade, son évolution, l'évolution des, des, de notre pratique aussi et le fait de centrer euh... euh... le patient au cœur des échanges »

E15 : « je vais dire des trucs horribles mais... enfin ben voilà c'est tellement inhabituel quand y'a une formation et que du coup partant de zéro euh... déjà le fait qui y'en ai une était

bienvenu, forcément, je, j'imagine que j'aurais plus de trucs à dire si j'avais eu plein d'autres formations, j'aurais des comparatifs »

1.2 La compréhension des enjeux formatifs

La partie théorique de cette formation permet à l'enseignant de mieux comprendre les enjeux de cet enseignement.

E4 : « Y'a eu tout un temps euh... très théorique euh... sur la relation, on connaît des bases, on voyait les objectifs euh... de l'enseignement ou avec un PPT qui était en fait un peu long mais en même temps très complet et je trouve qu'il recadrer bien euh... euh... enfin l'intérêt de la formation mais qui, qui faisait en sorte qu'on ait un message commun à délivrer

E5 Y'avait peut-être un point mais c'est peut-être aussi que j'ai pas bien, que j'ai moins retenu parce que c'était pas le principal et le plus intéressant euh... sur, d'un point de vu règlementaire tout simplement les règles euh... de euh... tout simplement les règles de présence, d'échange, de choses comme ça qui d'ailleurs nous avaient été peut-être transmises en amont et pas forcément pendant la formation euh... ça j'avoue que c'était, c'était pas forcément très clair et que du coup quand on s'est retrouvé euh... face aux étudiants qui voulaient changer de groupe, qui étaient absents, qui voulaient rattraper etc euh... euh... voilà j'avais pas l'impression d'avoir, d'avoir eu les messages... en fait que le message soit bien passé, d'avoir bien reçu les messages euh... voilà, mais effectivement c'était p'têt pas d'ailleurs euh... ça faisait p'têt pas partie des euh... des messages de la formation, c'était peut-être à part. »

E7 : « ce qui a aidé c'était euh... déjà pour introduire c'était euh... le côté un peu théorique pouvait quand même aider pour introduire l'intérêt de cet euh... de ces jeux de rôle. Je trouve que c'est important, quand on est étudiant, de savoir pourquoi on fait ça et qu'est-ce que ça peut nous apporter »

Mais il existe un manque à étayer lors des formations futures : mieux situer l'intégration curriculaire de cet enseignement aux JDR.

E6 : « après avoir pratiqué un p'tit peu les jeux de rôle, c'est p'têt'e euhmm... je me suis demandé qu'est-ce qu'y savait déjà, les étudiants euh... qu'est-ce que nous on apportait en plus euh... ce serait pas mal de savoir par exemple quel cours euh... les étudiants ont déjà eu en amont? euh... avec quel package, en fait, ils partent... avec quel package de connaissances ils partent et euh... et surtout quel mmm quel apport mmmmeuh... en connaissance théorique, qu'est-ce que nous, on peut leur apporter? »

E15 : « On est perdu, enfin en plus nous, les médecins généralistes, du coup on est un peu plus loin quand même des externes euh... des années, du coup même si on est impliqués c'est... une piqûre de rappel c'est jamais de trop. Donc de voir où, comment ça se situe euh... par rapport à, aux autres enseignements euh... l'objectif du coup un peu plus global, enfin voilà, on a eu la

vision micro, il manquait peut-être la vision macro, comment ça se situe dans l'année? Le nombre d'heures? Peut-être que ça était dit mais du coup je l'ai pas retenu par exemple, c'est sûr que Marie-Aude a dû dire quelque chose là-dedans au début euh... mais voilà »

La partie théorique de cette formation permet à l'enseignant d'avoir des bases plus solides pour se lancer dans l'enseignement des JDR.

E3 : « aussi de mettre quelque chose de théorique enfin c'était euh... je crois que c'était très intéressant de pouvoir euh... reparler de, de ça »

E11 : « c'est-à-dire avec un premier point théorique pour transmettre un peu euh... justement les... les idées, l'esprit de la formation »

E12 : « La partie cours euh... qui était sur la... sur de l'empathie euh... qui décline en quatrième année, m'a beaucoup servi parce que c'était instructif pour tous les jeux de rôle après »

E14 : « dans l'enseignement enfin dans la formation qu'on a eu, y'avait aussi des choses euh... plus théoriques euh... et qui permettent de penser le jeu de rôle mais euh... je pense que c'est pas mal d'avoir quelques repères comme ça euh... on est pas complètement démuni quand on arrive, bien que ç'... hein ça aurait pu se faire je pense mais euh... de manière plus désorganisée »

1.3 La prise de conscience de l'efficacité formative des jeux de rôle, soutien à son adhésion

L'expérimentation lors de formation permet à l'enseignant de constater l'efficacité de cette formation, ce qui entraîne une adhésion à cette formation et à l'enseignement des JDR.

E3 : « alors elle a permis euh... de fixer un petit peu le cadre euh... c'est-à-dire que après dans... ben pour euh... euh... moi ce que j'ai trouvé très intéressant c'était euh... euh... que les étudiants soient en cercle et euh... ça vraiment je trouve que ça permet de faire circuler les idées, ça permet un peu de euh... diminuer euh... euh... l'anxiété des étudiants aussi parce que euh... on peut se dire que... que... c'est compliqué pour eux euh... c'est des premières expériences comme ça, c'est des jeux de rôle, ça peut être un peu intimidant et vraiment déjà qu'y est ce cadre euh... en... en cercle euh... euh... ben trouve que c'est euh... voilà c'est, c'est pouvoir euh... favoriser la circulation euh... de... de la pensée et déjà je trouvais que ç'avait bien fonctionné dans la formation »

1.4 La mobilisation des processus affectifs et de la mémoire épisodique

La mobilisation de processus affectifs et de mémoire épisodique lors de la simulation des JDR permet un meilleur ancrage et une sollicitation transverse en comparaison à une formation seulement théorique car elle rassure les enseignants.

E12 : « comment, moi, je me suis servi de la formation? Ce que je disais au début, c'est-à-dire que euh... y'a quelques euh... mots-clés que j'avais retenus, notamment sur l'empathie parce que ça m'a pas mal heurté, voire parlé parce que effectivement euh... j'étais étudiant en médecine avant et euh... je me suis dit que ça parlait certainement pas mal aux externes donc euh... y'a des phrases, cette phrase comme ça en l'occurrence que j'ai pas mal répétée après euh... euh... au début, puisque je l'ai fait sur deux ans et donc au début du jeu de rôle, je l'ai pas mal répétée parce que je pense que c'est euh... quelque chose qui doit leur parler et qui leur permet aussi de se figurer un peu »

E13 : « Ben alors j'ai l'impression que du coup sur euh... le cas où on s'était entraîné. Ben j'avais plus d'éléments en fait que dans les cas où on s'était pas entraîné »

E15 : « c'était important euh... que, qu'il y ait la formation pour ça euh... parce que le silence il a lieu et j'étais pas stressé, j'ai vu Marie-Aude pas stressée et dire qui veut jouer l'enseignant, qui veut jouer l'externe... On avait vu comment se passaient et... pareil du coup, les secondes, les silences, pareil qui rendent tout le monde inconfortable et les étudiants sont là baissent les yeux euh... mais en étant tranquille avec le truc, et encore une fois, je, ça m'est arrivé une fois, c'est pas que je suis pas tranquille d'habitude mais je trouve que je l'aurais sans doute était un peu moins et je les aurais rendus moins à l'aise euh... sans la formation euh... parce que c'était pas mon enseignement donc euh... c'était important que, de voir faire et d'avoir, ben voilà, ceux qui ont pensé le truc nous expliquer ce qu'ils en attendaient, ce qui était normal, ce qui était attendu, parce que eux l'avait fait ou pensé. »

1.5 Rassurer et sécuriser sur la capacité et les compétences d'enseignement

Cette formation permet de rassurer l'enseignant et permet aussi une prise de confiance sur sa capacité d'enseignement grâce au « faire ou voir faire ». L'apprentissage des questions techniques permet de se libérer pour autre chose. La sécurisation affective de l'enseignant permettra ainsi la sécurisation des étudiants lors des enseignements aux JDR.

E1 : « c'est-à-dire que nous aussi, on est des jeunes enseignants etc on a pas non plus euh j'sais pas, on a pas été formé à la pédagogie de manière générale, donc c'est quand même très compliqué quand on doit donner un cours un peu euh magistral, bon, ben on peut toujours

s'appuyer sur des powerpoints, des machins mais quand c'est déjà dans les jeux de rôle c'est déjà compliqué. »

« Donc sur ça, ça m'a apporté parce que euh... y'avait toute la dimension vraiment comment conduire un jeu de rôle puis aussi de euh nous rassurer un peu sur euh... euhmm... comment ça peut ce... voilà, quoi... que ça peut être compliqué que euh parfois il faut se permettre euh d'intervenir etc enfin voilà de nous autoriser aussi et de nous dire, ben oui parfois c'est compliqué de... de gérer les jeux de rôle donc ça, ça m'a surtout apporté ça... »

« je pense que ça a pu les... aider alors qu'avant quand j'avais pas eu la formation euh j'étais plus inquiet, enfin plus angoissé de pas savoir où j'allais du coup je pense que j'étais pas très rassurant et donc je pense que ça permettait pas un... calme... enfin une ambiance euh propice quoi, au bon déroulement du jeu de rôle et tout ça »

E4 : « Moi, je suis arrivé dans le cours déjà sereine, les idées c'était clair genre vraiment soulagé euh... enfin donc euh... ça j'ai trouvé ça super agréable. »

« essayer de comprendre mieux le ressenti du patient, le ressenti du médecin, euh... la complexité de la relation qui pouvait s'instaurer, enfin... des thématiques tellement larges... je pense que, sans la formation, j'aurais pas évoqué tout ça, quoi. »

E10 : « c'était bien d'avoir un petit rappel juste avant qui est l'annonce des consignes, un peu comme avec les enfants quoi, on annonce en avance tout ce qu'on va faire, ensuite on le fait et après on reformule qu'on l'a fait euh... comme ça on est, on ouvre la boîte et on referme la boîte, enfin tout est bordé quoi. euh... et je pense que ce genre de trucs euh... c'est pas mal parce que euh... ça leur crée une routine en fait qui est quand même assez sécurisante »

1.6 Soutenir l'identité de l'enseignant par une affiliation au groupe de pairs

Cette formation représente un temps de partage avec les autres enseignants, ce qui permet un étayage de l'identité d'enseignant par identité de groupe.

E4 : « deux des enseignants ont fait jouer et les médecins et les patients, ont vraiment simulé le jeu de rôle entre enseignants. Ça j'ai trouvé pour moi que c'était le plus pertinent parce que c'est vraiment le fait d'expérimenter euh... ce que les co... la manière dont les cours allaient se passer, que là toutes les questions émergeaient, que... que les questions de rapport aux étudiants, de relation : « Mais comment on fait si un étudiant réagit comme ça? Et ça comment on va le présenter, en fait, en pratique euh... parce que en théorie on a vu que c'était ça le message mais nous en pratique comment on fait devant les étudiants ». »

E10 : « de voir des, des, des collègues CCA euh... que, que... on a jamais l'occasion de se croiser c'est, donc déjà rien que pour ça c'est sympa les formations »

E12 : « ça permettait de se représenter les choses euh... ça permet de voir aussi les autres chefs de cliniques, donc ça aussi c'est plutôt pas mal aussi donc euh... »

1.7 Mobiliser l'enseignant vers une identification à l'étudiant

Cette formation permet l'identification de l'enseignant à l'étudiant par le vécu de la simulation. Ceci élargit l'horizon de compréhension, et développe un accordage relationnel avec l'étudiant, de l'empathie de la bienveillance (naturelle/pas forcée) dans l'enseignement des JDR.

E2 : « en soit, le fait de se retrouver à la place des étudiants avant de euh... euh...avant de leur euh... faire cette formation ça montre aussi la... difficulté euh...qu'on pourrait euh... ressentir quand on fait les jeux de rôle, quand on est étudiants donc euh... ça permet de mieux comprendre euh... ce que ressentent les euh... étudiants euh... »

E3 : « de s'intéresser aussi à ce que le, le, les, les euh... les étudiants pouvaient éprouver, ressentir euh... dans cet exercice et qu'on était pas juste euh... euh... alors c'est intéressant hein de pouvoir transmettre quelque chose de la relation médecin/malade déjà si on peut faire ça c'est déjà beaucoup et aussi pouvoir se dire que c'est des situ... c'est euh... c'est des mises en situation qui sont pas forcément évidentes et de pouvoir les accompagner là-dedans et vraiment ce... moi j'avais vraiment retenu ça euh... c'était peut-être la première formation où... où vraiment j'avais, j'avais entendu ça en tout cas, ce que je m'en souviens quoi euh... de ça... voilà. »

« c'était aussi intéressant euh... ben d'avoir e temps aussi de... de simulation aussi hein de euh... euh... de pouvoir expérimenter euh... ce que c'était euh... de se mettre à la place euh... de l'étudiant »

1.8 Décalage expérientiel par l'expérimentation de la simulation pour désamorcer les réticences

Cette formation permet l'accompagnement dans l'expérimentation de la simulation, ce qui favorise le désamorçage des freins personnels et des limites propres aux enseignants eux-mêmes pour plus de finesse dans l'accompagnement de l'étudiant à désamorcer ses propres résistances. Lors de la mise en place des jeux de rôle, cela permet de mieux accompagner les résistances des étudiants, manifestées par des mécanismes de défenses : ne pas entrer dans le jeu, rigoler, se déconcentrer, être arrogant, rester mutique, crainte du regard des autres, etc.

E4 : « voilà, si une fois y'a un, un étudiant qui, qui est un peu agressif : « ouais! Mais non! Mais vous dites ça! Mais moi je suis pas d'accord! Mais nanan euh... » et que le ton commence un p'tit peu même à monter entre eux, c'est pas forcément, on a un positionnement qu'est pas forcément facile. Parce que euh... si on intervient trop, ben je pense que tout retombe sur l'enseignant et que si on perd en légitimité et en crédibilité, ben on arrive plus à animer. En même temps si on dit rien la situation s'envenime et ça je trouve que c'est, c'est quelque chose qui, qui manquait dans la formation. »

« clairement je pense que les... les... ça a conditionné tous les échanges qui zont eu mais de manière très, très indirecte et très, très enfin eux i z'en ont surement pas eu conscience mais euhmm... quand même euh... la manière dont... j'amenais les échanges après, après le jeu de rôle euh... les thématiques que j'abordais, j'essayais de les faire réfléchir justement sureuh... beh les toutes modalités que j'ai citées précédemment, à savoir : autant le langage verbal, non-verbal, les sujets traités, comment ils ont commencé la consult', comment ils l'ont finie, comment ils ont organisé leur salle euh... essayer de comprendre mieux le ressenti du patient, le ressenti du médecin, euh... la complexité de la relation qui pouvait s'instaurer, enfin... des thématiques tellement larges... je pense que, sans la formation, j'aurais pas évoqué tout ça, quoi. »

1.9 Elaboration des décalages générationnels dans les opportunités formatives

Il est important d'élaborer l'écart entre absence de formation de l'enseignant lors de ses études, que ce soit dans la relation médecin-malade et en simulation ou jeux de rôle, et l'apport de la formation aux étudiants actuels, pour permettre de mettre du sens à cet enseignement par rapport à l'acquisition de compétences par l'expérience seule des anciennes générations. Le but est de dépasser l'envie (« les étudiants actuels sont plus choyés ») et les défenses corollaires (ils n'ont qu'à se « se débrouiller tout seuls », ...) des enseignants.

E3 : « C'est-à-dire qu'il y avait ce euh... temps de euh... euh... théorique euh... on comprenait finalement euh... pourquoi s'intéresser à la relation médecin/malade et pourquoi c'était important euh... de euh... de travailler avec les étudiants euh... enfin d'autant plus que quand on a sur son parcours euh... en tant que euh... externe ou étudiant en médecine euh... pas eu la chance d'avoir euh... la possibilité d'expérimenter ça. »

E7 : « ils se sont beaucoup interrogés quand même sur leur position en tant que... que médecins... euh... s'il faut mettre une... comment on dit les choses? Est-ce qu'on dit telle chose au patient? Est-ce qu'on est dans un rapport d'autorité... dans un rapport de... Donc ils s'interrogent pas mal sur des questions qu'ils commençaient déjà à se poser et ça permet de développer, de préciser, prendre du recul par rapport à certaines questions et d'avoir une vue un peu plus globale euh... et de s'entraîner aussi parce que c'est des situations qui... qui les angoissent pas mal »

1.10 Eveil de l'envie de s'investir dans la pédagogie

Cette formation permet d'éveiller et d'étayer l'intérêt et la curiosité intellectuelle sur la pédagogie à travers cet enseignement spécifique.

E4 : « Et en fait, le fait de procéder de cette manière-là, donc de manière un peu construite médecins/patients de commencer par, par euh... les facilités puis les difficultés pour pas tout de suite mettre en échec le médecin puis le patient c'est... c'est quelque chose que j'ai appris à la formation et que en fait pour moi est indispensable, mais que j'u, j'utilise maintenant dans d'autres formations »

« toujours commencer par la personne qui a été le plus en difficulté et toujours commencer par, du coup, ce qu'elle a bien fait pour qu'elle se sente pas euh... mise en échec »

« je me rends compte de la richesse pédagogique que c'est en les animant et ça, c'est vraiment une découverte pour moi. »

E12 : « je suis un peu trop français mais euh... euh... comme c'est une formation qui est plutôt anglo-saxonne euh... y'a eu quand même des aspects euh... euh... très anglo-saxons euh... c'est-à-dire beaucoup de euh... euh... cohésion de groupe euh... on fait des trucs un peu efficaces, des trucs un peu cognitifs quand même qui sont euh... euh... auxquels j'ai pas forcément l'habitude de me confronter, en tout cas au niveau de la pédagogie euh... et qui sont peut-être plutôt pas mal, en fait, parce que euh... je crois qu'en France, on a pas l'habitude d'apprendre comme ça et finalement ça permet euh... d'apprendre autrement et euh... donc ça a pu être euh... plutôt intéressant »

E15 : « la formation, elle était assez courte mais je me suis dit : « Ah tiens, ben justement euhmm ça m'évoque tout un champ que je connais pas » euh... et sans forcément avoir potassé le soir même pendant trois heures, p'tit à p'tit euh... voilà à droite à gauche on cherche des trucs sur le sujet et y'a des trucs qui arrivaient : « Ah ben tiens, ça va m'être utile de dire ça pour euh... pour le cours que j'ai a donné » euh... parce que ç'avait été stimulant intellectuellement. »

1.11 Fluidifier l'accès et la disponibilité des responsables pédagogiques

Cette formation favorise la rencontre des responsables pédagogique de l'enseignement: ceci est inhabituel dans notre système de formation, rassurant, plus humain et plus horizontal par rapport aux autres enseignements. Cet aspect incarne la spécificité de l'enseignement de la simulation.

E11 : « ça nous a permis d'en discuter avec Marie-Aude »

E12 : « y'avait une bonne ambiance, c'était pas du tout euh... une ambiance de cours magistral, je pensais qu'ils l'ont voulu comme ça euh... donc y'avais pas trop de théorique euh... c'était plutôt un truc pratique donc c'était vraiment plutôt pas mal euh... »

E15 : « ça a répondu aux attentes et même plus euh... de rencontrer les responsables de l'enseignement, pareil, c'est pas forcément que'q'chose qu'on fait. On nous demande par mail de dispenser un enseignement euh... avec une personne responsable sur l'enseignement et en

fait on l'a jamais vue. Enfin voilà, ça met un peu d'humain dans, dans le truc, donc ça c'est chouette ben voilà juste de mettre un visage sur Marie-Aude que j'avais déjà vue mais c'est agréable euh... ça facilite ensuite tous les mails qu'on reçoit on sait qui, qui les signe; donc déjà ça, c'est des trucs à la con mais c'était hyper positif »

1.12 Frustration sur l'équilibre théorique/pratique de la formation

La formation de 4 heures proposait une heure de présentation théorique et 3 heures de mise en pratique. Pour beaucoup d'enseignant la plus-value formative se situait dans le temps expérientiel, qu'ils auraient souhaité plus long, même s'il reconnaissait l'importance de bases théoriques et la complémentarité avec la mise en pratique.

E2 : « La partie théorique du coup comme je disais tout à l'heure euh... euh... elle était un peu longue euh... un peu sèche euh... »

« si j'étais en charge de cette formation, j'aurais fait d'abord un temps commun avec tous les participants pour euh... l'introduction un peu générale, en raccourcissant beaucoup la partie théorique euh... voilà sur la relation malade/médecin etc. puis j'aurais fait euh... un peu comme dans les ECOS trois stations avec une rotation des participants. »

E3 : « alors je sais qu'on peut pas tous passer mais ce qu'on... que ç'aurait été intéressant que plus de... d'enseignants euh... pratiquent voilà fassent l'expérience de... (plus de temps de formation) ouais voilà peut-être plus de temps pour effectivement euh... euh... à notre tour pouvoir jouer euh... euh... patients ou médecins voilà je pense que peut-être c'est ça parce que j'en ai pas pu en faire l'expérience et je pense que ç'aurait été intéressant »

E4 : « Y'a eu tout un temps euh... très théorique euh... sur la relation, on connaît des bases, on voyait les objectifs euh... de l'enseignement ou avec un PPT qui était en fait un peu long mais en même temps très complet et je trouve qu'il recadrer bien euh... euh... enfin l'intérêt de la formation mais qui, qui faisait en sorte qu'on ait un message commun à délivrer euh... à la fin du PPT, je suis un peu resté sur ma faim euh... genre parce que euh... beaucoup d'information très théoriques et en fait heureusement que y'a eu une partie pratique à la fin de la formation et qui pour moi était finalement euh... le plus intéressant et plus important et je trouve que ça aurait pu durer plus longtemps »

1.13 Manque d'expérience dans le domaine de la simulation, facteur limitant son investissement

La plupart des enseignants n'ont pas de pratique antérieure de simulation, ce qui limite l'acquisition des compétences : c'est très nouveau, donc difficile de tout acquérir en un seul coup.

E4 : « j'ai trouvé ça mais... super, super riche et c'est vraiment un truc que j'ai découvert là. Alors peut-être que je l'ai découvert là parce que quand j'étais euh... quand j'ai fait les simulations en étant interne c'est des choses qu'on avait pas abordées. Et là, je trouve qu'on a abordé tellement de choses »

Chapitre 2 : Réflexivité

2.1 Prise de conscience des difficultés

Le fait de faire ou de voir faire engendre une prise de conscience des difficultés quand on s'expose aux autres : glissement dans les places avec effet confusionnant. Ce dispositif de mise en abîmes de jeu où les enseignants jouent les étudiants, notamment lors du débrief, complexifie les choses et amorce une réflexivité auprès des enseignants.

E1 : « Après la formation euh la formation en elle-même, euh, je trouvais que c'était bien mais finalement je trouvais que c'était quand même assez euh éloigné de finalement de comment ça s'était passé les cours quoi enfin et ouais c'est à dire que bon c'est normal on est entre enseignants et donc on a tous envie que ça se passe bien machin et j'ai pas trouvé que ça permettait autant, après je ne sais pas si c'est possible mais d'anticiper euh les difficultés des enseignants c'est-à-d... des étudiants c'est-à-dire que c'est compliqué final... enfin c'était compliqué finalement, je pense, de se mettre dans la peau des étudiants pour pouvoir anticiper leurs difficultés et, du coup, nous pour pouvoir euh euh savoir comment gérer ces difficultés. Je trouvais que ça permettait pas de, de se rendre compte, assez, je dirais. »

E12 : « Et puis le débrief, y'a quand même des p'tites choses euh... qu'on nous avait euh... dit : « Ben on peut faire comme ci, comme ça. c'est bien... enfin voilà, c'est bien de donner la parole euh... qu'est-ce qu'on fait si euh... je sais pas, si euh... ça circule pas très bien. » Et du coup euh... ben ça m'a permis d'appliquer un p'tit peu ces choses-là et je pense que sans cette formation ça aurait été vraiment beaucoup plus difficile. »

2.2 Réflexivité sur son propre cheminement pour mieux se décentrer sur celui de l'étudiant

La réflexion sur et la mise à profit de sa propre expérience induit une mise en perspective de son propre cheminement effectué sur le maniement de la relation médecin-malade, ce qui permet le décentrement de l'enseignant : cela l'amène à réfléchir au point où en est l'étudiant pour mieux s'accorder sur l'enseignement à dispenser mais aussi comment l'accompagner dans sa progression.

E3 : « on voyait qu'on avait euh... un sens euh... enfin une envie commune en tout cas de euh... d'accompagner les étudiants dans cette démarche... enfin j'ai trouvé ça euh... très dynamique en fait euh... et euh... très vivant quoi... »

E7 : « oui ça m'a ramené des choses en tête euh... oui, oui par exemple : y'avait un chiffre... enfin, le fait que beaucoup de patients qui suivent pas les prescriptions aussi, des choses qu'on nous avait dit à la formation euh... qui étaient intéressantes, oui... qui pouvaient aider. Après euh... j'appuyais sur mon côté euh... peut-être que je ferai psychiatre euh... que je fasse de l'addicto... l'entretien motivationnel aussi enfin d'autres choses sur lequel ça m'a fait travailler la relation médecin/patient euh... après oui y'a certaines infos qui m'ont permis aussi... que j'ai utilisées pour leur transmettre aussi. »

E8 : « je trouve que c'est une formation qui est très intéressante. C'est euh... clairement quelque chose qui m'a manqué, moi, au cours de mon parcours. Je trouve que vraiment c'est, c'est quelque chose qui est indispensable. Maintenant euh... on sort quand même de euh... d'un système qui était très paternaliste, très euh... où les médecins avaient vraiment un pouvoir sur les patients et les patients n'ont plus du tout cette attente-là maintenant. Il faut s'adapter et euh... du coup, je pense que quand on est formé euh... dans un système universitaire classique où on est surtout encadré par euh... des gens qui ont un certain âge, qui ont une certaine pratique qui est parfois pas adaptée à la population qu'on rencontre actuellement, c'est euh... c'est bien de développer euh... ce genre de... de formation encadré par des personnes plus jeunes qui ont une vision un peu différente de l'exercice. »

E10 : « Bon alors après, c'est pas mal parce que ça donne un petit peu un référentiel quand on voit les élèves après, enfin les étudiants euh... en médecine, on se rend compte en fait du parcours qu'on a parcouru quand on est interne ou CCA »

2.3 Questionnement sur la dimension de médiation pédagogique par le jeu

Aux antipodes des cours magistraux par exemple, où l'espace de transmission se fait de façon unilatérale, d'un enseignant actif vers des étudiants passifs, la simulation permet d'ouvrir un espace d'enseignement en passant par une aire de jeu. La mise en scène permet aux étudiants de s'identifier aux protagonistes et de se questionner de façon plus directe que lors de l'apprentissage d'un cours déjà construit. La construction du savoir se fait par une autre voie. Durant la formation, les enseignants expérimentent et commencent à se questionner sur ce mode de transmission, plus proche du tutorat lors de la pratique clinique en stage que des enseignements qui se tiennent traditionnellement dans les facultés françaises.

E3 : « alors elle a permis euh... de fixer un petit peu le cadre euh... c'est-à-dire que après dans... ben pour euh... euh... moi ce que j'ai trouvé très intéressant c'était euh... euh... que les étudiants soient en cercle et euh... ça vraiment je trouve que ça permet de faire circuler les

idées, ça permet un peu de euh... diminuer euh... euh... l'angoisse des étudiants aussi parce que euh... on peut se dire que... que... c'est compliqué pour eux euh... c'est des premières expériences comme ça, c'est des jeux de rôle, ça peut être un peu intimidant et vraiment déjà qu'y est ce cadre euh... en... en cercle euh... euh... ben trouve que c'est euh... voilà c'est, c'est pouvoir euh... favoriser la circulation euh... de... de la pensée et déjà je trouvais que ç'avait bien fonctionné dans la formation »

2.4 Ouverture à d'autres représentations dans l'apprentissage

Lors de la formation, voir d'autres enseignants faire et penser ouvre l'enseignant à un espace réflexif plus large et plus polyphonique sur les représentations et façons de faire dans différents styles, selon la personnalité de chaque enseignant. Cela lui laisse, et l'autorise à, ensuite lors de l'enseignement auprès des étudiants, une plus grande souplesse et un espace de jeu interne plus flexible.

E1 : « je savais pas vraiment mener des jeux de rôles donc je dirais que c'est quand même surtout là-dessus que ça m'a euh ça m'a aidé et puis c'était intéressant aussi de voir euh d'autres enseignants faire parce que, bon ben après y'a la question de la personnalité et puis y'a des gens qui sont plus à l'aise et tout ça et donc c'est vrai que c'était intéressant de voir euh d'autres euh faire, moi ça... cette façon-là aussi de euh entre enseignants, ça j'ai trouvé ça... vachement bien »

2.5 Questionnement sur le positionnement de l'enseignant

Cette formation atypique dans le contexte pédagogique médical actuel français conduit les enseignants à un questionnement sur « comment être » en tant qu'enseignant. Le cadrage d'un paradigme plus centré étudiant qu'enseignant engage ce dernier à un positionnement horizontal, désamorçant l'attitude professorale et verticale, à laquelle il est souvent formé dans le cursus médical.

E2 : « je pense aussi que les... les étudiants ont été participatifs donc la formation a fait en sorte que l'enseignement soit moins euh... ex-catedra euh... voilà moins vertical et plus participatif... donc euh... je pense que c'était bénéfique. »

2.6 Réflexivité de l'enseignant sur son propre professionnalisme médical

En apportant à l'enseignant des bases pédagogiques issues de la médecine fondée sur les preuves, cette formation contraint dans un sens l'enseignant à mieux structurer son enseignement dans un domaine souvent moins investi par la biomédecine. Il fait de cet espace de transmission un lieu également scientifique, au même titre que le sont les espaces d'exercice

de la médecine. Et comme dans sa pratique médicale, il doit également élaborer l'écart entre ces données issues de la médecine fondée sur les preuves, et celles liées à son expérience, et les valeurs qu'ils souhaitent y incarner et transmettre aux étudiants.

E4 : « on pense que ça va apporter des réponses sur une situation, en fait ça apporte des réponses sur... sur énormément de choses quoi, c'est... autant les questionnements en tant que médecins, les questionnements du patient, le fait de se mettre à la place du patient, toutes les méthodes de communication mais que ce soit euh... le verbal, le non-verbal, l'organisation euh... »

E8 : « j'ai énormément appris à faire ces jeux de rôle, sur moi, sur euh... ma façon de travailler, je pense que j'ai modifié pas mal de chose dans ma façon de travailler et euh... je pense que même pour les enseignants, c'est hyper formateur d'avoir un regard un peu extérieur. Et, ouais, ça a... ça apprend vraiment à... à avoir de la passion.... de la patience et de... de... de pouvoir regarder comment ça se passe aussi, comment les gens se comportent euh... c'est euh... c'est hyper enrichissant »

2.7 Amorce d'un questionnement sur les modalités adaptées d'accompagnement des étudiants

Cette formation a conduit les enseignants à un questionnement sur l'accompagnement des étudiants :

- importance et moyens pour créer un environnement sécurisé
- questions émergentes,
- maniement des émotions,
- étayer la sortie du questionnement exclusivement biomédical
- difficultés,

E1 : « C'était plutôt, ouais, pour ce, enfin, après c'est compliqué d'anticiper tout ce qui peut se passer avec les étudiants et ça dépend de l'ambiance de groupe aussi, parce que je trouve qu'il y avait des ambiances de groupe assez différentes donc euh bon ça reste quand même pas évident à anticiper »

« finalement vraiment la pédagogie sur les jeux de rôle en eux-mêmes, c'est-à-dire comment être un peu, une espèce de maître du jeu efficace etc alors je sais qu'ils doivent sûrement se, se reposer sur nos qualités euh de ben de médecins qui avons déjà eu une expérience ou sur le fait qu'on soit psychiatres et donc on serait plus sensibles à la relation mais c'est pas si évident que ça non plus, parce que même si, bien sûr, la psychiatrie c'est un métier relationnel euh euh un peu aussi comme la médecine générale d'ailleurs je ne pense pas qu'y ait que la psychiatrie non plus qui soit euh aussi relationnelle enfin basée réellement sur la relation mais bon, n'empêche qu'ok c'est une des spécialités les plus axés là-dessus mais je trouve qu'ils comptent trop sur ça, en fait, c'est comme si euh ben comme on était psychiatres euh, on avait aucun secret pour les relations thérapeutiques sauf que finalement on aborde des thématiques médicales donc le diabète, euh je sais plus ce qu'il y avait dans les jeux de rôles,

mais bon c'est que des maladies médi... c'est que des trucs somatiques y'a rien de psychiatrique, ce que je comprends bien sûr, mais du coup on est pas non pl... en tant que psychiatre je me suis pas senti si à l'aise que ça »

« Enfin des fois ils ont des questions médicales, alors bon on leur dit que c'est pas le sujet, machin, moi parfois j'arrive un peu à répondre même si bon je ne sais pas toujours répondre à tout. Mais je trouve que ça manque aussi d'avoir vraiment un regard médical euh sur tout ça. Et donc ça, je trouve que ça le, ça pas assez été poussé dans la formation. »

« parce que franchement des fois c'est compliqué et c'est vrai que quand ils commencent à être un peu pas sérieux et puis tout euh pff c'est pas évident d'arriver à les remotiver, d'arriver à les recentrer, ils commencent un peu à genre euh c'est enfin un peu le truc de base de cours mais ils commencent un peu à se moquer des uns des autres enfin en rigolant c'est pas du tout agressif ou quoi mais bon... bon on est là... bon après moi j'sais pas... j'suis pas très cadrant aussi... je sais pas si c'était moi mais je trouvais ça compliqué et je trouve que de toute façon les jeux de rôle c'est un truc super compliqué pour les étudiants »

« on savait un peu où on allait euh les moments de discussions étaient quand même euh assez riches et... ça j'ai trouvé que euh que ça que... que les étudiants se permettaient quand même de poser pas mal de question etc après je sais pas si j'ai pu répondre à toutes leurs questions »

E4 : « deux des enseignants ont fait jouer et les médecins et les patients, ont vraiment simulé le jeu de rôle entre enseignants. Ça j'ai trouvé pour moi que c'était le plus pertinent parce que c'est vraiment le fait d'expérimenter euh... ce que les co... la manière dont les cours allaient se passer, que là toutes les questions émergeaient, que... que les questions de rapport aux étudiants, de relation : « Mais comment on fait si un étudiant réagit comme ça? Et ça comment on va le présenter, en fait, en pratique euh... parce que en théorie on a vu que c'était ça le message mais nous en pratique comment on fait devant les étudiants ». »

2.8 Questionnement sur le choix des familles de situations travaillées lors des jeux de rôle

La formation s'est axée sur les bases générales de la relation médecin-malade et l'acquisition des techniques de base en simulation. La densité des éléments à transmettre n'a pas permis d'aborder et de mettre en débat les motifs des choix de chaque famille de situation mises en scène lors des jeux de rôle. Les enseignants le pointent comme un manque.

E15 : « mais en tout cas peut-être un peu plus de euh... de théorie pour les enseignants euh... sur les attentes euh... des différentes séances euh... le choix des thématiques euh... pourquoi celles-ci? euh... Est-ce que c'est une histoire de prévalence? Est-ce que c'est quoi la, voilà la théorie scientifique sur euh... dans la relation euh... c'est les, c'est les... on va dire c'est les patterns de... soit patients soit situations qui sont décrits euh... alors évidemment ça correspond tout à fait à la pratique donc j'imagine bien que ça, ça répond à quelque chose mais non! Enfin je, je sais pas... »

« j'aurais peut-être rajouté un peu plus de théorie sur euh... sur les thématiques »

Chapitre 3 : Acquisition de savoir-faire et savoir-être

3.1 Intégration du cadre pour diriger un jeu de rôle

La formation a permis l'acquisition du cadre des JDR :

- Les objectifs
- L'aspect temporo-spatial (disposition, rythmes, ...)
- La structure des JDR (dont les processus de débriefing)
- Les règles du jeu
- La distribution des rôles

E1 : « Donc là euh moi ça m'a aidé à structuré aussi mon cours euh avec les étudiants parce que c'était quand même assez séquencé. On avait même un peu des espèces de timing etc donc ça je trouvais, ça, bien. Donc ça, ça m'a aidé. »

« je pense que c'est, c'était le fait que j'ai enfin, que d'avoir fait la formation... je pense que j'étais plus cadrant et du coup j'étais plus... enfin j'avais quand même plus d'objectifs en tête »

E10 : « Je pense sur la gestion du temps, sur euh... le euhmm... ben du coup par transmission? C'est ça, la question, hein? euh... ouais sur le fait qu'y y'avait euh... du temps, sur euhmm... toutes ces histoires qui sont quand même toujours très importantes dans la gestion des groupes et qui est un truc que j'ai des fois du mal à faire euh... donc c'était bien d'avoir un petit rappel juste avant qui est l'annonce des consignes, un peu comme avec les enfants quoi, on annonce en avance tout ce qu'on va faire, ensuite on le fait et après on reformule qu'on l'a fait euh... comme ça on est, on ouvre la boîte et on referme la boîte, enfin tout est bordé quoi. euh... et je pense que ce genre de trucs euh... c'est pas mal parce que euh... ça leur crée une routine en fait qui est quand même assez sécurisante et euh... je pense que la routine se serait mis en place spontanément euh... mais p'têt' pas aussi bien que si euh... j'avais eu, moi, un p'tit rappel sur : « Comment on annonce les différences séquences, etc? » »

« on s'entraîne sur la chronologie, savoir qu'est que ça, combien de temps ça prend de commencer, de finir, de discuter avec les gens et comment on fait pour avoir boucler une séquence, je dirais, euh... jeu, discussion, débrief en vingt minutes » euh... moi j'étais vraiment dans ce truc-là »

Cependant plusieurs enseignants ont trouvé que la formation manquait de clarté sur ses objectifs : à donner au début des prochaines formations pour plus de clarté.

E1 : « je sais plus exactement les thématiques mais moi j'aurais quand même essayé euhmm de plus axer là-dessus aussi, c'est-à-dire finalement en choisissant ces thématiques-là relationnelles assez précises euh qu'est-ce qu'ils veulent qu'on... transmette aussi aux étudiants là-dessus »

Il faudra également insister lors des prochaines formations sur les règles du jeu pour savoir comment mieux préparer l'étudiant et comment choisir qui va jouer le médecin et qui va jouer le patient.

E3 : « Comment reprendre les choses avec euh... le petit groupe qui... enfin, le, le patient et le, le malade qui sont en train de... le patient, pardon, et le médecin qui sont en train de jouer et puis euh... et puis après avec... avec le groupe comment on interagit?... Qui on fait participer? »

E9 : « celui qui joue le médecin ben lui il doit le faire euh... comme il doit le faire quoi euh... donc voilà donc c'est... c'est ça euh... cette, cette distinction-là p'têt' d'ailleurs qui aurait pu être un peu plus explicité pendant la formation euh... c'est parfois euh, parfois euh... euh... oui c'est parfois pas facile de, de positionner le médecin en fait »

Il paraît donc de mieux préciser les règles du jeu dès la mise en abîme.

E10 : « ben on est tous entre nous, donc on se connaît bien et y'a quand même ce truc où tu sais pas trop si t'es en train de jouer le jeu ou si t'es en train de t'entraîner ou si tu es en train de sérieusement jouer le jeu euh... et du coup, il y a des p'tits moments comme ça où je savais pas trop si j'étais dans mon personnage ou pas trop dans le personnage et puis j'arrivais pas trop à savoir non plus si euh... euhmm... si les autres répondaient comme ça parce qu'ils étaient à fond dans leur personnage ou si ils répondaient comme ça parce que c'était vraiment ce qu'ils pensaient et donc c'était, c'était je pense un peu euh... y'avait un truc, y'avait un niveau de complexité supplémentaire je dirais au fait qu'on soit tous des enseignants en formation et euh... et qu'on se demande si en fait euh... bon ils posaient la question pour jouer le jeu ou s'ils étaient vraiment, eux, dans le rôle des élèves parce que euh... ce qui avaient été désignés comme euh... celui qui allait jouer le patient, celui qui allait jouer le, le médecin, c'était facile parce que eux ils, ils ont été mis en scène vraiment quoi, ils se sont installés, ils ont fait la consultation et puis euh... moi en tant qu'enseignante euh... pareil au début je savais pas trop si euh... je devais donner juste le top départ et la top fin, ou si en plus je devais vraiment euh... rester dans le rôle d'enseignant pour le débrief, ça c'était un truc qu'était pas hyper clair »

3.2 Projection sur la façon dont le jeu de rôle va se dérouler

Les enseignants ont pu figurer grâce à la formation, ce qui va se passer lors des JDR avec les étudiants par des représentations, l'imagination de ce que sera la séance grâce la simulation d'un JDR lors de la formation, le déploiement de l'aire de jeu, les processus groupaux (approche socioconstructiviste), ainsi que le processus réflexif.

E3 : « visualiser un petit peu comment on pouvait euh... structurer en fait euh... une euh... une séance euh... comment on pouvait euh... voilà euh... euh... séparer euh... enfin... se dire que ben tant de euh... d'étudiants vont travailler sur tant d'items et de voir un petit peu comment

on aller... voilà vraiment s'organiser sur euh... sur la séance euh... je pense que ça donnait vraiment, vraiment ce, ce cadre-là et voir aussi faire l'expérience que ça fonctionnait bien d'imaginer »

« on peut pas avoir tous les items en tête et déjà d'imaginer qu'y ait quelques, quelques items, les uns euh... enfin... une partie après l'autre ben déjà je trouvais que c'était euh... euh... c'était vraiment intéressant »

E4 : « deux des enseignants ont fait jouer et les médecins et les patients, ont vraiment simulé le jeu de rôle entre enseignants. Ça j'ai trouvé pour moi que c'était le plus pertinent parce que c'est vraiment le fait d'expérimenter euh... ce que les co... la manière dont les cours allaient se passer, que là toutes les questions émergeaient, que... que les questions de rapport aux étudiants, de relation : « Mais comment on fait si un étudiant réagit comme ça? Et ça comment on va le présenter, en fait, en pratique euh... parce que en théorie on a vu que c'était ça le message mais nous en pratique comment on fait devant les étudiants ». »

E5 : « il y avait euh... à la fois un côté euh... un côté théorique qui nous expliquait bien le background euh... scientifique euh... de ce type de euh... de formation euh... et en même temps le côté aussi plus pragmatique euh... avec euh... avec euh... l'anticipation des euh... des difficultés éventuelles qui pouvaient, qui pouvaient y'avoir euh... bien préciser les enjeux et euh... les objectifs euh... et puis euh... et puis la mise en pratique aussi après qui était euh... qui était particulièrement riche euh... parce que ça permet vraiment de se projeter et euh... et d'imaginer comment euh... comment, comment peut se passer le cours ensuite. »

E12 : « Et puis après, c'était plutôt pas mal de faire cette formation euh... euh... enfin, après de vraiment mettre en... en lieu et place le jeu de rôle parce que euh... ça permet de se le figurer un peu mieux. »

3.3 Proposition de modèle de rôle à partir duquel l'enseignant pourra construire sa propre façon de faire

En voyant faire les responsables pédagogiques, l'enseignant, grâce à la formation aux JDR, s'approprie et se construit une posture par identification aux animateurs (modèle de rôle) et mimétisme (au début) de ce que joue l'animateur.

E2 : « d'avoir, d'avoir un peu les réflexes peut-être par mimétisme avec les formateurs pour l'animation de ces jeux de rôle. »

E3 : « enfin moi j'avais pas joué euh... de patient, ni de, de euh... de médecin au cours de cette séance euh... mais on pouvait se rendre compte que c'était pas si simple aussi de pouvoir euh... de voir nos collègues euh... le jouer euh... ça donnait aussi des... des outils »

E15 : « Marie-Aude a une expertise et ça se sent euh... sur... voilà dans l'animation, ce genre de choses. Et de voir quelqu'un faire même, du coup, en fait de l'animation, qu'elle anime de

cette formation, en fait la posture qu'elle avait avec nous euh... futurs formateurs euh... c'était un modèle de rôle euh... pour moi, c'est-à-dire de la voir euh... comment elle débrieife le truc, de la voir faire avec son expertise, je me suis dit : « Ah tiens, c'est vers ça qu'il faut que je tende euh... moi, animateur des séances euh... » »

E15 : « Et puis après on a vu comment Marie-Aude faisait rebondir le débat. De la voir faire, c'était super, c'était vraiment super donc ça m'a apporté ça par rapport au peu de chose que je connaissais mais voilà, je connaissais pas grand-chose »

3.4 Acquisition de techniques d'animation

Les enseignants ont pu également acquérir les techniques d'animation :

- temps et espace,
- comment communiquer avec les étudiants,
- circulation de la parole (faire parler tout le monde),
- comment faire interagir,
- comment faire travailler sur l'émotivité (et arrêter le jeu si trop d'émotion en jeu),
- la notion primordiale de la bienveillance,
- savoir donner du temps aux étudiants,
- interrompre si besoin (« time-out »),
- outils (rythme, structure, etc.) pour accompagner l'émergence et l'élaboration de réflexivité auprès des étudiants.

E2 : « je pense que euh... ça a permis de euh... déjà de euh... euh... d'apporter une certaine méthodologie à l'animation des jeux de rôles et ça s'est euh... très positif euh... après il ne s'agit pas tant de connaissances théoriques que de euh... connaissances par l'expérience euh... parce que euh... quand on euh... quand on répondait aux étudiants, quand on leur faisait part un peu de euh... de notre expérience au final on s'appuie sur euh... des expériences vécues euh... en situation clinique de euh... d'annonce d'une mauvaise nouvelle, de patient réticent, de demande abusive plus que sur des connaissances théoriques euh... donc euh... voilà, je pense que euh... la formation à apporter une certaine structure surtout à la façon d'animer »

« ben je pense que la formation a permis de euh... déjà de euh... de structurer une durée qui est très limitée parce que 1 heure 30 ça passait très, très vite euh... donc grâce à la formation euh... déjà on disposait la salle d'une certaine manière euh... on... euh... tout était prêt enfin les... les documents à distribuer aux étudiants euh... etc »

E3 : « ben comment euh... euh... pareil comment on, on, on structure ce temps-là? C'est-à-dire que, ben on va... de, de se donner la possibilité d'interrompre et alors comment réagir à ça, comment on fait circuler? euh... euh... qu'elle puisse dire euh... que c'était très intéressant de, de pouvoir reprendre en premier lieu ben comment on avait vécu finalement cette scène-là? »

E4 : « Je pense que ça m'a aidé sur euh... la manière d'animer, c'est-à-dire euh... euh... la manière dont j'ai commencé la première séance ou du coup j'ai vraiment euh... beaucoup insisté sureuh... le climat de bienv... en fait, j'ai fait élaborer au groupe des règles de

fonctionnement et du coup le groupe a choisi que euh... que on serait bienveillant, qu'on se moquerait pas, qu'on jugerait pas, qu'on s'écoute, qu'on se coupe pas la parole etc et, ça, c'est quelque chose euh... le climat de bienveillance c'est quelque chose qui a été beaucoup, beaucoup amené pendant la formation »

« ensuite ça a mmm aidé sur l'aspect un peu mmm organisationnel, c'est-à-dire que de dire... que... ben de se dire euh... l'étudiant, je force pas un étudiant à l'faire, qu'a pas envie de le faire mais euh... mais euh... je trouve des, des techniques un petit peu pour les motiver en leur disant : « ben ça va vous faire vachement apprendre d'expérimenter puis vous inquiétez-pas on est entre nous, c'est le moment où il faut se planter... » enfin ces... ces p'tits messages euh... ça m'a, la, la formation ça m'a apporté ça, de savoir comment organiser, enfin après des trucs tout bêtes mais en fait, sur l'organisation de la salle »

« je pense qui est primordial et j'aurais pas fait comme ça si j'avais pas eu la formation. C'est d'se dire que quand le jeu de rôle se finit, alors déjà de dire si le jeu de rôle euh... provoque une charge émotionnelle trop importante chez les étudiant, de pouvoir faire un temps mort, ça j'y, j'y ai eu recours une fois et je pense que si on m'avait pas dit : « beh vous pouvez faire ça un temps mort » et dans quelle situation le faire, j'aurais pas osé le faire et je pense que le jeu de rôle se, se serait ah les étudiants seraient partis dans le mur et ça aurait pu être compliqué. »

E5 : « la formation rappelait bien l'importance de euh... de la bienveillance, de l'écoute et euh... ça c'était un des messages forts par exemple que euh... que du coup j'ai bien... sur lequel j'ai bien insisté au début et je pense que ça a permis quand même de... de mieux cadrer les choses et d'avoir des, des échanges plus apai..., bienveillants euh... voilà et euh... ...au niveau déjà des règles du jeu, disons euh... j'aurais p'têt' pas autant insister et euh... s'aurait p'têt' pas aussi euh... ben voilà la même chose et après c'était au niveau de l'animation aussi euh... y'a des choses que j'aurais p'têt' pas forcément osé faire ou en tout cas ça aurait paru moins, moins naturel je pense aux étudiants euh... le fait de pouvoir éventuellement couper euh... enfin c'est-à-dire, enfin faire une pause en fait... dans l'... dans l'animation quand y'a des moments où euh... les étudiants sont pas très à l'aise euh... euh... par exemple ça c'est quelque chose que j'aurais pas forcément osé faire euhmm... et donc euh... et donc par rapport à ça c'était euh... plutôt utile euh... je dirais que voilà, ouais la question du temps, cest que 'q' chose, que ça... que j'aurais pas forcément osé faire »

E10 : « la deuxième autre piste que j'aurais voulue, mais après bon c'est peut-être compliqué pour la formation, c'est comment euh... gérer les profils d'étudiants un peu... alors pas les profils perturbateurs qui veulent pas écouter et tout parce que ça bon, on est quand même euh... on est quand même un peu formés »

« comment aiguillonner les étudiants c'est : « A quel moment est-ce qu'on devient directif ? » c'est-à-dire euh... on sait bien euh... animer le truc de manière euh... cool voilà! Mais à quel moment est-ce qu'on dit : « Mais en fait, ça euh... c'est pas possible parce que euh... le, le patient, il a pas... il va pas comprendre. » Donc je sais que au final, je finissais par le faire un peu. En disant : « Bon ça euh... voilà euh... il faut vraiment éviter ce type de formulation etc. » »

3.5 Acquisition de structure pour hiérarchiser la transmission auprès des étudiants

La formation a pu clarifier comment hiérarchiser les éléments à aborder lors des JDR.

E2 : « de structurer le message ou euh... voilà la synthèse à donner sur la thématique qui a été abordée au cours d'une séance. »

E9 : « on a pas beaucoup abordé mais p'têt' c'était pas le temps à ce moment-là, mais à ce moment-là ça serait p'têt' à un autre moment... le contenu du, du, du débrief par rapport au contenu vraiment des, des consultations, c'est-à-dire, enfin des, des, des fausses consultations. Parce que euh... voilà par exemple là on tombe sur les, les euh... les situations qui ont été proposées à jouer y'a euh... alors y'a le patient agressif, le patient réticent, y'a le patient euh... à qui y faut faire euh... euh... aider à changer de comportement et en fait, on a pas... on a pas discuté, on nous a pas donné de consignes, on ne s'est pas mis d'accord entre animateurs des, de ces jeux de rôle pour savoir quelque part euh... qu'est-ce qu'on voulait faire ressortir de ces trucs-là. C'est-à-dire on peut imaginer autour de, ben du patient réticent et bien euh... voilà... on... ben c'est pour leur euh... donner quelques notions déjà autour de l'entretien motivationnel »

3.6 Acquisition d'outil pour faciliter le transfert des savoirs en stage

La formation donne des outils aux enseignants pour faciliter le transfert pour les étudiants entre ce qu'ils ont appris en JDR et l'application en stage.

E2 : « je pense que le fait qu'ils étaient confrontés, du moins en théorie, à une situation difficile euh... ça leur permettrait de... de... de mieux anticiper des situations futures euh... au cours de leur stage. Mais ça c'est théorique, après à voir si ça... si ça s'applique en vrai. »

*E12 : « je pense que ça les aide à se confronter à des situations en stage qui sont difficiles. »
« ils font je crois régulièrement des situations avec euh... des ponts avec les situations des jeux de rôle avec les situations qu'ils ont rencontrées en stage. Donc ça leur fait office de supervision et du coup, ça les aide à euh... et dans le savoir être et puis à eux avoir une certaine réflexivité après euh... sur leur pratique et ça, je pense que c'est essentiel quand on est médecin »*

3.7 Harmonisation des contenus curriculaires dans un domaine très subjectif

La formation permet une homogénéisation curriculaire à minima pour tous les enseignants dans un domaine où les données de la littérature scientifique ne sont pas encore très bien diffusées

dans le contexte français, conduisant à des pratiques souvent hétérogène basées sur la propre intuition de chacun.

E2 : « après euh... les... les euh... moyens de... les mots à utiliser, les moyens de... de gérer les jeux de rôle euh... l'interruption euh... le débrief... enfin avec les étudiants étaient très utiles. Ca permettait de euh... délivrer une formation homogène entre euh... les différents enseignants et qu'il n'y ait pas de euh... justement une... qu'il n'y ait pas d'improvisation euh... que chacun fasse les choses à sa sauce quoi. »

E4 : « Y'a eu tout un temps euh... très théorique euh... sur la relation, on connaît des bases, on voyait les objectifs euh... de l'enseignement ou avec un PPT qui était en fait un peu long mais en même temps très complet et je trouve qu'il recadrer bien euh... euh...enfin l'intérêt de la formation mais qui, qui faisait en sorte qu'on ait un message commun à délivrer »

E6 : « ben je pense que déjà ça a permis... ça a permis euh... d'harmoniser euh... l'enseignement parce que sinon euh... chaque enseignant fait un p'tit peu à sa sauce et... et c'est p't'êt' pas... c'est p't'êt' pas ce qui y'a de mieux pour les étudiants. Mais du coup ça a permis d'harmoniser et de tous être un p'tit peu sur la même ligne et euh... d'avoir un déroulé, un déroulé de l'enseignement qui soit plutôt carré. Voilà »

3.8 Acquisition d'une part des savoirs à transmettre aux étudiants

Les enseignants ont pu se familiariser avec le contenu de la formation : thèmes, grilles etc. Mais globalement il manquait des directives sur la spécificité de chacun des thèmes par rapport aux autres, combien de thèmes abordés lors d'une séance de JDR ainsi que l'utilisation ou non de la grille.

E3 : « je découvrais aussi euh... la grille euh... euh... et euh... et euh... voilà en plus c'était intéressant »

« S'appuyer sur la grille euh... avec des éléments théoriques euh... euh... ben comment l'intégrer euh »

« voilà qu'on aille plus sur quelques items pour déjà voir un peu ce que pouvait éprouver, en fait un, un étudiant et ce qu'il pouvait retenir sachant qu'on connaissait, nous-même, pas la grille, enfin moi je la connaissais pas donc on faisait cette expérience et on voyait »

E4 : « je pense que c'est pas important mais à chaque fois on nous envoyé deux jeux de rôle euh... je sais qu'il y'a des enseignants qui font à chaque fois les deux et y'a des enseignants qui n'en font qu'un. Je fais partie de ceux qui essayaient une fois d'en faire deux et en fait c'était compliqué et en fait on fait qu'un jeu de rôle et on passe beaucoup de temps dessus euh... on a pas eu de directives très claire là-dessus »

E15 : « mais peut-être que j'aurais aimé avoir un p'tit mot euh... thématique par thématique euh... pas grand chose mais euh... éventuellement enfin voilà ce vers quoi euh... qu'est-ce qui est important éventuellement euh... pour chaque séance, enfin quels sont les spécificités des séances les unes par rapport aux autres »

Chapitre 4 : Accompagnement de l'enseignant tout au long de la réalisation des jeux de rôle

4.1 Manque d'indications dans le contenu des différentes thématiques abordées au cours des 5 séances de jeux de rôle

La formation a porté essentiellement sur les techniques de simulation par jeu de rôle, et sur les bases générales de la relation médecin-malade. Les enseignants rapportent qu'ils ont par la suite manqué d'étayage et d'éléments sur le contenu spécifique aux thématiques abordées au sein de chaque JDR. Les enseignants sont demandeurs d'indications, de recommandations pour chacune thématique qu'ils vont devoir enseigner au moment de la formation mais aussi tout le long de l'enseignement des JDR.

E1 : « Mais du coup pour nous permettre d'être un peu plus solides sur les jeux de rôles peut-être de plus euhmmm de plus aller en profondeur dans les sujets qu'ils veulent qu'on aborde là euh... les trucs euh... enfin voilà d'avoir plus de messages peut-être à leur transmettre même si y'avait un Powerpoint et tout mais... enfin un esp... y'avait des trucs mais... plus approfondi »

E2 : « mais je pense que ça aurait été bien d'aborder les thématiques parce que... en fait dans la formation on a surtout euh... abordé le euh... le déroulement d'un jeu de rôle euh... sans forcément aborder les thématiques : annonce d'une mauvaise nouvelle, euh... le patient réticent, les demandes abusives etc et euh... je pense que euh... ça aurait pu euh... compléter la formation. »

« de structurer le message ou euh... voilà la synthèse à donner sur la thématique qui a été abordée au cours d'une séance. »

E7 : « qu'est-ce qui aurait pu manquer? Peut-être de faire euh... s'interroger sur ce qu'est une thématique peut-être? Pour voir euh... qu'est-ce qui... quelles questions ça peut amener euh... et à ce moment-là euh... faire les différentes thématiques »

4.2 Manque d'espace de supervision pour adapter et améliorer de façon continue les techniques d'animations au fur et à mesure de la confrontation des enseignants aux jeux de rôle, à la spécificité de leur groupe et des thématiques abordées

Plusieurs suggestions de la part des enseignants ont été apportées durant les entretiens. Celles-ci sont des pistes d'amélioration des techniques d'animation lors des futures formations pour mieux répondre aux attentes des futurs enseignants : comment mieux s'accorder et animer la dynamique groupale singulière à chaque groupe; comment trouver un meilleur équilibre entre les grands messages à faire passer et les questions qui partent des étudiants pour mieux les accompagner là où ils sont.

E3 : « voilà et ce qu'on devrait nous aussi, finalement si on avait plus de temps se mettre dans la place de euh... d'un, d'un enseignant ben en fait d'un tiers, avec le regard des superviseurs enseignants qui puissent nous dire : « ben là tu aurais pu dire ça, là aussi... ». Voilà est-ce que ça semblerait pertinent ou pas? Pourquoi pas, quoi? Avoir le regard finalement des superviseurs sur ce qu'on fait, parce que finalement on a pas tellement ce, ce retour-là, ouais, ce regard-là »

E4 : « Y'a un truc, je me dis, sur lequeleuh... moi j'aurais aimé, enfin moi je m'en suis rendu compte lors des premiers cours et moi je me dis qu'on avait p't-êt' pas insister dessus... pendant la formation c'est de euh... faire en sorte que l'enseignant n'arrive pas avec des... des... des idées préconçues de ce que l'on voulait faire sortir comme message aux étudiants et que l'idée c'est vraiment pour nous d'arriver, de pas préparer du tout, de pas vouloir se dire à l'avance dans la tête « il faut qu'on parle de ça, il faut qu'on parle de ça, il faut qu'on parle de ça » mais vraiment uniquement se centrer sur ce que les étudiants apportent. »

« ensuite euh... les discussions du groupe c'est un peu plus anarchique, je trouve que la formation apporte pas forcément beaucoup d'éléments sur la manière de gérer euh... de gérer la suite parce que c'est un peu les, les étudiants qui décident euh... ben où est-ce que ça va, où ils veulent nous amener etc »

E8 : « du coup, ce genre de chose, j'ai eu un peu du mal à gérer et on en a pas trop parlé pendant la formation, il me semble... mais je pense que c'est des cas particuliers, on ne peut pas aborder toutes les questions comme ça pendant les formations »

E9 : « par l'équipe qui organise cet enseignement de donner du contenu sur... voilà... en gros un peu... ça peut paraître un peu caricatural mais tel jeu de rôle c'est fait pour travailler tel aspect, ça c'est plus pour travailler l'entretien motivationnel, ça c'est plus pour travailler euh... euh... la gestion de, des, des émotions voilà. Et vous pouvez leur donner telle clé, telle technique »

E10 : « je pense les trucs qui m'ont p'têt' un peu manqué ce serait : « Comment inciter à jouer euh... les gens euh... » »

4.3 Dispositif d'étayage, d'élaboration des questionnements et de supervision de l'enseignant

Un désir de suivi, supervision, coconstruction a été exprimé à plusieurs reprises durant les entretiens : l'accompagnement des thèmes et questions soulevées par la mise en pratique ainsi que l'accompagnement des enseignants et des étudiants en difficulté (aspect organique et flexible du dispositif qui se transforme tout au long).

E1 : « Mais après je trouve que c'est toujours compliqué les jeux de rôles avec des étudiants qui sont pas encore euh médecins donc euh la formation ça m'a aidé surtout à structurer, après ça m'a pas forcément aidé à savoir très bien parce que le truc que j'ai trouvé le plus compliqué, enfin je veux dire on va en reparler mais, c'était plus que finalement les étudiants très vite, par inhibition, ce qui est normal et tout ça mais, sont vite perdus dans le jeu de rôles et d'arriver finalement à chaque fois à réimpulser et à rennourir le truc, ça j'ai trouvé ça compliqué et ça pour le coup la formation m'a moins aidé. »

E4 : « moi je trouve que euh... c'est... enfin pour en avoir parlé aussi avec d'autres enseignants, c'est... on se sent en difficulté quand on est face à un étudiant qui est... un peu en opposition, dans la résistance, qui devient un peu agressif euh... ou enfin... qui est en difficulté et là on a pas forcément euh... d'éléments, on a pas eu d'éléments pour savoir euh... comment gérer »

« c'est super difficile de gérer les patients agressifs complètement perdu et là ils ont commencé à se couper la parole, le ton montait etc et... enfin... quand on perd, quand on sort un petit peu des règles qu'on a voulu mettre en place, je trouve que c'est vraiment pas facile pour l'enseignant et je savais pas... vraiment comment rattraper le truc. »

E6 : « après effectivement euh... quand on a jamais fait de jeu de rôle... Pardon... Quand on a jamais fait de jeu de rôle et qu'après on se retrouve euh... euh... à faire le jeu de rôle, on se rend compte que ben y'a d'autres questions qui nous viennent en tête auxquelles on avait bien sûr pas pensé à la... à la première séance de formation et euh... bon ça, ça... peut-être que ce serait pas mal après de refaire un petit point après pour euh... pour répondre aux questionnements des enseignants au fur et à mesure de, au fur et à mesure qu'i' donnent, qu'i' donnent le cours »

« moi je dirais c'est plutôt le service après-vente qui... manque parce que du coup : on fait une formation et après on part du principe que... que après ça va aller. Mais ce serait pas mal de faire une évaluation, j'sais pas, à mi-temps par exemple ou juste via un questionnaire Google ou... ou... ou un mail à renvoyer avec euh... avec les, les questions que se posent les enseignants ou... enfin pour que quelqu'un puisse répondre aux questionnements des enseignants »

E12 : « On a pas de supervision ou euh... d'espace en tout cas si on a des questions euh... sur, pendant les jeux de rôle sur euh... qu'est-ce qu'on pourrait euh... euh... améliorer ou si y'a des... externes qui ont des questions auxquelles on sait pas forcément répondre etc euh... peut-être que ça pourrait mal que y est, je sais pas si supervision c'est le mot mais en tout cas que y'est euh... Voilà, enf' en tout cas une personne un peu plus référente spécialisée euh... p'têt' pas forcément Marie-Aude mais en tout cas quelqu'un qui a... plutôt spécialisé euh... là-dedans et qui puisse comme ça euh... même pourquoi pas faire un point à mi-parcours euh... des jeux de rôle quoi »

Discussion

L'objectif de notre étude était d'explorer les processus et facteurs explicitant le transfert des savoirs, savoir-être et savoir-faire des enseignants lors de jeux de rôle de formation à la relation médecin-malade dans le but d'améliorer la qualité de la formation des enseignants aux jeux de rôle.

Une étude qualitative a été menée et a généré les résultats, résumés dans le tableau ci-dessus (tableau 3), permettant une évaluation de cette formation et donnant des pistes d'amélioration pour les formations futures.

En résumé, 4 méta-thèmes ont émergés des analyses:

- Eveiller et développer l'engagement et la motivation de l'enseignant
- Réflexivité
- Acquisition de savoir-faire et savoir-être
- Accompagnement de l'enseignant tout au long de la réalisation des jeux de rôle

Aucune étude n'existe à notre connaissance sur l'évaluation de la formation des formateurs. Cependant les manuscrits et les études sur l'enseignement, la transmission des savoirs et la simulation dans l'enseignement se multiplient depuis de nombreuses années.

Chapitre 1 : L'importance de la sécurisation de l'enseignant

1.1 La notion de base de sécurité

J. Bowlby réalisa des observations sur la santé mentale des enfants sans foyer au lendemain de la seconde guerre mondiale. Il en conclut l'importance capitale d'un besoin d'une relation chaleureuse, intime et continue entre l'enfant et sa figure maternelle. Ses études mettent en évidence plusieurs conséquences psychologiques chez l'enfant victime de carences de soins maternels tels qu'une absence de concentration intellectuelle, une inaccessibilité à l'autre ou encore une absence de réactivité émotionnelle (97,98). Bowlby a donc théorisé les conduites du jeune enfant comme résultant de systèmes motivationnels (système exploratoire, système affiliatif, système d'attachement, système peur-angoisse). La postérité a surtout retenu celui de l'attachement, car il apporte une vision originale du lien mère-enfant. Ce système est défini par Bowlby comme « un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu. » (99). Ce lien précoce repose sur des fondements biologiques et des propriétés motivationnelles comparables à la satisfaction des besoins primaires, mais indépendant de ceux-ci. C'est de là que naît le concept de figure d'attachement comme base de sécurité interne. Par la suite, cette notion de base sécurisante, développée par M. Ainsworth en 1967, semble favoriser le bon développement de l'individu lorsqu'il se sent en sécurité et qu'il sait qu'il peut compter sur une figure d'attachement en cas de détresse. Ce sont donc dans un premier temps la proximité puis plus généralement la

confiance en la disponibilité de la figure d'attachement qui vont permettre à l'enfant de se sentir en sécurité et donc de diminuer l'activation de son système d'attachement. C'est donc à partir de cette base sécurisante, de cette confiance en la disponibilité de sa figure d'attachement en cas de détresse, que l'enfant pourra explorer le monde environnant et de développer ses capacités de façon optimale (100). Cinquante ans après sa publication, le travail de Bowlby reste d'actualité. Le concept d'attachement permet à la fois un repérage clinique et une explication psychopathologique. Il a de plus une vertu prédictive quant à l'avenir de l'individu (99). Appliqué au cadre de la formation des formateurs, ce concept montre que la peur entraînerait un repliement de l'enseignement alors que le cadre de la formation lui apporte une figure d'attachement qui lui apporte une sécurité et le rassure.

1.2 La notion d'auto-efficacité (« self-efficacy »)

La notion d'auto efficacité vient des travaux sur l'apprentissage social développée par Bandura suivant l'approche de psychologie cognitive. Elle définit une des modalités de gestion et dépassement du stress, encourageant à verbaliser, identifier des stratégies pour l'abaisser et valoriser des expériences successives : processus d'habituation et d'auto-renforcement positifs, de « self-efficacy »(96). C'est une des théories privilégiée lors de l'apprentissage des apprenants en simulation. Nos résultats suggèrent que cet effet est également valable lors de la formation des formateurs. En multipliant l'expérimentation de la situation, le stress diminue, la micro-confiance se renforce et cela donne un sentiment de réussite croissant à l'enseignant : cela représente un des autres apports de la formation des formateurs.

1.3 La notion de motivation

Les travaux de Linville en 1985 et 1987 suggèrent qu'une grande diversité des représentations cognitives du soi (différents rôles, relations, activités, buts professionnels, traits caractéristiques) permet de prémunir contre le stress. Cette complexité maintiendrait une meilleure stabilité au niveau de l'intensité des émotions et des perceptions de soi, et donc aussi au niveau de la motivation. En fait, plus les représentations de soi sont définies et indépendantes, plus l'envahissement par des pensées et des affects négatifs est bloqué lorsqu'un échec fait surface. Puisque la satisfaction des besoins peut être compromise de façon élargie, le risque d'affecter l'autodétermination de la motivation globale pourrait être géré par cette faculté cognitive de segmenter les aspects de son soi et de réagir en fonction de la catégorie spécifique à l'événement (101, 102). De plus, Linville démontre que la fréquence des événements stressants en interaction avec la complexité du soi (le nombre de catégorie du soi et de traits de personnalité qui y sont inclus) prédit l'occurrence des troubles causés par le stress (affects dépressifs et symptômes physiques). En ce sens, la motivation aurait bien une fréquence distincte d'une intensité au niveau de la personnalité puisque la quantité des catégories affectées par le stress indique la fréquence de la suppression des intensités motivationnelles parmi les contextes, ce qui représenterait en fait la propagation de l'affaiblissement de la force d'autorégulation globale (102). Dans la même lignée, Apter en 1982 propose, par sa théorie des

inversions motivationnelles (« reversal theory »), l'influence de renversements entre des états métamotivationnels prédisposant l'athlète à vivre et à interpréter ses motivations en fonction de traits de personnalité (103). Face à une adversité globale telle que celle décrite précédemment et même face à des facteurs situationnels tels que perdre une partie de tennis, des renversements entre les états métamotivationnels interagissant en système binaire (blanc/noir) s'activent involontairement, donnant ainsi naissance à des émotions plus ou moins intenses et plaisantes selon l'impression qu'a l'athlète de satisfaire sa personnalité dans cet échange : notion introduite par Kerr en 1997 (104). L'anxiété, l'excitation, la relaxation et l'ennui sont les résultantes affectives possibles d'une stimulation de certains états motivationnels. Kerr aborde donc la dominance métamotivationnelle, soit la prédisposition à demeurer plus fréquemment dans un état plutôt que dans son opposé, comme étant une dimension phénoménologique régissant la préférence et les participations en sport (104). Dans ce sens, la formation apporte une expérience de motivation à l'enseignant qui permet de le mobiliser en lui donnant envie de dispenser les JDR.

Chapitre 2 : La réflexivité

2.1 Approche centrée sur l'étudiant

La réflexivité est une notion au cœur de la pratique des JDR. Les travaux de Schon à propos de la pratique réflexive ont permis de développer les JDR (95). Celui-ci explique que les professionnels, quand ils sont confrontés à des événements ou des problèmes inattendus, répondent par la réflexivité en action (« reflexing-in-action ») ou ensuite par la réflexivité sur l'action (« reflecting-on-action »). La première décrit le processus par lequel le professionnel fait appel à son répertoire d'expériences afin de donner du sens au problème, de le placer dans son propre champ de référence, pour pouvoir trouver la meilleure solution et anticiper ses conséquences. La deuxième reflète une réflexion rétrospective, en particulier après un débriefing, quand la discussion a pu amener le professionnel à élargir sa base d'expérience et ainsi son répertoire.

Dans cet enseignement, l'approche est centrée sur l'étudiant et non sur l'enseignant. La formation apporte donc un nouveau paradigme d'enseignement dans lequel l'enseignant accompagne et co-construit avec l'étudiant : transmission horizontale des savoirs (à l'opposé de la transmission verticale des cours magistraux). Néanmoins lors de la formation, l'enseignant devient étudiant (apprenant pour quelques heures). Nos résultats suggèrent que la réflexivité amorcée chez l'enseignant permet de mieux la susciter chez l'étudiant ; à la fois par l'expérience-même de cette réflexivité, et par une meilleure connaissance de soi qui rend plus disponible à d'autres façons d'apprendre. Il faut résister à répondre de suite aux questions mais plutôt répondre par une autre question pour accompagner l'étudiant dans la réflexion au lieu de lui donner des réponses toutes faites : par le feedback de l'enseignant, par l'élaboration théorique lors du débriefing, par la discussion de groupe et entre pairs, l'analyse des situations permettant compréhension et appropriation subjective paraît se poursuivre ainsi que le repérage et une amorce d'acquisition de comportements possibles.

2.2 L'évolution du paradigme centré enseignant vers un paradigme pédagogique centré sur l'étudiant.

Un des résultats essentiels de notre étude est centré sur la notion de réflexivité.

Dans son *Essai sur l'entendement humain* (105), en développant une approche empiriste, la question essentielle que pose Locke est celle de la nature et des limites de l'entendement humain. La raison essentielle des erreurs de l'intelligence se situe dans l'inadéquation du langage et de la pensée car "Il n'y a pas assez de mots dans aucune langue pour répondre à la grande variété des idées qui entrent dans nos discours et nos raisonnements". Locke se pose donc la question de l'origine de nos idées. Les objets extérieurs agissent sur nos sens et produisent des impressions qui sont communiquées au cerveau. Nous avons alors des idées de sensation, par exemple le rouge, le vert, le chaud, le froid, le dur, le mou etc. Mais cela ne signifie pas que toutes nos idées dérivent des sens : l'empirisme n'est pas un sensualisme. Il existe en effet, outre nos sens, une seconde source de l'expérience qui est la réflexion. Nous percevons en effet que nous doutons, que nous croyons, que nous imaginons, que nous raisonnons etc. Bref, nous percevons par le sens interne les opérations de notre âme, ce qui produit des idées de réflexion qui ne sont autres que les idées que nous nous faisons de ces opérations. C'est l'ensemble de ces deux sortes d'idées (idées de sensation et idées de réflexion) qui constituent ce que Locke appelle « EXPERIENCE » en majuscules. Toutes nos connaissances dérivent de l'expérience. Ainsi les idées complexes se ramènent à des idées simples qui sont toutes issues de l'expérience (105). L'esprit naît donc d'une « tabula rasa ». On a centré le dispositif pédagogique sur la représentation d'un étudiant avec l'esprit vierge de toute connaissance, sur lequel l'enseignant viendrait imprimer les connaissances qui s'architectureront progressivement suivant la façon dont l'enseignant l'organise. Ce postulat a soutenu une approche « centré enseignant », suivant le triangle pédagogique défini par Houssaye (110).

Les théoriques de l'apprentissage cognitif et constructivistes ont permis d'établir que l'homme, tout au long de sa vie, construit des modèles d'intelligibilité du réel pour l'inscrire dans sa mémoire (111). La rencontre de nouvelles données vient alors questionner les modèles préexistants et implique chez le sujet, soit d'inscrire ces nouvelles données dans les modèles préexistants s'ils le permettent, soit de transformer les modèles d'intelligibilité du monde pour inscrire ces nouvelles connaissances (112). Outre le travail psychique de transformation interne requis, un écart trop grand entre les perceptions antérieures du monde et les nouvelles données peut déséquilibrer le sujet, ou entraîner une résistance à l'apprentissage. L'enseignant peut alors jouer un rôle de médiateur entre les connaissances et modèles antérieurs d'intelligibilité du réel de l'étudiant et ce que ce dernier doit acquérir dans l'acquisition de son professionnalisme. Or nos résultats suggèrent que si l'enseignant conduit au préalable un travail réflexif sur lui-même permettant la mise en lumière de ses propres modèles d'intelligibilité du réel, il pourra mieux situer l'étudiant et ses attentes et donc mieux l'accompagner avec un enseignement plus approprié pour éviter de générer des résistances. La formation apporte un cadre permettant la mise au travail de la réflexivité de l'enseignant.

Chapitre 3 : La dimension d'apprentissage par le jeu

Nos résultats mettent en lumière la prise de conscience par les enseignants de l'aspect formatif du jeu dans la simulation situant cette modalité d'apprentissage dans un autre espace-temps qu'un savoir théorique pour répondre à des QRM par exemple.

Winnicott a beaucoup étudié le jeu en psychanalyse (106). Le jeu naît de l'écart entre plaisir (présence de la mère) et déplaisir (absence de la mère) dans un espace dit «potentiel ou transitionnel». Cette expérience qui crée le manque (et le déplaisir) oblige l'enfant à y suppléer par une activité mentale qui se développe en créant ses premières images : des « hallucinations de l'objet absent ». Les hallucinations n'étant plus satisfaisantes, le nourrisson cherchera à l'extérieur des objets de remplacement permet de pallier les déficiences de la mère en transformant un manque relatif en une adaptation réussie. C'est une aire du « compromis » qui constitue la plus grande partie du vécu de l'enfant et qui subsiste tout au long de sa vie, permettant de « maintenir » à la fois séparés et reliés l'un à l'autre la réalité intérieure et la réalité extérieure. C'est dans cet espace potentiel que se déploie la créativité et que l'on trouve toutes les activités symboliques : le jeu, le langage, la culture, qui vont offrir à l'enfant la possibilité de faire des expériences fondamentales pour sa maturation et son intégration. D'abord le jeu est créativité pure, sans règle (play), puis peu à peu accommodement avec le réel et ses exigences, pour se normaliser progressivement par des règles (game). Le « game » est une tentative pour tenir à distance, avec ce qu'il a d'organisé, l'aspect effrayant du « play ». Le « play » fait partie des phénomènes transitionnels. Il est caractérisé par la concentration et la préoccupation de l'enfant qui s'y adonne. Cet aspect du jeu compte plus que son contenu. Le « play » est créatif : il s'articule avec le rêve et la vie, mais la tension pulsionnelle menace. Le jeu est une expression du désir et de l'angoisse qui est protégé par un déni : «c'est du jeu, c'est pas pour de vrai». Il est comme un rêve éveillé, une production fantasmatique qui devient expression symbolique et il a une fonction réparatrice et libératrice.

Dans son ouvrage « Jeu et réalité » Winnicott démontre qu'un développement affectif équilibré se révèle à travers des possibilités de création se réalisant dans l'art de vivre et la vie culturelle, par l'intermédiaire du jeu et de l'espace potentiel. Il met en évidence comment les adultes, par leur fonction de miroir et de soutien à la poursuite du même objectif, aident le passage de la dépendance à l'autonomie, l'accession de jouer ensemble, la découverte du soi (vrai self) à travers la créativité. Privé de cette confiance en l'objet, l'enfant est incapable de jouer. Cela peut avoir pour conséquence, cet appauvrissement personnel en expériences culturelles qui le brime et peut mener à la constitution d'un « faux-self ». Le jeu créatif est excitant, satisfaisant, précaire : mais cette précarité dérive de la précarité même de la magie subjective, de l'apparente omnipotence qui se heurte à l'expérimentation du réel. Il existe une filiation qui va du jeu seul d'abord, au jeu partagé ensuite, pour aboutir aux « expériences culturelles » qui ouvrent la voie aux arts (106).

Le jeu symbolique peut permettre une activité spontanée, libératrice, et compensatrice, une maîtrise de l'environnement perçu comme dominateur par un retournement passif-actif, l'expression d'un fantasme. Il est le lieu d'expression des désirs, des conflits, des craintes, des besoins... où le principe de plaisir se heurte au principe de réalité, lieu d'apprentissage de la frustration. Il est un langage qui permet la mise à distance du réel.

Nos résultats suggèrent que l'aire de jeu créée au cours de la formation des enseignants entre eux et les formateurs, ouvrirait pour les enseignants ensuite une aire transitionnelle plus souple, favorable à l'émergence d'une aire de jeu lorsqu'ils accompagnent les jeux de rôle, favorisant d'autres modalités d'apprentissage.

Chapitre 4 : L'accompagnement dans l'enseignement

Nos résultats mettent en lumière que la plus-value formative de la formation est plus située dans l'expérientiel ; ils pointent d'ailleurs à certains endroits un manque dans l'étayage émotionnel à apporter, comme dans l'accompagnement des étudiants en difficultés en particulier.

Les savoir-faire à acquérir par les enseignants semblent plus relever de modalités d'apprentissage proches de celles utilisées lors du tutorat en stage, comme explicité dans la notion de « compagnonnage cognitif », stratégies de soutien proposées par Poteaux et Pelaccia en 2016. Cette méthode implique des interactions fréquentes entre le superviseur, les pairs et le stagiaire afin d'expliciter le raisonnement et les savoirs nécessaires aux interventions qui sont effectuées (107). Vanpee et al. En 2010 décrivent sept conditions qui vous permettront de mettre en place le « compagnonnage cognitif » (108), illustrées dans la figure ci-dessous. Le « compagnonnage cognitif » contribue donc à soutenir le transfert des connaissances, tout en favorisant le développement de raisonnement clinique.

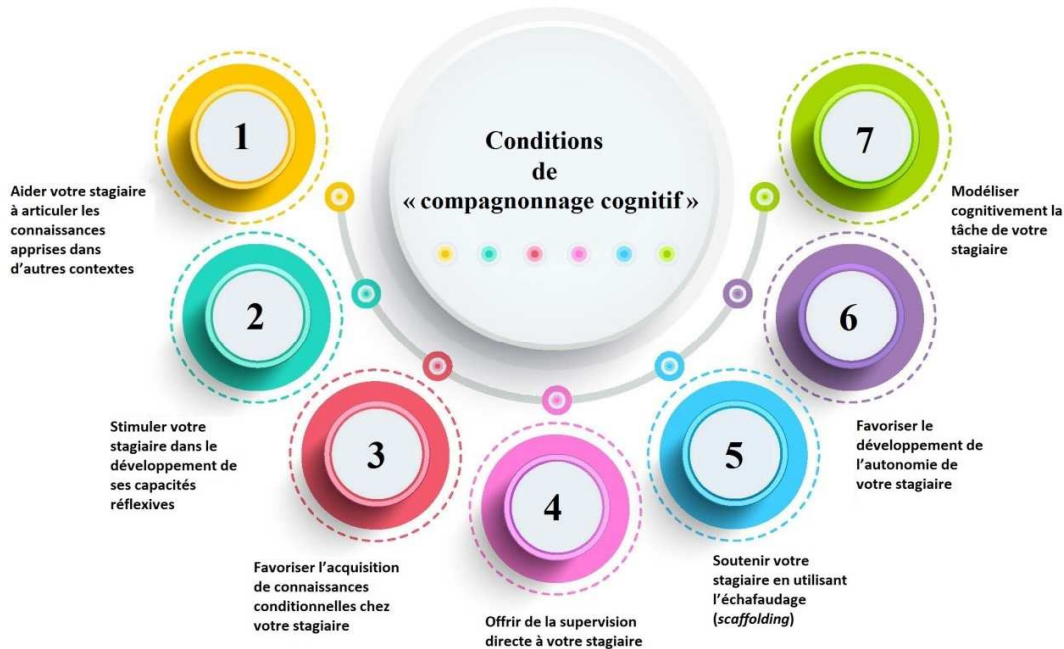


Figure 2 : Conditions de « compagnonnage cognitif » de Vanpee et al. 2010.

Chapitre 5 : L'expérimentation de la simulation dans l'enseignement

Inaugurée dans les années 1960 aux Etats-Unis, la simulation permet l'acquisition d'un « savoir-faire technique », mais aussi d'un « savoir-être », par « l'expérimentation de situations relationnelles complexes entre le patient, son entourage et les différents acteurs du soin amenés à collaborer » (52). Bien au-delà de la « simple pratique d'une geste et de la mise en œuvre d'un comportement », elle permet « à l'étudiant d'appréhender un environnement proche de la réalité, d'en comprendre la complexité et de mener une réflexion sur ses propres pensées, actions, émotions, ainsi que sur celles des autres »(52). Elle permet de travailler un vaste registre de compétences individuelles cognitives, affectives et psychomotrice, jusqu'à des compétences relationnelles et interdisciplinaires complexes. Lieu privilégié des transferts entre savoirs codifiés et savoirs expérientiels. Elle permet d'optimiser l'ingénierie pédagogique, favorisant une réutilisation ultérieure des apprentissages en contexte professionnel (53). Au décours de scénarios de complexité croissante planifiée, les temps de débriefing permettent l'explicitation des représentations cognitives des apprenants : l'accès aux conceptions erronées rend possible une rétro-action explicite (54). Par ce travail de verbalisation à voix haute suscité par des interventions adéquates, des stratégies cognitives et métacognitives de haut niveau taxonomiques sont sollicitées (55).

Cette formation basée sur la simulation pour transmettre un enseignement est novatrice. Certes les enseignants ont rapportés des manques dans cette formation, mais elle a le mérite d'exister. La plupart des enseignants ont stipulé que sans la formation, les choses se seraient peut-être déroulées moins fluidement et moins sereinement.

Pour la plupart des enseignants, la participation à cette formation constitue un investissement de temps supplémentaire dans un agenda déjà surchargé. Mais cette formation semble leur avoir apporté une vraie plus-value : savoir-faire et savoir-être, réflexivité, temps de parole, techniques de management de l'étudiant. Face aux manques pointés par les enseignants pour cette formation (et outre les évolutions en cours pour en améliorer la qualité dans le même temps imparti), nous pouvons donc imaginer dans le futur des compléments pour assurer le suivi et la supervision au fur et à mesure que les questions émergent, tel des forums internet avec des questions/réponses, pour avancer et co-construire les pratiques ensemble dans l'intérêt de toujours mieux accompagner l'étudiant.

Chapitre 6 : Les forces et limites de l'étude

6.1 Forces

La méthodologie de notre étude répond aux critères COREQ de qualité d'une étude qualitative. La triangulation des données a été assurée par la réalisation d'entretiens avec des enseignants. Le premier niveau d'analyse a été réalisé en double-cotation et les suivants ont été supervisés par une chercheuse expérimentée et formée à l'analyse qualitative, favorisant l'objectivité de l'analyse.

Ces premiers résultats permettent d'apporter une représentation de l'intérêt de cette formation, ainsi que de pointer des aspects à améliorer.

6.2 Limites

6.2.1 La population

Les enseignants sont répartis principalement entre deux spécialités d'exercice, la psychiatrie et la médecine générale. On peut se questionner sur l'efficacité dans le transfert de savoirs d'une telle formation sur des praticiens d'autres spécialités telles en chirurgie par exemple. Ces spécificités sociologiques et culturelles propres à l'université de recrutement, ne permettent donc pas de prétendre à une réelle saturation des données.

Par ailleurs, moins de la moitié des enseignants impliqués dans l'enseignement des JDR ont répondu et accepté de prendre part à cette étude. Même si le recrutement en seconde partie d'étude a été plus dirigé par MAP en vue d'une diversification, les motifs de refus n'ont pas été avancés. Les motivations de participation à l'étude n'ont pas été recueillies.

De plus, le recrutement est monocentrique, dans une seule université, laissant sous-entendre l'influence du cadre institutionnel sur le processus étudié, ainsi que le recrutement spécifique au bassin de population de cette université, incluant les spécificités culturelles, sociologiques et économiques des participants. En conséquence, si la « saturation » des données a été présumée atteinte lors des analyses (absence d'émergence de nouvelles idées), elle ne peut prétendre à une complète exhaustivité dans la diversification du recrutement. Une étude multicentrique sur différentes institutions, notamment de la région Île-de-France mais aussi élargie au territoire national permettrait d'atteindre mieux le seuil de saturation des données.

6.2.2. Méthodologie

Le temps d'entretien est très variable entre les 15 enseignants, allant de 6 à 33 minutes. Pour certains enseignants, cela témoigne du peu d'associativité sur les questions posées. Pour d'autres, cela peut témoigner d'une restriction dans l'émergence d'idées chez certains enseignants dont le temps d'entretien a été plus court par une contrainte de temps ou un manque de disponibilité intellectuelle.

Le lieu d'entretien a pu aussi influencer le recueil des données. Une sollicitation extérieure manifeste ou latente pouvait influencer sur le recueil de données. En effet, l'entretien étant réalisé principalement sur le lieu de travail, nous avons été parfois interrompus par le passage

de collègues qui voulaient utiliser la salle par exemple, ou même poser une question à l'enseignant interviewé ; limitant ainsi l'associativité psychique. Si les conditions de réalisation d'entretiens conseillées par l'approche qualitative n'ont pu être respectées (lieu calme, à part, sans crainte d'être dérangé), la sollicitation de chefs de clinique et maîtres de conférence (médecin, enseignant et chercheur) aux disponibilités très restreintes implique en elle-même cette souplesse, au risque sinon de se voir opposer un refus.

La position de l'investigateur principal (interne en médecine) située dans une position hiérarchique inférieure aux participants interviewés a pu jouer sur l'acceptation ou refus de participer à l'entretien, et sur cette liberté prise dans le non-respect du cadre. Lorsque l'investigateur supervisant le travail (MAP) a sollicité la seconde moitié des enseignants par un recrutement plus dirigé, la quasi-totalité des réponses se sont révélées positives, et la mobilisation des enseignants plus prompte et disciplinée.

Chapitre 7 : Ouvertures et améliorations sur la nouvelle formation (septembre 2019)

Nos résultats ont permis de participer à des évolutions substantielles sur la nouvelle formation des formateurs.

Concernant le déroulé de la formation, le timing est juste et très pensé pour optimiser le temps des CCA qui se mobilisent avant-même leur prise de fonction. Le parti pris est centré sur l'expérientiel ; avec des grands messages à faire passer, et des savoir-être et savoir-faire à acquérir. Lors de cette formation, la 1ère simulation sera centrée sur les bases classiques comme dans les précédentes formations. La nouveauté sera dans la 2ème simulation qui sera plus complexe pour répondre aux demandes des enseignants. Elle anticipera donc la distribution des rôles suivants entre les enseignants:

-dans ceux qui jouent :

- l'étudiant qui joue le patient se déconcentre
- l'étudiant qui joue le médecin est hautain et biomédical

-dans les observateurs :

- un étudiant mutique
- un étudiant réticent/qui remet en question l'intérêt de la scène
- un étudiant « aidant », qui apporte des éléments constructifs

Cela permettra d'aborder la gestion de groupe et l'étayage des étudiants en difficulté.

Concernant les différentes thématiques de JDR, des éléments de contenu simple seront donnés pour chaque séance, en réponse aux demandes de pas mal de CCA en demande d'étayage sur ces aspects pour les aider à apporter plus de contenu et à se sentir plus légitime dans ce qu'ils délivrent comme message. Ils seront sous la forme de « take-home messages » anglo-saxons afin de ne pas imposer un contenu trop dogmatique à ces pédagogies dont l'approche socioconstructiviste implique précisément une co-construction des connaissances par la

réflexivité des étudiants, étayée par les enseignants. Les consignes seront en mode plus littéraire, pour s'adresser à un public à la fois non-psy et psy ; donc vulgariser les concepts de psychologie médicale, mais pas trop non plus, tout en restant axé sur l'approche centrée patient.

L'aspect de l'utilisation des grilles a très peu été abordé dans la partie résultats car très peu d'enseignant utilisaient les grilles lors des JDR. La plupart des enseignants trouvaient que les étudiants restaient focalisés dessus : le recours à la grille limitait leur participation et l'élaboration psychique, repliant les étudiants sur une attitude scolaire d'application de la grille au détriment de la réflexivité.

Néanmoins, les enseignants restaient demandeurs d'une grille afin de les aider à avoir plus de repères d'enseignement. Pour les responsables pédagogiques, cette grille constituait un support formatif minimum, assurant quelques éléments fondamentaux d'homogénéisation des contenus. Il a donc été convenu que les grilles ne seraient que des supports formatifs pour les enseignants, qu'ils distilleraient par oral selon le rythme qui leur semble le plus opportun suivant la dynamique groupale.

Le contenu lui-même de la grille a évolué. Elle a été choisie initialement plus comportementale (grille de Calgary-Cambridge) comme médiation entre l'approche analytique enseignée lors des études de médecine, et l'approche plus intuitive à laquelle initie et ouvre ces jeux de rôle. Cependant, les effets d'adhésion scolaire des étudiants, et le risque de faux-self comportemental lié au recours à cette grille a orienté la réflexion vers la pertinence d'un choix théorique ouvertement plus relationnel. Les critères de Kalamozoo, ont donc été choisis, fruit d'un travail d'expert, donc de très bonne validité de contenu et peu contestable sur le plan académique. Les quelques aspects comportementaux non directement évoqués dans la grilles (éléments infraverbaux type mimique, regard, posture...) seront distillés sur chaque thématique, enveloppés dans une dominante relationnelle. .

Pour le suivi et l'accompagnement tout au long de l'année, il sera envisagé d'organiser au moins une ou 2 rencontres à mi-parcours pour les CCA qui le souhaitent pour parler des jeux de rôle, les soutenir, proposer des éléments dans leur management, etc., comme par exemple la gestion des étudiants en difficultés, les questionnements soulevés lors des débriefs, etc. Une disposition de supervision plus individuel est également envisagé de façon plus systématisé, encourageant les étudiants à faire remonter leur questionnement régulièrement auprès des responsables pédagogiques, comme cela avait été spontanément le cas la seconde année de mise en place des jeux de rôle. Un système d'agora ouvert et supervisé par les responsables pédagogiques (par l'intermédiaire de forum de discussion) est également discuté.

Conclusion

Cette étude visait à explorer les processus et facteurs explicitant le transfert des savoirs, savoir-être et savoir-faire des enseignants dans le but d'améliorer la qualité de la formation des enseignants aux jeux de rôle.

Quatre processus et facteurs ont été identifiés:

- engagement et motivation de l'enseignant,
- réflexivité,
- acquisition de savoir-faire et savoir-être
- et accompagnement de l'enseignant.

Ces processus et facteurs montrent l'intérêt de la formation pour un meilleur enseignement des jeux de rôle. Leurs composantes nous permettent d'identifier les points positifs de la formation mais surtout les points à améliorer lors des futures formations des enseignants.

Parmi les points à améliorer nous retrouvons :

- l'inclusion dans la partie pratique de la formation, des simulations avec des enseignants jouant des étudiants qui posent problèmes afin de donner des pistes aux enseignants sur leur gestion
- l'accompagnement et le suivi des enseignants tout le long de l'enseignement et pas seulement lors de la formation
- des pistes pour chaque thématique de JDR
- l'utilisation d'une grille à destination des enseignants uniquement

De futures recherches apparaissent nécessaires sur cette formation afin d'en améliorer la qualité. Des études multicentriques portant sur une exploration complémentaire de la formation des formateurs dans d'autres contextes socioculturels ainsi que pour des enseignants d'autres spécialités élargiraient l'horizon de compréhension. Enfin, des recherches permettant d'établir l'efficacité de ces formations (essais contrôlés randomisés) suivant des indicateurs construits à partir de ces premières explorations, permettrait d'en soutenir le développement.

Bibliographie

1. Topol EJ. The patient will see you now: the future of medicine is in your hands: Tantor Media; 2015.
2. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé: Erpi; 2016.
3. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*. 1981;71(2):127-31.
4. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6535):1573-6.
5. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of internal medicine*. 1994;154(12):1365-70.
6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*. 1999;281(3):283-7.
7. Ormel J, Koeter MW, Van den Brink W, Van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(8):700-6.
8. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1992;10(3):163-9.
9. Beaulieu M, Leclere H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. *Canadian Family Physician*. 1993;39:1369.
10. Novel A-S. Baptiste Beaulieu : « J'ai parfois l'impression que ma vie passe sans moi ». *Le Monde*. 27.03.2015
11. DiMatteo MR, Haskard-Zolnierok KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*. 2012;6(1):74-91.
12. DiMatteo MR. The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1994;37(1):149-61.
13. Desmond J, Copeland LR. Communicating with today's patient: Essentials to save time, decrease risk, and increase patient compliance: Jossey-Bass; 2000.
14. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. *Compliance in healthcare and research* Armonk, NY: Futura Publishing. 2001:3-21.

15. Martin LR, DiMatteo MR. *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*: Oxford University Press; 2013.
16. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705.
17. Richard C, Lussier M-T. *The Art of Medical Information Exchange. The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. 2013:54.
18. Richard C, Lussier M-T. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: dialogue ratio, preponderance of initiative, and dialogical roles. *Patient education and counseling*. 2007;65(3):329-41.
19. Richard C, Lussier M-T. Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. *Patient education and counseling*. 2006;64(1):207-16.
20. Lussier M-T, Richard C, Glaser E, Roberge D. The impact of a primary care e-communication intervention on the participation of chronic disease patients who had not reached guideline suggested treatment goals. *Patient education and counseling*. 2016;99(4):530-41.
21. Richard C, Thivierge R, Rodrigues I. Observational study of consultations between adult asthmatic patients and general practitioners. 2006.
22. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama*. 1997;277(7):553-9.
23. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of internal medicine*. 1996;125(9):730-7.
24. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*. 2007;298(9):993-1001.
25. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*. 1991;32(2):175-82.
26. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten D. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine-Kansas City*. 1993;25:17-.
27. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction: A study of doctor-patient interviews. *Evaluation & the health professions*. 1990;13(2):168-85.

28. Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher E. The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological medicine*. 1993;23(1):185-93.
29. Lussier M-T, Rosenberg E, Beaudoin C, Richard C, Gagnon R. Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care. *Patient Education and Counseling*. 1998;34:S25-S6.
30. Beaudoin C, Lussier M-T, Gagnon R, Brouillet M-I, Lalande R. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: an exploratory study of content and determinants. *Patient education and counseling*. 2001;45(4):275-84.
31. Goudreau J. Améliorer les pratiques préventives des médecins: une recherche action. Rapport de recherche de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval; 2002.
32. Frank JRS, L.S.; Sherbino, J. . L'ébauche du Cadre des compétences CanMEDS 2015 pour les médecins; changements proposés, série III. Ottawa (Canada): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
33. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (2002).
34. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical care*. 1988;657-75.
35. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(9):1423.
36. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *The Canadian journal of neurological sciences*. 2002;29 Suppl 2:S23-9.
37. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher*. 1999;21(6):563-70.
38. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical teacher*. 2005;27(6):539-43.
39. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*. 2003;78(8):802-9.
40. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 2003;290(9):1157-65.

41. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wosmer B. Improving communication skills-a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic medicine*. 1998;60(3):268-76.
42. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*. 2004;12(10):692-700.
43. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient education and counseling*. 2009;76(3):361-7.
44. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*: CRC Press; 2016.
45. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Library*. 2012.
46. Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions*. 2007;30(1):3-21.
47. Griffin SJ, Kinmonth A-L, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(6):595-608.
48. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1182-91.
49. Velluet L, Catu A, Fabre-Jaury M, Jaury P. Formation à la relation thérapeutique en D2: Évaluation du groupe de formation. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2005(700-01):902-4.
50. Bacqué M-F. Michaël Balint et les groupes Balint, «Le médecin, son malade et la maladie, Paris»(1975), in Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P., *Le médecin en formation*, Payot, 1979, 47-60. 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle: Dunod; 2013. p. 351-7.
51. 111th Congress. United State House of Representatives; 02-2009.
52. Jaffrelot M, Weiss A, Derrien P, Vidailhet P. Préparer et animer une séance de simulation. In: Pelaccia T, editor. *Former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. 2016. p. 249-70.

53. Jouquan J, VIERSET V, Jaffrelot M, Romanus C, Parent F. Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur. *Penser la formation des professionnels de la santé*. 2013;245-83.
54. Collins AB, BROWN JYN. SE (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. *Knowing, learning, and instruction*.453-94.
55. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*. 2008;15(11):1010-6.
56. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-e84.
57. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. *Psychology & health*. 2011;26(sup1):101-17.
58. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(7):559-64.
59. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*. 2011;86(8):996-1009.
60. Iqbal SP. Family medicine in undergraduate medical curriculum: a cost-effective approach to health care in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010;22(4):207-9.
61. Rosenthal S, Howard B, Schlüssel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Academic medicine*. 2011;86(3):350-8.
62. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*. 2013;88(8):1171-7.
63. Teding van Berkhout E, Malouff JM. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Psychological Association*; 2016.
64. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1280-6.
65. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient education and counseling*. 2009;75(1):3-10.

66. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2015;10(5):308-19.
67. du Vaure CB, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017.
68. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*. 2014;76(5):426-9.
69. Parent F, Jouquan J, Kerkhove L, Jaffrelot M, J.-M. DK. Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé. *Pédagogie Médicale* 2012;13 (3):183–201.
70. Brannick MT, Wahi MM, Arce M, Johnson HA, Nazian S, Goldin SB. Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *Medical education*. 2009;43(11):1062-8.
71. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H, Dornan T. Emotional intelligence in medical education: a critical review. *Medical education*. 2014;48(5):468-78.
72. Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *International journal of medical education*. 2015;6:179-83.
73. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social science & medicine*. 2001;52(2):203-13.
74. Benbassat J, Baumal R. Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. *Academic Medicine*. 2005;80(2):156-61.
75. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Family medicine*. 2002;34(10):750-4.
76. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: a literature review. *Patient education and counseling*. 2015;98(6):685-94.
77. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion (Washington, DC)*. 2003;3(1):97-105.
78. Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*. 2006;18 Suppl:34-41.
79. Zenasni F, Jacquet AY, Lemoine C, Lubart T. Présentation d'une adaptation française de l'échelle multifactorielle d'intelligence émotionnelle. In: Rennes PUd, editor. *Psychologie différentielle: recherches et réflexions*. Rennes: Vom Hofe, A.

Charvin, H. Bernaud, J.L. Guedon D.; 2003. p. 351-8.

80. Jacob S, Lubart T, Getz I. Interrelations entre les aspects émotionnels de la personnalité. *Approches différentielles en psychologie*. 1999;365-8.

81. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. *Psychology & health*. 2011;26(sup1):101-17.

82. du Vaure CB, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017.

83. Novo A, Woestelandt L. Recherches qualitatives; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspectives Psy*. 2017;56(1):66-80.

84. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives: De Boeck Supérieur*; 2003.

85. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer: De Boeck*; 2014.

86. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills : beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015 ; 145 : w14064.

87. Schön, D. (1983) *The Reflective Practitioner*, New York, Basic Books (trad. française : *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1994).

88. Issenberg SB, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Gordon DJ, Scalese RJ. 2005. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Med Teach* 27:10–28.

89. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6) : 349-357.

90. Van Ments M, *The Effective Use of Role Play: A Handbook for Teachers and trainers*, New York: Nichols Publishing; 1989

91. Nestel D, Tierney T, Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits, *BMC Medical Education*, 2007 ;7:3

92. Kneebone R, Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: A theorybased approach. *Academic Medicine*, 2005 ;80(6):549-553

93. Kolb DA, Fry R, Toward an applied theory of experiential learning, *Theories of Group*

Process, Edited by: Cooper C. John Wiley: London; 1975.

94. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA, *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*, 6th edition. Elsevier: USA; 2005.
95. Schon DA, *The Reflective Practitioner* Jossey-Bass, San Francisco; 1983.12
96. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of humanbehavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman[Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
97. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Ass. Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte*. Paris: PUF.
98. Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte : Vol. 1 L'attachement; II. Séparation, angoisse et colère ; III. La perte, tristesse et séparation*. Trad. fr. J. Kalmanovitch, Paris : PUF.
99. VRAI, Morgane. *L'attachement comme système motivationnel : J. Bowlby*. In: *Philosophie, science et société [en ligne]*. 2018.
100. Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*.
101. Linville, P.W. (1985). Self-complexity and affective extremity : Don't put ail of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3, 94-120.
102. Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
103. Apter, M.J. (1982). *The experience of motivation: The theory of psychological reversais*. London : Academic Press.
104. Kerr, J.H. (1997). *Motivation and emotion in sport: Reversai Theory*. East Sussex, United Kingdom : Psychology Press.
105. Locke, J. (1735). *Essai philosophique concernant l'entendement humain* (traduction de Pierre Coste). Amsterdam : Pierre Mortier.
106. Winnicott, D.W. (1995). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Encyclopædia Universalis.
107. Poteaux, N. et Pelaccia, T. (2016). Favoriser le transfert des apprentissages de la salle de cours au milieu de soins. Dans Pelaccia, *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (477 p.). Paris : De Boeck Supérieur.
108. Vanpee, D., Frenay, M., Godin, V., et Bédard, D. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimaliser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale*, 10(4), 253–266.

109. Nestel D, Tabak D, Tierney T, Layat-Burn C, Robb A, Clark S, Morrison T, Jones N, Ellis R, Smith C, McNaughton N, Knickle K, Higham J, Kneebone R. (2011). Key challenges in simulated patient programs: an international comparative case study. *BMC Med Educ*, 11:69. doi: 10.1186/1472-6920-11-69.
110. Houssaye J. (2000). *Le triangle pédagogique*. Peter Lang.
111. Piaget J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Paris.
112. Dehaene S. (2018). *Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines*. Odile Jacob.

Annexes

ANNEXE 1 : LETTRES ECRITES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

A-NOTE D'INFORMATIONS SUR L'ETUDE :

Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4ème année de médecine

Chercheurs correspondants :

Dr Gabriel Ihab AL KHANSA, Interne en DES de médecine générale et DESC de médecine vasculaire, PhD en SVS.

Université Paris Descartes

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
g.alkhansa@hotmail.fr

Nom du superviseur scientifique :

Dr Marie-Aude Piot, Praticien Hospitalo-Universitaire

Université Paris Descartes

Inserm 1178/CESP 1018

Institut Mutualiste Montsouris

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
maude.piot@inserm.fr

Nom des chercheurs associés:

Camille Vadot, Interne de médecine générale

Université Paris Descartes

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
vadotc@normaliens.fr

Dr Louis Baptiste JAUNAY, MD, CCU,

Université Paris Descartes, Département de médecine générale, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

Dr Céline Buffel du Vaure, MD, PhD, MCU,

Université Paris Descartes, Département de médecine générale, Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

Pr Philippe Jaury, MD, PU-PH Emérite,

Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Département de médecine générale, Paris, France.

Pr Maurice Corcos, MD, PhD, PU-PH,

Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Paris, France.

Institut Mutualiste Montsouris, Département de psychiatrie, Paris, France.

Pr Cédric Lemogne, MD, PhD,

AP-HP, Paris Ouest, Département de psychiatrie, Paris, France

Inserm U894, Centre de psychiatrie et de neuroscience, Paris, France.

Dr Carine Layat-Burn, PhD- psychologue, Centre médical, La Providence Hospital,
Neuchâtel, Suisse

Lieux d'expérimentation :

Université Paris Descartes, site des cordeliers
15 rue de l'école de médecine,
75006 Paris, France

Université Paris Descartes, site Cochin,
24 rue du faubourg St Jacques
75014 Paris

Department de Simulation iLumens
Paris Descartes Université
45, Rue des St Peres
75006 Paris, France

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude. Votre participation à cette étude est purement volontaire. Vous êtes entièrement libre de ne pas y participer. De même, vous êtes libre, à tout moment, d'interrompre votre participation à l'étude. Cette lettre d'information vous explique en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps nécessaire pour lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander à l'investigateur responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

But de l'étude :

Explorer les processus et facteurs explicitant le transfert des savoirs-savoir-être et savoir-faire des enseignants lors de jeux de rôle de formation à la relation médecin-malade.

Durée de l'étude, nombre de participants attendus et lieu de réalisation de l'étude :

Cette étude se déroulera sur l'analyse des entretiens de l'ensemble des enseignants ayant enseigné les jeux de rôle de Novembre 2017 à Décembre 2019, l'effectif sera déterminé par la saturation des données. Les participants seront recrutés dans les centres impliqués dans l'étude.

Déroulement de l'étude :

Pour les participants volontaires, une rencontre avec un investigateur sera proposée. Durant ce rendez-vous, il vérifiera que vous remplissez bien les conditions d'inclusion, puis vous remettra la note d'information ainsi que le formulaire de consentement.

A la suite de cet échange, il vous sera proposé de participer à un entretien individuel semi-directifs en face-à-face, mené par un membre de l'équipe impliqué dans cette recherche. Durant cet entretien, il vous sera proposé d'évoquer votre expérience, votre ressenti, vos remarques ainsi que les bénéfices que vous avez tirés de la formation aux jeux de rôle, en répondant à une série de questions. Il vous sera aussi demandé de répondre à quelques questions d'ordre socio-démographique.

Bénéfices potentiels :

Améliorer la qualité de la formation des enseignants aux jeux de rôle.
Partage à distance de votre histoire et de vos ressentis.

Risques potentiels et événements indésirables :

Cette étude ne comporte aucun risque majeur potentiel.

Compensation financière :

Aucune compensation financière.

Législation – Confidentialité :

Cette étude répond à la qualification d'« expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé ». Elle n'entre pas dans les conditions fixées par telle que définie au 2° de l'article L1121-1 (Loi Jardé) modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique. En effet, cette étude ne comporte aucun aspect médical ou biologique, qui vise à évaluer le mécanisme de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique. Il ne comporte pas directement d'évaluation psychiatrique. Néanmoins, dans le contexte récent des modifications de la loi, et dans les visées de publications envisagées dans cette recherche, l'avis d'un comité d'éthique, le CER

(Conseil d'évaluation éthique) Paris Descartes, est engagé pour cette recherche. Toute information vous concernant recueillie pendant cette recherche sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes _ qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret professionnel _ votre anonymat sera strictement préservé.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le responsable de la recherche.

La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez. Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin coordonnateur de l'étude, le Docteur Marie-Aude PIOT de l'Institut Mutualiste Montsouris (mail : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXX~~; tél : ~~XXXXXXXXXXXXXX~~), ou l'investigateur qui vous a interrogé, Gabriel AL KHANSA (mail : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ tél : ~~XXXXXXXXXXXXXX~~).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez également décider d'arrêter votre participation au cours de l'étude sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint. Ce consentement nous permettra d'utiliser vos résultats dans notre étude.

Nom et prénom du participant :

Nom de l'investigateur :

Date : Date :

Signature précédée de la mention « Lu et compris » :

B-Formulaire de recueil de consentement pour une personne majeure :

Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4ème année de médecine

Chercheurs correspondants :

Dr Gabriel Ihab AL KHANSA, Interne en DES de médecine générale et DESC de médecine vasculaire, PhD en SVS.

Université Paris Descartes

~~XXXXXXXXXXXX@XXXXXX~~
gabriel.khansa@umontparis.fr

Nom du superviseur scientifique :

Dr Marie-Aude Piot, Praticien Hospitalo-Universitaire

Université Paris Descartes

Inserm 1178/CESP 1018

Institut Mutualiste Montsouris

~~XXXXXXXXXXXX@XXXXXX~~

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle (rayer la mention inutile) (nom, prénom).....

Né(e) leà (ville et code postal).....

Demeurant.....

Déclare : que le Docteur AL KHANSA [tél : ~~XXXXXXXXXX~~] m'a proposé de participer à l'étude sus nommée,

- qu'il m'a expliqué en détail le protocole,

- qu'il m'a notamment fait connaître :

l'objectif, la méthode et la durée de l'étude

les contraintes et les risques potentiels encourus

mon droit de refuser de participer et en cas de désaccord de retirer mon consentement à tout moment

que, si je le souhaite, à son terme, je serais informé(e) par le médecin investigateur de ses résultats globaux

que le comité d'éthique du CER Paris Descartes rend un avis sur cette étude

que j'ai répondu en toute bonne foi aux questions.

Les informations relatives à l'étude recueillies par l'investigateur sont traitées confidentiellement.

J'accepte que les données enregistrées au cours de l'étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi « informatique et liberté » (loi du 6 janvier 1978). J'ai bien noté que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant à tout moment de l'étude auprès du Docteur AL KHANSA (Tel : ~~XXXXXXXXXX~~). Je peux également contacter les personnes suivantes: Docteur Marie-Aude PIOT (Tel : ~~XXXXXXXXXX~~) ~~XXXXXXXXXX~~ en cas d'événement indésirable, pour tout renseignement concernant ma participation à l'étude et en cas de problème médical survenu pendant l'étude.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche biomédicale dans les conditions précisées dans le formulaire d'information et de consentement.

Nom et prénom du participant :

Nom de l'investigateur :

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et compris » :

Document réalisé en 2 exemplaires originaux (dont le premier doit être gardé 15 ans par l'investigateur, et un autre remis à la personne donnant son consentement).

ANNEXE 2: GRILLE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie encore d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Comme je vous l'ai dit, je m'intéresse au processus et facteurs de transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être des enseignants lors de jeux de rôle sur la relation médecin-malade, à partir des représentations des enseignants et des stratégies qu'ils ont mises en place.

Je souhaite ainsi par la suite améliorer la qualité de la formation des enseignants aux jeux de rôle pour élargir les compétences enseignées aux étudiants en médecine.

Bien sûr, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ; c'est votre point de vue qui m'intéresse.

Si la question n'est pas claire, n'hésitez pas à me le dire, je reformulerai ou préciserai.

Et si vous souhaitez faire une pause, on s'arrête et on reprend ensuite sans problème.

Je vais commencer par une question volontairement large ; et de je vous encouragerai à développer chaque point que vous aborderez, pour bien comprendre ce que vous voulez dire.

Pour ma part, l'enjeu est de parler le moins possible, pour vous laisser la parole, et juste intervenir pour vous aider à développer votre pensée.

1- Qu'est-ce que vous avez pensé de la formation ?

2- Comment la formation vous a aidé dans la réalisation des jeux de rôle ?

Relance : auriez-vous des exemples de la façon dont la formation vous a aidé en pratique avec les étudiants ?

3- Quels aspects de la formation vous ont manqué dans la réalisation des jeux de rôle ?

4- Si vous étiez chargé de cet enseignement, comment auriez-vous conçu cette formation ?

5- Comment s'est opérée selon vous l'articulation entre ce que vous saviez déjà et ce que cette formation vous a apporté ?

6- Comment selon-vous les étudiants ont tiré bénéfice de la formation que vous avez reçue aux jeux de rôle ?

ANNEXE 3: COREQ 32

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	22
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	PhD
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Resident
Gender	4	Was the researcher male or female?	Male
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	No
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	No
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	74-76
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	74-76
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	19-20
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	21
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	21
Sample size	12	How many participants were in the study?	26
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	None
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	22
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	27
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Yes and Yes, 79
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio 23
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Yes 23
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	26
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	22
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	No
Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No. 24.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	23
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Yes 19-20
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Derived
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	InVivo, 23
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Yes and Yes, Results section (29-52)
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes, 28
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes, 53-58

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

ANNEXE 4: Avis favorable du CER-PD



CER-Paris Descartes
(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente: Jacqueline Fagard

N° 2018-98
AL-KHANSA

PROTOCOLE : Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4ème année de médecine

Noms du/ des chercheur(s) : Gabriel Al Khansa
Mail pour la correspondance : ~~XXXXXXXXXXXXXXXX~~

Labo/ Service: Interne en médecine générale; université Paris-Descartes

Évalué à la séance du 18/12/2018

AVIS : Favorable

Les investigateurs faisant appel aux services du CER-Paris Descartes s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER-Paris Descartes pourrait donner.

L'avis du CER-Paris Descartes n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

N°IRB : 00012018 – 98

Jacqueline Fagard

ANNEXE 5 : Documents remis aux étudiants par thématique de JDR pour la nouvelle formation de 2019

Séance 1 : Bases sur la relation et communication médecin-malade

1^{ère} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Derou, interne en médecine générale au mois de janvier, au cabinet du dr Monon. La salle d'attente est remplie. Le dr Monon vous demande de voir Mme Nucine âgée de 54 ans, qui présente des symptômes grippaux.

Motifs de consultation :

Syndrome grippal.

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents :

- Ménopausée
- Cancer du sein à 48 ans (traité par chirurgie et radiothérapie)

Mode de vie :

Mariée, 3 enfants (13, 15 et 18 ans).

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour faire une anamnèse et organiser la prise en charge de madame Nucine.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mme Nucine, une femme de 54 ans.

Vous êtes venu consulter le Dr Monon, médecin généraliste car vous présentés depuis 24 heures une fièvre à 39,5°C, des douleurs musculaires, un mal de crâne intense, des douleurs à la gorge et une fatigue générale, qui vous empêche de continuer le travail.

Vos antécédents comportent :

- La ménopause
- Un cancer du sein à 48 ans (traité par chirurgie et radiothérapie) dont vous vous êtes remise.

Vous êtes directrice des ressources humaines dans une entreprise de taille moyenne, avec une charge de travail importante à assumer. La relation avec votre mari se passe bien, mais il est aussi cadre, et également peu disponible pour assumer l'éducation de vos 3 enfants (13, 15 et 18 ans).

Quques conseils généraux :

Vous devez jouer la situation d'une mère de famille avec de grosses responsabilités professionnelles, qui a du mal à tout mener de front. Son mari est aimant, mais aussi très occupé donc vous aide peu à tenir la maison, et à gérer l'adolescence des enfants.

La survenue de la grippe est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Ça vous fait un peu « craquer » sur votre situation. Etant douloureuse physiquement, vous seriez soulagée d'avoir un médecin à l'écoute en face de vous, qui s'intéresse un peu à vos difficultés, et ne se contente pas de vous faire une ordonnance.

2^{ème} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Amira, interne aux urgences de l'hôpital Cochin. Vous accueillez monsieur Loncha âgé de 32 ans pour une céphalée d'aggravation progressive.

Eléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

Aucun

Antécédents familiaux :

- père décédé d'un glioblastome trois ans auparavant

Mode vie :

Informaticien dans une grande entreprise à la Défense.

S'est séparé il y a 6 mois de sa compagne (relation qui durait depuis 12 ans).

Garde alternée en cours d'organisation pour leur petite fille de 6 ans.

L'examen clinique (anamnèse et examen physique) est sans particularité, notamment aucun signe neurologique. Les examens complémentaires reviennent normaux (notamment TDM cérébral). Vous concluez à une céphalée de tension.

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 min pour expliquer le diagnostic au patient, et lui proposer une prise en charge.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes monsieur Lonché, âgé de 32 ans. Vous êtes venu aux urgences pour un mal de tête qui s'accroît depuis 3 mois.

Eléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

Aucun

Antécédents familiaux :

Votre père est décédé d'un glioblastome il y a 3 ans

Mode vie :

Vous êtes informaticien dans une grande entreprise à la Défense.

Vous vous êtes séparé de votre compagne il y a 6 mois. Vous étiez ensemble depuis 12 ans.

Vous êtes en train d'organiser la garde alternée de votre petite fille de 6 ans.

Quels conseils généraux :

Vous devez jouer la situation d'un jeune homme de 32 ans, séparé d'une relation de longue durée, qui s'était construite lorsqu'il était tout jeune adulte. Cette situation réactive des angoisses de séparations et d'abandons traversée notamment il y a 3 ans lors de la mort de votre père, d'un cancer du cerveau.

Ce n'est pas simple pour vous de parler de vos émotions, et d'aller de vous-même vous confier à quelqu'un. vous n'allez pas de vous-même voir un médecin généraliste (vous n'avez pas de médecin traitant). Vous attendez que le mal de tête devienne insupportable pour aller consulter un soir aux urgences, en sortant du travail.

Vous êtes à présent hanté par la crainte d'avoir un cancer du cerveau, à votre tour.

Le mal de tête qui s'est accru au fil des semaines, est le signe de votre tristesse, et reprend en écho les premiers symptômes qu'avait eu votre père au début de son cancer. Cela traduit des angoisses, qui se manifestent par le corps. C'est « somatiser ».

Vous serez soulagé si le médecin qui vous accueille aux urgences peut entendre un peu cette angoisse, même si ce n'est pas simple d'en parler.

Si à l'inverse le médecin reste dans une attitude froide et se contente de vous prescrire du Doliprane, voire d'aller voir un psy, vous vous refermez, et ne parlez pas beaucoup. Vous prenez l'ordonnance et partez. Et vous n'irez pas voir de psy.

MESSAGES IMPORTANTS:

Pour la 1^{ère} situation clinique

- importance du premier contact, qui donne le ton à la consultation (même courte) : attitude avenante, poignée de main souple mais assurée, visage engageant voire souriant, encourager le patient à se mettre à l'aise et à s'installer
- questions ouvertes au début pour laisser le patient expliquer le motif de sa consultation (et ne pas le couper)
- faire une anamnèse à la fois sur les éléments médicaux (symptômes, traitement, atcd..) et sur le point de vue du patient (vécu, attentes préoccupations, émotions...)
- manifester une attitude empathique et compréhensive face au vécu de la patiente

Pour la 2^{ème} situation clinique

- Un symptôme peut en cacher un autre (notion de « symptôme caché », de somatisation par ex) ; il peut s'aggraver en l'absence de prise en charge (ici par exemple, conduire à une dépression, des prises d'alcool et de toxique, voire TS).
- Renvoyer le patient chez lui avec une simple ordonnance sans espace de parole va majorer l'angoisse, l'incompréhension face aux symptômes, et risque de conduire également à une multiplication des consultations et errance dans la prise en charge
- Malgré le contexte difficile (service des urgences avec surcroît de demandes, consultation retard et inadaptée aux urgences pour ce motif vu la chronicité des symptômes), il sera très thérapeutique pour ce patient de pouvoir bénéficier d'une dizaine de minutes pour parler.
- Même si le patient ne parvient pas à exprimer sa souffrance et ses émotions, une attitude empathique et compréhensive du médecin lui délivrera un message sécurisant et rassurant, qui lui permettra de se confier à un autre professionnel de santé dans un cadre plus adapté.
- Si le patient se sent entendu dans sa souffrance, il adhérera plus facilement aux recommandations du médecin (aller voir un psychologue par exemple pour parler de sa souffrance).

Séance 2 : Annonce mauvaise nouvelle

1^{ère} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Bessis, interne à la consultation de cancérologie. Votre CCA le Dr Satori vient d'être mis en arrêt de travail. Il vous demande de le remplacer pour l'annonce de cancer du côlon à Mr/Mme Menez.

Le-a patient-e sait qu'un examen a été demandé pour une maladie grave : il-elle revient en consultation très inquiet-e.

Motifs de consultation :

Annonce de cancer

Eléments importants du dossier patient :

Antécédents :

- HTA essentielle non compliquée
- Tabagisme sevré il y a 10 ans

Mode de vie :

Divorcé-e, 2 enfants, vit seul-e
Informaticien-nne

Confirmation histologique d'une lésion cancéreuse
Bilan d'extension négatif

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour faire l'annonce du cancer du côlon à votre patient.

Si le patient l'aborde, le traitement à venir va comporter une chirurgie ainsi qu'une chimiothérapie. La radiothérapie sera discutée au décours de la chirurgie.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mr/Mme Menez, un homme-une femme de 52 ans.

Vous êtes venu consulter le Dr Satori, cancérologue. Celui-ci vous demande de revenir suite aux examens qui ont été réalisés pour perte de poids et troubles digestifs récents. Vous savez que ces examens ont été réalisés pour une maladie « grave », mais vous n'en savez pas davantage.

Vous êtes divorcé-e, 2 enfants et vivez seul-e. Vous êtes informaticien-nne.

Vos antécédents comportent :

- HTA essentielle non compliquée
- Tabagisme sevré il y a 10 ans

C'est l'interne, Dr Bessis, qui vous reçoit. Vous arrivez très inquiet à cette consultation.

Qués conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Qués exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- **si le médecin tarde à en venir aux faits** : « vous me cachez quelque chose », « dites-moi la vérité, je veux savoir »
- **si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle** : « je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à mes enfants »
- **si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement** : « ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur », « j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence
- **désespoir** : « ma vie est foutue » « je vais me suicider »
- **doute** « vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »
- **révolte** : « pourquoi moi, ce n'est pas juste »
- **peur** : « je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter »
- **agressivité** : « vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade ». « vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive »
- **isolation** : le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter, de poser des questions concrètes, froides
- **inquiétude spécifiques pour le patient** : « combien de temps me reste-t-il à vivre ? », « que dois-je dire à mon entourage ? »

2^{ème} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Deruni, interne à la consultation mémoire de l'hôpital Charles Foy à Ivry. Votre PH le Dr Losano vient de recevoir les résultats de M-Mme Zaturi (70 ans) réalisés en consultation mémoire. Ceux-ci confirment le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Il a demandé au patient de venir en consultation à ce propos, accompagné de son-sa conjoint-e. Le dr Losano vous confie la tâche d'annonce de la maladie à M-Mme Zaturi que vous recevez en consultation avec son-sa mari-femme.

Éléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

- HTA depuis 2007
- Diabète type 2
- Cancer de la prostate/sein traité en 2012

Antécédents familiaux :

- mère avec démence sans diagnostic étiologique
- père décédé d'un infarctus du myocarde

Mode vie : marié-e depuis 40 ans- vit avec son mari - sa femme au 6^{ème} étage sans ascenseur à Ivry sur Seine.
Instituteur-trice retraité-e

3 enfants- 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans
liens cordiaux avec voisinage
joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ;
pas d'aide à domicile

MMS = 20

TDM cérébrale = normale

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 min pour annoncer la maladie d'Alzheimer à M-Mme Zaturi

Etudiant qui joue le PATIENT

Attention, ce jeu de rôle nécessite un patient et son-sa compagnon-compagne.

Vous, M-Mme Zaturi, 70 ans, êtes venu(e) consulter à l'hôpital Charles Foy à Ivry, à la demande de votre médecin généraliste, pour des troubles de la mémoire.

Vous avez réalisé des examens complémentaires en consultation mémoire avec le dr Losano.

Celui-ci vous a demandé de revenir pour parler des résultats, avec son interne, Dr Deruni. Vous venez accompagné (e) de votre mari-femme. Vous et votre mari-femme êtes quelque peu inquiet-e-s des résultats et souhaitez connaître le diagnostic. C'est surtout votre mari-femme qui prend la parole lors de cette consultation.

Éléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

- HTA depuis 2007
- Diabète type 2
- Cancer de la prostate/sein traité en 2012

Antécédents familiaux :

- mère avec démence sans diagnostic étiologique
- père décédé d'un infarctus du myocarde

Mode vie : marié-e depuis 40 ans- vit avec son mari - sa femme au 6^{ème} étage sans ascenseur à Ivry sur Seine.

Instituteur-trice retraité-e

3 enfants- 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans

liens cordiaux avec voisinage

joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ;

pas d'aide à domicile

Qués conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Quels exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- **si le médecin tarde à en venir aux faits** : « vous me cachez quelque chose », « dites-moi la vérité, je veux savoir »
- **si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle** : « je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à ma-mon femme-mari »
- **si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement** : « ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur », « j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence
- **désespoir** : « ma vie est foutue », « je vais me suicider »
- **doute** « vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »
- **révolte** : « pourquoi moi, ce n'est pas juste »
- **peur** : « je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter »
- **agressivité** : « vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade ». « vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive »
- **isolation** : « le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter de poser des questions concrètes, froides »
- **inquiétude de l'accompagnant** : « est-ce que je risque moi aussi d'être atteint un jour ? »

MESSAGES IMPORTANTS (pour les 2 situations):

- commencer par s'enquérir de l'état émotionnel du patient (« comment ça va »), des représentations sur ce qui va être dit, des attentes → baromètre pour aller plus ou moins vite vers l'annonce diagnostic, selon le niveau d'angoisse
- expliciter le diagnostic clairement, mais avec un comportement infra-verbal enveloppant (posture ouverte, voix douce et posée, contact oculaire soutenant...)
- accueillir les émotions
- supporter le silence (et l'angoisse/impuissance qui y est liée)
- donner des éléments de traitement, d'aide, de soutien, progressivement en suivant le rythme du patient (sans le bombarder d'information) → montrer qu'on est présent et qu'on le restera tout au long de la prise en charge (apaiser les angoisses d'abandon, etc...)

Séance 3 : Maladies chroniques

1^{ère} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Bati, interne en médecine générale. Votre maître de stage le Dr Gulo vous propose de voir seul en consultation Mr/Mme Dupont, âgé de 66 ans, pour le suivi de son diabète de type 2 et de son hypertension artérielle. Il apporte son dernier bilan sanguin avec une HbA1c à 10%.

Motifs de consultation :

Renouvellement d'ordonnance d'antidiabétiques oraux.

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents :

- Diabète de type 2 depuis 7 ans
- HTA essentielle non compliquée depuis 5 ans
- Surpoids avec IMC=29

Mode de vie :

Marié, 2 enfants

Retraité, était chef de chantier

Sédentaire

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour encourager votre patient(e) à maintenir un équilibre alimentaire et faire de l'activité physique.

Étudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mr/Mme Dupont, un homme/femme de 66 ans.

Vous êtes venu consulter le Dr Gulo, votre médecin généraliste pour votre renouvellement d'ordonnance, comme tous les 3 mois.

Vous êtes marié, 2 enfants, retraité (vous étiez chef de chantier).

Vous êtes un bon vivant et appréciez les repas copieux.

Vous pratiquez peu d'activité physique hormis la marche pour aller faire les courses et la pétanque le week-end.

Vos antécédents comportent :

- Diabète de type 2 depuis 7 ans
- HTA essentielle non compliquée depuis 5 ans
- Surpoids avec IMC=29

C'est l'interne, Dr Bati, qui vous reçoit.

Quques conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Quques exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- « je viens simplement pour le renouvellement de mes médicaments »
- « je n'ai pas le temps de faire du sport »
- « je n'ai jamais fait de sport »
- « je ne fais rien de tout ce que vous dites et pourtant tout va bien ! »
- « vous n'auriez pas plutôt une pilule pour maigrir ? »
- « vous m'en demandez trop docteur »
- « j'aime trop les bons plats pour ne pas me resservir »

2^{ème} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr Monin, interne aux urgences pédiatriques. Vous allez examiner la jeune Julia/Julio, 15 ans, qui consulte non accompagné(e) pour une nouvelle récurrence de crise s'asthme.

Motifs de consultation :

Crise d'asthme.

3^{ème} passage aux urgences en 6 mois

Eléments importants du dossier patient :

Antécédent :

- Asthme depuis l'enfance avec indication à un traitement de fond par Seretide (non pris)

Mode de vie :

2 petits frères

Scolarisé(e) en 2^{nde}

Parents fumeurs

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour encourager votre patient(e) à prendre son traitement de fond régulièrement.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Julia/Julio, un(e) adolescent(e) de 15 ans.

Vous êtes venu consulter aux urgences pédiatriques pour une nouvelle crise d'asthme.

Vous avez 2 petits frères, êtes scolarisé(e) en 2^{nde}
Vos parents sont fumeurs

Votre antécédent :

- Asthme depuis l'enfance avec indication à un traitement de fond par seretide (non pris)

C'est l'interne, Dr Monin, qui vous reçoit.

Quels conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Quels exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- « je viens simplement pour avoir des masques de ventoline »
- « j'ai le seretide chez moi mais j'oublie de le prendre »
- « une amie m'a dit que le seretide ça fait gonfler »
- « je n'ai pas que ça à faire de prendre le seretide matin et soir pendant toute ma vie »
- « le seretide ne marche pas sur moi : je ne vois pas différence entre les jours où je le prends et les jours où je ne prends pas »
- « ça se voit que vous n'avez pas d'asthme »
- « je sais très bien gérer mon asthme »

MESSAGES IMPORTANTS (pour les 2 situations):

- Dans la maladie chronique, l'effort à fournir est sur la durée (voire sur toute la vie). Sa prise en charge est ancrée dans les problématiques existentielles et tâches maturatives de chaque patient (ici, l'adolescence, le sens de la vie au 3^{ème} âge, etc...).
- Pour tenir dans la durée, le patient doit accepter la situation, et opérer des remaniements dans son quotidien, ses habitudes de vie, et plus profondément des remaniements identitaires, dans la vision de lui-même et du monde. Cela le contraint à se questionner sur ce qu'il est et ce qu'il veut.
- Une relation médecin-malade de type paternaliste ou expert/guidance est inappropriée dans ce contexte. Elle n'aidera pas le patient à s'approprier les soins. Une relation de collaboration et adaptée aux enjeux psychoaffectifs du patient (selon l'âge, le milieu social,

les valeurs, la culture, etc...) doit se mettre en place, où le patient devient « expert de sa prise en charge », et le médecin « facilitateur ».

- L'abord relationnel doit en premier lieu amener le patient à s'exprimer sur son point de vue, ses angoisses, ses attentes, ses préoccupations.
- On part de ce vécu pour aider à amorcer des changements dans le soin d'une meilleure prise en charge : notion de « co-construction » du soin/ de plan de traitement partagé.
- Chaque patient est différent. Selon les patients, on est parfois obligé d'accepter des compromis des court ou moyen terme (ex : écarts glycémique) pour un bénéfice à long terme (stabilisation de hémoglobine glyquée).

Séance 4 : Patient avec conduites agressives et demandes qui paraissent non adaptées

1^{ère} situation clinique : Patiente avec conduites à risques

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr Beri, interne au cabinet du Dr Verin, médecin généraliste. Il accueille Mme Féron, 27 ans, qui le sollicite pour une contraception d'urgence.

Cette demande non exceptionnelle laisse présager des rapports réguliers non protégés fréquents. Avant la consultation, le Dr Verin vous demande d'aborder le risque de rapports non protégés avec cette patiente.

Motifs de consultation:

Demande de prescription de contraception d'urgence.

Éléments importants du dossier patient:

Antécédent personnel :

- Salpingite traitée

Antécédents familiaux :

- Episodes dépressifs maternels

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de partenaire stable.

Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable.

Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

L'examen clinique est normal.

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 minutes pour aborder les risques des rapports non protégés.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mme Féron, 27 ans.

Vous venez voir le Dr Verin, interne de votre médecin Dr Beri pour une contraception d'urgence suite à un rapport non protégé. Ce n'est pas la première fois que vous faites cette demande.

Eléments importants de votre dossier :

Antécédent personnel :

- Salpingite traitée

Antécédents familiaux :

- Episodes dépressifs maternels

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de partenaire stable.

Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable.

Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

Le médecin va aborder les risques des rapports non protégés, mais vous ne voulez pas entendre parler.

Ques conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Ques exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- « pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »
- « autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »
- « mais alors on ne peut plus rien faire ? la vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »
- « oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »
- « dans ces moments on ne pense pas au risque »
- « c'est dur de faire attention à tout, tout le temps »
- « vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant »
- « tout ça je le sais docteur »
- « j'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »
- « je ne fais pas ça avec n'importe qui tout de même, je ne couche pas avec des types marginaux ou toxicomanes »

2^{ème} situation clinique : Patient(e) avec demande qui semble non adaptée

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr Itaque, interne dans le service de rhumatologie et vous faites les consultations « urgentes » (le sénior, joignable, est dans son bureau travaillant à un article). Vous accueillez Mr-Me Déboni, 32 ans qui a un lumbago banal depuis 4 jours. Il/Elle vous demande d'emblée un scanner.

Motif de consultation :

Demande de scanner pour un lumbago banal.

Eléments du dossier patient :

Atcd pers :

- Appendicite

Atcd fam :

- Mère : Ras
- Père : HTA et AVC

Allergie : aucune

Mode vie : marié

1 fille de 6 ans

Commercial

Ttt :

- aucun

Examen clinique

Lumbago banal

Aucun signe de sciatique

Examens paracliniques

Aucun

Selon les recommandations actuelles le scanner est inutile

Tâches à effectuer:

Vous avez 10-15 minutes pour expliquer au patient/à la patiente que sa demande de scanner n'est pas justifiée.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mr/Mme Déboni, un homme-une femme de 32 ans.

Vous souhaitez faire un scanner car vous avez très mal au dos depuis 4 jours.

Votre voisin vous a dit qu'il fallait absolument passer un scanner « au cas où ce serait une hernie discale ».

Qués conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Qués exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- « vous vous en fichez, ce n'est pas vous qui avez mal au dos »
- « bon docteur vous me le prescrivez ce scanner ? »
- « mon voisin, son docteur lui a prescrit »
- « je ne vois pas en quoi ça vous dérange c'est pas vous qui payez »
- « mais j'ai mal ! »
- « la prochaine fois, j'irai voir le médecin de mon voisin »
- « vous voulez dire que j'abuse c'est ça ? »
- « moi je paye mes impôts et cotisations, c'est pas comme d'autres ... »
- « j'y ai droit »

MESSAGES IMPORTANTS:

Sur la patiente avec conduites à risques :

- Les conduites à risque ou mises en danger sont des symptômes visibles d'un mal-être caché, et souvent d'un manque de confiance en soi.
- Une attitude de jugement ou moralisante n'aura aucun effet (au mieux) ou renforcera les défenses de la patiente (risque de la braquer contre vous).
- Ce qui va aider : une attitude d'abord empathique et compréhensive qui montre à la patiente qu'on s'intéresse vraiment à son vécu, qu'on s'inquiète pour elle, et qu'on cherche à comprendre le sens de ses actes (sans être intrusif non plus, en respectant son refus d'en parler si besoin)
- Et ensuite : en repartant de l'inquiétude et de la préoccupation authentique du médecin pour le bien-être de sa patiente : on lui apporte des éléments sur les risques encourus, et les moyens de s'en protéger (IST, contraception régulière, orientation vers planning familial pour étayage...).

Sur le/la patiente avec demande inadaptée :

- Les demandes qui paraissent inadaptées au médecin (dans sa formation et la culture actuelle de restriction budgétaire) sont souvent le fruit d'une angoisse cachée chez la patiente.

- Une attitude de jugement, hautaine, ou de jargon médical avec des considérations professionnelles (pas d'indication) ou économique (morale sur le cout pour la société) n'aura aucun effet (au mieux) ou renforcera les défenses du/de la patiente qui se sentira pas entendu dans son angoisse et incompris.
- Ce qui va aider : une attitude d'abord empathique et compréhensive qui montre à le/la patiente qu'on s'intéresse vraiment à son vécu, qu'on s'inquiète pour lui/elle, et qu'on et cherche à comprendre le sens de sa demande.
- Et ensuite : le médecin résume ce qu'il a compris de la souffrance de la patiente, et propose les éléments indiqués en commençant par la réponse à la douleur (physique/psychique) ; voire en énonçant la progressivité de la prise en charge avec plus ou moins de détail (selon le niveau de littéracie).

Séance 5 : Gestion de l'agressivité et de l'erreur médicale

1^{ère} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr Hubir, interne dans le service d'accueil des urgences et accueillez Mr-Me Monard, 41 ans qui consulte pour un poignet cassé. Il-elle vient d'attendre 5 heures en salles d'attente, ce qu'il-elle ne comprend pas, il-elle est très énervé. Votre sénior est actuellement en train de prendre en charge un patient en arrêt au déchocage.

Motif de consultation :

Poignet cassé

Eléments du dossier patient :

Atcd pers :

- Tabagisme
- Dyslipidémie
- Surpoids modéré
- Alcool festif

Atcd fam :

- Mère : RAS
- Père : RAS

Allergie : aucune

Mode vie :

Divorcé
Chef d'entreprise.

Ttt :

- aucun

Tâches à effectuer:

Vous avez 10-15 minutes pour tenter de calmer le-la patient-e.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes Mr/Mme MONAR, un homme-une femme de 41 ans.

Vous vous êtes cassé le poignet

Vous attendez aux urgences depuis 5 heures. Vous êtes très énervé de ne pas avoir vu de médecin.

Qués conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Qués exemples de répliques :

FACULTATIFS ; à l'utiliser que si cela vous aide

- « j'ai pas que ça à faire »
- « j'aurais pu mourir en salle d'attente »
- « vous feriez pas ça à un proche »
- « vous vous en foutez des patients »
- « je vais écrire au directeur de l'hôpital »
- « j'ai vu des dizaines de gens passer devant moi »
- « mettez moi un plâtre et je m'en vais »
- « si ça continue je vais devenir violent »
- « j'espère que vous avez bien profité de votre pause ? »
- « avec des médecins comme vous c'est normal que la médecine aille mal »
- « je veux voir le responsable immédiatement »
- « ça va très mal finir »

Vous n'avez pas l'habitude des urgences, et plus généralement de vous retrouver dans un environnement où vous devez attendre. Vous êtes chef d'entreprise, habitué à ce que les autres s'accordent à votre rythme. Vous travaillez beaucoup, à la fois par contrainte et dans une fuite en avant. Cette situation passive vous est insupportable. Vous la vivez comme une perte de temps. En même temps, le fait d'être privé d'une activité à faire fait remonter à la surface tout ce que vous essayez de fuir : votre couple bat de l'aile ; vos enfants adolescents à la maison vous échappent (plus d'autorité, consommations de toxiques, etc ;...). Le surinvestissement professionnel vous permet de ne pas y penser, en même temps qu'il est à l'origine de cette

situation. Le poignet cassé signifie pour vous un probable arrêt de travail ; l'impossibilité en tous les cas d'assumer les responsabilités professionnelles, et le risque financier.

2^{ème} situation clinique :

Etudiant qui joue le MEDECIN

Contexte d'entretien :

Vous êtes le dr Hemain, interne aux portes du service d'urgence de la Pitié Salpêtrière. Etant de garde aux urgences la veille, vous avez prescrit de l'Augmentin (amoxicilline & acide clavulanique) à votre patient(e) M/Mme Ridon âgé(e) de 46 ans pour une pneumopathie lobaire aigue. Avec la fatigue et la surcharge de travail, vous avez oublié de demander les antécédents allergiques. M/Mme Ridon a fait un début de choc anaphylactique, pour lequel il/elle est resté en observation aux portes. Vous venez le lendemain lui expliquer ce qui s'est passé.

Motifs de consultation :

Choc anaphylactique sur prescription d'amoxicilline chez un(e) patient(e) allergique connu.

Eléments du dossier patient :

Atcd pers :

- Tabagisme à 40 PA

Atcd fam :

- Mère : RAS
- Père : RAS

Allergie : aucune

Mode vie :

Marié(e). 1 enfant.
Secrétaire de mairie.

Ttt :

- aucun

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour expliquer ce qui s'est passé de façon constructive.

Etudiant qui joue le PATIENT

Vous êtes M/Mme Ridon âgé(e) de 46 ans.

Vous êtes venu consulter aux urgences pour une douleur thoracique brutale en haut à droite, avec de la fièvre à 40°C, et un essoufflement. L'interne vous a reçu après 4 heures d'attente. Après quelques examens et une radiographie de thorax, il vous a prescrit un médicament en vous expliquant rapidement que vous aviez une infection aux poumons. Et après vous êtes tombé(e) dans les pommes. Vous vous réveillez ce matin dans un lit d'hôpital, sans trop comprendre ce qui se passe.

Vous êtes marié(e), avec 2 enfants. Vous êtes secrétaire de mairie.

Quels conseils généraux :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

Vous n'avez pas l'habitude des urgences. Vous avez souvenir d'avoir attendu longtemps hier soir. Les infirmières ont été gentilles. Elles vous ont donné du doliprane pour la douleur, mais ça a été quand même pénible et douloureux. Et ce médecin qui vous a reçu en 5 minutes après tout ce temps d'attente, c'était un peu gonflé. Il vous a dit « c'est bon c'est une infection du poumon, ça se soigne bien ; et plus tard on refera des examens. On va vous donner tout de suite le médicament ici. ». vous avez pris le médicament. Et peu après vous êtes tombée dans les pommes.

Vous vous réveillez à l'hôpital.

Vous êtes inquiète sur ce qui se passe : on vous ment ? Ce qui vous arrive est plus grave ? vous avez un cancer ?

Vous avez besoin d'explication pour être rassuré(e).

Et si vous avez le sentiment qu'on ne vous dit pas tout, vous commencez à vous énerver.

MESSAGES IMPORTANTS:

Pour le patient agressif :

- L'agressivité et la colère cachent souvent des angoisses très fortes chez le patient, qu'il n'arrive pas à contenir. Etant en position de figure d'autorité, le médecin est souvent une figure vers laquelle va être adressée la colère, même s'il n'y est pour rien.
- L'agressivité et la colère suscitent chez l'interlocuteur qui la reçoit une réponse « en miroir » : recevoir de l'agressivité donne envie de rendre en boomerang ce qui a été projeté. Spontanément, ce sont des patients qu'on n'a souvent pas envie d'aider, mais plutôt de rejeter.
- On ne demande pas au médecin d'être le souffre-douleur des patients. En revanche, sa fonction implique :
 - D'une part de s'assurer que l'agressivité n'est pas liée à un symptôme médical (ex : encéphalite herpétique, épilepsie temporale, fureur maniaque...) → à traiter.
 - De comprendre que l'agressivité n'est pas un simple manque de civilité, mais dans ce contexte peut être lié à l'angoisse liée à la maladie.
 - De tenter un pas de côté pour désamorcer la colère par une attitude qui signifie qu'on comprend « au-delà ».

- De contenir la colère (le médecin est la figure du cadre) : (cf ci-dessous).
- Pour être apaisée, la charge agressive projetée par le patient implique à la fois de la part du/des interlocuteurs : une attitude ferme, qui délimite de façon très claire l'impossibilité de poursuivre dans cette attitudes ; en même temps qu'un pas de côté qui signifie au patient que l'on essaie de comprendre la situation et non de juger et de rejeter. Cela implique dans tous les cas de passer du temps à échanger avec lui/elle : d'abord pour faire baisser le niveau d'agressivité ; ensuite pour tenter d'amorcer un échange et comprendre ce qui se passe, et tenter d'y répondre.

Pour la gestion de l'erreur médicale

- La majorité des procès sont liés à des problèmes de relation, de communication et d'information du patient, non aux erreurs du médecin. Les patients ne reprochent pas le plus souvent au médecin de s'être trompé, mais de ne pas les avoir suffisamment écouté, et de ne pas leur avoir suffisamment expliqué ce qui allait se passer/ ce qu'il s'est passé.
- Sur la quantité d'actes qui sera assurés durant toute sa carrière (en moyenne 160 000 consultation pour un clinicien par exemple), un médecin a de fortes probabilités de se tromper au moins une fois (!!!).
- L'erreur est humaine ; en revanche il faut en assumer les conséquences, avec un discours transparent à l'égard du patient, et une prise en charge des conséquences (donc technique et accompagnement relationnel).
- Plus la relation au préalable est de bonne qualité avec le patient, moins il sera difficile d'expliquer l'erreur.
- La cause d'erreur n'est souvent pas linéaire (la faute d'une seule personne). Le plus souvent une erreur médicale est le fruit d'une succession de causes (ici surcharge de travail, peut-être trop de responsabilités et manque de formation ?...). il ne s'agit de projeter la faute sur d'autres personnes. Mais dans une relation construite et apaisées, vous pouvez expliquer au patient l'ensemble des facteurs (après les avoir analysé à froid) qui ont conduit à cette erreur.
- S'excuser n'est pas perdre la face. Une attitude humble du médecin peut le rendre plus accessible, faciliter la relation, sans perdre son efficacité symbolique.

Titre : Processus et facteurs du transfert de savoirs, savoir-faire et savoir-être lors de la formation des enseignants à mener des jeux de rôle d'enseignement à la relation médecin-malade pour des étudiants de 4^{ème} année de médecine.

Résumé :

Introduction: L'efficacité des formations à la relation et à la communication médecin-malade est démontrée depuis 25 ans dans la littérature scientifique. Les demandes des patients en ce sens s'accroissent dans une médecine actuelle essentiellement scientifico-technique. La majorité des plaintes auprès de l'ordre des médecins proviennent de problèmes de communication. Pour répondre à cette question, l'université Paris-Descartes a développé un module d'enseignement sur la relation médecin-malade intégrant des jeux de rôle, des consultations simulées et des groupes Balint. Une formation des enseignants aux jeux de rôle a été mise en place pour assurer la qualité et l'homogénéité de l'enseignement. Une brève recherche bibliographique n'a pas retrouvé d'étude évaluant la formation des formateurs. Notre étude vise à explorer les processus et facteurs explicitant le transfert des savoirs, savoir-être et savoir-faire des enseignants dans le but d'améliorer la qualité de la formation des enseignants aux jeux de rôle.

Méthode: Cette étude monocentrique qualitative a conduit 15 entretiens semi-dirigés suivant la Grounded Theory auprès des enseignants formés. Les entretiens retranscrits ont été cotés en double aveugle via le logiciel NVivo par 2 chercheurs indépendants, puis confrontés sous la supervision d'un troisième chercheur formé à l'approche qualitative.

Résultats: Quatre thèmes ont émergé: engagement et motivation de l'enseignant; réflexivité; acquisition de savoir-faire et savoir-être ; accompagnement de l'enseignant.

Conclusion: Cette étude a montré l'intérêt et l'importance d'une formation auprès des enseignants, ainsi que des axes d'amélioration à apporter.

Mots clés : Jeux de rôle, relation médecin-patient, formation des enseignants.

Title : Processes and factors of transfer of skills, knowledge and attitudes during peer play-roles training of teachers on doctor-patient relationship education of 4th year medical students.

Abstract :

Introduction: Physicians' training on doctor-patient relationship and communication has been demonstrated in scientific literature for more than 25 years. Currently, patients' demands tend to increase in a medical context mainly centred on cure (and less on care). Moreover, most trials are linked with communication issues. To deal with this problem, Paris-Descartes university built a course centred on doctor-patient relationship, including role-playing, consultations with simulated patients and Balint groups. A training of instructors on role-playing was implemented to enhance pedagogical quality. A brief literature review didn't find any studies on evaluation of training the trainers. We sought to explore processes and factors affecting transfer of skills, knowledge and attitudes during this training to improve its quality.

Method: A monocentric qualitative study conducted 15 semi-structured interviews with instructors. Interviews were recorded, then transcribed and analysed using Nvivo software according to the Grounded Theory method.

Results: 4 themes emerged from analysis: instructors' involvement and motivation; reflexivity; skills, knowledge and attitudes acquisition; instructors' supervision.

Conclusion: This study showed relevance in training the teachers and the points that need improvement in the future.

Keywords : Teacher training, Role playing, Health communication.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06