



HAL
open science

**L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des
études médicales : examen épistémologique et
méthodologique critique d'une approche éducationnelle
centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours
à des dispositifs de simulation**

Alain Percivalle

► **To cite this version:**

Alain Percivalle. L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales : examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation. Psychologie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2020. Français. NNT : 2020BRES0075 . tel-03357658

HAL Id: tel-03357658

<https://theses.hal.science/tel-03357658>

Submitted on 28 Sep 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.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE
DE BRETAGNE OCCIDENTALE

ECOLE DOCTORALE N° 603
Education, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : « *Psychologie* »

Par

Alain PERCIVALLE

L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales.

Examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation

Thèse présentée et soutenue à Brest, le 7 décembre 2020

Unité de recherche : EA 7463 Centre atlantique de recherche en éthique (CARE) / Centre Atlantique de Philosophie (CAPHI)

Rapporteurs avant soutenance :

Marie-France MAMZER, Professeur d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes
Philippe ROBERT, Professeur émérite de psychologie, Université Paris Descartes

Composition du Jury :

Président: Pascale PLANCHE, Professeur de psychologie, Université de Bretagne Occidentale
Examineurs :
Pierre LE COZ, Professeur de philosophie, Université d'Aix-Marseille
Marie-France MAMZER, Professeur d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes
Philippe ROBERT, Professeur émérite de psychologie, Université Paris Descartes
Barbara SHANKLAND, Professeur de psychologie, Université Lyon 2
Catherine TOURETTE-TURGIS, Professeur de sciences de l'éducation, Sorbonne Université
Jean-Jacques WUNENBURGER, Professeur de philosophie émérite, Université Lyon 2
Dir. de thèse: Jean JOUQUAN, Professeur de médecine interne émérite, Université de Bretagne Occidentale

les patients sont nos premiers maîtres

Jean Poussin

Remerciements

Ma gratitude se tourne en premier lieu vers le directeur de cette thèse, Jean Jouquan, professeur émérite de médecine interne de la faculté de Brest et rédacteur en chef de la revue Pédagogie médicale, pour sa rigueur scientifique appliquée au champ de la pédagogie médicale depuis plus de trente ans, ce qui m'a permis de modestement m'adosser à son travail de définition précise des champs et des concepts et sa défense critique et exigeante de l'approche par compétences. Je le remercie pour ses relectures fouillées et savantes qui m'ont aidé à argumenter là où je procédais par affirmation, et son ouverture d'esprit pour m'avoir accompagné sur des thèmes de recherche un peu nouveaux dans le champ de la simulation.

Un grand merci aussi à Jean-Jacques Wunenberger, doyen honoraire de la faculté de philosophie de l'Université Jean Moulin à Lyon et membre de l'Espace éthique azuréen pour sa gentillesse jamais démentie dès les premières semaines de travail, dans sa relecture de mes formulations maladroitement et pour sa patience qui s'est exprimée au long de ces années par ses conseils et ses encouragements.

Ma reconnaissance va ensuite directement à Jean-Paul Fournier, professeur de médecine à la Faculté de Nice, pour m'avoir proposé de mettre en place des enseignements d'éthique au sein du centre de simulation de la faculté, pour son implication totale dans la formation des étudiants, qui lui témoignent par leur respect et leur attachement leur gratitude.

Je remercie Patrick Baqué, doyen de la Faculté de Nice qui par son amour de la médecine et son attention à développer chez les étudiants leur humanité, a favorisé depuis des années toutes les initiatives qui lui étaient soumises et a imaginé des modules d'enseignement novateurs.

Je remercie aussi Dominique Pringuey, professeur émérite de psychiatrie et président de la société de phénoménologie clinique et de Daseinsanalyse de Nice pour sa présence chaleureuse au long de ces années et pour m'avoir fait découvrir la phénoménologie psychiatrique.

Je ne peux qu'être reconnaissant au professeur Jacques Levraut, chef de service des urgences au sein du Centre hospitalier universitaire de Nice, d'avoir accepté qu'en plus de mon activité professionnelle aux urgences je participe aux activités d'enseignement au sein de la faculté et que j'entreprenne cette recherche, afin qu'elle trouve des applications concrètes dans la

formation des professionnels de santé et que nous répondions dans l'accueil des patients chaque jour au mieux à notre mission de service public.

Cette thèse est aussi le fruit des rencontres faites au fil des différents enseignements avec des personnes qui deviennent des amis. J'adresse un immense merci au docteur Bernard Prouvost-Keller, médecin addictologue au sein du département de santé publique de l'hôpital pour la capacité de travail qu'il a déployé dans tous les modules d'enseignement et de formation que nous avons mis en place, sa ténacité pour faire aboutir les projets et sa finesse d'analyse dans l'après coup des séances.

Je remercie Cyril Drouot, maître de conférences en sciences de l'information et de la communication à l'Université Côte d'Azur pour son exemple de travail universitaire, fait à la fois de méthode et de curiosité, pour son implication auprès des étudiants qui le lui rendent bien, et ses remarques avisées.

Merci également à Alexandre Berkesse enseignant à l'Université Paris-Dauphine et conseiller scientifique à la direction collaboration et partenariat patient de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et Laetitia Marcucci, docteur en philosophie, ainsi que Théophile Lacombe, professeur de philosophie, pour leur coaching durant les mois de confinement, leurs conseils, leurs suggestions et leur patience.

Merci à Didier Briand, patient partenaire et ancien formateur en communication, pour son enthousiasme et sa jeunesse de cœur à 70 ans passés, ses conseils et sa présence au long des formations.

Une thèse voit le jour au sein d'une équipe de recherche. C'est celle qui s'est constituée avec les stagiaires psychologues que j'ai eu la chance d'accompagner depuis des années. Par leur envie d'apprendre, leurs savoirs issus de leurs expériences de vie, leur engagement au service des patients et des étudiants de médecine, ils ont irrigué de leurs réflexions et de leurs travaux cette thèse, et ils sont dûment cités au long de ces pages. Merci, entre autres, à Loanne Meuret, Brigitte Karcher, Emma Lauterbach, Hannah Fiel-Hazaiez, Karen Derveaux, Joy Ansaldo, Liliana Barat, Benjamin Fontaine, Elia Billoud et Mansuy Colin.

Enfin je remercie mes parents dont l'amour et le soutien indéfectible m'ont permis d'entreprendre et de mener à son terme ce projet de thèse, ainsi que mes trois jeunes garçons

Pierre, Alexandre et Raphaël, avec qui nous avons beaucoup échangé sur ce qui constitue un bon enseignement et un cours réussi, et ce qui fait un bon maître.

En dernier lieu je remercie mon épouse qui a été dans mes pensées à tout moment dans ces années si particulières.

SOMMAIRE

Sommaire.....	7
Liste des Abréviations.....	9
Introduction générale.....	11
Partie 1. Approche théorique : objet, présupposés, atouts, inconvénients.....	21
Chapitre 1 : Éthique et éthique médicale.....	21
Chapitre 2 : Paradigmes d'enseignement et d'apprentissage : lequel privilégier pour penser le développement de l'agir éthique ?	110
Chapitre 3 : L'agir éthique dans une perspective d'approche par compétences.	123
Chapitre 4 : La simulation en santé.....	162
Partie 2. Approche Empirique : Outiller les étudiants en ressources pour un agir éthique dans le cadre de dispositifs curriculaires et pédagogiques	177
Sous partie 1. Méthodes	177
Chapitre 5 : Enseigner et apprendre des techniques de communication	178
Chapitre 6 : Mécanismes psychologiques dans l'agir éthique des médecins.....	185
Chapitre 7 : La médecine narrative	201
Chapitre 8 : Méditation pleine conscience et psychologie positive	207
Chapitre 9 : La collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient.....	226
Chapitre 10 : Terrains d'observation et d'expérimentation	232
Sous Partie 2. : Résultats	273
Chapitre 11. L'hôpital	273
Chapitre 12 : La faculté de médecine.....	308
Chapitre 13 : Synthèse : quatre types de sensibilité éthique.....	345
Partie 3. Discussion	352

Chapitre 14 : Le jeu.....	354
Chapitre 15 : Le débriefing.....	435
Conclusion générale	488
Liste des illustrations	496
Table des matières.....	498
Bibliographie	502
Annexes	548

LISTE DES ABREVIATIONS

<p>ACS : Approche centrée solution ACS : <i>American College of Surgeons</i> AFGSU : Attestation de formations aux gestes et soins d'urgences APC : Approche par compétences APCi : Approche par compétences intégrées APP : Analyse des pratiques professionnelles ARM : Agent de régulation médicale ARS : Agence régionale de Santé AVC : Accident vasculaire cérébral BDE : Bureau des étudiants BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive CARE : Cohérence, attention, relation et engagement CESU : Centre d'éducation aux soins d'urgence CGU : Chirurgie générale d'urgence CHU : Centre hospitalo-universitaire CIRAP : Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales CRF : Croix-Rouge française CRM : <i>Cockpit resource management</i> CRM : <i>Crisis resource Management</i> DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées Dct. : Docteur DCPP : Direction collaboration et partenariat patient DG : Directeur général DU : Diplôme universitaire EAA : Espace éthique azuréen ECN : Epreuves classantes nationales</p>	<p>ECNi : Epreuves classantes nationales informatisées ECOS : Examens cliniques objectifs structurés ECR : Etudes contrôlées randomisées EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes HAS : Haute autorité de santé IFSI : Institut de formation en soin infirmier IUT : Institut universitaire de technologie MBSR : <i>Mindfulness-Based-Stress-Reduction</i> MGU : Médecine générale d'urgence PACES : Première année commune aux études de santé PAIDEIA : Capacités éthiques : la perception émotionnelle ou sensibilité éthique, les capacités d'analyse éthique, de délibération éthique, d'arbitrage éthique et d'autodétermination PPA : Produits psycho-actifs Pr. : Professeur QCM : Questionnaire à choix multiples QI : Quotient intellectuel R2C : Réforme du deuxième cycle des études de médecine SAMU : Service d'aide médicale urgente SAU : Service d'accueil des urgences SESA : Service sanitaire SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation SOLT: <i>Scholarship of Teaching and Learning</i> SSR : Soins de suite et de réadaptation TD : Travaux dirigés TP : Travaux pratiques UCSU : Unité de court séjour des urgences UPSC : Université Paris Sorbonne Cité</p>
--	---

INTRODUCTION GENERALE

Sur le plan international, former à l'éthique les futurs médecins fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. Il s'agit de les préparer à la rencontre avec le patient et à faire face à des situations d'éventuels dilemmes éthiques. Pourtant si au-delà des intentions généreuses qui sont exprimées on regarde dans le détail, les concepts qui sont convoqués, les termes qui sont employés ou bien encore les raisons qui sont évoquées sont très diverses et même, dans une certaine mesure, une confusion semble régner. Tantôt sur le plan général on parle de compétence éthique ou encore de capacité éthique, ou bien même de sensibilité éthique ; et dans la pratique on s'intéresse aussi bien aux ressources émotionnelles, à l'empathie qu'à la capacité d'argumenter. Si nous considérons par exemple différents référentiels de compétence publiés pour la pratique médicale dans différents pays, nous pouvons citer les conceptions suivantes de la formation à l'éthique :

- Au Royaume-Uni, à la fin de leur formation initiale, le General Medical Council (2003) indique que :

« Les diplômés doivent connaître et comprendre les principaux problèmes éthiques et juridiques auxquels ils seront confrontés. Par exemple comment s'assurer que les droits des patients sont protégés, maintenir la confidentialité, gérer des problèmes tels que le refus ou l'arrêt d'un traitement qui prolonge la vie, fournir des soins appropriés aux patients vulnérables, répondre aux plaintes des patients concernant leurs soins... » (p. 15).

- Au Canada, le Collège royal des médecins et des chirurgiens (2015) indique que :

« en tant que professionnels, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique » (p. 23).

- Aux États-Unis d'Amérique, à la fin de leurs études, l'Accreditation Council for Graduate Medical Education requiert que les internes démontrent :

« un engagement dans l'exercice de leurs responsabilités professionnelles et une adhésion aux principes éthiques » (Swing, 2007, p. 649).

- En France l'Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales définit que :

« Responsable aux plans éthique et déontologique, l'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme » (2013, Annexe I, F)

On voit ici la difficulté à stabiliser un vocabulaire suffisamment précis pour permettre l'établissement d'objectifs d'apprentissages clairs. Au sein des facultés, quel est donc le champ que recouvre l'enseignement de la bioéthique ou de l'éthique médicale, la première renvoyant plutôt à la science et à la recherche sur le vivant, la seconde mettant en avant la responsabilité des médecins qui ont pour mission de soigner des patients ? Dans leur enquête « Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises : état des lieux et perspectives » (2020), Fleury, Berthelier, et Nasr proposent, à partir des articles publiés depuis le début des années 1990 en langue anglaise et française et, dans une moindre mesure, allemande, de :

« repérer et cartographier, à défaut de quantifier et de mesurer, le champ des questions qui se posent actuellement en France et à l'international en matière d'enseignement de l'éthique et d'humanités en santé, dans les facultés de médecine principalement » (p. 5).

Les auteurs sont critiques à l'égard d'un enseignement d'humanités en santé qui seraient « mauvaises », idéologiques et vidées de leur substance réflexive. Ces humanités en santé ne relèvent pas non plus pour autant selon eux :

« d'un programme de "développement personnel" ou de perfectionnement moral : elles ne visent pas la production d'une "caste" médicale, pétrie d'une même culture et des mêmes valeurs. En ce sens, il s'agit de fournir aux jeunes médecins une formation aux humanités plus qu'une formation "humaniste", qui ne fait qu'entériner la division des sciences "dures" et des sciences "molles" : les humanités en santé ne forment pas le caractère, elles produisent un savoir, patiemment élaboré et documenté, qu'il s'agit d'articuler à la connaissance scientifique biomédicale. Il faut à tout prix empêcher que les humanités en santé soient reçues et enseignées comme un nouvel ordre moral (...) En effet, nous ne défendons pas des humanités utilitaristes, qui feraient "se sentir mieux" les soignants comme les soignés mais des humanités critiques, au sens de l'École de Francfort, qui reprisent sans cesse, par le mouvement ininterrompu de la réflexion, les pratiques et les conceptions du soin » (p. 62).

Dans cette perspective l'enseignement de l'éthique rejette tout moralisme, qui agirait sur les étudiants par injonction, en leur présentant un idéal de comportements et d'attitudes censé correspondre à un médecin humaniste. Les auteurs promeuvent la réflexion et la délibération éthique, confrontant l'approche par les principes (ou principisme) à l'approche au « cas par cas » ou « casuistique », davantage attachée aux enjeux particuliers des situations par définition singulières et uniques. Cette confrontation à la tradition philosophique du soin et ces discussions autour de dilemmes éthiques auraient d'après les auteurs le pouvoir d'enseigner à ces étudiants leur métier de soignant :

« En abordant les dimensions sociales, psychologiques ou éthiques du soin, les enseignements d'humanités en santé sont donc aussi en même temps censés apprendre à soigner » (p. 64).

Ils constatent amèrement que ces enseignements ont une place assez négligeable dans le cursus des étudiants au vu du nombre d'heures allouées à ces enseignements, le mode d'évaluation par Questionnaire à choix multiples (QCM) ne favorisant pas non plus les objectifs affichés par ces spécialistes de développer la réflexivité et l'esprit critique chez les étudiants. Cependant ils espèrent aussi permettre à travers cet enseignement développer les compétences relationnelles des futurs médecins, telle que la communication, l'écoute et plus largement le « savoir-être » :

« En outre, si la médecine doit être participative, interprofessionnelle et « centrée-patient », alors il faut urgemment développer les qualités d'écoute, de compréhension et d'interprétation des médecins, ce qu'une formation aux humanités serait sans doute à même de favoriser. (...) Si elles ne peuvent et ne doivent sans doute pas rendre les médecins « plus humains » comme on le dit souvent, elles peuvent toutefois transmettre des compétences, des savoir-faire et des savoir-être incorporant plus largement l'éthique, la communication ou l'écoute à l'identité et à l'agir des médecins. Il ne s'agit ainsi pas seulement de transmettre des outils intellectuels issus des sciences humaines aux futurs professionnels de santé mais aussi une éthique et des humanités en contexte, expérimentées à l'hôpital, mises à l'épreuve et apprivoisées dans la pratique clinique (pp. 68-69).

S'ils mentionnent l'empathie c'est pour regretter qu'elle soit absente parfois du colloque singulier entre le patient et le médecin et ils y voient un symptôme de l'épuisement professionnel des professionnels de santé. Mais ils prônent avant tout un outillage des étudiants en compétences cognitives du côté du raisonnement éthique et en compétences

sociales, qui s'apparenteraient pour le coup à des techniques de communication essentiellement à même de favoriser la relation entre le médecin et le patient :

« Il ne faut pas confondre l'éthique médicale et les humanités en santé : la première doit se comprendre comme une dimension de la décision clinique, comme un paramètre "cognitif", si l'on peut dire, du raisonnement et de l'agir médical, en contexte, hic et nunc ; les secondes constituent pour l'heure un corpus flottant de savoirs interdisciplinaires, ancrés dans le champ de la santé et du soin, faisant une large place aux outils et aux connaissances issues des sciences humaines et sociales » (p. 70).

Finalement les affirmations de ces experts posent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses. On veut d'un côté éviter toute formation à un humanisme pratique ; et de l'autre on propose de doter les étudiants en capacités cognitives d'analyse et de raisonnement éthique, les doublant de « compétences non techniques » selon le jargon médical, c'est-à-dire en communication, ce qui au bout du compte n'est pas anodin sur le plan du style de médecin que l'on forme. On souhaite que les étudiants développent des qualités d'écoute, de compréhension et d'empathie tout en militant pour un type d'enseignement privilégiant l'acquisition quasi exclusive de connaissances et de capacités de raisonnement éthique, comme si ces compétences allaient émerger d'une façon somme toute magique dans la rencontre avec les patients sur les lieux de stage.

Force est donc de constater que les repères conceptuels et opérationnels permettant de penser concrètement la formation à l'éthique (ou de penser l'éthique comme objet de formation) dans les facultés de médecine sont extrêmement protéiformes, dispersés, énoncés parfois de façon confuse, en lien avec des champs sémantiques, lexicaux et terminologiques très imprécis et très instables. Il y a donc une légitimité à procéder à un examen épistémologique et méthodologique critique dans ce domaine. Psychologue clinicien dans le service des urgences du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nice, membre du département d'éthique de la Faculté de médecine de Nice et chargé d'enseignement au sein du centre de simulation de cette faculté, nous avons décidé d'entreprendre une recherche doctorale pour approfondir l'analyse de notre action de formation ayant recours au dispositif de simulation en santé dans l'enseignement et l'apprentissage de l'éthique. Ce type d'enseignement nous a confronté à de multiples phénomènes chez les étudiants : présence d'émotions dans les mises en situation, phénomène d'« immersion fictionnelle », appropriation des outils de communication,

échanges sur des questions d'éthique. D'autre part nous retrouvons ces mêmes étudiants en stage à l'hôpital dans les services où nous rencontrons des patients.

Cette recherche est ainsi un aller-retour entre les deux terrains, l'hôpital et la faculté. De plus au cours de ces années de questionnements et de lecture, nous avons pris le parti de suivre un certain nombre de diplômés universitaires (DU) au sein de la Faculté de médecine de Nice qui ont nourri notre réflexion : DU d'éthique médicale, de pédagogie médicale par la simulation, de phénoménologie psychiatrique, de « méditation, relation thérapeutique et soins » (méditation pleine conscience en santé), d'« Art du soin en partenariat avec le patient », et au sein de l'Université Côte d'Azur, de pédagogie innovante. Cela nous a permis de nous familiariser d'une autre manière avec les enjeux éthiques et humains des médecins, aussi bien dans leur relation avec les patients que dans la collaboration au sein des équipes de santé.

De nombreuses questions se sont alors posées à nous. Quelle définition de l'éthique médicale apporter ? Bien souvent dans les études de médecine l'éthique se résume à des questions de bioéthique (début de la vie, fin de vie, greffe...). Or l'éthique médicale se résout-elle dans la jurisprudence et les limites légales de l'acte médical ? Se réduit-elle pour autant à des questions de casuistique ? Qu'est-ce que respecter la dignité du patient ? Comment par exemple penser le dilemme entre d'un côté une juste information du patient, ainsi que le respect de sa liberté et de l'autre la conviction du médecin sur la thérapeutique la plus adaptée, sans parler des contraintes financières et sociétales qui pèsent sur ce choix ? D'autre part l'écoute et l'empathie sont au cœur de la relation de soin, elles sont ressenties par le patient comme des marques de respect et de sollicitude, elles le mettent en confiance à ce moment où il fait l'expérience de sa fragilité. Mais ces « compétences relationnelles » ont-elles un rapport direct avec l'éthique médicale ? En faire un objectif d'enseignement et d'apprentissage dans cette perspective n'est-ce pas tomber dans les travers d'un moralisme et d'un prêt à penser teinté de bons sentiments dénoncés par Fleury et ses collègues ? Par ailleurs l'empathie, l'écoute peuvent-elles faire vraiment l'objet d'un apprentissage, et donc d'un enseignement ? Cela n'est-il pas inné ou du moins il ne serait plus le moment à la faculté pour acquérir cette « sensibilité » ? Autre question : si une forme d'éthique, qui s'apparente à un savoir être, peut s'enseigner, le compagnonnage par les médecins seniors auprès des internes et des étudiants en médecine au cours des stages n'est-il pas suffisant ? Certains enseignements ayant recours à la simulation s'intéressent aussi au travail collectif entre

professionnels, visant à développer des pratiques de collaboration et d'entraide... Là encore, cela aurait-il un quelconque rapport avec l'éthique en santé ? D'autre part quels sont les enjeux des changements pédagogiques en cours dans les études de médecine, en particulier l'introduction de l'approche par compétences (APC), pour l'enseignement de l'éthique? L'éthique est-elle une compétence « générique », au sens où le présente le référentiel pour les études médicales (Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, 2013) au même titre que le raisonnement clinique, la communication, ou bien l'approche scientifique ? L'Arrêté précise en effet à l'article 5 que pour le futur médecin :

« Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, de membre d'une équipe soignante pluri professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité ».

La question posée est donc d'abord d'ordre épistémologique. Il s'agit d'interroger les postulats et les méthodes de l'éthique médicale, afin d'en déterminer l'origine logique, la valeur et la portée philosophique.

La simulation en santé est une méthode pédagogique active dont le but est de recréer des situations dans le cadre desquelles des tâches et des activités sont effectuées et mises à profit en tant qu'expériences d'apprentissage. Le temps du débriefing à l'issue des jeux de rôle conduit par des animateurs implique aussi les observateurs. Ces observateurs peuvent être des étudiants n'ayant pas joué la scène ou bien des patients partenaires par exemple. La première partie du débriefing insiste sur les émotions éprouvées par les acteurs. Or souvent les professionnels de santé cherchent à tenir leurs propres émotions à distance. Est-il si pertinent de prendre conscience de ses émotions et de ses sentiments dans l'exercice d'un métier de santé ? N'y a-t-il pas des risques pour soi et pour le patient à les faire apparaître dans le soin et l'accompagnement? Dans certains cas les scénarii sont écrits par les élèves eux-mêmes à partir de leurs expériences vécues. Quels sont les effets de ce temps de parole libre pour les participants ? Les profils de personnalité des étudiants sont différents. Si certains ont une approche du patient suffisamment adaptée, d'autres sont en difficulté et certains peu nombreux semblent indifférents, voire toxiques. Quels sont les effets de la simulation sur les uns et les autres ?

Fondamentalement est-ce possible d'enseigner l'éthique à travers des jeux de rôle qui ne sont pas la « vraie vie » ? Lorsque les acteurs entrent en relation dans le jeu de rôle, ne font-ils que « mimer la relation » ? Ou bien s'il est possible de se « prendre au jeu », quels sont les ressorts pour le participant de son engagement dans le scénario, de son immersion dans cette néo-réalité, de l'authenticité de ses attitudes ? Quelle tension existe-t-il entre cette immersion fictionnelle et l'apprentissage réel ? Est-il éthique d'apprendre aux étudiants à faire semblant, faire semblant à être empathique par exemple, sans pour autant qu'ils éprouvent un authentique souci pour le patient ? Et puis n'y a-t-il pas une injonction paradoxale à demander aux participants d'être « authentiques », de réagir comme dans la « vraie vie » et de produire par ailleurs un comportement qui va faire l'objet de remarques et de critiques, donc qui sera « normé » par le groupe, par les formateurs ? Le principe de non jugement et de non punition de l'erreur mis en avant dans la simulation est-il en fin de compte si réel ?

Notre sujet de recherche s'intitule : « L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales. Examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation ». Dans le cadre de ce travail, notre objectif est d'apporter une contribution à la caractérisation de l'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales, à partir d'une explicitation des mécanismes psychologiques à l'œuvre (en premier lieu les émotions) dans la relation clinique qui se construit entre le médecin et le patient, en lien avec deux prémisses : la première énonçant que les émotions et les sentiments sont des ressources essentielles à envisager dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage de l'éthique médicale, au regard d'une conception d'un agir éthique en situation dans la perspective de l'éthique des vertus ; la seconde considérant qu'il est pertinent de mobiliser, pour ce faire, des dispositifs pédagogiques recourant à la simulation. Nous tenterons d'abord d'argumenter la légitimité épistémologique d'un tel positionnement, à partir d'une élaboration conceptuelle, puis d'en illustrer la viabilité éducationnelle, à partir d'une étude empirique autour de dispositifs de formation mis en œuvre, avant de reformuler notre proposition au travers d'un examen critique, à partir d'une mise en correspondance et en tension de ces deux approches.

Notre travail de recherche est donc articulé en trois parties. La première partie est une approche théorique par laquelle nous nous proposons d'éclaircir les concepts, notions et cadres théoriques de philosophie morale en montrant quel peut être le rôle du psychologue

dans la perspective de l'enseignement de l'éthique, en prenant au terme de la présentation comme référentiel l'éthique des vertus. Nous cherchons à lever une équation douteuse qui rendrait quasiment équivalent des enseignements regardant la communication, les émotions en situation clinique et l'éthique. Nous ne ferons pas ici de panorama exhaustif des courants et penseurs de l'éthique ; en revanche, nous expliciterons les positions par rapport auxquelles nous nous situons, pour présenter l'éthique des vertus et l'agir éthique qui en découle. Les émotions prennent ici leur place, en particulier l'empathie, ce qui rend pertinente l'intervention d'un psychologue dans la formation des étudiants de médecine à l'éthique clinique. Ensuite les paradigmes d'enseignement et d'apprentissage sont présentés. Ils permettent de situer l'APC et de discuter la place de l'éthique au sein de ce modèle pédagogique. On peut alors chercher à répondre à la question de savoir si la simulation peut être un dispositif adéquat à la formation à l'éthique des étudiants en médecine.

La deuxième partie est dédiée à une approche empirique dont le dessein est d'exposer à la fois les ressources nécessaires aux étudiants pour développer un agir éthique dans le cadre de dispositifs curriculaires et pédagogiques, et de présenter les résultats de nos observations, entretiens et recherches. Dans la première sous partie consacrée à la méthode nous clarifions les termes et les positions qui ont joué sur la manière dont nous avons abordé nos terrains de recherche. La communication, les mécanismes de défense, la méditation pleine conscience et la psychologie positive ainsi que la collaboration constitue des phénomènes ou des capacités qui entrent dans la formation des étudiants comme des éléments participants à leur agir en situation, et partant à leur apprentissage à l'éthique médicale. Nous présentons ensuite nos terrains de recherche et explicitons la méthodologie d'entretiens et d'observations suivie, sans en masquer les lacunes, mais suffisamment pour rendre compte des résultats et en valoriser l'analyse. Les résultats présentés dans la deuxième sous-partie de notre approche empirique sont constitués d'entretiens à la fois avec des enseignants et des étudiants que ce soit dans le cadre de leur activité à l'hôpital ou à l'issue des séances de simulation. Nous présentons une série de vignettes cliniques tirées d'enseignement ayant recours à la simulation, mettant en lumière les mouvements psychiques et les enjeux éthiques qui se mêlent en séance. Nous achevons cette partie par l'établissement de catégories d'apprenants suivant leur sensibilité éthique en fonction de leur capacité à communiquer et leur degré d'empathie émotionnelle.

La troisième partie est dévolue à une discussion qui rassemble et articule les éléments de la thèse, formulés à l'issue des deux approches théorique et empirique. Nous discutons ici de la place du jeu comme vecteur d'apprentissage en reprenant les grandes catégories de Caillois, pour revisiter la simulation sous l'angle d'un dévoilement du sujet à soi-même à travers le jeu de rôle. Nous présenterons ici des correspondances et des dissemblances entre la simulation et le théâtre. L'émergence d'une identité personnelle et professionnelle nous semble un des apports de ce type de dispositifs participatifs, et par là-même ils répondent à des enjeux éthiques. Dans un deuxième grand chapitre nous traitons du débriefing. Nous présentons ses matrices, en faisant des liens avec l'analyse à la fois des pratiques et de la pratique professionnelle, et aussi avec l'entretien d'explicitation. Nous faisons une description des différentes phases du débriefing, l'analyse des émotions, le jugement éthique, la place de la réflexivité, le rôle et la fonction de l'animateur en séance, en particulier agissant comme modèle de rôle auprès des étudiants.

PARTIE 1. APPROCHE THEORIQUE : OBJET, PRESUPPOSES, ATOUTS, INCONVENIENTS

Dans cette partie théorique, nous cherchons à exposer les enjeux épistémologiques de notre sujet. Notre recherche est au confluent de la psychologie, de la philosophie morale et des sciences de l'éducation. Dans un premier temps, nous présentons le champ de l'éthique pour éclairer la spécificité de l'éthique médicale. Dans ce champ, nous prenons le parti d'adopter comme référentiel l'éthique des vertus sans exclusive. De là, notre attention se porte naturellement sur la question des émotions qui sont le vecteur majeur de l'appétit du bien défendu par ce courant éthique. Nous pouvons justifier de ce fait notre place de psychologue-enseignant au sein d'une faculté de médecine.

Chapitre 1 : Éthique et éthique médicale

1.1. Panorama des conceptions dans le champ de l'éthique

1.1.1. L'unité du champ de l'éthique.

Il convient tout d'abord de nous interroger sur l'unité du champ dans lequel nous situons notre réflexion. Il s'agira ensuite de situer notre propre conception de l'éthique dans ce champ. De quoi parle-t-on lorsqu'on parle d'éthique ? Pour Descartes :

« la philosophie est comme un arbre dont les racines sont la métaphysique, le tronc est la physique, et les branches qui sortent de ce tronc sont toutes les autres sciences qui se réduisent à trois principales, à savoir la médecine, la mécanique et la morale ; j'entends la plus haute et la plus parfaite morale, qui, présupposant une entière connaissance des autres sciences, est le dernier degré de la sagesse » (Descartes, 1989, p. 14).

La figure de l'arbre permet à Descartes de montrer l'inachèvement structurel de la philosophie : la philosophie n'est pas conçue comme un objet donné d'emblée, structuré, clos sur lui-même car l'unité même de la philosophie se donne à penser comme un problème. Cette métaphore nous conduit à nous interroger sur les fondements de tout savoir et les critères de son unification. De manière analogue, la philosophie morale dont parle Descartes et que nous ne distinguons pas formellement de l'éthique pour l'instant, ne se donne-t-elle pas elle aussi comme un problème plutôt que comme un objet prédéfini ? N'est-elle pas elle aussi

toujours en devenir, susceptible de se développer en fonction des contextes ? En effet, la pluralité des cas que nous rencontrons dans la pratique requièrent un questionnement attentif des critères mis en jeu, l'examen, toujours à nouveaux frais des réquisits et des attendus à confronter aux *realia* du terrain.

Comptant parmi les branches majeures de la philosophie, la philosophie morale a trait à la philosophie pratique, c'est à dire qu'elle est orientée vers l'action, alors que la métaphysique a trait à la *theoria*. La philosophie morale permet d'aborder des questions du type (Sicard, 2017) : « Y a t-il des guerres justes ? », non sans lien avec la réflexion sur les critères politiques de l'action, « La peine de mort est-elle morale ? », ou encore « L'industrie pharmaceutique est-elle une entreprise comme une autre ? »

Le XX^e siècle a été marqué par un renouvellement considérable de la philosophie morale à la suite des deux guerres mondiales. La découverte de l'horreur des camps de concentration et des expérimentations médicales pratiquées sur les êtres humains, sans leur consentement, a accéléré l'éveil de la conscience et l'établissement de traités internationaux afin d'affirmer des principes, par nature organisateurs de la pensée, se déclinant en valeurs se voulant intangibles, et ce en vue de réguler les pratiques. Il est frappant de voir que ce sont particulièrement les questions d'éthique médicale qui ont été des vecteurs de réflexion et de production de textes sur le plan du droit international. C'est dans le contexte de la fin de la guerre qu'a été élaboré le premier code de déontologie qui établit une liste de dix critères, le *Code de Nuremberg* de 1947 (Amiel, 2011), à la suite des procès de Nuremberg (1945-1947), jugeant les médecins nazis. On a du mal à croire que des médecins aient pu commettre de telles exactions, sans être retenus, empêchés de mal agir par la seule présence de l'humanité même des personnes sur lesquelles ils ont pratiqué ces expérimentations. Le rapport à la loi, à la loi morale et à sa signification vis-à-vis d'autrui, à décliner notamment en termes de devoirs, requiert donc d'être interrogé. À ce sujet Hannah Arendt a montré cette banalité du mal, c'est-à-dire l'absence de pensée qui fut celle d'Eichmann, « modèle » de sa banalité concrète dans un monde dominé par le « on » et la rationalité technique privée de réflexivité et de la relation intersubjective. À propos d'Eichmann (Arendt, 2002, p. 1065) elle écrit les propos suivants rapportés par Alain Renault (2015) :

« Son incapacité à parler était liée à son incapacité à penser, à penser notamment du point de vue de quelqu'un d'autre. Il était impossible de

communiquer avec lui, car il s'entourait du plus efficace mécanisme de défense contre les mots et contre les autres » (p. 5).

Cet exemple nous engage à nous interroger sur ce que veut dire penser, et non pas seulement juger, considéré d'un point de vue extrinsèque, sans tenir compte de la manière dont cette faculté de pensée s'articule avec le monde que nous entendons habiter. En d'autres termes Eichmann avait toute sa raison, et c'est pour cela qu'il a été reconnu coupable. Il n'était pas fou. Il était capable de juger abstraitement. Mais sa soumission au régime nazi l'a rendu incapable d'intégrer l'autre comme personne. D'un point de vue psychologique on est dans un mécanisme de perversion de l'individu, d'un point de vue moral, on est dans la pratique du vice.

Au cours du XX^e siècle, d'autres travaux ont été entrepris dans des champs aussi divers que les sciences de la nature, l'éthologie, le droit et l'économie et ils ont contribué à stimuler la réflexion critique sur l'agir de l'être humain et sur les éventuels critères de régulation de son action, ainsi que les savoirs et les connaissances requises pour cheminer à travers ces questionnements. Les progrès scientifiques ainsi que l'organisation moderne du travail ont suscité en retour des interrogations d'ordre moral et un besoin de justification des principes qui guident l'action des professionnels dans tous les domaines. La philosophie morale est toujours aujourd'hui une recherche vivante qui tutoie sans cesse la tradition tant historique que critique de la philosophie.

Nous allons cheminer maintenant en partant de cette distinction formelle entre éthique et morale. Cela nous permettra de questionner les grands courants de la philosophie morale, en particulier l'éthique normative et l'utilitarisme autour des notions d'autonomie et d'individu. Les limites de ces systèmes repérées en particulier par Ricœur et MacIntyre nous amèneront à reprendre à frais nouveaux les développements d'Aristote et de ses lecteurs sur la finalité, le bonheur et les vertus.

Les noms communs « morale » et « éthique » sont étymologiquement proches. « Morale » vient du latin *mos, mores*, qui a donné le français « mœurs », et qui est la traduction du terme grec *êthos*, qui désigne le comportement, l'attitude, le fait d'être enclin à agir, à se comporter d'une certaine manière dans une situation donnée, et qui a donné le terme « éthique » en français. Notons que notre étude est circonscrite à l'éthique occidentale, qui a longtemps eu la

prétention d'être universelle. Les deux termes sont couramment employés pour désigner des réalités différentes. Habituellement la morale renvoie à la question de l'obligation, à la question du permis et du défendu, au conflit entre la liberté et la loi, tandis que lorsqu'on emploie le terme d'éthique on s'intéresse davantage aux actions personnelles, au rapport du sujet à lui-même. De même dans le langage courant la morale impose de faire le bien ; elle est impérative, normative. Elle récompense ou sanctionne l'action. A l'inverse l'éthique représente un ensemble de réflexions sur les valeurs humaines (la vie, la personne, la liberté, le secret...) ; elle propose de choisir la meilleure des voies possibles et elle est le fruit d'une réflexion collective et individuelle (Grimaud et al., 2015).

Ainsi pour André Comte-Sponville (1991), la morale est ce qu'on fait par devoir, tandis que l'éthique est ce qu'on fait par amour. Il précise :

« Ce que nous appelons morale et éthique, ce sont en vérité deux voies d'accès [...] menant, par l'obéissance (pour la morale) comme par la raison (pour l'éthique), à un salut commun ou, à tout le moins, à une vie plus heureuse et plus humaine. Il reste que les voies sont différentes [...] : Le Bien et le Mal de la morale se donnent pour absolus (plutôt que transcendants : rien ne prouve qu'il soit impossible de penser cette absoluité dans l'immanence), et c'est à ce titre - l'absolu s'imposant identiquement à tous – qu'ils se veulent universels. Le bon et le mauvais, au contraire, sont toujours relatifs à un individu ou à un groupe (ce qui est bon pour moi peut être mauvais pour un autre), et c'est en quoi toute éthique est particulière » (p. 18).

On trouve cette même distinction dans l'ouvrage incontournable dans le domaine de l'éthique médicale de Beauchamp et Childress « Les principes de l'éthique médicale » (1979). Ces auteurs eux aussi se focalisent sur la question des obligations pour résoudre les dilemmes moraux :

« Les dilemmes moraux désignent des situations dans lesquelles les obligations morales exigent ou semblent exiger l'une ou l'autre de deux (ou davantage) actions contradictoires sans que le choix existe d'agir de l'une ou de l'autre » (p. 26).

Il faut préciser que les principes de chaque morale sont contenus dans un corpus de connaissances partagées par une société. En France aujourd'hui, le substrat principal est constitué par l'héritage judéo-chrétien et sa version laïque des droits de l'homme et du citoyen (Guillebaud, 2001) qui font l'objet d'un consensus. Parfois ces principes peuvent s'opposer.

Prenons un exemple : d'un côté la vie humaine est à défendre à tout prix ; d'un autre l'acharnement thérapeutique est à proscrire. Pour un nouveau-né lourdement handicapé, maintenu artificiellement en vie, pour qui aucun projet de développement cognitif ne peut être envisagé, est-il éthique de déployer une grande technicité pour assurer sa survie ? C'est une situation de dilemme moral. La réponse à cette question, sujette à discussion, n'est pas la même selon les individus et les systèmes moraux auxquels chacun adhère.

De fait le champ de la philosophie morale ou de l'éthique est traversé par de multiples courants, marqués par de grandes traditions. Par exemple, sur la question de la moralité de l'acte, certains se focalisent sur les intentions qui président aux actions, quand d'autres regardent les conséquences de l'action. Le formalisme ou déontologisme, affirme par exemple que la moralité d'un acte dépend davantage de la forme de l'acte que de son contenu. À l'inverse, pour le conséquentialisme, seules les conséquences d'un acte permettent de le qualifier de moral ou d'immoral. D'autres courants se distinguent par les éléments qui sont priorisés. Sans viser l'exhaustivité, nous évoquerons : l'individualisme qui pose la primauté de l'individu sur la totalité sociale et pour lequel l'individu est le seul critère des valeurs morales; l'eudémonisme pour lequel le but de l'action est la recherche du bonheur ; l'utilitarisme qui comme son nom l'indique place l'utilité comme critère de l'action jusqu'à établir une arithmétique des plaisirs tant sur le plan quantitatif que qualitatif, où il s'agit de viser la maximisation du bien, compris comme bien-être pour le plus grand nombre ; le courant hédoniste affirme quant à lui que le bonheur est le plaisir immédiat et la jouissance, rejetant tout droit de contrainte ou de principe de sacrifice qui viendrait limiter cette quête ; ou bien encore le relativisme éthique qui considère qu'aucune morale ne peut prétendre à l'universel, que les cultures ont une morale qui leur est propre et qu'elles sont finalement équivalentes les unes aux autres.

Pour éclairer ces débats il convient d'explorer la dimension épistémologique de la philosophie morale. Nous n'avons pas la prétention ni l'ambition de faire un travail strictement philosophique. Nous nous attacherons donc à aborder des notions clés pour expliquer notre cheminement vers une éthique des vertus comme cadre de notre action pédagogique.

Le premier débat concerne la question de l'autonomie et de l'hétéronomie. Historiquement deux manières d'envisager la source de la morale ou de l'éthique semblent s'affronter. D'une part une morale de l'hétéronomie où l'être humain reçoit la morale d'un autre que lui (une

règle imposée par Dieu, la nature...) et d'autre part, une morale de l'autonomie où l'être humain, fondant l'humain, crée et invente lui-même et pour lui-même les principes de son action. Et encore en présentant la question sous cet angle faut-il bien préciser que nous la pensons dans une perspective kantienne, dans laquelle nous baignons peu ou prou, quand nous soulevons des questions d'ordre moral. En effet la distinction telle qu'elle est exposée ici entre hétéronomie et autonomie est une distinction strictement kantienne ; parler d'une règle extérieure imposée par la nature suppose que l'agir de l'être humain n'est pas naturel, ce qui est affirmation proprement kantienne là encore ; ou bien lorsqu'on emploie les termes « créer », « inventer », cela pourrait faire croire que l'autonomie kantienne est un pouvoir d'invention qui permettrait à chaque individu d'agir comme il le veut, ce qui n'est pas le cas puisque cette autonomie selon Kant est fondée sur la raison, garante de normes morales universelles.

Du point de vue de l'histoire des idées, l'hétéronomie, dans sa version métaphysique, où l'être humain tire sa raison d'être et sa justification de Dieu, a été discutée à la Renaissance. L'entrée dans l'âge moderne est marquée par l'émergence d'une autonomie du sujet responsable, caractérisée par l'intériorisation des principes de l'agir et l'assomption de l'« individu » au sens moderne du terme. La morale de l'autonomie trouve dans la philosophie de Kant, notamment dans *Les Fondements de la métaphysique des mœurs* (Kant, 1993b) paru pour la première fois en 1785, et sa *Critique de la raison pratique* (Kant, 1788), sa formulation la plus aboutie. Elle fait encore référence aujourd'hui, avec les opuscules sur l'histoire. Elle est convoquée dans l'élaboration des textes internationaux comme ceux de la Société des Nations, en 1919, ou encore la « Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen » de 1948.... Ces approches normatives font de la loi le cœur même de la question morale, en privilégiant le respect de la norme et en exigeant du sujet un certain conformisme moral et l'exigence d'un universalisme des conduites : « *Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle* » (Kant, 1993b, Deuxième section). La question de l'agrément, du plaisir, est ici minorée puisque, selon Kant, examinant dans l'*Anthropologie du point de vue pragmatique* le « gouvernement de l'âme par rapport aux émotions » (Kant, 1993a), non seulement « *être soumis aux émotions et aux passions est toujours une maladie de l'âme puisque toutes deux excluent la maîtrise de la raison* » (§73), mais encore il ne faut pas confondre les motifs et les mobiles, c'est-à-dire

les arguments raisonnables qui motivent nos actions et les caprices changeants qui nous égarent.

Il ne faut pas se méprendre sur le sens des termes employés et les concepts qu'ils soutiennent. Il est facile de faire des anachronismes philosophiques, et malheureusement nous-mêmes n'en sommes certainement pas exempts dans ce travail. Cependant il convient de considérer qu'il n'existe pas chez Kant une certaine forme de correspondance, voire d'égalité entre « individu » et « autonomie ». L'autonomie selon Kant n'est en rien un individualisme. Kant fonde son éthique sur la raison car elle est selon lui la seule instance qui permette justement de ne pas tomber dans l'individualisme, en étant la seule source de normes absolument universelles. De là ne pas fonder l'agir moral sur les inclinations sensibles permet une autonomie au sens kantien du terme. Selon lui, l'action fondée sur les inclinations rend l'être humain esclave de ses passions et des objets extérieurs qui les provoquent. Il estime par ailleurs que ce type de mobile amène toujours à utiliser autrui comme moyen pour assouvir ses propres inclinations. Enfin ces inclinations (par nature changeantes et propres à chacun) ne permettent aucun critère universel de moralité. Ces deux derniers points d'argumentation empêchent d'après lui la vie en société, ce que cette éthique vise en définitive.

On a pu souligner le caractère peut-être plus extrinsèque que l'on ne pourrait le penser de prime abord de la loi car dans cette conception de l'éthique c'est la loi qui détermine si tel acte humain est bon ou mauvais et qui est principe de spécification morale des actes (Vincenti, 2008). À première vue cela semble paradoxal dans la mesure où cette loi morale est présente dans la raison de la personne humaine; la loi dont il s'agit ici n'est donc pas la loi civile. Mais l'injonction à obéir à la loi est source d'un légalisme moral : il faut agir ainsi parce que tous devraient agir ainsi, sans aucune justification autre que celle de ce devoir. Nous considérons qu'il y a là un danger : l'individu rendu docile par cette obéissance à l'injonction d'agir selon une règle devient apte se soumettre à la loi du prince. De là l'approche kantienne recèle d'un risque de juridisme, c'est-à-dire de réduire la morale au droit, et aussi un danger de minimalisme, car la loi n'impose à tous qu'un minimum. Elle est en effet le fruit d'une jurisprudence établie en fonction de situations rencontrées par une société au cours de son histoire, elle est une succession partielle et irrémédiablement inachevée de règles.

Schématiquement cette morale a en son cœur comme un atome constitutif dont la liberté et la loi se partagent le champ. Nous empruntons ce schéma à Pinckaers (Pinckaers, 1985, p. 276). La liberté constitue le pôle positif, puisque c'est d'elle que procèdent les actes humains et qu'elle en est la première source. La loi forme le pôle négatif, car elle vient limiter la liberté par le moyen de l'obligation. Il y a une tension entre elle et la liberté. La communication s'établit par l'intermédiaire de la conscience, sorte de neutron. Elle exerce la fonction de juge en appliquant la loi aux actes à faire ou déjà accomplis. Toute l'énergie se concentre autour de l'obligation, notion primitive, qui fait pression sur la liberté par l'intermédiaire de la conscience. Ce noyau central constitue la logique du système. La loi et la liberté sont donc comme deux propriétaires qui se disputent le champ des actes humains. Il s'agit alors dans la discussion de cas de déterminer ce qui appartient à la loi et ce qui appartient à la liberté, c'est à dire ce qui est permis et ce qui est défendu. C'est la loi qui détermine si tel acte humain est bon ou mauvais. C'est la loi qui est principe de spécification morale des actes. La moralité apparaît comme une qualité extérieure, extrinsèque des actes. D'où le terme d'« extrinsécisme moral » employé pour qualifier cette approche. La question essentielle en morale sera de déterminer exactement la portée de la loi, la limite du permis et du défendu : qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on ne peut pas faire ?

Cependant toute critique de ce système ne saurait déboucher sur le rejet de l'autonomie car au-delà du système kantien, elle permet la valorisation de la personne en tant que capable de s'autodéterminer, en tant que sujet libre. L'autonomie du jugement telle que Kant l'a conçue repose toutefois sur une raison forte, éclairée, volontaire qui laisse peu de place à la prise en considération de la sensibilité individuelle, en tout état de cause indépendamment du passage au crible de l'universel.

L'autonomie qui s'est développée dans les modèles anglo-saxons, dans la lignée d'Adam Smith et de Stuart Mill, valorise quant à elle les préférences individuelles, les choix des personnes. Stuart Mill (1990), penseur de l'utilitarisme, critique le droit de contrainte dans son ouvrage intitulé *De la liberté* :

« La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres. Contraindre quiconque pour son propre bien, physique ou moral, ne constitue pas une justification suffisante » (p. 74).

Nuire à l'autre, aux autres consiste principalement à l'empêcher de poursuivre sa fin ultime, le bonheur avec les moyens qu'il juge appropriés. Stuart Mill défend l'idée d'un individu autonome dans ses choix, souverain dans ses droits :

« Le seul aspect de la conduite d'un individu qui soit du ressort de la société est celui qui concerne les autres. Mais pour ce qui ne concerne que lui, son indépendance est, de droit, absolue. Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain » (p. 74).

Dans cette perspective eudémoniste, l'autonomie débouche sur une théorie des droits. L'individu ne sacrifie pas ses désirs et l'agir qui pourrait les assouvir au nom d'une maxime universalisable. Pour autant, le modèle utilitariste propose une régulation qui est celle de la maximisation du bien, conçu comme « bien-être » du plus grand nombre et qui est d'abord une notion économique. L'utilitariste est conséquentialiste. On regarde si l'acte, dans son résultat aboutit à maximiser ce bien-être du plus grand nombre. Concrètement, cela revient à dire par exemple que la recherche sur les maladies orphelines ne maximisant pas le bien-être du plus grand nombre est inutile.

L'universel qui correspond au kantisme et la loi du nombre qui correspond à l'utilitarisme sont les deux principaux critères de régulation qu'a pensé la modernité en regard de l'autonomie. Dans l'univers culturel occidental contemporain ces deux matrices irriguent la pensée sur la normalité de l'agir, sur le bien à faire et le mal à éviter, sur le contrat social. La « morale », religieuse, culturelle, familiale, etc. apparaît comme « normative » et « péremptoire ». Le fait qu'aujourd'hui on utilise moins l'adjectif « moral » que l'adjectif « éthique » dans les discussions, si ce n'est pour dénoncer tout retour à « l'ordre moral », et donc le privilège accordé à l'éthique, tient sans doute moins à une différence d'essence entre morale et éthique qu'au fait que l'accent est mis plus sur l'individu, son *éthos*, plutôt que sur le groupe et ses *mores*. C'est la thèse que défend Pierre Le Coz (2018) dans *L'éthique médicale : Approches philosophiques*. Il rappelle que cette tendance sémantique n'est pas sans lien avec la distance prise vis-à-vis des morales religieuses sous l'effet, en France, de la laïcité et, plus largement, du mouvement de sécularisation perceptible dans nos sociétés occidentales depuis les XVII^e et XVIII^e siècles. Ainsi, à l'époque moderne l'évaluation de la norme de l'action et le principe du bien agir sont considérés indépendamment de l'affirmation d'un corpus de croyances religieuses ou bien de l'appartenance à une religion. Même si toute

morale n'est pas religieuse, le terme éthique est ainsi préféré. Il permet aussi de mettre l'accent sur la responsabilité de l'individu, de plus en plus isolé dans ses choix, dans des sociétés atomisées et hyperindividualistes. Il faut souligner que ce n'est pas la philosophie libérale qui à elle seule est la source de l'individualisme moderne ; l'individualisme tel que nous le rencontrons aujourd'hui a des racines plus anciennes encore. C'est donc la culture individualiste, et non pas tant les unes ou les autres de ces philosophies, qui est ici en cause dans le privilège accordé à l'*éthos* sur les *mores*, avec des conséquences sur le soin.

Pierre Le Coz, dans son article « Le soin à l'épreuve de l'individualisme contemporain » (2019) considère que « la culture individualiste » est caractérisée par l'affirmation d'un droit à l'indépendance d'esprit, l'émancipation de l'individu à l'égard du passé, alors que la philosophie individualiste a des sources chrétiennes, ce qu'avaient déjà relevé Tocqueville (1842) dans *De la démocratie en Amérique* et Hegel notamment dans les *Principes de la philosophie du Droit ou Droit naturel et science de l'État en abrégé* cités par Le Coz (2019). Dans les sociétés traditionnelles a souvent prédominé une morale du devoir. Comme l'écrit Pierre Le Coz (2019) :

« Sur un plan éthique, les sociétés individualistes s'opposent aux sociétés holistes qui font prédominer les obligations de l'individu envers la communauté, en glorifiant les valeurs de dévouement et de sacrifice. L'individu doit répondre aux devoirs de fidélité envers les aïeux ou les représentants de Dieu sur Terre. Il doit respecter les textes sacrés, les prophètes ou les auteurs inspirés. Il exprime sa gratitude envers ses ascendants en transmettant à ses enfants les valeurs familiales dont il a lui-même hérité. Il se présente en termes de lignages et d'appartenance : « je suis le fils, la fille de... » (p. 8).

Cette subordination de l'individu au groupe doit être rendue ostensible, à travers un système de codifications sociales [...] » (p. 10).

L'éthique à l'heure de l'individualisme hypermoderne a pris « un tour résolument hédoniste », plus encore qu'eudémoniste. En effet, selon Pierre Le Coz (2019):

« L'émancipation des mœurs vis-à-vis de la morale traditionnelle s'est affirmée à travers la valorisation du plaisir, la promotion des loisirs et du divertissement, des vacances et du tourisme. Après l'émancipation moderne des esprits durant deux siècles, les années 1960 ont enclenché un processus d'émancipation hypermoderne des corps. Cette seconde phase de l'histoire de l'individualisme, matérialiste et libertaire, centrée sur la libération des

mœurs, du sexe et des affects, s'est caractérisée par une extension du consumérisme, offrant aux individus toujours plus de choix dans la gamme des biens et des services. L'art, la culture, le sport, le savoir : tout a basculé dans le cycle de la production et des échanges marchands. Parallèlement, le désir de vivre pour soi n'a cessé de s'affirmer et de se déculpabiliser. La santé et le bien-être n'ont pas échappé à cette lame de fond, contraignant les institutions sanitaires à repenser leur mode de communication auprès du public. [...] L'heure n'est plus au militantisme associatif fondé sur la fidélité à des valeurs transmises par la famille, l'éducation civique ou l'armée. L'homme de l'hyper modernité individualiste est en quête de reconnaissance de ses mérites et de gratifications narcissiques. Il ne va plus de soi de donner de soi, de consacrer son énergie et son temps à une cause universelle, impersonnelle et collective » (pp. 11-12).

Pour autant, selon l'auteur, nos contemporains ne sont pas devenus nihilistes et dénués de toute exigence éthique :

« Il serait faux de croire que le cynisme règne en maître et que les relations interindividuelles ne cessent de se déshumaniser. La générosité demeure, aux yeux de tous, une valeur cardinale de la vie sociale. L'éthique n'a pas disparu mais elle est moins sacrificielle et plus affective. La seule éthique compatible avec l'individualisme ambiant est une éthique fondée sur la spontanéité des sentiments. Qu'on le déplore ou qu'on s'en réjouisse, le fait est que nos contemporains agissent plutôt par "coup de cœur" que par devoir, plutôt par compassion que par obligation. Ils ont besoin de se sentir touchés pour donner. Ils ne veulent plus qu'on vienne leur "faire la morale" » (pp. 12-13).

Nous prenons acte des analyses de Le Coz et de leur pertinence. Notre travail cherchera cependant à essayer de montrer qu'il peut exister une autre voie, différente de l'obligation, de l'utilité ou du sentimentalisme. Puisque cette culture individualiste a contribué à remanier les mentalités et le droit médical, que l'on pense à la loi Kouchner de 2002 sur le droit des patients, à la loi Léonetti de 2005 sur la fin de vie puis à la loi Claeys-Léonetti de 2016 qui renforce les droits des patients à ce sujet, nous ne saurions penser l'enseignement dans le cursus des études de santé sans en tenir compte. L'individualisme a ses paradoxes, avec des effets tantôt de responsabilisation tantôt de déresponsabilisation des individus. Il est nécessaire de les considérer alors que le modèle de la relation patient-médecin est à présent celui de la codécision, et même celui du partenariat comme nous le présenterons plus loin dans notre travail.

Finalement faut-il garder cette distinction nette entre morale et éthique ? Peut-on se contenter de valider cette division entre d'un côté la morale qui dicte et condamne, de l'autre l'éthique garante de la réflexion et du questionnement ? Nous allons tâcher de critiquer cette thèse pour faire apparaître la pertinence de la théorie d'une éthique des vertus. En effet plusieurs raisons nous amènent à nous montrer critiques quant à cette division entre éthique et morale.

D'abord en situation l'action est jugée par le sujet, provoquant de sa part un réajustement. Cette capacité de jugement n'est pas une instance qui « dicte » et « condamne ». C'est le double sens même du concept de conscience, instance qui permet à la fois d'être le spectateur de son agir et de l'évaluer. Le questionnement et la réflexion ainsi associés d'un côté nourrissent le choix de l'action mais, comme ils sont toujours présents même après l'action, servent d'un autre côté de boucle de rétroaction. De nouveau, ce qui se cacherait derrière cette distinction entre la morale qui par essence dicte et condamne selon des principes absolus, et l'éthique qui favoriserait de par sa nature la discussion et la prise en compte du contexte, est-ce que ce ne sont pas finalement des conceptions différentes de l'éthique ou de la morale, quel que soit le nom qu'on veuille bien lui donner ? La morale ou l'éthique est toujours un travail d'élaboration autour d'une situation concrète : elle est une interrogation sur ce que nous avons la volonté de faire, ce que nous allons faire, ou faisons ou avons fait. Le travail éthique non seulement montre que notre rapport au monde est pétri d'incertitude, ce qui contribue à éroder l'assurance familière et paisible des certitudes fondées sur de fausses évidences que l'on s'abstient de questionner, mais encore le travail éthique produit de l'inquiétude, au sens étymologique du terme. Le *tripalium* est un instrument de torture, et l'inquiétude, *in-* négation de *quietus* marque l'absence de repos. Dans le domaine médical par exemple, en situation de dilemme éthique lorsqu'aucune bonne décision n'émerge ; c'est la décision que l'équipe considère comme la moins mauvaise qui s'impose (Grimaud et al., 2015).

Dans la ligne de ce débat regardant les liens entre l'éthique et la morale, une distinction épistémologique souvent reprise a été proposée entre une éthique de responsabilité et une éthique de conviction. Le philosophe Max Weber (1994), au début du XX^e siècle, a affirmé que nos actions peuvent être inspirées par deux ordres de repères radicalement opposés :

« Il y a une opposition abyssale entre l'attitude de celui qui agit selon les maximes de l'éthique de responsabilité [...] et l'attitude de celui qui agit selon l'éthique de conviction » (p. 206).

Dans la perspective de Weber, le mot de « conviction » met en lumière la dimension personnelle et engagée de l'éthique, mais aussi son aspect potentiellement irrationnel. Le terme de « responsabilité » renvoie quant à lui évidemment beaucoup plus à une dynamique de rationalité et de maturité de l'individu, capable d'assumer ses choix et ses décisions. L'éthique de conviction correspond à la « morale » telle qu'elle a été décrite précédemment, un ensemble de règles liées à une culture donnée qui s'imposent au nom d'une cohésion de la société, tandis que l'éthique de responsabilité correspond à l'éthique proprement dite, espace social de discussion et de consensus. Ainsi l'ancien président de l'Espace éthique azuréen (EAA), le professeur Grimaud (2013), présente cette alternative :

« Dans le domaine de la santé, si l'éthique de responsabilité met le patient au centre de la réflexion, il s'agit de faire les choix qui seront les moins mauvais pour lui. Les actes des professionnels sont légitimes si leurs conséquences sont bonnes pour l'autre, et dans ce contexte, y compris si cela va à l'encontre de la volonté du patient. Le professionnel est responsable de l'avenir du patient. C'est donc une éthique que l'on peut qualifier de pragmatique. À l'opposé, ce sont les principes qui déterminent les décisions fondées sur l'éthique de conviction : il faut agir conformément à la morale commune, à la loi démocratique, à la déontologie, aux règles qui régissent la profession. Si par la suite le patient va mal, s'il est dans le malheur, le soignant n'y peut rien ; cela n'est pas de son fait, il n'est pas responsable de l'avenir du patient, pourvu qu'il agisse conformément aux règles, c'est ensuite l'évolution inéluctable de la maladie qui décidera du sort du patient » (p. 8).

L'éthique de conviction peut être rapprochée d'une éthique que l'on peut qualifier d'idéaliste, en référence à Kant (1785). Les mêmes critiques peuvent être faites. Pour Kant on l'a dit, il n'y a d'acte libre que si la raison est éclairée et que la volonté peut ainsi délibérer à partir d'arguments qui ne sont pas des mobiles affectifs mais des motifs, des raisons d'agir de telle ou telle manière ; la loi morale est intériorisée par le sujet responsable qui distinguera la maxime égoïste d'un intérêt particulier, de la loi universelle garante de la moralité de l'action ; agir par devoir tient ici une grande place, et ce indépendamment de toute récompense, sans attente de réciprocité. On l'a dit un glissement est possible alors entre cette conception intrinsèque de la loi, la raison pratique, et une conception extrinsèque, la loi positive édictée par la majorité, le prince, l'opinion, les tenants du dogme etc. ; le risque est de ne pas se poser de question et d'obéir à des lois iniques (Arendt, 2002). Pour l'éthique kantienne, il n'y a pas de conflit entre les principes qui ne puisse être levé par l'examen

minutieux de la situation. Or dans la pratique, on constate que les conflits, à tout le moins les tensions, entre les principes se rencontrent au quotidien. L'obligation ne saurait nous dispenser de réfléchir à la complexité des cas particuliers qui requiert une certaine prudence, une sagesse pratique telle qu'a pu la définir Ricœur (1996). *A contrario*, faut-il pour autant considérer la question éthique comme réduite aux cas de conscience, comme dans une approche conséquentialiste?

Sans prétendre à discuter en détail chaque position philosophique, ce qui constituerait en soi l'objet d'une recherche eu égard à l'immensité du débat et sa spécialisation (ce qui n'est pas l'objet du présent travail, nous tenons à le souligner), nous souhaitons néanmoins nous positionner à partir de notre praxis et en fonction des apports successifs de notre formation. Nous avons pris le parti de dialoguer avec Paul Ricœur, et plus particulièrement avec sa présentation synthétique de l'éthique. Inspiré par Aristote, Ricœur situe l'attitude fondamentale d'une réflexion éthique comme la recherche d'une vie heureuse, d'un vivre bien. Ce sont des questions importantes pour le développement de notre réflexion pédagogique dans la mesure où il conviendra de nous demander quelles sont les capacités et les compétences associées à cette vision de l'éthique, avec entre autres pistes possibles : le développement d'une compétence réflexive, de capacités à caractériser les dilemmes éthiques, à établir un jugement éthique, les capacités d'écoute active, d'analyse de ses propres déterminations affectives, d'empathie, etc.

Paul Ricœur présente l'éthique comme « la visée de la vie bonne, avec et pour autrui dans des institutions justes ». Dans *Soi-même comme un autre* (Ricœur, 1990), qui est sa « petite éthique » selon ses propres mots, il souligne que :

« Quelle que soit l'image que chacun se fait d'une vie accomplie, ce couronnement du vivre-bien est la fin ultime de son action. (...) C'est l'idée d'une finalité supérieure qui ne cesserait pas d'être intérieure à l'agir humain » (p. 210).

Paul Ricœur est conscient des limites de l'approche kantienne. En effet nombreux sont nos actes traversés par l'hétéronomie tant et si bien que l'on pourrait douter de la pertinence d'une approche basée sur les principes éthiques qui ferait de l'autonomie son pivot. L'épreuve de la vulnérabilité, ontologique, comme la maladie, révèle des autonomies chancelantes, voire « brisées », pour reprendre le titre de l'ouvrage de Pelluchon (2014). Dans son article

« Éthique » (Ricœur, 1996) du *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* dirigé par Canto-Sperber, Ricœur souhaite établir des ponts et des correspondances entre d'une part la morale de Kant et d'autre part l'éthique d'Aristote. Malgré l'inconvénient que constitue le fait de détenir deux concepts, si proches, il défend leur pertinence respective. Plus précisément, plutôt que de parler de notions ou de concepts, Ricœur les aborde en termes de « moments » (Abel, 2008, p. 169), car il s'agit des moments vécus par toute personne aux prises avec un conflit éthique. Il nous conduit alors au cœur d'une démarche réflexive où le questionnement éthique se déploie (Ricœur, 1996) :

« Cherchant moi-même à m'orienter dans cette difficulté, je propose de tenir le concept de morale pour le terme fixe de référence et de lui assigner une double fonction, celle de désigner, d'une part, la région des normes, autrement dit des principes du permis et du défendu, d'autre part, le sentiment d'obligation en tant que face subjective du rapport d'un sujet à des normes. C'est ici, à mon sens, le point fixe, le noyau dur. Et c'est par rapport à lui qu'il faut fixer un emploi au terme d'éthique. Je vois alors le concept d'éthique se briser en deux, une branche désignant quelque chose comme l'amont des normes - je parlerai alors d'éthique antérieure -, et l'autre branche désignant quelque chose comme l'aval des normes - et je parlerai alors d'éthique postérieure » (p. 689).

Pour Ricœur (1996) la morale est de l'ordre de ce qui s'impose, de ce qui est obligatoire. Il parle d'un « royaume des normes » (p. 690), le terme est on ne peut plus symbolique d'un caractère quasi sacré de cette entité. Pour poser la question morale, « le meilleur point de départ à cet égard est la considération du prédicat obligatoire attaché au permis et au défendu », ceci étant entendu à partir de « l'expérience commune, selon laquelle il y a un problème moral, parce qu'il y a des choses qu'il faut faire ou qu'il vaut mieux faire que d'autres » (p. 690). Cette visée qui consiste à se conformer à des normes est caractérisée à la fois par la prétention à l'universalité et par un effet de contrainte (Ricœur, 1990), ces normes étant des obligations extérieures ; et elles correspondent de l'intérieur à l'impératif catégorique, un sentiment d'obligation qui s'impose à l'individu et contraint sa liberté. De là découle une possibilité d'imputer à la personne ses actes. Elle peut et doit répondre de ses actions, elle est au sens propre « responsable ».

Paul Ricœur souhaite pourtant concilier et articuler la morale kantienne à l'éthique aristotélicienne. Il y voit des convergences et des complémentarités (Ricœur, 1996, p. 690) :

« Il n'est pas nécessaire pour autant de tenir le devoir pour l'ennemi du désir » ou encore « le formalisme ne porte pas condamnation du *désir* ». En effet, l'éthique intègre ici une anthropologie de l'être humain, qui est à la fois rationnel et sensible, un être traversé par des émotions. L'éthique désigne de la sorte l'appel existentiel que constitue la moralité qui n'est ni plus ni moins l'appétit de vie, cette pulsion qui pousse l'être humain à agir, à aller de l'avant, à vivre et non à survivre simplement. Il faut aller plus loin que la seule motivation kantienne du « respect » de la personne humaine. Ricœur écrit (1996) :

« Il faudrait déployer la gamme entière, si cela est possible, des sentiments moraux, comme a commencé de faire Max Scheler dans son « Éthique matérielle des valeurs ». On peut nommer la honte, la pudeur, l'admiration, le courage, le dévouement, l'enthousiasme, la vénération. J'aimerais mettre à une place d'honneur un sentiment fort, tel que l'indignation, qui vise en négatif la dignité d'autrui aussi bien que la dignité propre... » (pp. 690-691).

Chez Aristote, l'animal rationnel est déterminé à se réaliser en exploitant toutes ses puissances tant physiques que spirituelles. Dans cette appétence au bien (le bien est ici défini simplement comme ce qui est appétible) se trouve la dynamique, l'énergie, la force qui meut tout à la fois le cœur et l'esprit, le désir et la volonté. Ricœur reprend cette analyse du désir et du sentiment à son compte :

« Il est possible de mettre en évidence la dynamique affective qui sous-tend la démarche de Ricœur avec une remarquable constance. C'est une anthropologie du désir d'être, présente dès ses premiers textes, qui constitue le socle existentiel de sa pensée : le fait que l'homme capable ne peut être tel, qu'il ne peut précisément être "capable" que s'il est un homme sensible, un homme qui éprouve et qui sent autant qu'il agit, qu'il parle, qu'il raconte et qu'il est imputable. "Cet Éros par quoi nous sommes dans l'être" (la formule est de Ricœur lui-même) désigne ainsi le "sentiment fondamental", le sentiment ontologique sans lequel l'analyse rationnelle ne produit qu'une ossature abstraite, manquant ainsi le noyau de pré-compréhension ou encore la substance – mieux encore la chair – qui est aussi le surcroît de sens qu'on ne peut résorber dans (et par) la réflexion » (Revault d'Allonnes, 2011, p. 2).

Ricœur (1990) cherche à articuler la morale et ses normes avec cette motivation interne à l'être humain, ce courant vital de l'éthique antérieure qui l'enracine dans le désir. De là sa description de la prudence ou *phronêsis* comme :

« la sagesse pratique [qui] consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle » (p. 312).

On retrouve la dialectique entre la loi et la liberté, agir éthiquement pour l'être humain revenant à évaluer en quoi il peut se départir de la règle en fonction des circonstances. Mais nous voulons retenir d'abord cette attention de Ricœur à cet élan du désir et du sentiment. Dans le domaine de la santé tout particulièrement, la sollicitude représente un engagement pour le professionnel: *sollus citus* signifie être mis en branle, être secoué tout entier au point de se porter au secours d'autrui, de répondre à son appel, de voir son « visage » au sens où l'entend le philosophe Levinas, de faire l'expérience de cet appel.

Nous tentons ce rapprochement entre Ricœur et Levinas, conscient cependant que les matrices des deux philosophes sont différentes. Ricœur est inspiré par une sollicitude proche du christianisme, Levinas est inspiré par la Loi juive. Levinas part d'un infini légal reconnu dans un visage qui m'oblige, Ricœur part de la personne et de son amour du « prochain » dans la ligne des évangiles. Ils demeurent cependant l'un et l'autre des témoins d'une pensée contemporaine humaniste et nous semblent inspirants dans la perspective d'enseigner aux étudiants à agir éthiquement, « à être éthiques ».

Dans *Éthique et infini* (Levinas, 1982a), entretiens radiophoniques enregistrés avec Nemo, Levinas fait du visage un principe d'humanité, où se noue la rencontre avec Autrui. Le visage est « tout ce qui ne s'y réduit pas » ; il est « signification sans contexte ». Il est autrui rencontré comme un sujet et non pas autrui considéré comme un objet. Selon Levinas (1982a) :

« C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, que vous pouvez les décrire, que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne même pas remarquer la couleur de ses yeux ! Quand on observe la couleur des yeux, on n'est pas en relation sociale avec autrui. La relation avec le visage peut certes être dominée par la perception, mais ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas » (p. 91).

L'approche d'Emmanuel Levinas et le « visage » comme réponse à l'appel d'autrui, nous ouvrant au champ de l'éthique, nous place dans une démarche holistique, où tout chez l'autre fait signe. Dans *Éthique et infini*, Levinas place la source première du commandement, de

l'interdit de tuer et de la responsabilité à l'égard d'autrui, dans le « visage », compris non pas comme une responsabilité où juridiquement on répond d'autrui mais comme une authentique éthique de la responsabilité pour autrui. Le visage au sens éthique est le témoignage de la présence d'autrui, de son humanité. Il est l'accueil de l'autre dans sa singularité, dans son humanité incommensurable, infinité et altérité absolues :

« Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. Dire : me voici. Faire quelque chose pour un autre. Donner. Être esprit humain, c'est cela... » (Levinas, 1982a, p. 104).

La responsabilité éthique n'est pas de la même nature que la responsabilité juridique. Elle se situe à la fois en-deçà et au-delà. Elle ne repose pas sur la réciprocité des droits et des devoirs. Elle est première, note Emmanuel Levinas, avant tout commandement, qu'il soit religieux, comme les dix commandements des « Tables de la loi » du judaïsme, ou juridiquement institué. Ce qui est en jeu ici, c'est la possibilité même pour un être humain de l'agir moral. Levinas place cette condition de possibilité dans le « visage », principe d'humanité et commandement à être responsable, non pas seulement être responsable d'autrui, comme je puis l'être juridiquement vis-à-vis d'un enfant ou d'un majeur protégé dont je serais le tuteur légal, mais responsable pour autrui. Cela veut dire me porter garant pour lui en répondant à son appel, pour lui, « jusqu'à la substitution », « une responsabilité d'otages », écrit Levinas (1982b, p. 177), non sans emphase ni tournures hyperboliques qui ont une visée didactique. Il insiste sur le redoublement de la responsabilité pour autrui, puisque nous nous substituons à autrui dans ce qu'il a de plus propre, sa propre responsabilité. Insistant sur la radicalité de la subjectivité, il écrit dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* (Levinas, 1978) : « l'emphase de l'ouverture [est] la responsabilité pour l'autre jusqu'à la substitution » (p. 152) et nous avons « une responsabilité à l'égard des hommes que nous ne connaissons même pas » (p. 127). En effet, dans un renversement qu'il veut radical de l'ontologie et de la tradition métaphysique d'une part et de la logique qu'elle a portée, Levinas fait de l'altérité la condition du même, ce que révèle des textes comme *Totalité et infini* (Levinas, 1990).

Or, Levinas ne cherche pas tant à construire une éthique, un système, qu'à déceler le sens profond de l'éthique. Son geste qui dessine des portraits de saints plutôt que d'êtres humains

lambda – comme le rapporte Derrida (1997) dans son *Adieu : à Emmanuel Levinas*, il aurait dit :

« Vous savez, on parle d'éthique pour décrire ce que je fais, mais ce qui m'intéresse au bout du compte, ce n'est pas l'éthique, pas seulement l'éthique, c'est le saint, la sainteté du saint » (Derrida, 1997, p. 15).

Son approche peut être rapportée à la compréhension de l'essence du soin, quand bien même Levinas n'a jamais écrit spécifiquement pour l'éthique médicale (Pelluchon, 2020). Ce qui est en jeu et nous importe dans ses propos, c'est la possibilité même pour l'être d'être humain, et ce eu égard au risque, réel, de déshumanisation qu'il encourt dans le contexte du rationalisme techniciste, quand la mise à distance de l'autre peut aller jusqu'à l'expérimentation sans consentement. Comment enseigner ou comment faire s'engager les étudiants dans la tâche ? Puisque malgré les interdits moraux, des crimes sont toujours possibles, comment éveiller la sensibilité éthique des apprenants ? Comment leur permettre de faire la rencontre de l'humanité d'autrui et préserver leurs capacités d'empathie mises à mal par les études très sélectives et exténuantes qu'ils ont entreprises ? La réponse se trouve en bonne partie pour nous dans l'éveil à la question du sens.

En effet selon nous la notion de finalité est un élément clé du questionnement éthique. Il s'agit ici de partir de l'expérience commune, ce qui est la démarche même qu'adopte Aristote dans *l'Ethique à Nicomaque*. Notre quotidien est constitué d'une série d'actions qui sont autant de réalisations de projets, qu'ils soient petits ou grands. C'est par exemple le fait de nous maintenir en bonne santé en nous sustentant, de rencontrer nos étudiants ou nos patients pour honorer nos engagements, de nous mettre au service de nos proches, enfants et conjoint, dans le souci de réaliser le projet de vie dont nous avons décidé il y a plus ou moins longtemps. Un même acte peut être porté par des intentions différentes. Or, celles-ci ne s'excluent pas forcément. En effet, on peut par exemple exercer son activité professionnelle à la fois pour remplir un rôle social qui nous tient à cœur et pour subvenir à nos besoins financiers. Plus fondamentalement, on peut interroger chacun sur ce qui constitue le sel de son existence, le « pour quoi » il entreprend des actions et mène sa vie. Si les circonstances, économiques ou politiques imposent à l'individu des contraintes qui l'empêchent de s'autodéterminer, il n'en demeure pas moins que son aspiration est intacte, et même redoublée par ces obstacles. Toute l'histoire des luttes sociales ou des mouvements de libération en est la preuve. Et même pour

celui qui subit sa vie, qui reproduit un schéma sans l'interroger, qui est dans la répétition servile des codes et des lois du groupe, la question se pose en creux, car son existence ne peut s'extraire de la banalité et du convenu. Il n'est donc pas dit que toutes les personnes si on les interroge, répondront avec précision à la question de la finalité de leur agir, mais il n'en demeure pas moins que nous sommes tous mus par la réalisation d'un objectif, fut-il à court terme et sans grande ambition. Cette aspiration s'apparente chez l'être humain à une forme d'élan vital qui, s'il vient à manquer, est comme une mort de l'âme, qui peut se manifester sur un plan psychopathologique par une authentique dépression qui peut tourner à la mélancolie.

Cette détermination rejoint les observations et les développements des neurosciences. Les résultats des travaux de Damasio (1999 ; 2006), médecin, professeur de neurologie et de psychologie, se situent dans cette perspective :

« Les modifications du soi au cours d'une vie ne dépendraient pas seulement du remodelage conscient et inconscient du passé, mais aussi de la mise en place de la reconfiguration des perspectives d'avenir, l'un des facteurs clefs de l'évolution du soi tenant à l'équilibre qui s'instaure entre ces deux déterminations, le passé vécu et l'anticipation du futur. En poursuivant cette perspective d'homéostasie corporelle et mentale, les scénarii qui s'établissent sous forme de désirs, de souhaits, d'objectifs et d'obligations exercent à chaque instant une influence » (Grandguillaume & Piroux, 1999, p. 3).

Cette direction donnée à notre existence est exprimée sous le terme de sens, qui assume en plus une autre réalité connexe, celle de signification. Et cela est logique car c'est bien ce qui est notre finalité, ce qui a du prix à nos yeux, ce qui selon nous doit nous permettre de nous réaliser, c'est bien cela qui imprime le mouvement de notre vie, la direction qu'elle prend. L'erreur serait de voir derrière cet exposé un finalisme théologique, où la finalité de l'être humain serait nécessairement Dieu, ce qui n'est pas non plus à exclure de façon catégorique. Répétons-le. Chacun est amené à donner une réponse personnelle à cette question fondamentale : « Pour quoi je vis ? Pour quoi j'agis ? ». On se place ici du point de vue de ce que nous vivons au quotidien, dans nos choix les plus banals, qui sont sous tendus pourtant par des prises de décision plus fondamentales, des arbitrages antérieurs, des réponses implicites ou explicites au « pour quoi » de cette aventure qu'est notre vie.

Si pour chacun la réponse à la question du sens à donner à sa vie est individuelle, peut-on cependant dégager un commun ? Y a-t-il une cause finale de l'action humaine ? Quelles sont

fondamentalement les réponses des philosophes ? McIntyre (2013), auteur d'*Après la vertu* paru en anglais en 1984 puis de son œuvre de maturité (2016) *Ethics and the conflict of Modernity* que nous suivons ici, résume les développements de Kant et de l'approche utilitariste, issue de la pensée de Bentham. MacIntyre (2013) en effet affirme que :

« Kant est persuadé que tous les hommes désirent le bonheur, et que le plus haut bien imaginable est la perfection morale de l'individu couronné par le bonheur qu'il mérite. Il croit néanmoins que notre conception du bonheur est trop vague et trop changeante pour fournir un guide moral fiable. Tout précepte conçu pour garantir notre bonheur serait l'expression d'une règle conditionnelle ; une action ne serait conseillée que si et seulement si elle mène en fait au bonheur. Au contraire pour Kant c'est leur caractère catégorique et inconditionnel qui distingue les véritables expressions de la loi morale. Elles ne donnent pas de conseil hypothétique, elles ordonnent. Ce n'est donc pas dans nos désirs que la morale peut trouver un fondement » (p. 45).

Pour Kant le bonheur ne serait donc pas suffisamment objectif pour prétendre fonder une règle morale intangible basée sur la raison. À l'opposé, pour Bentham (2011), auteur d'une *Introduction aux principes de la morale et de la législation* parue pour la première fois en 1780, les deux seuls motifs de l'action humaine sont l'attraction pour le plaisir et l'aversion pour la douleur. De là sa thèse morale que des actions possibles à un moment donné nous devons toujours choisir celle qui engendrera le plus grand bonheur, c'est à dire la plus grande quantité de plaisir avec la plus petite quantité de douleur pour le plus grand nombre. Pour MacIntyre (2013) :

« Selon Bentham évidemment l'esprit éclairé et instruit et lui seul, reconnaîtra que la poursuite de mon bonheur dicté par la psychologie qui recherche le plaisir et évite la douleur coïncide en fait avec la poursuite du plus grand bonheur pour le plus grand nombre » (p. 64).

Or le bonheur ainsi conçu n'a pas un caractère unitaire, simple. Il correspond plus à une série de jouissances particulières au gré des opportunités fournies par l'existence. Il s'apparente à une recherche de biens extérieurs à l'être humain qui peuvent à un instant le satisfaire mais n'ont pas la largeur, la profondeur, qui peuvent contenter l'être humain. C'est la démonstration d'Aristote au commencement de *l'Ethique à Nicomaque*. On est là dans une poursuite hédoniste. La chair seule est triste. Il faut quelque chose de plus étendu, de plus ample pour répondre à l'aspiration à s'accomplir soi-même.

Une distinction éclairante pour notre sujet est celle qu'établit MacIntyre entre les fins externes de l'action et les fins internes. Il prend l'exemple d'un enfant de sept ans à qui on veut apprendre à jouer aux échecs mais qui n'en a pas envie. Cet enfant aime les bonbons et s'il joue aux échecs régulièrement on lui en donnera. MacIntyre (2013) écrit :

« Il y a donc deux biens à gagner en jouant aux échecs. D'une part les biens qu'un lien externe et contingent rattache à ce jeu et à d'autres pratiques par les accidents des circonstances sociales (les sucreries pour l'enfant dans mon exemple, le prestige et l'argent pour les adultes dans la réalité). D'autre part les biens internes à la pratique des échecs qu'on ne peut obtenir qu'en jouant à ce jeu ou un autre du même type [...] Internes parce qu'ils ne peuvent être identifiés et reconnus que par la participation à la pratique en question. Ceux à qui manque cette expérience sont donc incompetents comme juges des biens internes. » (pp. 183-184).

Il existe donc des biens externes qui peuvent être acquis. Ils sont une source de motivation. On pense pour un étudiant de médecine à la reconnaissance sociale du métier de médecin, la relative aisance financière dans cette profession, la satisfaction apportée à son cercle familial etc. Mais l'être humain à la fois est mû par des biens externes et se meut lui-même. De par l'exercice libre de sa volonté, il se meut lui-même en vue de ces biens externes. Par là même l'agir est source de biens internes. Cela est vrai de la satisfaction éprouvée à connaître une part de la vérité en apprenant le fonctionnement du corps humain. Cela est vrai aussi du plaisir qui peut se développer au fur et à mesure de la pratique médicale par la rencontre avec les patients en tant qu'ils sont des personnes. En d'autres termes, la finalité de l'agir moral n'est pas l'acquisition de biens externes à l'être humain, mais le développement de cet organisme moral qui lui procure une satisfaction qui se nomme joie, quiétude, accomplissement de soi. Dans cette perspective eudémoniste on ne peut éviter la critique qu'on pousse ici à une similitude entre l'accomplissement moral et la satisfaction psychologique. De fait nous ne craignons pas de proposer cette recherche de la joie, confiant dans l'unité de l'être humain, appelé à établir pour se réaliser une unité entre ses dimensions physiques, affectives et intellectuelles. Si on met en avant cette question du sens, de la finalité propre à chacun de nos actes comme de nos existences, c'est un renversement de perspective qui s'opère dans le champ de l'éthique. En effet si la loi peut être un guide de l'action morale est-elle pour autant à la racine même de la morale ? La morale est-elle extérieure à l'homme, dictée par la société, la loi civile, les commandements énoncés dans les textes sacrés de l'humanité, ou bien est-elle

intrinsèque à l'action ? La morale cherche-t-elle ultimement à répondre à la question kantienne : « Que dois-je faire ? » ou bien à la question « Quel est le bien que je recherche ? » ? Le bien, le bon, le bonheur devraient-ils être évacués de la réflexion morale, au prétexte que l'intérêt et le subjectivisme ne sont pas assez fiables pour déterminer des règles universelles ? Faut-il s'empêcher de solliciter chez l'être humain ses appétits sensibles et rationnels de crainte de faire du bien-être la fin de la vie morale et retrouver par là-même une forme d'hédonisme ? Mais bien plutôt n'y a-t-il pas dans les morales antiques une lecture de l'eudémonisme qui permettrait de penser à la fois la volonté et le désir, les orientations dans l'existence des individus et la vie collective ?

Selon nous l'antique question de la vie bonne est à discuter à l'aune non seulement de la recherche du bien en soi mais encore de la recherche du bon, de la réalisation de soi, comprise comme un accomplissement et un épanouissement, les deux termes exprimant une même réalité, le premier considérant cette réalisation sous l'angle de l'atteinte de son identité (il s'agit pour l'être humain de devenir lui-même, de passer de la puissance à l'acte) ; l'épanouissement étant le versant subjectif, la fruition par la personne de cet état. En effet, une éthique qui mettrait l'emphase sur la recherche du bien considéré du seul point de vue de la raison aurait, nous semble-t-il, peu de probabilité d'encourager la réalisation de soi. Il manquerait les dimensions de désir, de sentiment mises en exergue par Ricœur, l'élan vital qui nous indique le sens et que nous cherchons à repérer au milieu des situations et des circonstances. *A contrario* une éthique qui s'intéresse en premier lieu à la finalité considère l'intention mue par l'appétit du bon (ou désir) et du bien (ou volonté) comme guides de l'agir et fait de cette recherche ultime le moteur de l'action morale. L'éthique aristotélicienne à laquelle se réfère MacIntyre prétend proposer à l'être humain le chemin vers son accomplissement, son épanouissement, sa réalisation, c'est-à-dire son bonheur à proprement parler. C'est une vision optimiste et humaniste de l'être humain.

La pensée eudémoniste est certes propre à l'Antiquité, et si elle a inspiré très fortement la philosophie morale d'Aristote et de Thomas d'Aquin, où le bien ultime, à savoir le bonheur, est recherché en toute action humaine, on en retrouve dans la modernité une certaine lecture sous la plume de penseurs comme Foot, Anscombe et MacIntyre. MacIntyre a insisté sur le caractère incompatible entre eux de nos systèmes moraux actuels, et principalement du déontologisme et du conséquentialisme, jugés inefficaces. Il entend montrer qu'il faut

remonter en amont de ces systèmes aux vertus d'Aristote, afin d'intégrer les récits des personnes, les expériences qu'elles font et la représentation du bonheur qu'elles développent dans la pratique, réconciliant ainsi *theoria* et *praxis*. De par la raison humaine partagée par tous les individus, apprenant par l'éducation à développer leurs connaissances et leurs capacités d'agir moralement, la conception subjective que chaque personne peut avoir du bonheur peut trouver un point de résolution collectif. Cela nécessite des espaces d'échanges, de discussion et de résolution des conflits. C'est un des objectifs du dispositif pédagogique qu'est la simulation.

Pour MacIntyre les vertus pourraient fournir ce qu'il appelle un « exemplaire de vie », susceptible de donner sens à la vie humaine. Il considère que la tradition morale héritée de la philosophie aristotélicienne peut fournir ce qu'il appelle « un ordre narratif de la vie individuelle », (en anglais « *a narrative order of a single life* ») qui puisse proposer des modèles d'excellence. Selon la théorie aristotélicienne il existe un ordre naturel capable de perfection et accessible à la compréhension rationnelle. D'après Aristote dans *Les Politiques* :

« On devient bon et vertueux par trois moyens, qui sont nature, habitude, raison. En effet, il faut d'abord posséder à la naissance la nature humaine et non celle d'un quelconque autre animal [...] Or, les animaux autres que l'homme vivent avant tout en suivant la nature, quelques-uns peu nombreux suivent aussi leurs habitudes, mais l'homme suit aussi la raison. Car seul il a la raison. Si bien qu'il faut harmoniser ces facteurs entre eux » (VII, 13, 1 p. [ou description fragment]).

Cette harmonisation touche toutes les dimensions de l'être humain, les dimensions physique, affective et intellectuelle qui le constituent. Ce travail d'unification est proprement le rôle de la vertu, qu'elle soit morale ou intellectuelle. Parmi les vertus intellectuelles, exposées par Thomas d'Aquin dans la Somme théologique (1273), nous trouvons les vertus de sagesse, de science et d'intelligence. Ces vertus « perfectionnent l'intellect spéculatif dans la connaissance du vrai, car c'est là son œuvre bonne » (Somme théologique, Ia-IIae, question 57, article 2, conclusion). Pour reprendre des exemples exposés plus haut, ces vertus intellectuelles vont permettre à l'étudiant de médecine de connaître avec toujours plus de facilité et de précision l'anatomie du corps humain et vont plus généralement en médecine rendre la recherche plus féconde.

À côté des vertus intellectuelles existent les vertus morales. Perfectionnant les puissances appetitives (celles nous inclinent à agir) ces vertus morales vont nous permettre d'atteindre le bien moral, par exemple une relation juste avec le patient, faite de probité et de respect. Les vertus morales, parce qu'elles viennent notamment ordonner les passions ou mouvements de l'affect et ainsi nous permettre d'agir moralement, vont donc être considérées par Thomas d'Aquin comme étant au cœur de ce mouvement qu'est l'acte moral. Cette distinction ainsi faite entre vertus intellectuelles et vertus morales est exprimée par Thomas d'Aquin en ces termes (Somme Théologique, 1273) :

« Ainsi donc, pour bien agir, il est requis que non seulement la raison soit bien disposée par l'habitus de la vertu intellectuelle, mais aussi que l'appétit le soit par l'habitus de la vertu morale. Donc, de même que l'appétit se distingue de la raison, de même la vertu morale se distingue de la vertu intellectuelle. Aussi, de même que l'appétit est le principe de l'acte humain dans la mesure où cet appétit participe en quelque chose de la raison, ainsi l'habitus moral a la qualité de vertu humaine en tant qu'il se conforme à la raison » (Ia IIae, question 58, article 2, conclusion).

La fin de ce passage est particulièrement importante, car ici Thomas d'Aquin affirme que la vertu morale ne peut exister qu'en tant qu'elle est une disposition (un « habitus ») conforme à la raison. Cela rend alors manifeste l'importance et la fonction de la raison dans l'action de l'homme : nous permettant de connaître le vrai bien à accomplir, elle va pouvoir orienter nos appétits par le moyen de la vertu, afin que ces appétits nous inclinent et nous aident à poursuivre notre bien véritable dans l'action. Si dans la question éthique l'être humain est invité à bien agir en vue de la poursuite du bien, ce bien est considéré dans l'éthique des vertus non pas comme un bien en-soi mais plutôt comme ce qui est bon pour moi. À la lumière de la raison la question se pose ainsi pour chacun de savoir ce qu'il est bien pour lui de faire ou de façon équivalente ce qui est bon pour lui (et corrélativement ce qu'il lui convient d'éviter). C'est le propre de la perspective eudémoniste d'Aristote et de Thomas d'Aquin de permettre une forme de correspondance entre le bien et le bon, du bon au bien, et du bien au bon, dans une perspective rationnelle. Pour comprendre cette intrication au sein de la vie morale entre les différentes instances, que ce soit le corps, la vie affective ou la raison, il est nécessaire de présenter l'articulation entre les besoins, les émotions et les sentiments et le travail de la raison.

Les émotions et les sentiments sont des réactions automatiques à l'expérience lorsque nous sommes confrontés à des biens qui correspondent à nos besoins. La pyramide de Maslow (2008), qui n'est pas exempte de critiques (Neher, 1991 ; King-Hill, 2015), offre cependant un moyen simple de présenter les besoins humains. Ce modèle en cinq étapes peut être divisé en besoins de carence et besoins de croissance. Les besoins de carence surviennent en raison de la privation, ce sont les quatre premiers niveaux. On trouve au premier niveau les besoins physiologiques ; ce sont des exigences biologiques pour la survie humaine, comme la nourriture, un abri, des vêtements, la sexualité... Viennent ensuite les besoins en matière de sécurité qui sont remplis par l'expérience de l'ordre et de la prévisibilité. L'emploi, la loi et l'ordre public, la propriété et la santé participent par exemple à satisfaire ce besoin. Au troisième niveau les besoins d'amour et d'appartenance. Dans les groupes humains les relations interpersonnelles apportent l'amitié, l'intimité, la confiance, l'affection et l'amour nécessaires entre autres pour satisfaire ce besoin. Les besoins d'estime sont le quatrième niveau de la hiérarchie de Maslow, que Maslow a classé en deux catégories: d'un côté l'estime de soi telle que l'offrent la dignité, la réussite, la maîtrise, l'indépendance, et de l'autre le désir de réputation ou de respect d'autrui, comblés par exemple par le statut et le prestige. Enfin les besoins d'autoactualisation sont le niveau le plus élevé et se réfèrent à la réalisation du potentiel d'une personne, à son épanouissement personnel, à la recherche de croissance personnelle et d'expériences d'excellence.

Cette détermination des besoins de l'être humain est à mettre en relation avec les expériences sensorielles et émotionnelles de l'individu au sein de son environnement. Le travail déjà cité de Damasio dans le domaine des neurosciences va dans cette direction. C'est l'objet de son ouvrage : *L'erreur de Descartes* (Damasio, 2006) au titre provocateur, l'auteur ne faisant nullement un examen critique de la pensée du philosophe français (Kambouchner, 2015). En revanche il donne un exposé lumineux des processus de décision au regard des besoins et ce en lien direct avec les émotions du sujet :

« Pour étayer sa démonstration générale, Damasio avance, dans la première partie de son livre, que les circuits neuronaux, qui sont à la base de la perception des émotions, sont localisés dans le système limbique, mais aussi dans certaines zones du cortex pré-frontal, tout autant que dans les régions du cerveau où se projettent et sont intégrés les signaux en provenance du corps. Dans une seconde partie, l'auteur tente de montrer que la perception des émotions correspondrait à l'information sensorielle provenant d'une

certaine partie du paysage corporel, à un instant t. La juxtaposition de cet état à un événement non corporel, la perception d'un objet extérieur par exemple, revêtirait alors cet événement d'une « qualité » bonne ou mauvaise en fonction de l'information provenant du corps : la capacité de percevoir des émotions représentant un mécanisme d'évaluation de la qualité des relations entre l'organisme et les objets (concrets ou abstraits), une valeur cognitive serait donc attribuée aux émotions, selon cette théorie dite "des moyens somatiques". Enfin, dans la troisième partie de l'ouvrage, Damasio termine sa démonstration en précisant comment le corps fournit un contenu fondamental aux représentations mentales. Celui-ci constitue le cadre de référence de notre représentation du monde, de notre relation à ce dernier: les représentations fondamentales du corps en train d'agir forment un cadre spatial et temporel stable, sur lequel les autres représentations pourraient s'appuyer » (Grandguillaume & Piroux, 1999, p. 2).

Les émotions s'articulent donc à l'ensemble des besoins de l'individu, celui-ci ayant expérimenté et repéré au cours du temps les objets qui correspondent à la satisfaction de ces besoins. Les émotions apparaissent phénoménologiquement comme notre attachement pour ce qui est agréable et notre aversion pour ce qui est désagréable. Une émotion positive est une sensation de plaisir ; c'est l'inverse pour les émotions négatives. Qu'elles soient positives ou négatives les émotions sont donc utiles : elles nous indiquent dans quelle mesure nos besoins sont satisfaits.

« Selon (Damasio), le raisonnement pur ou mathématique réclame une mémoire d'une capacité illimitée à retenir la multitude de combinaisons probables pour prévoir les conséquences de telle ou telle décision. Une capacité dont l'homme ne dispose pas. C'est la raison pour laquelle la mémoire est soutenue par divers repères émotionnels. Une décision perçue par l'émotion comme néfaste est automatiquement associée à une sensation déplaisante au niveau du corps (soma), puis rejetée immédiatement afin de laisser place à un plus petit nombre d'alternatives. Lorsque l'émotion ressentie est positive, l'alternative est "marquée" et conservée » (Van Hoorebeke, 2008, p. 34).

L'émotion est donc à ce stade un marqueur efficace dans le traitement de l'information en situation pour décider de poursuivre tel bien ou non, afin de satisfaire nos besoins, dans un arbitrage entre les différents choix possibles. Vais-je reprendre plusieurs fois du gâteau au chocolat, alors que je me suis promis de faire attention à ma ligne, même si je sais que cela ferait plaisir à celui qui l'a préparé et que j'en ai envie ? Les émotions sont un guide de l'agir, soit sur le moment, soit dans l'après coup. Ainsi la joie éprouvée indique une réalisation de

soi, elle advient par exemple après avoir surmonté des obstacles en faisant appel à ses ressources et à son potentiel. La surprise jaillit face à une situation pour s'ajuster à une situation inattendue. La peur se dresse en présence d'un danger, elle permet la mise en place d'une stratégie d'attaque, de fuite ou de sidération. La colère se déploie en situation de frustration, d'injustice ou de menace ; elle est nécessaire pour mettre les limites à ce qui est perçu comme un danger. La tristesse est éprouvée en situation de perte ; elle permet un retour sur soi afin de procéder à un réaménagement de notre dynamique intérieure et de trouver du soutien. Le dégoût marque la présence de quelque chose de néfaste, de contaminant ; cela permet de ne pas se laisser envahir par ce qui ne nous convient pas.

L'approche aristotélicienne désigne ces besoins sous la forme d'appétits, terme qui traduit cette dynamique par laquelle l'être humain se porte vers ces biens (nourriture, sexualité, loi, santé, intimité, confiance, estime de soi respect d'autrui, épanouissement personnel...) qui précisément vont satisfaire ces appétits. Ce sont ces appétits qui sont l'objet d'une attention et d'un travail de la raison. Ils reçoivent une « impression » de la part de la raison par un travail d'élaboration, de discernement, d'unification. Il n'y a pas fondamentalement d'opposition entre tous ces biens, ils participent tous à l'édification de la personne humaine. S'il y a opposition (conflit de choix entre ces divers biens) c'est justement le travail de la raison de construire en situation la réponse. Cette maîtrise de soi s'exprime par l'appétit du bien (la volonté) qui prend le chemin indiqué par la raison.

Si on retient l'idée d'une progressivité de la vie intellectuelle et morale, si on reconnaît un développement organique, au sens de l'organisme moral, de ces capacités à agir en situation de manière toujours plus humaine, toujours plus conforme à notre dignité intrinsèque, la notion de vertu peut être retenue pour décrire une forme d'apprentissage. La philosophie antique décrit un ensemble structuré et cohérent de vertus morales, les vertus cardinales et leurs vertus connexes, au sein d'un véritable « organisme moral » chez l'être humain. Beauchamp et Childress (2008, pp. 58-68) consacrent d'ailleurs au début de leur ouvrage de longues pages aux vertus du soignant, même s'ils restent dans une perspective de la morale d'obligation (pp. 72-73). Parce qu'elle tire sa bonté et celle des actions qu'elle permet, de sa conformité à la raison, la vertu va pouvoir être définie comme étant une bonne disposition (un « habitus bon ») acquise par répétition d'actes bons et ayant pour finalité de permettre l'accomplissement durable d'actions bonnes ; ou encore comme un habitus opératif bon qui

progresses par répétition d'actes de qualité. Au sujet de la vertu morale, Pinckaers (1960) qui est un des grands interprètes de la philosophie morale de Thomas d'Aquin commente :

« Qu'est-ce donc que la vertu ? C'est une qualité active qui dispose l'homme à produire le maximum de ce qu'il peut sur le plan moral, qui donne à sa raison et à sa volonté conjointes le pouvoir d'accomplir les actions morales les plus parfaites, les plus élevées en valeur humaine. (...) elle fait bon celui qui la possède et rend son œuvre bonne. La vertu permet à l'homme de faire œuvre morale parfaite et le rend parfait lui-même » (Pinckaers, 1960, p. 392).

Outre ce qui a été développé ci-dessus, ces mots de Pinckaers précisent davantage l'importance de la vertu dans le perfectionnement de l'être humain lui-même. En effet, la vertu non seulement permet d'accomplir le bien mais, ce faisant, elle permet à la personne elle-même de devenir une personne bonne et d'ainsi atteindre la perfection qu'elle désire, à savoir son bonheur. L'« œuvre morale » dont parle ici Pinckaers est alors bien différente de l'œuvre produite par un artisan ou un artiste, car elle est la personne elle-même : agissant conformément à la vertu, et donc à la raison, l'être humain devient lui-même un être moralement bon. Cette richesse autant que cette responsabilité de l'acte moral ne sauraient être comprises sans le retour à la racine grecque du mot « œuvre », à savoir *ergon*, qui désigne simultanément le produit d'une action et l'action elle-même. Parce que l'être humain fait le bien son action est bonne et si son action est bonne, alors les capacités personnelles (facultés) qui lui ont permis d'agir ainsi ont atteint leur accomplissement. Ce faisant, c'est donc cet être humain lui-même qui s'est accompli dans son action. La vertu, parce qu'elle ordonne de façon durable ces facultés est ainsi le moyen privilégié pour que l'être humain atteigne librement son bien et sa finalité, le bonheur. Dans cette perspective l'ensemble des éléments constitutifs de l'éthique semblent trouver leur place au sein de la vertu, qu'il s'agisse du bien vers lequel tend l'être humain tout autant que sa liberté et son propre accomplissement personnel.

Parce qu'il ne peut néanmoins exister d'acte vertueux sans que celui-ci soit, comme nous l'avons vu, conforme à la raison, il nous faut désormais éclaircir les critères exposés par Thomas d'Aquin nous permettant de déterminer si un acte est moral. Selon lui, cela nécessite de se référer à trois dimensions de l'acte : sa matière, les circonstances qui l'entourent et les intentions du sujet, qui regardent la fin choisie. On ne peut pas réduire la moralité d'un acte à l'intention. Par exemple, il n'est pas possible de justifier de travailler dans l'industrie du

tabac (matière), même pour subvenir aux besoins de sa famille (intention bonne) car dans tous les cas l'industrie du tabac produit des préjudices pour la santé (finalité mauvaise). En revanche, on pourra justifier de travailler pour l'armement au regard de la possibilité pour les États d'en faire un usage proportionné. L'intention ne suffit donc pas même si elle est nécessaire pour évaluer la responsabilité de la personne qui agit. Par exemple, dans le cas de la sédation, on se demandera si elle est administrée pour soulager ou pour donner la mort. Une telle sédation menant à la mort du patient et mue par une intention létale sera alors moralement d'autant plus mauvaise : à la mort résultant de la matière de l'acte (la sédation) s'ajoutera l'intention mauvaise, signe d'un mal commis en connaissance de cause.

Cette distinction entre matière, circonstances et intention à la fois honore la complexité de l'action humaine et permet de retrouver un équilibre éthique entre la dimension objective d'un acte et sa dimension subjective, qui étaient chacune exacerbées dans les morales déontologiques (du grec *déôn*, devoir) d'une part et utilitaristes d'autre part. Cet équilibre que permet l'éthique de la vertu héritée d'Aristote est précisé par Thomas d'Aquin lorsqu'il distingue l'acte intérieur et l'acte extérieur. Tout d'abord, l'acte intérieur renvoie à l'attention qui est accordée à une situation et au choix libre de s'autodéterminer et donc de déterminer sa propre fin. Il renvoie à l'intelligence. Que recherche-t-on ? Un bien collectif ? Le bien de patients singuliers ? Cette question est posée lorsqu'il faut trier les patients par exemple dans le cas d'épidémies comme celle du coronavirus. Qui va-t-on privilégier lorsque les ressources vont manquer et selon quel critère ? On peut alors dire que l'acte intérieur concerne tout le cheminement délibératif opéré subjectivement par la personne, délibération qui prend en compte la singularité de l'action, des circonstances mais aussi la singularité de l'agent lui-même. Deuxièmement, le plan de l'acte extérieur est celui de la matérialité de l'acte, dont la bonté ou la malice ne dépendent plus de l'acte intérieur. L'acte moral est ainsi à la fois le lieu de la subjectivité et de l'objectivité, car il est bel et bien produit par un jugement personnel en regard de circonstances particulières et en vue de la réalisation d'une intention elle aussi personnelle, jugement et intention qui ne sont pas pour autant les seuls critères de moralité. Pinckaers (1960) dans « *La vertu est tout autre chose qu'une habitude* » exprime ainsi le lien entre acte intérieur et vertu :

« L'acte intérieur peut se faire, au regard de la conscience, d'une manière très rapide et comme spontanée ; c'est précisément le propre de la vertu de

permettre d'agir sans avoir plus besoin d'une longue réflexion, sans hésitation, ni lutte intérieure » (p. 395).

Ainsi la vertu est une disposition qui, une fois acquise, permet de poser des actes intérieurs bons avec facilité avant que l'acte extérieur, qui n'en est que la conséquence et l'achèvement, puisse voir le jour. Cette facilité, cette spontanéité qui sont l'effet de la vertu révèlent que celle-ci, une fois acquise, existe en l'être humain comme une « seconde nature ». La vertu permet de poser de façon ordinaire ces actes moralement bons, quand bien même une situation complexe pourrait rendre telle ou telle délibération plus longue qu'à l'accoutumée.

La vertu ne peut être par ailleurs confondue avec l'habitude. En effet, vertu et habitude diffèrent pour au moins deux raisons principales qui s'éclairent mutuellement. Premièrement, l'habitude désigne uniquement la régularité et la répétition d'actes extérieurs identiques, par exemple celle inculquée à un enfant lorsqu'il lui est demandé de remercier une personne lui donnant quelque chose. La vertu désigne quant à elle quelque chose de plus profond, plus radical, car elle est la disposition des facultés intérieures à nous-mêmes (intelligence, volonté, inclinations sensibles) qui sont à la racine des actes intérieurs, lesquels précèdent et ordonnent les actes extérieurs. Si nous reprenons l'exemple donné pour l'habitude, l'enfant qui passe de cette habitude du remerciement à la possession de la vertu de gratitude qui y correspond ne sera plus dans une répétition machinale et peu réfléchie de ce mot mais l'emploiera en prenant conscience qu'il convient à la situation et est l'expression présentement adéquate d'une attitude intérieure de reconnaissance pour le don reçu. Cela permet alors d'amener la deuxième différence entre habitude et vertu, qui n'est que la conséquence de la première : tandis que l'habitude ainsi comprise ne peut donner lieu qu'à une série d'actes extérieurs matériellement identiques, la bonne disposition intérieure qu'est la vertu rendra proprement possible le discernement de l'acte extérieur qui convient le mieux en cette situation singulière. Ainsi une même vertu pourra donner lieu à des actes extérieurs différents.

Aristote affirme ainsi que la vertu permet certes une excellence dans l'action (c'est la signification du mot grec ἀρετή qui est traduit par le mot « vertu » en français), mais que cette excellence ne peut se trouver que dans un juste milieu, à la manière d'une ligne de crête entre l'excès et le manque. Le juste milieu en question ne saurait être compris comme une médiocrité, un consensus ou encore une relativité absolue du bien à accomplir. En effet une telle interprétation contredirait le caractère d'excellence, et donc de perfection, inhérente à la

vertu. S'il n'est pas synonyme de médiocrité, ce juste milieu de la vertu est le signe qu'un acte humain est toujours complexe et donc qu'une même action extérieure ne peut être répétée aveuglément sans fine analyse des circonstances et de la personnalité de celui qui agit. L'éthique des vertus honore en ce sens deux caractéristiques fondamentales de l'être humain : sa nature commune partagée entre les membres de son espèce (et cela est commun avec les autres animaux), et sa capacité d'autodétermination face aux différents biens qui se proposent à lui, à la différence de l'agir instinctif caractéristique des autres animaux. Parce qu'il est de nature humaine, certains des actes de l'être humain ne pourront jamais être moralement bons (le meurtre par exemple) ; parce que cet être humain est une personne singulière confrontée à des circonstances singulières, son action pourra être tout aussi moralement bonne que celle d'une autre personne ayant agi de façon différente. Pinckaers (1960) illustre ainsi cet ajustement de l'agir en situation sous l'effet de la vertu :

« Prenons un autre exemple. La vertu de discrétion nous incline à observer une juste mesure dans l'usage de la parole ; elle aussi s'acquiert par des actes extérieurs contraires. Elle impose de se taire souvent ; mais pour conquérir cette vertu, il ne suffit pas de multiplier les victoires sur l'envie que l'on a de parler ; il faut encore apprendre à parler quand il le faut et vaincre la timidité ou les craintes qu'on a de dire franchement son opinion. La discrétion s'oppose au mutisme comme au bavardage et apprend à parler comme à se taire. Cette vertu ne s'acquiert donc pas par la répétition des mêmes actes extérieurs, mais des actes intérieurs de maîtrise de la parole, qui procèdent de la raison et de la volonté » (p. 396).

Si l'on se réfère au domaine du soin, parce que la relation de soin ne saurait se fonder sur la seule répétition machinale d'actes extérieurs mais nécessite de la part du soignant une capacité à discerner au cas par cas ce qu'il convient de dire et de faire pour le bien du patient, les caractéristiques de la vertu telles qu'exposées ci-dessus apparaissent essentielles. Une telle disposition intérieure pourrait cependant apparaître difficile voire impossible à atteindre, quand bien même ses bienfaits pratiques seraient théoriquement reconnus. C'est pourquoi il est important de souligner que la vertu ne saurait être acquise du jour au lendemain. C'est en ce sens une affaire d'éducation au long cours :

« selon un processus de développement graduel et de perfectionnement méthodique par l'exercice. Cette éducation est principalement personnelle, mais elle réclame, à son départ surtout, l'aide d'autrui, bienveillante, intelligente et forte au besoin » (Pinckaers, 1960, p. 400).

Si elle est éminemment personnelle car elle est le fruit d'un exercice de la volonté libre propre à chacun, la vertu ne saurait advenir sans l'aide d'autrui. Trois caractéristiques de la vertu vont traduire ce travail et cet enracinement en nous de ces bonnes inclinations dans l'agir. Premièrement la vertu est une disposition constante, qui est bien établie. On est là dans la maîtrise qui rappelle celle d'un maître charpentier ou d'un maître sculpteur : de la même façon qu'un artisan possède son savoir-faire et ne saurait le perdre du jour au lendemain, le sens du jugement et la capacité de bien agir en situation ne sauraient disparaître si facilement, sauf si la personne décidait en pleine connaissance de cause de choisir de se détourner du bien. Deuxièmement, une fois acquise, la vertu permettra comme évoqué plus haut une facilité, une promptitude, une inclination quasi naturelle à bien agir. Enfin, parce que l'acte vertueux permis par cette disposition est l'effet d'une maîtrise intérieure des différentes facultés qui nous poussent à agir, la personne vertueuse pourra expérimenter la joie. Cette joie, signe du bien accompli grâce à la vertu, manifeste alors à la personne qu'un agir de cet ordre lui permet de rejoindre ses aspirations profondes et donc de s'accomplir elle-même en tant qu'être humain.

Reposant donc sur une vision dynamique de la vie morale et intégrant le principe de finalité de l'acte, l'éthique des vertus est cependant critiquée car jugée non applicable. Certains reprochent à cette vision son égoïsme intrinsèque, une morale de Calliclès et de Gorgias, motivée par le seul intérêt personnel, égoïste. Est-il légitime d'inviter les étudiants à écouter leur désir, fût-ce pour l'éduquer ? Ne risque-t-on pas de faire la part belle aux envies passagères, aux plaisirs ? Qu'en est-il alors de la vertu de tempérance censée réguler l'appétit concupiscible, notre besoin de satisfaire nos envies en matière de nourriture et de vie sexuelle ? Ne vient-on pas flatter les individus là où ils sont les plus fragiles, les plus enclins à fuir le combat et à refuser l'effort ? Finalement, cette éthique des vertus n'est-elle pas l'école du vice, dans un subtil mouvement hypocrite, où le cri de ralliement des hédonistes qui ne disent pas leur nom est : « Il n'y a pas de mal à se faire du bien » ? Si on redouble ces invitations au laisser-aller à ces penchants par une formation à « faire semblant » dans la simulation (le terme est bien révélateur) quel crédit donner à des praticiens entraînés à l'art de la dissimulation et mus par leur intérêt individuel et égoïste ? On peut chercher à critiquer aussi l'absence de stabilité, de rigueur et de solidité des concepts développés par l'éthique des vertus : il serait bien naïf de réduire la vie morale à de bonnes intentions et à la recherche

béate du bonheur. On ferait fi du tragique de l'existence. Et puis où a-t-on jamais vu enseignée la vertu ? Les personnes de bien s'y sont essayées, ont-elles réussi ?

Ces remarques et ces critiques tiennent-elles compte de la complexité du sujet humain ? À l'inverse, chez les détracteurs, n'assiste-t-on pas à une forme de réductionnisme facile, où il est commode de trouver un plus petit dénominateur commun de l'agir qui se nomme la règle, la norme, la loi ou l'utilité ? S'il est simple de tout mesurer à l'aide de ce système, la vie morale perd beaucoup de sa richesse, pour ne pas dire toute, en se concentrant en fin de compte sur le permis et le défendu, sous prétexte d'objectivité et d'universalité ou bien la rentabilité. Le psychologue est bien placé pour savoir que le choix des personnes dépend d'éléments multiples qui peuvent altérer voire abolir le discernement et que nous sommes pétris d'hétéronomie, pour reprendre le vocabulaire kantien. Il apparaît que le composé humain est une union de la matière et l'esprit, où l'esprit désigne ici la capacité de penser de façon universelle à partir de l'expérience sensible singulière ; celle-ci est vécue subjectivement et donne lieu au niveau physiologique comme on l'a évoqué en rappelant les découvertes des neurosciences, à une chimie complexe où se conjuguent des stimuli de l'environnement, des flux hormonaux, des signaux électriques...

Pour répondre à la critique faite à l'éthique des vertus il faut replacer ces développements chez Aristote et Thomas d'Aquin dans une théorie anthropologique où trouvent leur place, la raison et la volonté, les émotions et la liberté. MacIntyre (2013) a bien mis en avant cette nécessité d'un renouveau de la morale et de l'éthique s'inspirant du corpus aristotélicien :

« L'opposition morale essentielle se situe donc bien finalement entre l'individualisme libéral, dans une quelconque version, et la tradition aristotélicienne, sous une forme ou sous une autre [...] Ma conclusion est très claire. D'une part, malgré les efforts de trois siècles de philosophie morale et un siècle de sociologie, nous n'avons toujours aucun exposé cohérent et rationnellement défendable du point de vue libéral individualiste ; d'autre part, la tradition aristotélicienne peut-être reformulée de manière à rendre intelligibilité et rationalité à nos attitudes et engagements moraux et sociaux » (p. 252).

Selon la considération de la personne humaine s'inspirant du modèle aristotélico-thomiste, nous partageons tous une nature commune, nous existons tout à la fois comme être corporel, charnel et comme être de pensée. Cela constitue notre nature propre, notre être, et se traduit par nos comportements ou notre agir. On considère ici que l'intelligence a pour objet la vérité

et que la volonté, l'appétit propre de l'intelligence, a pour objet le bien. La liberté est conçue fondamentalement comme le mode d'exercice propre de la volonté. L'acte volontaire est ce qui signe l'entrée du comportement de l'être humain dans la sphère de l'éthique. De fait l'être humain devient alors responsable en bien comme en mal des conséquences de son acte et de ses conséquences. On l'a déjà dit cet appétit rationnel pour le bien n'est pas fixé sur des biens et du particulier, l'être humain va apprendre à se déterminer, à poser ses finalités, à évaluer les conséquences de ses actes. Dans l'éducation, traditionnellement, on enseigne à l'enfant à respecter la loi et en même temps il apprend à développer ses vertus, en faisant l'expérience de ce qui est bon pour lui, ce qui lui fait éprouver du plaisir et de la joie. Il se détermine en fonction de ses aspirations, de ses envies et des fins que l'environnement lui propose. Même si on lui a imposé au départ de faire le bien (ou du moins ce que l'éducateur considère comme tel), ce devra être au bout du compte son choix. Cette liberté constitue la marque éminente de la dignité de l'être humain et ne pas la respecter c'est engendrer chez lui le plus grave des traumatismes. Ainsi le patient revendique ce droit à disposer librement de son destin, voulant exercer sa capacité de choix dans le soin qui va lui être prodigué. Nous le répétons dans la perspective eudémoniste, plus une personne va exercer cette liberté de choix en allant vers des biens qui correspondent à sa nature propre, sa finalité, plus elle va aller vers les biens qui lui correspondent personnellement. En ce sens, la vertu peut être définie comme étant le moyen permettant le développement des potentialités inscrites en nous de façon native. Ici la liberté ne se réduit pas à un choix entre les contraires. De fait le libre arbitre est un choix possible entre les contraires et peut se muer en une liberté d'indifférence sans orientation si la volonté n'est pas irriguée par l'intelligence. L'éthique fondée sur la vertu nous propose de développer en nous un autre type de liberté. Ce que nous jugeons comme bon pour nous en vue de ce que nous voulons atteindre, si cela est conforme à notre nature humaine, nous rend plus libre, plus maître de nous-mêmes, plus humain en le réalisant. Cette liberté peut être alors appelée « liberté de qualité » (Pinckaers, 1985, pp. 361-385) car nous développons en nous en posant ces actes une inclination à toujours plus tendre vers ce qui nous humanise, ce qui nous procure un épanouissement, un développement de notre qualité de vie, notre réalisation. Elle n'est pas la revendication d'une toute-puissance s'exprimant par un choix absolu entre les contraires, mais le choix s'effectue cette fois-ci entre plusieurs biens qui s'offrent à nous. Nous ne sommes pas esclaves d'appétits qui nous poussent vers des biens dont on pourrait jouir

égoïstement et au détriment des autres, comme une prétention à l'autosuffisance, mais nous sommes maîtres de nous-mêmes et solidaires des autres.

Liberté et autonomie dans cette perspective sont des notions proches et connexes. Être autonome, c'est être capable de se donner à soi-même ses propres lois. C'est témoigner que nous sommes capables par l'exercice de notre raison et de notre volonté, de nous déterminer, de faire des choix, de les tenir au sein de la vie sociale. La personne autonome est celle qui dispose d'une maîtrise suffisante d'elle-même face aux mouvements de l'affect, ce qui n'est pas à confondre avec le contrôle. Maîtrise et contrôle sont en effet à distinguer, et pour comprendre cette distinction nous devons reprendre ce qui a été dit plus haut de la vertu. Parce que la vertu est une disposition permettant d'ordonner intérieurement l'agir de l'être humain, elle n'est pas réductible à l'habitude qui correspond à la répétition à l'identique des actes extérieurs. Voilà la différence posée ici entre maîtrise et contrôle : tandis que la personne qui se contrôle contraint ses actes extérieurs à partir d'une règle qui ne vient pas d'elle, celle qui se maîtrise par la vertu ordonne de l'intérieur son acte à partir de son propre jugement. Ainsi, nous déplaçons la question de l'autonomie de la loi vers la maîtrise.

Les émotions sont au cœur de cette dynamique. Un travail d'éducation de ces émotions est réalisé par l'exercice des vertus pour faire, si l'on nous passe cette métaphore, de ces émotions des destriers qui nous portent vers le bien et le bon. Émotions et sentiments sont appelés à être commandés par l'intelligence et la volonté « *non pas de manière despotique mais politique* », au service du bien auquel elles sont inclinées, le bien commun de nature sociale et le bien ultime qu'est le bonheur. Selon Aristote dans la *Politique* I, 2, cité par Thomas dans la *Somme théologique* :

« Il faut considérer dans cet animal qu'est l'homme, un pouvoir despotique et un pouvoir politique ; l'âme domine le corps par un pouvoir despotique ; l'intellect domine l'affectivité par un pouvoir politique et royal » (Aristote, cité par Thomas d'Aquin, Ia, IIae, question 81 article 3 addenda 2).

L'autonomie d'autre part dans cette perspective ne signifie pas indépendance, au sens où nous serions sans attache, sans lien. Notre vie humaine est dans son essence une vie sociale. Aristote décrit l'être humain entre autres définitions, comme un animal politique, c'est-à-dire fait pour vivre au sein d'une communauté humaine. Dans la *Politique*, Aristote (I, 2, 1252a) écrit :

« Il est manifeste [...] que la cité fait partie des choses naturelles, et que l'homme est par nature un animal politique, et que celui qui est hors cité, naturellement bien sûr et non par le hasard des circonstances, est soit un être dégradé soit un être surhumain, et il est comme celui qui est injurié en ces termes par Homère : "sans lignage, sans foi, sans foyer" [...] Il est évident que l'homme est un animal politique plus que n'importe quelle abeille et que n'importe quel animal grégaire. Car, comme nous le disons, la nature ne fait rien en vain ; et seul parmi les animaux l'homme a un langage. »

Issus d'une relation entre deux êtres humains, nous nous sommes développés, « humanisés » dans ce groupe humain. De façon générale, par notre travail nous nous rendons mutuellement service. Au cœur de la rencontre avec l'autre se réalise notre épanouissement dans l'amour. La psychologie peut apporter à cette vision un éclairage complémentaire. Nous sommes en effet dans nos réactions individuelles tributaires des mécanismes que l'espèce a déployés pour survivre. Le vécu de chacun, son histoire familiale, ses chocs traumatiques éventuellement, tout cela contribue à ce que nous sommes, à notre manière d'agir et de réagir. Sur ce point le psychologue est encore le témoin de la plasticité non seulement neuronale mais aussi psychique des sujets, cette résilience toujours possible, du moins en partie, qui est le phénomène à l'œuvre dans la thérapie. Il y a là comme une foi en l'éducabilité de l'être humain, qui est d'abord son propre maître, ou du moins tend à le devenir.

En conclusion, dans cette présentation du champ de l'éthique nous avons relié la distinction voire l'opposition faite entre la morale et l'éthique aux théories les plus souvent rencontrées, la morale déontologique et le conséquentialisme. Dans ces deux perspectives l'autonomie de l'individu s'oppose à ce qui est considéré comme limitant sa liberté, la loi. On constate des limites dans ces approches, un risque d'hédonisme dans l'utilitarisme, un extrinsécisme moral et le peu de considération pour l'incertitude dans les morales issues de la pensée kantienne. Des auteurs comme Ricœur qui met en avant la dynamique du désir et de la sollicitude ou bien Levinas qui replace le visage au centre de la problématique éthique ouvrent la voie à reposer en éthique la question du sens et de la finalité de l'agir humain. La distinction de MacIntyre entre les biens externes et les biens internes qui motivent l'action lui permet de retrouver une théorie un peu laissée de côté, celle d'Aristote, défenseur d'un eudémonisme rationnel. L'être humain est appelé à s'humaniser en développant une maîtrise de lui-même au moyen de l'exercice des vertus. Tenant compte de la progressivité de la vie morale, cette

théorie rend compte de la place des émotions qui peuvent être soit vecteurs vers le bien, soit des obstacles.

Avant d'imaginer en quoi l'éthique des vertus peut féconder l'art médical et la formation des étudiants de médecine, jetons un bref coup d'œil sur les courants de l'éthique médicale.

1.1.2 Les courants de l'éthique médicale.

Faut-il plutôt parler d'une « éthique médicale » ? Ou bien faut-il plutôt insister sur la pluralité des questions médicales qui relèvent du champ de l'éthique ? Et aussi quel rapport l'éthique médicale entretient-elle avec la bioéthique ?

Ce terme de « bioéthique » a été forgé dans le dernier quart du XX^e siècle et désigne une discipline qui se caractérise par « sa pluridisciplinarité, son approche résolument ouverte et pluraliste, des discours et des pratiques communicationnels, une analyse éthique orientée vers la prise de décision », selon Parizeau (1996) dans l'entrée « Bioéthique » du *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, dirigé par Canto-Sperber. Par sa définition même la bioéthique est finalement un champ très instable et aux contours assez flous. À l'origine le terme « bioéthique » avait été créé par Van Rensselaer Potter, un biochimiste américain (1911-2001), pour décrire une nouvelle philosophie qui cherchait à intégrer la biologie, l'écologie, la médecine et les valeurs humaines. La bioéthique était ainsi liée dans son esprit à l'éthique environnementale et dépassait largement le champ de la médecine. En raison de l'appropriation du terme par la recherche médicale et la confusion qui s'en est suivie avec l'éthique médicale, Potter (1988) choisit finalement d'utiliser le terme « *Global Bioethics* », la bioéthique globale étant définie comme:

« la biologie combinée à diverses connaissances humanistes forgeant une science qui établit un système des priorités médicales et environnementales pour une survie acceptable » (p. 18).

Pour situer la bioéthique dans le champ de l'éthique, Parizeau (1996) part du constat que « les questions d'éthique dans les pratiques biomédicales ne sont pas nées de la bioéthique » (p. 184) et que différentes valeurs comme la fidélité, le service au malade quelles que soient ses origines, le secret et la discrétion de même que des principes comme « ne pas nuire », ou bien l'interdiction de l'avortement et de l'euthanasie ont été exprimés sous la forme quasi juridique des codes : code de déontologie, code d'éthique, déclarations internationales, etc. Il

est cependant étonnant que dans cet article, parmi les thèmes de la bioéthique cités par l'auteur, l'éthique clinique, comme exprimant les enjeux de la relation médecin-malade, apparaît en premier. Les problèmes qui en relèvent dit-elle, reliés à la pratique médicale, sont :

« le consentement, [...] le refus de soins [...], le secret médical [...], la vérité au malade [...], la qualité de vie [...], etc. Aux États-Unis, on utilisera plus volontiers le terme de "Clinical Ethics" pour désigner ces questions touchant la pratique médicale quotidienne » (Parizeau, 1996, p. 186).

Si les questions éthiques en santé sont un lieu de tension et de conflits comme le note l'auteur, elle souligne que l'éthique médicale est marquée par sa forte tradition déontologique qui, dans une perspective d'autorégulation de la profession médicale, décrit les devoirs des médecins à l'égard de leurs patients. Elle poursuit en insistant sur la visée normative de l'éthique et en distinguant deux principaux volets de l'analyse éthique en bioéthique :

« Cette visée normative qui caractérise la bioéthique mérite d'être examinée plus attentivement. En effet, l'analyse éthique en bioéthique possède deux principaux volets. Le premier, de nature plus réflexive, accentue le travail de clarification et d'explication des enjeux éthiques proprement dits. L'analyse éthique se situe dans un arrière-plan méta-éthique et analytique, et se propose de cerner la question éthique en jeu, d'indiquer les méthodes de réflexion, de dégager les valeurs et les principes en cause, de mettre en évidence les arguments contradictoires ou tautologiques. Il s'agit moins de prendre position que de faciliter le débat éthique entre personnes directement impliquées dans le problème. Le deuxième volet est de nature plus normative et conduit généralement soit à une prise de décision pratique ou à une prise de position assortie de recommandations précises » (Parizeau, 1996, p. 186).

Deux dynamiques sont donc en jeu dans la bioéthique, l'une relevant du débat et l'autre de l'expression de la norme. Ce qui ressort finalement de ces analyses selon nous est qu'il est difficile de distinguer l'éthique médicale de la bioéthique dans une distribution des objets où l'éthique médicale couvrirait le champ relationnel de la médecine et la bioéthique regarderait le questionnement relatif à l'être humain en tant que vivant. Le risque de les distinguer serait de dédouaner la recherche de sa visée médicale qui est le soin. Elles apparaissent comme simplement deux champs d'action différents et donc potentiellement deux champs d'étude

différents, réunis cependant par un même objet, la personne humaine. Il est donc important pour définir l'éthique médicale de mettre en évidence sa différence spécifique.

Un travail a marqué durablement le champ de l'éthique médicale. En 1979, dans leur ouvrage *Les principes de l'éthique médicale*, Beauchamp et Childress (2008) ont énoncé quatre principes : autonomie, bienfaisance, non malfaisance et justice par répartition qu'ils considèrent comme des piliers de cette éthique médicale. En amont, pour établir cette liste ils se sont appuyés sur l'analyse statistique des récurrences de termes dans les articles d'éthique touchant aux questions médicales en lien avec la commission du Rapport Belmont aux États Unis (Department of Health, Education, and Welfare, Office of the Secretary, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research & Commission of the Belmont Report, 1979) intitulé *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, (en français *Principes éthiques et lignes de conduite pour la protection des sujets humains de la recherche*). Beauchamp, qui était l'un des membres de la commission, a cherché, avec Childress, les points d'appui les plus partagés, ceux permettant un consensus le plus large possible, dans une perspective d'universalité de l'approche éthique, permettant de discuter de l'éthique des cas cliniques, quoique leur approche favorise la langue anglaise et des principes ayant cours dans le monde occidental, ce qui a pu leur être reproché, notamment par Tom Walker (2009, pp. 229-231) dans son article sur ce que le principisme a manqué.

Dans *Les principes de l'éthique médicale*, Beauchamp et Childress s'inspirent à la fois du kantisme, morale de l'intention, déontologique, où l'obligation est fondée on le rappelle en raison, ce qui suppose une autonomie forte de la volonté, et de l'utilitarisme anglo-saxon, qui repose sur une casuistique, une approche au cas par cas des situations et qui débouche sur un conséquentialisme moral où l'on ne regarde pas tant l'intention que les effets produits par l'action. Cette double origine se retrouve dans les principes proposés : si l'autonomie et la justice sont plutôt de nature déontologique, la bienfaisance et la non-malfaisance relèvent plutôt du conséquentialisme qui évalue la manière dont le patient est affecté par l'agir médical, comment il la perçoit et ce qu'elle implique en termes de qualité de vie pour lui. L'approche principiste de Beauchamp et Childress tient compte du fait qu'on ne peut pas être kantien jusqu'au bout si on reconnaît que les principes entrent en conflit et qu'il n'est pas toujours possible dans les situations de dilemme de déterminer avec certitude le devoir qui

s'impose. Par ailleurs, l'approche conséquentialiste qui néglige l'intention au profit de l'évaluation des effets de l'acte risque quant à elle de perdre de vue la valeur morale de l'acte au profit d'une efficacité concrète immédiate, au risque de l'immoralisme dans sa version la plus extrême.

À côté des deux principaux courants issus des éthiques normatives et utilitaristes, on trouve aussi celui défendu par Thomasma (Pellegrino & Thomasma, 1981 ; Pellegrino & Thomasma, 1996 ; Pellegrino & Thomasma, 1997), qui consiste en une approche herméneutique prenant en compte les émotions dans la relation patient-médecin et qui veut réintégrer la bienfaisance sans céder de terrain au modèle paternaliste, ou bien les « *narrative ethics* » qui permettent de développer la sensibilité aux cas personnels en s'appuyant sur des récits, ou bien encore l'éthique du *care* qui est issue du féminisme et dont Carol Gilligan (1993) fut l'une des pionnières. L'éthique de la sollicitude et le *care*, qui proposent une approche centrée sur les vulnérabilités et leur reconnaissance non seulement ontologique mais aussi économique, sociale et surtout politique, entendent répondre chacun à leur manière aux apories de ces deux grands modèles.

Pour témoigner de ces positionnements de l'éthique médicale il nous semble intéressant de présenter le texte relatif à l'enseignement de l'éthique dans le dernier décret paru (Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, 2013). Il y est affirmé que pour l'étudiant en médecine :

« Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, de membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité. » (Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, 2013, art.5)

Des termes importants relatifs à notre problématique sont employés : communication, coopération interprofessionnelle, responsabilité éthique... Dans les situations de stage, il est dit dans cet Arrêté que l'étudiant pourra y poursuivre « l'apprentissage de la réflexion éthique » auquel devra veiller son référent de stage (2013, art. 9). Pour le stage ayant lieu chez le praticien généraliste l'un des objectifs principaux est « d'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale » et « d'appréhender les notions d'éthique » (2013, art. 14).

Les annexes à ce document sont instructives. Dans la compétence dite clinique on retient que l'étudiant doit apprendre à tenir compte dans sa démarche décisionnelle « des souhaits, des représentations et des compréhensions du patient et de son environnement éthique et culturel » (2013, Annexe I, A). De même dans la compétence de communicateur, on précise la place de l'entourage du patient, qui doit faire l'objet d'une attention particulière et le rôle de la communication non verbale dans la relation. Il s'ensuit que le futur médecin doit au terme de cet apprentissage « établir une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie » et qu'il doit « apprendre à gérer son stress et celui des autres acteurs » (2013, Annexe I, B). En tant que coopérateur et membre d'une équipe soignante pluri professionnelle, il « connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique » et « participe avec application aux activités d'une équipe interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions » (2013, Annexe I, C). Toutes ces recommandations traduisent donc une injonction à former les étudiants à une rencontre avec le patient, tenant compte des représentations du patient, de son état émotionnel, de ses attentes, et cela dans le cadre d'une collaboration avec d'autres professionnels de santé. On ne peut cependant se départir, à la lecture du document, du sentiment que le législateur a produit un texte un peu « fourre-tout », rassemblant dans ces dispositions réglementaires tout ce qui n'est pas strictement bioclinique, en mélangeant un peu tout dans une forme de « supplément d'âme » à bon marché.

Le cinquième paragraphe de l'Arrêté regarde directement la formation des étudiants à l'éthique (2013, Annexe I, F) :

« Responsable aux plans éthique et déontologique, l'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme :

- Il connaît et respecte les principes de la déontologie médicale ;
- Il respecte la confidentialité des patients et fait preuve de sensibilité et de respect par rapport aux droits, aux opinions et à la diversité des patients ;
- Il prend en compte et agit en faveur d'une plus grande sécurité des soins au patient ;

- Il connaît le cadre médico-légal qui régit la pratique médicale, notamment en matière de dignité de la personne, des problématiques de fin de vie, de consentement éclairé aux soins et de respect des éléments et produits du corps humains ;

- Il est sensibilisé à l'éthique de la santé et de la recherche en matière de divulgation, conflits d'intérêts, protection des personnes et relation avec l'industrie ;

- Il est responsable de ses interventions auprès des patients ».

On note que le terme d'éthique se double immédiatement de celui de déontologie. Si on mentionne ici le comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public, on remarque que ce comportement est toujours pensé au regard du cadre réglementaire et légal. La déontologie est le critère premier, le respect est envisagé sous l'angle du droit du patient, le cadre médico-légal est relié directement à la dignité de la personne. La pratique de l'éthique qui est proposée semble correspondre plutôt à l'obéissance à la loi dans une perspective formaliste, et cette conception jette une ombre portée sur les diverses mentions de la place de l'éthique déjà rapportées.

En conclusion de ce chapitre consacré à l'objet de l'éthique médicale, cette dernière apparaît être un champ conceptuel assez large, rassemblant des pratiques variées allant de la bioéthique elle-même à la qualité de la relation entre le médecin et le patient. Les textes réglementaires aux études médicales la présentent du moins selon cette dernière acception. Pour honorer cet objet, certains préfèrent se concentrer sur des aspects légaux et réglementaires : il s'agit alors de résoudre les « problèmes » que le patient traîne avec lui en tant qu'être doué de raison et retenu comme autonome. D'autres s'inspirant de l'utilitarisme, développent une approche au cas par cas, ayant pour conséquence le sacrifice des cas minoritaires qui ne permettent pas de maximiser le bien-être du plus grand nombre. D'autres encore sont centrés sur les émotions, la sollicitude, la vulnérabilité retenant qu'au cœur de la médecine hippocratique, il y a l'écoute du patient, l'émergence d'un lien de confiance, la co-construction d'un projet de soin et de vie... Pour parvenir à ce dialogue sincère entre le patient et le médecin au sein de la tempête de la maladie et la souffrance, pour permettre l'auto construction de soi dans l'épreuve même si l'issue est fatale, nous nous prononçons en

faveur d'une éthique des vertus du médecin, sans pour autant vouloir que celle-ci ne devienne un nouveau carcan.

1.1.3 Éthique médicale et éthique des vertus.

A partir des développements précédents, comment revisiter l'agir médical comme procédant d'habitus acquis dans l'enseignement et l'apprentissage tout au long des années, au contact avec les maîtres et les patients ?

Comme le note Jean-Jacques Wunenburger (1993) commentant une phrase de Nietzsche au sujet du *télos* :

« Sans cette aspiration primitive, l'éthique risque de se mouvoir uniquement dans la sphère restreinte d'une obéissance à une obligation, qui caractérise si bien une certaine morale puritaine (catholique ou protestante), surtout au 19^e siècle. Il n'est pas étonnant qu'elle ait suscité, en retour, chez Nietzsche par exemple, une vigoureuse exaltation des aspirations héroïques, qui pousse les hommes à rechercher leur propre dépassement. Car la vie veut s'élever et en s'élevant se surmonter » (p. 47).

Wunenburger rapporte cette expérience commune, qui procède de notre point de vue plus d'une évidence que d'une démonstration, de la finalité sous-jacente à tout agir. Nous prenons le parti d'affirmer qu'à la source de l'éthique clinique, comme de toute question éthique, il y a cette question de la finalité. Nous pouvons ici reprendre les mots de Célis, professeur de philosophie à Lausanne (2006) :

« Certes, nous n'ignorons pas que, pour nombre de médecins, la question du "sens" de la maladie n'a pas de sens. Que la maladie, comme Hippocrate l'eût déjà compris, soit l'expression d'une étape critique dans l'histoire du patient, exigeant une décision et réclamant la production d'une situation nouvelle – formellement, c'est cela son "sens" – voilà ce à quoi peu de praticiens accorderaient une importance thérapeutique. Pour de multiples motifs, le principal et le plus évident étant que, vraie ou fausse, la question du sens est considérée comme dépourvue d'utilité. À juste titre d'ailleurs. Car le sens, tout comme la vie, sont tous deux inutiles. Ils n'ont pas de pourquoi et sont désirés pour eux-mêmes (...) Dès lors, si la recherche d'un "sens" n'explique pas la vie, elle n'en est pas moins indispensable pour concevoir ce qui la meut de l'intérieur, interdisant son homéostasie et provoquant sa continuelle et périlleuse métamorphose » (2006, p. 16-17).

Rencontrer un professionnel de santé, dans un moment de sa vie où des symptômes nous inquiètent et nous affectent ou nous angoissent (douleur, diminution de l'usage de certaines

facultés), représente un enjeu majeur de notre existence, au-delà des simples considérations de santé. C'est un temps unique pour revoir la hiérarchie de nos valeurs ou mieux de nos finalités. Affecté par la maladie, nous pouvons nous poser des questions quant au sens, à la direction même de notre vie. Qu'est ce qui compte pour nous dans notre vie ? Ce que nous avons poursuivi jusque-là, reconnaissance professionnelle, aisance matérielle, jouissance, tout peut être interrogé et réévalué. Si la question du sens à donner à notre agir, de la finalité ou des finalités qui sous-tendent nos choix, est importante pour le patient, elle l'est tout autant pour le médecin.

Le médecin peut être à la fois le témoin et l'accompagnateur de ce changement intérieur, non pas par son discours ou ses leçons, mais par sa présence aidante, son écoute patiente, sa capacité à partager ce moment de vie privilégié. C'est là sa fonction première, sa fonction soignante. Dans les sociétés traditionnelles, il a le rôle d'un sage : il est celui que l'on vient consulter au pied de l'arbre, qui accompagne et qui comprend. Le film *La maladie de Sachs* (Deville, 1999, 1h47), tiré du livre éponyme de Winckler (1998) met en scène le quotidien d'un médecin de campagne à l'écoute de ses patients. Il reçoit un homme qui accompagne sa femme jusqu'au bout, un confrère en perdition, ou encore une adolescente que sa mère a amenée de force. Dans le cas de la mère et de sa fille par exemple, le docteur Sachs par son écoute, son courage, son bon sens, remet à sa place cette mère qui empêche sa fille de voir son père au prétexte que le couple s'est séparé. Il permet ainsi à cette jeune femme d'acquérir son autonomie. Cette question de la finalité de l'agir médical, qui constitue une part de la moralité de l'acte, se trouve en d'autres termes sous la plume des pédagogues, en particulier ceux qui défendent un certain courant de l'approche par compétence en pédagogie, l'Approche par compétences intégrées (APCi). Ainsi Parent et Jouquan (2013) écrivent :

« Pour autant, la nécessaire centration d'un référentiel de compétences sur les composantes de l'action ne doit pas réduire le caractère éthiquement acceptable des pratiques professionnelles à la simple adaptation aux imprévus ou à la contingence de l'action humaine. Elle ne doit notamment pas conduire à occulter que l'éthique fait fondamentalement référence à l'exigence de rendre explicite ce au nom de quoi il est légitime d'agir. En l'occurrence, il en va de la finalité et de l'orientation générale du soin ou de l'agir en santé » (p. 167).

Il est d'autant plus urgent de répondre à cette question à l'heure de la technoscience où presque tout ce qui est envisageable techniquement devient réalisable concrètement au risque pour nos sociétés de jouer les apprentis sorciers. En effet, selon Folscheid (1996) :

« Contrairement à ce que croit l'opinion commune, ce sont d'abord les fins et non les moyens financiers qui posent aujourd'hui problème. Il est de la plus haute importance de revenir sur la question de l'essence de la médecine. » (p. 501)

S'intéresser à la question de la finalité pour soi et pour les autres, dans un travail de réflexion à la fois individuel et collectif, est donc une activité essentielle à laquelle il nous faut revenir. Ce n'est qu'une fois la réponse à cette question apportée qu'un juste discernement sur les moyens à mettre en œuvre pourra avoir lieu. Ce discernement sur les moyens à réaliser dans l'action relève chez Aristote proprement de la vertu de prudence ou *phronêsis*. Parmi les vertus cardinales, c'est une vertu essentielle. Définie comme la raison droite appliquée à l'action, elle permet de s'adapter en situation, et donc pour ce qui nous intéresse d'être dans un rapport juste avec le patient. Comme le note Célis, dans un travail sur l'éthique médicale (2006) :

« À supposer qu'il ait appris à faire un usage concret et rigoureux de son savoir spécialisé, la vertu qui fait généralement défaut au médecin-expert n'est autre que ce qu'Aristote nommait la *phronêsis* : l'approche circonspecte de ce qu'il convient d'entreprendre face à une situation biographique particulière dont le sujet souffrant, de surcroît, n'est plus en mesure d'assumer et de dépasser les difficultés sur la base de ses seules ressources » (p. 9).

Trois éléments essentiels sont à l'œuvre dans l'exercice de cette vertu. Outre la considération de la situation sous ses multiples aspects, la discussion en vue de l'action, qui est un acte de délibération, relève aussi de la vertu de prudence. À cette même vertu se rattache encore la capacité de tenir cette décision dans le temps de l'action. De cette manière le sens de sa responsabilité est le témoin de cette décision prise et mise en œuvre dans le temps par le sujet. Beauchamp et Childress (2008) présentent eux aussi parmi les vertus propres du médecin ce qu'ils nomment le discernement :

« La vertu de discernement traduit une perspicacité sensible, un jugement avisé et une compréhension de l'action. Le discernement implique la capacité à juger et à déboucher sur des décisions sans subir l'influence de

considérations superflues, de craintes, d'affections personnelles etc. »
(p. 60).

Nous pouvons approfondir quelque peu cette analyse. Dans sa présentation de la vertu de prudence Thomas d'Aquin (Thomas d'Aquin, Somme théologique, Ia, IIae, questions 47 à 56) affirme que cette vertu perfectionne la faculté de cognition mais n'est pas pour autant une vertu intellectuelle car la raison ne poursuit pas ici la connaissance pour elle-même mais pour l'action : il s'agit de mettre en œuvre les moyens en vue de l'action et au cours de l'action après avoir discerné une fin. Comme le note un commentateur de la philosophie morale de Thomas d'Aquin :

« Cela indique que l'applicabilité de nos jugements fait partie de la vérité morale du jugement, puisque nous sommes ici dans une vérité de l'action. Il s'agit de la raison pratique et non de la raison spéculative. La possibilité de mise en œuvre du jugement compte tenu de la capacité morale du sujet dans les circonstances singulières où il se trouve fait partie de la vérité morale du jugement. Un jugement inapplicable est moralement un jugement faux. Il peut être spéculativement parfait et moralement faux. » (Dubrulle, 2016, p. 47).

Dans l'exercice de la vertu de prudence, Thomas d'Aquin distingue les trois actes déjà cités, le conseil, le jugement et le commandement. Il souligne plusieurs vertus dont l'exercice est aussi lié à la vertu de prudence. C'est le cas de l'expérience et de la mémoire en ce qu'elles permettent de nourrir le discernement par ce qui a été reconnu dans la plupart des cas (*Somme théologique*, Ia, IIae, questions 49, article 1). Parce que la prudence porte sur les moyens à employer et qu'un moyen tire sa raison d'être de la fin qu'il permet d'atteindre, l'exercice de la prudence nécessite aussi la capacité à raisonner en situation (article 2). Une autre vertu reliée à la prudence est celle de docilité. Il appartient à la docilité de bien se laisser instruire. Prendre l'avis de personnes d'expérience qui savent reconnaître dans une situation les enjeux fondamentaux permet d'éclairer son jugement (article 3). La personne prudente fait aussi preuve de sagacité. Elle trouve par elle-même les solutions, et ceci n'est pas en contradiction avec le fait d'être docile. Déterminée à atteindre son but, elle reconnaît rapidement ce qu'il convient de faire. Aristote parle en ce sens de *eustochia* qui inspire l'heureuse conjecture en toute chose (article 4). La personne prudente est aussi prévoyante par nature, elle considère tout ce qui va être nécessaire pour atteindre la fin voulue. Cette capacité a son importance car

elle permettra à la personne qui se trouve dans une situation complexe d'employer un moyen qui ne sera pas rendu inefficace ou néfaste par la suite d'autres événements (article 5). Autre vertu qui se rattache à la prudence, la circonspection qui est à proprement dit le regard périphérique que l'on porte dans l'action, cette adaptation permanente aux circonstances variables et mouvantes de la situation (article 7). Enfin l'attention précautionneuse est ce qu'on trouve dans l'adage « *primum non nocere* » en médecine, ce que d'aucun appelle le doute, cette capacité à envisager le pire pour l'anticiper (article 8). Chez Thomas d'Aquin il faut remarquer que la prudence est précédée dans la vie morale par l'amour : « on dit de l'amour qu'il discerne en tant qu'il pousse la raison à discerner. » (Somme théologique, Ia, IIae, questions 47, article 1)

« L'amour meut la raison pratique. Juger, c'est aimer, et le jugement doit venir de l'amour pour conduire à l'amour. » (Dubrulle, 2016, p. 48).

C'est là un point essentiel. L'amour vise la fin, et en ce qu'il vise la fin, il meut la raison. La fin qui est appréhendée par l'amour vient « informer, nourrir, alimenter, orienter le travail de la prudence ». (Dubrulle, 2016, p. 49). La prudence est impérée par l'amour selon le mot de Thomas d'Aquin.

Si nous revenons à Beauchamp et Childress, ils notent aussi parmi les vertus du praticien la compassion, la loyauté, l'intégrité et un caractère consciencieux. Ces vertus soignantes ne sont pas recherchées de façon solipsiste par l'individu comme un ornement de l'âme qui flatterait son ego. Elles sont à la fois la condition et l'expression d'une relation de qualité avec le patient. Elles adviennent au sein même de cet échange et de cet accompagnement où l'un et l'autre sont transformés par la rencontre.

Reprenant les analyses de Thomas d'Aquin, tentons encore de rattacher sans exhaustivité un certain nombre de vertus qu'il expose dans son travail de synthèse à l'art médical (Thomas d'Aquin, Somme théologique, Ia, IIae, questions 56 à 170). La vertu de justice consiste à rendre à chacun ce qui lui revient. Elle permet une vie sociale conforme à la raison. On trouve diverses vertus rattachées à la vertu de justice, comme le respect, la correction fraternelle ou encore le fait de dire la vérité. Concernant le respect Thomas, à la suite d'une longue tradition, considère qu'il est dû à celui qui gouverne :

« [Le respect] appartient à ceux qui sont constitués en dignité de gouverner leurs sujets. Gouverner c'est pousser certains hommes vers la fin requise : ainsi le pilote gouverne le navire en le conduisant au port. (...) En raison de sa fonction de gouvernement on lui doit le culte, qui consiste en une certaine déférence, en ce qu'on lui obéit, et en ce qu'on répond à ses bienfaits selon qu'on le peut » (question 102, article 2).

Cette déférence se nomme respect et il est donc dû à celui qui est dépositaire de l'autorité. Si l'on suit ce raisonnement en médecine le respect est donc dû au patient en raison de l'autorité qu'il détient en tant que sujet libre, sujet qui se trouve dans un processus d'autonomisation à l'instar de chaque personne. Le médecin est à son service, œuvrant pour l'autonomie (ou *empowerment*) du patient. On renverse donc la perspective grâce à l'analyse de Thomas sur la question de qui est dépositaire de l'autorité dans la relation patient-professionnel de santé.

En médecine il s'agit aussi de travailler en équipe. Une autre des vertus intégrantes de la justice est la « correction fraternelle » (Thomas d'Aquin, Somme théologique, Ia, IIae, question 33, article 1). Parce qu'elles portent préjudice aux patients ou au bien commun certaines actions de collègues peuvent apparaître comme intolérables ou simplement inadaptées. Il faut savoir se positionner et pointer de façon constructive ces dysfonctionnements. Dire la vérité enfin est aussi une partie intégrante de la justice, elle permet le rapport équitable entre le médecin et le patient, ce que le mensonge empêche fondamentalement. La vertu d'*epikie* elle aussi se rattache , à la justice. Elle consiste à déroger à la règle pour permettre l'application d'un principe supérieur en vue du bien : « *parce que les actes humains pour lesquels on porte des lois consistent en des cas singuliers et contingents, variables à l'infini, il a toujours été impossible d'instituer une règle légale qui ne serait jamais en défaut.* » (Thomas d'Aquin, Somme théologique, Ia, IIae, question 120, article 1).

D'autres vertus sont bienvenues chez le médecin. La vertu de force ou courage nous entraîne à faire face aux difficultés, pour les surmonter lorsqu'elles peuvent et doivent l'être en vue d'un bien à préserver. C'est certainement une des vertus avec la persévérance que les études médicales favorisent le plus, en raison de la difficulté et de la lourdeur de la tâche. Rattachée à la vertu cardinale de tempérance, l'humilité tempère et refrène l'esprit pour qu'il ne tende pas de façon immodérée aux choses élevées (Thomas d'Aquin, Somme théologique, Ia, IIae, question 161, article 1). Cette vertu est utile à tous mais particulièrement à ceux qui peuvent

par leur art soulager la douleur ou redonner vie à ceux qui sont épuisés par la souffrance et l'angoisse. Une forme d'orgueil pourrait en jaillir comme aussi celle tirée de la maîtrise du geste chirurgical ou de la précision du diagnostic.

Dans cet échange et ce dialogue entre deux personnes humaines, les vertus du médecin rencontrent celles du patient, et en premier lieu la patience elle-même. Célis (2006) écrit :

« La patience est la vertu qui permet au sujet de prendre la mesure de soi dans l'étirement conflictuel de la crise, de s'auto-affecter en se réorganisant, de mobiliser sa liberté créatrice. Le patient en voie de guérison ne retourne donc pas à la situation d'avant la crise, à la "case de départ" d'avant la maladie. Mais il se décide pour une autre forme de santé. C'est le gouvernement de cette traversée pathique que sert l'acte médical lorsqu'il s'applique à suivre, au chevet du malade, les méandres parcourus par le processus morbide, pour en favoriser le dénouement positif » (p. 16).

On enseigne en faculté à des jeunes gens pétris pour la plupart de bonnes intentions mais souvent sans grande expérience de la vie. Ici prend place cette dimension essentielle qu'est le temps, durant lequel la raison peut se frayer un chemin. Face à la répétition des erreurs et leurs conséquences, si on apprend à réfléchir sur ce vécu, il est possible de se forger de l'expérience qui avec les années prend la forme de la sagesse. Il est intéressant d'écouter des médecins qui ont eu un long exercice, qui ont reçu tant de patients, accumulé un tel savoir et qui ont été capables de s'interroger sur leur pratique. Ils sont enclins à parler des vertus du bon médecin, de ces savoirs être qui se manifestent dans des gestes du quotidien, des attitudes de respect et d'écoute. Il convient de permettre aux jeunes générations de faire elles aussi ce chemin pour croître ainsi en humanité.

Mais comment aujourd'hui favoriser chez les étudiants l'émergence de ces bonnes dispositions dans l'agir ? Si la vertu s'enseigne, comment le faire dans le contexte de nos CHU et des facultés de médecine ? Le nombre d'étudiants, d'externes en particulier au sein d'un même service, la lourdeur des tâches administratives pour les chefs et leurs collaborateurs directs, le peu de temps consacré à l'apprentissage direct du savoir être, que ce soit avec les malades ou avec les équipes soignantes, tout cela rend difficile un développement des vertus. On s'intéresse à la question de la finalité d'un geste, d'un acte, d'une parole et donc de l'intention qui anime le sujet. Cela est de l'ordre de l'intime, du choix des personnes, ce qui les a conduits au métier du soin, de l'idéal qui les anime encore

aujourd'hui. Où trouver les espaces psychiques et le temps matériel même pour poser ces questions, pour réfléchir ensemble à ces enjeux ? La question est de nouveau posée de l'opérabilité de cette théorie de l'éthique des vertus. Si ce système est séduisant car il fait la part belle à la fois au désir de l'individu et au travail de la raison, dans un regard optimiste porté sur l'être humain, un tel programme peut-il être mis en œuvre ?

En conclusion de ce chapitre consacré au champ de l'éthique nous nous situons dans notre travail comme résolument eudémoniste, c'est-à-dire attaché à l'idée que c'est la poursuite du bonheur en tant qu'objet digne de l'être humain, qui détermine la moralité des actes. Nous défendons une vision critique vis-à-vis des approches normatives faisant de l'obligation morale un élément clé de l'éthique. À ce stade de notre réflexion il convient maintenant d'aborder un élément important dans cette approche anthropologique qui sous-tend notre démarche pédagogique, c'est la place réservée aux émotions dans la construction des vertus, et des vertus du médecin en particulier.

1.2. La place des émotions dans l'organisme moral.

1.2.1. Émotions et sentiments.

Nous allons maintenant présenter l'organisme psychique de l'être humain, et nous exposerons la problématique de la place des émotions dans la vie morale.

Nous considérons que le champ moral, en tension et en recomposition constantes autour de concepts et de réalités humaines, peut constituer en lui-même un ensemble vivant, un organisme, avec une logique de développement qui s'apparente au vivant, avec des puissances natives, l'autoconservation de soi et de l'espèce, la raison et la volonté, capables soit de croissance soit de régression. La raison doit par exemple être alimentée par l'étude et la réflexion pour parvenir à son plein développement. Cette instance que nous dénommons « l'organisme psychique » est le composé de la raison d'un côté et de la vie affective de l'autre, même s'il s'agit non pas de les diviser mais de les distinguer. Elles sont dans une réelle continuité l'une par rapport à l'autre et sont toutes deux dans une connexion permanente avec le corps, la sensibilité tout particulièrement. On donnera à cet ensemble constitué de la raison et de l'affect le terme d'âme, « psyché », à savoir l'âme intellectuelle dans la tradition aristotélicienne. Les émotions, que nous avons déjà rapidement abordées, se situent dans le complexe dynamique propre à l'être humain, être à la fois composé de corps et

de raison où à l'interface de ces instances se situe la vie affective, faite de sensations, d'émotions, de sentiments. L'émotion apparaît communément comme un mouvement affectif soudain et intense entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu (Juillet, 2000). Par contraste, le sentiment est la composante de l'émotion qui implique chez l'animal supérieur ses fonctions cognitives et qui produit une connaissance immédiate. Si on veut insister sur leurs différences, les émotions sont brèves et publiques, elles se manifestent par des mouvements corporels, elles se distinguent des sentiments qui sont durables et privés et qui appartiennent beaucoup plus à l'intimité de la pensée.

Damasio (1999), au cours d'un entretien, précise la distinction qu'il fait entre émotions et sentiments qu'il établit dans son ouvrage *Le sentiment même de soi* :

« Dans *Le Sentiment même de soi*, j'insiste longuement sur la distinction qu'il faut faire entre émotions et sentiments. Les gens ont tendance à confondre ces mots et à utiliser l'un pour l'autre. Mais pour bien comprendre la pensée humaine, il faut les distinguer. Les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par des mouvements des muscles du visage, comme les expressions faciales de joie, de colère, etc., ou du corps, comme un mouvement de fuite ou une posture agressive. D'autres sont des actions internes, comme celles des hormones, ou du cœur, ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon "publiques", on peut les mesurer, les étudier. Les sentiments, en revanche, sont privés, subjectifs. Ils sont ressentis par l'individu et lui seul. Il ne s'agit pas de comportements mais de pensées. Cette distinction est très importante pour comprendre que le sentiment est une conséquence de l'émotion. Si quelque chose nous surprend, on ne ressent pas le sentiment de surprise avant de vivre l'émotion de surprise » (Chapelle, 2001, p. 280).

On l'a dit les émotions se présentent la plupart du temps comme des réactions automatiques aux stimuli de l'environnement. L'attachement à ce qui est agréable est une émotion positive qui est l'expérience même de plaisir ; au contraire, l'aversion vis-à-vis de ce qui est désagréable procure des émotions négatives, sensations de déplaisir comme la peur, la colère, la tristesse... Qu'elles soient positives ou négatives ces émotions nous sont utiles car elles nous indiquent dans quelle mesure nos besoins sont satisfaits. En effet, le plaisir est un révélateur de ce que nous reconnaissons subjectivement comme des valeurs. Encore une fois nous distinguons sans diviser ces deux réalités que sont les émotions et la raison. Une personne démente est privée de sa capacité de raisonner, elle tient des propos incohérents, elle

pose des actes absurdes. Mais elle perçoit le bain émotionnel par lequel elle peut être environnée. Ainsi les patients souffrant de la pathologie d'Alzheimer sont sensibles à la tonalité d'une voix, aux sourires etc...

Cependant certains auteurs sont tenants d'une réelle méfiance à l'égard des émotions, jusqu'à les séparer, voire à les opposer à la raison : la vie morale se résumerait-elle à des ressentis, une empathie débordante, un sentiment d'amour universel ? Ces mouvements internes ne sont-ils pas plutôt des obstacles voire des ennemis du sage, et s'en dépendre n'est-il pas l'objet même du travail sur soi de l'ami de la sagesse ? Dès l'Antiquité la question du mode de traitement des émotions s'est posée. Pour les tenants du stoïcisme l'affect est plutôt envisagé comme une impulsion excessive dont l'individu doit se détourner. Dans l'amour-éros ce qui est exclu c'est le désir charnel. La passion amoureuse en toute relation sexuelle est bannie. L'eros est digne de louanges seulement s'il consiste à se faire des amis de ceux dont la beauté naturelle manifeste la vertu (Fiasse, 1999). Ainsi, dans cette logique, l'être humain doit se soustraire à la domination des émotions pour se livrer au seul exercice de la raison. L'ataraxie est synonyme de paix de l'âme car elle consiste en l'absence d'affect envers les biens non nécessaires, par exemple ceux qui relèvent du corps, comme la nourriture en excès ou l'attraction sexuelle lorsqu'elle est tournée vers le plaisir, voire la débauche. Dans cette ligne qui se veut critique à l'égard de la sensibilité, Descartes présente une anthropologie au regard des émotions dans son ouvrage *Des passions de l'âme* publié en 1649. Émotions et passions se confondent dans le vocabulaire de Descartes (Neuberg, 1990). Tenant d'une dualité stricte entre le corps et l'esprit (nous employons ici le terme esprit au sens de siège de la raison, équivalent de l'âme intellectuelle déjà évoquée) Descartes (1649) affirme que les émotions et les sentiments tout particulièrement ont leur siège dans la partie pensante de notre être, l'âme :

« Les perceptions qu'on rapporte seulement à l'âme sont celles dont on sent les effets comme en l'âme même, et desquelles on ne connaît communément aucune cause prochaine à laquelle on puisse les rapporter ; tels sont les sentiments de joie, de colère, et autres semblables » (Art. 23).

A contrario, les sensations corporelles se limitent à ce qu'on appellerait aujourd'hui des états motivationnels (Ford, 1992). Selon Descartes (1649) :

« Les perceptions que nous rapportons à notre corps ou à quelques-unes de ses parties sont celles que nous avons de la faim, de la soif et de nos autres

appétits naturels ; à quoi on peut joindre la douleur, la chaleur, et les autres affections que nous sentons comme dans nos membres, et non pas comme dans les objets qui sont hors de nous » (Art. 24).

L'âme et le corps constituent ici deux entités séparées qui entretiennent peu de relations entre elles en vue de l'émergence des émotions. Descartes (1649) poursuit :

« Il n'est pas plus nécessaire que notre âme exerce immédiatement ses fonctions dans le cœur pour y sentir ses passions qu'il est nécessaire qu'elle soit dans le ciel pour y voir les astres » (Art. 33).

Cette suprématie de l'âme sur le corps signifie également pour Descartes que l'animal ne ressent pas d'émotions car, dépourvu d'une âme, il ne possède pas la faculté d'éprouver de manière subjective les modifications corporelles et expressives associées à une situation émotionnelle (Luminet, 2002).

On le voit certains courants philosophiques se sont montrés très défiants vis-à-vis des émotions. En son temps, Aristote ne nie pas lui non plus le risque du débordement des émotions sur la raison, l'effet néfaste de la colère, de la luxure ou de l'âpreté du gain sur la conduite de l'être humain. Sous le charme de l'argent ou de la gloire, attachant leur cœur à des fins qui ne sont pas dignes d'eux, les êtres humains développent des habitus qui les conduisent à leur perte morale. Le philosophe écrit dans l'*Éthique à Nicomaque* en 3, 7 :

« La vertu dépend de nous, mais il en est également ainsi pour le vice. Là où il dépend de nous d'agir, il dépend de nous aussi de ne pas agir. Si agir, quand l'action est bonne, dépend de nous, ne pas agir, quand l'action est honteuse, dépendra aussi de nous. Il est également en notre pouvoir d'être vertueux ou vicieux... En menant une existence relâchée, les hommes sont personnellement responsables d'être devenus eux-mêmes relâchés ou d'être devenus injustes ou intempérants » (Aristote, 2).

Attachons-nous à repérer les émotions propres aux vertus selon Aristote. Il développe par exemple l'idée de *catharsis*. Il emploie ce terme pour souligner les effets procurés par la vision d'une tragédie dont les événements reproduits sur la scène conduiraient le spectateur à s'identifier à ce qui est représenté. Celui-ci passerait par les émotions vécues par les personnages dans une mise en scène où le combat entre le bien et le mal est toujours incertain, où l'héroïsme est de mise, où la vertu triomphe toujours. Par cette identification, le spectateur peut se libérer de ses propres affects désordonnés. Aristote note aussi l'importance de

l'émotion dans le discours. En second lieu, dans son ouvrage *la Rhétorique* il cherche à déterminer les leviers d'un discours persuasif. Parmi les éléments essentiels il constate qu'on croit plus volontiers quelqu'un qui parvient à susciter en nous des émotions positives que quelqu'un dont le contenu du discours est uniquement empreint de raison ; de même on reconnaît habituellement plus de valeur aux arguments d'un orateur dont les émotions s'apparentent aux nôtres. Être en empathie avec son auditeur ou son auditoire constitue dès lors une condition importante pour convaincre l'autre du bien-fondé de sa position. Enfin, Aristote souligne aussi le lien entre cognition et émotion : ressenti et connaissance vont de pair, qui entraînent à leur suite jugement et action. Dans l'état de colère par exemple il constate qu'on observe souvent une volonté plus ou moins exprimée de revanche.

L'empathie est aussi à considérer dans le champ des émotions, comme la capacité à être affecté par l'état émotionnel d'un autre individu. Elle détient une place de choix suite aux travaux de Carl Rogers (1961 ; 1973 ; 1978 ; 1992) qui en a fait un des principes de son écoute active et est aujourd'hui requise comme un des indispensables de la relation soignante. Compte tenu de la centralité de ce concept et de ces dynamiques affectives pour notre analyse des dispositifs de simulation, nous consacrons ci-après une étude plus approfondie de l'empathie.

1.2.2. L'empathie

Qu'est-ce qui distingue empathie et sympathie ? De quelle manière l'empathie entre-t-elle dans le champ de la médecine ? En quoi est-il nécessaire de réfléchir sur cette notion pour notre propos ?

Étymologiquement le mot « empathie » est tiré du grec ancien ἐν, dans, à l'intérieur et πάθος, ce qui affecte, ce qui est éprouvé, ce qui fait souffrir, alors que le préfixe συν signifie avec. Empathie et sympathie sont deux concepts assez proches mais qu'on peut essayer de distinguer. Forgé en 1858 par le philosophe allemand Rudolf Lotze (1817-1881), le terme d'« empathie » traduit le mot allemand « Einfühlung » qui signifiait pour Vischer l'interaction qu'un individu entretient avec une œuvre d'art afin d'en comprendre le sens (Vischer, 1873). Cette notion désigne plus généralement le fait d'être éprouvé par ce que l'autre vit. Reposant sur la capacité à être affecté, elle se définit communément comme la faculté intuitive à se mettre à la place d'autrui. Car de cette émotion interne émerge une forme de compréhension

des sentiments et des émotions de l'autre. Nous ne suivons pas ici l'opinion de certains auteurs comme Jorland (2004) qui affirme :

« L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions » (p. 20).

Du moins il s'agit ici de définir des mots qui renvoient à des concepts qui eux nous semblent assez équivalents. Nous parlerons ainsi d'empathie cognitive, qui correspond à l'empathie chez Jorland, et d'empathie émotionnelle qui correspondrait à ce qu'il nomme sympathie. Mais il nous semble que la sympathie, dans l'expérience commune traduite par le langage, présente une autre dimension. La sympathie suppose de prendre part à l'émotion éprouvée par autrui, et de partager ainsi son expérience affective, cela est sûr. Mais la sympathie qu'on éprouve pour l'autre nous paraît avoir pour origine un élément supplémentaire qui est la chose possédée en commun. Prenons des exemples. On pourra éprouver de l'empathie (émotionnelle), qui est ici alors de la compassion, pour une personne à laquelle on annonce un cancer. On pourra éprouver une forme d'empathie émotionnelle dans la joie, comme celle éprouvée par une sage-femme à la naissance de l'enfant par exemple. Cela nous traverse sans pour autant avoir une familiarité avec ces personnes. Mais on éprouvera de la sympathie pour quelqu'un qui a les mêmes centres d'intérêt que nous, le même tempérament, etc. Une sympathie mutuelle pourra même au fil du temps se développer au sein d'une relation médecin-patient car l'accompagnement du malade, les épreuves traversées « ensemble » et l'espoir partagé, créent un bien commun, à l'origine de la sympathie.

La question se pose de savoir si l'empathie est innée ou non. Lecomte (2010, p. 495) affirme que l'empathie émotionnelle est automatique et non intentionnelle et est essentielle dans le partage d'émotions avec autrui ; de même pour Serge Tisseron (2017), un des tenants de la distinction entre ces deux formes d'empathie, l'empathie émotionnelle ou affective et l'empathie cognitive. Selon cet auteur, l'empathie émotionnelle arrive très tôt dans le développement de l'enfant (environ un an) et elle se définit comme la capacité de se mettre à l'unisson des émotions d'autrui. Les nourrissons sont sensibles à la détresse empathique en pleurant en réponse à d'autres pleurs de nourrissons. C'est ici une contagion émotionnelle,

caractérisée par une forme d'indifférenciation entre soi et autrui; de même les bébés se mettent en phase avec l'état émotionnel de leur mère. L'empathie émotionnelle apparaît être une réaction automatique et non intentionnelle. Lorsque nous voyons quelqu'un souffrir nous pouvons nous-mêmes être affectés. A contrario, les psychopathes ou « personnalités antisociales » manquent d'empathie émotionnelle : il leur est difficile d'éprouver des émotions, surtout la tristesse et la peur.

L'empathie cognitive apparaît un peu plus tard dans le développement (environ quatre ans) et permet d'associer les émotions d'autrui à des représentations du monde, différentes des siennes. Elle est la capacité de se représenter les états émotionnels et mentaux d'autrui. Elle correspond à l'intégration progressive de l'individu dans la vie du groupe. Comme le notent des auteurs :

« Interpréter les messages émotionnels véhiculés par les gestes d'autrui et y répondre de façon adaptée constitue l'un des facteurs déterminants de la qualité de notre vie sociale » (Grèzes, & Dezecache, 2012, p. 31).

L'empathie cognitive s'appuie sur la théorie de l'esprit afin de comprendre les émotions d'autrui (Duval et al., 2011). Les psychologues cognitivistes parlent de « théorie de l'esprit » (alors que les psychanalystes parlent de « mentalisation ») pour désigner non pas une théorie, mais l'aptitude cognitive permettant à un individu, à partir d'un stade de son développement, d'attribuer des états mentaux à d'autres individus. Cette fonction permet d'assurer la perception de l'activité mentale d'autrui, la représentation (par l'interprétation des indices comportementaux perçus) de ses états mentaux durant l'interaction au fur à mesure de son déroulement, et également l'anticipation de cette activité mentale grâce à une continuelle production d'hypothèses sur ses états mentaux et intentionnels (Georgieff, 2005).

Que ce soit pour l'empathie émotionnelle ou l'empathie cognitive, l'étude du développement chez l'enfant met en avant les effets des relations interindividuelles sur la vie psychique du bébé. Les interactions entre le bébé et son environnement humain exercent une influence sur le développement fonctionnel du cerveau et de son développement structural (Georgieff, 2008). Ainsi l'activité de compréhension et d'interprétation des actes et des états mentaux de l'enfant par l'adulte (lorsque l'adulte verbalise les peurs du bébé et interprète ses pleurs en les reliant à l'apparition d'un visage étranger par exemple), ce travail de mentalisation donc permet une modification de la vie psychique de l'enfant. Et cette sémantisation de l'activité

psychique de l'enfant est un très probable facteur du développement. L'empathie se cultiverait donc tout au long du développement psychique de l'enfant et de l'adulte par l'interaction qu'il entretient avec les autres.

Les recherches sur l'empathie ont connu un regain d'intérêt inattendu depuis une dizaine d'années à la suite de la découverte des « neurones miroirs », par une équipe italienne (Rizzolatti, Sinigaglia, 2007). Cette découverte a été un argument clé en faveur de la conception des cognitions sociales. Elle est en effet à l'origine de l'hypothèse d'une propriété transitive ou spéculaire du cerveau permettant de générer des configurations d'activité à partir du comportement moteur de son vis à vis, et donc des représentations mentales analogues chez soi et autrui. Par extrapolation ces représentations correspondraient avec les représentations du but supposé, de l'intention, de l'état émotionnel et de la croyance sur le monde en rapport avec ce comportement, à partir de ce qui est observé par le sujet chez son interlocuteur. Ainsi lorsqu'une personne observe l'état émotionnel d'autrui, que ce soit la douleur, la tristesse, le dégoût, cela activerait des parties du réseau neuronal qui traitent ce même état en elle-même... Nous ressentons en miroir les émotions d'autrui. Dans l'échange, empathie émotionnelle et empathie cognitive agissent habituellement de concert et notre discours s'organise en fonction des croyances, des intentions, des représentations du monde et des émotions qui sont prêtées à l'interlocuteur, avec un ajustement constant aux indices que le discours et le comportement de l'autre donnent sur ses états mentaux et émotionnels.

On doit ajouter que des différences interindividuelles existent. Des recherches ont montré une corrélation entre la capacité d'empathie d'un sujet et son taux d'ocytocine (Hubble, 2016 ; 2017). Afin d'évaluer le rôle de l'ocytocine dans les relations sociales, les chercheurs de l'université de Cardiff au Royaume-Uni ont recruté 15 personnes souffrant d'insuffisance hypophysaire et vingt autres présentant un diabète insipide neurogène, également carencés en une hormone proche de l'ocytocine, l'hormone anti-diurétique, ainsi qu'un groupe contrôle de vingt personnes « saines ». Les participants ont ensuite effectué deux « tâches d'empathie », ciblées sur la reconnaissance d'émotions s'affichant sur des visages. Les deux premiers groupes, qui présentent un taux plus faible d'ocytocine, ont moins bien réussi les tâches d'empathie. Selon les chercheurs, la capacité à reconnaître les émotions pouvait être prédite par le taux d'ocytocine mesuré. Ces résultats suggèrent qu'il faudrait s'intéresser aux conséquences de ce déficit pour l'équilibre psychologique des malades souffrant d'un faible

taux d'ocytocine. Toutefois les auteurs précisent que ces résultats préliminaires doivent encore être étayés par d'autres travaux sur un plus grand nombre de sujets. La question est de savoir si c'est l'empathie émotionnelle ou bien seulement l'empathie cognitive qui est affectée ici. La question est d'importance. Est-ce que le déficit d'ocytocine provoque une atteinte cognitive ou bien émotionnelle ? Donc pour le moins, des sujets ayant connu des atteintes hypophysaires ont de grandes chances d'être moins empathiques que le reste de la population. Et si c'est l'empathie émotionnelle qui est affectée, certains auraient-ils de telles carences dès le plus jeune âge ? Par ailleurs, à partir de cette même hypothèse, un environnement chaleureux et empreint d'émotions pourrait-il favoriser le développement hypophysaire et la sécrétion de l'ocytocine ? D'autres recherches doivent donc être menées pour mieux établir en quoi nous ne sommes pas égaux dans nos réactions émotionnelles. Cette affirmation peut être rapportée aussi aux étudiants en médecine, et un des mérites de la simulation est de faire prendre conscience que tout professionnel de santé n'est pas soignant par nature, n'est pas automatiquement empathique et bienveillant.

Dans le champ du soin justement un nom est attaché sans conteste à l'empathie, c'est celui de Carl Rogers. Ce psychologue américain, figure d'une approche thérapeutique centrée sur la personne, est le promoteur de la qualité de la relation établie entre le thérapeute et son patient. Pour Carl Rogers (1961 ; 1973 ; 1978 ; 1992), la source de la connaissance réside dans une expérience immédiate de soi et d'autrui, d'une rencontre où l'expérience de soi et d'autrui convergent et se confirment mutuellement, qu'il nomme « experiencing ». Il conçoit une méthode dans sa thérapie qu'il appelle « understanding », traduit en français par « compréhension ». Cette méthode s'appuie sur l'empathie vis-à-vis d'autrui et sur la congruence avec soi-même. Selon Rogers l'empathie permet de participer dans une sphère intime au vécu d'autrui tout en gardant une indépendance émotionnelle. Il s'agit de s'introduire dans le monde perceptif de l'autre, de façon à repérer les affects de ce dernier, tout en gardant une conscience de sa propre identité comme distincte de l'autre. Il est alors possible de comprendre son comportement actuel ou de prédire son comportement futur. Bien que l'exactitude soit impossible, il n'en reste pas moins possible d'approcher le cadre de référence de l'autre à partir de notre propre champ d'expérience :

« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les

significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si » (Rogers, 1980, cité par Decety, 2009, p.59).

Cela permet au clinicien d'éprouver en partie (émotionnellement) ou de comprendre un tant soit peu (cognitivement) les émotions du patient, afin de pouvoir cheminer vers lui, de pouvoir le rencontrer, notamment en étant capable de lui communiquer cette volonté de compréhension. Il y a donc communication, c'est-à-dire un échange qui se réalise à différents niveaux, comportemental, émotionnel, verbal. Cela s'observe dans les changements chez le patient du fait même de se mettre à son écoute :

« Dans la mesure où les personnes se sentent acceptées et reconnues, elles commencent à prendre de l'intérêt pour elles-mêmes. En étant entendues avec empathie, il leur devient possible d'écouter avec plus de précision le flux de leurs expériences intérieures. » (Rogers, 1980/1988, p. 3).

En étant écouté se développe en moi le sentiment que l'autre s'intéresse à moi parce qu'il sait se taire, et je perçois dans son langage non verbal des signes de compréhension comme un hochement de tête ou un regard attentif. Ce lien de confiance qui naît de cette écoute va créer une alliance entre les deux individus, l'un thérapeute, l'autre malade qu'on appelle alors « l'alliance thérapeutique ».

Il est intéressant de voir que la médecine elle-même s'est saisie de cette approche thérapeutique centrée sur l'écoute, la relation et la confiance. Certains médecins introduisent l'empathie comme un élément qui fait partie des outils thérapeutiques. Ainsi Marco Vannotti (2002) psychiatre et psychothérapeute, propose comme clé de voûte de l'alliance thérapeutique la relation où les deux partenaires s'accordent en partageant leurs pensées et leurs émotions, le médecin pouvant être à l'écoute de la souffrance du patient. En outre, il considère la consultation médicale comme une activité interactionnelle complexe, une entreprise commune à laquelle le médecin et le patient collaborent, même s'ils n'ont pas le même rôle et que revient selon lui au médecin la responsabilité d'articuler les aspects techniques de la pratique médicale et de la gestion de la relation. La compréhension empathique est d'après lui fondamentale car elle augmente la capacité du médecin à répondre aux attentes du patient. Pour Vannotti (2002), même lorsque les médecins refusent d'aborder explicitement les thèmes chargés affectivement lors de leurs échanges avec les patients,

comme la tristesse, la dépression, la peur, ces affects et les émotions participent tout de même à leur relation. Il propose un processus pour guider le médecin dans la relation empathique qui se déroule en six étapes avec la reconnaissance des moments d'émotion, le questionnement du patient sur ce qui se passe, pour ensuite nommer l'émotion et la légitimer, tout en respectant les efforts du patient pour y faire face et enfin lui offrir aide et soutien pour le futur (Vannotti, 2002).

Avant d'aller plus avant faisons une synthèse de ces développements. L'empathie apparaît comme un terme générique qui recouvre des réalités assez différentes. D'une part il existe une empathie émotionnelle, résonance affective chez le sujet des états émotionnels perçus chez autrui, empathie qui peut aller jusqu'à une forme d'identification avec autrui à des degrés différents. D'autre part l'empathie cognitive permet un décryptage analytique de ce que l'autre vit. Le phénomène de miroirs dans l'activité cérébrale permet d'objectiver ces mouvements affectifs, qu'on peut relier au rôle des émotions tel que décrit par Damasio (2006) dans sa théorie des moyens somatiques. L'émotion peut apparaître déjà comme une première réponse d'adaptation au sein de l'environnement dans le développement de l'être humain. Certains comme Vanotti en font un instrument efficace de construction de la relation.

On peut cependant se poser la question de savoir s'il n'y a pas un risque à instrumentaliser l'empathie ? Est-il légitime de la mobiliser comme un outil de communication ? Est-ce éthique d'utiliser les émotions partagées pour permettre au médecin de « garder la main » sur tout, pour subtilement imposer un traitement en somme ?

Cette critique n'est pas la seule qui puisse être adressée au recours aux émotions dans la relation soignante. Les avis sur la place des émotions et des sentiments dans la relation de soin sont souvent tranchés. Certains les bannissent, d'autres les tolèrent, d'autres enfin les encensent comme le cœur de leur pratique soignante. Il en va d'une question à la fois déontologique, de professionnalisme et d'éthique du soin. De nouveau peut-on s'engager sur le terrain des émotions ? Ne réduit-on pas la relation de soin aux sentiments, même si ce sont les bons ? Où place-t-on le travail de la raison qui est la marque de la personne honnête, objective et neutre, froide dans ses pensées, détachée de ses impressions, mesurée dans ses actions ? Le clinicien ne peut se permettre d'être envahi émotionnellement face au patient ... Ne risque-t-il pas de projeter sur le patient ses pensées et ses propres états émotionnels ? Peut-il encore garder la tête froide pour établir son diagnostic ? Est-ce que nous cédon

sentimentalisme ambiant, puissant levier pour mettre en mouvement les foules, que ce soient les hordes de consommateurs ou les masses d'électeurs ?

Le XIX^e siècle a été marqué par l'avènement de la civilisation technique et scientifique accompagnée de ses philosophies positivistes, rationalistes, criticistes qui sont caractérisées par la défiance et la démesure. Un auteur comme Max Scheler au début du XX^e siècle réagit en défendant un spiritualisme mystique et une éthique inspirée par le commandement de l'amour tiré du christianisme. Il affirme que la souveraineté de l'esprit est inséparable de son impuissance créatrice. Face à la morale formelle de Kant qui affirme que la volonté se donne à elle-même sa loi, dans son ouvrage *Six essais de philosophie et de religion*, il soutient qu'« un esprit qui serait réduit à la perception et à la pensée serait par là même absolument aveugle aux valeurs » (Scheler, 1996, p. 90). Pour lui, les seules valeurs authentiques sont celles que l'on peut reconnaître dans les sentiments effectivement éprouvés, et l'affectivité est le lieu spécifique d'une orientation éthique en situation :

« Avant d'être un *ens cogitans* ou un *ens volens*, l'homme est un *ens amans*. La plénitude, les degrés, les variations, la puissance de son amour enveloppe la plénitude, la spécification des fonctions, la puissance de son esprit et son amplitude possible dans son contact avec l'univers [...] Ce à quoi incline son cœur est à chaque fois pour lui le "noyau" de ce qu'on appelle l'essence des choses. Et ce qui s'en éloigne fera toujours l'effet d'une "apparence" ou d'un "dérivé". Son éthos effectif, c'est-à-dire la règle, en matière de valeur, de ses préférences et de ses dénigrements, détermine également la structure et le contenu de sa conception du monde, puis sa volonté d'attention aux choses ou de domination sur elles » (p. 64).

Pour Scheler c'est de l'amour, de l'attachement aux êtres et aux choses que la connaissance procède chez l'être humain et non l'inverse. Le discernement affectif est au centre de cette doctrine. Loin d'être aveugle, l'amour est la lucidité même. Par lui l'être humain découvre le sens des choses. Dans cette conception de la morale, la connaissance axiologique est considérée comme dépendante avant tout de nos émotions et de nos sentiments. Mais n'est-il pas un peu risqué de faire de l'amour le critère ultime du jugement moral ? Ne réduit-on pas alors l'éthique à l'émotion ? Cela pourrait avoir pour conséquence un relativisme et une instabilité des biens et des valeurs et *in fine* un renforcement des individualismes. Le théologien Verspieren (2008) met en garde contre ces écueils :

« Il ne s'agit pas de récuser l'émotion, ni de trop l'opposer à la raison. Elle peut soulever le couvercle de l'indifférence, rendre attentif à la souffrance d'autrui, susciter l'indignation devant l'injustice. Mais elle est facilement manipulable, peut se retourner en son contraire et, sous couvert d'attention à autrui, conduire au rejet de celui-ci. C'est spécialement le cas pour la pitié. La peine éprouvée devant le spectacle offert par la personne en souffrance conduit spontanément au souhait de l'apaisement de cette souffrance. Mais, si elle ne prend pas la forme d'une véritable compassion, de l'acceptation de vivre soi-même avec cette peine et de rester en relation avec la personne éprouvée, elle conclut au caractère insupportable de la souffrance. Insupportable pour l'autre, mais aussi pour soi-même. Ce qui conduit à détourner le regard ou à désirer que des décisions soient prises pour ne plus être soi-même affecté par une telle vision » (Vespieren, 2008, p. 152).

Vespieren s'exprime ici au sujet du cas controversé de madame Chantal Sébire qui milita pour que lui soit appliquée une euthanasie active sur le territoire français. Des lobbys en faveur de l'euthanasie portèrent sur la place publique le drame vécu par cette femme et des journaux s'emparèrent de son cas tragique pour saisir l'opinion sous le coup de l'émotion. Dans un autre domaine, celui de la justice, cette dictature des émotions est un fléau. Les magistrats et les jurés de Cours d'Assises peuvent céder à une pression médiatique qui se fait la caisse de résonance de l'indignation et la colère de simples citoyens mais aussi là encore de lobbys et de personnages en mal de publicité. Bensussan et Rault (2002) témoignent :

« La répression des abus sexuels sur mineurs exige un haut niveau de vigilance. Mais il faut que cessent de prospérer les manœuvres inconscientes, la suspicion hallucinée et la vindicte haineuse à cause desquelles des victimes innocentes demeureront à jamais marquées par le fantasme ou la calomnie. Et il ne sera sans doute pas indifférent de percevoir que, dans ces affaires, l'enfant enjeu, l'enfant leurre, est toujours et dans tous les cas la première et inévitable victime de cette folie des adultes » (p.11).

Sous prétexte de compassion, on s'expose aux sophismes et aux manipulations. C'est le mal de nos démocraties d'être sujettes à des chocs d'opinion qui peuvent faire vaciller la raison et le bon sens. Dans de telles sociétés, la médecine doit-elle accéder à cette mode d'un humanisme facile, de l'écoute de l'individu dans sa singularité comme remède à tous les maux ? C'est précisément la critique que Foucault (1963) adresse à une certaine éthique médicale :

« Cet accès à l'individu, nos contemporains y voient l'instauration d'un "colloque singulier" et la formulation la plus serrée d'un vieil humanisme médical, aussi vieux que la pitié des hommes. Les phénoménologies acéphales de la compréhension mêlent à cette idée mal jointe le sable de leur désert conceptuel ; le vocabulaire faiblement érotisé de la "rencontre" et du "couple médecin-malade". » (Préf. p. X-XI).

Pourtant peut-on évacuer pour autant les émotions du patient comme celles du soignant de la relation de soin ? Le ressenti qui traverse et détermine en partie les pratiques du professionnel de santé est-il à exclure du champ professionnel ? Cela ne relève-t-il pas du *prendre soin* de celui qui souffre (*care* en anglais) ? Sans ce *prendre soin*, y a-t-il un soin, au sens technique du terme (*cure* en anglais) qui vaille ?

C'est par le canal de la douleur ou a minima du symptôme invalidant que la maladie se manifeste au sujet. Celui qui éprouve ce changement, passant de l'état de bien-portant à celui de malade, connaît alors la souffrance, réalité psychique qui peut se doubler et être potentialisée par la douleur. Cette souffrance a pour origine l'inquiétude pour soi, ses proches et peut être aussi la réactivation du souvenir de situations traumatiques déjà connues par le passé. L'imaginaire se déploie alors comme un feu et projette des ombres gigantesques sur l'avenir. Dans ce cas, accueillir la personne en souffrance, c'est faire droit à la fois au corps mais aussi au cœur et à l'esprit. D'autre part on ne peut réduire l'art médical à la maladie. La médecine peut être aussi du côté de l'accompagnement de la venue au monde d'un enfant. Là encore les émotions sont à prendre en compte, l'espoir, la joie, le bonheur des parents sont à écouter, à partager. Dans la peine comme dans la joie, le patient peut-il se contenter d'avoir un technicien en face de lui ? Va-t-il se satisfaire d'un ingénieur en santé impassible devant sa douleur et son malheur ?

On peut faire un parallèle entre la vie du corps et celle du psychisme, vie composée d'affects et de pensée. Du côté du corps, l'appétit pour les aliments et la libido, sont moteurs de la vie de l'individu, de l'espèce... Le plaisir qui leur est attaché est indicateur de ces valeurs. Si aucun plaisir n'y était attaché aurions-nous un tel empressement pour nous sustenter, pour avoir une vie sexuelle ? Plus encore le plaisir nous amène à découvrir que derrière cette expérience il y a des biens véritables, durables. Il fait office de révélateur. De même les émotions et les sentiments peuvent être des indicateurs et des révélateurs de valeurs, si elles sont des « émotions de l'âme ».

Dans cet examen des émotions, au regard de l'éthique nous nous trouvons dans une tension entre deux perspectives. D'une part, elles apparaissent comme un élément perturbateur de la « bonne qualité » du processus de raisonnement et de décision ; il y a donc pour ce motif lieu de les réguler, au sens plutôt de les réprimer. D'autre part, elles sont une condition nécessaire à la capacité d'empathie et partant, de la sensibilité éthique, à l'égard des patients et il y a donc lieu également de réguler, au sens, cette fois-ci de les développer. Les travaux contemporains en neurosciences de Damasio, déjà cités, déterminent ce rôle des sentiments ainsi développés par le sujet au cours du temps, qui sont une appréhension rapide et efficace des enjeux quant à la conduite à tenir en situation :

« Lorsqu'un individu doit prendre une décision face à un événement nouveau, et donc faire un choix entre plusieurs options, il ne fait pas seulement une analyse purement rationnelle. Il est aussi aidé par les souvenirs qu'il a de choix antérieurs et de leurs conséquences. Et ces souvenirs contiennent des composantes affectives, émotionnelles, de l'événement passé. Si le souvenir rappelle une conséquence négative, il va fonctionner comme ce que j'appelle un marqueur : un signal, dont on n'est pas nécessairement conscient, que ce n'est pas une bonne chose à faire. Le cerveau va "réveiller" ce que l'événement émotionnel avait provoqué dans le corps, ainsi que le sentiment ressenti, et cela orientera donc la prise de décision vers une autre option. » (Chapelle, 2001, p. 280).

Cette fois-ci, il ne s'agit pas d'abord d'une émotion mais de cette empreinte de joie, ou d'inquiétude laissée par des actes antérieurs. Ainsi, dans un entretien clinique, on peut se sentir mal à l'aise face à une demande. Ce malaise est la perception d'indices que notre cerveau a traités immédiatement de façon subconsciente et qui nous alertent sur une conduite à tenir. À la question par exemple de savoir ce qu'il faut répondre à un patient qui souhaite savoir tout de go si son interlocuteur est en couple ou pas, il n'y a pas de réponse toute faite. Dans un service de psychiatrie ou de maternité, en fonction des circonstances, il peut être important de répondre sur le coup à cette question, pour créer ou maintenir une alliance thérapeutique. Ce sera pour le patient le signe de l'authenticité du discours du médecin. Il en est de même pour l'empathie émotionnelle. Dans un mouvement de compassion à l'égard d'une personne en souffrance, nous défendons qu'il est possible de pleurer devant un patient sans pour autant mettre à mal le cadre de travail tant psychique que technique.

De ce fait les émotions et les sentiments peuvent nous révéler les biens à poursuivre pour atteindre notre pleine humanité. À la condition d'être régulés par un travail réflexif ils sont les leviers de notre vie morale. C'est là que la théorie de l'éthique des vertus est particulièrement utile pour notre propos. On ne nie pas dans l'expérience de l'émotion le risque d'invasion émotionnelle ou de sentimentalisme béat, de « bonisme » à peu de frais. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit. On parle ici d'un travail de discernement, d'unification entre les besoins de l'être humain sous la gouverne de la raison. Si l'émotion est au départ, car elle est révélatrice des différents biens capables de combler nos appétits, elle est aussi au sein de l'action parce qu'elle est un guide. Elle en est aussi à son terme car elle est la finalité de l'agir. Le premier moment peut être un mouvement de colère face à un entretien qui vient se rajouter en fin de journée, le deuxième un sentiment de compassion pour la personne accueillie au fur et à mesure que nous l'écoutons, et à la fin une joie partagée avec cette personne. Le travail de la raison nous rend capable de perfectionner ces puissances et ces appétits, et la personne vertueuse développe cette intuition du bien en situation comme moteur de son agir, en d'autre terme une sensibilité éthique. Cette fois-ci, ce mouvement de l'âme, ce bon sentiment, est le fruit de la maîtrise des émotions, qui n'est en rien leur contrôle. Nous postulons donc que le sujet au sein d'une situation susceptible de susciter une réponse volontaire de sa part, un choix éthique donc, peut être affecté par un mouvement interne qu'on nomme empathie émotionnelle (désignée aussi comme sensibilité éthique ou perception émotionnelle), qui va de l'émotion au sentiment dans un continuum dont le stade dépend du travail de traitement de l'information par la raison au cours du temps, et qu'on nommera émotion éthique et sentiment éthique.

Nous considérons que dans le soin c'est proprement dans cette capacité à être affecté, à être ému par la souffrance de l'autre fragilisé par la maladie que se révèle pour les professionnels de santé les enjeux éthiques, et dans cette sensibilité, une partie de leur « agir » éthique. L'éthique n'est pas d'abord un champ de recherche, une somme de cas à résoudre, une série de problèmes où il faut être particulièrement sagace pour trouver la solution, même si c'est aussi cela. C'est ce qu'explique fort justement le philosophe et sociologue Genard (2017) :

« Si les "compétences éthiques" peuvent bien entendu se manifester dans des espaces délibératifs, elles renvoient peut-être avant tout d'une part à la sensibilité, à la capacité d'être affecté – mais une affectivité qui doit être saisie comme imprégnée de cognition – et d'autre part à des engagements

qui ne se limitent pas à des prises de parole dans des scènes délibératives [...] Contrairement à ce que pourrait suggérer la montée des multiples dispositifs de régulation éthique, les compétences éthiques doivent être comprises à partir de situations ordinaires et non à partir de la manière dont l'éthique a été "mise en dispositifs" (avec comme prototype les comités d'éthique) ou a été "configurée en apprentissage" (avec comme prototype les résolutions de dilemmes) » (pp. 3-4).

Il s'agit pour les professionnels de santé d'être en chaque circonstance humains, de respecter la dignité des patients, de faire droit à toutes les dimensions de leur être, au risque d'être des médecins et des infirmières qui ont perdu leur âme. Les dispositifs de formation à l'éthique doivent tenir compte du fait que le jugement de l'être humain se forme à partir de ses impressions, ses ressentis, son état interne auquel il se doit d'être attentif afin d'agir à partir de cette connaissance. C'est cette motion à proprement parler qui pousse à l'action bienveillante et juste. Comme le précise Genard (2017) :

« Cette dimension cognitive doit être réfléchie comme étant ancrée dans les affects [...] Les "compétences éthiques" se manifestent par des émotions positives ou négatives face à des situations qui les éprouvent [...] Ces épreuves sont celles où la personne éprouve un "trouble" qui l'affecte, la déstabilise, la secoue, la touche... émotionnellement. Ce peuvent être des épreuves de "bas niveau" au sens où elles se vivent face à des situations très ordinaires, mais, même dans ce cas, elles peuvent être de "haut niveau" dans la mesure où elles se manifestent en intensité, plus qu'en discursivité » (p.5).

Il apparaît donc nécessaire d'enseigner aux étudiants à analyser leurs ressentis en situation de soin pour développer leurs vertus de soignants, pour agir éthiquement. Cependant on n'éprouve pas tout le temps des émotions et des sentiments en situation professionnelle. Sans être indifférent, un médecin n'est pas toujours traversé par de la compassion pour le patient qu'il a en face de lui. Faut-il pour autant dire qu'il ne peut alors agir éthiquement ? La même question se pose chez un professionnel de santé qui démontre une absence d'émotion chronique, une vidange des sentiments en situation de soin. Nous aurons à discuter ces points dans notre enquête de terrain.

Quoi qu'il en soit ne pas prendre en compte ses propres émotions en tant que professionnel de santé peut avoir des conséquences graves. On parle beaucoup aujourd'hui des risques psychosociaux auxquels sont soumis ces hommes et ces femmes. Eux-mêmes témoignent de

la souffrance ressentie dans leur travail car certaines situations peuvent susciter de l'angoisse. Il n'est pas rare qu'émergent chez eux au décours de telle prise en charge ou à l'occasion de telle situation dramatique, des vécus traumatiques. Si jusque-là en eux la charge émotionnelle était refoulée ou déniée, il n'est pas étonnant et même logique qu'un mal-être profond s'empare de ceux qui sont censés soigner des malades et qui sont alors plus malades qu'eux. Il en va d'une éthique du soin et du travail de ne pas laisser s'enfoncer ces personnes dans la dépression et l'épuisement au travail, et donc de les aider à remettre de l'émotion et donc par-là même du sens à leur action. Et il n'est pas anodin que le *burn-out* frappe essentiellement des hommes et des femmes impliqués dans leur travail, qui ont à l'origine un souci des autres, qui peuvent parler d'une vocation au soin. C'est l'analyse même de Bradley qui a été le premier à désigner sous ce terme un stress particulier lié au travail dans son article princeps « Community-based treatment for young adult offenders » (Bradley, 1969).

À sa suite, les premiers observateurs du syndrome d'épuisement professionnel comme Herbert Freudenberger (1974) et Christina Maslach (1976), ont eux aussi défini qu'il touche principalement les personnes dont l'activité professionnelle implique un engagement relationnel important comme les travailleurs sociaux, les professions médicales, les enseignants : toutes personnes dont l'engagement professionnel correspond habituellement à un idéal fort, qui ont un esprit de service et d'abnégation important, qui font passer parfois et même souvent les autres avant eux.

Les médecins et les étudiants en médecine sont habitués lorsqu'on parle d'éthique à se référer aux principes dégagés par Beauchamp et Childress (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice) que nous avons déjà abordés. Et ils sont opérants dans les discussions de cas au sein des comités d'éthique pour rappeler les grandes exigences morales qui sont en jeu. Peut-on faire un lien entre ces principes et les émotions ?

Une approche intéressante est celle développée par Le Coz, déjà cité, professeur de philosophie à la faculté de médecine d'Aix-Marseille Université et qui œuvre au sein de l'Espace éthique méditerranéen. Il affirme que les émotions nous révèlent nos valeurs, qu'elles sont des signaux internes de la réalisation ou non des principes qui nous animent. À chaque principe fondamental de l'éthique il fait correspondre une émotion chez le professionnel de santé : à l'autonomie le respect, à la bienfaisance la compassion, à la non malfaisance la crainte (Le Coz, 2007, pp. 79-204). Quant à la justice, interrogé lors d'une

conférence, il a proposé d'y faire correspondre le sentiment d'indignation et de révolte (Association des représentants des usagers dans les cliniques & associations sanitaires et hôpitaux de Franche Comté, 2015), révolte du praticien face à l'injustice subie par exemple par le patient lorsqu'il n'a pas été correctement suivi ou accompagné, lorsqu'il y a eu une perte de chance, lorsqu'il y a eu négligence. Pour notre part nous sommes enclins à relier à la bienfaisance considérée pour le coup sous l'angle de la vertu, comme inclination à se mettre au service de l'autre, l'empathie émotionnelle qui est plus générique, la compassion étant l'empathie émotionnelle éprouvée face à la souffrance.

L'émotion participe donc au jugement éthique à part entière. Plus l'individu aura cultivé sa réflexion à partir de ses émotions, plus elles deviendront une boussole sûre de l'agir, comme un instinct juste de ce qui est à faire et à éviter. Comme l'écrit Quéré (2013) :

« C'est à cela que servent les émotions : en bloquant l'analyse rationnelle, elles apportent des réponses rapides, pré-réflexives et relativement organisées dans des situations urgentes, et modifient les traits saillants (la "saliences") des situations - faisant ainsi ressortir leurs aspects les plus importants pour le raisonnement pratique » (p. 26).

Genard (2017), lecteur de Quéré, note d'ailleurs :

« L'émotion est donc une forme d'action en même temps d'ailleurs qu'une prédisposition à agir [...] Poursuivant son analyse du statut donné aux émotions chez les pragmatistes américains, Quéré montre comment chez Peirce l'émotion est saisie comme une "ébauche de jugement" » (§ 29).

En conclusion les émotions relèvent pleinement du discernement éthique du professionnel de santé en situation. Il convient donc d'enseigner aux étudiants à les repérer, à les parler. Le psychologue a alors toute sa place dans ce travail de prise de conscience, d'élaboration, de mise en mots.

1.3. Une place pour le psychologue dans la formation des étudiants en médecine

Nous souhaitons à présent montrer comment notre travail de psychologue s'inscrit dans un contexte général d'évolution de la notion de la santé et de médecine. C'est un choc entre deux mondes. D'un côté il y a celui de la tradition psychologique qui, même si elle est récente, a gagné en lettres de noblesse au cours du siècle passé. D'un autre il y a ce bouleversement sans précédent dans le domaine du soin, marqué désormais par la technoscience.

1.3.1 Le contexte socioéconomique

Décrivons le contexte socioéconomique français qui donne sens à nos analyses. Le soin se déploie aujourd'hui en France dans une société qui connaît un double mouvement. Celui d'un effondrement démographique doublé d'une guerre économique à l'échelle mondiale (Badie & Vidal, 2017, pp. 9-20). Si l'Europe et les pays occidentaux demeurent en moyenne des pays à fort pouvoir d'achat, des écarts économiques se creusent au sein des peuples (Joffrin, 2018). Corolaire de cet hiver démographique et de cette puissance économique héritée, des mouvements de population s'opèrent de l'hémisphère Sud à l'hémisphère Nord qui alimentent un sentiment d'inquiétude et de déclassement (Edo, 2016). La révolution numérique permet une circulation de l'information directe entre les individus, sans la médiation et le filtre d'instances de régulation (Ischy, 2002). Nous sommes face à une société en proie au doute et à la méfiance vis-à-vis de tout système (Morin, 2015). Dans ce contexte économique et humain, les progrès de la technoscience permettent un allongement de la durée de la vie et un traitement au long cours des pathologies. La télémédecine et l'ambulatoire sont mis en avant pour faire face à ces défis. Selon la Haute Autorité de Santé (2018c) :

« Le système de santé français subit une multitude de contraintes et défis : une population vieillissante ; un poids accru des maladies chroniques ; une précarisation croissante d'une partie de la population ; une démographie médicale en baisse et l'émergence de déserts médicaux, accentuant la difficulté d'accès aux soins et augmentant les inégalités territoriales ; une accélération des innovations médicales, technologiques et organisationnelles ; une demande légitime croissante d'implication des usagers dans leur santé ; l'ensemble dans un cadre économique et financier contraint » (2018c).

Il apparaît que ces contraintes socioéconomiques façonnent aujourd'hui la logique des institutions de santé publiques ou privées. Plus précisément il s'agit moins des effets directs des contraintes économiques plutôt que d'un parti pris délibéré d'appréhender la gouvernance publique au regard des principes néolibéraux du « New public management » (Chappoz & Pupion, 2012, p. 1-3). Le « New Public Management » ou Nouvelle Gestion publique (Merrien, 1999) apparue dans les années 1980 a inspiré la réforme de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) en 2001 ainsi que la révision générale des politiques publiques (RGPP) en 2007, dont la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009 constitue la déclinaison dans le champ sanitaire avec le Programme de Médicalisation des Systèmes

d'Information (PMSI) (qui est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière d'abord présenté comme un outil épidémiologique avant de devenir un outil d'allocation budgétaire) ou la Tarification à l'Activité (T2A) et les plans « Hôpital » (Mas et al., 2011). Les maîtres mots en sont performance, efficacité et qualité...

L'équilibre des budgets est la préoccupation majeure des directions qui ont désormais toute autorité pour prendre des décisions au sein des établissements de santé (Georgescu & Naro, 2012). Depuis trois décennies les réformes et les lois ont consacré cette prééminence désormais établie de la gouvernance des directions hospitalières entamant ainsi le pouvoir médical (Safon, 2017 ; De Kervasdoué, 2008). Le bras armé de cette révolution est assurément l'introduction de la démarche qualité, qui en fin de compte est plutôt une démarche quantité (Dejours, 2003, pp. 37-39) toute l'activité devant être repérée, tracée, évaluée avec l'ambition affichée de garantir la sécurité des patients et de lutter contre les « événements indésirables » Cette critique doit cependant être approfondie et nuancée. La démarche qualité ne recouvre pas un ensemble homogène de pratiques. Il existe des nuances entre contrôle de la qualité (conformité des produits) ; assurance de la qualité (conformité des procédures) ; amélioration de la qualité (conformité des processus) et gestion par la qualité totale (*total quality management*). Le choix des critères et des indicateurs dépend des acteurs et une autre logique que celle promue dans le monde industriel de la production des biens et des services pourrait être défendue.

Le constat cependant fait par les professionnels après dix ans de cette politique est sans appel. S'exprimant sur le mouvement de grève qui touche tous les services d'urgences durant l'été 2019 en France le Dct. Kierzek (2019) urgentiste, médecin des hôpitaux à l'Hôtel-Dieu à Paris écrit dans une tribune :

« Ce mouvement est salutaire car les bornes sont dépassées depuis des années et la situation des services d'urgence est devenue insupportable, reflet des dérives de notre système de santé : course à la productivité dans un taylorisme effréné (tarification à l'activité), management administratif inflationniste et maltraitant, indicateurs de « qualité » absurdes et in fine un épuisement des soignants et une baisse de la qualité et de la sécurité de prise en charge des patients. Ces injonctions paradoxales doivent maintenant cesser car ce sont les soignants et les malades qui en meurent. La vague de suicides chez les professionnels de santé prouve combien les arrêts maladies sont un ultime recours » (Kierzek, 2019)

L'étudiant en santé aujourd'hui est formé dans des services où ces problématiques sont omniprésentes même si elles ne sont pas toujours repérées et pensées. Seul prédomine le sentiment que c'était différent « avant » et qu'il y a aujourd'hui un manque chronique de personnel et de matériel. À ce propos, nous utilisons dans le cadre de la formation des infirmiers anesthésistes un documentaire qui est très éclairant pour saisir l'état d'épuisement psychique et le ressenti d'impuissance face à une organisation qui émet en permanence des injonctions paradoxales : « *Burn-out, dans le ventre de l'hôpital* », du réalisateur Jérôme Le Maire (2016). On y décrit l'agonie des blocs opératoires de l'hôpital St Louis à Paris. Certaines analyses actuelles se concentrent uniquement sur ce manque de moyens qui serait la seule cause de la modification des pratiques et notamment des effets délétères sur la santé des personnels mais d'autres pistes sont certainement à explorer. Proposer une épistémologie de la médecine peut nous y aider.

1.3.2. L'avènement de la technoscience et de la biomédecine au XX^e siècle.

L'avènement de la technoscience et de la biomédecine au XX^e siècle est déterminant pour comprendre les enjeux et les besoins de formation du temps présent. Il est courant d'entendre que la médecine est passée de l'état de pratique, proche de la thaumaturgie et de la scholastique pédante, à celui de science. On se souvient des tirades de Béralde le frère d'Argan, dans la pièce de 1673 de Molière intitulée le *Malade Imaginaire* (Acte 3 sc. 3) :

« Argan - Pourquoi ne voulez-vous pas, mon frère, qu'un homme en puisse guérir un autre ?

Béralde - Par la raison, mon frère, que les ressorts de notre machine sont des mystères jusques ici, où les hommes ne voient goutte ; et que la nature nous a mis au-devant des yeux des voiles trop épais pour y connaître quelque chose.

Argan - Les médecins ne savent donc rien, à votre compte ?

Béralde - Si fait, mon frère. Ils savent la plupart de fort belles humanités ; savent parler en beau latin, savent nommer en grec toutes les maladies, les définir, et les diviser ; mais pour ce qui est de les guérir, c'est ce qu'ils ne savent point du tout.

Argan - Mais toujours faut-il demeurer d'accord, que sur cette matière les médecins en savent plus que les autres.

Béralde - Ils savent, mon frère, ce que je vous ai dit, qui ne guérit pas de grand-chose, et toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias, en un spécieux babillage, qui vous donne des mots pour des raisons, et des promesses pour des effets ».

Au-delà de la critique de l'impuissance de la médecine de l'époque à soigner, il est intéressant de noter qu'elle apparaît comme une taxonomie des maladies. Ce que Molière critique c'est la prétention des médecins à soigner alors qu'ils n'ont pas de remèdes. L'art médical de l'époque se réduit bien souvent au silence et à l'écoute et ce que Molière dénonce ici c'est à l'inverse cette parole savante qui ne sert à rien. On peut alors nuancer le tableau du plus grand auteur de théâtre français en parlant de l'effet du remède médecin puisque selon Balint (1996) « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel » (p. 9), encore faut-il qu'il ait appris à se taire et à écouter le patient.

À l'inverse le XIX^e et le XX^e siècles sont marqués par un tournant scientifique et technique. Pour ce faire la méthode expérimentale précise et systématique a prévalu comme dans toutes les sciences, à la différence près cependant, et elle est de taille, qu'il s'agit ici d'un être humain. Selon Sournia (1962) cité par Foucault (1963) dans la *Naissance de la clinique* :

« Pour pouvoir proposer à chacun de nos malades un traitement parfaitement adapté à sa maladie et à lui-même, nous cherchons à avoir de son cas une idée objective et complète, nous rassemblons dans un dossier qui lui est personnel (son "observation") la totalité des renseignements dont nous disposons sur lui. Nous « observons » de la même manière dont nous observons les astres ou une expérience de laboratoire » (Sournia, cité par Foucault, 1963, Préf. p. X-XI).

On peut lire également dans l'article encyclopédique « Empirisme » de Robert cité par Israël (2007) dans son ouvrage *Le médecin face au désir* :

« Ainsi tous ceux qui ont réduit l'expérience à l'empirisme particulier de chaque praticien, c'est-à-dire à quelques connaissances insuffisantes, obscures, équivoques, séduisantes, dangereuses, n'ont pas compris que la véritable expérience, la seule digne de ce nom, est l'expérience générale qui résulte des découvertes physiques, chimiques, anatomiques, et des observations particulières des médecins de tous les temps et de tous les pays ; que cette expérience est renfermée dans la théorie... » (p. 37).

Pour la médecine le progrès consiste-t-il donc essentiellement à être passé de l'empirisme à la science ? A-t-on atteint les derniers sommets de l'art médical en ayant abandonné la subjectivité à pour l'objectivité ? Selon Folscheid (1996) dans son article *La médecine comme praxis* :

« Ce qui fait problème c'est cette conviction qu'en devenant scientifique et technique la médecine aurait changé d'essence, parce qu'elle aurait cessé d'être un art pour devenir une science — ou, plus précisément, une technoscience » (p. 499).

Cette croyance n'est pas sans conséquence. À faire de la médecine une science, un savoir, il s'ensuit qu'une médecine « ignorante » ne peut porter le nom même de médecine, puisqu'alors de savoir il n'y a pas. Une conception positiviste de la science a pour ambition de tout résoudre de la question humaine, « de la fabrication » de l'enfant à l'abolition de la mort. C'est ce qu'on peut lire dans *Le manifeste du transhumanisme*, « Lettre à Mère Nature : Amendements à la constitution humaine » de Max More (2009), révélatrice à ce sujet :

« Amendement No.1: Nous ne tolérerons plus la tyrannie du vieillissement et de la mort. Via des altérations génétiques, des manipulations cellulaires, des organes synthétiques, nous allons nous doter d'une vitalité durable et supprimer notre date d'expiration. Chacun décidera pour lui-même du temps qu'il veut vivre (...)

Amendement No. 5: Nous ne serons plus esclaves de nos gènes. Nous allons prendre en charge notre programmation génétique et achever la maîtrise de nos processus biologiques et neurologiques. Nous allons réparer les défauts individuels, et ceux de l'espèce, oubliés de l'évolution à cause de la sélection naturelle. Sans nous arrêter là, nous allons chercher à atteindre le choix complet de nos formes et fonctions corporelles, en affinant et en augmentant nos capacités physiques et intellectuelles au-delà de ce qu'avaient connu les hommes au cours de l'histoire » (More, 2009).

De même si la médecine est une technique, une médecine inopérante et inefficace n'est pas une médecine. Désormais, selon Folscheid (1996) :

« la médecine n'est qu'une machine à produire de la santé, la médecine n'est médecine qu'autant qu'elle réussit et cesse d'être médecine à partir du moment où elle échoue » (p. 500).

On assiste ici à une révolution copernicienne. La médecine se désaxe. Comme l'exprime encore Foldscheid (1996) :

« Au lieu que sciences et techniques gravitent autour d'elle, comme c'était la règle depuis les origines, voilà que la médecine semble invinciblement attirée dans l'orbite d'un soleil nouveau, tard venu mais doté d'une puissance infinie, qui n'est autre que la technoscience » (p. 500).

Ce renversement provoque un appauvrissement en fin de compte (Célis, 2006) :

« Si l'inclination de la médecine actuelle à se concevoir comme une sorte d'ingénierie est fatalement pernicieuse, c'est parce que, ce faisant, elle s'interprète comme une application de connaissances élaborées ailleurs que dans la réalité clinique. Cet "ailleurs", ce sont les théories formulées, à l'écart du vivant humain, par les sciences dites "fondamentales", essentiellement physico-chimiques. Eu égard à celles-ci, la médecine risque alors de faire office de science appliquée à l'objet homme, c'est-à-dire de "technique", dans le sens le plus pauvre et le plus contestable du terme » (p. 10).

On reconnaîtra la citation de Merleau-Ponty dans *L'Œil et l'esprit* (1964) :

« La science manipule les choses et renonce à les habiter. Elle s'en donne des modèles internes et, opérant sur ces indices ou variables les transformations permises par leur définition, ne se confronte que de loin en loin avec le monde actuel [...] Il y a aujourd'hui - non dans la science, mais dans une philosophie des sciences assez répandue - ceci de tout nouveau que la pratique constructive se prend et se donne pour autonome, et que la pensée se réduit délibérément à l'ensemble des techniques de prise ou de captation qu'elle invente. Penser, c'est essayer, opérer, transformer, sous la seule réserve d'un contrôle expérimental où n'interviennent que des phénomènes hautement "travaillés", et que nos appareils produisent plutôt qu'ils ne les enregistrent » (pp. 9-10).

On peut remonter au rapport Flexner pour voir une des origines de ce tournant anatomo-clinique en logique éducationnelle en médecine, rapport qui a eu bien des mérites par ailleurs. Abraham Flexner avait été commis par le gouvernement des États-Unis et du Canada au tout début du XX^e siècle pour aller inspecter les écoles de médecine. Il visita cent-cinquante-cinq écoles de médecine aux États-Unis et au Canada en 1909 pour faire un bilan afin de normaliser ces enseignements. Il proposa des recommandations pour organiser le curriculum de la formation médicale. Eu égard à celles-ci, la médecine tend alors à faire office de science

appliquée à l'objet qu'est l'être humain, c'est-à-dire de « technique », dans le sens le plus pauvre et le plus contestable du terme (Cooke et al., 2006).

Même si l'analyse de ce rapport a parfois été simplificatrice voire erronée quant à l'approche pédagogique qu'il a inspirée, on peut cependant retenir qu'en terme de conception didactique de ce qui est à enseigner et à apprendre, il a imposé de fait une approche scientifique et quasi exclusivement positiviste de l'action médicale. A cent ans de distance Cooke et ses collègues résumant le message flexnérien aux cinq énoncés suivants : la médecine est une discipline expérimentale gouvernée par les lois générales de la biologie ; l'accent doit être porté sur les acquisitions en sciences fondamentales : biologie, chimie et physique, sciences précliniques avant l'entrée en école de médecine ; les méthodes scientifiques doivent être appliquées à la pratique médicale et il faut mettre en parallèle les hypothèses scientifiques et les hypothèses diagnostiques ; le contenu scientifique doit s'apprendre dans les laboratoires et dans les milieux hospitaliers ; les étudiants et enseignants doivent également s'impliquer activement dans la recherche (Cooke et al., 2006).

De fait en France comme dans la plupart des pays, le premier cycle des études médicales est consacré à ces sciences dites fondamentales et les étudiants ne sont pas en contact avec les patients durant les trois premières années de leur formation. Deux processus sont à l'œuvre : celui de la médicalisation, hégémonie du pathologique, pathologisation du vivant d'une part, et celui de la technicisation, où domine la relation des moyens à la fin d'autre part (Folscheid, 1996) :

« La médicalisation généralisée des biens et des maux, (est un) processus par lequel tout ce qui constitue les difficultés et les drames de la condition humaine, grands ou petits, se voit imposer le statut de maladie, c'est-à-dire de mal curable par voie médicale (...) La médecine devient une entreprise d'ingénierie biologique, une sorte de bio-technocratie vouée à gérer au mieux le matériel biologique humain pris dans toutes ses dimensions » (p. 501).

En faire une science c'est donc réduire la médecine à une méthodologie de recherche qui a pour objet la maladie (Folscheid, 1996) :

« De nos jours, celui qui connaît la maladie est un scientifique — fut-il par ailleurs médecin praticien et diplômé en médecine. Le médecin n'est pas l'homme qui connaît la maladie. Même s'il est aussi un scientifique, le

médecin est celui qui soigne et soulage son patient. Ni plus, ni moins »
(p. 503).

Pour comprendre les enjeux de cette dynamique il convient de s'interroger sur ce qu'est la *technê*. La *technê* désigne l'une des formes du changement ; en effet, parmi « les choses qui deviennent », il en est qui changent « par nature », d'autres « par *technê* », d'autres « par hasard » selon Aristote dans la *Métaphysique* (Z, 7, 1032 a 10 sqq). Dans ces conditions, la médecine doit être considérée comme une *technê*, un art selon la traduction latine du terme grec, puisqu'elle est une activité qui opère le changement entre deux états, le passage de l'état de malade à celui d'être humain en bonne santé. Or, la technique est bien différente. C'est un ensemble de démarches, de processus, qui dans une logique linéaire, déploie une mécanique réduite à des règles fixes. Se focaliser uniquement sur cette approche instrumentale, c'est perdre la dimension qualitative du réel au profit d'une approche quantitative seule. L'instrument de mesure qui de fait ne peut que donner un résultat de l'ordre de la quantité, a bouleversé le soin. Selon Canguilhem (1988) dans *Le statut épistémologique de la médecine* :

« L'invention du stéthoscope et la pratique de l'auscultation médiate codifiée par le Traité de Laennec de 1819 ont provoqué l'éclipse du symptôme par le signe. Le symptôme est présenté, offert, par le malade. Le signe est cherché et obtenu par l'artifice médical. Dès lors le malade, comme porteur et souvent commentateur de symptômes, est mis entre parenthèses... La réalité sur laquelle le médecin exerce son jugement est réduite à l'ensemble des signes qu'il provoque à paraître » (pp. 19-20).

Comprenons bien. Il ne s'agit pas de rejeter cette notion de signe mais de s'alarmer de l'éclipse de la notion de symptôme. Cette réduction de la médecine à une connaissance « objective » sous l'effet de la technicisation « dés-anime » la médecine qui ne considère plus le corps comme relevant en propre de la personne humaine mais le réduit à un état de cadavre. La médecine et le médecin deviennent de fait les malades à traiter en premier lieu et cela diffuse dans tout le corps social (Célis, 2006) :

« Les sciences expérimentales se comportent comme si la subjectivité n'existait pas, comme si cette dernière n'était qu'une entité métaphysique sans intérêt, un objet de foi dogmatique, un spectre informe qui menace à tout moment de se jouer de l'esprit positif et de l'empêcher d'accoster sur la terre ferme de l'objectivité. Pourtant, c'est ce spectre qui, en ultime instance, décide de ce qui est tenu pour "réel" et pour "vrai". Car la rencontre du réel est toujours intentionnelle et partiellement irréalisée. Or,

ce contre-sens épistémologique serait secondaire si les sciences de la nature n'avaient aussi pour mission de légiférer sur l'homme » (p.13).

Et Folscheid (1996) de rajouter que :

« C'est tout le mérite de Heidegger d'avoir montré que la technique moderne, à la différence de la technê antique, était en réalité la réponse à l'appel de l'homme, mû par la "volonté de volonté" (ou volonté de puissance), cherchant à bâtir un monde saturé d'étants dans le total oubli de l'être » (p. 504).

Ce déplacement s'est opéré à la suite de Descartes (2009) réduisant, dans *Les Principes de la philosophie* de 1647, le réel non pensant à l'étendue, ce qui fonde selon lui la vérité et la certitude de la connaissance scientifique. Le corps, qui relève de l'étendue, devient alors une machine, ce qui en fait à la fois un objet de science et un enjeu de maîtrise. Descartes est le fondateur du paradigme de la médecine mécaniste. De cette révolution, de ce bouleversement épistémologique, il en ressort qu'une médecine scientifique traite l'être humain comme une machine et n'est qu'un art vétérinaire (Descartes, 2009, art. 10-11).

N'est-ce pas le ressenti de certains patients de se sentir regardés comme des animaux ? L'artefact commence par le stéthoscope et se prolonge aujourd'hui par l'échographie, le scanner et l'appareil à résonance magnétique nucléaire. Le lieu du diagnostic est le laboratoire d'examen et non plus le cabinet de consultation. Les représentations des phénomènes pathologiques passent de l'organe à la cellule et désormais de la cellule à la molécule (Célis, 2006) :

« Ce faisant, la médecine risque de passer à côté de la structure normative interne de la maladie et de manquer le rapport vivant par lequel l'homme malade a trait à lui-même comme à un tout indivis, comme à une complexion phénoménale où tous les éléments sont en interaction [...] Dans cette perspective, la plainte du patient avec tout ce qu'elle charrie en apparence d'informel, d'imprécis ou, comme il convient de dire, de « subjectif », ne peut avoir pour effet que de troubler le clinicien qui de nos jours affectionne tout particulièrement les patients muets, ou rendus tels par anesthésie, et dont les symptômes n'exigent plus la médiation de la parole » (p. 14).

Folscheid (1996) affirme qu'à l'inverse de la vision mécaniciste, clivante et réductrice de Descartes, une médecine respectant le composé humain :

« devra prendre en compte l'interaction des substances, donc les actions et les passions, ce qui en fera une proche cousine de la morale » (p. 506).

Célis (2006) ajoute :

« Dans l'ordre du vivant, la matérialité n'est pas une couche extérieure à l'existence, une empirie uniforme et anonyme de laquelle "l'âme" ou "l'esprit" pourraient se soustraire ou s'isoler. La matérialité coïncide avec l'engagement dans l'existence, avec le libre exercice de l'exister concret, au sein de tout ce par quoi le vivant s'auto affecte lui-même : dans le travail, dans l'effort, dans la douleur. C'est dans la souffrance, sottement appelée "physique", que nous faisons l'expérience ontologique de notre corps comme de l'immédiateté et de l'unicité de notre être » (p. 15).

Il est donc permis et conseillé de renouer avec la médecine Hippocratique (Célis, 2006) :

« Hippocrate attachait une importance décisive à ces rapports intentionnels du malade à ses entours. Pour l'instruction de son diagnostic, il demandait : dans quel lieu le malade a-t-il été affecté ? Sous quel climat ? À quelle saison ? Dans quelles circonstances ? Où est-il abrité ? Que perçoit-il autour de lui ? Quelles sensations éprouve-t-il au contact de telle ou telle nourriture ? Aspire-t-il à interrompre son alitement ? etc. Autant d'indices qui permettent au médecin d'inscrire son diagnostic dans le présent vivant du patient et de prendre en compte la manière dont ce dernier fait l'épreuve de son rapport à soi comme être-dans-le-monde, pour traverser, surmonter et défier sa maladie » (p. 14).

Les implications d'un tel retournement de perspective sont majeures. Aristote avait affirmé que « l'art imite la nature » (Poétique, 1, 1447 a 16) et que « [l'art] achève ce qu'elle [la nature] n'a pu mener à bien » (Physique, II, 8, 199 a 15-17). En s'appuyant sur l'analyse qu'Heidegger (1968) fait de cette pensée dans *Ce qu'est et comment se détermine la phusis*, Célis (2006) estime qu'on peut réaffirmer que le médecin n'est pas le principe de la guérison du malade :

« Quel est donc ce principe ? L'être-homme, tout simplement. En d'autres termes, c'est la *phusis*, la nature elle-même, qui est principe de la guérison. De sorte que la *technè* médicale, issue de la connaissance jointe à la pratique soignante, est simplement « quelque chose qui peut venir s'adjoindre en passant ». Et qui disparaît mission accomplie. En d'autres termes, toute guérison obtenue par voie médicale est en réalité une auto-guérison de la nature elle-même. Les adjuvants médicaux ont beau venir du dehors, le processus de guérison va de la nature (malade) à la nature (saine). Le principe est intérieur. Tandis que dans les objets fabriqués [...] le

principe reste toujours extérieur. La guérison relève donc de la *phusis* et non de la *technè* » (p.14).

Selon la définition qu'en donne Folscheid, la médecine est « *une pratique soignante accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques* » (Folscheid, 1996, p. 509). Le soin est au cœur même de l'interaction, une relation d'aide qui se sert des connaissances d'une époque mais qui demeure substantiellement équivalente d'âge en âge : une relation fondée sur l'humanité partagée ontologiquement entre ces deux individus réunis dans un colloque singulier.

« La médecine est donc toujours substantiellement la même depuis ses origines. Cette primauté de la personne, qui seule donne son sens à l'acte médical, fait que la médecine est indissociable de l'éthique : soigner, c'est toujours soigner quelqu'un, répondre à l'appel d'un être humain en péril. La responsabilité médicale relève donc essentiellement d'une obligation morale, irréductible à une obligation contractuelle » (Folscheid, 1996, p. 509).

On peut relier cette affirmation à une anecdote rapportée au sujet des travaux de l'anthropologue Margaret Mead. Un étudiant lui demanda un jour quel était le premier signe de civilisation dans une culture. L'étudiant s'attendait à ce que Mead parle d'hameçons, de casseroles en terre cuite, d'artefacts religieux ou des formes primitives d'auto-gouvernance communautaire. Mais ce ne fut pas le cas. Mead dit que le premier signe de civilisation dans une culture ancienne était un fémur trouvé cassé puis guéri dans un site archéologique vieux de 15 000 ans. Elle expliqua que dans le règne animal, si un individu se casse un membre, il meurt. Il ne peut pas échapper au danger, aller à la rivière boire ou chercher de la nourriture. Il est une proie pour les prédateurs. Aucun animal ne survit à une jambe cassée assez longtemps pour que l'os guérisse. Un fémur cassé qui est guéri est la preuve que quelqu'un a pris le temps d'être avec celui qui est tombé, a bandé sa blessure, l'a emmené dans un endroit sûr et l'a aidé à se remettre pendant une période suffisamment longue pour que ce type de guérison soit possible. Mead dit alors qu'aider quelqu'un d'autre dans les difficultés c'est là où la civilisation commence (Byock, 2012). Rendre possible un soin digne de l'homme est une question de vie ou de mort de la civilisation.

La démarche qualité qui a envahi l'hôpital, lieu de formation des futurs médecins, ne peut être un ensemble de *process* et de bonnes pratiques standardisées, elle ne peut se réduire à des

évaluations quantitatives incapables de traduire la rencontre personnelle d'hommes et de femmes engagés dans le combat du bon contre le mauvais, dans le combat entre le bien et le mal. Soigner c'est accompagner l'autre dans un processus de changement, c'est l'aider à devenir autre (Célis, 2006) :

« Guérir ne consiste pas à reconduire le patient à l'état où il se trouvait avant la crise, mais à tirer profit de cette déstabilisation critique pour l'amener à recouvrir une autonomie renouvelée, à redéfinir ses projets d'existence et sa participation au monde commun » (p. 14).

Ce qui motive chaque jour les hommes et les femmes passionnés par leur travail auprès de ceux qui souffrent, c'est cette rencontre avec l'humanité proche de son mystère, le visage de l'autre dans sa fragilité et sa vulnérabilité.

1.3.3. Une approche humaniste du patient.

Le psychologue clinicien a une fonction particulière au sein du système de santé et des structures hospitalières. Serge Raymond psychologue à Ville-Evrard (Raymond, 2012) affirme que le psychologue occupe dans le service public la place du « Triboulet stratège », le fou de François 1^{er}.

C'est le propre du psychologue de développer une approche humaniste du patient, même si plusieurs métiers et plusieurs pratiques se cachent derrière le mot « psychologue ». Le psychologue est le spécialiste de la vie psychique du sujet et de ses mouvements internes. De façon générale, la psychologie vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement. C'est aussi dans le langage commun la connaissance empirique, intuitive, des sentiments, des idées, des comportements humains. En France, la Société française de psychologie (SFP) est créée en 1901 par Pierre Janet pour promouvoir une psychologie scientifique. Elle est la deuxième société savante de psychologie constituée à travers le monde, après l'American Psychological Association créée en 1892. Dans les institutions de santé et dans la société elle-même la fonction n'a émergé que dans l'après-guerre. L'action de Daniel Lagache (1903-1972), psychiatre et psychanalyste, a été décisive. Grâce à lui le métier de psychologue est apparu, distinguant la pratique clinique de la recherche. En 1961 en même temps que paraît un premier code de déontologie des psychologues est créé un diplôme national, valorisé en 1971 par l'institution d'un DESS. À partir de 1985, le titre de psychologue est protégé par la loi et l'article 44 de la loi du 25 juillet

1985 précise que les psychologues sont les titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie.

Si derrière le terme de psychologue il existe plusieurs métiers tels que le psychologue clinicien, le psychologue de l'éducation, le psychologue du travail et des organisations, ou encore le neuropsychologue, il ne faut pas nier des difficultés dans la pratique : non-respect de cette pratique justement, non-reconnaissance de son titre, légitimité scientifique fragile, positionnement institutionnel délicat. Le sentiment de non reconnaissance de la profession dans le domaine de la santé s'est accentué avec la loi Hôpital, patient, santé et territoires (HPST) qui a supprimé dans le texte en 2009 la dimension psychologique de l'accompagnement des patients en établissement de santé. Les dispositions relatives à la prise en compte « *des aspects psychologiques du patient* » qui figuraient précédemment dans la loi n'apparaissent plus dans le code de la santé publique.

En réponse à ces modifications, le rapport Couty (2013) remis à la ministre de la Santé le 4 mars 2013 préconise les dispositions suivantes :

« Il paraît nécessaire d'abandonner le principe du découpage en missions de service public et de réaffirmer l'existence du service public hospitalier assurant les trois missions de base : le soin sous tous ses aspects, y compris psychologique, l'enseignement et la recherche en santé » (p. 18).

On peut interpréter la mise à l'écart de la dimension psychologique de l'accompagnement des personnes dans les organisations de santé, l'indifférence voire le mépris pour la mission du psychologue, les attaques qu'il subit sur le plan institutionnel comme autant de passages à l'acte, c'est-à-dire de réactions non élaborées et pulsionnelles, contre cette réalité fondatrice de l'humanité, celle de la psyché, qu'elle soit celle des individus ou des groupes. C'est avec ces analyses qu'il peut penser ce qui est devenu pour certains l'impensé tragique de leur activité. Quelles que soient ses options théoriques dans son travail, approche psychodynamique ou bien thérapies cognitivo-comportementales, le psychologue s'intéresse de près aux ressentis des sujets, à leurs mouvements internes, à leurs « états d'âme » selon une expression un peu désuète mais qui a le mérite de renvoyer aux soubassements profonds de l'agir. Il est à l'écoute des patients franchissant la porte d'un hôpital et aussi à l'écoute des professionnels de santé. Il rencontre des familles à la demande des équipes pour leur apporter

un soutien psychologique. Il est également interpellé dans les institutions par les directions, les cadres et surtout les agents eux-mêmes pour écouter les personnels de santé, qui dans un même mouvement parlent des patients et de leurs sentiments vis-à-vis d'eux. Ils sont inquiets car le monsieur de la 14 ne mange pas... Ils sont en colère car la dame qui vient d'arriver est démesurément exigeante... Ils sont joyeux car ce jeune papa quitte enfin le service et peut partir en rééducation... Cette écoute du quotidien, des vécus du service, qui regarde aussi les relations entre collègues, le rapport à la hiérarchie, les questions d'organisation et de salaire, fait du psychologue quelqu'un qui est à la fois en dedans et en dehors d'un service, car il se doit de garder pour lui beaucoup d'éléments confiés sous le sceau du secret professionnel. Mais il peut être aussi à ce titre un facilitateur dans la vie de l'équipe. Si sa fiche de poste le stipule il reçoit des agents et leur propose un soutien psychologique voire un suivi thérapeutique. Cela dépend du cadre de travail posé, à la fois externe et interne.

La notion de cadre est centrale dans toute pratique professionnelle et particulièrement pour le psychologue qui sollicite chez les sujets des éléments issus de leur mémoire, voire de leur inconscient, comme de leur imaginaire. Chaperot (Chaperot et al., 2003) décrit le cadre sur le plan pratique comme l'ensemble des mesures et prescriptions qui établissent des limites aux comportements et il affirme qu'il est la matrice qui favorise l'élaboration psychique. Bléger (1979) de son côté définit le cadre comme ce qui est constant en l'opposant au processus qui est par nature variable, objet d'étude, d'analyse et d'interprétation.

De fait, ce cadre de travail qui est d'abord interne au psychologue peut l'amener au gré des circonstances à développer un rôle de formateur au sein de l'hôpital et au sein d'écoles de santé et de facultés de médecine. Cette place est d'autant plus légitime qu'il lui apparaît au quotidien qu'une large partie de la souffrance ressentie par les patients lors de leur hospitalisation est due à de mauvaises relations entre eux et le médecin qui les suit ou bien l'infirmière qui les visite. Traiter ce problème ne relève pas simplement de principes de communication à acquérir. Cela interroge à la fois les motivations de chacun à s'être engagé dans les métiers du soin, le rapport de tous à la maladie et la mort, la conception de son rôle de soignant auprès d'un souffrant.

Notre formation est une formation analytique au sein de l'Université Paris Descartes, plus particulièrement centrée sur les groupes et les institutions. Nous considérons dès lors notre action comme une forme de thérapie institutionnelle, qui envisage l'institution comme un

sujet et qui consiste à écouter les bruits et les mouvements du groupe comme un tout, à entendre dans les confidences des directeurs, des médecins chefs de service, jusqu'aux personnels d'accueil, aux membres des services techniques ou des cuisines, la plainte d'un corps souffrant, d'un esprit qui se perd, d'un être qui appelle à l'aide.

À côté de ce référentiel tiré de la psychanalyse des groupes, considérant aussi la prédominance de relations de soins brèves, nous avons recours à l'approche rogéienne (Rogers, 2005), que nous avons déjà abordée en partie et qui est fondamentalement « une relation d'aide » *helping relationship* :

« J'entends par ce terme des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie » (Rogers, 2005, p. 27).

C'est une approche thérapeutique centrée sur la personne et qui prône trois attitudes dans la relation de soin que sont l'acceptation inconditionnelle, l'écoute empathique et l'authenticité congruente. L'acceptation inconditionnelle consiste à accueillir le patient sans jugement. Cela favorise pour quelqu'un qui est inquiet pour son devenir un climat de sécurité, lui permettant de se livrer sans crainte, de faire preuve d'authenticité dans l'échange. Cette confiance qui se crée entre le patient et le psychologue développe chez ce patient un sentiment de valorisation, il se vit comme quelqu'un d'intéressant, digne d'attention. Ce qui peut le conduire à redevenir sujet de sa maladie et de sa vie, à imaginer par lui-même la résolution de ses problèmes, avec l'utilisation de stratégies qu'il a pu déjà déployer dans des situations passées analogues.

En second lieu l'écoute empathique renvoie à une attitude dynamique de disponibilité et de bienveillance qui permet au psychologue de « pénétrer l'univers intime du client comme s'il s'agissait du sien, mais sans jamais perdre de vue le "comme si" » (Rogers, 1992). Il faut noter que pour sortir d'une logique « psychopathologisante », Rogers fait référence aux personnes qui viennent chercher de l'aide non pas comme à des patients ou des malades mais il les nomme « clients ». Cette distinction met en priorité l'accent sur la relation d'aide elle-même, de personne à personne, qui est à l'opposé de la relation d'un savant avec son objet d'étude. Ainsi, il s'agit de traiter la personne en demande d'aide non comme un patient sous influence, mais comme un client responsable (Rogers, 1978).

La congruence enfin fait référence à l'authenticité du thérapeute. Il lui faut être lui-même, sans masque, ni façade professionnelle. Il est authentique dans ses réactions, ses mouvements extérieurs et intérieurs. Il y a concordance, ou congruence, entre ce qu'il ressent au plus profond de lui-même et ce qu'il montre à son client. (Rogers, 2009).

L'accent est donc mis sur l'interaction au sein de la relation. Rogers conçoit en effet l'expérience thérapeutique comme un processus de maturation non linéaire qui a pour levier la communication et l'interaction du sujet avec son environnement. Afin d'illustrer ses idées de liberté et de but vers lesquels tend toute existence, il fait le parallèle entre l'être humain, souvent bridé par son environnement mais qui dispose de ressources internes et les végétaux qui tendent vers leur développement en dépit de conditions très défavorables (Rogers, 1973) :

« Envers et contre tout, sans espoir de mûrir, de se réaliser ni de s'épanouir, ils (les végétaux) s'efforçaient de devenir et, à défaut de fleurir, du moins voulaient-ils vivre. Cela traduit parfaitement l'effort désespéré de la vie pour trouver son chemin » (p. 89).

Il met en exergue également « l'incroyable potentiel dont dispose tout un chacun, même sans formation, pour aider son prochain » (Rogers, 1973). Cette approche :

« fait confiance à l'élan vital qui conduit l'homme vers un développement de plus en plus complexe et de plus en plus complet. » (p. 92).

En ce sens pour Rogers (Rogers, 1978),

« la thérapie ne consiste pas à prendre (le client) en mains, mais à l'inciter à libérer son potentiel d'épanouissement et de développement, et à lever les obstacles qui ralentissent sa marche en avant » (p. 34).

Il y a chez Rogers un lien organique entre son approche des patients comme clinicien et son travail d'enseignant. Il se dessine aussi chez lui un parallèle entre la gestion de la ferme de son père selon des principes scientifiques et la recherche constante d'éléments de preuves cliniques dans ses avancées théoriques :

« J'y ai appris combien il est difficile de tester une hypothèse, et j'y ai acquis à la fois la connaissance et le respect des méthodes de la science appliquée. » (Rogers, 2009, p. 123)

Dès ses études universitaires, Rogers (2005) se questionne sur « *une impression de gavage intellectuel* » et propose avec succès aux étudiants

« d'organiser un séminaire validant, mais sans formateur, dont le programme serait construit autour de nos propres interrogations » (p. 102).

Ses conceptions avant-gardistes au sujet d'une pédagogie inversée font l'objet d'un élargissement de sa théorie en ce domaine, dépassant le cadre de la thérapie. Pendant toute sa carrière il est sensible à l'avis, aux habiletés, aux idées de ses étudiants envers lesquels il estime avoir une « dette » (Rogers, 2019). Il soutient cette position jusqu'à la fin de sa vie en mentionnant « *des atomes crochus avec les jeunes* » (Rogers, 1980, p. 212).

Pour nous aussi ce passage du lit des patients à l'enseignement nous a conduit à concevoir des formations au sein de l'hôpital avec la conviction qu'il est nécessaire de s'attaquer au problème des attitudes inadaptées de certains professionnels dès la formation initiale. Développer chez les étudiants comme chez les professionnels de santé ces capacités d'écoute active ne peut faire l'objet d'une simple présentation théorique. Déjà une partie de nos formations comme futur thérapeute a consisté en des mises en situation, et aussi en des ateliers à médiation employant la musique, l'écriture... Cela ne nous a pas surpris de découvrir la simulation au sein d'une faculté de médecine, sinon dans ses aspects plus techniques et technologiques. Comme il a été noté plus haut pour le psychologue clinicien dont la formation a été centrée sur l'accompagnement de la personne souffrante dans sa dimension subjective, la médecine aujourd'hui se révèle comme presque antinomique avec son approche humaniste.

Des courants sociétaux actuels militent cependant en faveur d'une ré-humanisation de la médecine, en particulier celui de l'*empowerment* des patients (Aujoulat, 2007). L'Organisation Mondiale de la Santé définit la promotion de la santé comme un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé et d'améliorer celle-ci. L'idée fondamentale est qu'en participant à la prise de décision, en développant un sentiment d'appartenance, en renforçant son pouvoir sur sa propre destinée on améliore sa santé. Face à une situation qui initialement dépasse ses capacités, le patient est appelé à devenir le sujet de sa santé en développant des ressources personnelles, et non pas à demeurer un objet de soins.

1.3.4. Paternalisme, néopaternalisme et partenariat

Quels sont les enjeux de l'écoute du patient pour le médecin et quelles sont les attitudes rencontrées dans la pratique courante? Il est nécessaire d'examiner ces éléments d'un point de vue théorique en amont de notre recherche empirique.

Des études internationales convergentes notent qu'un praticien coupe, en moyenne, la parole du patient après 18 à 23 secondes d'entretien (Amalberti, 2012). Par ailleurs, une enquête (ISNI, 2017) révèle que 27,7 % des internes en France déclarent souffrir de dépression. Un lien peut être fait entre une médecine qui se déshumanise et la souffrance au travail des médecins (Safy-Godineau, 2017). La pratique médicale est enseignée et s'enseigne encore aujourd'hui en France essentiellement par compagnonnage. Sans nier ses qualités, le compagnonnage a des défauts et des limites. Il est très dépendant de chaque tuteur et surtout il est rendu de nos jours encore plus difficile du fait de la réduction des lits dans les CHU et le manque de temps et d'outils pour former des tuteurs à un encadrement apprenant. Si les apprentissages biomédicaux et techniques sont globalement réalisés qu'en est-il de la partie relationnelle du métier de clinicien ? En effet, la qualité d'écoute contribue à la satisfaction du médecin et du patient (Pierron, 2007). À côté du savoir, connaissance acquise par l'étude et l'expérience, du savoir-faire témoin de l'habileté dans un art quelconque, le savoir être du professionnel de santé est le résultat d'un savant mélange entre l'inné et l'enrichissement progressif de l'acquis lié à l'observation, l'expérience et l'étude. Schématiquement on peut envisager trois types de relation médecin-patient, trois « positionnements » : vers ; pour ; avec.

Dans une relation paternaliste, le professionnel est tourné *vers* le patient, réfléchissant à sa place et lui apportant des solutions clés en main. Certains patients peuvent sembler fort bien s'en accommoder, du moins dans le discours manifeste qu'ils tiennent. On peut citer Proust (1954) dans *À l'ombre des jeunes filles en fleurs* :

« Je ne m'inquiétais nullement de trouver mon médecin ennuyeux ; j'attendais de lui que, grâce à un art dont les lois m'échappaient, il rendit au sujet de ma santé un indiscutable oracle en consultant mes entrailles. Et je ne tenais pas à ce que, à l'aide d'une intelligence où j'aurais pu le suppléer, il cherchât à comprendre la mienne, que je ne me représentais que comme un moyen, indifférent en soi-même, de tâcher d'atteindre des vérités extérieures » (p.152).

Témoignage de cette attitude paternaliste du côté des médecins, les paroles de Portes (Portes, 1954), ancien président du Conseil de l'Ordre pendant la guerre et au sortir de la guerre :

« Au sens exact du terme, [le patient] ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant » (p. 159).

Il qualifie le patient de :

« Jouet à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif, qui n'a qu'une connaissance objective très imparfaite de lui-même » (p. 159).

Il poursuit (Portes, 1954) :

« Beaucoup manifestent bien le désir de connaître, mais une légère crispation de leurs traits, une imperceptible nervosité de leur voix tout à coup les trahit. C'est alors que le médecin doit avec prudence "dorer" la vérité, doit, oui car quoi qu'on en ait dit, dans cette connexion si mystérieuse du physique et du moral, qui peut dire que la vérité connue ne va pas déclencher un mécanisme de découragement, de peur, d'affolement qui a conduit quelquefois le patient au suicide, et qui, en tout cas, ne favorise pas sa guérison. À la vérité, la plupart des malades ne réclament, en fait, de leur médecin qu'un mot léger, banal, dit d'une voix presque distraite : "Ce n'est pas grave", "Ce n'est pas grand-chose", qui comble très suffisamment leur pâle curiosité » (p. 160).

Cette position instrumentale faisant du médecin un personnage social apte à décider à la place du patient est incarnée par le concept de privilège thérapeutique tel qu'on le trouve encore exprimé dans les deux premiers codes français de déontologie (1947 ; 1955), dans les articles 31 du code de 1947 et 34 du code de 1955 : « *Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade* ».

À côté de cette attitude où le médecin recommande, voire ordonne, le corps médical s'oriente vers une attitude différente : le médecin informe de son mieux et le patient choisit en fonction de critères multiples, et décide. C'est une attitude du professionnel de santé qui veut faire *pour* le patient. À bien y regarder, le médecin considère qu'il est dépositaire du savoir et que l'objectif de l'entretien avec le patient sera de le convaincre du bien-fondé de sa proposition de traitement. Typique de cette attitude sont les marques de sympathie de la part du médecin

qui cherche à capter la bienveillance du patient et un exposé dès le début de l'entretien où le médecin prend la parole pour expliquer au patient de quoi il souffre. La question posée en début d'entretien par le praticien : « Est-ce que vous avez compris de quoi vous souffrez ? », « Comment allez-vous ? » n'est pas une véritable investigation sur l'état émotionnel ou les représentations que le patient a de sa maladie. Ce n'est qu'une entrée en matière pour dérouler la triade Signes/Diagnostic/Traitement. On peut parler ici de néopaternalisme même si le mot dans le milieu du management et des coaches est parfois laudatif. Dans un contexte qui a évolué, où les droits du patient sont affirmés, où l'autonomie du citoyen est garantie par la loi, il s'agit d'être plus subtil de la part du professionnel de santé pour atteindre ses fins. Cette démarche empreinte souvent d'une réelle volonté de bien faire (mais de faire à la place du patient) inclut une part de manipulation.

Mais on peut aller encore plus loin et il faut aller plus loin. Il s'agit de développer un partenariat entre le professionnel de santé et le malade. Cela est nécessaire pour garantir une alliance thérapeutique tout au long de l'accompagnement dans le cadre d'une équipe de soin où il a pleinement sa place. Dans les deux premiers schémas, la confiance est construite sur les compétences supposées du médecin. Mais surviennent des complications, des aléas significatifs voire l'échec thérapeutique, et la science supposée du professionnel est mise à mal. Dans la logique du faire *avec*, s'il s'agit de repérer les besoins du patient en matière de traitement, il s'agit aussi d'être dans une écoute attentive de ses attentes et de considérer le patient comme membre de l'équipe de soin, en tant qu'il est son propre soignant. Cette démarche qui fait du patient un partenaire (Pomey, 2015) s'inscrit dans un processus dynamique d'interaction et d'apprentissage. On vise l'autodétermination du patient, sa prise de décision libre et éclairée et l'atteinte de résultats de santé optimaux. On parle d'*empowerment* des patients, ce qui signifie autonomisation, prise en charge de l'individu par lui-même, projet de vie dans lequel s'inscrit le projet de soin. Comme l'écrit Georges Canguilhem (2002) :

« Mon médecin, c'est celui qui accepte, ordinairement, de moi que je l'instruise sur ce que, seul, je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur. » (Canguilhem, 2002, page 65).

Ce changement profond doit trouver des outils pédagogiques et des référentiels théoriques sûrs.

Chapitre 2 : Paradigmes d'enseignement et d'apprentissage : lequel privilégier pour penser le développement de l'agir éthique ?

Notre projet et notre mission au sein de la Faculté de médecine de Nice est de contribuer avec d'autres à faire de l'éthique un objet d'enseignement et d'apprentissage légitime, crédible et pleinement intégré au curriculum de formation à la pratique médicale. Il s'agit de positionner l'éthique comme objet d'enseignement et d'apprentissage. Par exemple, du côté des étudiants, que s'agit-il d'apprendre et, du côté des professeurs, que s'agit-il de les aider à apprendre ? Ou bien, exprimé à travers un autre paradigme pédagogique, dans quelles expériences d'apprentissage plonger les étudiants et observer la manifestation des capacités propres (ou non) à l'agir éthique ou encore comment les accompagner dans l'explicitation des apprentissages effectués à travers celles-ci ? L'éthique est-elle une somme de savoirs savants, d'habiletés de communication, d'habiletés émotionnelles, d'habiletés réflexives ou bien relève-t-elle encore d'autres habiletés ? Que nous nous placions dans une perspective de l'éthique des vertus ou bien dans la perspective principiste, les dispositifs pédagogiques ne seront peut-être pas utilisés de la même façon.

Plus techniquement, dans une ingénierie de formation, qu'est-ce que former à l'éthique ou développer l'agir éthique des étudiants ? Est-ce les outiller en habiletés ou en capacités ou en compétences ? Est-ce que tous ces outils sont complémentaires voire compatibles entre eux ? Et si oui, comment les articuler ? C'est à ces questions que nous allons répondre dans cette partie-ci. Dans cette perspective, nous convoquerons le cadre conceptuel de l'APC afin de s'interroger dans quelle mesure il peut être un cadre (ou pas) pour penser adéquatement le développement des compétences requises pour un agir éthique approprié aux situations professionnelles qui constituent le quotidien de ces futurs médecins.

2.1 De l'enseignement transmissif à l'apprentissage partagé.

Tout un courant de pensée fait la critique du cours magistral. Quels sont ses mérites ? Et quelles sont ses limites ? Doit-il être amendé ou remplacé ? Quel nouveau paradigme d'apprentissage peut être proposé ? Le cours magistral essuie de sérieuses critiques avec pour

argument principal implicite ou explicite qu'il serait « une forme d'enseignement obsolète, venue d'un très lointain passé » selon Bruter (2008, p.5) dans sa contribution *Le cours magistral comme objet d'histoire*, avec, comme souvent, l'association au passé ayant comme objectif de décrédibiliser cette approche dépassée par rapport aux nouveaux besoins contemporains. Bruter critique à ce sujet l'injonction réductrice au regard de l'histoire de l'enseignement à :

« l'abandon d'un modèle transmissif centré sur l'enseignant et les contenus d'enseignement en faveur d'un modèle socio-constructiviste centré sur les compétences des étudiants et leurs acquisitions » (Bruter cité par Colet & Romainville, 2006, p. 217).

L'adjectif « magistral » peut qualifier un fait remarquable par la façon dont il a été accompli aussi bien que désigner une manière de faire autoritaire et systématique. Les pratiques qui sont désignées lorsque le cours magistral est ainsi pris à partie, ce sont celles d'un enseignement basé sur la dispensation unilatérale d'un savoir comprenant donc peu, voire pas, d'interactions avec les étudiants. Dans cette logique transmissive, l'étudiant doit écouter attentivement et accepter de différer son besoin de compréhension globale. Ses erreurs ou incompréhensions sont des accidents dus à une écoute insuffisante ou à une mauvaise explication. Elles sont de la responsabilité de l'élève. On y remédie de ce fait par une nouvelle explication, une écoute plus attentive de sa part ou encore la répétition des exercices.

De son côté, l'enseignant a pour rôle de montrer la pensée ou le geste adéquat pour que l'élève reproduise. Il choisit les bons exemples et les explications appropriées. Dans cette perspective d'enseignement, le programme est abordé séquentiellement : la logique de la progression suit la logique du savoir. La clarté de l'exposé est à la charge de l'enseignant. Cet exposé est donc progressif et ordonné en fonction à la fois des prérequis et des difficultés qui sont censées être croissantes. Ce qui est essentiel dans ce schéma transmissif c'est l'importance de la structuration du message délivré par l'enseignant, ce qui correspond au « travail (ou traduction, ou mise en forme) didactique ». Au-delà des mérites d'un tel enseignement, des limites apparaissent. D'abord si une conception initiale inadéquate existe (aucun enseignant ne pouvant prétendre tout savoir sur son domaine), les conditions d'enseignement permettent peu sa remise en cause ou en perspective. Ensuite, ce qui est dit par l'enseignant n'est pas toujours entendu de la même façon par tous les élèves.

C'est au cours du XXe siècle que des figures majeures vont étudier les phénomènes d'apprentissage. Piaget (1896-1980) psychologue et épistémologue suisse met en lumière que l'intelligence est une forme spécifique de l'adaptation du vivant à son milieu. À la même époque un chercheur russe développe des théories sur le développement qui vont renouveler fondamentalement l'approche éducative. Il s'agit de Lev Vygotsky, mort en 1934 à Moscou à l'âge de 38 ans et qui ne sera connu en Occident que dans les années 1960 : il énonce une loi fondamentale du développement selon laquelle :

« Chaque fonction psychique supérieure apparaît deux fois au cours du développement de l'enfant : d'abord comme activité collective, sociale et donc comme fonction inter-psychique, puis la deuxième fois comme activité individuelle, comme propriété intérieure de la pensée de l'enfant, comme fonction intra-psychique » (Vygotsky, 1978, p. 57).

L'acquisition de connaissances passe donc d'après lui par une interaction entre le sujet, la situation d'enseignement, et les acteurs de la situation (enseignants, pairs). Parallèlement il découvre ce qu'il appelle la « zone proximale de développement ». C'est l'écart existant entre le niveau actuel de l'enfant (ce qu'il est capable de produire seul) et son niveau potentiel (ce qu'il est capable de réaliser avec l'aide de l'adulte). Le jeu, enfin, est un élément clé du processus d'apprentissage (Winnicott, 1969 ; Winnicott, 2002). L'enfant joue avec ses proches, ses parents, les autres enfants. Il mime les rôles de ceux qui l'entourent. Il s'identifie dans un monde rêvé à ses figures parentales, au maître et à la maîtresse d'école, etc.

De nombreux pédagogues vont se saisir de ces théories et produire plusieurs concepts pertinents pour les théories de l'apprentissage. Par exemple, le concept de « conflit sociocognitif » (Doise et al., 1975 ; 1976) qui met en lumière qu'une différence dans le fonctionnement des partenaires en présence peut déboucher sur des restructurations de chacun des membres de l'interaction. Ou encore on peut aussi citer l'« apprentissage social » d'Albert Bandura (1962) qui décrit comment l'enfant peut apprendre de nouveaux comportements en observant d'autres personnes notamment en imitant les modèles de comportement qui font l'objet de récompenses et non de punitions (Carré, 2004). Enfin, le modèle « socioconstructiviste » qui porte notre attention à la prise en compte des conceptions des élèves et de leurs relations avec les représentations sociales. Ausubel (1968) dégage au sein de ce modèle ses caractéristiques fondamentales : en premier lieu, les étudiants construisent

graduellement leurs connaissances à partir de ce qu'ils savent déjà ; en second lieu, les contextes d'enseignement et d'apprentissage ainsi que la nature du traitement de l'information effectué conditionnent la transférabilité des connaissances ; enfin un environnement authentique, sélectionné par l'enseignant, engage l'étudiant à construire à partir de ses connaissances antérieures.

Ces différentes découvertes font notamment écho au conseil du philosophe Bertrand Russell (2011) qui suggérait que la multiplication des points de vue pouvait non pas créer de la confusion chez les étudiants mais au contraire stimuler leur réflexion et leur intérêt :

« Intellectuellement, un jeune homme est stimulé par un problème lorsqu'il trouve que les opinions divergent à son sujet. Par exemple, un jeune étudiant d'économie devrait connaître les opinions des individualistes et des socialistes, des protectionnistes et libre-échangistes, des inflationnistes et des partisans de l'étalon-or [...] Cela lui apprendrait à penser les arguments et à examiner les preuves, à savoir qu'aucune opinion n'est juste d'une manière absolument certaine, et à juger les hommes plutôt pour leurs qualités que pour leur conformité avec des conceptions antérieures. [...] Un jeune homme devrait apprendre à penser que toutes les questions demeurent ouvertes et qu'il faut suivre un raisonnement si loin qu'il mène » (p. 207).

Après l'émergence de ces différentes innovations conceptuelles, deux perspectives principales mais distinctes ont pu être circonscrites. Le choix de nous inscrire dans l'une ou l'autre déterminera la manière dont nous aborderons pédagogiquement le développement possible des compétences de l'agir éthique et, par suite, les options de dispositifs pédagogiques qui pourront être considérés pour un tel apprentissage. Il ne s'agit pas de proposer des correspondances trop univoques. On peut distinguer respectivement, des conceptions behavioristes, humanistes, constructivistes, cognitivistes ou « post-cognitivistes » de l'apprentissage, qui chacune inspire des pratiques d'enseignement et d'évaluation différentes. Mais les influences sont croisées et il y a rarement des modèles purs (Tardif, 1992). L'apprentissage est un processus actif et constructif de traitement de l'information où la dimension affective joue aussi un grand rôle. C'est par la connaissance des composantes caractéristiques et dynamiques de ce processus que l'enseignant pourra intervenir de façon véritablement stratégique, c'est-à-dire consciemment et délibérément, auprès de l'élève, en vue de maximiser les bénéfices de sa démarche d'apprentissage (Jouquan, 2002 ; Parent, Jouquan, 2015).

Nous avons d'un côté, le paradigme de l'enseignement (défini dans le tableau 1 ci-dessous) qui désigne l'utilisation de dispositifs centrés sur l'enseignant (perspective behavioriste de l'apprentissage où une réponse acquise va correspondre à un stimulus). Dans un tel dispositif d'enseignement est « privilégiée l'accumulation au détriment de la réflexion et du recul critique », selon l'avis 84 du Comité consultatif national d'éthique sur l'éthique médicale (Comité consultatif national d'éthique, 2004, p. 14). En effet, comme nombre d'enseignants en font l'expérience, au sein des dispositifs pédagogiques pensés à travers ce paradigme, les étudiants sont passifs et doivent intégrer des masses de connaissances transmises sans que leur esprit critique ne soit mobilisé au sein de l'enseignement formel (ce qui ne les empêche toutefois pas de l'exercer mais ses fruits ne sont pas intégrés au sein de la séquence pédagogique). De manière cohérente, l'évaluation se fait alors par sommation de ces connaissances, c'est-à-dire qu'un état donné de connaissance est certifié mais qu'un score n'est toutefois pas nécessairement produit (la mention « succès » ou « échec » peut par exemple suffire).

De l'autre, nous avons le paradigme de l'apprentissage (défini également dans le tableau 1 ci-dessous) qui implique l'élaboration de dispositifs centrés sur l'étudiant et son rapport à l'environnement d'apprentissage. Dans ces dispositifs pédagogiques pensés à travers ce paradigme, l'étudiant est rendu actif et l'enseignant agit alors davantage dans une perspective de facilitateur du cheminement de l'étudiant à travers son apprentissage. L'évaluation est la plupart du temps de nature formative et vise à permettre à l'étudiant d'explicitier ses apprentissages et de les commenter pour identifier les pistes d'amélioration continue de ses compétences.

Le tableau 1 ci-dessous illustre et compare ces deux paradigmes de manière plus détaillée :

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont <i>transmis</i> aux étudiants par les professeurs.	Les étudiants <i>construisent</i> leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, <i>en interaction</i> avec leurs enseignants et avec leurs pairs.
Les étudiants <i>reçoivent passivement</i> l'information.	Les étudiants <i>traitent activement</i> l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes.
Les connaissances sont acquises <i>sans lien</i> avec leur contexte prévisible de réutilisation.	Les connaissances sont <i>construites</i> prioritairement à <i>partir des contextes</i> professionnels authentiques.
Le professeur est conçu avant tout comme <i>un dispensateur</i> de savoirs et comme un examinateur.	L'enseignant est conçu avant tout comme <i>un facilitateur</i> des apprentissages.
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont <i>séparés</i> .	L'évaluation est <i>enchâssée</i> dans les activités d'enseignement et d'apprentissage.
L'évaluation est utilisée essentiellement <i>pour mesurer</i> la quantité des apprentissages.	L'évaluation est utilisée <i>pour promouvoir et diagnostiquer</i> les apprentissages.
L'évaluation privilégie l'obtention de <i>la bonne réponse</i> .	L'évaluation se préoccupe <i>autant du processus que du résultat</i> et exploite les erreurs pour développer les apprentissages.
Les apprentissages sont mesurés <i>indirectement</i> grâce à des tests standardisés.	Les apprentissages sont appréciés <i>directement</i> à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios.

Tableau 1 : Paradigmes d'enseignement et d'apprentissage adapté par Jouquan & Bail (2003, p. 165) d'après la typologie de Huba & Freed (2000). Nous soulignons les éléments de comparaison dans le tableau.

Au-delà du fait que, en pédagogie en particulier, les limites du paradigme de l'enseignement fassent de plus en plus consensus, nous pensons que la nature de l'objet d'apprentissage qui est le nôtre au sein de ce travail justifie d'autant plus le choix de nous inscrire dans le paradigme de l'apprentissage. Que ce soit la nécessité de former à l'agir (en particulier l'agir « en situation ») et à l'interaction argumentative, délibérative et décisionnelle ou encore considérant la pertinence de structurer son jugement à partir de finalités dont le choix et les conditions d'application sont actualisés en fonction de ce qui émerge du contexte d'action, tous ces éléments nous engagent à inscrire notre réflexion au sein du paradigme de l'apprentissage.

2.2. Le paradigme de l'apprentissage considéré à partir des postulats de deux perspectives : éactive et pragmatiste.

2.2.1. La perspective éactive.

Deux apports théoriques peuvent compléter les remarques précédentes et nous permettre de relier l'APC en pédagogie à l'enseignement de l'éthique, ce sont l'éaction dans les sciences cognitives et le courant pragmatiste en philosophie.

La pédagogie de manière générale, et la pédagogie médicale n'y échappe pas, est imprégnée par la perspective cognitiviste en sciences de l'éducation. Le traitement de l'information se pense dans le dualisme cartésien mettant en avant une dualité entre le corps et l'esprit. Il y aurait comme un fantôme dans la machine. Selon Ryle (1978) :

« Une personne en visite à l'université d'Oxford qui, ayant fait le tour de tous les bâtiments – la bibliothèque, l'administration, les salles de cours etc. – dirait : “Je vois tous ces bâtiments, mais où se trouve l'université ?” ferait une erreur catégorielle en pensant que l'université d'Oxford se trouve dans la même catégorie que la bibliothèque ou les salles de cours visitées. En effet, il ne comprendrait pas que les bâtiments font partie de l'université qu'il cherche. Et si le visiteur persiste dans sa croyance que l'université désigne un bâtiment particulier sans pouvoir jamais le rencontrer, il pourrait alors en arriver à imaginer que la chose en question est une entité immatérielle » (p. 82).

C'est une erreur analogue, affirme Ryle, qui est à la source du dualisme cartésien. Nous commençons avec l'idée que l'esprit est une entité distincte du corps, mais située quelque part dans le corps. Lorsque nous cherchons à identifier une telle entité à l'intérieur du corps, nous

ne parvenons pas à le faire. Nous sommes donc conduits à la décrire comme la négation de la description du corps. Ainsi, nous finissons par concevoir l'esprit comme une entité incorporelle logée dans un corps purement physique : un « fantôme » dans la « machine » (Ryle, 1978, p. 82).

Dans cette perspective-là la compétence est conçue comme un savoir-agir qui est fondé sur la mobilisation de ressources emmagasinées en mémoire. La psychologie cognitive propose dans cette perspective une typologie formelle qui distingue d'un côté les connaissances déclaratives (la connaissance des lois, des normes, des principes, etc.) et les connaissances d'action, étant elles-mêmes subdivisées en connaissances procédurales et en connaissances conditionnelles (Tardif, 1992) :

« [Le cognitivisme obéit] au "modèle sandwich de la cognition" : la cognition (ou du moins la cognition centrale) est entre la perception et l'action. Selon le schéma classique, de manière linéaire, la perception construit et donne à la cognition en représentant un environnement externe ; la cognition interprète et raisonne avant de produire une action dans ce même environnement externe. Un système cognitif a ainsi des rapports avec le monde via des entrées perceptives et des sorties motrices (qui constituent ses limites) » (p. 89).

Il s'est fait jour une critique aujourd'hui de ce modèle cognitiviste. La cognition n'est pas seulement « dans le cerveau », la cognition est incarnée au sens corporel, au sens d'incorporer, c'est-à-dire elle est dans un corps. Cette cognition est aussi située, cela veut dire qu'elle est marquée par le temps, l'espace, les autres, objets, êtres humains qui constituent pour le sujet une situation. Cela rejoint d'une certaine façon l'approche phénoménologique de l'existence qui considère que l'essence de quelque chose repose dans son existence, son existentialité, sa manière d'exister.

La cognition est incarnée, située, elle est aussi distribuée, il existe dans la cognition une place centrale donnée à la composante sociale des individus (Hutchins, 1995 ; Cicourel, 1994). L'activité humaine ne se réduit pas à l'activité du cerveau, elle est au contraire distribuée entre les membres d'un groupe, entre les individus et les structures environnementales et matérielles, et elle est aussi traversée par le temps. Dans l'action j'ai des ressources à ma disposition qui peuvent être un voisin, un collègue, l'infirmière qui est en face de moi, le

patient évidemment, l'ordinateur que je peux ouvrir pour chercher une dose que j'ai oubliée ou simplement le dictionnaire papier à l'ancienne qui est sur mon bureau...

Le concept d'énaction place justement la cognition dans cette perspective intégrative. Ceux qui défendent cette approche partent de fait de l'observation même de l'apprentissage :

« Apprendre le savoir nager n'est pas apprendre à nager, car la connaissance apprise hors de l'eau n'est pas la même que la connaissance apprise dans l'eau. Apprendre le savoir nager peut se faire dans son salon, mais apprendre à nager ne peut se faire qu'en immersion complète dans une piscine (lac, mer, etc.). Il y a donc une différence à faire entre la compétence-savoir apprise d'une manière décontextualisée et la compétence-en-action développée in situ. Une personne pourrait avoir appris toute la multitude des compétences enseignées dans les formations "hors de l'eau" et pourtant ne pas être compétente dans l'exercice d'une profession » (Masciotra, 2017, p. 3).

Ce que la perspective énative met en avant, c'est que le corps dans toutes ses dimensions est partie prenante de l'apprentissage. D'où l'observation des acteurs, des opérateurs, des professionnels en situation :

« La compétence du praticien à l'œuvre dans le réel se cache dans son agir incorporé situant/situé, et non pas strictement dans son cerveau-esprit comme le postule le cognitivisme. Pour faire émerger le sens pragmatique de la compétence, la (re)conceptualiser en termes d'agir réel et étudier le fonctionnement de cet agir, il faut répondre à la question générale : que fait généralement une personne compétente, performante, experte ou maître opérant dans un cadre défini ? » (Masciotra, 2017, p. 13).

Le fait de contextualiser une connaissance lui accorde aussi plus de signification et, en conséquence, plus de stabilité cognitive. Selon Masciotra (2017) :

« Apprendre c'est agir en situation et faire progresser son agir. L'agir est à la fois le moyen et la fin de l'apprentissage » (p. 4).

Cette dernière remarque semble importante. Une critique essayée par l'approche par compétence est de négliger les savoirs savants au profit de savoirs pratiques, laissant de côté d'une certaine façon la gratuité fondamentale de l'existence (être en vie demeure radicalement un don). On oublierait aussi dans le savoir un idéal de contemplation du vrai et du beau, dans l'agir la perspective du bien... La contemplation de ces universaux serait moquée au profit d'une perspective utilitariste, pragmatique, pratique. Or pour reprendre le mot de Lyautey la

joie de l'âme est dans l'action. L'agir de fait est la fin de l'apprentissage car c'est par l'agir et dans l'agir, comme nous l'avons exposé en rappelant le sens du terme *ergon*, que l'être humain rejoint sa finalité. La contemplation elle-même dans la recherche fondamentale (on pense aux mathématiques par exemple) est une action et non la suspension du temps.

2.2.2 La perspective pragmatiste.

Un autre courant philosophique est vecteur d'une analyse critique du paradigme de l'enseignement, c'est celui du tournant pragmatique. Celui-ci invite les sciences cognitives à prendre en compte les trois dimensions pragmatiques de la cognition, qui sont selon Steiner (2008):

- « 1) le mouvement corporel (geste, plus largement sensorimotricité) ;
- 2) l'activité située de l'organisme cognitif dans son environnement, complexe et imprévisible ;
- 3) la motivation et les projets de l'organisme » (p. 90).

Ainsi et toujours selon cet auteur,

« l'incarnation comme inscription corporelle et la situation comme inscription environnementale peuvent être vues comme les deux formes principales des dimensions pragmatiques de la cognition, en vertu desquelles la cognition est une activité et se déploie dans et en vertu d'une série d'activités (la situation correspond à l'activité continue, l'incarnation à l'activité motrice et gestuelle) » (p. 90).

De même que :

« le tournant pragmatique, ici, se traduit par l'idée suivante : les bases de la cognition, même dite de haut niveau (raisonnement, langage) sont essentiellement sensorimotrices. Autrement dit, la cognition s'ancre dans notre engagement sensorimoteur et corporel avec l'environnement » (p. 93).

Steiner distingue bien ce qui relève du tournant pragmatique de la perspective cognitiviste, qui est de l'ordre d'une évolution, d'une sophistication (avec la prise en compte de la notion de contexte), en l'occurrence déjà effectuée, et ce qui relève du tournant pragmatiste, qui est de l'ordre d'une rupture plus radicale, et qui reste largement à effectuer dans le cadre de la perspective cognitiviste en pédagogie. Le pragmatisme se propose d'aborder la cognition

comme cognition incarnée, située. Il rejoint là le souci du courant pédagogique de l'approche par compétence, ou du moins les modèles les plus intégrateurs et émancipateurs, où celle-ci se définit comme une capacité à agir adéquatement en situation. Or, on a défini dans un premier temps l'éthique comme la science pratique de l'agir en vue du juste et du bien. Pour déterminer la valeur de l'agir il s'agit donc d'établir le caractère adéquat ou non de l'action en vue de la fin visée. Quel est alors ce critère ?

Comme nous l'avons exposé dans la première partie de ce travail, c'est là que les écoles philosophiques s'affrontent. Est-ce une adéquation à une norme externe (la loi) ou interne (la conscience) ? Est-ce un jugement pratique établi au regard d'une finalité regardant la balance bénéfico-risque dans une perspective utilitariste ? Sommes-nous dans une recherche de sens guidée à la fois par notre sensibilité, notre cognition, notre volition comme dans l'eudémonisme rationnel qui se revendique d'Aristote ? Les courants pédagogiques qui se réclament du pragmatisme suggèrent des réponses:

« Aux modèles déontologiques de la formation à l'éthique visant l'adoption par le professionnel du comportement estimé adéquat par ses pairs, aux modèles « principlistes » visant la déduction par le sujet de principes d'actions, aux modèles plus narratifs et herméneutiques centrés sur le récit du sujet et visant la construction d'une représentation des situations (Fourez, 2007), voire aux modèles centrés sur le développement d'une « sensibilité morale » du sujet, on privilégie aujourd'hui des modèles de formation plus actifs, réflexifs et situés » (Aiguier, 2017, §4, citant Cruess et al. 2016).

Le pragmatisme met en avant le caractère très singulier et unique des cas concrets et fait appel à une intelligence collective pour que se dégage un consensus. Par tournant pragmatique de l'éthique, on entend la

« volonté de dépasser la production d'un discours moral à propos des pratiques – dont le caractère souvent décontextualisé interroge quant à son efficacité dans l'action en situation –, pour se centrer davantage sur la capacité des acteurs à développer un agir collectif adéquat en situation. Dans une veine pragmatique, l'éthique relève donc d'une ressource intrinsèque de l'action que les professionnels doivent développer pour agir avec compétence en situation [...] Par conséquent, la formation à l'éthique en santé ne peut plus se limiter à un enseignement de contenus formels (savoirs conditionnels, savoirs procéduraux) portant sur des réflexions à propos des pratiques biomédicales. Les projets pédagogiques doivent plutôt favoriser une compréhension du contexte socioprofessionnel de la santé (Godin, Moulin & Van Pee, 2004), le développement d'une pratique plus

réflexive, dialogique et collaborative du soin (Patenaude, Lambert, Dionne, Marcoux, Jeliu & Brazeau-Lamontagne, 2001), ou encore la formation des soignants à la délibération éthique » (Aiguier, 2017, §4, citant Molewijk et al., 2008).

De plus :

« il ne s’agit ainsi plus uniquement d’enseigner les valeurs et principes issus des grandes traditions philosophiques pour viser la construction d’un ethos commun par ailleurs bien aléatoire (...). Il s’agit aussi de rendre les acteurs attentifs aux conditions par lesquelles ils vont pouvoir mettre en œuvre collectivement un agir adéquat en situation, autrement dit de les capaciter pour qu’ils développent un réel pouvoir d’agir » (Aiguier, 2017, §8).

Mais comment procéder à un tel apprentissage et dans le cadre de quelle perspective d’enseignement favoriser cet apprentissage ? Pour une grande part il semble que l’on retrouve la dimension prudentielle de l’éthique, l’usage de la vertu de *phronésis*. Cette décision au sein de circonstances multiples et parfois contradictoires, relève proprement de l’éthique, science pratique de l’agir en situation en vue du bien et du juste. Les perspectives déontologiques et bioéthiques ne sont que des dérivés de cette prise de décision toujours unique car dans un contexte singulier engageant des individus eux-mêmes inscrits dans la culture et l’histoire. Pour notre part la perspective que nous défendons est résolument eudémoniste. À l’école d’Aristote nous considérons que « le bonheur », *eudaimonia*, est un principe ; c’est pour l’atteindre que nous accomplissons tous les autres actes ; il est bien le génie de nos « motivations » selon Aristote dans l’*Éthique à Nicomaque* en 1.12.8. Ici, le bien et le bon se confondent, de même que le mal et le mauvais. Dans cette dynamique le bonheur n’est pas perçu comme opposé à la raison, il en est la finalité naturelle. L’agir éthique ne se réduit pas non plus à une attitude prudentielle en situation. Les vertus morales de l’éthique médicale telles qu’elles ont été présentées montrent que c’est justement tout le composé humain, avec aussi ses dimensions affectives et corporelles, qui entre en jeu dans l’action. La raison imprime en situation un mode d’être au monde.

Cette démarche éthique peut entrer en dialogue avec le courant pragmatiste. D’autant plus que l’être humain est aussi considéré chez Aristote dans sa dimension sociale et que le courant pragmatiste met en lumière ce travail collectif dans le choix éthique. Un philosophe qui se

réclame du courant pragmatiste et qui enseigne la philosophie morale et l'éthique au sein de l'Université de Sherbrooke peut ainsi écrire :

« Le professionnel "expert", reconnu pour son savoir et son savoir-faire technoscientifique et à qui, de ce fait, la société octroie une certaine autonomie dans le choix des moyens à mettre en œuvre, doit ainsi se rendre capable d'évaluer et de réévaluer les finalités et les moyens de son action, d'élargir le champ de ses compétences, d'inscrire son action dans une approche plus coopérative de l'intervention professionnelle » (Legault, 2004, p. 256).

De là il convient pour le professionnel d'intégrer tout à la fois les dimensions institutionnelles, organisationnelles et économiques inhérentes à sa pratique, et enfin de s'engager dans une démarche plus inclusive du soin (logique d'*empowerment*). Dans cette perspective l'intervention en santé n'est plus laissée à la discrétion d'un praticien à qui l'on accorde une totale autonomie dans le choix des moyens à mettre en œuvre compte tenu de son expertise technique et scientifique. Elle est aussi très largement marquée par « l'exercice d'une responsabilité collective (morale, sociale, professionnelle) » (Aiguier, 2017, §3).

Dans cette démarche éthique l'image du philosophe se retrouvant face à sa pensée dans son poêle ou bien celle du médecin absolument et définitivement seul face à son patient dans le secret du cabinet n'est plus de mise. Que ce soit à l'hôpital ou en ville, dans le domaine de la santé, ces choix se font au sein d'équipes où chacun a une connaissance parcellaire et complémentaire du patient, de ses attentes, de son vécu, de son état émotionnel. Plus encore le patient est lui-même partie prenante de ce système interagissant avec les économies psychiques de chacun. Son autonomie est ainsi à la fois absolue et relative.

Ces deux cadres théoriques reposent sur des postulats qui contribuent eux-aussi à la remise en question du paradigme de l'enseignement. Le paradigme de l'apprentissage apparaît ainsi un cadre plus adéquat à un développement de compétences.

Chapitre 3 : L'agir éthique dans une perspective d'approche par compétences.

3.1. Approche par compétence.

3.1.1 De la compétence à l'approche par compétence.

Si nous considérons qu'il s'agit fondamentalement d'accompagner les étudiants à s'outiller avec quelque chose qui est de l'ordre de l'agir, plus précisément de l'agir adéquatement en situation, il faut alors s'adosser sur des conceptions, des modèles et des perspectives pédagogiques qui rendent compte de l'agir en tant qu'objet d'enseignement et d'apprentissage.

Dans le langage commun, une compétence est « une connaissance, une expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger » selon la définition du dictionnaire de la langue française Le Petit Robert ou encore « ce qui permet de savoir-agir, grâce aux ressources dont on dispose, face à une situation donnée. » (Jouquan & Parent, 2015, p. 103). C'est donc notamment parce que la compétence est fondamentalement de l'ordre de l'action qu'elle nous intéresse au sein de notre travail. En revanche, de ce fait-même, elle n'est pas directement observable et requiert donc de faire un travail d'inférence, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de passer par l'observation de ses manifestations en action pour en déduire sa présence.

De nombreuses facultés de médecine affirment avoir élaboré des curriculums basés sur une approche par compétence. Mais malgré la similarité des situations professionnelles auxquelles sont confrontés les médecins, les structures de chaque programme ainsi que les dispositifs pédagogiques les composant peuvent différer significativement. En 2012, l'équipe de Fernandez et al. a réalisé une revue systématique des publications dans des revues d'éducation médicale publiées en anglais et en français. Un échantillon de quatorze définitions a été étudié en utilisant une analyse thématique. Toutes ces définitions sont fondées à partir du postulat stipulant qu'une compétence est composée de connaissances, de compétences et « d'autres éléments » au rang desquels on trouve les « attitudes » et les « valeurs ». Mais une nette divergence existe pour rendre compte de la façon dont une personne compétente utilise ces composantes. Une approche privilégie l'idée que la compétence implique chez le sujet la

sélection de composantes selon des situations spécifiques, selon les besoins. Une autre conception met davantage l'accent sur la synergie qui résulte de l'utilisation d'une combinaison de composantes dans une situation donnée. Pour la suite de ce travail, nous retiendrons la définition de Parent et Jouquan (2015) :

« Une compétence est un savoir-agir complexe qui mobilise, grâce à des capacités de nature diverse (cognitive, réflexive, métacognitive, opérative, psycho-affective, sociale), un ensemble de ressources complémentaires, élaborées à partir de savoirs multiples et organisées en schémas opératoires, pour traiter de façon adéquate des problèmes à l'intérieur de familles de situations professionnelles, définies au regard de contextes, de rôles et de contraintes spécifiques » (pp. 303-304).

Pour compléter on peut adjoindre cette autre présentation faite par les mêmes auteurs :

« Dans le contexte de la formation des professionnels de la santé, le concept de compétence est un construit théorique qui s'efforce de rendre compte, à des fins didactiques et pédagogiques, de la capacité des professionnels concernés à agir adéquatement en situation. Il désigne à la fois l'objet et les conséquences attendues des dispositifs curriculaires et des dispositifs pédagogiques, lorsque ces derniers se réclament de l'approche par compétences et qu'ils sont alors formulés dans le cadre d'un référentiel de compétences » (Parent & Jouquan, 2019a).

Cette définition considère en premier lieu le contexte dans lequel une compétence s'exprime et aussi s'acquiert. Il ne s'agit pas d'un apprentissage purement académique de notions abstraites mais d'un ensemble d'harmoniques qui se condensent lorsque la personne est en situation professionnelle, en vue de collaborer avec le patient de la façon la plus adaptée dans le cas de la médecine. C'est un point que soulignent d'ailleurs Parent et Jouquan (2015) :

« Une compétence fait d'abord référence à un ensemble de connaissances, c'est-à-dire de ressources qui résultent d'apprentissages effectués à partir de savoirs formels ou informels, qui sont à la fois stockées et mobilisables grâce aux différentes fonctions de la mémoire » (p. 103).

Ces connaissances, ces ressources mobilisées par le médecin en situation sont son raisonnement clinique tout aussi bien que la prise en compte des facteurs psychosociaux du patient, l'humeur de ce patient ce jour-là comme la sienne propre. À cela se rajoutent tous les autres rôles qu'il doit assumer en plus de celui de diagnosticien thérapeute. En effet il doit communiquer au sein de l'équipe, rencontrer les familles, échanger avec les autres

professionnels, il est impliqué dans la planification des soins, etc. Une approche par compétences permet de mieux rendre compte de ces capacités multiples mises en œuvre simultanément ou successivement. Jouquan et Parent (2019a) ont eux-mêmes précisé leur pensée au fil de leurs travaux et de leurs écrits. Leur définition de la compétence a pris en compte le tournant pragmatiste et la perspective énaïve au fil du temps. Ainsi ils ont fait le choix de l'abandon du terme « savoir-agir » pour « agir ». Ils estiment en effet que :

« la compétence elle-même résulte d'un processus combinatoire de mise en œuvre des différentes capacités, qui se développe en situation, de sorte qu'une compétence donnée ne préexiste pas à la situation mais s'actualise face à elle dans l'agir » (Parent & Jouquan, 2019b).

Autre élément significatif participant à la notion de compétence, est l'importance des rôles assumés par chacun dans un contexte de travail pluriprofessionnel. Sans rentrer dans un panorama des approches sociologiques sur ces notions, nous distinguons ici rôle et fonction avec la catégorie introduite par Goffman sur cette notion de rôle. Selon Passeron (2001)

« L'intrigue qui noue les interactions sociales est écrite par chaque école sociologique dans un langage différent qui impose aux interprètes une ré-interprétation des répliques échangées par les acteurs [...] On est fondé à parler d'imbroglio scientifique pour désigner le foisonnement des langages théoriques qui nourrit la discordance des écoles et des styles d'analyse toujours concurrents ou guerroyant dans l'histoire des sciences de l'homme » (p. 15).

Goffman parle de « *role distance* » pour désigner le jeu qui peut exister entre la conduite prescrite et la conduite effective. Le rôle n'est pas conçu par lui comme l'ensemble des droits et obligations du sujet mais plutôt comme représentation (« performance ») locale, au sein de ce qu'il va appeler un

« "système d'activité situé", défini comme "un circuit d'actions interdépendantes, relativement fermé, contrôlant de lui-même son équilibre et sa clôture" » (Goffman, 2002, p. 80).

Le rôle décrit la position de l'individu au sein du système pour en maintenir un état suffisant d'homéostasie. Dans un collectif de travail, les rôles s'acquièrent peu à peu et peuvent évoluer ou s'inter changer entre les membres. Citons le rôle d'expert technique, celui du leader d'action, de gardien de la mémoire d'un service par exemple, ou bien de porte-parole. La

fonction, elle, décrit la responsabilité technique de chacun suivant son métier. C'est la raison d'être première (au sens d'initiale) du collaborateur au sein de cette équipe, la définition du travail qu'il doit produire, accompagné d'objectifs. Les deux réalités si elles sont distinguées peuvent cependant en partie se recouvrir et s'interpénétrer.

Dans un système de soin au-delà de la fonction de chacun, de nombreuses tâches relèvent du rôle : par exemple l'infirmière a un rôle dans la répétition des informations dispensées par le médecin au patient, d'explicitation, de soutien, d'écoute. À cela s'ajoute que ce rôle est l'objet de projections sociales (la douce infirmière) et d'éléments personnels inconscients issus de sa propre histoire (la fonction réparatrice chez tel ou tel soignant). De là la compétence mêle dans un même agir de nombreux éléments issus des connaissances acquises initialement et des apprentissages issus de l'expérience qui œuvrent alors de concert et d'une manière souvent subconsciente. Les éléments contenus dans le subconscient (ou préconscient) peuvent être verbalisés par le sujet après un travail de réflexion sur son activité. Dans un travail d'élaboration comme c'est le cas par exemple dans la clinique de l'activité ou l'entretien d'explicitation où le sujet est invité à décrire ces actions dans l'après coup, en visionnant une vidéo de ses gestes et postures ou bien en se remémorant son activité, le sujet fait émerger tout un nombre de préconception et de règles implicites qu'il a intégrées ou élaborées au cours de sa formation et de son apprentissage au long du temps, et qui sous-tendent ses choix. Pour illustrer le propos, lors d'une séance de simulation où un professeur de médecine réalisait devant plus de quatre-vingts étudiants un entretien avec une patiente simulée très mécontente de son hospitalisation, il en vint à présenter ses excuses au nom du service à cette personne. Lors du débriefing, l'un des professeurs présents s'est offusqué de cette initiative arguant qu'une telle attitude en venait à se désavouer aux yeux de la patiente et à décrédibiliser la prise en charge, ce qui au bout du compte serait néfaste pour la patiente. Au contraire le médecin qui avait eu cette attitude mit en avant l'importance pour lui de la sincérité dans l'entretien pour rassurer la patiente. Tous ces éléments en situation ne font pas l'objet d'un raisonnement direct mais procèdent d'une compétence acquise au cours du temps, issue de multiples expériences avec essais et erreurs et deviennent une attitude et un mode d'agir.

Pour décrire de manière précise les capacités et compétences mobilisées pour l'agir éthique adéquat en situation, il faut tout d'abord introduire les catégories d'activité qui nous

permettront par la suite de rendre compte de la diversité des phénomènes d'apprentissage dans la construction des compétences des professionnels de la santé.

Partons pour cela des éléments des réflexions de Parent et Jouquan (2015) :

« Pour agir adéquatement, il est nécessaire de disposer et d'être capable de mobiliser, dans une configuration à géométrie variable, des connaissances dans trois domaines :

1) le domaine cognitif, qui permet les activités d'ordre essentiellement mental ou intellectuel (le "savoir" au sens commun du terme) ;

2) le domaine psychomoteur, qui concerne les habiletés gestuelles (le "savoir-faire") ;

3) et le domaine socio-affectif qui concerne les attitudes et les émotions (le "savoir-être") » (pp. 104-105).

Dans le cadre de l'APC, une taxonomie encore plus précise est proposée par ces mêmes auteurs. Une taxonomie en éducation est

« une classification systématique et hiérarchisée d'objectifs d'habileté, indépendant des objectifs de contenu, définis avec précision et agencés selon un continuum de complexité croissante de développement et selon une logique naturelle de cheminement de l'apprenant ; [c'est] une classification hiérarchique des comportements cognitifs, affectifs et moteurs, établie sur la base d'un ou plusieurs critères. La taxonomie est donc une classification organisée et hiérarchisée de phénomènes d'apprentissage ou de développement » (Legendre, 2005).

Nous l'utiliserons d'ailleurs pour décrire plus loin les activités présentes dans l'agir éthique en situation car, d'ailleurs, si en conclusion de notre analyse descriptive nous ne trouvons pas d'activités spécifiques à l'agir éthique, la nature de notre travail sera à reconsidérer. En effet, sans activités spécifiques, il nous faudra considérer ces activités identifiées comme déjà prises en compte et intégrées dans les autres types d'agir pour lesquels des dispositifs pédagogiques sont déjà pensés et mis en place.

En voici donc, de manière générique (c'est-à-dire non encore appliqué à l'éthique) les principales catégories d'activités (Jouquan & Parent, 2015, p. 161) :

- « Le domaine cognitif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent à des ressources plus ou moins formelles, en lien avec des représentations ou des contenus de nature symbolique, notamment dans le champ de la rationalité et de la logique.
- Le domaine métacognitif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent à la prise de conscience, à l'évaluation, à l'ajustement et à la planification de ses propres stratégies d'apprentissage.
- Le domaine réflexif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent à la prise de conscience, à l'évaluation, à l'ajustement et à la planification de ses pratiques professionnelles.
- Le domaine psycho-affectif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent aux ressources en lien avec la connaissance de soi ou d'autrui, avec les émotions, les perceptions, les affects, le stress.
- Le domaine social fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent aux ressources en lien avec les relations interpersonnelles ou avec les différents modes de communication ».

Notons que dans des écrits plus récents (Parent & Jouquan, 2019a) ces auteurs évoquent explicitement le domaine perceptif (ou sensitif) et le domaine imaginatif, qui sont sans doute intéressants à considérer quand on réfléchit à l'éthique comme compétences.

Dans cette partie nous avons présenté les éléments de base permettant de comprendre l'intérêt pédagogique et les fondements de l'approche par compétences. Nous mobiliserons ce cadre pour penser l'agir éthique des étudiants en médecine. Compte tenu du fil conducteur que ce cadre conceptuel constitue à présent pour le reste de ce travail, il nous semble important d'en souligner au passage les quelques limites identifiées afin de pouvoir en tenir compte au fur et à mesure de notre cheminement réflexif.

3.1.2. Les points de vigilance et les limites de l'approche par compétences.

L'APC n'est pas indemne de critiques tant du point de vue de sa méthodologie que de ses intentions. Nous allons nous appuyer dans un premier temps sur les remarques faites par Nico

Hirtt dans le cas de l'introduction de l'APC en formation scolaire primaire et secondaire (plusieurs de ses critiques sont toutefois à considérer pour une réflexion sur l'APC dans le contexte de la pédagogie universitaire) et dans un deuxième temps sur les analyses d'Angélique del Rey dans le cas de l'introduction dans la formation universitaire afin notamment d'identifier ce qui, dans ces critiques, nous semble recevable et pertinent à retenir.

Nico Hirtt écrit par exemple :

« Le concept même de compétence est particulièrement fumeux, il est donc impossible de "transmettre" une compétence, de l'enseigner ; tout ce qu'on peut faire, c'est s'exercer à la résolution de tâches et appeler le résultat "compétence" [...] Souvent, le discours des compétences tente de camoufler son vide conceptuel derrière un langage pseudo-scientifique parfaitement abscons. » (Hirtt, 2009, pp. 26-27).

Sa thèse est que derrière l'APC se cache essentiellement des objectifs économiques liés à l'évolution du marché du travail (Hirtt, 2009, p. 5). L'émergence de ce modèle serait favorisée par la société néolibérale friande de personnels adaptables et même interchangeables. Elle constitue aussi selon lui un abandon des savoirs. Selon Hirtt (2009) :

« Instruire tous les élèves dans le latin, le calcul différentiel et l'histoire de la littérature, voilà qui est parfaitement superflu et donc, désormais, économiquement inadmissible. Ces savoirs "gratuits" ne sont d'aucune utilité sur le marché du travail. Quant aux savoirs techniques, aux qualifications professionnelles, ils sont trop éphémères, trop vite obsolètes, pour que cela vaille la peine d'en encore les enseigner [...] Avez-vous jamais mobilisé Émile Zola, le calcul intégral, la peinture expressionniste, la tectonique des plaques, la révolution industrielle du XIX^e siècle, le génocide des indigènes d'Amérique, le subjonctif imparfait, la pensée philosophique de Descartes ou la théorie de la gravitation "dans des situations de la vie" ? Probablement non. Aussi, dans l'approche par compétences on n'apprend plus le français, l'anglais et la littérature, on apprend à communiquer » (p. 16).

La critique la plus étayée pourrait être celle qui accuse l'APC de se réclamer frauduleusement du constructivisme pédagogique... Elle se situerait en réalité à l'opposé des pédagogies progressistes. Car loin de favoriser l'innovation pédagogique, l'APC enfermerait les pratiques enseignantes dans une bureaucratie routinière. Selon Hirtt (2009) :

« La différence radicale entre l'approche par compétences et les pédagogies constructivistes, la voici : dans la première (l'APC), le savoir n'est qu'un

outil, un accessoire, dont on peut occasionnellement avoir l'usage dans la réalisation d'une tâche. Au contraire, dans une démarche constructiviste bien pensée, le savoir constitue le but même de l'apprentissage. Dans cette optique, explique très justement Francis Timant, de l'Atelier de pédagogie sociale Le Grain, "le savoir n'est pas au service de la compétence [...] ce sont les compétences, c'est-à-dire l'usage et la manipulation du savoir qui sont au service de l'appropriation de celui-ci" (Timant, 2005) [...] La résolution d'une tâche, d'une "situation-problème", est ici un moyen, un cadre dans lequel vont se construire des savoirs. Dans l'approche par compétences, on fait exactement le contraire : la résolution de la tâche est l'objectif final et le critère de réussite. Le savoir, lui, n'intervient que comme un accessoire » (p. 23).

La référence au cadre constructiviste peut être ici source d'ambiguïté. On le convoque en effet pour rendre compte d'une épistémologie de la construction des connaissances, en tant que théorie de l'apprentissage. On le convoque aussi en tant que paradigme scientifique, pour rendre compte de la construction des savoirs issus de la recherche. Il faut distinguer les deux sinon on est contraint à un constructivisme radical qui impliquerait par exemple que chaque élève redémontre le théorème de Pythagore ou que chaque étudiant en médecine redémontre la fonction glycogénique du foie comme Claude Bernard l'avait fait. Aucun pédagogue raisonnable, même se réclamant du constructivisme, n'exige cela. Ayant dit cela, l'accusation peut paraître cependant pertinente pour une part car on peut dévoyer cette méthode d'apprentissage pour la réduire à un entraînement sans âme, dénué de réflexion sur les enjeux du travail. Comme le concèdent Parent et Jouquan (2019a) :

« Force est d'admettre que de nombreux modèles d'Approche par Compétences se contentent d'une interprétation minimaliste de ce cadre général, en se limitant plus ou moins à une mise en œuvre réductrice de dispositifs de pédagogie active centrés sur l'apprentissage d'habiletés procédurales (*skills*). Par ailleurs, peu d'entre eux expriment explicitement qu'il devrait s'agir à la fois d'une méthode d'analyse des besoins de formation et de formalisation des objectifs de la formation (visant à optimiser la pertinence des curriculums), et d'une méthode de planification des dispositifs curriculaires et des dispositifs pédagogiques » (Parent & Jouquan, 2019a).

Dans une perspective plus directement liée à notre contexte, Angélique del Rey, enseignante en philosophie dans un centre de postcure pour adolescents en banlieue parisienne, dans sa postface à l'ouvrage de Parent et Jouquan, enrichit et précise cette critique. Elle distingue elle

aussi le paradigme de « l'enseignement transmissif », consistant à former un « diplômé savant » (c'est à dire un étudiant rempli de connaissances sur le corps humain et son fonctionnement mais n'ayant pas appris à exercer son métier), du paradigme de l'enseignement par compétences visant à former un « professionnel compétent » (Del Rey cité par Jouquan & Parent 2015, pp. 297-298). Elle considère toutefois que cette alternative n'en est pas une car :

« elle ne fait au fond que substituer à un modèle normatif (basé sur des normes de savoir, modèle "savant") un autre modèle normatif (basé cette fois sur une exigence de rentabilité et de compétitivité) » (p. 298).

Cette critique fait écho la plupart du temps à la critique de la vision managériale des compétences où

« on gère des compétences comme des morceaux de la personne, sans tenir compte de son unité ni de son intégrité » (p. 298),

pour

« favoriser ainsi la flexibilité de la main-d'œuvre et son traitement dans une perspective de rentabilité » (p. 298).

Certains aussi critiquent l'APC comme

« trouvant ses fondements dans le capitalisme sous la forme d'une « méritocratie » qui se fonde, en partie, sur l'effort individuel » (Creux, 2013).

Sur ce point, il est possible de relativiser la critique compte tenu du fait que plusieurs professionnels mobilisant le cadre de l'APC l'utilisent au contraire pour mettre l'accent sur l'impact de l'environnement d'apprentissage et sur son adéquation plus ou moins importante à favoriser le développement des compétences de l'individu.

Del Rey reconnaît qu'une formation déclinée suivant une APC rend capable ensuite un individu de remplir sa fonction mais à la condition qu'elle le forme de manière à ce qu'il sache utiliser ces compétences dans des contextes professionnels donnés et diversifiés, c'est-à-dire qu'il sache agir de manière adaptée à la situation (Del Rey cité par Jouquan & Parent, 2015, p. 298). Une telle remarque permet d'illustrer une grande partie de l'intérêt de considérer des modèles d'approche par compétences qui promeuvent une conception moins

réductrice, plus intégrative, moins strictement opératoire ou managériale des compétences, tels que celui de l'approche par compétences intégrée (APCi) (Parent & Jouquan, 2019b) plutôt que l'APC, c'est-à-dire de penser le contexte pédagogique comme « une totalité organique » (Del Rey cité par Jouquan & Parent, 2015, p. 299). C'est d'ailleurs ce que Del Rey soutient indirectement en précisant qu'« il est moins question d'individu compétent que de situations lui permettant de le devenir » (Del Rey cité par Jouquan & Parent, 2015, p. 299). Elle ajoute :

« Quelqu'un peut être compétent dans une situation puis perdre cette compétence en changeant de situation » (Del Rey cité par Jouquan et al., 2015, p. 299).

Nous allons devoir tenir compte de ces critiques pour évaluer la pertinence et les conditions du recours à L'APC comme modèle pédagogique dans l'enseignement de l'agir éthique des étudiants en médecine. Un des points de vigilance que nous pouvons retenir de la critique de Nico Hirtt et d'Angélique del Rey est d'être capable de démasquer les contextes où nous avons davantage à faire à une approche transmissive masquée derrière un paravent d'approche par compétences plutôt que de réels dispositifs impliquant étudiants comme enseignants dans une œuvre commune où tous sont apprenants.

3.1.3. L'approche par compétences intégrées.

La notion de compétence est complexe, car elle ne se considère pas de manière générique ou absolue, mais toujours dans et à travers l'action même du sujet. Jonnaert (2017) l'exprime ainsi :

« Une compétence se construit par des personnes en situations. Une compétence caractérise dès lors un moment particulier, celui de l'harmonie entre ces personnes et ces situations, le moment qui leur permet d'affirmer que leurs actions dans ces situations sont viables à cet instant ». (Jonnaert, p. 11).

Différents modèles d'approche par compétences peuvent être analysés (et éventuellement catégorisés) au regard de la manière dont ils prennent respectivement en compte le contexte de mobilisation de ces compétences. Par exemple, l'APCi prend à la fois compte de l'approche analytique de la compétence (en particulier l'identification des ressources opératoires qui permettent d'agir ainsi que les domaines de savoirs et d'activités auxquels on

peut les rattacher) et de l'approche située (c'est-à-dire les contextes, ou plus précisément les familles de situations professionnelles, et fonctions dans le cadre desquels ces capacités sont destinées à être mobilisées) (Jouquan & Parent, 2015, p. 104). On distingue aussi une troisième dimension : l'approche critériée, essentielle lorsqu'on convoque le modèle pour penser la formation à l'éthique, puisque c'est elle qui, sous le vocable « adéquatement » fait référence à ce que les auteurs nomment « valeurs » et que nous préférons nommer « biens ».

Si on définit fondamentalement la compétence comme agir adéquatement en situation, il y a donc trois composantes constitutives de la compétence :

« 1) La dimension dite analytique (désignée comme un savoir-agir) : elle fait référence aux diverses capacités, résultant d'apprentissages, dont le professionnel devrait s'outiller et qui fondent son activité régulée.

2) La dimension dite située : elle fait référence aux situations professionnelles, c'est-à-dire aux rôles et aux fonctions, (par exemple, de soins, de formation, de recherche, de gestion) que devrait assumer le professionnel dans les milieux qu'il a mandat de desservir.

3) La dimension dite critériée (que traduit l'adverbe "adéquatement") : elle fait référence aux critères de qualité de la pratique professionnelle, eux-mêmes en lien avec un système axiologique, c'est à dire des valeurs, ce qui traduit la nature foncièrement éthique de l'agir professionnel en santé, dès lors qu'il advient régulièrement que des situations exposent à des conflits de valeurs » (Parent & Jouquan, 2019b).

La première est celle de l'agir qui requiert d'être outillé de ressources acquises au préalable et mobilisables pour l'action. Un tel agir peut s'illustrer par exemple par des verbes d'action comme : communiquer, argumenter, décider, comparer, juger ou encore calculer. Si nous nous limitons à cette composante, le risque est toutefois de réduire les apprentissages à une série de savoir-faire, d'habiletés techniques et d'outils. Et il est simple d'édicter des normes, des « *process* », des fiches techniques qui proposent des algorithmes décisionnels, avec le risque presque toujours rencontré d'en venir à réduire l'agir au faire et de transformer les acteurs en exécutants.

La deuxième composante définit la manière dont on se représente personnellement la situation, dont on la problématise, dont on interagit avec elle, etc. Cela permet de mettre

l'accent sur la dimension situationnelle, c'est-à-dire de contextualiser l'action. On s'intéresse ici aux ressources, qu'elles soient cognitives ou émotionnelles, qui permettent de se situer dans l'action.

La troisième est la notion de justesse et d'adaptation de l'individu dans son agir en situation. Dans ce modèle on ne confond pas habileté avec compétence. La compétence est certes l'agir qui s'appuie sur un certain nombre d'outillages et qui s'apprécie en fonction des circonstances de l'action. Mais le terme « adéquatement » renvoie à l'expérience, dans le sens où on dit que c'est un professionnel expérimenté. Dans la plupart des dispositifs curriculaires et pédagogiques qui se réclament l'APC, on stipule que les critères et les indicateurs sont nécessairement définis a priori, comme des normes externes. Les auteurs défendant le modèle de l'APCi proposent que certains critères et indicateurs puissent émerger en situation. L'expérience est issue du vécu du sujet qui a fait face à de multiples cas relevant de la même famille de situation et dont il a tiré une capacité d'adaptation. C'est là le fruit de sa réflexion, qui peut s'exercer de façon isolée ou mieux encore de façon collective. En effet le vécu seul ne fait pas l'expérience mais c'est la réflexion sur le vécu qui crée l'expérience. Cette expérience peut même déboucher pour ceux qui ont développé l'excellence dans ce domaine en expertise. Il ne s'agit pas pour autant d'une expérience « experte » et autarcique d'un professionnel qui renverrait de nouveau à la réduction des compétences à des habiletés essentiellement techniques.

« S'il est facilement compréhensible qu'il ne peut y avoir de compétence collective sans compétences individuelles, il est souvent moins perçu qu'il ne peut y avoir de compétence individuelle sans compétence collective. Un professionnel peut de moins en moins être compétent tout seul uniquement avec ses propres ressources en connaissances, savoir-faire ou qualités personnelles (...) Non seulement la multidisciplinarité mais aussi l'interdisciplinarité sont requises » (Le Boterf, 2017, pp. 5-6).

Avec un tel degré d'explicitation des ressources, mécanismes et contextes impliqués dans le développement de compétences, on voit l'intérêt d'une ingénierie pédagogique fondée sur un tel système. Les apprenants ont des objectifs d'apprentissages reliés aux pratiques professionnelles authentiques qui sont directement à l'origine du référentiel de compétence (lorsqu'il est développé selon cette règle de l'art, ce qui n'est pas systématiquement le cas dans nombre de référentiels, notamment du fait de l'exigence du travail de déconstruction du

paradigme de l'enseignement à effectuer). Un va et vient régulier se fait ainsi entre les enseignants et les acteurs de terrain soit par le biais de la recherche soit par le truchement du double statut de praticien et d'enseignant.

Les dimensions de l'agir présentées par ce modèle peuvent être mises en lien avec la description de la vertu comme disposition qui, une fois acquise, permet de poser des actes intérieurs bons avec facilité avant que l'acte extérieur, qui n'en est que la conséquence et l'achèvement, puisse voir le jour. Cette facilité, cette spontanéité qui sont l'effet de la vertu révèlent que celle-ci, une fois acquise, existe en l'être humain comme une « seconde nature ». Il s'agit en situation d'agir (et non pas seulement de réfléchir) en tenant compte des circonstances en vue cette fois-ci d'un critère majeur qui est la finalité, et non pas l'adéquation de sa décision avec les normes ou les règles en vigueur, même si elles font partie des éléments qui entrent pleinement en jeu dans le jugement moral.

Dans la continuité de ce que nous venons de présenter concernant l'APCi, nous comprenons que :

« l'objet des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation n'est plus défini simplement en référence à des savoirs (comme dans l'approche purement transmissive) ou sous forme de comportements observables (comme dans la pédagogie par objectifs), mais de façon combinatoire, en lien avec des situations professionnelles dans le contexte desquelles un certain nombre de capacités ont vocation à être mobilisées, intégrées et transférées. » (Parent & Jouquan, 2019a).

Cet extrait met en lumière qu'un des éléments centraux de cette intégration est la notion de « situations professionnelles » liées au développement de compétences, ou autrement appelée « familles de situations ». La notion princeps est celle de situation professionnelle ; le regroupement en familles de situations se justifie au regard de nécessités didactiques et pédagogiques : on ne peut pas exposer les étudiants à toutes les situations possibles et il faut donc parier sur la capacité de transfert des apprentissages, au moins à l'intérieur d'une famille de situations, voire d'une famille à une autre. S'il est juste de rappeler que les actes en médecine sont singuliers, que les tableaux cliniques sont tous différents, que chaque malade est un sujet unique, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des éléments communs à l'accompagnement des patients en fonction des pathologies et des contextes.

On doit cependant être attentif à ne pas mettre en avant trop facilement des compétences prétendument transversales ou génériques qui solderaient à bon compte la complexité du travail clinique qui mêle expertise biomédicale, psychologie ou encore capacité de collaboration entre acteurs de santé. Cela insinuerait qu'il y a des compétences qui peuvent se déployer de façon quasi-égale quels que soient les contextes et les situations. Prenons un exemple. Communiquer signifie s'adapter à son interlocuteur ou à son auditoire pour coconstruire une connaissance commune. Un médecin peut tout à fait être capable de communiquer avec professionnalisme et bienveillance avec les patients, mais être très mal à l'aise lorsqu'il faut animer une réunion avec l'équipe du service. Un praticien peut s'adresser sans difficulté majeure à des personnes âgées au sein d'un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mais être gauche et inadapté auprès d'enfants ou bien de jeunes patients souffrant de troubles psychiatriques.

Un dernier point sur cette notion :

« Dans le cadre de l'APCi ce sont les familles de situations professionnelles qui devraient structurer l'architecture du curriculum. C'est autour de chacune d'elles que devraient être planifiées les composantes élémentaires du dispositif curriculaire (selon les cas : unités, modules, cours, etc.), étant entendu que chacune de ces composantes devrait comporter un terrain de stage qui rende compte adéquatement de la famille de situations professionnelles concernées, et que c'est au sein de chacune d'entre elles que devraient être organisées et coordonnées les activités d'enseignement et d'apprentissage » (Parent & Jouquan, 2019a).

Pour illustrer cette notion, Parent et Jouquan citent en exemple le développement d'actions de promotion de la santé en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire, le développement d'activités d'éducation thérapeutique pour des patients accompagnés dans un centre de référence de maladie chronique ou bien encore la supervision d'une équipe médicale dans un service d'hospitalisation continue de CHU (Parent & Jouquan, 2016, p. 113). Ces familles de situations professionnelles ne doivent pas être non plus confondues avec les familles de situations du référentiel de médecine générale. Il s'agit là de familles de situations cliniques, c'est-à-dire de catégories de problèmes de santé, et non pas de situations professionnelles à proprement parler.

Cependant cette notion de famille de situations peut apparaître cependant moins simple qu'il n'y paraît. Florent Chenu, chercheur à l'Université de Liège, a cherché à déterminer si ces

situations professionnelles sont identiques, indépendamment des opérateurs, ou dépendent du niveau et des critères d'observation utilisés pour analyser ces tâches. Dans ce cas,

« le regard adopté, qui pourrait dépendre d'un "stade de développement professionnel" de la personne qui juge de la similarité des tâches, est subjectif, individuel et peut-être même arbitraire. En conséquence, la "construction" de familles de situations et la définition de la compétence qui en découle seraient elles aussi peu objectives » (Chenu & Université de Liège, 2005, p. 6).

Enfin, dans un souci d'alignement pédagogique, il est absolument nécessaire de faire correspondre les objectifs d'apprentissage établis suivant le référentiel de compétences, les dispositifs pédagogiques multiples ainsi que les outils d'évaluation qui rendent compte de la diversité des connaissances et des compétences acquises ainsi que du processus d'apprentissage. D'où d'ailleurs les approches transmissives ne sont pas, pour autant qu'elles soient contextualisées et mises en lien avec les compétences, bannies. Par exemple, lors d'une activité de rétroaction suite à une mise en situation clinique, l'enseignant pourrait présenter et expliquer à un étudiant un des modèles psychologiques caractérisant les étapes du deuil afin que celui-ci puisse enrichir les ressources mobilisables (dont cette grille complémentaire de lecture psychologique de l'agir face à une personne vivant un deuil) dans des situations proches à l'avenir. Toute l'exigence d'une telle intervention est toutefois d'être vigilant à ce que les étudiants présents n'interprètent pas ce modèle comme une grille unique et automatique à utiliser comme un outil sans ajustement au contexte lors d'une telle situation.

Les éléments de présentation et de réflexion que nous avons exposés dans cette section nous ont permis de comprendre qu'

« un référentiel de compétences constitue la manière de désigner l'objet des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation - c'est à dire d'énoncer explicitement ce qui est à enseigner et à apprendre, et donc ce qui sera évalué - lorsque l'on inscrit la planification des programmes de formation des professionnels de la santé dans le cadre d'une approche par compétences, c'est-à-dire lorsque l'on considère que la finalité de ces programmes est d'outiller les professionnels concernés en ressources leur permettant d'être en mesure d'agir adéquatement en situation dans un système de santé donné » (Parent & Jouquan, 2019c).

Ce modèle de l'approche par compétence intégrée, fort de toutes les précisions qu'il apporte, apparaît comme un cadre à la fois sûr et précis pour valider la pertinence de la notion de

compétence utilisée dans l'enseignement et l'apprentissage, et pour le cas qui nous occupe, en médecine. Dans la prochaine section, nous poursuivons ce cheminement en traitant plus spécifiquement de notre objet d'enseignement et d'apprentissage premier au sein de ce travail, à savoir l'agir éthique.

3.2. L'agir éthique dans une perspective d'approche par compétences.

3.2.1. La « compétence éthique » d'un médecin.

Nous allons à la recherche des éléments de définition disponibles dans la littérature académique et professionnelle regardant une possible compétence du type de l'éthique pour le médecin. Si nous partons, comme argumenté préalablement, de la définition de compétence proposée par Parent et Jouquan (Jouquan & Parent, 2015, pp. 303-304), nous poser la question de la définition de la « compétence éthique » c'est questionner la singularité de cette compétence par rapport aux autres mobilisées dans l'agir des médecins.

Par exemple, cela nous amène à nous demander si la compétence éthique mobilise des capacités (ex : cognitive, réflexive, métacognitive, etc.) de natures différentes et dans des proportions distinctes que les autres compétences caractéristiques d'un médecin compétent (ex : d'ordre diagnostic, thérapeutique, de coordination médico-sociale, etc.)? Est-ce que cette mobilisation se fait à partir de connaissances différentes (ex : pharmacologique, légale, juridique, bioéthique, philosophique, sociologique, etc.) ? Ou encore, cette compétence est-elle mobilisée à l'intérieur d'une famille de situations professionnelles propres ou communes à d'autres compétences ?

L'objectif de notre travail n'est pas de répondre à l'entière de ces questions scientifiques mais plutôt de contribuer à la réflexion sur la particularité des compétences et capacités mobilisées à travers l'agir éthique et les moyens pédagogiques de la développer chez les étudiants en médecine. Dans cette perspective, nous allons commencer par identifier quelques apports de la littérature académique et professionnelle puis nous interrogerons la pertinence de ces contributions par rapport à notre objectif au sein de ce travail afin d'identifier la nature et l'envergure de nos propositions complémentaires. Nous questionnerons également s'il est conceptuellement juste de traiter de la « compétence éthique » en tant que telle ou si les concepts de « capacité » ou de « critère de qualité » ne sont pas à privilégier. Pour cheminer à travers l'élaboration d'une définition de la compétence éthique des médecins, plusieurs

articles académiques et référentiels de compétence de professionnels de la santé ont été consultés.

Toutefois, compte tenu du fait que la majorité de ces articles ou référentiels ne définissent pas des compétences ou des capacités comme définies dans l'APC mais restent inscrits dans la plupart des cas au paradigme traditionnel d'enseignement, nous devons compléter de manière significative ce travail par nos propres propositions. Ces ressources proposent en effet uniquement des valeurs et des principes éthiques statiques (ex : bienveillance, altruisme, etc.) plutôt qu'une conception relationnelle, dans l'action, de l'éthique.

Nous avons cité dans l'introduction les invitations des référentiels pour les études de médecine d'Amérique du Nord et du Royaume-Uni à former les étudiants à se comporter en accord avec les principes éthiques et légaux ou encore à la pratique respectueuse de l'éthique (General Medical Council, 2003 ; Canmeds, 2015 ; Swing, 2007).

Une nouvelle fois, pour rappel, le texte déjà cité de l'arrêté de 2023 stipule :

« Responsable aux plans éthique et déontologique, l'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme » (2013, Annexe I, F)

Force est de constater que peu d'éléments précis et détaillés sont disponibles pour définir adéquatement la compétence éthique des médecins. Observons de ce fait si les autres champs de la pratique du soin ont davantage d'éléments pertinents à nous fournir pour poursuivre notre cheminement vers la définition d'une compétence éthique. En 2019, une revue de littérature sur les différentes définitions de la « compétence éthique » a été réalisée à partir des curriculums de formation en sciences infirmières (Koskenvuori et al., 2018). Bien que celles-ci traitent d'un autre champ de pratique, plusieurs éléments pourraient contribuer à notre compréhension de l'agir éthique au sein des situations professionnelles qui caractérisent la pratique des médecins.

Premièrement, ce travail de recherche fait ressortir que la compétence éthique n'est pas restreinte au soin et que sa mobilisation adéquate en situation permet à la fois de prendre de meilleures décisions pour le patient, de diminuer la détresse morale des soignants et de contribuer à la démocratisation de la société (Kulju et al., 2016).

Deuxièmement, il est indiqué que la compétence éthique est une composante de la compétence professionnelle (Jormsri et al., 2005 ; Paganini & Egry, 2011) composée des savoirs, habiletés et attitudes requis pour agir à travers un enjeu éthique (Robichaux, 2017), notamment l’habileté à identifier les conflits de valeurs et à les arbitrer sur la base d’une démarche rationnelle (Jormsri et al., 2005).

Cette compétence est parfois décomposée en trois éléments :

- 1) « l’être » éthique (déterminé par les caractéristiques personnelles),
- 2) « le faire » ou mieux « l’agir » éthique (déterminer ses actes à partir d’un jugement basé sur des valeurs et des principes rationalisés par rapport à la situation)
- et 3) « le savoir » éthique (la connaissance des lois, des principes et démarches réflexives à mobiliser dans le cadre d’un cheminement éthique) (Eriksson et al., 2007, p 208).

Nous constatons à travers cette structuration la mention de ressources (notamment les savoirs) mobilisées à partir de capacités contextualisées aussi bien dans le « faire » que dans « l’être ». En effet le savoir-être, même s’il peut s’apparenter à une forme de profil de personnalité et traduire une série d’habitus que nous avons nommés vertus, n’est pas une disposition hors de tout en contexte d’action, loin de là. On l’a déjà dit la personne est toujours située, en interaction avec les circonstances, les conditions extérieures. On procède ici à partir d’une vision systémique et plus largement écologique de l’être humain en situation au sens de Gorz (Gorz, 2008).

Dernièrement, la revue de la littérature fait ressortir différentes dimensions de la compétence éthique : la sensibilité éthique, la connaissance en éthique, la capacité de réflexion éthique, la capacité de prise de décision éthique et les comportements éthiques. (Lechasseur et al., 2016).

De fait de notre côté nous avons cherché à montrer que l’agir éthique intègre cette sensibilité éthique, comme capacité à éprouver en situation une émotion, un malaise par exemple, qui peut traduire un questionnement et possiblement un conflit de valeurs. Que ce soit l’empathie émotionnelle ou les sentiments de respect, de compassion, de doute ou de révolte (Le Coz, 2007), ces mouvements de l’âme participent activement à l’agir. Cette sensibilité est bien repérée par certains auteurs (Patenaude et al., 2001 ; Brazeau-Lamontagne, 2002).

« La sensibilité peut se distinguer de l’intelligence et de la volonté ; elle permet de détecter les variations du milieu, tant internes qu’externes.

Appliquée au domaine de l'éthique, la sensibilité suppose la capacité d'apercevoir des situations qui mettent en cause la recherche du meilleur bien. Par la sensibilité éthique, on ouvre sur les croyances, les attitudes et les valeurs. » (Patenaude et al. 2001, p. 77)

Sans cette sensibilité éthique il peut y avoir un raisonnement éthique correct mais peut-il y avoir un agir éthique adéquat en situation de soin ? Si notre modèle de l'agir éthique est la discussion en comité d'éthique du cas du patient en son absence, de fait le raisonnement éthique prévaut, avec une dimension affective largement étouffée. Or ce qui nous intéresse c'est de former des praticiens non pas à l'éthique mais à être éthique. Cependant nous avons déjà évoqué la question de la possibilité de ne pas toujours éprouver d'émotions face au patient mais aussi celle de ces praticiens qui semblent habituellement sans affects face aux patients. Ces questions seront traitées plus tard au cœur de l'analyse de nos résultats.

Dans ce travail de documentation relatif à la définition de la compétence éthique, nous pouvons retourner aux travaux de Parent et Jouquan cités précédemment. Dans leur perspective, un questionnement éthique est de l'ordre du « savoir-agir éthique adéquatement en situation » (Jouquan & Parent, 2015, p. 166), ou mieux selon eux « agir adéquatement en situation » (Parent & Jouquan, 2019a, p. ?) et

« sollicite la mobilisation d'un ensemble de ressources, élaborées à partir de savoirs multiples (perspectives épistémologiques, déontologiques, données cliniques factuelles, points de vue expérientiels, profanes ou spirituels des personnes impliquées, etc. à, grâce à des capacités de nature diverse (cognitive, réflexive, métacognitive, opérative, psycho-affective ou sociale) » (Jouquan & Parent, 2015, p. 166).

Concernant les situations spécifiques et singulières qu'un tel savoir-agir concerne, ils donnent notamment comme exemples :

« l'accompagnement de la fin de vie par un soignant, la décision d'utiliser un traitement onéreux ou comportant des risques élevés, ou encore la prescription d'une campagne de vaccination obligatoire » (Jouquan & Parent, 2015, p. 166).

Nous devons aussi mentionner un article récent (Borhani et al., 2018) et régulièrement cité dont les auteurs définissent la « compétence éthique » comme une compétence distincte et additionnelle de la compétence clinique et comme ayant trois dimensions principales : les

vertus, les comportements et l'identité professionnelle. Cette compétence est associée à des sous-catégories comme la bienveillance envers le patient, la reconnaissance des valeurs d'autrui, l'intégrité ou encore la coopération et coordination avec les autres acteurs du soin (Borhani et al., 2018). L'ensemble de l'étude qui est un travail qualitatif analysant les entretiens réalisés avec une quinzaine d'enseignants de Téhéran et de Qom en Iran met en avant dans ce contexte les critères culturels, en particulier religieux, qui sont nécessaires à l'agir éthique.

Nous le constatons, la littérature académique et professionnelle ne nous fournit pas nécessairement l'ensemble des éléments dont nous avons besoin pour notre travail. Celle mobilisée illustre également l'utilisation d'une variété de concepts pour traiter de l'agir éthique (compétence, capacité, critère d'évaluation de l'action, etc.). Dans la prochaine section, nous allons donc proposer quelques compléments de définition permettant de qualifier adéquatement l'agir éthique.

3.2.2. La dimension éthique de l'agir du médecin comme métacritère de qualité.

L'agir éthique relève d'un ensemble de postulats ontologiques et épistémologiques. Nous avons établi préalablement que nous nous inscrivons dans la perspective d'un agir situé, c'est à dire considéré de manière non pas absolu (l'acte en tant que tel) mais relativement au contexte dans lequel il s'inscrit. Répétons-nous. Dans cette perspective, l'agir éthique des médecins ne peut donc pas être défini comme le respect systématique (c'est-à-dire le respect de règles dont l'application ne dépend pas de la situation à laquelle elles s'appliquent) de normes éthiques établies de manière générique ou relativement à un contexte (moral, sociétal, clinique, etc.) réifié.

Ce que nous proposons, c'est de considérer, comme nous y invite Parent et Jouquan (Jouquan & Parent, 2015, p. 166), l'agir éthique comme « *étant de nature éthique sur les plans ontologique et épistémologique avant de l'être sur le plan méthodologique* ». C'est-à-dire qu'avant-même de considérer les différentes capacités relatives par exemple à la délibération entre professionnels à propos d'une décision de fin de vie, l'agir éthique est avant tout un ensemble de postulats ontologiques (sur la nature de l'être) et épistémologiques (sur la nature de la connaissance).

3.2.2.a. Compléments relatifs au cadre ontologique et épistémologique de l'agir éthique.

Une partie significative du travail d'explicitation de l'ontologie et de l'épistémologie déterminant notre conception de l'agir éthique a été effectuée au début de la première partie. Nous pouvons toutefois ajouter ici quelques éléments complémentaires.

Par exemple, nous considérons que chaque acte, chaque pensée, est déterminé par et développe une certaine éthique de l'agir. Il n'est donc pas nécessaire d'explicitier ou de formaliser systématiquement la dimension éthique d'un acte ou d'une pensée. Premièrement, prendre seul, en tant que médecin, la décision de faire rentrer chez lui plus tôt que prévu un patient dont les indicateurs de rétablissement après opération sont passables, et deuxièmement, le fait pour ce médecin d'aller voir simplement le patient pour l'informer de sa décision, illustre et produit chez ses collègues, ainsi que le patient et ses proches, une certaine conception de ce qui doit être fait et avec qui cela doit être fait, avec pour finalité de prendre une décision médicale adéquate. S'il avait consulté l'avis complémentaire d'un collègue médecin, s'il avait abordé l'option avec les autres professionnels de l'équipe soignante pour délibérer sur l'adéquation ou non d'un retour plus tôt que prévu, s'il avait questionné le patient sur sa volonté et sur son intérêt à rentrer plus tôt chez lui, s'illustrait une autre conception de ce qui doit être fait, à partir de quelles informations et avec quelles personnes cela doit être fait. Que nous nommions donc explicitement et formellement la dimension éthique de l'agir des professionnels, nous considérons qu'elle est toujours présente et mobilisée (même si l'enseignement de l'éthique est souvent considéré, par les étudiants comme plusieurs enseignants, comme un enseignement optionnel dans le curriculum de médecine ou un surplus, une considération supplémentaire, pas toujours nécessaire, à l'action médicale).

Autre élément complémentaire, qui prolonge la réflexion précédente : la dimension éthique de l'agir est à la fois individuelle et collective, simultanément. Nous considérons en effet que l'agir individuel (ou, plus précisément, « individué », dans une conception holiste de l'action) est déterminé par l'agir collectif (les comportements observés dans des situations professionnelles similaires, les conceptions communes véhiculées par les médias, etc.) et qu'il détermine simultanément l'agir collectif (du fait d'être individuellement considéré comme modèle de rôle pour certains collègues, que nos gestes ou paroles sont reconnus comme plus crédibles par les patients ou leurs proches, etc.). Questionner, qualifier ou évaluer l'agir

éthique d'un étudiant en médecine implique de ce fait de ne pas restreindre un tel exercice au jugement de l'adéquation morale d'un individu mais d'inscrire cette observation de la manifestation de ses compétences à travers la considération à la fois des déterminations collectives et des implications collectives de ses actes.

L'objectif de notre travail n'étant pas d'explicitier un cadre métaphysique et épistémologique complet, nous ne proposerons ici qu'un troisième et dernier élément complémentaire : la dimension politique de l'agir éthique. Dans la même logique que les questionnements ci-dessous sur l'encastrement individuel et collectif, nous considérons que l'agir éthique des médecins au sein de situations caractéristiques de leur pratique professionnelle ne s'inscrit pas et ne doit pas être analysé uniquement au sein de leur espace ou leur réalité professionnelle. Chaque être, chaque personne, agit et interagit à travers une série d'imbrications et d'articulations de multiples communautés humaines dont les frontières sont davantage celles que nos esprits fabriquent. Vouloir contribuer au développement de l'agir éthique des étudiants en médecine ne concerne pas seulement leur réalité ou espace d'action professionnels mais également leur agir éthique en tant que citoyens, parents, frères ou sœurs, clients, patients ou de manière englobante comme personne. Dans cette perspective, contribuer à développer leur capacité de délibération éthique n'a pas seulement pour implication de les encapaciter à expliciter leur éthique du soin adéquat pour la mettre en dialogue avec leurs collègues, les patients et leurs proches mais contribue également, par leur encapacitation en tant que citoyen, au renforcement des conditions de succès d'une démocratie saine où les diverses conceptions de la vie bonne peuvent alors être constructivement explicitées et mises en dialogue. On peut faire référence ici au lien que fait Dewey (Dewey, 2011) entre la méthode que constitue le pragmatisme et la démocratie, en tant qu'elle est une manière personnelle de vivre.

3.2.2.b. Capacités mobilisées à travers l'agir éthique.

Une partie significative des contributions contemporaines qui tentent de s'inscrire dans le paradigme de l'APC se concentrent sur la définition des « capacités » mobilisées à travers l'agir éthique. Nous avons présenté préalablement une partie de celles qui étaient identifiées dans la littérature académique et professionnelle. En tant que psychologue, nous sommes très sensibles à la question de l'intersubjectivité, aux interactions, à tout ce qui peut se nouer dans la relation à l'autre. Nous avons défendu dans ce sens la pertinence d'une attention aux

émotions, à leur développement pour assurer une capacité à agir en situation. Dans la logique de l'éthique des vertus, ce qui nous importait, c'était de faire ressortir la place qu'elles occupent dans la relation entre les personnes, parce qu'elles sont trop souvent considérées comme périphériques et de peu d'importance. À présent, nous allons compléter et structurer de manière alternative les compétences que nous pensons les plus pertinentes à identifier pour caractériser l'agir éthique. Les développements sont le fruit de nos échanges avec Alexandre Berkesse, conseiller scientifique à la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et enseignant en management.

Au regard des concepts développés dans les études contemporaines et en lien avec les analyses de Thomas d'Aquin concernant la vertu de prudence, voici de manière synthétique les principales capacités que nous considérons mobilisées à travers l'agir éthique :

- la perception émotionnelle ou sensibilité éthique,
- la capacité d'analyse éthique,
- la capacité de délibération éthique,
- la capacité d'arbitrage éthique,
- la capacité d'autodétermination.

Pour désigner ces capacités nous créons l'acronyme PAIDEIA, qui renvoie aussi au génie éducatif grec (Jaeger, 1988). Nous ne nous étendons pas sur la sensibilité éthique constituée des émotions et des sentiments à l'œuvre dans l'interaction. Pour rappel l'empathie émotionnelle est cette capacité à être affecté par le patient ou sa famille dans une situation engageant les questions fondamentales constituant l'existence humaine : la vie, la souffrance, la survie, la mort... Comme nous l'avons dit précédemment, reprenant les analyses de Pierre Le Coz, nous considérons que le respect, la compassion, le doute ou bien le sentiment de révolte, comme d'autres émotions (joie, tristesse, admiration, tendresse, confiance, reconnaissance...) sont des indicateurs pour les sujets en présence des enjeux éthiques de la situation, mais aussi des moteurs de l'agir, des vecteurs du soin. Nous aurons aussi dans la partie suivante de ce travail l'occasion d'aborder les émotions cette fois-ci sous l'angle des mécanismes de défense.

Définissons donc ici les autres capacités de manière détaillée.

Premièrement, nous proposons de définir la capacité d'analyse éthique comme la capacité à expliciter, caractériser et problématiser les dilemmes éthiques relatifs à un contexte d'action. Cette analyse ne se limite pas à l'explicitation de ce qui est observé mais requiert à la fois la mobilisation de différents prismes d'analyse (ex : le plan des attentes des patients, des proches ou des professionnels, celui des rapports de pouvoir entre les personnes, etc.) pour évaluer si leur mobilisation complémentaire est pertinente mais aussi l'articulation de ces différents plans et objets d'analyse les uns par rapport aux autres (notamment les rapports d'encastrement comme la subordination par le plan d'analyse technique ou encore par le plan d'analyse économique).

Cette capacité d'analyse ne s'applique pas uniquement aux éléments émergents du contexte d'action mais également aux ressources existantes préalablement à l'action comme les savoirs (théories morales, démarches éthiques, code de déontologie, etc.) et inclut par exemple la capacité à identifier ce qui, dans les lois existantes et pertinentes pour le contexte d'action considéré, peut être mobilisé pour affiner l'analyse des dilemmes éthiques. La pluralité et la diversité des éléments d'analyse à considérer au sein d'un contexte d'action font de cette capacité d'analyse un facteur important dans la détermination de l'agir éthique.

Deuxièmement, nous proposons de définir la capacité de délibération éthique dans une perspective pragmatiste comme la capacité à poursuivre le travail d'analyse éthique (individuel et autoréflexif) au sein d'un « processus démocratique et délibératif » (Aiguier, 2017, §24). Compte tenu de la singularité des biais et prismes d'analyse individuels, il est essentiel que le travail d'analyse éthique, pour qu'il soit le plus adéquat par rapport au contexte d'action considéré, mobilise le travail et les fruits de l'analyse éthique des autres personnes impliquées. Et, c'est à travers le dialogue que ce travail de mutualisation des perspectives et des fruits de l'analyse éthique individuelle peut se faire, en particulier à travers le travail de délibération qui constitue ce vecteur et cet espace de coopération entre les personnes impliquées.

Au sein de ce processus délibératif, les personnes impliquées construisent un « monde commun » (Aiguier, 2017, §24) et ce, non à partir de normes prédéterminées, mais à partir de l'expérience des acteurs de leur construction commune d'un « cadre de références par l'action et pour l'action » (Aiguier, 2014, p. 1154). Il ne s'agit donc pas d'une démarche de délibération rationnelle fondée sur des principes éthiques universellement reconnus, existants

préalablement et appliqués tels quels (ressources et capacités donc décontextualisées) au sein de l'analyse éthique collective qui n'aurait de collective que le nom parce que plusieurs personnes font référence aux mêmes principes au sein d'un même contexte. On peut relier cette capacité à la notion d'auto normativité proposée Canguilhem (2002).

Nous suggérons qu'il s'agit plutôt d'un travail d'analyse coopérative en contexte, à travers l'action, qui permet à l'ensemble des personnes impliquées de mobiliser leurs ressources complémentaires (il est donc postulé qu'il n'y a pas un seul corpus pertinent à mobiliser pour ce contexte précis), d'évaluer collectivement l'adéquation de ces ressources relativement au contexte (elles ne sont donc pas considérées comme adéquates *a priori*) ainsi que la nature et l'envergure des ajustements ou compléments à apporter (les acteurs reconnaissent que de nouvelles ressources peuvent être produites à travers l'action). Comme évoqué précédemment, l'un des points particuliers de l'APCi est que les critères et indicateurs ne sont pas tous déterminés a priori et opposables comme tels.

Troisièmement, nous proposons de définir la capacité d'arbitrage éthique comme la capacité à faire advenir, individuellement ou collectivement (à travers la délibération éthique), un consensus sur la ou les décisions à prendre relativement au(x) dilemme(s) éthique(s) identifié(s). Il s'agit de déterminer, une fois l'analyse et la délibération éthiques menées, et les différentes possibilités d'action identifiées et évaluées, les actions qui seront menées dans le contexte considéré.

Cet arbitrage se fait à l'échelle individuelle, notamment si une personne, en désaccord avec les options d'action privilégiées par les autres personnes impliquées, choisit d'agir selon une éthique distincte ou si, autre exemple, un patient seul se remet à la responsabilité du professionnel pour prendre une décision qu'il ne se sent plus en capacité de prendre.

Il se fait aussi à l'échelle collective, notamment, ce qui est le cas le plus fréquent, où le nombre de personnes impliquées, concernées et responsables est important (professionnels de la santé, patients, proches et aidants). Compte tenu des biais et angles d'analyse éthique distincts des personnes impliquées, un travail de délibération éthique de qualité, c'est-à-dire un travail de construction d'un « monde commun », facilite le travail d'arbitrage éthique. Il reste que les intérêts sont régulièrement divergents et que, souvent, avec des personnes ayant de faibles capacités à la délibération éthique (et surtout n'ayant pas la volonté de la réaliser)

ou des contextes où les conditions sont peu propices à ce travail délibératif, l'arbitrage est fait de manière non-consensuelle et génère de nombreuses tensions entre les personnes impliquées.

Dans une perspective démocratique, où l'arbitrage considéré comme éthiquement souhaitable est celui qui est effectué collectivement à travers une délibération menée jusqu'au consensus, la capacité à l'empathie, à la compréhension du contexte et de l'expérience de vie à partir desquels s'expriment les personnes impliquées ou encore à la prise en compte des contraintes contextuelles qui déterminent en partie l'analyse et la capacité de délibération éthique de ces mêmes personnes, influencent significativement la capacité d'arbitrage éthique.

Enfin, nous proposons de définir la capacité d'autodétermination comme la capacité à comprendre adéquatement ses déterminations (affectives, sociales, professionnelles, etc.) et, à travers celles-ci, de définir l'éthique qui nous apporte individuellement et collectivement la joie pour en faire le critère de nos actions. Il s'agit donc de la capacité à agir en fonction de ce qui nous semble désirable, souhaitable, éthiquement juste et approprié au contexte : quel est le bien auquel (ou quelle est la joie à laquelle) je cherche à contribuer à travers mon action parmi les autres ?

Une personne peut par exemple avoir une forte capacité à analyser de manière éthiquement adéquate un contexte d'action et à déterminer individuellement la ou les options d'action à privilégier pour lui-même et pour autrui et, malgré cela, avoir une faible capacité à agir selon ce qui lui semble éthiquement souhaitable (laissant par exemple ses collègues privilégier d'autres pistes d'action qui lui semblent moins souhaitables pour lui ou les autres personnes impliquées). Aussi, une personne peut avoir une forte capacité à la délibération éthique mais une faible capacité à identifier la manière dont ses émotions ou son prisme professionnel influencent son travail d'analyse éthique. Enfin, une personne peut avoir une faible capacité à identifier le juste milieu entre préserver son intérêt individuel (sa joie) et entrer en communion avec autrui.

3.2.2.c. Quelques points de vigilance.

Après avoir proposé quelques éléments de définition complémentaire de ces différentes capacités que nous considérons être mobilisées à travers l'agir éthique, il est essentiel de préciser quelques points de vigilance.

Premièrement notre travail mobilise plusieurs champs des sciences et il n'est pas une synthèse aboutie des concepts et des théories qui sont utilisés, dans une résolution de questions qui sont aussi anciennes que l'éthique et la pédagogie. Par exemple nous recourons au terme de compétence et de vertu, le premier comme (savoir) agir adéquat en situation et le second comme habitus opératif bon. Faire un examen critique et épistémologique du rapport qu'entretiennent ces concepts dépasse de loin notre travail. De même dans le champ de la pédagogie, selon une approche expérimentale, nous avons fait la revue de la littérature relative à l'enseignement de l'éthique en tant que compétence et nous avons dégagé les capacités en jeu dans l'agir éthique, l'ensemble nommé PAIDEIA. Cependant nous avons aussi montré dans la première section de cette partie théorique que le paradigme de l'éthique des vertus consacre la centralité de cette notion, comme l'exprime Thomas d'Aquin : « Toute la morale est ramenée à l'étude des vertus. » (Thomas d'Aquin, Somme théologique, IIa-IIae, prologue). Or la pratique de la vertu (nous avons rapidement évoqué dans le champ médical à côté de la vertu de prudence, les vertus de compassion, de justice, de courage, d'humilité, de patience, et même l'amour comme élément déterminant de la poursuite de la finalité) se résout-il dans ces l'exercice de ces capacités de perception émotionnelle (sensibilité éthique), d'analyse éthique, de délibération éthique, d'arbitrage éthique, d'autodétermination ? Une partie de l'analyse de nos résultats et de la partie discussion pourra nous éclairer en partie, mais c'est ici encore tout un domaine de recherches futures.

Deuxièmement, les différentes capacités définies successivement ne sont pas à considérer comme étant mobilisées dans cet ordre chronologique au sein de l'agir éthique (d'abord analyser, ensuite délibérer, etc.) ni comme étant mobilisées distinctement. Ces différentes capacités peuvent à la fois être mobilisées simultanément (ex : le travail de délibération relance et nourrit continuellement le travail d'analyse) et avec une pondération distincte (certaines situations où des professionnels ont l'habitude de travailler ensemble au sein d'un même service et ont composé à travers le temps un ethos relativement commun peut par exemple diminuer la sollicitation de la capacité de délibération éthique).

Troisièmement, le travail de contextualisation n'est pas un travail d'ajustement systématique. Nous ne nous inscrivons pas dans le paradigme du relativisme absolu et nous considérons donc qu'il y a certains postulats éthiques que nous considérons universels (ex : un agir éthique

en santé qui vise l'autonomisation dans la capacité à prendre soin de soi ou encore la joie par exemple).

Quatrièmement, le paradigme de l'action que nous avons adopté ne nous conduit pas sur le plan de l'analyse éthique à nous concentrer uniquement sur ce qui semble être de l'action : la capacité d'analyse éthique inclut également pour nous la capacité à identifier ce que nous considérons, à l'échelle individuelle, de l'inaction, c'est-à-dire une action principalement déterminée par l'agir éthique des autres êtres qui participent à nos contextes d'action. Il est en effet essentiel, par exemple, d'identifier ce qui est de l'ordre de l'absence de penser par soi-même et selon son éthique, tel un automate dont les gestes sont déterminés par la volonté d'autres, à travers-même ce qui semble être du travail ou de l'action :

« La méticulosité y remplace la conscience morale au sens où le travail comme tel vaut pour moral en toutes circonstances alors que le résultat même de ce travail passe en principe pour moralement neutre : l'employé du camp d'anéantissement n'a pas agi, il a travaillé » (Anders, 2003, p. 31).

Ce passage est extrait de la première lettre de Günther Anders à Klaus Eichmann, *Nous, fils d'Eichmann : lettre ouverte à Klaus Eichman*, reproduite dans le livre coordonné par Sabine Cornille et Philippe Ivernel (Anders, 2003). L'agir éthique requiert une certaine autonomie individuelle dans la détermination de l'éthique qui nous sert d'horizon et dans son actualisation à travers les contextes d'action auxquels nous participons.

3.2.2.d. Compétence, capacités ou critère de qualité ?

Comme nous avons déjà commencé à introduire le questionnement au début de cette section, et comme le travail de définition complémentaire ci-dessous le renforce, la notion de « compétence éthique » telle une compétence à part entière de la pratique médicale est à questionner. En effet, les capacités d'analyse, de délibération ou d'arbitrage ne sont pas des capacités propres à cette compétence particulière que serait la compétence éthique mais sont mobilisées à travers d'autres compétences (ex : le travail d'analyse requis pour effectuer un raisonnement clinique dans une perspective biopsychosociale ou encore le travail de délibération requis pour élaborer un plan personnalisé de soin dans une perspective interprofessionnelle).

De plus, il est difficile d'identifier une liste d'activités spécifiques ou de familles de situations professionnelles propres à la mobilisation de ces capacités (ex : l'accompagnement à la fin de

vie n'implique pas qu'un questionnement éthique sur les valeurs et les souhaits du patient mais également, par exemple, des questionnements relatifs au type de sédation à considérer si nécessaire pour soulager la souffrance ou encore un questionnement en termes de coordination des professionnels de l'équipe afin d'assurer la disponibilité de certains en particulier dans les dernières heures de vie ou juste après le décès).

Dans un tel contexte, devrions-nous continuer à utiliser le terme de « compétence éthique » pour définir la compétence particulière et distincte à travers laquelle sont mobilisées les capacités définies précédemment ou devrions-nous considérer, comme le font Parent et Jouquan (2015, p. 166), ces capacités comme étant mobilisées au sein de plusieurs compétences déjà définies dans les différents référentiels de compétence de la pratique médicale (ex : compétences de communication, de collaboration, etc.) et, la dimension éthique de l'agir des médecins comme étant un critère (ou « méta-critère ») de qualité, ou d'adéquation, de l'agir en contexte ? Pouvons-nous considérer par exemple que l'agir éthique d'un médecin (mais cette réflexion est valable pour l'agir éthique de toute personne) est un travail de perception, d'explication, d'analyse et de délibération individuelle et collective ainsi que d'arbitrage, sur les conditions et les critères permettant de déterminer la ou les actions adéquates (ou de qualité), à mener dans une certaine situation professionnelle (peu importe laquelle et peu importe les compétences professionnelles mobilisées) ?

Dans le cadre de ce travail, l'objectif n'est pas de mener cette réflexion en profondeur. Compte tenu de la complexité et de l'ampleur d'un tel travail, en particulier du travail de revue de littérature en sciences de l'éducation nécessaire pour fournir un éclairage satisfaisant, nous poursuivrons, sur la base de ce que notre expérience empirique d'observation des étudiants en médecine et des médecins en exercice nous a amené à constater, en considérant l'agir éthique des médecins comme n'étant pas la mobilisation d'une compétence distincte au sein de situations professionnelles spécifiques mais comme un critère d'évaluation de l'adéquation de l'agir par rapport au contexte et par rapport à une éthique. Cela implique la considération à la fois d'une dimension processuelle (quand, comment, avec qui, à partir de quels postulats et selon quelles finalités est interrogée l'action individuelle et collective) et d'une dimension axiologique (certaines valeurs, ou mieux certains biens, sont a priori considérés comme universels dans l'*éthos* qui est le nôtre).

Pour ce faire, et en cohérence avec les définitions présentées préalablement, nous proposons d'évaluer l'adéquation de l'agir des médecins en fonction de la mobilisation des capacités de PAIDEIA. Dit autrement, une personne agit éthiquement (qualification), comme médecin (rôle), au sein d'une situation professionnelle spécifique (contexte), si ses actes manifestent la mobilisation des capacités de PAIDEIA.

À partir de ces seules réflexions, il nous est impossible de préciser l'influence de la mobilisation privilégiée de l'une ou l'autre de ces capacités ou encore de la prépondérance de la mobilisation de ces capacités par rapport aux autres sur l'adéquation de l'agir des médecins mais nous avons choisi d'explicitier ces questionnements afin que d'autres puissent les explorer.

Maintenant que nous avons déterminé la nature de l'apprentissage que nous souhaitons observer chez les étudiants en médecine, nous allons désormais identifier les dispositifs pédagogiques déjà mis en place au sein des curriculums d'études médicales pour développer leur agir éthique, et évaluer si des dispositifs complémentaires ou alternatifs devraient être conçus et mis en place pour développer les capacités de PAIDEIA des étudiants en médecine.

3.3. Quels dispositifs pédagogiques sont actuellement utilisés pour enseigner et apprendre l'éthique ?

3.3.1. Les conceptions de l'apprentissage de l'éthique dans les études médicales

Bien que ce soit le courant prescriptif dominant actuel, la majorité des curriculums d'études médicales aujourd'hui n'est pas construite dans une perspective d'approche par compétences, et ce malgré un habillage cosmétique des dispositions réglementaires récentes.

De ce fait, l'agir éthique, la plupart du temps, n'est pas inscrit comme un objectif pédagogique explicite des différentes activités composant ces curriculums. Ce que nous observons plutôt, c'est l'introduction d'activités dédiées à « l'enseignement de l'éthique » ou, pour certains curriculums ayant initié une transition (souvent incomplète ou mélangeant les deux paradigmes de l'enseignement et de l'apprentissage) vers l'approche par compétences, des activités visant le développement des capacités associées à la compétence « professionnalisme ».

Nous nous intéresserons dans ce travail aux dispositifs pédagogiques utilisés au sein des activités d'enseignement ou d'apprentissage explicitement dédiées à « l'enseignement de l'éthique » ou au développement du « professionnalisme ». Pour une étude exhaustive, que nous ne ferons pas ici mais que nous invitons d'autres étudiants et chercheurs à entreprendre, il faudrait inclure également les activités qui ne sont pas explicitement dédiées à « l'éthique » ou au développement de compétences qui lui sont implicitement associées mais qui contribuent tout de même au développement de ces capacités de PAIDEIA des étudiants en médecine. On pense aussi ici à l'influence puissante du curriculum caché lié aux (contre) modèles de rôles. À la faculté comme à l'hôpital l'enseignement et l'apprentissage se fait à chaque instant et de toutes parts pour ces étudiants qui ont à développer cette gamme de compétences.

Remettons-nous quelques instants dans le contexte pédagogique des études médicales en France pour cibler ces activités. Par exemple, l'éthique apparaît pour plusieurs enseignants comme un corpus de savoirs à maîtriser (ex : connaître les fondements de l'éthique aristotélicienne, thomiste, kantienne, etc.). S'agit-il pour eux simplement de savoir redire ou de savoirs à appliquer ? Et si oui, dans des contextes prévisibles ou incertains ?

Au sein des études médicales, l'enseignement de l'éthique est le plus souvent considéré comme la transmission de savoirs dont on pense que la manipulation aura pour effet de rendre les étudiants, une fois médecins et en situation, capables de résoudre les problématiques auxquelles ils seront confrontés. Nous sommes là typiquement dans une approche transmissive, où les contenus des cours font l'objet d'un enseignement *ex cathedra*. Le contenu peut par exemple être une présentation de l'histoire de la philosophie morale, faisant ressortir dans le champ de la santé les conséquences des approches philosophiques successives, les implications sur le soin ou encore l'évolution des questions de bioéthique. Des ouvrages comme celui de Rameix (1996), *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, qui fournit le contenu principal du cours destiné aux étudiants de premières années de médecine, comprend plus de 150 pages agrémentées d'extraits de textes classiques et témoigne de ce fait d'un tel paradigme d'enseignement et d'apprentissage.

Pour d'autres enseignants toutefois, l'éthique peut aussi être présentée comme une capacité argumentative et délibérative, ce qui est caractéristique de l'approche « néo-ou post-transmissive ». On met ici en avant la notion de complexité des situations et de particularités

propres à chacune à travers l'étude de cas cliniques concrets. Mais, comme l'écrit Quinche, engager les étudiants à s'efforcer à travers des études de cas ne suffit pas en tant que tel :

« la plupart des exercices de pédagogie se basent sur un ensemble de cas problématiques, par exemple sous forme d'un texte décrivant telle ou telle situation fictive ou réelle. Les étudiants raisonnent ensuite sur le cas présenté en se référant à des modèles d'argumentation, le plus souvent en s'interrogeant à partir des notions de bienfaisance, d'autonomie, ou de justice etc. Si cette pratique est largement répandue, et certes utile pour développer les capacités argumentatives, elle néglige cependant le fait qu'une des spécificités des problèmes d'éthique médicale consiste précisément en leur complexité » (Quinche, 2004, p. 15).

Il est en effet nécessaire de mettre en place certaines conditions (ex : création d'un contexte de discussion propice à l'expression sécuritaire (n'entraînant pas moqueries, marginalisation, etc. de l'étudiant) de réflexions ou de propositions originales, contre-intuitives ou éthiquement condamnables par l'ethos majoritaire caractérisant le groupe) pour que ces études de cas constituent un levier pédagogique qui ne simplifie pas à outrance, ou plutôt de manière trop éloignée de la réalité clinique, la complexité de ces situations cliniques.

Avant de poursuivre, la notion de cas clinique doit toutefois être explicitée, sinon on met sous le même vocable des outils didactiques qui peuvent être très différents (Parent & Jouquan, 2016). Notons que la plupart du temps, les « cas cliniques » (notamment ceux utilisés pour les ECNi) ne sont que des exercices applicatifs. En littérature pédagogique, on parlera plus volontiers de « situation-problème ». Ils se distinguent des cas cliniques car ils sont exploités pour orienter les apprentissages et non pour solliciter l'application de « la » solution.

« Une situation-problème est une tâche complète (c'est-à-dire qu'elle contient des données initiales et vise un but à atteindre), complexe (c'est-à-dire qu'elle constitue un obstacle et ne peut pas être résolue par la simple application d'une procédure ni sans que de nouveaux apprentissages soient effectués) et signifiante (c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par son authenticité, au regard de dimensions professionnelles critiques) » (Parent & Jouquan cité par Pelaccia, 2016, pp. 109-125.)

La situation-problème amène l'étudiant à effectuer des apprentissages complémentaires, car les réponses à apporter ne sont pas des « questions de cours ». Une autre modalité est celle des « situations-problèmes à visée intégrative ». Ici le problème doit être construit avant d'être résolu :

« On parle de problèmes "mal définis" ou "mal structurés", notamment parce que tous les indices ne sont pas disponibles d'emblée, parce que la nature du problème à résoudre évolue au fur et à mesure de son investigation, parce que la solution n'est jamais standardisée (mais unique), et parce que ces problèmes ne peuvent pas être résolus avec un haut degré de certitude » (Parent & Jouquan cité par Pelaccia, 2016, pp. 109-125.)

Nous comprenons donc que les « études de cas », dans des contextes d'apprentissage particuliers, peuvent constituer des activités pertinentes pour le développement de l'agir éthique et qu'elles devront alors être considérées en rapport voire en complément de la simulation que nous étudierons plus en détail.

Enfin, pour quelques enseignants, l'éthique peut aussi être abordée, comme nous l'avons formalisé en détail en amont, comme un savoir-agir, ou un agir tout court, notamment au sein d'une approche par compétences formalisées. Nous précisons « notamment » car, même s'il est logique et cohérent conceptuellement que, dès lors que l'on vise une capacité à agir, cela doit être pensé à travers le cadre de l'approche par compétences, son utilisation actuelle, en particulier son degré de compréhension et de maîtrise étant très hétérogène, cela induit la cohabitation d'un côté des définitions très réductrices de la notion de compétence, parfois réduite à des habiletés procédurales (*skills* en anglais) et de l'autre, des définitions beaucoup plus ambitieuses et intégratives. De fait nous nous référons explicitement au courant de l'APCi comme cadre conceptuel suffisamment adéquat pour pouvoir déployer des dispositifs d'apprentissage par compétence tels que nous les mettons en place. N'ignorant pas les critiques, que nous avons rapportées en partie, auxquelles fait face l'APC, il nous semble cependant que moyennant la double condition de faire droit aux différentes catégories d'activités que recouvre l'agir humain (cognitif, réflexif, métacognitif, opératif, psychoaffectif, social mais aussi perceptif et imaginatif) et la défense d'un agir toujours situé, on peut viser dans l'enseignement des étudiants, et des étudiants de médecine en particulier, l'apprentissage et l'acquisition de capacités éthiques.

Quels sont donc, aujourd'hui dans les études médicales en France, les principales activités, et les dispositifs pédagogiques associés, dont l'un des objectifs pédagogiques est « l'enseignement de l'éthique » ou le développement de « la compétence éthique » ?

3.3.2. Dispositifs d'apprentissage de l'agir éthique et enjeux éthiques associés

Pour se former à l'agir éthique en situations professionnelles propres à la médecine, les étudiants vont devoir être mis en conditions de faire de tels apprentissages et mis en situations pour observer la manifestation des capacités mobilisées dans l'agir éthique. Et, au-delà du fait qu'il est du rôle et de la responsabilité des enseignants de développer ces dispositifs d'apprentissage, ceux-ci seront au cœur même du processus d'apprentissage des étudiants.

Plusieurs types de dispositifs pédagogiques (qui sont des formats d'intervention destinés à permettre certains apprentissages en particulier) peuvent être mobilisés par les enseignants et chacun d'entre eux implique différents processus d'apprentissage chez les étudiants. Selon les cas, ces dispositifs peuvent par exemple comporter essentiellement des activités d'enseignement, (comme le cours magistral par exemple) ou une association plus diversifiée d'activités d'enseignement et d'activités d'apprentissage, comme c'est le cas dans une séance de Travaux pratiques (TP) ou dirigés (TD) ou encore dans une séance d'apprentissage par problème.

Dans ce dernier cas, les tâches de l'enseignant sont multiples. Il formule des objectifs d'apprentissage, sélectionne des savoirs en tant que ressources pour l'apprentissage, il construit une situation à partir de laquelle il souhaite que l'étudiant s'engage dans des apprentissages. Il formule aussi une rétroaction sous forme de débriefing ou de retours sur les écrits. Tout cela est de l'enseignement mais ne se réduit pas à la transmission des savoirs. Il existe également d'autres contextes d'apprentissage comme les stages ou la simulation, davantage basés sur l'expérientiel mais qui peuvent également inclure des activités formelles d'enseignement. Dans ces contextes, le modèle de rôle et la supervision clinique sont des dispositifs pédagogiques parmi les plus puissants, même si parallèlement, ils véhiculent un tout aussi puissant curriculum caché.

Il est toutefois important de préciser aussi que le développement des compétences de l'agir éthique des étudiants ne se fait pas unilatéralement à travers les dispositifs d'apprentissage formels curriculaires dédiés au développement des compétences de l'agir éthique. Les stages où les étudiants sont confrontés à leurs premières relations de soin et aussi aux modèles de rôle que représentent les médecins qui les encadrent, mais encore situations de la vie quotidienne (familiale, intime, sociétale, entre étudiants, etc.) sont pour eux autant de mises

en situation qui contribuent à leurs apprentissages. Même si nous nous restreignons dans le cadre de ce travail à ce qui est de la responsabilité de l'institution universitaire, il est essentiel de souligner qu'une diversité significativement plus importante de situations déterminées par d'autres personnes et institutions participent au développement de ces compétences.

Dans cette perspective, certains étudiants en médecine développeront à travers leurs expériences de vie des capacités qui leur permettront un agir éthique tout à fait pertinent en situations professionnelles même si les études médicales ou le curriculum caché associé ne sont pas les plus propices au développement de celui-ci. L'objectif de l'institution universitaire, si elle doit reconnaître cette réalité, ne doit toutefois pas se satisfaire de constater que certains de ses étudiants développent un agir éthique adéquat « malgré » les lacunes curriculaires (en se reposant de ce fait sur les contributions complémentaires de la famille, des amis, des initiatives personnelles compensatoires pour réguler les tensions éthiques créées par la pratique clinique, etc.) et doit de ce fait engager un travail de réflexion et d'expérimentation pédagogique permettant de créer les conditions d'apprentissage propices au développement de cet agir.

Quel est l'apprentissage de l'agir éthique à travers le « curriculum caché » ? La manière dont sont enseignées les activités composant le curriculum, les qualifications plus ou moins implicites que les étudiants ou les enseignants accordent aux différentes activités ou encore la pondération des différentes disciplines aux examens sont autant d'exemples de décisions facultaires et de conceptions véhiculées et incarnées par les enseignants qui déterminent chez les étudiants certaines idées et certaines pratiques sur les comportements adéquats à adopter en tant qu'étudiant et en tant que professionnel. En France la première année d'études, la Première année commune aux études de santé (PACES), se termine par un examen très compétitif, qui permet de classer les étudiants et, par là même, les différentes professions de la santé auxquelles les étudiants reçus en deuxième année se formeront. Ce mécanisme de sélection et de tri illustre des postulats et des conceptions qui opèrent de manière plus ou moins implicite dans les relations entre les différentes spécialités médicales et entre les différents professionnels de la santé. On y retrouve notamment une échelle de valeurs qui sous-tend la hiérarchie formelle et informelle entre ces professionnels puisque les premiers classés peuvent choisir entre médecine, dentaire, maïeutique et kinésithérapie et que la majorité des premiers classés choisit médecine.

En tant que faculté de médecine, on affiche une intention, un choix éthique à la fois en mettant les étudiants en compétition et en laissant chaque année, sans ajustements symboliques quelconques, faire vivre aux étudiants cette expérience de la répartition des « choix » renforçant et confirmant implicitement chez la plupart des étudiants le fait que les médecins se trouvent au sommet des professions de la santé (la carrière la plus désirée) et qu'à l'inverse les kinésithérapeutes, les infirmiers ou les aides-soignants sont les professions acceptées par non-choix (même si, bien sûr, il y a chaque année des centaines d'étudiants qui choisissent avec conviction soit de ne pas aller en médecine malgré la possibilité ou de déterminer la kinésithérapie comme premier choix).

Il est important de préciser qu'au-delà d'une critique de la fonction et des impacts symboliques du concours de la PACES, l'expérience-même du concours (que ce soit l'épreuve-même ou sa préparation dès le premier jour d'entrée en PACES) est en soi transformatrice pour les étudiants et de nombreux comportements, pour certains peu favorables au développement de l'agir éthique, sont déterminés au cours de cette expérience.

Pour le concours, il s'agit principalement pour les étudiants d'être capables de mémoriser massivement des connaissances médicales et de les restituer sélectivement de manière particulièrement rapide (quelques secondes). En soumettant les étudiants à un tel dispositif de sélection, les responsables facultaires et institutionnels se basent sur l'hypothèse que le développement d'une forte capacité d'adaptation (à la fois à des exercices qui font parfois peu de sens pédagogiquement et à une autonomie dans le travail d'étude qui leur était plus ou moins étranger avant la PACES) ou encore la capacité à organiser son temps de vie pour effectuer une quantité massive de travail (allant jusqu'à l'absurde) sont des critères primordiaux pour sélectionner les étudiants les plus aptes à exercer les différentes professions de la santé auxquelles la PACES permet l'accès.

Plusieurs étudiants s'en accommodent relativement bien mais, pour la majorité d'entre eux, ces conditions d'étude contribuent au développement de mécanismes de défense, à l'expérience de certaines souffrances ou encore à un appauvrissement existentiel (canalisation de l'essentiel de leur temps, de leur attention et de leur travail sur un type de tâche très homogène, isolement de la vie sociale, etc.) dont les impacts sur leur pratique professionnelle et leur qualité de vie en général ne sont pas négligeables.

L'horizon et l'expérience de cet examen impriment également chez les étudiants la conviction que ce qui détermine les qualités nécessaires pour « faire médecine » ou « devenir médecin » est cette abnégation sans faille malgré l'absurdité des requêtes, cette soumission à l'ordre établi des choses malgré le sentiment d'une certaine injustice, à la docilité servile malgré la conscience lucide de l'aliénation dont ils font l'épreuve ou encore au respect systématique de la parole dispensée dans les cours magistraux. Nous sommes la plupart du temps loin d'une démarche proprement scientifique faite d'humilité dans l'affirmation, de remise en question de ce qui peut paraître évident, de créativité et d'esprit critique. L'examen final du second cycle des études médicales, les Epreuves classantes nationales informatisées (ECNi), ne se distingue pas par des postulats éthiques sous-jacents forts distincts. Il est lui aussi très réducteur de la nuance et de l'intelligence humaine requise dans le travail clinique, et centré sur les données biomédicales et techniques de chaque spécialité en mettant en concurrence et en compétition, comme pour le concours de la PACES, les étudiants entre eux. Les choix éthiques qui s'illustrent à nouveau dans celui-ci renforcent un certain agir éthique des étudiants qui est celui qu'a contribué à déterminer la PACES, son concours et les années d'études qui en suivent. Pour le dire autrement, on dit implicitement aux étudiants de la PACES et en sixième année de médecine :

« ton collègue, il faut l'écraser, lui marcher dessus, parce que sinon c'est lui qui te marchera dessus, tu seras dernier et lui sera premier, et toi tu ne feras pas médecine alors que tu voulais faire médecine. Pour la même raison, tu ne feras pas cette spécialité pour le reste de ta vie et tu seras condamné à faire médecine générale, santé publique ou bien psychiatrie... ».

Autre exemple. Les étudiants de médecine comme ceux des autres professions de santé sont en stage chaque jour à l'hôpital. Mais à la différence des autres métiers du soin, la formation médicale est très hospitalo-centrée et même uniquement dispensée en CHU. Elle est, de par ce fait, centrée sur les pathologies ; et parmi les pathologies, les pathologies aiguës traitées dans une perspective essentiellement bioclinique. Ce constat était déjà celui de l'étude historique de White dans les années 1950. White enseignant à l'École de médecine de l'Université de Caroline du Nord élabore un diagramme qui montre la place des soins primaires dans la prise en charge du patient nord-américain.

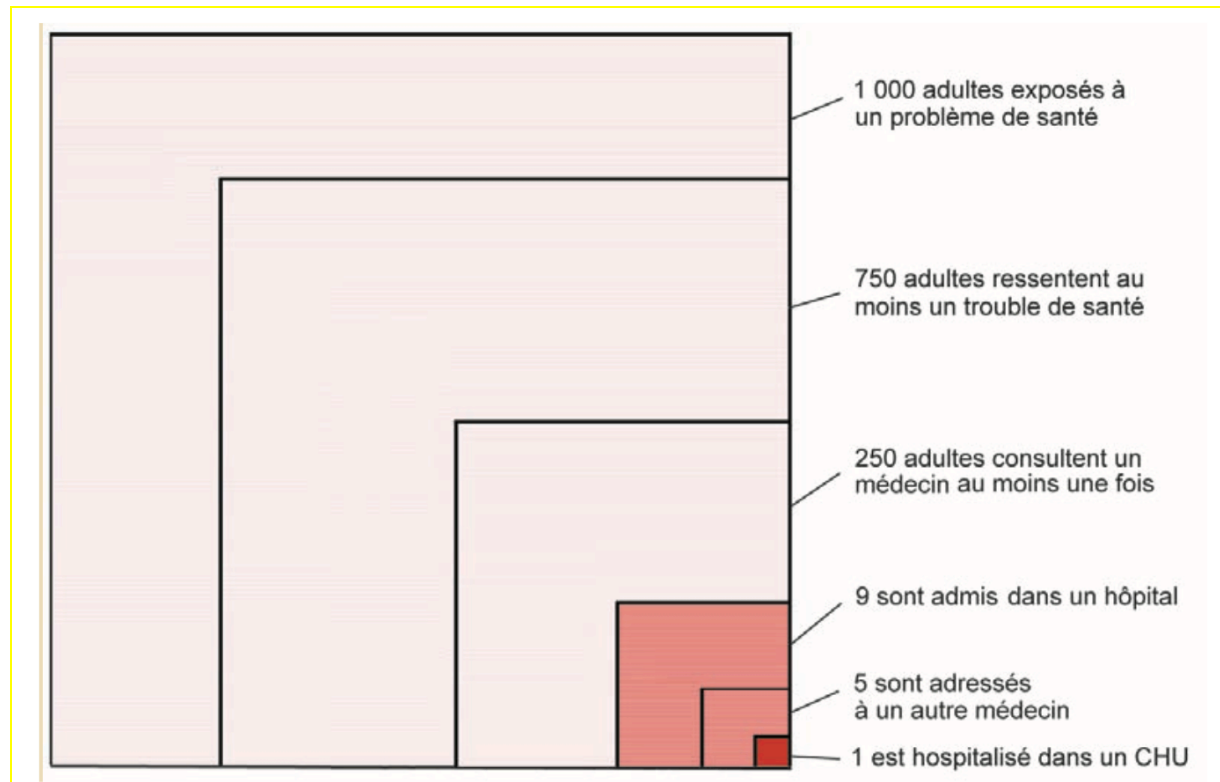


Figure 1 : Le rapport entre le nombre d'individus exposés à un problème de santé et ceux admis dans un centre hospitalier universitaire. (Budowski, Gay, 2005).

En se basant sur une population de 1000 adultes pouvant être exposés à un problème de santé dans le mois, White et ses collègues dénombrent qu'un seul patient est finalement hospitalisé dans un centre universitaire. Ce diagramme appelé « carré de White » met le doigt sur une anomalie de la formation du médecin : l'enseignement est réalisé dans les CHU où seulement une personne sur 1000 est hospitalisée (Budowski, Gay, 2005). De fait, en raison de ce biais, une partie non négligeable des actes nécessaires à la prise en charge et à l'accompagnement de la population générale (écoute, prévention, travail en réseau, collaboration interprofessionnelle) échappe aux étudiants. C'est un choix d'enseignement et d'apprentissage sur le plan institutionnel, et les orientations dans l'agir éthique de ces professionnels dans le futur s'en trouveront marquées.

Troisième exemple. Que ce soit le choix d'organiser son curriculum d'études médicales dans la lignée de ce que préconisait le rapport Flexner (organiser son curriculum avec, pour commencer, deux ou trois ans de sciences fondamentales puis deux ou trois ans de sciences appliquées), que ce soit, en particulier jusqu'à la fin de l'externat, d'évaluer les apprentissages

principalement à partir d'un contrôle sommatif des connaissances à travers des questionnaires à choix multiple, que ce soit en tenant compte uniquement de l'évaluation par observation extérieure d'un médecin enseignant pour juger de l'adéquation d'un examen manuel du genou sur un patient (et de ne pas mobiliser l'expérience du patient ausculté dans cette évaluation), tous ces choix pédagogiques (à l'échelle macro, méso ou micro) sont fondés sur une certaine conception de l'agir éthique, et contribuent à déterminer une éthique du soin particulière qui, même si elle n'est pas explicitée, détermine activement, même si seulement en partie, le développement de l'agir éthique des étudiants. C'est d'ailleurs ce qu'exprime en substance la notion d'éthique des curriculums.

On peut donc bien « enseigner l'éthique » dans les facultés de médecine, on peut continuer d'y vanter l'interprofessionnalité dans les textes officiels et dans les discussions entre pairs, il y a pour autant des curriculums formels et informels qui portent un autre message, qui déterminent un autre agir éthique car :

« il n'y a pas de "neutralité objective" des fondements sous-jacents aux programmes de formation des professionnels de la santé, y compris lorsque ces programmes revendiquent de s'appuyer sur des bases scientifiques, dont la construction repose d'ailleurs elle-même sur des postulats, dont rend compte l'histoire des sciences » (Parent et al., 2018, p. 3).

Et, pour illustration également, dans le choix des sciences fondamentales enseignées, en l'occurrence les sciences biologiques et non pas les sciences humaines et sociales, là encore transparait la pensée collective des enseignants de médecine :

« Il s'agit de faire le constat que faute d'une réflexion appropriée sur l'épistémologie de "l'agir-en-santé", les curriculums de formation dans ce champ adoptent, par défaut, l'épistémologie de la recherche scientifique, et particulièrement de celle conduite dans le paradigme positiviste. » (Parent et al., 2018, p. 2).

En conclusion de ce dernier point, nous confirmons la nécessité, dans un travail de recherche plus exhaustif différent du nôtre, d'inclure l'explicitation des principaux fondements de l'éthique des curriculums opérant au sein des études médicales en France afin de pouvoir évaluer la nature et l'envergure, ainsi qu'intégrer, les contributions de cette éthique à l'agir éthique des étudiants en médecine.

Conclusion

En conclusion, cette fois-ci de ce chapitre dans son ensemble, nous constatons que la majorité des dispositifs pédagogiques utilisés dans les études médicales en France pour enseigner explicitement l'éthique s'inscrivent principalement dans le paradigme de l'enseignement et qu'ils contribuent notamment à maintenir la conception de l'éthique comme étant un savoir abstrait et essentiellement utile dans des situations exceptionnelles (fin de vie, troubles cognitifs, procréation assistée, crise épidémique, etc.) et, dans la même perspective, comme n'étant pas de l'ordre de l'agir.

Chapitre 4 : La simulation en santé

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à la contribution des dispositifs de simulation dans le développement de l'agir éthique des étudiants en médecine. Nous allons plus spécifiquement expliciter les arguments mis en avant pour justifier l'utilisation de la simulation dans la formation initiale des futurs professionnels de la santé tout en les mettant en miroir avec les résultats de la recherche académique pour évaluer la pertinence de ce dispositif d'apprentissage dans le développement des capacités de PAIDEIA des futurs médecins.

4.1. Les arguments soutenant l'utilisation de la simulation comme dispositif d'apprentissage dans la formation initiale des futurs professionnels de la santé

Plusieurs arguments sont utilisés de manière implicite ou explicite par les enseignants ou les professionnels de la pédagogie lorsqu'il s'agit de justifier le choix d'un dispositif recourant à la simulation en complément ou en substitution à un autre dispositif pédagogique.

Un des arguments les plus logiques, compte tenu de l'étymologie du mot « simulation » (issu du latin *simulatio*, qui signifie une feinte, un faux-semblant), est qu'elle permet de simuler la réalité à laquelle l'étudiant sera confronté dans son contexte professionnel : elle permet alors un apprentissage situé, dont la pertinence pour le développement des capacités qui nous intéressent est démontré (Birden et al., 2013). Raison pour laquelle des qualificatifs tels que « forte ou faible authenticité » (celle-ci étant à appréhender au regard, à la fois, des acteurs

concernés, des composantes de l'environnement et de la durée) sont ajoutés pour préciser le degré de fidélité des situations simulées par rapport à celles pour lesquelles les étudiants sont préparés. Le degré de « réalisme » est souvent utilisé également mais, bien qu'il désigne une même volonté d'argumenter pour la forte similitude entre le contexte d'apprentissage et le futur contexte de travail, il est plus régulièrement utilisé pour décrire la manière dont les étudiants vont vivre (en termes d'affects ou d'implication émotionnelle, de cas cliniques crédibles, de textures de la peau ou des organes du mannequin, etc.) ces situations de manière similaire à ce dont ils feraient l'expérience en contexte professionnel.

Historiquement, avant d'être principalement associée dans les esprits à un dispositif pédagogique complexe, impliquant une grande quantité de matériel et souvent coûteux, la simulation a d'abord été, comme le rappelle Audran (2016) :

« de l'ordre de la reconstitution hic et nunc de situations, au travers de jeux de rôles, de saynètes, qui permettent avec peu de moyens de restituer, même de manière imparfaite, par représentation symbolique, des actions menées dans des situations spécifiques (simulation d'interactions à dessins d'analyse de pratiques, simulation d'entretiens, etc.) » (p. 11).

Autre vigilance par rapport à la conception de la simulation qui semble être associée la plus spontanément dans l'esprit des enseignants, simuler ne consiste pas seulement à « singer le réel » mais, comme le précisent Oget et Audran (2016), simuler recouvre plusieurs acceptions dont l'influence sur l'apprentissage ne sont pas les mêmes :

« simuler pour jouer, simuler pour s'entraîner, simuler pour s'initier, simuler pour imiter » (p. 13).

Il s'agit donc davantage de considérer la simulation comme ayant, tout d'abord, l'intérêt de nous porter à interroger ce qu'est « la réalité » en situation d'apprentissage (Audran, 2016, p. 13) et ensuite l'intérêt de fournir un contexte d'apprentissage qui permet aux enseignants d'observer les manières dont l'étudiant appréhende des situations professionnelles qui possèdent un plus ou moins grand degré de caractéristiques communes avec les situations qu'il rencontrera dans le cadre professionnel. Ce dernier argument en faveur de la simulation est toutefois commun à d'autres contextes d'apprentissage (comme la supervision clinique) et ne suffit donc pas à lui seul à justifier son choix prioritaire.

Un autre argument, en continuité avec le premier présenté, est le fait que la simulation permet d'immerger l'étudiant dans une situation d'apprentissage particulièrement proche de la « réalité clinique » sans les risques associées (par exemple : annoncer de manière inadéquate un diagnostic erroné à un « vrai » patient, paniquer de manière visible face à la complexité ou l'incapacité à savoir comment agir dans la situation et inquiéter le patient ou les proches, être infecté ou dans l'incertitude de l'être suite à la manipulation d'outils contaminés, etc.). John Stuart Mill (1990), dans une perspective utilitariste, suggère dans *De la liberté*, au Chapitre Premier, dans l'« introduction », que

« Le seul aspect de la conduite d'un individu qui soit du ressort de la société est celui qui concerne autrui » (p. 74).

Et c'est dans cette même perspective que cet argument est le plus souvent présenté, que ce soit pour la médecine ou d'autres domaines comme l'aéronautique ou l'industrie nucléaire où les conséquences des erreurs humaines sont telles que de simuler le réel (procédures standards comme exceptionnelles en période de crise) apparaît comme la solution la plus raisonnable, du point de vue sécuritaire, pour le bien de tous. C'est le sens de la formule (absolument fautive d'un point de vue logique) toujours répétée : « Jamais la première fois sur le patient ! ». De fait quelle que soit la tâche à accomplir il y a toujours « une première fois » sur le patient, et plus grave encore dans l'esprit de certains qui l'emploient c'est croire que l'action de soin pourrait se réduire à un geste technique seul.

Pour faire un autre parallèle auquel nous invite Olivier Reboul, à savoir avec l'école, celui-ci précise que la simulation n'est pas un simple outil mais le principe fondateur de l'organisation scolaire :

« les problèmes de l'école sont analogues à ceux de la vie, mais sans leurs conséquences ; à l'école, une lettre mal écrite n'est pas une cause de refus d'embauche, une erreur de calcul ne ruine personne, une maladresse de manipulation est sans danger réel » (Audran, 2016, p. 10).

Dans une perspective plus déterministe, en particulier behavioriste, des comportements, un autre argument mis en avant pour justifier l'utilisation de la simulation est sa capacité à « forger l'habitude », et, sous-entendu, les « bonnes » habitudes. La première dimension associée est celle de la répétition où, après avoir effectué un geste technique ou abordé des enjeux humains complexes à multiples reprises, l'étudiant développerait les « bonnes »

habitudes (celles que l'on attend de lui comme professionnel) face à ces situations. Dans une perspective d'une science pratique de l'agir éthique en vue du bien et du juste, la simulation pourrait-elle contribuer à forger un habitus opératif acquis par répétition d'actes éthiquement adéquats ? Pour y voir plus clair il faut préciser que ce n'est pas la répétition des gestes seuls qui définit la simulation en tant que dispositif pédagogique. S'entraîner à piquer un bras en plastique ou suturer un pied de cochon peut n'être qu'un entraînement à un geste technique, qui a cependant toute sa valeur sur le plan pédagogique. Mais c'est à partir du moment où les apprenants sont immergés dans un contexte d'apprentissage semi-authentique qu'on peut parler de simulation. Présenter le bras en plastique comme celui d'un patient avec ses caractéristiques propres fait basculer l'apprenant dans une situation qui lui permet de contextualiser son apprentissage afin que soit potentiellement mobilisées chez lui les différentes ressources nécessaires en situation professionnelle. Il faut ici distinguer dans l'évaluation la performance dans le premier cas de la compétence, dans le second, chacune de ces séquences d'apprentissage ayant des objectifs pédagogiques différents. Et pour être complet on ne peut pas parler de simulation si la mise en situation n'est pas suivie d'un temps d'analyse appelé débriefing.

Cette conception de la « répétition pratique comme conditionnement opérant » (Audran, 2016, p. 12) est le plus souvent utilisée pour justifier l'apprentissage des gestes techniques (souvent via des mannequins : poser une voie veineuse, effectuer un massage cardiaque, infiltrer une articulation, etc.) mais parfois aussi pour des situations considérées comme mobilisant principalement des « compétences non-techniques » comme l'enseignement de l'éthique (Tritrakarn et al., 2014). Il est alors présenté l'avantage que l'étudiant ait eu par exemple l'expérience de faire à plusieurs reprises l'annonce d'un diagnostic d'une maladie grave à de « faux » patients (patients simulés, standardisés ou formateurs pouvant être des acteurs ou des patients préparés pour de tels contextes) afin d'avoir déjà développé quelques formulations adéquates avec lesquelles il est personnellement à l'aise et familier et acquis quelques réflexes relativement aux questions ou absence de réactions auxquelles ils feront face avec de « vrais » patients.

Ces répétitions nous disposeraient-elles adéquatement (pour faire écho aux arguments thomistes mentionnés au début de ce travail et où, pour bien agir il est requis que la raison soit bien « disposée » par l'habitus, qu'un certain équilibre de la raison et des passions soit

trouvé), que ce soit sur la manière d'agir au sein de la situation ou sur la manière d'apprendre de celle-ci (par l'intermédiaire des dispositifs pédagogiques complémentaires parfois utilisés en amont et en aval de la situation simulée en tant que telle) ? La question peut se poser : pour combien de temps ? Tension argumentative que nous tenterons d'explorer à la fin de ce chapitre avec les autres limites et critiques de la simulation.

Avant-dernier argument mis en avant pour justifier le choix pédagogique de la simulation (il en existe toutefois d'autres mais nous nous limitons aux principaux), celui de la transition nécessaire vers une culture de l'amélioration continue des pratiques professionnelles. Avec le prisme de la gestion des risques et de la qualité qui domine aujourd'hui dans les établissements de santé, et une volonté associée de diminuer les erreurs médicales (selon l'OMS, environ un patient sur dix est victime de pratiques de soin inadéquates qui ont un impact néfaste sur leur santé (WHO, 2013) et dont plus de 80 % sont reliées à des enjeux de communication (Rosenstein & O'Daniel, 2008) entre le professionnel et le patient ou ses proches), il devient logique d'entamer cette transition vers un apprentissage plus pragmatique (en contexte réel de pratique), expérimental (succession d'essais-erreurs desquels on identifie les hypothèses confirmées ou infirmées afin de procéder à une amélioration continue de nos pratiques), et même valorisant l'erreur ou l'échec (à l'image des « *fails camps* » entrepreneuriaux nord-américains basés sur le postulat que l'échec est la plus efficace des sources d'apprentissage) afin de garantir des soins de meilleure qualité (Galloway, 2009) et, surtout, moins à risque pour la santé des patients (Hallenbeck, 2012). Une telle approche strictement opératoire, qui privilégie les pratiques conformes aux procédures, fera cependant l'objet de questionnements lors de notre discussion au regard de la conception de l'éthique défendue dans ce travail.

Enfin, le choix de la simulation est aussi argumenté en précisant que le jeu de rôle n'est pas autosuffisant en termes d'apprentissage et que des pratiques pédagogiques complémentaires sont nécessaires, comme le résume Audran (2016) :

« bien que la simulation soit susceptible de former par l'expérience, elle ne subsume pas non plus la formation tout entière » (p. 12).

Parmi ces pratiques pédagogiques la plus évidente est le débriefing (notons bien que ce que recouvre le débriefing n'est pas spécifique à la simulation). Si en effet les étudiants sont

immergés dans une situation professionnelle, qu'ils en font l'expérience puis que l'activité pédagogique s'arrête au moment où s'arrête le jeu de rôle, une partie importante des apprentissages que permet la simulation peut ne pas se faire, même si ce n'est pas nul. Certes plusieurs étudiants vont, individuellement, tout de suite après l'exercice ou plusieurs heures ou jours après, réfléchir à ce dont ils viennent de faire l'expérience, interroger l'adéquation de leurs comportements ou les affects qu'ils ont ressentis et ainsi poursuivre les apprentissages associés à ce jeu de rôle mais ce n'est pas nécessairement le cas pour tous. C'est la raison pour laquelle les dispositifs de simulation intègrent ce travail de débriefing, individuel et/ou collectif, afin notamment d'explicitier les apprentissages que l'étudiant a réalisés, de contribuer à développer sa capacité à effectuer une analyse critique de son expérience, et de ses émotions en particulier, de mutualiser ses apprentissages avec les éventuels autres étudiants présents ou encore d'élaborer des réflexions plus générales à partir d'une mise en lien avec d'autres situations professionnelles simulées. D'autres pratiques pédagogiques, comme la médecine narrative par exemple ou bien le visionnage et la discussion autour d'œuvres cinématographiques, sont aussi mobilisées pour ce travail d'analyse et de réflexion sur l'agir en situation.

Dans la prochaine section, nous allons maintenant présenter ce que les chercheurs (notamment en sciences de l'éducation) ont identifié comme influences de la simulation sur l'apprentissage des futurs professionnels de la santé en général puis sur le développement de l'agir éthique en particulier. Nous pourrions ainsi évaluer la pertinence de ce dispositif d'apprentissage dans le développement des capacités de PAIDEIA des futurs médecins.

4.2. Les résultats de la recherche académique soutenant l'utilisation de la simulation pour développer l'agir éthique

Le premier constat à effectuer concernant l'état de la littérature scientifique relative à l'évaluation de la pertinence de la simulation pour développer l'agir éthique des étudiants de médecine est qu'elle ne permet pas de valider ou d'invalider sa pertinence avec assurance (Pinar & Peksoy, 2016).

En effet premièrement la quasi-totalité des études ne compare pas les différentes méthodes d'apprentissage entre elles. Deuxièmement, parce que ces études sont, pour la majorité, de faible qualité scientifique, principalement du fait d'un faible nombre d'étudiants impliqués

dans l'étude, de la difficile comparaison des situations d'apprentissages dans lesquelles sont immergés les étudiants compte tenu de l'hétérogénéité des situations éthiques (Calleja et al., 2020) (contrairement à un questionnaire à choix multiple identique pour chaque étudiant) ou encore de la difficulté à associer une causalité (directe, indirecte, linéaire, etc.) entre une expérience précise et le développement de capacités précises. Troisièmement, parce que la majorité part d'une conception de l'éthique qui est celle caractéristique du paradigme de l'enseignement et non de l'apprentissage.

Quatrièmement, parce que malgré le fait que plusieurs études soutiennent la pertinence de l'utilisation de la simulation comme dispositif d'apprentissage améliorant l'acquisition de connaissances (Ravert, 2002), la prise de décision (Cioffi et al., 2005 ; Schoening et al., 2006), la résolution de problème (Reese et al., 2010), le gain de confiance personnelle (Schoening et al., 2006 ; Galloway, 2009) ou encore la collaboration interprofessionnelle (Reese et al, 2010 ; Messmer, 2008 ; Lambton, 2010), peu d'entre elles étudient l'impact de la simulation sur le développement des capacités mobilisées dans l'agir éthique (celles existantes s'intéressent principalement au développement de la compétence de professionnalisme incluant la connaissance des principes éthiques et légaux).

Toutefois, quelques résultats scientifiques sont pertinents à mentionner dans le cadre de notre travail, notamment afin de contribuer à la construction d'un cadre évaluatif permettant de juger de la pertinence de la simulation pour le développement de l'agir éthique.

Parmi ces études pertinentes pour notre travail, l'une d'entre elles, intitulée « A longitudinal simulation-based ethical-legal curriculum for otolaryngology residents » (Fanous et al., 2017), étudie l'impact d'un curriculum de formation au raisonnement éthique (quatre demi-journées avec trois scénarii de simulation dans chaque et l'implication de patients standardisés) basé sur l'apprentissage par la simulation sur la capacité de raisonnement éthique auprès de dix-huit internes en otorhinolaryngologiste (ORL). Dans un des scénarii un étudiant se retrouve face à un patient (standardisé) à qui il doit annoncer qu'après une série de problèmes de communication entre ses collègues, il y a eu une erreur opératoire lors de l'opération chirurgicale de sa mère. Les étudiants sont évalués par un groupe composé de médecins ORL, d'internes observateurs, du patient simulé et d'un éthicien. Les résultats démontrent que cette expérience d'apprentissage a significativement amélioré leurs connaissances éthiques et leur capacité à problématiser une situation du point de vue éthique (que nous pouvons associer aux

capacités d'analyse), de délibération (puisqu'il y avait des échanges en groupe) et d'arbitrage éthique. Comme indiqué au préalable, une des limites associées est que cette étude n'utilise pas de groupe de contrôle où les étudiants sont placés dans un autre contexte d'apprentissage (enseignement magistral, études de cas à l'écrit, etc.) pour comparer le développement des capacités mobilisées. Notons qu'ici la dimension émotionnelle est absente dans les critères d'apprentissage à un agir éthique.

Un autre travail de recherche pertinent à mentionner est celui présenté à travers l'article intitulé « Is clinical simulation an effective learning tool in teaching clinical ethics? » (Donnelly et al., 2017), qui étudie l'utilité de la simulation pour contribuer à l'apprentissage des principes éthiques. En comparant les résultats à un examen écrit (pré et post-test) entre un groupe de contrôle (où les étudiants font l'expérience d'un enseignement transmissif classique) et un groupe où les étudiants participent à une consultation éthique où les principes sont mobilisés explicitement au sein de la situation professionnelle, aucune différence quantitative statistiquement significative n'est identifiée mais une différence qualitative significative dans les commentaires des étudiants (par exemple : l'expression d'une expérience positive, source de joie et d'apprentissage, etc. qui n'est pas mentionnée dans le groupe contrôle) interrogent les chercheurs quant aux types d'apprentissages distincts qui ont eu lieu entre ces deux contextes d'apprentissage distincts. Même s'il est difficile, dans le cadre de la recherche scientifique de tenir compte de ce qui pourrait apparaître comme une maigre différence, il est toutefois important de rappeler que l'être humain fait des choix notamment en fonction de ce qu'il pense ou expérimente être source de joie et que, par conséquent, les étudiants ayant de telles expériences positives dans ces contextes pourraient développer une association positive à l'apprentissage de l'agir éthique et s'y engager davantage pédagogiquement.

Une des études méthodologiquement les plus pertinentes par rapport à notre questionnaire est celle intitulée « High-fidelity simulation and legal/ethical concepts: a transformational learning experience » (Smith et al., 2012) qui propose, elle, une comparaison entre trois contextes d'apprentissage (l'étude de cas en présentiel par groupes de quatre à cinq étudiants, l'étude de cas en ligne là aussi en groupe et un dispositif de simulation « haute-fidélité » incluant un débriefing collectif) pour évaluer la différence de développement du

professionnalisme (incluant les capacités que nous avons définies comme mobilisées à travers l'agir éthique).

Cette étude réalisée auprès de 60 étudiants de troisième année d'études en soins infirmiers avait pour objectif le développement de leur capacité à prendre une décision éthique (ce qui mobilise les capacités d'analyse et d'arbitrage éthique) au sein d'une situation professionnelle impliquant le dialogue avec une famille dont le proche fait un arrêt cardiaque et pour lequel l'étudiant n'a pas accès aux éventuelles directives anticipées formulées par le patient (doit-il tenter de le maintenir en vie ou non ?).

Les résultats de cette enquête sont, premièrement, une évaluation positive de l'expérience par les étudiants (le niveau de satisfaction de l'activité d'apprentissage était plus élevé chez les étudiants ayant participé à la simulation notamment du fait qu'ils indiquent avoir perçu la situation comme suffisamment réaliste pour les engager pleinement pédagogiquement) ; deuxièmement, un constat par les enseignants d'interactions plus riches entre les étudiants ayant été engagés dans le dispositif de simulation ; troisièmement, une évaluation par les enseignants, à partir des réponses à un questionnaire indique que les étudiants ayant participé à l'activité de simulation ont vécu une expérience plus « transformante », « *transformative* » en anglais c'est-à-dire une expérience pour laquelle ils se sont sentis plus impliqués personnellement et où ils ont vécu plus intensément les émotions. Ce concept est fortement utilisé en Amérique du nord pour décrire des activités d'apprentissage qui encouragent les étudiants à identifier les idées et prismes socialement construits à partir et à travers lesquels ils vivent leurs expériences d'apprentissage et qu'ils doivent de ce fait expliciter afin d'identifier l'impact sur les apprentissages qu'ils font de ces expériences (McAllister et al., 2012 ; Robinson et al., 2014).

Au-delà de la dimension « active » de l'apprentissage pour laquelle nous avons argumenté au début de ce travail, les auteurs mettent l'accent sur cette dimension transformante. Cette exigence critique vis-à-vis de soi et de la partialité de son rapport à l'expérience fait écho à la capacité d'autodétermination que nous avons incluse dans la définition de l'agir éthique. La notion de « dilemme déstabilisant » (« *disorienting dilemma* ») (McNaron, 2009) utilisée dans cet article est utilisée dans cette perspective afin d'encourager l'étudiant, à travers le débriefing collectif comme à travers son cheminement réflexif personnel, à identifier les émotions, les affects, dont il a fait l'expérience lors de la simulation. On se souvient d'ailleurs

que nous avons décrit l'exercice de la vertu comme à la fois permettant la réalisation d'un acte bon et impliquant un changement chez le sujet, qui devient par-là même meilleur.

Plusieurs enseignants insistent sur l'importance de cette dimension transformante en argumentant qu'il est préférable pour les étudiants de faire ce travail sur soi-même en amont des situations professionnelles qui impliqueront le bien-être d'autrui. Comme on l'a déjà mentionné, les études médicales ayant tendance à développer chez les étudiants des mécanismes de défense qui la plupart du temps les amènent à se détacher émotionnellement d'eux-mêmes et des autres, de tels contextes d'apprentissage où ils peuvent, en amont ou parallèlement au contexte clinique, travailler leur rapport aux émotions est souhaitable pour leur bien-être et leurs compétences professionnelles.

Concernant le développement de la capacité au raisonnement éthique des étudiants plus particulièrement, une étude intitulée « The use of virtual patient scenarios as a vehicle for teaching professionalism » (Marei et al., 2018) s'intéresse au développement de cette capacité à travers un contexte d'apprentissage basé sur la simulation et mobilisant des patients virtuels auprès de 65 étudiants en odontologie. L'étudiant est par exemple confronté à une situation où deux patients qui le sollicitent régulièrement pour des soins dentaires vont se marier. Le futur marié est porteur d'une hépatite C et la future mariée n'en est pas informée. Il est placé au sein de ce dilemme éthique où il se questionne sur l'agir adéquat dans une situation où il a accès à une telle information et où la santé d'une de ses patientes est en jeu. La simulation se fait soit en interaction avec le patient virtuel (standardisé) qu'est l'homme soit avec l'équivalent pour la femme. Les résultats nous indiquent, premièrement, que les étudiants confirment le développement de leur capacité au raisonnement éthique à travers ces contextes d'apprentissage et, deuxièmement, que le degré de réalité (de fidélité au réel) des patients virtuels est perçu comme influençant positivement le développement de leur raisonnement éthique. Une des limites principales de cette étude reste l'autoévaluation de ce développement de compétence qui nécessite d'être complétée par une évaluation par les enseignants.

Il existe de nombreuses études basées sur l'autoévaluation (perception d'une amélioration personnelle), par les étudiants, du développement de leur capacité au raisonnement éthique lorsqu'ils participent à un dispositif de simulation et, malgré les limites associées, la plupart confirment la pertinence de celle-ci pour un tel objectif (Harnof et al., 2013 ; Tritrakarn et al., 2014 ; Greco et al., 2019).

4.3. Les limites actuelles de la simulation pour développer l'agir éthique des étudiants en médecine

Nous venons d'illustrer, avec les limites des connaissances actuelles, certains arguments en faveur du choix de la simulation pour développer l'agir éthique. Il est toutefois important de préciser, en miroir, les limites déjà identifiées de ces dispositifs pédagogiques.

Premièrement, les enseignants et le personnel de soutien universitaire témoignent de l'aspect chronophage associé à la création et l'opérationnalisation de la simulation (Tritrakarn et al., 2014). Une partie de ce temps supplémentaire est due à sa nature innovante (toute innovation requiert en effet un investissement supplémentaire de temps pour l'élaborer et l'implanter, peu importe qu'il s'agisse d'un dispositif de simulation ou groupe d'échange de pratiques) mais l'autre partie lui est spécifique, notamment en raison de la nécessité de peaufiner un nombre important de détails (la configuration de la salle, le matériel requis, le scénario, etc.) afin de garantir le degré de fidélité avec la situation professionnelle.

Deuxièmement, le coût. Celui-ci varie significativement entre un dispositif de simulation impliquant peu de matériel (une annonce de diagnostic autour d'une table, dans une salle de classe habituelle, avec un patient simulé et standardisé joué par un étudiant, etc.) et un dispositif impliquant une grande quantité de matériel ou un matériel sophistiqué (intervention complexe sur un mannequin haute-fidélité pouvant coûter plusieurs dizaines de milliers d'euros voire dépasser la centaine de milliers d'euros). Cette limite est souvent mentionnée du fait que l'association imaginaire la plus spontanée chez les individus lorsqu'il est fait mention de simulation est celle d'un dispositif avec un mannequin sophistiqué. Toutefois, dans la majorité des cas, l'utilisation de la simulation, bien que son coût soit plus élevé qu'un cours magistral, n'implique pas des financements majeurs.

Troisièmement, le recours à la simulation requiert la plupart du temps de former davantage les enseignants aux compétences de facilitation d'échanges entre étudiants (Tritrakarn et al., 2014), notamment du fait des activités de débriefing. Bien que plusieurs aient naturellement développé ces compétences au cours de leur vie ou qu'ils aient déjà été formés à celles-ci dans le cadre d'autres activités pédagogiques requérant des compétences semblables, les étudiants soulignent régulièrement le constat selon lequel une partie significative des enseignants en médecine ne sont pas compétents pour cela. Il est toutefois à noter que les

enseignants qui s'engageront dans le développement des activités d'apprentissage basées sur la simulation seront, probablement, ceux qui sont soit déjà compétents en la matière, soit motivés à développer ces compétences.

Quatrièmement, concernant plus particulièrement l'argument relatif à l'intérêt de la répétition pour « forger l'habitude », il est important de questionner la pérennité de ces nouvelles dispositions. Nous avons déjà abordé l'influence significative, et reconnue comme principalement néfaste (esprit de concurrence plutôt que de coopération, marginalisation de ceux qui émettent des réserves quant à certains comportements de leurs enseignants en clinique, etc.), que le curriculum caché a sur l'agir éthique des étudiants en médecine comparativement à l'apprentissage d'un agir éthique adéquat. Pourquoi n'en serait-il pas de même concernant l'agir éthique « forgé » à travers les contextes d'apprentissage basés sur la simulation par rapport à l'expérience quotidienne d'apprentissage qu'ils feront comme interne puis comme professionnel. Face à l'effet de socialisation quotidien à travers le milieu professionnel, face à ces dizaines de milliers d'heures d'interactions annuelles avec les collègues ayant un agir éthique plus ou moins adéquat, combien d'heures de simulation favorisant un agir éthique adéquat faudrait-il faire vivre aux étudiants en formation initiale ou professionnels en formation continue pour contrebalancer ces habitudes considérées comme inadéquates ? Nous comprenons bien ici qu'au-delà de la simulation comme outil pédagogique, c'est d'abord le paradigme sous-jacent de l'apprentissage dans l'agir (dont la simulation est une matérialisation contingente) qui doit devenir un paradigme de référence pour penser l'agir en santé au sein des institutions d'enseignement, de recherche et de soins pour que des changements significatifs et durables de comportements s'opèrent à grande échelle.

Cinquièmement, il est essentiel de poursuivre le travail de comparaison des bénéfices pédagogiques associés à la simulation comparativement à d'autres contextes d'apprentissage tels que ceux qui peuvent être considérés en milieux de stage. Que ce soit à travers l'influence des modèles de rôle, de la supervision formative par les enseignants par le débriefing des situations vécues ou encore de l'utilisation du portfolio en tant qu'outil permettant à l'étudiant d'explicitier et d'approfondir les apprentissages réalisés à travers ses stages cliniques.

Toutefois, même dans ces contextes d'apprentissages alternatifs à la simulation, il ne suffit pas de plonger l'étudiant dans le contexte de l'exercice de son futur métier pour

qu'automatiquement il acquière les compétences voulues. Il s'agit de l'accompagner dans sa réflexion sur ce qu'il rencontre en situation de stage, ses émotions, ses jugements, ses interprétations, les solutions qu'il imagine, etc. On peut tout à fait apprendre à entrer dans une chambre avec respect et discrétion au contact d'une aide-soignante comme on peut désapprendre l'empathie émotionnelle au contact d'équipes qui dysfonctionnent.

Enfin, même si nous réussissons à conceptualiser un « modèle idéal » de l'enseignement et de l'apprentissage dont les fruits de la recherche académique démontrent sa pertinence (Pinar & Peksoy, 2016), son opérationnalisation a peu de probabilité de s'effectuer en respectant la cohérence du modèle. La forte hétérogénéité des connaissances pédagogiques (et donc la diversité des degrés de compréhension adéquates des différents paradigmes) parmi les enseignants, la substitution de motifs politiques ou opérationnels internes à des critères pédagogiques pour prendre des décisions curriculaires ou encore la difficulté à mobiliser à travers une vision pédagogique commune un nombre important d'enseignants peu présents à l'Université constituent quelques exemples des obstacles à la réalisation de ce « modèle idéal ».

Toutes ces limites et ces freins nous les expérimentons au quotidien dans notre travail d'enseignant. Mais cela ne nous a pas empêché, en collaboration avec d'autres collègues, enseignants en faculté de médecine, cadres formateurs dans les écoles de santé, médecins de ville, enseignants en sciences humaines et sociales, patients partenaires, étudiants volontaires, de développer depuis sept ans une série d'enseignements au sein de la Faculté de médecine de Nice. Nous exposerons tous ces séquences pédagogiques dans la deuxième partie de ce travail.

Conclusion de la première partie.

Dans cette première partie du travail de thèse, nous avons cherché à déterminer le champ de l'éthique. Après avoir abordé la question d'une division de la matière entre l'éthique et la morale, que nous avons mis sur le compte de certaines conceptions philosophiques (Kant, Stuart Mill), nous avons pris le parti de revenir à la notion de finalité, d'habitus et de vertus, ayant suivi certains développements de Ricœur et de Levinas, l'un sur les sentiments moraux, l'autre sur la primauté du visage dans la rencontre. Cherchant par l'éthique des vertus à rendre compte de l'expérience profonde que constitue la vie morale, nous avons proposé une éthique

des vertus médicales. Mais dans ce positionnement éthique en situation nous avons voulu mettre l'accent sur la part émotionnelle que recèle un dilemme éthique dans l'ici et maintenant de la relation, distinguant en particulier l'empathie émotionnelle de l'empathie cognitive. La question reste ouverte d'une présence des émotions comme condition *sine qua non* d'un agir proprement éthique. Nous avons montré ensuite que le paradigme de l'enseignement n'est pas nécessairement le plus propice au développement de cet agir complexe chez les étudiants en médecine. Dans cette perspective, nous avons convoqué le cadre conceptuel de l'APC afin de proposer d'évaluer l'adéquation de l'agir des étudiants en médecine, c'est-à-dire leur agir éthique, à partir de l'observation, en contexte d'apprentissage, de la mobilisation contextualisée de leurs capacités de PAIDEIA.

Nous avons ensuite, de par l'utilisation croissante de ce dispositif d'apprentissage en éducation médicale mais également du fait de facteurs contextuels propres à la Faculté de médecine de Nice, choisi d'évaluer la pertinence de la simulation pour développer les capacités mobilisées dans l'agir éthique des étudiants en médecine. Ayant rappelé les arguments communs pour lesquels ce dispositif pédagogique est parfois utilisé pour l'enseignement de l'éthique ou l'apprentissage de l'agir éthique ainsi qu'ayant vérifié le fondement pédagogique expérimental de ces arguments à partir de la littérature scientifique, nous n'avons pu conclure, sur la base des données scientifiques actuellement disponibles, à la pertinence mais, également, à la non-pertinence de la simulation pour développer l'agir éthique des étudiants en médecine.

En l'état des connaissances scientifiques, qui ne fournissent pas d'éléments justifiant l'abandon de l'élan d'expérimentation de cet environnement d'apprentissage innovant, et compte tenu de l'opportunité de contribuer à l'avancement de notre compréhension de ce sujet, nous poursuivons dans la seconde partie (méthodologique) de ce travail par l'analyse des outils et des dispositifs complémentaires à la simulation, ainsi que le terrain de recherche qu'offre la Faculté de médecine de Nice.

PARTIE 2. APPROCHE EMPIRIQUE : OUTILLER LES ETUDIANTS EN RESSOURCES POUR UN AGIR ETHIQUE DANS LE CADRE DE DISPOSITIFS CURRICULAIRES ET PEDAGOGIQUES

Introduction

L'originalité de notre travail est que nous portons un regard de psychologue sur une discipline qui n'est pas la nôtre, la médecine, concernant un enseignement qui ne nous regarde pas *a priori*, la philosophie morale. Notre recherche est allée sur le terrain de l'éthique pour rendre compte de phénomènes observés lors des séances de simulation dans le cadre d'enseignement touchant des compétences n'étant pas reliées directement à l'éthique, comme la communication ou la collaboration. Travaillant au quotidien avec des médecins, notre travail de recherche est lié à notre activité de psychologue clinicien au sein d'un hôpital, avec une attention toute particulière portée aux émotions, aux sentiments, aux « mouvements de l'âme » qui entrent pour une part non négligeable dans l'interaction entre le clinicien et le patient. Comme psychologue « embarqué » nous sommes ainsi attentif à la manière dont les médecins font avec leurs émotions au sein de leur agir. De façon générale, l'intention de ce travail ne relève pas d'une logique de démonstration mais plutôt d'argumentation et d'illustration. Notre développement est donc une explicitation des mécanismes psychologiques à l'œuvre dans la relation de soin et partant, l'intérêt de la simulation pour l'apprentissage d'un agir éthique adéquat dans une perspective d'éthique des vertus.

SOUS PARTIE 1. METHODES

Dans cette sous-partie consacrée aux méthodes nous allons exposer les cadres conceptuels mobilisés : communication, mécanismes psychologiques médecine narrative, méditation pleine conscience, psychologie positive, collaboration et partenariat patient. Nous présenterons ensuite les hypothèses et les développements opérationnels tels que le contexte, le processus de planification et les dispositifs mis en place.

Chapitre 5 : Enseigner et apprendre des techniques de communication

Les séances d'enseignement par simulation regardant la relation médecin-patient sont souvent motivées au départ par le souhait d'équiper les étudiants en outil de communication.

Les raisons sont multiples : satisfaction des patients, adaptation des étudiants au stage, réponse à des obligations déontologiques et des recommandations des sociétés savantes, crainte au sein des services de subir des critiques en particulier sur les réseaux sociaux, crainte encore de subir des plaintes et leurs conséquences financières pour les établissements. De fait la Haute autorité de santé (HAS) s'est fait le vecteur depuis plusieurs années de l'introduction de la simulation sur les compétences dites « non techniques » (HAS, 2013) avec une forte charge légale et réglementaire dans une perspective très administrative et managériale de la simulation.

En PACES les étudiants ont appris quasiment par cœur les articles de la loi Kouchner (2002). Il y est stipulé que le patient doit donner un consentement libre et éclairé aux actes et aux traitements qui lui sont proposés. De ce fait le médecin a un devoir d'information qui peut mettre en jeu sa responsabilité si tel n'a pas été le cas. Cette information regarde les actes médicaux proposés, leur nécessité ou leur urgence éventuelle, les différents traitements, leurs conséquences directes et celles en cas de refus, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives. C'est un devoir d'information qui est rendu obligatoire par la loi. Or on parle ici de formation à la communication.

Quelle différence faire entre information et communication ? Est-il nécessaire d'outiller les apprenants en outils de communication ? Quelle place donner aux émotions dans un tel enseignement ? De là quel rapport entre l'enseignement et l'apprentissage de ces techniques et une formation à l'éthique ?

La communication est comprise comme un ensemble de techniques favorisant les échanges entre des individus sociaux doués de raison, et elle en est même le moyen. La communication considérée sous l'angle de la matière de l'échange entre des personnes est moralement bonne en soi. Cependant la moralité de l'acte dépendra aussi ici comme toujours de la fin visée par celui qui utilise ces techniques, son intention. Le patient franchit la porte d'un service ou d'un cabinet inquiet. Il souffre, « il manifeste le désir de connaître » comme écrivait Portes (1954), il espère que les symptômes qu'il constate ne relèvent que d'une pathologie bénigne. Il se

pose des questions telles que : le praticien est-il compétent ? Comment va-t-on l'accueillir ? Se sentira-t-il écouté, compris ? Un patient souffrant de troubles psychiatriques, un autre souffrant de rectocolite hémorragique aiguë, un autre encore atteint d'un diabète, tous vivent au quotidien les contraintes physiques, organisationnelles de la maladie, les effets secondaires des traitements, le regard des proches qui ne comprennent pas les efforts quotidiens réalisés pour vivre le plus normalement possible. Une personne migraineuse par exemple est souvent vécue comme un poids, une source de difficultés, une personne qui « psycho somatise », qui n'arrive pas à prendre sur elle. Quand elle vient à la rencontre d'un médecin qui est censé lui permettre d'être soulagée, soignée, elle attend une écoute, une attention, un réconfort. Du côté du médecin aussi la peur existe, celle en premier lieu de passer à côté du bon diagnostic.

Pour favoriser le bien-être psychologique du patient il apparaît qu'on a avantage à doter les étudiants de médecine en outils de communication (restand sauf qu'on ne répond pas ici pour l'instant à la question du rapport entre les enseignements à la communication et à l'éthique). Cela tient à ce qu'une bonne communication entre le praticien et le patient favorise une relation de confiance, source de soulagement pour le malade. Un médecin rencontre des centaines voire des milliers de patients dans sa carrière. La consultation constitue son principal instrument de travail. Pourtant,

« L'apprentissage de la communication médecin-patient demeure souvent le parent pauvre des cursus médicaux. En effet, la plupart du temps, cet apprentissage est effectué : 1) sans qu'il soit fait référence à un modèle étayé par un cadre conceptuel solide ; 2) en dehors d'une approche pédagogique rigoureuse basée sur les résultats de recherche dans les champs de l'éducation et de la communication et : 3) en s'affranchissant, pour les habiletés visées, d'une obligation de résultat, qui soit attestée par une évaluation "sanctionnelle" fiable et valide » (Millette et al., 2004, pp. 111-112).

Ces auteurs présentent les trois fonctions de l'entretien: premièrement, la collecte des données nécessaires ; deuxièmement, le développement de la relation médecin-patient et troisièmement, l'information et la motivation du patient (Millette et al., 2004 ; Bioy et al., 2003).

En toute rigueur il aurait été souhaitable dans ce travail de recherche de convoquer les grands auteurs propres au champ de la communication, par exemple ceux de Weaver et Shannon (1975) ou ceux de Westley et Maclean (1970) et d'analyser les construits théoriques de ces

référentiels. D'autre part il est nécessaire de mesurer si les compétences en communication sont enseignées et apprises correctement et pour cela des instruments fiables sont nécessaires. Il en existe plusieurs tels que la liste de prise de l'historique et de notation de Maastricht composée d'éléments globaux (MAAS-Global), l'échelle d'évaluation des compétences en communication de Liverpool (LIV-MAAS), l'échelle d'évaluation des compétences en communication de Liverpool (LCAS) et le guide Calgary-Cambridge (Simmenroth-Nayda et al., 2014). Nous avons pris le parti de nous appuyer sur l'avis d'experts et d'utiliser la grille de Calgary-Cambridge de Kurtz comme standard définissant une communication efficace.

Prenant appui sur les trois fonctions de l'entretien, Kurtz propose un modèle intégrant la communication à la démarche clinique. Selon Millette, Lussier et Goudreau (2004) :

« Les travaux de Kurtz constituent une excellente source et une base solide pour l'élaboration d'un cursus de formation à la communication médecin-patient et leur guide peut être utilisé comme modèle de référence pour la pratique et l'enseignement de l'entrevue médicale. Les qualités de ce modèle sont, à nos yeux, sa rigueur scientifique, la clarté de sa démarche, sa pertinence clinique et son souci pédagogique ; il intègre, en outre, l'ensemble des éléments d'une approche biopsychosociale de l'entrevue médicale. » (Millette et al., p. 113).

Alors que le processus d'information consiste en une exposition du récepteur par l'émetteur à des données décontextualisées et génériques, la communication est une adaptation en situation au sein de l'interaction, tour à tour entre le locuteur et le récepteur. Si sur le plan technique elle est une somme d'outils assez simples, une communication de bonne qualité est difficile à réaliser en fin de compte en situation, car des éléments émotionnels et des logiques inconscientes sont à l'œuvre à la fois chez le locuteur comme chez le récepteur à chaque instant de l'interaction.

Pour aboutir à une communication de bonne qualité sur le plan technique entre le médecin et le patient, dans laquelle celui-ci a le sentiment d'être écouté et entendu, un savoir-faire est nécessaire. Maîtriser cette technique relève d'une habileté et passe par la manipulation de certains outils, la reformulation des propos du patient, l'usage de questions ouvertes ou la pratique du silence par exemple. Pour s'assurer cette communication de qualité il faut pour le praticien consacrer du temps au début de l'entretien (temps d'écoute active radical) afin d'établir une relation de confiance, qui pourra alors être maintenue à faible coût dans le reste

de l'échange. Grâce aux outils de communication, le patient se sent non seulement écouté (on lui laisse un temps de parole suffisamment long), mais aussi entendu (il se sent compris) ; des conditions favorables ont ainsi été mises en place pour qu'une alliance thérapeutique se développe tout au long de l'accompagnement. Le temps d'écoute active radical en début de l'entretien varie sensiblement en fonction de la situation et de la charge émotionnelle mais il n'est pas non plus un puits sans fond, il n'excède pas plus de deux minutes en moyenne (Langewitz et al., 2002). La suite de l'entretien diagnostique ou bien d'annonce pour ne prendre que ceux-là peuvent se déployer. Le patient qui a ressenti de l'écoute de la part du médecin « est prêt à tout entendre » ou presque. Le praticien peut lui donner les arguments qui militent en faveur de tel ou tel choix thérapeutique qui lui semble le plus adapté, et cette présentation ne sera pas vécue comme une ingérence mais comme une conséquence de la bienveillance que le patient a ressentie dès le début de l'entretien.

Qu'en est-il du rapport entre l'enseignement à la communication et l'enseignement d'éthique ? Nous avons défendu la position qu'en situation l'émotion nourrit l'agir. Notre position de psychologue nous amène à considérer l'enchevêtrement dans cet agir des niveaux de lecture cette même réalité. L'efficacité d'une communication n'est pas antinomique avec son caractère éthique, mais elle ne se confond pas non plus avec elle. Il en va ici de l'intention dirigée vers la fin ultime de l'agir. Cherche-t-on par l'usage d'une technique à manipuler l'autre, même animé par de « bonnes intentions », en le faisant « pour son bien »? Ou bien parvient-on à allier l'autonomie du sujet et la responsabilité médicale de soigner le patient ? Comme le notait déjà Thomas d'Aquin, on peut avoir de bonnes qualités de raisonnement, cela ne fait pas de nous une personne droite. Il distinguait par exemple la vraie prudence de la prudence fautive, dans ce second cas la fin visée étant trop partielle par rapport à « la fin commune de la vie humaine tout entière » (Thomas d'Aquin, Somme de Théologie, IIa-IIae, q. 47, a. 13).

« Thomas prend l'exemple du commerçant. L'homme d'affaires prudent est celui qui prend les moyens adéquats à un commerce satisfaisant. Il est prudent dans cet ordre spécial d'activités. Mais sa prudence n'est pas parfaite. Elle le serait si et seulement si cet homme délibère, juge et commande en vue de la fin bonne de la vie tout entière ». (Dubrulle, 2016, p.51).

La communication et les émotions sans se confondre entretiennent des liens étroits et complexes avec l'éthique. En effet ce qui apparaît contraire à la morale (l'intention serait coupable) peut parfois et même souvent être relié à des blessures psychologiques. Il est en effet difficile de trier ce qui est de l'ordre du volontaire et de l'involontaire d'une part, et ce qui est de l'ordre de la répétition et de l'inconscient d'autre part. De fait ce n'est pas parce qu'objectivement nous constatons un comportement que nous pouvons déterminer s'il est bon ou mauvais. Il est des circonstances par exemple où l'usage de la force est nécessaire, c'est le cas de la légitime défense, où on peut aller jusqu'à ôter à autrui sa vie. On peut de même dégager des éléments qui peuvent venir atténuer la responsabilité qui sont de l'ordre de la psychologie. Les traumatismes vécus dans l'enfance de l'ordre de la violence ou de l'abus, les carences affectives, qu'elles soient le manque de tendresse ou bien de limites, marquent durablement l'attitude et les choix d'une personne. Si on retient la théorie de la présence d'éléments inconscients à l'œuvre dans notre agir, juger d'un acte, de la responsabilité du sujet qui l'a posé, est éminemment difficile. C'est le cas par exemple des accusés qui doivent subir des expertises tant psychiatriques que psychologiques lors d'un procès. Leur capacité de discernement au moment des faits est évaluée par le psychiatre, et le psychologue quant à lui propose des hypothèses pour expliquer l'acte.

Le professionnel n'est pas lui-même toujours capable d'entendre certaines choses, et ne permet pas toujours au sujet examiné de les dire. Ce sont des résistances à l'écoute de la part du clinicien qui peuvent bloquer la parole du patient. Le bon clinicien sait qu'il ne peut pas tout écouter, tout le temps. Et donc, il est important pour le professionnel de santé de bien se connaître. Prenons l'exemple d'une femme battue qui arrive aux urgences. Si ses éléments de vie font retour chez le médecin parce que lui-même a été témoin d'une telle situation dans son enfance et que le souvenir en a été refoulé, il va être très difficile pour lui d'entendre cette patiente sans avoir un flot émotionnel. Inconsciemment, le praticien se défendra peut-être pour surnager psychologiquement en mettant de côté les éléments pénibles que lui rapporte la patiente : il y aura un déni de sa part et il pourrait la renvoyer chez elle sans faire le nécessaire, sans lui proposer de porter plainte et d'engager des mesures de protection. Imaginons que, renvoyée chez elle, elle est tuée par son mari. Une enquête sera ouverte. On découvrira qu'elle était pourtant passée aux urgences, qu'elle présentait des signes extérieurs de violence. Dans cette situation le médecin qui n'a pas su, qui n'a pas pu l'entendre est

responsable vis-à-vis de la loi. Mais, moralement, ne peut-on pas aussi entendre avant de condamner sans nuance son comportement qu'il subissait alors une abolition de sa capacité d'écoute ? Ce sera à son avocat de défendre un état de stress post-traumatique non traité, avec une évaluation psychiatrique et psychologique pour l'étayer. Ainsi doter les apprenants en capacité de communication peut être aussi un moyen pour aller sur le terrain des éléments psychologiques qui impactent potentiellement la clinique. Si ces éléments sont élaborés, cela devient une force pour le thérapeute. Nos histoires, personnelles et professionnelles, si elles ont été revisitées par un travail sur soi vont nous rendre plus capables d'écouter et d'entendre.

Un autre argument peut être avancé pour défendre la place de la communication et son lien avec l'éthique. Si l'émotion est à l'œuvre toujours dans l'échange entre deux individus aux prises avec la maladie, apprendre à communiquer c'est apprendre à écouter le patient. Et qu'est-ce qu'écouter un patient ? C'est être attentif à ses attentes et non pas seulement à ses besoins. On apprend à l'étudiant en médecine habituellement à se saisir de la demande manifeste du patient puis à dérouler un interrogatoire. Or à partir du motif de consultation il convient que l'étudiant puisse garder une ouverture totale pour accueillir, non pas une pathologie, mais une personne. Au-delà de la première demande, il peut y avoir d'autres éléments. Prenons l'exemple d'un patient auquel il s'agit d'annoncer qu'il a été testé positif au VIH. L'annonce peut être faite de façon impersonnelle, ou bien avec une fausse réassurance en prétextant que cela se soigne très bien aujourd'hui. Pourtant, derrière cet événement de vie, le fait d'avoir le SIDA, chez ce sujet qu'y a-t-il ? Des conduites à risque ? Des éléments de l'enfance de cette personne qui sont à l'œuvre ? Une haine de soi ? Alors qu'il a un sentiment de grande fragilité, accompagné d'un épisode que l'on peut qualifier de transparence psychique, c'est-à-dire où la barrière du refoulement est beaucoup moins forte et que fantasmes et affects sont plus accessibles à la conscience (Bydlowski & Golse, 2001), il y a de grandes chances qu'il ait besoin de se confier, de parler. L'expression « transparence psychique » est de Martine Bydlowski (2001). Le phénomène a été décrit en particulier pour les états psychiques de la femme autour de la période de l'accouchement.

Arrêtons-nous justement sur le terme d'« interrogatoire », dont l'usage est quasi-exclusivement français. Il mérite aussi d'être questionné de façon critique au regard des enjeux éthiques dont il est porteur : il renvoie implicitement à l'idée d'un patient suspect, sinon coupable. Il n'est pas rare d'entendre en séance de simulation des étudiants expliquer

benoîtement qu'il est relativement fréquent que les patients mentent, répétant ce qu'ils ont entendu en stage de la part de leurs aînés. D'une part il y a le fait que la parole du patient n'est pas considérée comme fiable car subjective, et qu'il faut donc la confronter à des faits objectifs, comme dans une enquête policière où il faut vérifier les alibis par d'autres constatations. D'autre part s'il n'est pas question de prendre tous les dires des patients au pied de la lettre, sans aucun esprit critique, il faut éradiquer l'idée fort répandue que le patient a des problèmes avant de disposer en lui-même de ressources, qu'il n'est pas fiable et qu'au bout du compte il est un problème dont il faut se débarrasser. Dans le premier cas en employant le terme interrogatoire on est plutôt sur un versant scientifique de recherche de la preuve, dans le second dans une suspicion de tentative de manipulation de la part du patient. Quoiqu'il en soit on est loin d'une communication proprement éthique.

On peut rappeler ici une scène tirée du film Joker (Phillips, 2019, 2h02) qui présente au tout début du long métrage le personnage principal, Arthur Fleck, qui souffre de troubles psychiatriques, et qui est reçu par une travailleuse sociale. Il lui reproche dans l'entretien de ne pas être attentive:

« Vous n'écoutez pas, n'est-ce pas? Je pense vous ne m'avez jamais écouté. Vous posez toujours les mêmes questions, chaque semaine : "Comment ça va au travail?" "Avez-vous des pensées négatives?" Je n'ai que ça, des pensées négatives... Mais vous n'écoutez pas de toute façon. J'ai dit: «Toute ma vie, je n'ai pas su si j'existais vraiment». Mais je fais des choses. Et les gens commencent à le remarquer ... »

Le personnage d'Arthur a face à lui une femme devenue insensible, abandonnée par un système de soin en faillite, ne permettant plus au patient un quelconque étayage. La suite dramatique du film rappelle l'histoire (réelle cette fois-ci) de James Huberty, qui après avoir instamment demandé par téléphone à être reçu dans une clinique psychiatrique et qu'on n'avait pas rappelé, a commis quelques jours plus tard le massacre du McDonald de San Ysidro (Californie) le 18 juillet 1984 tuant 21 personnes et en blessant 19 autres. Il avait attendu désespérément ce coup de téléphone plusieurs heures puis avait déclaré : « la société a eu sa chance ». L'absence d'écoute chez ceux qui soignent est une violence extrême faite à l'encontre de ceux qui souffrent.

Par conséquent, si l'on veut que les étudiants apprennent à se comporter éthiquement avec les patients, à les respecter et donc à les écouter radicalement, il est nécessaire de les doter

d'outils de communication tout en travaillant avec eux à la fois les intentions qui les animent et aussi les mécanismes de défense qu'ils peuvent manifester en situation. Chez les patients comme chez les professionnels de santé les attachements de l'ordre de l'affect sont puissants et les mentaliser ne suffit pas. Et si ces questions ne sont pas travaillées, les règles de déontologie ne seront pas suivies ou bien ne le seront que provisoirement. On l'observe dans le manque de prudence de certains praticiens vis-à-vis de leur patient ou d'enseignants vis-à-vis de certaines de leurs étudiantes.

Dans un lien étroit avec l'éthique, les séances de formation à la communication permettent aux étudiants de faire un travail d'analyse de leurs émotions de développer chez eux leur capacité à pouvoir les repérer, les parler, les partager.

Chapitre 6 : Mécanismes psychologiques dans l'agir éthique des médecins

Nous cherchons maintenant à mieux mettre en lumière la part d'émotions et de sentiment à l'œuvre dans l'entretien médical, dans la prise de décision des praticiens en situation de soin et dans les collectifs de travail au sein des institutions de santé.

6.1. L'arc émotionnel.

Nous proposons de décrire un « arc émotionnel » pour donner un cadre logique aux émotions et aux sentiments qui peuvent être présents dans cette relation de soin. Certains ont déjà été décrits mais nous les abordons maintenant sous un aspect plus psychologique, en lien avec les mécanismes de défense. Aux deux extrêmes opposés on trouve l'indifférence et la contagion émotionnelle. On distingue aussi on l'a déjà dit l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive. Ainsi on peut décrire un arc d'émotions qui partent de l'indifférence à autrui pour rejoindre d'un autre côté l'invasion émotionnelle. L'indifférence à autrui est l'absence de tout intérêt pour l'autre. Ensuite vient l'antipathie qui est un ressenti négatif à l'égard d'autrui, témoin d'une réaction de rejet à son contact. L'empathie cognitive, on l'a dit, est une capacité de la raison à analyser les postures, les mimiques, le ton de la voix, le regard de l'autre ainsi que son discours pour percevoir son état émotionnel. Il s'agit d'un outil de communication utile à qui veut entrer en relation avec l'autre mais qui n'engage pas émotionnellement celui qui en fait usage. On trouve ensuite l'empathie émotionnelle qui est un écho affectif de ce que ressent l'autre intérieurement. De fait l'expression « se mettre à la place de l'autre » prend ici

tout son sens avec à la fois la justesse et l'ambiguïté qu'elle recèle. Il est bien sûr évident qu'il n'est pas possible de prendre la place de l'autre car le « moi » de chacun est incommunicable, cette expérience de l'existence que nous avons et qui est tissée de notre éducation, de notre culture, de nos expériences, est unique. Cependant parce que nous partageons la même humanité et des expériences semblables, nous pouvons ressentir des émotions qui s'apparentent à celles de notre interlocuteur. D'ailleurs si nous avons un événement de vie très semblable, on pense par exemple à un deuil, ou bien la guérison d'un enfant, il nous sera plus facile d'éprouver ces états émotionnels quand nous les rencontrons chez l'autre. Il y a là une réactivation de cette expérience antérieure. La réactivation non traumatique d'un événement antérieur douloureux est cependant possible uniquement si nous avons pu faire un travail d'élaboration psychique, sinon il y a risque de contagion émotionnelle. Dans la logique de ce qui vient d'être dit on comprend que le degré d'empathie d'un professionnel de santé ne sera pas toujours le même. Des pathologies ou des événements de vie feront écho en lui de façon positive ou négative. Une infirmière confrontée en simulation à un patient alcoolique très entreprenant à l'accueil des urgences s'est avérée incapable de poursuivre ses prises en charge. Elle expliqua que cette maladie et ces symptômes lui ôtaient toute capacité de réfléchir, qu'elle était troublée et se trouvait décontenancée. Une femme-médecin devant recevoir un patient simulé qui avait tenté de mettre fin à ses jours expliqua que sa froideur et certaines réactions agressives dans son entretien avec le patient étaient motivées par sa colère vis-à-vis de ce type de geste. « J'ai envie de leur envoyer un coup de pied au c...! » dit-elle agacée. La sympathie se rapproche de l'empathie car la distinction entre soi et autrui est préservée. Mais la sympathie qu'on éprouve pour l'autre a pour origine un élément supplémentaire, c'est quelque chose de possédé en commun. À côté de cet arc émotionnel et en lien avec lui prennent place chez le professionnel de santé, les réactions suscitées par le patient, sentiments, pensées, attitudes. Ce sont les mécanismes de défense. On les rencontre aussi chez les patients.

Quelle est la genèse de ces mécanismes ? Des conflits opposent les équipes médicales aux patients ou leur famille. On remarque même qu'il n'est pas rare que des médecins animés des meilleures intentions, avec une excellente formation biomédicale et dotés d'une solide expérience aient à affronter ces difficultés. De l'animosité, une froideur manifeste, une agressivité teintée de violence traversent certains échanges. Parfois on a l'impression que le

patient ou sa famille ne se rendent aux souhaits du praticien que parce que finalement ils ont baissé les armes. Mais ils n'adhèrent ni au discours du médecin ni ne sont convaincus par ses arguments. Cela laisse entrevoir facilement dans l'avenir des difficultés dans l'accompagnement, dans le suivi du traitement prescrit par exemple ... on estime d'ailleurs qu'au moins 50 % des patients chroniques ne sont pas « observant » à leur traitement (Pomey, 2015) ou pour mieux le dire, que l'adhésion au traitement a fait défaut dans plus de la moitié des cas (le terme observant renvoyant à un cadre de pensée néopaternaliste). Peut-être une des raisons de cet échec est-elle le désir inconscient des patients de reprendre la main sur une mécanique dont ils n'ont pas été considérés comme les principaux acteurs. Paradoxalement si le praticien peut estimer avoir « sauvé » le patient grâce à sa détermination et sa capacité de convaincre, il peut en ressortir au bout du compte insatisfait car l'alliance thérapeutique entre ce patient et lui a fait défaut... « Je ne soigne que des c...s » entend-on parfois... Le risque est qu'au cours du temps ce qui est une ingérence (le mot est fort) dans la vie du patient au prétexte de le soigner ne se renforce que pour exclure pratiquement son point de vue.

Essayons de comprendre ce qui s'est joué pour le médecin dans ses apprentissages à la relation médecin-malade. Dès son premier stage l'étudiant en médecine est traversé par des sentiments négatifs forts : timidité face au patient plus âgé que lui, sentiment d'illégitimité d'être face à un patient en tant que « simple étudiant », inquiétude par rapport à ses connaissances limitées et son inexpérience, sidération devant la mort, etc. À l'hôpital, lieu de formation des étudiants, tout malade peu ou prou est lui-même inquiet, angoissé, traversé par le souvenir de douleurs mal prises en charge, par la peur d'être oublié, par la peur de la mort... Le patient met en place des mécanismes de défense qui sont autant de ces manifestations de son angoisse. Face à cela l'étudiant peut dans un premier temps tenter de prêter une oreille attentive et compatissante. Mais il a l'impression bien vite qu'il est noyé par ces questions psychologiques, mêlées d'éléments à caractère sociaux ou culturels qui lui échappent. Il ne sait pas comment faire avec cette réalité subjective. En miroir des attitudes des patients se développent les mécanismes de défense propres aux professionnels de santé, aux médecins en particulier. Ces mécanismes l'étudiant les voit à l'œuvre chez nombre de médecins seniors et il y a là un curriculum caché, un apprentissage par compagnonnage qui n'est ni prévu ni planifié mais qui se fait insensiblement au long des stages et des années d'études. Ajoutons qu'une autre dynamique est à l'œuvre à côté de cette économie psychique

individuelle, c'est celle du groupe : il y a aussi certains mécanismes à l'œuvre dans ces groupes sociaux, favorisant le conformisme et l'unicité de la pensée.

Nous avons donc ici un étudiant souvent démuni face aux émotions du patient ainsi que face à ses propres émotions et centré sur les symptômes organiques, le diagnostic et le traitement. Dès lors les émotions du patient n'entrent plus dans les éléments à considérer lors de l'examen clinique, voire le discours est qu'il faudrait s'en départir absolument car cela ferait courir le risque pour le praticien d'être entraîné dans une contagion émotionnelle. Le jugement clinique serait alors faussé, le diagnostic procédant idéalement d'une raison la plus froide et la plus objective possible. C'est la fameuse « distance » qui tient le praticien éloigné du patient, ne devant laisser transparaître ni émotions ni affects, ce qui pourrait avoir un effet préjudiciable pour le patient, selon les tenants de cette approche. Cette conduite assumée permet au praticien de se déprendre de ses émotions avec pour corollaire de centrer son intervention sur la « technicité », les aspects biomédicaux. Et de fait des études montrent que la capacité d'empathie s'effrite chez les étudiants en médecine entre la deuxième et la sixième année (Colliver et al., 2010). Cette assertion est cependant en partie réductrice. Ce qui désigné ainsi comme perte d'empathie dans certaines études n'est pas homogène et on trouve selon les travaux des notions comme : perte de la sensibilité éthique, érosion morale, accroissement des attitudes cyniques, etc. Le schéma général est cependant celui-ci : incapable de repérer les émotions qui le traversent, de les nommer et les élaborer puisqu'il ne l'a pas appris et qu'il a même appris à s'en méfier, l'étudiant dans le temps va devenir moins à même de repérer les sentiments chez le patient et son empathie sera émoussée. Parmi les médecins ceux qui sont moins sensibles à la souffrance des patients suscitent en retour les remarques des patients réclamant plus d'humanité. Lors d'un jeu de rôle, un comédien s'était d'ailleurs écrié face à un médecin : « *Mais je ne suis pas un médecin moi, je suis un être humain !* » Nous allons donc maintenant dans un premier temps décrire les principaux mécanismes de défense du patient puis ceux des professionnels de santé, des médecins en particulier.

6.2. Mécanismes de défense des patients.

Les patients confrontés à l'angoisse suscitée par la souffrance, la maladie et la mort se protègent eux aussi psychiquement et de manière en partie inconsciente. On trouve de nombreuses monographies et articles qui traitent du sujet (Rusniewski, 1997 ; Ionescu et al.,

2012). Nous éviterons de longs développements, nous contentant de rappeler les notions. Il nous semble important de présenter les deux séries de phénomènes (mécanismes de défense des patients comme des professionnels de santé) pour appréhender cette intrication émotionnelle dans la relation de soin : c'est une vision systémique ; d'où l'idée d'ailleurs de faire intervenir des patients dans la formation des étudiants de santé au long de leur cursus, patients formés au partenariat avec les professionnels de santé, nous y reviendrons.

Nous avons fait le choix didactique (parce que c'est ainsi que nous les enseignons) de présenter les mécanismes de défense du patient en suivant une dynamique spécifique, celle du deuil, deuil de la bonne santé suivant le modèle de Kübler-Ross (1989). Ces mécanismes sont autant de résistances au processus de changement, changement qui consiste à passer du statut d'individu en bonne santé à celui de personne malade. Pour rappel les étapes du deuil suivant Kübler-Ross sont après le choc, le déni ou la dénégation ; puis le combat ou la révolte ; vient ensuite le marchandage suivi de la dépression et enfin l'acceptation. Cela fait donc six étapes. Il est à noter que ces étapes peuvent coexister ou faire l'objet d'une reprise au cours du processus. Cette grille de lecture du passage de l'état de bonne santé à celui de la maladie comme d'un deuil doit être proposée de manière critique comme d'autres métaphores utilisées dans le soin. En effet nous pensons inapproprié d'avoir recours systématiquement à des expressions comme « *lutter contre la maladie* », « *vaincre le cancer* » etc. qui sont des métaphores guerrières qui peuvent relever du combat comme mécanisme de défense. Si le champ du deuil est lui aussi utilisé sur un mode d'injonction (« *Il faut faire son deuil !* ») on renvoie là aussi le patient à une norme de comportement. Au contraire, en reprenant à notre compte le champ du deuil, l'enjeu est bien de témoigner d'un processus d'appropriation de la maladie par le patient.

La première étape de deuil est donc le choc. Il suit l'annonce. C'est un coup de massue qui laisse l'individu abasourdi. Cette réaction permet l'autoprotection contre l'envahissement du sentiment de perte soudaine. La personne se fige et s'interroge : « Pourquoi cela m'arrive à moi ? » Le corps et l'intériorité restent crispés. L'énergie intérieure est coupée. La personne ressent le besoin de répéter souvent les détails de la maladie ou de ce qui vient de lui arriver de tragique. La deuxième étape est celle du déni. Plusieurs mécanismes de défense peuvent y être progressivement associés tels que la dénégation, la rationalisation ou le déplacement.

Dans le déni, le malade nie totalement la réalité, celle-ci est à proprement parler impensable et le patient s'accroche au climat de confiance instauré éventuellement par le médecin. Dans la dénégation le malade conteste et récuse l'annonce faite par le médecin. Il peut seulement accepter une partie de la vérité et rejette tout ce qui est encore intolérable ou trop douloureux. Il sait, mais ne veut rien en savoir. Le patient est capable d'un discours construit sur sa pathologie, il a intégré le discours des professionnels de santé, il connaît les échéances auxquelles il va être confronté mais tous ses propos sont comme détachés de la situation, il ne semble pas être affecté, c'est comme s'il parlait d'une autre personne. En fait il se réalise en lui un clivage entre la sphère cognitive et la sphère émotionnelle, empêchant la circulation des affects pour anesthésier l'effet traumatique de la situation.

Par des rationalisations le patient tient un discours rationnel très construit cette fois-ci sur sa pathologie mais là encore aucun affect n'y est associé. Le malade reconnaît la gravité de son état ou de la situation, mais l'intellectualise. L'angoisse ainsi neutralisée permet de séparer la réalité de tout support affectif et de parler apparemment avec détachement. Ici aussi ce clivage inconscient entre la pensée et l'affect permet d'évoquer les enjeux de la maladie ou de la situation avec une surprenante impassibilité. Mais ce qui est en jeu ici c'est la recherche massive d'informations de la part du patient concernant sa maladie, le besoin permanent de comprendre intellectuellement les causes du mal et les effets du traitement. Le malade cherche à faire le tour de sa maladie ou son handicap pour trouver une justification qui lui permettrait de la contrôler. Il s'applique à connaître tous les symptômes, multiplie les consultations et s'informe longuement sur Internet. Cette fuite en avant dans la pensée permet d'occuper l'esprit et là encore de mettre de côté les sentiments. Par le déplacement le malade déplace à proprement parler l'émotion et la souffrance sur un autre problème lié à la maladie ou la situation. La substitution peut se faire soit sur une partie non terrifiante de la maladie (la perte des cheveux par exemple, soit sur une tout autre réalité plus distante comme l'organisation familiale, l'avenir des enfants...).

La phase suivante de deuil est celle du combat ou bien de la révolte. Tentant de contrôler, de maîtriser cette réalité qui lui échappe, le patient se jette dans l'agir pour éviter d'une certaine façon de penser et de ressentir. Par sa combativité le patient refuse de se soumettre à la maladie. Il cherche à rester maître de la situation. Ce mécanisme de défense est toujours très bien vécu par l'entourage familial et professionnel : le malade fait preuve de dynamisme et de

vitalité active... Dans le même registre, il peut tenter de maîtriser l'irrationnel par l'humour et la dérision. Le mécanisme de projection agressive est aussi une recherche de contrôle sur la situation. La réalité a été intégrée mais le malade assure sa protection par un mode de revendication agressive rendant souvent l'entourage professionnel de santé responsable. Le médecin devient la cible privilégiée de l'agressivité, il est tenu pour incompetent. Cela provoque souvent une réaction symétrique en retour.

Dans l'étape suivante de deuil, le marchandage, l'individu ou sa famille cherche là encore inconsciemment à maîtriser leur angoisse en imaginant des rituels, des solutions potentiellement magiques. Tel patient en phase terminale de cancer qui demande à débiter un sevrage tabagique, tel autre qui met en place un régime strict à base de produits « bio »... c'est ici que s'inscrit une série de croyances et de pratiques religieuses qui sont autant de prêt à penser et de rituels magiques par lesquels l'individu achète un bénéfice au destin, à la divinité... On range aussi ici les rites obsessionnels. La question se joue toujours autour du contrôle. La vigilance extrême du patient s'exprime sous forme d'idées fixes. Les prescriptions sont scrupuleusement respectées, les médicaments vérifiés et tous les actes médicaux interrogés. Le patient est souvent vécu comme tyrannique par les équipes soignantes.

Paradoxalement, à la phase suivante, l'émergence de la dépression est de bon aloi. C'est le témoignage que le sujet fait face désormais à la réalité. Les symptômes sont connus : tristesse, larmes, retrait social, fatigue majeure, problèmes autour de l'alimentation, insomnie, inversion du rythme nuit-jour, idées noires, tentative de suicide... Pour éviter cette « descente aux enfers » mélancolique un soutien psychologique est nécessaire avec souvent le besoin de faire appel à une aide médicamenteuse qui accompagnera heureusement le processus d'élaboration psychique chez le patient. Cette phase peut se doubler de régression. Le malade s'immerge dans la maladie ou la situation, jusqu'à ne plus exister que par elle. Le mouvement régressif est souvent temporaire et se caractérise par l'abandon de toute initiative, d'autonomie voire de volonté. Le malade veut se laisser prendre en charge jusqu'à adopter des comportements infantiles, assimilant symboliquement le médecin à la figure du père, et l'infirmier ou l'infirmière à celle de la mère. Ce mécanisme revêt une fonction consolatrice contre la peur. Mais cette attitude est souvent difficile à supporter pour les proches et les professionnels de santé. Elle entraîne le rejet, l'exaspération voire même l'abandon.

Enfin la dernière étape de deuil est celle de « l'acceptation » (le terme est inapproprié), qui n'est pas résignation mais capacité à réinvestir la réalité, à éprouver du plaisir malgré la maladie et le déclin du corps. Notre réalité sera fondamentalement différente, mais des sources de joie, des rencontres insoupçonnées peuvent se faire jour et donner à notre vie un sens renouvelé. On peut y associer l'expérience spirituelle cette fois-ci, faite d'ouverture, d'écoute et d'intériorité.

6.3. Mécanismes de défense des professionnels de santé.

Les professionnels, les médecins en particulier, eux aussi confrontés à l'angoisse suscitée par la souffrance, la maladie et la mort se protègent de manière inconsciente. Nous présentons maintenant ces mécanismes de défense des professionnels de santé, des médecins plus directement, ceux-ci ayant en particulier la lourde tâche de l'annonce du diagnostic aux patients. Le plus manifeste de ces mécanismes est le mensonge. En repoussant le temps de la vérité encombrante, cela autorise le médecin ou l'infirmière à surseoir à son angoisse. Le mensonge annihile par essence tout dialogue, interdit le questionnement et prohibe la réplique. Or différer la vérité, c'est différer l'apparition d'une nécessaire angoisse. Le mensonge n'autorise pas le patient à se protéger en édifiant ses propres mécanismes de défense et à franchir les étapes du deuil de la bonne santé que nous venons de décrire. A l'inverse, par la fuite en avant dans l'annonce du diagnostic certains médecins veulent s'affranchir de leur angoisse et se délivrer de leur savoir, se déchargeant d'une brûlante vérité. Elle amène le médecin à tout dire tout de suite, ce qui décuple son angoisse car il ne dispose plus d'aucune marge de manœuvre. Alors que le malade n'aspire qu'au partage de la souffrance, le médecin a provoqué l'effet contraire, engendrant par son attitude la rupture définitive, créant ainsi le vide et la béance. L'angoisse de mort du malade est projetée sur le médecin. Le malade ne réussit plus alors à envisager ce temps à vivre car il est privé de cette lueur d'espoir nécessaire pour contrecarrer l'angoisse, pour vouloir se battre encore, y croire et continuer à espérer malgré tout. Troisième mécanisme, celui de la rationalisation. La rationalisation est un énoncé froid et austère, restituant une maladie impénétrable et obscure qui va rendre le patient étranger à son propre corps et décuple l'angoisse. Le professionnel de santé ne peut abandonner le registre technique pour s'engager dans le domaine émotionnel du patient. En restant dans sa zone de confort il ne se met pas en danger, se dégageant là aussi de

ce que vit intérieurement le patient. La répétition de ce type d'annonce, de ces entretiens où tout affect est laissé à la porte, enfonce peu à peu le médecin dans une indifférence vis-à-vis de ses patients, réduisant la médecine à des actes, les maladies à des problèmes, les patients à des cas, leur histoire à des dossiers. Ce tournant mécaniciste de la pratique de la médecine peut aussi signer chez un praticien les symptômes d'un burn-out qui de fait est issu en grande part de cette relation sans affect mise en place très tôt. Comme le notent des auteurs ayant fait une revue systématique sur les causes du *burn-out* à partir des articles parus dans la base de données *pub Med* de 1975 à 2010 :

« Les rencontres thérapeutiques suscitent des mouvements émotionnels. Le médecin doit être empathique pour se mettre à la place de son patient, comprendre sa problématique et évaluer le traitement à administrer. [...] Bien qu'ayant une fonction primitive adaptative, les affects sont souvent conçus comme désorganisateur du comportement. Il est donc important pour le soignant de trouver la bonne distance psychique à laquelle se placer lors de la rencontre avec les problématiques des patients » (Dagrada et al., 2011, p. 409).

Autre mécanisme, la fausse réassurance. Par la fausse réassurance le médecin va optimiser les résultats et entretenir chez son patient une sorte d'espoir, simulé et artificiel. La mise en lumière de ce phénomène de défense montre qu'il y a un toujours une divergence entre d'un côté, les intentions du médecin et ce qu'il pense mettre en œuvre (information loyale, écoute du patient, etc.) et d'un autre côté ce qu'il réalise et qui est perçu par le patient. Le mécanisme de défense est la manifestation de l'angoisse inconsciente, du retour d'éléments refoulés, ici possiblement l'angoisse très légitime du praticien face à la maladie et la mort du patient, mais aussi son erreur possible. Autre protection, la banalisation : par la banalisation le professionnel de santé est certes dans la reconnaissance d'une certaine vérité mais celle-ci, partielle et tronquée, se focalise sur une seule partie du sujet en souffrance. Le professionnel de santé s'enferme dans un registre essentiellement concret, convaincu que cette sollicitude axée sur les besoins vitaux s'avérera suffisamment aidante pour le patient. Or c'est méconnaître tout ce qui peut être vécu par le malade au-delà de la douleur et de la plainte. Le patient souhaite que l'on sache que son être, engagé dans la tourmente, engage beaucoup plus que son corps ; il souhaite être reconnu comme un sujet désirant, en quête d'une relation authentique. Une autre composante de cette attitude peut être mise sur le compte de l'affichage d'une assurance feinte. Parmi ces mécanismes il faut aussi y ajouter l'évitement et

l'esquive. Par l'évitement les professionnels de santé se protègent en mettant en place un mécanisme qui peut être assimilé à un comportement de fuite. Réduit à des informations indirectes et techniques, la relation avec le patient se trouve privée de toute communication que le médecin estime ne pas être de son ressort. Tandis que le patient lance des perches sur ses inquiétudes et ses angoisses, le médecin en face n'en saisit jamais aucune et fait comme s'il n'entendait pas. La dérision, autre mécanisme, participe aussi à la non reconnaissance de la souffrance. Enfin parlons de l'identification projective. Elle rejoint le développement que nous avons fait sur l'invasion émotionnelle, elle en est la cause même. Par le mécanisme de l'identification projective le professionnel de santé tente de dissoudre intégralement ses distances avec le patient par une prise en charge active et globale de la souffrance du malade. En attribuant à l'autre certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même, le professionnel se substitue au malade et transfère sur lui certains aspects de sa personnalité, lui prêtant pour toute conduite à tenir face aux situations de crise ses propres sentiments et ses réactions, ses propres pensées et ses émotions. En se mettant à la place du patient sans y être jamais, il fait ainsi taire son angoisse pour se réfugier dans le registre des certitudes. S'étant immergé dans la souffrance du malade il peut mieux s'en affranchir et l'annuler. Or il est illusoire de croire que l'on puisse se mettre à la place de l'autre car on n'est jamais l'autre.

Ces mécanismes de défense sont des plis de comportement, des habitudes relationnelles, ils traduisent l'inquiétude du sujet voire son angoisse. Ils sont le fruit normal du psychisme de l'être humain confronté à la souffrance, la maladie, la mort... Ils se mettent donc très tôt en place chez les étudiants, dès les premiers contacts avec les patients comme on l'a dit, pour évacuer l'inquiétude suscitée très naturellement par la maladie, la mort mais aussi la différence d'âge entre les patients et l'étudiant, auquel il faut rajouter leur inexpérience et leur peur de mal faire. Si ces mécanismes sont essentiellement inconscients, ils peuvent cependant faire l'objet d'une formation théorique au travers de cours magistraux mais aussi être joués lors de séances de simulation dès les premières années d'études de médecine.

Nous proposons un résumé dans le schéma ci-dessous des mouvements psychiques des professionnels confrontés à la souffrance, la maladie et la mort. Deux axes caractérisent fondamentalement leur travail, un axe technique et un axe relationnel. En bleu nous avons ce qui participe à la construction d'une relation de qualité entre ces professionnels et leurs

patients. Le terme « amour » a été choisi pour exprimer une attitude interne de bienveillance en toutes circonstances entre le patient et son entourage (famille, l'équipe soignante), et ce jusqu'au bout. En vert ce qui pollue la relation, empêche la rencontre, détruit la confiance du patient vis-à-vis du professionnel.

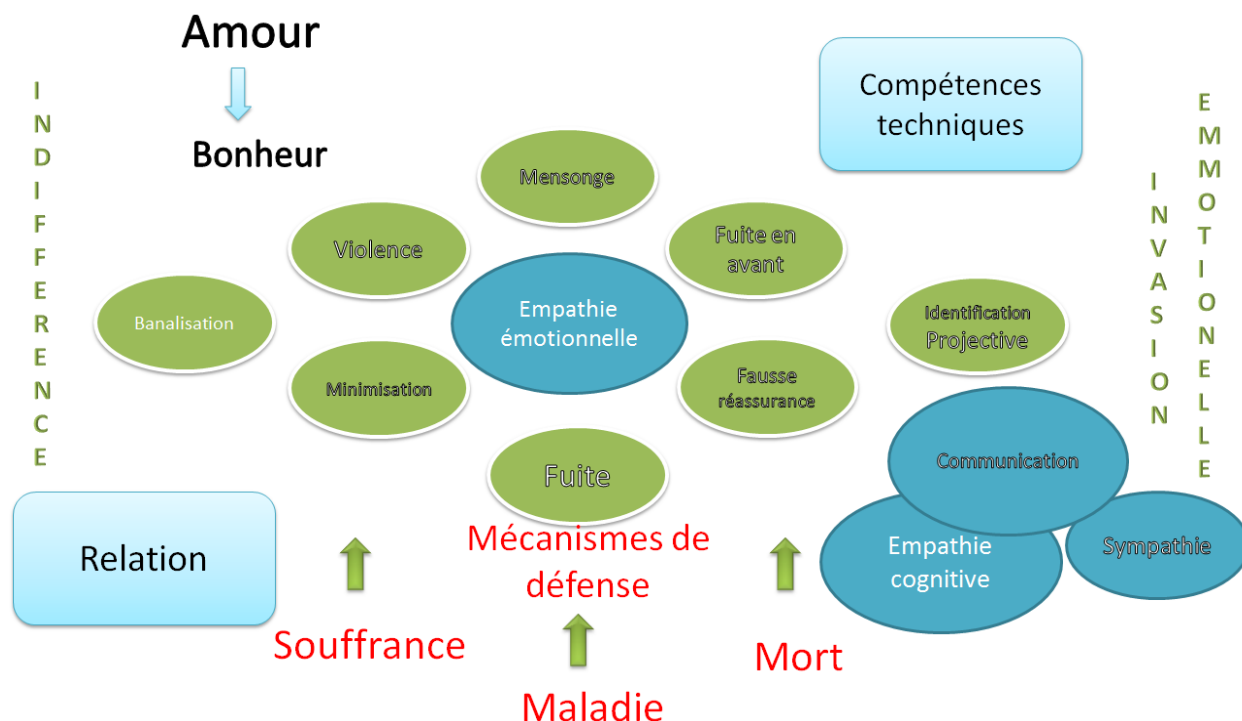


Figure 2 : L'arc émotionnel et les mécanismes de défense.

6.4. Mimétisme social.

Après avoir présenté ces mécanismes propres à chaque individu, abordons la dimension groupale et psychologique de l'agir. L'être humain est à la fois un individu, en tant que personne libre, capable de s'autodéterminer et un être social, répondant à des lois du groupe. Les dynamiques des groupes humains dépassent les choix individuels, ou du moins elles exercent une influence non négligeable sur les sujets ; : cela passe par des émotions vécues personnellement au sein du groupe de façon subconsciente, c'est-à-dire non mentalisées, et qui influencent directement le comportement. La psychologie sociale étudie ces phénomènes d'adaptation qu'elle range sous la catégorie de l'influence (Fischer, 2015), les individus procédant par mimétisme social. Les étudiants en médecine n'échappent pas à ces règles.

Nous en présenterons succinctement quatre, fondamentales, classiques : le conformisme, la soumission à l'autorité, la pensée de groupe et l'effet de polarisation.

Abordons en premier lieu le conformisme. En 1950 sur le campus de l'Université d'Harvard, le professeur de psychologie Solomon Asch (1951) invite des groupes d'étudiants (entre 7 et 9 par séance) de 17 à 25 ans à participer à un prétendu test de vision auquel avaient auparavant été soumis des sujets témoins qui n'avaient eu aucun mal à donner toujours la bonne réponse. Tous les participants sont complices de l'expérimentateur, sauf un, le sujet « naïf ». L'expérience a pour objet d'observer comment cet étudiant va réagir au comportement des autres. Au début tous les complices donnent la bonne réponse, mais lors du troisième essai, ils donnent unanimement la même fausse réponse, le sujet « naïf » étant l'avant-dernier à répondre. Plus d'un tiers de ces étudiants (36,8 %) au fur et à mesure de l'expérience ont fini par se conformer aux mauvaises réponses, remettant en cause ou niant l'évidence la plus élémentaire. Après l'annonce des résultats, le sujet attribuait généralement sa piètre performance à sa « mauvaise vue »... Ash distingue dans son étude deux types d'erreurs. Certains individus doutent au fur et à mesure de l'expérimentation de leur propre jugement, c'est ce qu'il appelle une conformité normative (on est là dans un processus cognitif). Dans les vidéos conservées on voit le regard du sujet inquiet et perdu. D'autres au contraire sont persuadés que les autres ont faux mais ils n'arrivent pas à tenir face à l'unanimité du groupe. C'est la conformité d'information. Là le sujet apparaît se fermer, fronçant les sourcils, s'enfonçant dans un choix moral qui le perturbe (on est ici dans un choix moral). Quand Ash introduit un complice qui donne la bonne réponse, le taux de mauvaises réponses chez le sujet naïf tombe à 5 %. Et les vidéos le montrent se penchant pour chercher du regard celui qui a la même opinion que lui au sein du groupe, s'étayant ainsi psychiquement sur cet allié pour s'opposer au reste du groupe. On peut poser l'hypothèse que de tels comportements démontrent à la fois comment l'être humain au cours de l'évolution a appris pour survivre à faire corps avec le reste de ses congénères et aussi que ce n'est pas tant le nombre mais l'unanimité qui constitue la force d'influence d'un groupe sur un individu. À cela s'ajoute l'effet d'engagement qui fait que lorsqu'on a accepté publiquement une fois une situation contraire à nos valeurs, il est difficile sur le plan psychique de revenir en arrière. L'étudiant de médecine qui assiste à la visite du matin et qui constate que le chef de service ne regarde pas le patient, ne lui dit pas bonjour, ne frappe pas à la porte sera choqué au début mais face à

l'indifférence des autres étudiants (qui se font cependant en eux-mêmes peut-être les mêmes réflexions), pourra peu à peu émousser son sens critique et se conformera à la pratique générale, en venant insensiblement à ne plus s'apercevoir de la violence exercée sur le patient. Il faut du courage et des convictions bien chevillées au corps pour ne pas se laisser entraîner dans le sens du courant...

Autre phénomène de groupe influençant directement le sujet, c'est la soumission à l'autorité. En 1963, à l'Université de Yale, Stanley Milgram organise une des premières expériences de psychologie sociale sur le concept de soumission à l'autorité (Milgram, 2012). Tout commence par une petite annonce publiée par voie de presse : « Laboratoire de l'Université de Yale recherche volontaires pour participer à une expérience sur la mémoire. Rémunération quatre dollars de l'heure ». Parmi les volontaires présents se mêlent des comédiens et il est procédé à un faux tirage au sort. La pseudo expérience est simple : ces volontaires vont devoir prendre le rôle d'enseignant et permettre aux scientifiques d'évaluer les effets de la punition sur l'apprentissage et la mémoire. Un homme en blouse blanche assiste en permanence à l'expérience dans le dos de « l'enseignant ». « L'élève » (le comédien) doit (prétendument) mémoriser par simple lecture une liste de cinquante paires de mots du genre : « Le ciel gris », « Le chien jaune », « Le chat vert » etc. En cas d'erreur lors de la restitution, l'enseignant doit administrer à l'élève une punition sous la forme d'une décharge électrique qui augmente avec le nombre d'erreurs... Des petits panneaux sont inscrits au-dessus des séries de curseurs : « choc léger », « choc moyen », « choc violent », « choc extrêmement violent », « choc dangereux », « choc très dangereux », « mort ! » En fait le but réel de l'expérimentation est d'étudier la soumission à l'autorité et non les effets de la punition sur la mémoire. Il s'agit de savoir jusqu'où celui qui tient le rôle de l'enseignant va accepter de torturer un inconnu sous prétexte qu'une autorité scientifique lui en donne l'ordre. L'individu doit faire un choix : désobéir à l'autorité ou continuer la séance. Or sur 40 personnes testées de tout niveau social confondu, 67 % des sujets ont été jusqu'à délivrer des chocs électriques entraînant la mort de l'élève. Le reste a abandonné l'expérience vers 300 volts quand l'élève simulait le coma. Aucun d'eux n'a abandonné quand l'élève hurlait de douleur.

Milgram rapporte:

« J'observai un homme d'affaires équilibré et sûr de lui entrer dans le laboratoire le sourire aux lèvres. En l'espace de 20 minutes, il était réduit à

l'état de loque parcourue de tics, au bord de la crise de nerfs. Il tirait sans cesse sur le lobe de ses oreilles et se tordait les mains. À un moment il posa sa tête sur son poing et murmura : "Oh mon Dieu, qu'on arrête !" Et pourtant il continua à exécuter toutes les instructions de l'expérience et obéit jusqu'à la fin » (Guéguen, 2014, p. 5).

Trois semaines plus tard, quand les « enseignants » ont été convoqués pour s'expliquer sur leur comportement, ils ont tous rejeté la faute sur l'autorité scientifique. Ils n'avaient fait que suivre ce qu'il leur avait demandé et n'avaient rien à se reprocher. On imagine facilement que si des personnes lambda, pour qui cette situation ne représentait aucun enjeu ont pu avoir de tels comportements, pour l'étudiant en médecine plongé dans un monde scientifique et pyramidal, sanctionné en permanence par des examens difficiles, devant passer des concours extrêmement sélectifs, la soumission à l'autorité, l'obéissance à la parole du chef sont de mise au quotidien. Le caractère quasi exclusivement « scientifique » des connaissances acquises dans un contexte de course effrénée à la publication, la nécessité de mémoriser une somme colossale de connaissances et donc la faible part laissée à la réflexion critique, tous ces éléments viennent renforcer ce conditionnement risquant de laisser une part modeste à l'esprit critique. On peut rapprocher l'expérience de Milgram, réalisée dans le contexte de l'après-guerre, des considérations d'Anna Arendt sur la banalité du mal développées dans son ouvrage *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal* (2002). Arendt s'interroge sur l'abrasement du sens moral chez l'individu et la servilité crasse qu'a démontré Eichmann en organisant minutieusement l'assassinat de millions d'individus. La matrice de cette banalisation du mal est la traduction des enjeux humains et éthiques en procédures bureaucratiques ordinaires telles qu'un équilibre du budget ou le calcul précis des moyens adéquats. Sur le plan groupal, collectif et sociétal, la prééminence aujourd'hui d'une logique économique peut-être la tranquille justification à l'organisation déshumanisante du soin et de la santé.

Un troisième phénomène mis en lumière par des observations et des expérimentations de psychologie sociale et qui intéresse notre sujet, la place des émotions dans le jugement éthique en médecine, est celui de la pensée de groupe. Développée par Irving Janis (1972) cette théorie définit la pensée de groupe comme une élaboration mentale que les individus manifestent lorsqu'ils sont profondément engagés dans un groupe uni et que le désir

d'unanimité des membres dépasse leur capacité à envisager raisonnablement des solutions alternatives. Il dégage huit symptômes de la pensée de groupe :

- La rationalisation : le groupe d'autant plus soudé qu'il justifie ses actions par tout un appareillage idéologique.
- La croyance en la supériorité morale du groupe : lorsque le discours affirme la moralité du comportement prôné par le groupe, les membres ont tendance à ignorer leur propre immoralité.
- La pression de la conformité : une forte pression est exercée sur les individus pour qu'ils s'alignent sur le discours commun sinon ils sont écartés des débats, sanctionnés ou expulsés.
- L'illusion de l'invulnérabilité : lorsque les membres du groupe se croient intouchables, ils ont tendance à réprimer toute dissidence.
- La transformation de l'opposant en stéréotype : les affirmations qui contredisent les convictions du groupe sont au mieux ignorées au pire caricaturées et violemment stigmatisées.
- L'autocensure : les membres du groupe préfèrent garder leurs opinions divergentes pour eux plutôt que de « désertter le navire ».
- L'illusion de l'unanimité : les dissensions internes sont cachées au groupe. Ainsi, elles semblent inexistantes.
- Les gardiens de la pensée : certains membres du groupe s'engagent activement à protéger le groupe de toute dissidence ou information contraire.

Cette organisation perverse est dans la continuité des deux premiers phénomènes. Peu à peu dans un environnement où prévaut une autorité sans contre-pouvoir et où l'individu est soumis à la pression du groupe, une structure totalitaire se met en place s'autoalimentant par la soumission de ses membres. Cette dynamique ne peut être enrayée que lorsque les déviances, les excès, les crimes possiblement viennent révéler au grand jour ce que beaucoup connaissaient et pourtant taisaient. Et encore c'est parce que des lanceurs d'alerte se dressent contre cette mécanique, prenant le risque d'être longtemps ostracisés voire détruits socialement. Le corps médical n'échappe pas à ces logiques et des scandales récents montrent que des conflits d'intérêts existent au sein des établissements hospitaliers. Interrogeant Irène

Frachon qui a mis à elle seule sur la place publique les effets du benfluorex dans l'affaire dite du Mediator (Frachon, 2010) médicament responsable de milliers de cas de valvulopathies, nous lui demandions d'où elle avait tiré cette force pour affronter les intimidations et les accusations dont elle avait été l'objet. Elle garda un peu le silence et nous dit qu'elle n'avait pas forcément réfléchi à cette question. Mais que de toute évidence, le vieux fond protestant de sa famille, ce refus de se laisser imposer une pensée, avait joué un grand rôle.

Nous retenons enfin un dernier mécanisme d'influence social parmi les outils d'analyse de nos données, c'est l'effet de polarisation. Le terme de « polarisation de groupe » rend compte du fait que la plupart du temps, après discussion, les personnes s'accordent sur des positions plus extrêmes que la moyenne des positions avant la discussion. Ce phénomène peut conduire des individus à prendre plus de risques après une réunion en groupe que ce que chacun était prêt à prendre initialement. Ce qui joue est la crainte de la dissonance cognitive évoquée lors de l'expérience de Asch. Un individu seul cherche au sein d'un groupe à se faire accepter. Cet effet de polarisation est accentué si le groupe comprend une autorité qui va valider l'opinion soutenue. Le principe de soumission à l'autorité joue ici de nouveau. Cass Sunstein a mis en lumière que les outils de communication, Internet en particulier, contrairement aux idées reçues, amènent une majorité d'individus à durcir leurs positions (Sunstein, 2012). La plupart des gens qui lisent un quotidien préfèrent acheter celui qui est le plus proche de leurs opinions et en période électorale ceux qui lisent des livres achètent de préférence des livres en phase avec leurs convictions. Sur Internet la majorité des utilisateurs va rechercher les blogs et les sites qui tendent à renforcer leurs idées, délaissant les autres. Internet renforce ainsi la compartimentation des groupes d'opinion. On l'a déjà évoqué, la totalité des étudiants en médecine sont formés au sein de facultés de médecine associées à des CHU où ils effectuent leurs stages. Ils ont comme seul modèle durant toutes ces années des services très spécialisés, centrés sur des pathologies graves et rares. La formation quasi exclusivement hospitalière des étudiants en médecine porte sur une partie très réduite des problèmes de santé de la population. Dans un milieu aussi clos une pensée assez homogène et standardisée peut facilement se mettre en place, abordant la personne malade dans une perspective quasi exclusivement statistique et organique. Dès lors la place réservée aux aptitudes relationnelles tant dans la sélection, la formation et l'évaluation des étudiants peut rester faible.

Nous avons présenté deux types de phénomènes susceptibles d'influer le jugement des étudiants et partants les professionnels de santé dans l'exercice de leur activité, plus directement dans la relation avec le patient et sa famille, les mécanismes de défense individuels et le mimétisme social. Dans cette perspective la notion de récit de vie est éclairante pour permettre de relier un événement de vie qui peut être objectivé, et objectivé médicalement, et la subjectivité qui l'entoure et le traverse. Il est important de mettre en lumière l'intérêt d'un travail de parole et même d'écriture susceptible de développer une acuité, une sensibilité à ces mouvements internes, fugaces parfois mais très ancrés dans le psychisme de chacun et déterminants dans l'agir. Présentons maintenant la médecine narrative comme dispositif pédagogique permettant d'apprendre à entrer en relation avec ses propres émotions dans le soin. On verra ainsi son intérêt à l'associer à la simulation.

Chapitre 7 : La médecine narrative

L'identité narrative du médecin se construit à travers son récit de vie. Pour commencer et en ayant recours une nouvelle fois aux recherches sur l'activité du cerveau, il apparaît que faire des récits, relier dans une forme de continuité des événements qui se succèdent au cours du temps, y déceler un certain ordre en fonction d'un sens, d'une intention, tout cela appartient en propre à l'espèce humaine. Bien sûr nous ne pouvons ignorer que la pensée elle-même de Damasio, qui a théorisé cette approche du côté des neurosciences, n'est pas exempte de préconceptions philosophiques et culturelles. Nous nous appuyons cependant sur ses interprétations :

« Les processus conscients sont chargés de permettre à l'organisme individuel de faire face à des évolutions imprévues dans son environnement, de sorte que les conditions fondamentales de la survie continuent d'être remplies. En s'appuyant sur le corps biologique, l'esprit tire son origine du fonctionnement narratif du cerveau, qui établit des comptes-rendus des relations entre l'organisme et les objets (les objets traités par l'organisme fonctionnant à l'intérieur de celui-ci comme des inducteurs émotionnels de conscience, l'esprit quant à lui correspondant à l'animation vive et synthétique des relations du corps à l'objet). Ainsi, raconter des histoires semble une caractéristique inconsciente et naturelle du cerveau, qui replace alors l'organisme et les objets de conscience dans un contexte personnel et subjectif, le ressenti intime du sentiment même de soi, en fonction du marquage somatique émotionnel passé (génétique et acquis), mais aussi,

c'est un point important, en fonction des perspectives d'avenir »
(Grandguillaume & Piroux, 1999, p. 3)

Le tissage mental réalisé par ce que Damasio nomme le cerveau, que nous aurions plutôt tendance à appeler l'esprit, permet dans une perspective physiologique et évolutionniste de rendre compte du processus courant entre l'appréhension de l'environnement par les sens jusqu'à l'élaboration d'une carte mentale, au sens originel, de cet environnement par le sujet. La médecine narrative par la construction de récits de vie, de « romans autobiographiques » nous semble procéder, de façon lointaine, de cette logique cognitivo-constructiviste présente chez l'être humain. La médecine narrative elle-même est un dispositif de formation utilisé désormais dans plusieurs facultés de médecine en France, en particulier à Paris Descartes. Issu de la notion d'identité narrative de Paul Ricœur (1985) et présentant des similitudes avec les groupes Balint (qui réunissent des médecins volontaires se retrouvant pour parler de leurs ressentis et de leur vécu dans l'exercice de leur profession), c'est un dispositif d'enseignement et d'apprentissage de la relation au patient qui est complémentaire selon nous avec la simulation. Sa présentation nous permettra d'approfondir cette dimension subjective qui au cœur de l'éthique du soin portée l'enseignement et l'apprentissage des vertus médicales.

La matrice de la médecine narrative est le concept d'identité narrative développé par Paul Ricœur dans son travail sur la question de l'identité. Il pose en effet la question : qui est « Je » ? et de la permanence dans le temps du sujet.

« Dire l'identité d'un individu ou d'une communauté, c'est répondre à la question : qui a fait telle action ? Qui en est l'agent, l'auteur ? Il est d'abord répondu à cette question en nommant quelqu'un, c'est-à-dire en le désignant par un nom propre. Mais quel est le support de la permanence du nom propre ? Qu'est-ce qui justifie qu'on tienne le sujet de l'action, ainsi désigné par son nom, pour le même tout au long d'une vie qui s'étire de la naissance à la mort ? La réponse ne peut être que narrative.

Répondre à la question « qui ? » [...], c'est raconter l'histoire d'une vie. L'histoire racontée dit le qui de l'action. L'identité du qui n'est donc elle-même qu'une identité narrative. Sans le secours de la narration, le problème de l'identité personnelle est en effet voué à une antinomie sans solution : ou bien l'on pose un sujet identique à lui-même dans la diversité de ses états, ou bien l'on tient, à la suite de Hume et de Nietzsche, que ce sujet identique n'est qu'une illusion substantialiste, dont l'élimination ne laisse apparaître qu'un pur divers de cognitions, d'émotions, de volitions.

Le dilemme disparaît si, à l'identité comprise au sens d'un même (*idem*), on substitue l'identité comprise au sens d'un soi-même (*ipse*) » (Ricoeur, 1985, p. 355)

Pour Ricoeur, à la suite de l'Être comme être-dans-le-temps de Heidegger (Heidegger, 1964) c'est en se racontant que l'identité se construit (Ricoeur, 1990). Face à la démarche analytique qui pose les questions *pourquoi ?* ou *quoi ?* (À quoi répond la catégorie de la *mêmeté* chez Ricoeur, *l'idem*) il s'agit de se dire *qui ?* c'est à dire faire droit à l'ipséité, à « l'identité propre », ce qui fait qu'une personne est unique et absolument distincte d'une autre. L'identité humaine est un équilibre entre ce qui demeure identique et ce qui persiste quand tout ce qui en était le support a disparu, *l'ipséité*, la promesse tenue, l'unique singularité. Cet équilibre est notamment posé dans l'identité narrative, biographique, où l'événement est intégré à l'histoire dans l'après coup. L'identité tient sa nature narrative de ce qu'elle est racontable même si on ne sait qu'au dernier moment qui vraiment était le héros de l'histoire (Pringuéy, 2009).

« À la différence de l'identité abstraite du Même, l'identité narrative, constitutive de l'ipséité, peut inclure le changement, la mutabilité, dans la cohésion d'une vie. Le sujet apparaît alors constitué à la fois comme lecteur et comme scripteur de sa propre vie » (Ricoeur, 1985, p. 442).

Tout individu s'approprié, voire se constitue, dans une narration de soi sans cesse renouvelée. Il ne s'agit pas d'une histoire objective, mais de celle que le « je » raconte à soi-même. Décrire alors l'action de l'être humain (qui est la matière de l'éthique) c'est présenter des enchaînements larges pourvus d'un sens et qui assurent la permanence du sujet. Dans le récit nous explorons de nouvelles manières d'évaluer action et personnages. Et plus encore, et nous sommes bien là dans notre sujet, l'ordre de la narration introduit chez Ricoeur l'identité de sujet d'un point de vue éthique. Par le récit il s'agit de nous interroger personnellement sur ce qu'est en situation « viser la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes », qui est l'objet même de l'éthique (Ricoeur, 1990, p. 202). Il y a donc un intérêt à faire raconter aux étudiants leurs histoires de vie avec la maladie, leur faire mettre en récit leurs premières expériences cliniques. Il en va de la construction de leur identité professionnelle et de leur identité tout court. Si faire de sa vie une histoire cela permet au sujet de « soutenir » son existence dans le temps, d'exprimer la fin visée, ses sources de motivation, d'y re-trouver *a posteriori* une logique, d'y repérer éventuellement des retours du refoulé, cela permet

d'appréhender par ricochet que le récit que le patient fait de lui exprime non pas seulement un symptôme, mais qu'en se parlant en tant que malade il existe en tant que sujet. Notre conviction, issue de notre travail de clinicien, est que faire l'expérience pour soi de la subjectivité de notre existence permet de reconnaître cette position chez le patient. Nous tirons cette conviction de l'expérience de la psychanalyse. C'est là même l'apprentissage de ce type de thérapie, comme en témoigne Marie Cardinal dans son livre « les mots pour le dire » (Cardinal, 1975). Cet éprouvé du vécu individuel et intime d'une situation est au cœur même de la cure analytique. C'est la cure qui est justement aussi la matrice d'un dispositif d'analyse de la relation du médecin avec lui-même, avec le patient, avec l'institution. Nous parlons ici du groupe Balint. Théorisé dès 1926, c'est en 1955 que le Dct. Michael Balint formé à la psychanalyse fait paraître son ouvrage *Le Médecin, son malade et la maladie* (Balint, 1996). Il est le fondateur de groupes de parole réunissant des médecins pour parler de leur pratique. Comme nous le disait plaisamment l'écrivain et médecin Martin Winckler, « le groupe Balint c'est apprendre à vivre avec ses mauvaises pensées ». Un groupe Balint rassemble huit à douze médecins et un ou deux animateurs de formation psychanalytique (leaders) qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose question. Lors de la présentation du cas les participants écoutent sans poser de questions. Ce n'est qu'après que chacun peut réagir, questionner, exprimer son avis, ses émotions. Les règles sont la spontanéité du récit, les associations libres des idées et des ressentis, l'absence de notes, le respect des propos des confrères sans évaluation ni jugement, la confidentialité. Les animateurs sont garants de l'application de ces règles, assurant la libre circulation de la parole et amenant les participants à considérer les processus psychiques révélés dans chacune des relations de soin. Par ce travail collectif une autre vision de la relation au patient se construit pour le praticien. Dans la relation de soin il ne s'agit pas d'abord d'une pathologie à traiter mais d'un individu à accompagner. Le discours passe de la troisième personne : « il souffre d'un cancer » à la première personne : « Je souffre d'être impuissant à répondre à sa demande ». Par le groupe Balint le médecin apprend ainsi à écouter les patients et soi-même sans que ce travail ne dérive vers une psychothérapie individuelle, la relation médecin-malade restant le centre du travail associatif. La médecine narrative s'enracine donc à la fois dans l'expression du sujet par le récit de sa vie à la suite des écrits de Ricœur, dont l'écriture est le témoignage et le

moyen, et aussi dans la dynamique de groupes de paroles entre médecins tels que les groupes Balint les ont rendus populaires. Sur le plan littéraire, ce dispositif d'écriture est influencé par la narratologie, qui s'intéresse aux techniques et aux structures narratives mises en œuvre dans l'œuvre des auteurs (Dion-Labriea, Doucet, 2011). C'est à partir de ces sources, associées à la tradition nord-américaine des séminaires de « *literature and medicine* » et de « *medical humanities* », que la médecine narrative a été théorisée par le Professeur (Pr.) Rita Charon (Charon, 2015). En France, durant une petite dizaine d'années, un enseignement de médecine narrative comprenant une vingtaine d'heures, également réparties entre des enseignements théoriques et des exercices d'écriture et de lecture, a été proposé à des étudiants par groupes de huit, inscrits en deuxième cycle à L'Université de Paris-Descartes (Goupy, 2013). Dans ce type de dispositif d'enseignement et d'apprentissage l'exercice d'écriture est encouragé mais non obligatoire, et une fois son texte écrit, l'étudiant a la liberté de le lire ou non à ses camarades ; s'il lit son texte, c'est sans paraphrase ni commentaire de sa part. Là encore règne une stricte confidentialité et le respect de tout ce qui est écrit. Il s'agit de faire un récit par écrit durant cinq à dix minutes sans s'attacher outre mesure à l'orthographe et la syntaxe, avec pour chacun le choix à sa convenance de la forme et du style. Il y a de nombreuses consignes d'écriture possibles : racontez l'histoire de la première fois où vous avez participé à une dissection anatomique, écrivez sur une situation où vous avez ressenti de la colère contre un patient, où vous avez assisté à un arrêt cardiaque, où vous avez soigné un patient mourant, où vous avez pleuré dans un service clinique, où vous avez été obligé de faire mal physiquement à un patient, où vous avez fait une erreur, etc.

Au sein de la Faculté de médecine de Nice nous avons mis en place dès la deuxième année de médecine au mois de septembre ce type d'atelier, que nous proposons dans des instituts de soins infirmiers par ailleurs, et qui ont une durée de deux heures, avec aussi la participation de patients partenaires.

Nous proposons trois consignes d'écriture successives de cinq minutes entrecoupées de temps de lecture et de partage en petits groupes. Ces consignes sont les suivantes :

- Écrivez l'histoire de votre nom, de votre prénom ou de votre surnom.
- Écrivez l'histoire de votre vocation.

- En binôme, exposez-vous mutuellement une expérience de la maladie personnelle ou familiale que vous aurez préalablement écrite.

La première consigne permet aux étudiants de prendre conscience de l'importance du nom et du prénom qui sont issus d'une histoire familiale et qui expriment la personne du sujet. Par cet exercice ils peuvent intégrer l'idée que lorsqu'ils demandent au patient son nom et son prénom au début de l'entretien clinique, il ne s'agit pas d'un numéro de sécurité sociale ou d'abord d'un acte d'identité-vigilance, mais avant tout de l'accueil d'une personne dans sa singularité. Dans la réalisation de la deuxième consigne, ils peuvent exprimer à la fois le sens qu'ils donnent à leur engagement dans cette filière d'études et possiblement l'idéal qui est le leur, celui de se mettre au service des patients souffrants. Nous leur proposons de garder cet écrit pour le relire dans quelques années, après les rencontres avec les patients au sein des services et aussi certaines désillusions. Enfin la dernière consigne a pour objectif de permettre aux étudiants de considérer que la maladie et le soin sont d'abord une expérience subjective, marquée par des émotions. Les études qu'ils entreprennent vont objectiver sans cesse la maladie ; il faut apprendre à nommer tout acte physique ou tout signe physiologique par des termes savants (on parle de transfert, de mixtion, de collection, d'algie, de décompensation etc.); cela risque d'entraîner une incapacité pour le futur médecin à reconnaître dans le patient d'abord et avant tout un sujet, dont la vie est constituée de liens familiaux et sociaux, qui a un sentiment d'utilité par son travail, qui trouve du sens à sa vie grâce à tout cet ensemble de liens et de relations. La réalisation de ces écrits et le récit qui s'ensuit ont donc pour objectifs de favoriser la capacité d'introspection, la prise de conscience de ses propres émotions et de celles du patient, dans une visée éthique, afin de développer en eux les vertus de compassion, de respect, d'écoute.

La médecine narrative peut faire soit l'objet de séances en tant que telles, soit être orientée vers la production de scénarii. En effet en simulation (en particulier regardant la relation de soin) les scénarii peuvent être soit écrits à l'avance, soit rédigés par les étudiants ou les professionnels de santé eux-mêmes durant la séquence d'enseignement et d'apprentissage. Il s'agit pour eux alors d'écrire à partir de leurs expériences professionnelles, de raconter aux autres des situations vécues, prenantes, difficiles, cocasses parfois... Dire et se dire, c'est confier des histoires, son histoire qu'on n'a parfois jamais confiée à d'autres. Au sein de nos formations nous parlons de « narration simulée », à partir des termes de « simulation » et de

« médecine narrative ». Parfois on peut faire se succéder à la fois des scénarii écrits à l'avance et des récits personnels mis en scène. Donnons un exemple : lors d'une séance avec des sages-femmes, des puéricultrices et des médecins, une des sages-femmes lors de la présentation de chacun rapporta que dans son travail, ce qui la préoccupait fortement, c'était le racisme de certaines patientes à son égard, à cause de ses origines et de sa couleur de peau. Nous avons décidé après deux jeux de rôle dont les scénarii avaient été écrits par avance, de jouer la scène qu'elle avait confiée au groupe.

Continuant à exposer des outils d'analyse et les dispositifs pédagogiques qui œuvrent de concert avec la simulation pour éveiller les étudiants à la qualité de la relation avec le patient, nous présentons maintenant la méditation pleine conscience et la psychologie positive.

Chapitre 8 : Méditation pleine conscience et psychologie positive

8.1. Méditation pleine conscience

Au sein de la Faculté de médecine de Nice nous proposons aux étudiants de médecine au cours des séances de simulation un temps de relaxation inspiré de la pratique de la méditation pleine conscience.

Nous allons aborder dans ce chapitre les soubassements théoriques de cette pratique et les effets recherchés. Les questions que nous nous poserons sont : Quel est le lien entre ce temps très court de cinq minutes au début de la séance et la méditation pleine conscience ? Est-ce que cette pratique en ouverture d'une séance de simulation permet aux participants une diminution de leur niveau de stress induit par le dispositif d'apprentissage ? En quoi ce temps dans ces séances pédagogiques peut-il favoriser l'apprentissage à entrer en relation avec le patient?

La méditation pleine conscience est l'objet d'un enseignement, un DU, ouvert aux médecins, paramédicaux, thérapeutes, éducateurs, psychologues qui a été proposé pour la première fois lors de l'année universitaire 2017-2018 au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Nice. À l'initiative de plusieurs professionnels de santé et de thérapeutes, réunis au sein de l'« observatoire des médecines non conventionnelles » de la Faculté de médecine, cette formation a pour but de :

« découvrir, connaître, comprendre et expérimenter les pratiques de la pleine conscience (*mindfulness*) et de la méditation, au service des soignants, des soignés et de la relation thérapeutique » (cf. <http://www.du-meditation-nice.fr/wp-content/uploads/2017/09/DU-Meditation-Nice-2017-2018.pdf>).

Cet enseignement s'inscrit dans le cadre d'un effort d'amélioration de la qualité de la relation thérapeutique entre professionnels de santé et patients et, par conséquent, il vise à prévenir le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel chez les professionnels de santé (Goodman & Schorling, 2012). Dans la mesure où nos travaux regardent l'amélioration de l'accompagnement des patients, et où nous souhaitons sensibiliser au plus tôt les apprenants à ces problématiques, nous avons été particulièrement intéressé par cet enseignement d'un genre nouveau. Dans le contexte d'une faculté de médecine française, tournée essentiellement vers la médecine par les preuves, la nouveauté de ce diplôme ne peut cependant pas manquer d'étonner. Les pratiques liées à la méditation pleine conscience apparaissent pour beaucoup de tenants des sciences dures en médecine comme relevant au mieux d'une mode pas bien dangereuse et au pire du charlatanisme. Aussi, l'accueil a pu en être mitigé. Or, aujourd'hui, un certain nombre de preuves tendent à asseoir la légitimité des effets de la méditation pleine conscience, sur le plan cérébral, comportemental, voire épigénétique (Baron Short et al., 2010 ; Hasenkamp et al., 2012).

Qu'est-ce que la pleine conscience ? La pleine conscience est une qualité de conscience qui émerge lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent. Le sujet fait alors l'expérience de ce qui est vécu dans l'instant, sans jugement sur ses propres émotions ni attente particulière. On accepte ce qui vient ; on ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non ; on ne cherche rien de précis. Kabat-Zinn (2003), dans son article intitulé *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*, définit la méditation pleine conscience comme un :

« état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003, cité par Delbrouck, 2016, p. 204).

Pour entrer dans un état de pleine conscience, trois attitudes fondamentales sont requises. La première consiste en une ouverture maximale de l'attention sur l'expérience de l'instant,

minute après minute. On perçoit ainsi le rythme de sa respiration et les sensations du corps ; on éprouve des émotions et on est spectateur des pensées qui passent et que l'on ne retient pas. La deuxième attitude pour entrer dans un état de pleine conscience est le désengagement vis-à-vis de la tendance naturelle à juger et à contrôler. C'est une sorte de lâcher prise qui consiste en une disponibilité à ce qui vient qui est ici visé. La troisième attitude consiste simplement à observer et à éprouver. Il ne s'agit ni d'élaborer des pensées et des analyses ni de mettre en mots.

Le Doct. Lutz, directeur de recherche à l'INSERM de Lyon, (2017), « Pratiques contemplatives et neuroplasticité cérébrale », dans son cours du DU de médecine, méditation et neurosciences de l'Université de Strasbourg propose cette définition :

« La méditation apparaît comme un ensemble de pratiques développant la régulation des émotions et le contrôle de l'attention. Elle peut se définir aussi comme un entraînement mental visant notamment à la transformation de soi, de l'expérience consciente et au développement d'un bien-être durable » (Lutz, 2017, diapositive 10).

Fondamentalement la méditation a à voir avec les émotions et le développement de soi. La notion de régulation ici mentionnée peut nous rappeler dans l'éthique des vertus la notion de médiété, entre le trop et le trop peu. Cette transformation qui touche l'être nous intéresse dans la démarche qui est la nôtre qui vise à rendre bons les apprenants d'un point de vue moral. Au fil du temps, lorsque la pratique devient une habitude qui ne requiert plus le même effort pour lâcher prise (même si la formulation pourrait sembler paradoxale), à côté de temps de méditation réguliers, avec des séances d'une durée de deux heures, pourquoi pas quotidiennement, on peut mettre en place des pratiques informelles qui consistent à prêter attention à des gestes simples comme manger, marcher, ou encore se brosser les dents, pour les réaliser en pleine conscience. L'attitude mentale de la pleine conscience permet de bénéficier de parenthèses au milieu des multiples activités dans la journée. Or nous visons dans l'enseignement qui est le nôtre le développement d'habitus nous rendant aptes à agir éthiquement en situation. Cet état de conscience peut avoir un intérêt pour être présent à soi-même au milieu des sollicitations de l'environnement, ce qui relève de la vertu de force, qui est une aptitude à faire face à ce que nous percevons comme dangereux et requérant une persévérance dans l'action.

Le terme de méditation ne désigne pas une démarche unique mais une multitude de pratiques. Certaines pratiques consistent à focaliser son attention, d'autres au contraire à l'ouvrir plus largement. Parfois, la pratique requiert l'immobilité, on reste dans une position pendant de longues minutes, voire des heures, mais on peut alterner avec des pratiques de méditation en mouvement. La méditation pleine conscience fait entrer ceux qui s'y prêtent dans un état appelé « *Samadhi* » dans la langue indienne, ce qui signifie « absorption » ou « concentration méditative ». Selon le cours de Dalmaso, instructeur Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) (2017) :

« Il s'agit d'un état spécifique de l'esprit pleinement unifié à l'expérience permettant ainsi de pénétrer la véritable essence de tout ce qui se manifeste » (p. 4).

Il existe deux types de « *Samadhi* », « *Shamata* » et « *Vypassana* » :

« Le premier "Shamata" se traduit par la méditation du calme mental grâce à la concentration en un point » (Dalmaso, 2017, p. 5).

L'attention se focalise sur un point précis de façon à apaiser l'agitation de l'esprit.

« Le second "Vypassana" signifie l'esprit qui pénètre la nature fondamentale de tous les phénomènes. Lors de "Vypassana" il convient d'observer la véritable nature de tout ce qui apparaît et disparaît dans l'espace de la psyché. L'esprit s'observe lui-même, il est à la fois le sujet qui observe et l'objet qui est observé » (p. 4).

Une troisième forme de méditation est celle dite de « compassion ». Selon le cours de Chapsoul, psychologue et Bourgognon, infirmier (2017), *Régulation du stress, bien être et pathologies des soignants*, dans le DU « méditation, relation thérapeutique et soins » :

« La compassion peut être entendue comme le fait d'être sensible à sa propre souffrance, à celle des autres, avec un engagement profond pour essayer de la prévenir et de la soulager » (p. 1).

Et selon le cours de Dalmaso :

« La compassion a la forme que prend l'amour altruiste lorsqu'il est confronté à la souffrance d'autrui. Cette méditation consiste à laisser se révéler naturellement une infinie bienveillance tout d'abord à l'égard de soi-même » (Dalmaso, 2017, p. 12).

On avait défini dans la partie précédente la compassion comme une empathie émotionnelle qui se développe chez un individu face à la souffrance d'autrui. Ici la compassion prend sa source d'abord dans un rapport de soi à soi, se considérant sans jugement, s'accueillant avec gratitude. Sur le plan méthodologique, faire goûter un tant soit peu aux étudiants cette réception de soi dans l'instant, ce regard pacifique sur son être au milieu de ce temps éprouvant que sont les études de médecine peut avoir un effet libérateur.

Dans la méditation de compassion une fois ce sentiment éprouvé envers soi, le méditant est invité à l'élargir envers les êtres aimés puis envers les êtres avec lesquels il entretient une relation de neutralité et enfin étendre ce souffle à tous les êtres vivants sans aucune distinction. Dans l'approche psychologique qui sous-tend la méditation pleine conscience, on part du postulat que nos difficultés psychiques proviennent de stratégies inadaptées fondées sur un désir d'éradication de la douleur ou d'évitement rigide. Dans cette logique renoncer à ces stratégies permet paradoxalement d'atténuer la souffrance plus rapidement et plus durablement. Pratiquement on profite d'un temps mort pour se recentrer quelques instants sur sa respiration et sur ses sensations, on en vient à prendre l'habitude de considérer ses sensations ou ses émotions désagréables sans chercher à tout prix à les éviter. Ces émotions négatives en leur permettant d'exister, peuvent s'exprimer, sans l'effet d'amplification liée à la répression ou bien à la fusion quant on ne peut se distancier d'elles. Selon le cours de Borgognon (2017) :

« La douleur est obligatoire, la souffrance est toujours facultative. Lorsque nous souffrons, notre mental se focalise sur la douleur, se rétrécit autour d'elle. La méditation modifie notre relation à la douleur » (Chaspoul & Borgognon, 2017, p. 2).

La méditation pleine conscience permet de ressentir et d'observer la douleur, de laisser la douleur exister, d'élargir le champ de la conscience. Il s'agit d'accepter la douleur et après cela d'enlever la couche de souffrance surajoutée, d'intégrer simultanément la douleur dans une somme de sensation. C'est ce qui s'appelle l'effet de dilution. En résumé, elle permet de « faire une place à la douleur pour qu'elle ne prenne pas toute la place » (Chaspoul & Borgognon, 2017, p. 2). Le travail dans la méditation consiste donc à augmenter sa conscience et son recul face aux expériences. Elle consiste finalement à cesser de faire pour se laisser être. Un des termes qui peut décrire cet état de conscience est celui d'acceptation.

Selon le cours de Chapsoul et Borgognon (2017) dans le DU « méditation, relation thérapeutique et soins » :

« L'acceptation est une démarche active, bien différente de la résignation qui est passive. Accepter c'est reconnaître que pour l'instant les choses sont comme elles sont et non pas comme on voudrait qu'elle soit. Accepter c'est ne pas refuser une réalité qui s'impose, c'est faire avec, c'est agir et non subir. Accepter implique de recevoir toutes les émotions, les pensées et les sensations que les événements nous apportent » (p. 11).

La méditation souffre de certains préjugés. Méditer ne serait pas une activité intellectuelle, consistant à réfléchir de manière approfondie sur un sujet. De fait il s'agit bien de passer d'abord par un ressenti corporel mais il ne s'agit pas pour autant « de faire le vide dans sa tête ». Des moments de pure présence à l'instant, sans idéation, sont assez rares. Le travail consiste plutôt à observer le bavardage intérieur sans chercher à le faire taire, mais sans se laisser embarquer. On ne peut confondre non plus la méditation avec la relaxation car on ne cherche pas d'abord une détente, certaines séances peuvent même être difficiles. C'est pour cela que les cinq minutes que nous proposons aux étudiants au début dans la première partie de la séance de simulation ne peuvent être appelées un temps de méditation, même si les techniques qui sont utilisées s'en inspirent. C'est une initiation, une fenêtre ouverte, qui peut avoir des effets de détente et de mieux-être. Il est à noter que si ces effets ne sont pas recherchés par la pratique de la méditation pleine conscience en tant que telle, ils peuvent cependant advenir comme par surcroît. Pour certains étudiants qui pratiquent la méditation régulièrement, ces temps sont alors la possibilité de se plonger très vite dans cet état de vigilance active vis-à-vis de soi et de lâcher prise par rapport à l'environnement.

Pour faire une synthèse, la méditation apparaît comme une relation avec soi-même, l'expérience de puiser dans des ressources ignorées, une possibilité d'entrer en dialogue avec des espaces psychiques internes. C'est donc une pratique (qui débouche sur un état de conscience) qui nous intéresse si nous voulons former des étudiants à écouter leur ressenti. Il faut rester toutefois modeste car durant ces cinq minutes, il n'est pas sûr que tous se prêtent au jeu, que les individus qui ne peuvent se « poser » facilement arrivent à entrer dans cette logique de ne rien faire. Mais assurément elle ne nous replie pas sur nous-mêmes comme si nous nous enfermions dans une tour d'ivoire.

Nous avons déjà signalé l'extension de cet état intérieur aux autres par la méditation de compassion. Précisons maintenant les modalités de cette extension. Dans la relation entre deux sujets le soi au sens psychologique peut nous encombrer. Parfois, comme le dit le Dr. Fulvio Mazzola, médecin et moine bouddhiste, dans son cours intitulé *Pleine conscience et relation de soins* : « le train de pensées nous enfume l'esprit ». Nous ne pouvons pas nous rendre présent à l'autre, à ses attentes, à ce qu'il ressent, à ce qu'il vit, car nous sommes assourdis par la production de notre « bruit » intérieur (nos analyses, nos jugements, nos désirs de réalités immédiates...). Or, la méditation est au-delà des techniques, un savoir-être avec soi qui peut se déployer dans la relation avec l'autre se révélant par la satisfaction mutuelle éprouvée dans cette rencontre. La présentation semble extensive mais c'est bien la logique de cette pacification intérieure que permet cette pratique.

Notons que Si la méditation pleine conscience fait l'objet de beaucoup d'articles et de recherches, elle reste cependant un domaine difficile à appréhender sur le plan scientifique car elle fait appel à un savoir expérientiel et des acquis difficilement mesurables. Cela nous donne l'occasion de rappeler que la mesure n'est pas le seul moyen d'évaluer les apprentissages réalisés et l'évolution des sujets. Par exemple dans le domaine pédagogique, une approche comme la perspective de l'évaluation authentique de Wiggins (Wiggins, 1993) préconise des pratiques évaluatives alternatives qui s'inspirent des critères de rigueur en recherche qualitative comme la crédibilité (la situation d'examen reproduit assez fidèlement les tâches professionnelles), la fiabilité (les erreurs aléatoires des apprenants peuvent être repérées), la transférabilité (l'exécution de la tâche proposée s'apparente aux exigences de la situation professionnelle). Dans la perspective de l'APCi, on admet que des critères et des indicateurs d'une pratique compétente peuvent même ne pas être nécessairement définis a priori, les apprenants et les enseignants élaborant en situation d'enseignement et d'apprentissage leurs propres critères et leurs propres grilles d'évaluation. Or les apprentissages, si l'on veut les qualifier ainsi, issus de la méditation pleine conscience relèvent de l'ordre des vertus : de fait on parle ici de sagesse, de compassion, d'accueil de soi et de l'autre qui sont des attitudes intérieures qui s'acquièrent par la répétition d'actes de qualité. Il est donc possible d'évaluer la transformation des attitudes et des comportements des personnes dans le temps, en proposant aux apprenants de documenter leurs apprentissages sous forme de portfolio par

exemple ou encore d'opérationnaliser ces acquis dans des mises en situation telles que la simulation le propose moyennant le recours à un débriefing réflexif.

D'après les méditants on peut décrire plusieurs processus qui concourent à améliorer notre relation à autrui grâce à la méditation (Siegl et al., 2012). On l'a dit la méditation entraîne à ne pas se presser sans cesse vers l'avant, à ralentir, à prendre le temps de ressentir, d'éprouver, de noter ce qui se présente à chaque moment dans nos existences, à goûter l'instant. De cette expérience les méditants développent selon eux une vie qui prend du sens, ce qui engendre d'après leur témoignage un sentiment de gratitude envers les autres et une attitude de service auprès d'eux. Pour exprimer cela Mazzola (2018) parle d'« inter-être » :

« L'inter-être : son vécu est le résultat d'une construction complexe, dynamique en relation d'interdépendance dans un contexte, un environnement changeant. C'est une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité » (p. 8).

La méditation nous connecte à l'autre dans l'expérience d'une interdépendance liée à notre existence commune, notre destinée humaine bien sûr dans un premier mouvement, mais au delà, par l'appartenance des vivants à une même communauté de destin. Dans le témoignage apporté par ces professionnels de santé formateurs au sein de ce DU, la pratique de la pleine conscience les a amenés à faire évoluer leur relation avec le patient. Cela leur a permis d'apprendre à se centrer au cours de la rencontre dans l'instant présent, d'accueillir leurs propres émotions, de vivre cette rencontre dans un sentiment de compassion. On ne reste pas dans une émotion, un ressenti pour autant mais comme le précise Mazzola :

« L'attention porte à notre conscience les éléments de la réalité permettant une action. » (Mazzola, 2018, p. 8).

S'écouter soi-même peut nous permettre de nous ouvrir à l'autre, de développer une capacité d'écoute de sa personne. Cette pratique porte à poser des actes qui sont inspirés par ce climat d'écoute et d'attention. Attentif à l'autre, évitant tout jugement sur la personne du patient, une rencontre de qualité est possible.

Des auteurs ont vu dans la pleine conscience et la psychologie positive des rapprochements fructueux (Shankland & André, 2014). L'intérêt de cette présentation est en particulier de donner un cadre à la fois théorique et des éléments de pratique dans la réalisation du

débriefing qui suit le jeu de rôle en simulation, car la psychologie positive est un des modèles qui nous inspire dans cette pratique pédagogique. Nous présenterons pour ce faire aussi l'application thérapeutique de la psychologie positive, l'Approche centrée solution (ACS) développée par l'équipe de recherche dirigée par Christophe André et Rebecca Shankland (Shankland et al., 2020).

8.2. Psychologie positive

La recherche met en avant la convergence entre la pratique de pleine conscience qui permet de développer une attitude positive globale face aux événements de vie et la psychologie positive qui s'intéresse aux mécanismes à l'œuvre dans le développement du bien-être.

Il semble pourtant exister à première vue une incompatibilité entre « psychologie positive » d'une part et « pleine conscience » d'autre part (Shankland & André, 2014). En effet, la psychologie positive a pour objectif d'aider chacun à accroître son bien-être. A contrario la méditation nous avertit qu'il faut commencer par renoncer à toute forme d'attente. La psychologie positive vise la qualité de vie, alors que la pleine conscience vise la lucidité. La psychologie positive encourage ouvertement chaque personne à considérer qu'il est possible de se rendre plus heureux en pratiquant des exercices. Dans la pleine conscience au contraire il s'agit de laisser de côté notre style psychologique habituel centré sur des efforts à accomplir en vue d'atteindre un objectif. On est encouragé à passer sur un autre mode centré sur le lâcher prise, l'acceptation de ce qui est là, le renoncement à contrôler ce qui va advenir.

Mais il y a aussi des similitudes. Les deux approches ne sont pas des psychothérapies mais ce sont des outils destinés à modifier l'approche que nous avons de notre environnement et plus largement notre vision du monde. Pour la simulation la méditation pleine conscience présente l'intérêt nous l'avons dit d'une centration sur l'écoute, cet arrêt du bavardage interne afin de se centrer sur l'essentiel de l'entretien, une rencontre sincère avec le patient. Par la psychologie positive l'objectif est d'introduire l'étudiant dans une logique positive vis-à-vis du patient, ayant fait lui-même l'expérience d'une attitude positive de l'enseignant dans la relation pédagogique. Que ce soit l'étudiant pour l'enseignant ou le patient pour le médecin, ils ne sont pas le problème, ils sont la solution. C'est en effet de leur vie dont il s'agit, ils sont ceux qui possèdent en premier lieu les ressources possibles de motivation, d'expériences, de réussites. Pour le patient par exemple c'est l'expérience de précédentes maladies ou

d'addictions, c'est son réseau de solidarités amicales et familiales, toutes choses premières et essentielles dans le « vivre avec » une pathologie.

Selon la définition qu'en donnent Gable et Haidt (2005) qui sont professeurs de psychologie, l'un à l'Université de Californie, l'autre dans la Stern School of Business à New York, la psychologie positive est :

« la science qui étudie des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions » (p. 104).

Cette attention à ce qui est optimal détourne le premier regard porté sur le patient des éléments pathologiques pour considérer d'abord ses potentialités, ses lignes de force, ses ressources. Dans son « Discours du président » (1998) de l'American Psychology Association publié dans l'*American Psychologist* (1999), Seligman, fondateur de la psychologie positive, part du constat suivant :

« Nous connaissons peu ce qui donne de la valeur à la vie. [...] Ceci vient de ce que, depuis la Seconde Guerre mondiale, la psychologie est devenue en grande partie une science de la guérison. Elle se concentre sur la réparation des dommages au sein d'un modèle du fonctionnement humain axé sur la maladie. Cette attention presque exclusive sur la pathologie néglige l'individu épanoui et la communauté prospère » (Seligman, 1999).

Et il ajoute :

« Quand nous sommes devenus seulement une profession de guérison, nous avons oublié notre mission plus large : celle d'améliorer la vie de tous les gens » (p. 562).

Le courant de la psychologie positive considère qu'à côté des problèmes individuels et collectifs s'exprime pour chacun d'entre nous toute une vie riche de sens et de potentialités. Elle s'intéresse à ce qui motive l'individu comme le besoin d'autonomie, le besoin de reconnaissance ou bien encore le besoin d'entrer en relation avec autrui dans la ligne de la « théorie de l'autodétermination ». En effet une des bases théoriques de la psychologie positive est la théorie de l'autodétermination élaborée par Deci et Ryan (2000). Ces auteurs considèrent que la recherche en psychologie doit se centrer sur les phénomènes subjectifs. D'après eux ce qui est à l'origine et qui structure les comportements des personnes ce sont

leurs sentiments, leurs croyances, leurs motifs et leurs objectifs. L'examen des dynamiques de motivation au sein de la théorie de l'autodétermination s'est principalement concentré sur les motifs (initialement intrinsèques contre extrinsèques, puis autonomes contre contrôlés) qui régulent ces comportements. Dans un premier temps de leur recherche en effet (Deci & Ryan, 1985) les deux auteurs distinguent deux types de motivation. Une première appelée la motivation extrinsèque : l'activité est pratiquée pour des raisons telles que la récompense ou la punition, l'obtention de l'approbation d'un tiers ou bien encore la pression sociale. À l'inverse lorsqu'il est mû par une motivation intrinsèque le sujet recherche seulement l'intérêt et le plaisir trouvé dans la réalisation même de l'action ; c'est le cas lorsque la personne atteint un degré subjectif suffisant d'autonomie, la reconnaissance au sein de son environnement ou bien encore lorsqu'il établit une relation de qualité « suffisamment bonne » avec autrui. Ces auteurs font évoluer leur modèle (Deci & Ryan, 2000) suivant une échelle continue de régulation entre la motivation autodéterminée (qui correspond à la motivation intrinsèque) et la motivation non-autodéterminée (qui correspond à la motivation extrinsèque) qui rend compte des éléments mixtes dans certaines situations. Ce qui apporte le plus grand bien être subjectif aux sujets relève d'après les auteurs de la réalisation d'action dont les motivations sont intrinsèques. Des psychologues et avec eux des enseignants, des éducateurs, des chefs d'entreprise se sont saisis de ces travaux pour répondre mieux aux besoins des individus et des structures. Notre approche eudémoniste de l'éthique, le recours au concept de vertu, l'accent mis sur la notion de sens comme déterminant de l'agir, tous ces éléments nous rendent attentif aux travaux de ces chercheurs et aux courants qui s'en inspirent. On retrouve là peu ou prou la division entre les biens externes et les biens internes dégagée par MacIntyre (2013).

Un autre ressort important de l'action particulièrement pris en considération par la psychologie positive est l'effet Pygmalion. Selon l'article « Pygmalion et Galatée » de Wikipédia, Pygmalion est un sculpteur de Chypre descendant d'Athéna et d'Héphaïstos. Révolté contre le mariage à cause de la conduite répréhensible des Propétides (femmes de Chypre) dont il est chaque jour témoin, il se voue au célibat. Il tombe cependant amoureux d'une statue d'ivoire, ouvrage de son ciseau. Obtenant d'Aphrodite qu'elle donne vie à la statue, il l'épouse en présence de la déesse (Pygmalion et Galatée, 2020). Une étude devenue classique permet de l'illustrer. Cette expérimentation a été réalisée avec des écoliers du

primaire à Oak School, San Francisco, aux États-Unis, par Rosenthal et Jacobson en 1963. Pour leur recherche les auteurs choisissent un quartier pauvre et expliquent aux enseignants qu'ils dirigent une vaste étude à l'université d'Harvard. L'objectif est de détecter des élèves à haut potentiel. Pour ce faire ils font passer un test de quotient intellectuel (QI) à tous les élèves, test qu'ils feront passer de nouveau aux élèves à la fin de l'année scolaire afin de comparer les résultats. Rosenthal et Jacobson sélectionnent au hasard 20 % des enfants et s'arrangent pour que les enseignants prennent connaissance des résultats, en faisant croire à une erreur de transmission de courrier. Ces élèves (sélectionnés aléatoirement en fait) bénéficieraient au vu des résultats communiqués d'« un potentiel inhabituel de croissance scolaire », ils devraient prétendument progresser fortement selon les auteurs. Les chercheurs ont donc utilisé les «résultats» du test pour amener les enseignants à croire que certains enfants étaient plus intelligents que d'autres ; la seule différence entre ces enfants était donc «dans l'esprit de l'enseignant» selon Rosenthal. Huit mois plus tard les enfants avec «potentiel» ont obtenu des résultats beaucoup plus élevés : les 20 % des élèves surévalués ont amélioré de 5 à plus de 25 points leurs performances au test d'intelligence. Il faut cependant nuancer quelque peu ces résultats : les élèves plus jeunes avaient perdu après un an l'avantage acquis ; mais il est remarquable que les élèves plus âgés l'eussent conservé. Un autre fait notable est que les enseignants n'étaient pas conscients d'avoir traité différemment les sujets expérimentaux et témoins. L'effet Pygmalion est donc la constatation que si les attentes vis-à-vis d'une personne dépendent de nos préjugés, nous l'influons de telle sorte qu'elle va effectivement acquérir cette caractéristique supposée ou lui permettre de l'exprimer. Cet effet existe et il peut être en pédagogie utilisé pour favoriser le potentiel des étudiants, comme ce fut le cas lors de l'expérimentation princeps. Il peut être intéressant de développer donc une approche positive des capacités des étudiants, en ne se centrant pas sur les erreurs commises mais sur leurs savoir-faire, leurs compétences, leur expertise. Notre discours d'enseignant peut donc influencer significativement l'expression des capacités des étudiants. Cette dynamique est illustrée par une autre expérimentation. C'est celle que Jean Paul Durand a menée avec le groupe des étudiants du DU Méditation pleine conscience au début de sa session, le 2 mars 2018. Ayant sollicité douze volontaires, il leur donna pour tâche devant le reste du groupe de se lancer une puis deux peluches, en nommant à chaque fois le prénom de celui ou de celle à qui on les lance. L'objectif n'était pas clairement défini, l'exercice dura une

dizaine de minutes, ce qui est assez long, afin d'arriver à un effet de saturation. Ensuite a eu lieu un débriefing, un retour sur l'action sous forme de questions posées aux participants réunis en demi groupe et mené par un animateur (Durand et Mazzola).

Au Groupe 1 Durand posa des questions « centrées sur la solution » (les observateurs assistent à ce débriefing). :

- « Qu'est-ce que vous avez apprécié ? »
- « Qu'est-ce que l'expérience vous a appris ? »
- « Qu'est ce ça vous ouvre comme possible pour demain ? ».

Les réponses étaient positives :

- « Cela permet de connaître les prénoms »,
- « C'est joyeux »,
- « Ça renforce la confiance en soi »,
- « Cela permet d'aller vers l'autre avec confiance » ...

Au Groupe 2 Mazzola posa des questions « centrées sur le problème » (Ce débriefing était réalisé en même temps que celui de l'autre groupe mais à part, sans observateurs)

:

- « Qu'est ce qui était négatif dans cet exercice ? »,
- « Pendant combien de temps n'avez-vous pas été à l'aise ? »,
- « Quel était le problème ? »,
- « Qu'est ce qui a manqué ? »

Lors de la synthèse faite par les deux groupes il est apparu que les membres du deuxième groupe ont fait un retour centré sur éléments de manque, sur le sentiment d'échec, sur l'ennui et le caractère infantile de l'expérience. Le résultat de cette expérimentation peut être celui-ci : les jeux de langage ne peuvent qu'influer sur les réalités présentes. Dire : « *Ne vous inquiétez pas* », « *N'ayez pas peur* », c'est comme dire « *Ne pensez pas à un éléphant rose en tutu sur une balancelle* » ; c'est induire justement cet effet car le cerveau ne « lit » pas la négation. Il est donc important lors de nos séances pédagogiques de centrer d'abord et avant tout nos étudiants sur ce qu'ils savent faire, dans une séance de simulation sur ce qui s'est bien passé par exemple. Nous devons travailler cette attitude positive qui peut favoriser les apprentissages et le développement des potentialités de chacun. Cela va augmenter en eux un

sentiment d'estime de soi. Cela peut les aider à faire face à cette situation de stress que représente le jeu de rôle par exemple.

Dans les autres fondements théoriques de la psychologie positive on trouve encore les travaux sur les émotions positives et l'intelligence émotionnelle (Boniwell, 2012). Présentons-les succinctement. Sans être exhaustif, d'autant plus que chaque culture a les siennes propres, on peut classer parmi les émotions positives la joie, l'inspiration, l'amusement, le sentiment amoureux, l'espoir, la sérénité, l'admiration, la fierté, la curiosité ou encore la gratitude. On en trouve de fait une multitude. Pour preuve l'article de Lomas (2016), intitulé « *Towards a positive cross-cultural lexicography* » qui présente des émotions décrites par des termes spécifiques à une langue et une culture. C'est le cas du terme *Dadirri* (en aborigène australien) qui signifie un acte spirituel profond d'écoute réfléchie et respectueuse ; ou bien *Sukha* (en sanskrit) qui désigne un bonheur durable, indépendant des circonstances ; le terme *Wabi-sabi* est un terme japonais qui décrit pour le fait de goûter une beauté transitoire et imparfaite ou bien encore *Shinrin-yoku* (en japonais) qui signifie la relaxation obtenue en se baignant dans la forêt, au sens figuré ou littéral. (Lomas, 2016). Ce champ des émotions positives est un domaine de recherche aujourd'hui en pédagogie pour soutenir la motivation des élèves (Govaerts & Grégoire, 2006). Au-delà de l'effet sur le stress, l'émotion positive permet que l'étudiant en situation asymétrique face à l'enseignant s'autorise à être lui-même, à être sincère, à mettre des mots sur ses pensées et ses ressentis.

La psychologie positive se réclame aussi des travaux sur la notion d'intelligence émotionnelle. Selon les psychologues Mayer (Université du New Hampshire) et Salovey (président de l'Université de Yale) l'intelligence émotionnelle désigne :

« l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres » (Mayer & Salovey, 1997, p. 3).

Cette notion d'intelligence appliquée à l'émotion telle qu'elle est décrite en lien avec la pensée et la raison, dans un travail de régulation, qui touche aussi bien le rapport à soi que la vie sociale, peut être mise en lien selon nous avec la sensibilité éthique telle que nous l'avons présentée dans l'éthique des vertus. C'est à la fois un indicateur des biens en présence et des conflits éventuellement sous-jacents dans une situation, mais aussi par la régulation exercée

par la raison, l'émotion devient en tant que sentiment un ressort de motivation, un vecteur dans la durée de la décision prise. La question du sens à donner à son action, de l'intention, de la finalité de cet agir n'est cependant pas vraiment posée dans ce contexte psychologique (Segon, Booth, 2015). La psychologie positive si on veut s'en servir comme base théorique d'un enseignement et d'un apprentissage à l'éthique du soin doit donc selon nous être associée à une réflexion théorique du même type que nous présentons dans ce travail, par exemple être reliée à une éthique des vertus. C'est à ces conditions que les outils qui sont issus de son champ peuvent être précieux pour l'enseignement et l'apprentissage de l'éthique. Qu'en est-il des applications la psychologie positive? Schématiquement, si la psychologie positive est un corpus théorique, l'ACS en est son application dans la thérapie. La psychologie positive cherche à ne pas considérer toute personne comme « malade » mais retient qu'elle peut développer ses potentialités émotionnelles, cognitives, relationnelles, et qu'elle peut être aidée en cela. On parle ainsi de « client » en ACS et non pas de « patient » non pas dans une logique commerciale mais pour ne pas enfermer la personne dans une approche psychopathologique. Partant de l'idée que les questions que nous posons coconstruisent la réalité avec la personne, on ne cherche pas en thérapie ACS la cause du problème. L'intervention :

« vise à créer un contexte interactionnel évolutif permettant à la personne d'éclairer, de maintenir, d'amplifier, de créer, les processus et les conditions favorables à son fonctionnement optimal et au choix du changement souhaité » (Durand, 2018, diapositive 38).

Un postulat important en ACS est qu'il existe toujours des exceptions au problème. En effet un thérapeute recourant à l'ACS considère avant tout que les compétences et les ressources sont du côté du sujet, que celui-ci est « expert de sa vie », c'est-à-dire qu'il connaît mieux que personne ses forces et ses faiblesses. Comme on l'a dit regardant la psychologie positive dans cette approche on postule que le client n'est pas « le problème » qu'il faudrait résoudre mais que lui-même a déjà mis en place des solutions à son problème au cours de son existence. Considérant la personne comme acteur de son soin, le préalable est alors de mettre en évidence ce que ce client souhaite. C'est la notion de destination, qui n'est pas la même que le chemin qui va permettre de rejoindre cette destination. On peut utiliser comme questions :

- « Qu'est-ce que vous espérez de notre entretien, de notre rencontre ? »

- « En quoi puis-je vous être utile ? »
- « Sur quelle question souhaiteriez-vous avancer ? »
- « Attendez-vous autre chose de votre venue ici ? »
- « À partir de notre rencontre que faudrait-il qui soit différent pour que vous pensiez que ce que nous avons fait ensemble était utile ? »

Suivent alors sept étapes. Ces étapes sont décrites par Durand (2018, pp. 28-36). Une première étape consiste à explorer tous les territoires du patient. Il s'agit d'explorer sans analyser, de rechercher simplement tout ce qui peut être observé, de le replacer dans son contexte avec les questions ouvertes : « Qui ? » « Quand ? » « Où ? » etc. Cette première phase permet à l'interlocuteur de se sentir entendu et compris. Une deuxième étape consiste justement à rechercher les exceptions :

- « À quel moment les choses vont-elles un peu mieux ? »
- « Qu'y a-t-il de différent quand le problème ne se pose pas ou se pose moins ? »
- « Qu'est-ce que cela vous permet de penser, de ressentir, de faire de différent à ce moment-là ? »
- « Dans quelle situation les choses sont-elles mieux ? »
- « Qu'est-ce qui permet cela ? »
- « Quelles sont vos ressources, vos compétences mobilisées dans ces moments-là ? »

Cette étape permet de révéler à la personne les compétences qu'elle ne remarque pas ou qu'elle a oubliées. Cela permet un accroissement de son sentiment « d'autodétermination », suscitant espoir et motivation. En augmentant l'occurrence des exceptions on vise à une dissolution du problème.

Une troisième étape consiste à poser la question miracle. Il s'agit de lancer un processus mental pour permettre à la personne d'accéder à la visualisation d'un futur possible, sans être bloquée par la réflexion sur la recherche de moyens nécessaires à la résolution du problème. Il ne faut pas la poser trop tôt. Pour cela il faut que le client se soit suffisamment senti entendu et compris ; il faut aussi que les exceptions au problème aient été mises à jour. Voici l'énoncé de la question miracle :

« Supposons que les miracles existent et que cette nuit alors que vous dormez profondément un miracle se produise. Ce miracle résout entièrement votre problème. Cependant puisque

vous dormez vous ne savez pas que ce miracle s'est produit. En vous réveillant qu'est-ce qui sera différent et qui vous fera dire que le miracle s'est produit ? Quels changements allez-vous découvrir ? » (Durand, 2018, pp. 28-36).

Le client va prendre la parole. Pour le praticien il s'agit d'accompagner la description du client, de lui permettre de transformer des images floues et vagues qui résident en son esprit en une vision concrète et précise. Par exemple s'il dit « *Je ne serai plus...* » on peut reprendre « *Si vous n'êtes plus... Vous êtes comment à la place ?* ». Il est ici important d'étendre l'environnement, d'élargir le paysage dans l'espace et dans le temps, de déployer encore avec « *Quoi d'autre ?* » « *Et du coup ?* »

Dans la quatrième étape on utilise des échelles d'évaluation qui permettent de consolider les acquis et d'identifier les perspectives de changement. L'étape suivante est celle du feed-back et du compliment. L'usage du compliment est à manipuler avec précaution. Dans la théorie behavioriste une récompense favorise l'occurrence d'un comportement et une punition la diminue. Selon la théorie de l'Évaluation cognitive (Lazarus & Folkman, 1984) la récompense possède deux fonctions distinctes qui ont des effets inverses sur la motivation. Une fonction informationnelle : en renseignant l'individu sur sa compétence, il est valorisé et augmente sa motivation intrinsèque. Mais la récompense a aussi une fonction de contrôle donnant à l'individu le sentiment d'être jugé et contraint, et cela baisse par la même sa motivation intrinsèque. Dans le feed-back il s'agit donc d'être authentique et sincère en privilégiant la fonction informationnelle et la forme indirecte du compliment, en s'appuyant sur l'observable. La sixième étape consiste en une proposition de tâches, tâche d'observation, de renforcement, pour *faire comme si* etc. Enfin la dernière et septième étape consiste à préparer la rencontre suivante en posant la question : « *Qu'est-ce que vous voulez voir de différent s'épanouir dans votre vie ?* »

Nous avons donc présenté les étapes de l'ACS et ses effets thérapeutiques, restant sûr que la psychologie positive ne veut pas considérer le sujet comme un malade ; en situation pédagogique les dispositifs de relaxation et d'ACS nous semblent fructueux. Afin d'illustrer la conjonction entre psychologie positive, ACS et méditation pleine conscience nous présentons le programme CARE pour Cohérence, Attention, Relation et Engagement conçu par Rebecca Shankland, Ilios Kotsou, Jean-Paul Durand et Christophe André. Le programme CARE (Cabinet Chryssippe, s. d.) a pour objectif de développer une flexibilité psychologique

accrue pour appréhender la vie (quotidienne, relationnelle, familiale, professionnelle) de façon plus sereine et cohérente. Ce programme s'appuie sur trois leviers. Premièrement réorienter l'attention c'est-à-dire tourner son regard vers les forces et les éléments satisfaisants et aidants de soi-même, des autres et de son environnement ; par là-même être plus attentif à ce qui fonctionne afin de le pérenniser et de le faire grandir chez soi ou chez autrui. Deuxièmement accroître sa bienveillance : améliorer la qualité des relations avec autrui et son environnement, développer l'altruisme, initier des conduites visant à prendre soin des autres. Plutôt que de ne voir que les défauts, accepter sans jugement ses limites et celles des autres, tout en découvrant de nouvelles possibilités de les faire évoluer. Enfin développer l'engagement c'est-à-dire identifier ce qui est vraiment important pour soi et mettre en place des actions engagées au service de ses propres valeurs ainsi identifiées. Cette dimension groupale et sociale du travail accompli est le gage d'une œuvre profonde et durable. Comme le note un auteur, médecin œuvrant dans la pédagogie médicale :

« À partir d'un dilemme déstabilisant, l'individu traverse un processus de transformation qui l'amène à une réappropriation de sa propre vie. [...] La délibération en petit groupe favorise une réflexion en profondeur et une intégration à la fois plus explicite, plus nuancée et plus complexe des points de vue de toutes les personnes et institutions impliquées, ainsi que des lois et règles qui s'appliquent. Cela évite le raisonnement exclusivement émotionnel et impulsif » (Fortin, 2013, p. 300).

Ces étapes de l'ACS et leur application dans le programme CARE sont à mettre en lien avec l'animation d'une séance de simulation en éthique qui est pour nous un temps d'enseignement et d'apprentissage des vertus nécessaires à l'exercice de la médecine. Par la confiance dont fait preuve l'enseignant vis-à-vis de l'apprenant en soulignant ses capacités, par l'encouragement que constitue l'intérêt que l'enseignant porte aux réponses fournies par l'élève, cherchant à comprendre ses raisonnements, par l'abstinence dont le formateur fait preuve en laissant l'étudiant trouver les solutions par lui-même, il induit plus que le développement d'une capacité à raisonner par soi-même ; il fait preuve d'un respect pour la personne de l'élève, il lui fait faire l'expérience que chaque sujet a des ressources internes qu'il faut favoriser, il lui donne de ressentir des émotions positives qui sont sources de motivation et de satisfaction. L'objectif pédagogique final est que cet apprentissage par l'expérience d'être en situation un sujet désirant et pensant puisse se transférer dans la

pratique de l'élève lors de ses stages et plus tard dans la pratique professionnelle. Nous sommes fidèles à l'idée que l'enseignant est modèle de rôle vis-à-vis des élèves, qu'il établit un style de relation qui va influencer les étudiants dans leur apprentissage global de la relation. Cela est vrai en particulier de la relation avec les patients pour lequel le médecin doit jouer les pédagogues bien souvent afin de leur expliquer à un moment de l'entretien des éléments dépassant leurs connaissances. Notre hypothèse est donc qu'un transfert d'apprentissage se réalise de la relation pédagogique à la relation thérapeutique. En particulier lors de certaines séances pédagogiques l'étudiant doit pouvoir apprendre à prendre conscience de ses ressentis, à les analyser, à les partager en groupe pour les confronter à d'autres points de vue bienveillants. L'étudiant doit ici pouvoir sans entrave se positionner en tant que sujet libre et indépendant, aller contre des postures, des jugements ou des pratiques qui sont contraires à ce qu'il pense et ce qu'il ressent. Ces ressources acquises dans cette séance d'enseignement pourront se transférer en situation professionnelle. Dans sa relation avec les patients, il aura appris à être à l'écoute des attentes des personnes, respectueux de leur liberté de choix, faisant appel à leurs capacités d'élaboration et de raisonnement. C'est ce regard positif porté par le praticien sur le patient reconnu comme une personne qui pourra favoriser au décours du soin l'émergence des sujets, celui du malade, celui du médecin. On peut aller même jusqu'à affirmer que dans la relation de soin, le patient soigne le médecin, lui apprenant à être humain. Ce cercle vertueux doit être mis en place au plus tôt dans les études de médecine par l'expérience que font les étudiants auprès de leurs enseignants. Nous rejoignons ici l'objection pragmatique pour y répondre selon laquelle il serait impossible d'enseigner la vertu. C'est le paradoxe qu'expose Platon par la bouche de Socrate dans le *Ménon* (Canto-Sperber, 1991). Les personnes de bien n'ayant pas su éduquer leurs propres enfants à la vertu, la vertu ne serait donc pas enseignable. Or par son exemple de recherche de la vérité, son questionnement incessant et son humilité (puisqu'il disait savoir qu'il ne savait pas) Socrate a enseigné et ses interlocuteurs ont appris de lui à s'interroger à leur tour. Sa maïeutique est un exemple de posture apprenante qui se diffuse du maître à l'élève. La vertu s'enseigne et Socrate comme maître en est le premier exemple.

En conclusion de ces chapitres, la méditation pleine conscience et la psychologie positive ne relèvent pas d'une conception égocentrique, caractérisée par la quête de l'épanouissement personnel en excluant les autres ou en les utilisant pour atteindre cette quête. Outre un

développement personnel, elle concerne également les relations interpersonnelles et les questions sociales, voire politiques. Les différents thèmes abordés par la psychologie positive correspondent aux trois niveaux de l'être humain. Sur le plan individuel, par ces approches et ces techniques, il s'agit de développer son bien-être et son sentiment d'accomplissement, sa créativité, son sentiment d'efficacité personnelle, son estime de soi, son humour, son optimisme. Au niveau interpersonnel, ces pratiques cherchent à cultiver entre les êtres plus d'altruisme, d'amitié et d'amour, de coopération, d'empathie, de pardon. Au niveau social les attitudes courageuses, l'engagement militant, la médiation internationale sont des fruits qui peuvent jaillir de cette pratique régulière. Former des étudiants de médecine c'est leur permettre de développer des relations fortes liées à la difficulté des études elles-mêmes mais aussi des situations rencontrées auprès des patients, de leurs familles. Lors des séances pédagogiques, en ne brusquant personne, en permettant aux étudiants de faire l'expérience de la délicatesse de l'accueil, en établissant un climat de respect, de simplicité et de convivialité teintée d'humour, on souhaite créer un corps social exemplaire dans la mesure du possible. L'accueil inconditionnel de toutes les populations, les questions de service aux plus démunis (migrants, sans domicile fixe, personnes incarcérées par exemple), un rapport sain à la dimension financière que constitue l'exercice de la médecine, ces quelques questions et d'autres encore ont besoin d'être traitées dans l'enseignement sous la manière d'un éveil à l'idéal du soin selon nous. C'est proprement le cadre de l'éthique des vertus médicales qui peut permettre d'après nous cet éveil du désir à faire de sa vie une grande œuvre. Dans cette perspective il apparaît nécessaire de favoriser les relations interprofessionnelles dès les années d'études, et même et surtout de mêler dans ces formations des patients partenaires. Présentons maintenant cette compétence de collaboration qui est un des objectifs d'apprentissage des séances de simulation et qui représente un autre aspect de la dimension relationnelle du métier de médecin.

Chapitre 9 : La collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient

Lors de séances rassemblant plusieurs professions de santé il s'agit pour les étudiants de réfléchir et de s'entraîner à un agir collectif dans toutes ses dimensions : techniques, organisationnelles, éthiques. Dans le domaine de la santé, en formation initiale comme en formation continue, la formation interprofessionnelle est prônée au niveau mondial (World

Health Organization, 2010). Elle a pour objectif d'améliorer la sécurité et la qualité des services apportés aux patients dans le soin et de prévenir les conflits au sein des organisations de travail. La collaboration interprofessionnelle est abordée dans de nombreux référentiels. Pour les médecins et leur formation, le référentiel canadien CanMEDS (Frank et al., 2015) a été repris par de nombreux référentiels de compétences dans le monde. Le rôle de collaborateur y est exposé en lien avec six autres rôles : expert médical, professionnel, communicateur, leader, promoteur de santé, érudit. Sur le plan pédagogique ces référentiels sont bâtis selon une approche par compétences. On l'a dit, selon cette approche, les actions de l'apprenant sont sa principale source d'apprentissage, en contraste avec des approches par objectifs ou par connaissances, qui fondent l'enseignement sur l'acquisition de connaissances théoriques, connaissances jugées seules nécessaires pour progresser dans le parcours éducatif. Dans cette approche, la collaboration est abordée selon les cas comme « capacité » ou savoir agir élémentaire, ou comme « situation », qui fait référence au contexte et aux rôles sollicités, ou bien encore comme « critère » qui permet de définir la qualité attendue de l'action, les trois termes n'étant pas exclusifs.

En France comme ailleurs cette compétence propre à la collaboration interprofessionnelle est prônée par les autres référentiels des différents métiers de la santé. C'est le cas pour les étudiants de médecine (cf. Arrêté, 2013). Pour le métier d'infirmier la compétence neuf s'intitule : « Organiser et coordonner des interventions soignantes » (Arrêté, 2009) ou bien encore pour les masseurs kinésithérapeutes la compétence six s'intitule : « Organisation et coordination des activités de santé » (Arrêté, 2015).

D'autre part pour ce qui est de l'Université Côte d'Azur les autorités académiques appellent de leur vœu au décloisonnement des différentes filières (cf. <http://univ-cotedazur.fr/fr/innovation/plateformes-de-linnovation#.XU3j2WTfPAU>) dans une stratégie visant résolument le développement économique du territoire. Ainsi, des instituts d'innovation et de partenariat tels que « Territoire intelligent, prévention et gestion des risques », « l'Institut de la santé, du bien-être et du vieillissement » ou encore « Centre de référence défis du numérique » ont été créés, la liste n'est pas exhaustive, avec pour but de déployer des actions de recherche partenariale, de renforcer le lien entre les entreprises, les formations initiales et continues, et de promouvoir l'expertise et l'innovation au service du développement économique. L'invitation est donc forte de toutes parts de proposer aux

étudiants des temps communs d'enseignement et d'apprentissage. Cependant dans le domaine de la santé force est de constater que les étudiants s'ignorent les uns les autres et ce même lorsqu'ils sont sur un même lieu de stage. Il est très rare qu'ils soient mis en contact et réunis dans une visée d'enseignement d'apprentissage commun. Une expérimentation pédagogique intéressante est celle menée par Aiguier et ses collègues à Lille, qui organisent des séquences pédagogiques entre étudiants au sein des services de l'hôpital universitaire, leur proposant la prise en charge et l'accompagnement pluriprofessionnel d'un patient, le tout dans une perspective réflexive (Aiguier et al., 2016).

Comme le notent Gelaes, Lefebvre, Maillart, Sadzot, Misson et Bourguignon (2009) :

« Les dispositifs d'enseignement et d'apprentissage des professionnels sont habituellement organisés dans un cadre uni-professionnel, alors que la pratique s'exerce au contraire dans un cadre interprofessionnel. On peut faire l'hypothèse que l'exercice de la profession pourrait tirer profit d'une exploitation plus précoce des complémentarités de différentes formations, en mettant en interaction des étudiants de plusieurs filières dans un même processus d'apprentissage auto-dirigé » (p. 107).

Ce que les auteurs pointent ici du doigt, c'est ce cadre « uni-professionnel » de l'enseignement, cette logique des silos qui préside dans les écoles de santé. On est de fait plus souvent dans les institutions de santé comme en ville dans une logique de coopération plutôt que de collaboration. D'Amour très souvent citée dans ce champ écrit dans sa thèse de doctorat (D'Amour, 1997) :

« La collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients » (p. 5).

L'auteur insiste sur la mise en commun et le partage. La notion de collaboration est en effet différente de celle de coopération. Dans le cas d'une activité collaborative, il s'agit de travailler ensemble, c'est-à-dire d'élaborer en commun une solution issue d'une négociation et fruit d'un consensus ; au sein de l'activité les membres du groupe restent en contact régulier, les interactions sont permanentes. Un travail coopératif quant à lui consiste à opérer ensemble à l'issue d'un partage des tâches dans une juxtaposition des apports de chacun. Dans les deux cas, il peut y avoir des interactions en tant qu'elles représentent un échange

élémentaire, de courte durée. Mais la collaboration favorise les relations de par une cocréation commune de l'activité à partir d'une discussion mettant en lumière les objectifs et les représentations de chacun, une capacité à s'interroger mutuellement au cours du déroulé de cette activité. La coopération convient mieux à une activité où les opérateurs fonctionnent largement de façon indépendante et sur des tâches techniques. La collaboration est utile dans un environnement complexe c'est-à-dire subissant des contraintes multiples, un environnement très évolutif, marqué par l'incertitude. À titre d'illustration citons le travail d'une équipe de professionnels accompagnés par des chercheurs qui ensemble ont élaboré un référentiel pour une équipe interprofessionnelle œuvrant en médecine palliative (Burucoa & Parent, 2014). Dans ce domaine ce qui est en jeu c'est tout à fois d'examiner le patient, de soulager la douleur, d'anticiper une complication mais aussi de construire un raisonnement commun, de planifier des actions, d'identifier les résistances de ses collègues etc... De fait des acteurs du soin qui sont appelés à œuvrer ensemble tout au long de leur vie professionnelle peuvent être ignorants des rôles propres de chacun, surtout si à aucun moment ils n'ont été dans des processus d'apprentissage communs. Ces séquences d'enseignement communes peuvent leur permettre d'interroger les représentations qu'ils ont des autres professions de santé. Elles sont à déconstruire s'il est avéré qu'elles sont fondées sur des conceptions erronées, des stéréotypes ou des préjugés. Réunis dans le cadre d'un tel projet pédagogique les étudiants peuvent éprouver et mettre en pratique des compétences nécessaires à la collaboration telles que la communication, la planification, la coordination, la pensée critique ou l'entraide.

Cependant aborder la problématique de la collaboration sous l'angle uniquement professionnel dans le domaine de la santé n'est pas sans poser des questions. Nous avons dégagé trois modèles d'interaction entre le médecin et le patient, paternaliste (vers), néopaternaliste (pour) et celui du partenariat (avec). Nous l'avons déjà écrit, dans la logique du faire « avec » le médecin développe une écoute respectueuse des attentes du patient dans une logique d'autonomisation de ce dernier. Le patient, en particulier le patient chronique, est considéré comme membre à part entière de l'équipe de soin, c'est un soignant. Ce concept de partenariat patient-professionnel de santé est au cœur du modèle de Montréal (Pomey et al.,

2015). Comme le précise le Guide d'implantation du partenariat de soins et de services¹ (2014) issu du travail des équipes de l'Université de Montréal, celui-ci s'appuie sur le savoir expérientiel des patients que sont les

« savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (p. 14).

Parmi les enquêtes à l'origine de cette prise de conscience, celle d'Angela Coulter qui a calculé que les malades chroniques, s'ils passent en moyenne entre cinq à dix heures de soin avec leurs spécialistes par an, vont consacrer en moyenne 6 250 heures pour l'auto-soin ou le soin prodigué par leurs proches dans le même temps (Coulter, 2011), soit un rapport de 2 % pour 98 % (Boivin et al., 2017). La plupart du temps si le patient ne connaît pas les données scientifiques regardant la pathologie qui le touche, il dispose en revanche d'une connaissance précieuse, à savoir ce que c'est que de vivre avec la maladie. Le modèle de Montréal prône donc la complémentarité incontournable des savoirs des professionnels sur la maladie et des savoirs expérientiels des patients sur le vécu au quotidien avec cette maladie:

« Le patient est impliqué tout au long du processus qui le concerne comme lors de son plan de soins, les décisions étant prises en fonction de ses savoirs, ses propres valeurs et ses objectifs de vie. » (Pomey et al., 2015, p. 44).

Plus largement il s'agit d'impliquer les patients dans la formation des professionnels de santé, dans la construction du système de santé et dans l'évaluation des politiques publiques en la matière. Cela passe par la reconnaissance et le développement chez les uns et les autres de compétences mises en œuvre dans le soin. Elles ont été définies par les équipes de Montréal : le travail d'équipe, la clarification des rôles et des responsabilités de chacun, la communication, le leadership collaboratif, l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé, l'éthique clinique, la prévention ainsi que la résolution des conflits (DCPP et CIO-UdeM, 2016, p. 25). De fait au contact de cette pensée nouvelle, un changement dans le vocabulaire

¹ http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

s'opère parmi les professionnels de santé. Un exemple parmi d'autres : au terme de « prise en charge » on préfère celui de « rencontre » ou d'« accompagnement » du patient. Même s'il est couramment employé, « prise en charge » est un terme qui ne manifeste pas le côté co-constructif de la rencontre entre le patient et le professionnel de santé. L'idée de « charge » exprime un poids à porter et la lourdeur de la tâche. Prendre quelqu'un en charge signifie souvent « faire pour lui », « à sa place ». À l'inverse, accompagner, c'est observer et écouter la personne, constater et évaluer ses manques mais aussi et surtout ses compétences, travailler à leur développement en co-construction avec cette personne (Girod & Huet, 2010 ; Danancier, 2011). La collaboration doit être donc envisagée sous un angle non pas seulement interprofessionnel, mais cette compétence doit se développer dans un écosystème où le patient est au premier chef celui qui informe et qui s'informe, celui qui choisit et qui décide, celui qui enseigne et qui apprend.

Faisons un point d'étape avant d'aborder le chapitre suivant. Avec la communication, les mécanismes de défense et les déterminants d'influence nous avons présenté nos grilles d'analyse des comportements humains en tant que psychologue clinicien, selon une approche qui nous est très personnelle du fait de plusieurs influences, avec à l'origine nos études au sein de l'Université Paris Descartes et un master spécialisé « groupes et institutions », mais aussi des diplômes universitaires obtenus au sein de la Faculté de médecine de Nice. Dans cette même logique ont été présentées la médecine narrative, la méditation pleine conscience, la psychologie positive comme éléments participants à la formation des futurs médecins à la relation avec les patients. Nous avons aussi mis en avant la nécessité de proposer aux étudiants des différentes professions de santé des séquences pédagogiques les réunissant. Dans une perspective de paradigme d'apprentissage, respectueux des processus à l'œuvre chez les apprenants tels que nous les avons décrits dans le cadre d'une éthique des vertus (qui n'est pas exclusive on peut le rappeler d'autres conceptions de l'éthique), nous avons retenu la simulation selon certaines conditions comme un des dispositifs pédagogiques pour enseigner aux étudiants non pas seulement l'éthique mais à « être éthique », à agir moralement en étant orienté vers le bien des individus et le leur. En collaboration avec d'autres nous avons développé depuis sept ans plusieurs enseignements de cette nature au sein de la Faculté de médecine de Nice. C'est ce que nous nous proposons de présenter.

Chapitre 10 : Terrains d'observation et d'expérimentation

10.1. Deux terrains principaux

Faisons une brève introduction. Nous allons maintenant décrire nos deux terrains de recherche principaux. Le premier regarde les rencontres professionnelles en tant que psychologue clinicien au sein d'un CHU. Travaillant à l'hôpital nous sommes sollicités quotidiennement par les équipes pour accompagner des patients. Cela implique un partage d'informations et des discussions avec d'autres professionnels de santé pour croiser nos points de vue et être au plus près des attentes des patients. Nous sommes amenés par là même à rencontrer des externes et des internes ainsi que les médecins seniors qui les encadrent ; c'est l'occasion d'observations et d'échanges sur le plan pédagogique. Nous ne sommes donc pas ici dans un rôle pédagogique formel, comme dans un cours ou une séance de simulation ; cependant même lorsqu'elles sont informelles, les interventions pédagogiques que constituent le modèle de rôle et la supervision clinique peuvent en revanche être explicites. D'autre part nous avons un autre terrain de recherche, c'est notre clinique du point de vue du psychologue pédagogue, auprès des étudiants et des collègues, à l'intérieur d'un cadre pédagogique beaucoup plus défini.

10.1.1. Premier terrain : la clinique du point de vue du psychologue clinicien

Le psychologue aux urgences fait partie d'une équipe pluridisciplinaire. À l'hôpital, il articule au quotidien ses connaissances théoriques à la clinique et procède à une analyse de sa pratique au regard du cadre déontologique de sa profession et de son cadre éthique personnel. Nous avons présenté dans la première partie le rôle du clinicien au sein de l'institution hospitalière ; nous présentons ici sa place dans le fonctionnement institutionnel d'un service d'urgences, celui du CHU de Nice en l'occurrence.

Les activités du CHU de Nice sont réparties sur huit établissements. Depuis juillet 2015 le service des urgences se trouve à l'Hôpital Pasteur 2, dans un hôpital moderne, souffrant pourtant aux urgences d'un manque de place chronique, les brancards étant alignés dans les couloirs tout au long de l'année. Environ 800 salariés organisés en plusieurs services sont mobilisés afin d'accompagner les patients qui empruntent le chemin des urgences. Nous pouvons intervenir dans divers services, aussi bien pour accompagner des patients que pour

nous mettre à l'écoute des personnels et des équipes, voire réaliser des suivis thérapeutiques pour les membres du personnel qui en font la demande.

Les services des urgences se répartissent ainsi :

- L'accueil des urgences où se fait l'accueil du patient par un infirmier qui évalue la gravité de la situation dans laquelle se trouve le patient.
- Le Service d'accueil des urgences (SAU) propose une permanence de soin assuré par des médecins urgentistes et des équipes soignantes. Les patients y sont accueillis afin de réaliser les premiers bilans qui permettront de déterminer un diagnostic et de décider d'une prise en charge adaptée.
- L'Unité de court séjour des urgences (UCSU) reçoit les hospitalisations temporaires qui nécessitent une surveillance médicale inférieures à trois jours.
- La Médecine générale d'urgence (MGU) et la Chirurgie générale d'urgence (CGU) accueillent les patients qui nécessitent des hospitalisations plus longues.
- Le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont constitués d'agents de régulation médicale (ARM) qui prennent en charge les appels du 15 (urgences SAMU) et d'équipes constituées d'un médecin, d'un infirmier et d'un conducteur, chargées d'apporter un secours médical en urgence en toutes circonstances.

Dans ses missions le psychologue assure en premier lieu un soutien psychologique auprès des patients hospitalisés au sein de ces services. Mais aussi il accompagne on l'a dit les professionnels de santé dans le cadre de leur travail, en particulier lorsqu'ils sont en souffrance. Dans un souci de prévenir les risques psychosociaux, il participe activement à la recherche et à la mise en place de solutions face à de multiples problèmes institutionnels, ce qui se traduit par des réunions d'analyse de pratique ou par des formations en interne, pour apprendre à faire face à la violence par exemple. De fait aux urgences la violence peut être subie par les agents mais ils peuvent être aussi source de violence. On ne peut pas taire cette réalité. Le psychologue constate au quotidien une maltraitance symptomatique que subissent un nombre non négligeable de patients à l'hôpital. La notion de maltraitance ordinaire regroupe des actes de négligence quotidienne comme faire des toilettes trop rapidement, ne pas répondre aux appels des personnes, servir des repas trop tôt ou ne pas respecter les

rythmes de chacun pour le lever et le coucher. C'est aussi lors d'entretiens médicaux de l'indifférence, de l'agressivité, de l'autoritarisme qui sont autant d'atteintes à la dignité de la personne du patient. La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé est liée aux comportements inadaptés de certains professionnels mais aussi à l'organisation des établissements. C'est du moins la conclusion de l'étude dite « Compagnon » qui a fait date, étude commandée par la Haute Autorité de Santé. Réalisée en 2008, l'étude a été fondée sur une analyse qualitative de témoignages de patients et de proches, complétée par des entretiens avec des professionnels. Au total, 59 écrits ont été analysés et des entretiens réalisés avec 23 personnes. Ces témoignages provenaient de personnes hospitalisées ou de leur entourage et relataient le vécu d'hospitalisation dans des établissements de différent type (court séjour, MCO, psychiatrie, etc.) (Compagnon & Ghadi, 2009). Ce sont ces constatations de terrain qui nous ont entraîné des urgences et des formations aux personnels du CHU vers la faculté de médecine. Nous écoutions les patients se plaindre des rapports délicats qu'ils entretenaient avec certains personnels paramédicaux, qui eux-mêmes disaient souffrir de l'attitude de certains médecins. En effet en interrogeant et en formant les infirmiers et les aides-soignants, nous nous sommes rendu compte qu'un de leur souci majeur était les difficultés de communication qu'ils rencontraient avec bon nombre de médecins. De là notre implication progressive dans la formation des étudiants par le biais du centre de simulation de la faculté.

Présentons maintenant l'histoire de l'enseignement de l'éthique par la simulation à Nice et les différentes actions de formation au long des années d'étude à laquelle nous sommes associés.

10.1.2. Deuxième terrain : la clinique du point de vue du psychologue pédagogue

Un psychologue peut participer selon ses compétences à la formation des étudiants de médecine. Nous présenterons d'abord la genèse du projet de formation à la relation des étudiants en médecine par la simulation puis les différents cours dispensés.

10.1.2.a. La genèse des cours d'éthique par simulation à Nice

Un centre de simulation s'est ouvert au sein de la Faculté de médecine à Nice en 2008 sous l'impulsion du Pr. Benchimol, doyen et chirurgien digestif. Le projet initial date de 2006 et s'intégrait dans le cadre d'une convention avec l'Université d'Harvard signée avec Jim Gordon, responsable du centre de simulation de cette université. Les Pr. Levraut et Fournier sont en charge alors du projet et le centre une fois créé est certifié par *l'American College of*

Surgeons (ACS) en 2012. En même temps que l'aménagement de ce centre, au sein de l'hôpital, des initiatives se font jour, impulsées au niveau national par la Haute Autorité de santé (HAS) sous l'influence d'un rapport dirigé par le Pr. Granry sur la simulation (Granry, 2012). Le centre de simulation est jusque-là orienté vers des apprentissages techniques et biomédicaux. Une étape est franchie le 3 juillet 2014. Ce jour-là a lieu à la faculté de médecine une séquence pédagogique de plusieurs heures sous l'égide à la fois de l'Agence régionale de santé (ARS), du CHU et du Pr. Baqué, doyen depuis 2013 : « Le théâtre au service de l'annonce de la mauvaise nouvelle et du dommage. » C'est la chef de projet au service développement de la certification à la HAS, madame Véronique Ghadi qui fait en personne le mot d'introduction. Durant trois heures et demie, se succèdent des professeurs de médecine qui endossent sur scène leur propre rôle face à des comédiens qui jouent quant à eux le rôle des patients devant une assistance composée de professionnels de santé. Sont annoncés successivement un décès en réanimation médicale, un diagnostic grave en cancérologie et une perforation colique au cours d'une endoscopie. La communication sur cet événement annonce que « la pédagogie de tels ateliers repose sur le réalisme absolu d'une situation clinique, ainsi le médecin volontaire joue son propre rôle avec comme partenaire « patient » un comédien formé spécifiquement. » (<http://unice.fr/faculte-de-medecine/actualite/toute-actualite/2013-2014>). Outre le fait de sensibiliser à la problématique et la « gestion des annonces » (c'est le vocabulaire employé, d'allure très managériale), l'objectif est de présenter les pratiques de communication dans la relation entre patients et professionnels de santé et d'« analyser, questionner, confronter ses propres pratiques en matière d'annonce », (<http://unice.fr/faculte-de-medecine/actualite/toute-actualite/2013-2014>). Cet événement s'est conclu par l'intervention du Pr. Amalberti, professeur de physiologie et d'ergonomie, conseiller sécurité des soins à la HAS. A partir de cette initiative conjointe du CHU et de la faculté de médecine, on peut dire que l'impulsion a été donnée pour imaginer et mettre en place des séances de simulation ayant pour objet l'enseignement et l'apprentissage de la relation entre le médecin et le patient au sein de notre faculté.

Le CHU de Nice se veut par ailleurs à la pointe du travail sur la démarche qualité qui vise à réduire les risques auxquels sont exposés les patients, ceci en application de l'article L.6111-2 du code de la santé publique (2009) qui stipule que les établissements de santé doivent élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la

sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. En 2013, la HAS lance dans cette dynamique un Projet d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (PACTE) auquel sont associés directement les professeurs Granry et Amalberti. En effet on a pu constater que le facteur humain a une place non négligeable dans les erreurs médicales, comprises au sens large, subies par les patients. Une étude souvent citée rapporte en particulier que sur 9000 événements indésirables analysés en 2011 dans la base HAS de l'accréditation des spécialités à risque, environ 26 % des causes retrouvées sont liées au fonctionnement de l'équipe de soins. Et parmi ces causes, 35 % sont dues à des problèmes de communication entre professionnels (HAS, 2013). Nice s'engage alors à travers trois équipes (la réanimation médicale, le pôle dialyse et le pôle des urgences), sur 18 au total dans le premier groupe de « pionniers » qui vont chercher à intégrer cette démarche au sein de certains services de santé en France. De par l'expérience tirée des simulations mises en place au sein de nos services par le Pr. Fournier, responsable de la pédagogie au sein de la faculté de médecine et PU-PH aux urgences, quelques membres des urgences de Nice proposent à la HAS que le pôle des urgences intègre le projet. Nous-même y participons en tant que référent au sein d'un binôme.

L'objectif général du projet PACTE est de promouvoir on l'a dit la qualité et la sécurité des soins en améliorant le travail d'équipe. Les unités qui participent au projet choisissent des agents pour former une équipe pluriprofessionnelle qui, dans un premier temps, définit les points forts et les points faibles du travail en équipe au sein de cette unité. Les priorités d'action et les objectifs à atteindre sont proposés par les agents eux-mêmes. Des formations spécifiques sont organisées avec pour objet le « *Crisis resource Management* » (CRM) ou « *Team training médical* », qui comporte la communication, la non-punition de l'erreur, la collaboration interprofessionnelle et le leadership (CRM Santé, 2013).

C'est ainsi, à partir de cette expérience et de façon concomitante, que nous avons répondu au souhait du doyen, le Pr. Baqué, de renouveler l'enseignement de l'éthique au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Nice, où les cours étaient désertés par les étudiants. Titulaire d'un DU d'éthique de la Faculté de médecine de Nice et membre du département d'éthique et de sciences humaines de cette faculté, nous sommes devenus chargé d'enseignement au sein du centre de simulation de la faculté de médecine. À ce titre, nous avons eu la possibilité de proposer et de coordonner des enseignements à plusieurs niveaux

durant toutes les années du cursus de médecine de la deuxième année à la sixième année dans ce domaine encore en chantier de l'enseignement des sciences humaines par le biais de modules recourant à des pédagogies actives. En effet malgré les efforts du Département d'éthique et de sciences humaines pour dispenser des cours magistraux de qualité ainsi que des temps d'analyse de cas éthiques, ces cours souffraient et souffrent encore aujourd'hui d'être dispensés dans des amphithéâtres quasiment vides. Il y a certes le peu de valorisation de ces enseignements au sein des évaluations et plus encore la difficulté d'évaluer ces connaissances par le biais de questionnaires à choix multiples, comme tel est le cas. Il y a aussi, c'est un fait, du dédain affiché par certains étudiants pour ces matières jugées périphériques voire sans rapport avec la médecine. Il y a encore des dispositifs pédagogiques trop magistro-centrés, donnant trop peu de place à l'étudiant dans ses apprentissages, où pourtant il a des représentations et des habitus déjà ancrés. Ainsi, des séances de simulation mettant en jeu des dilemmes éthiques ont commencé à être proposées depuis 2014 au sein de la Faculté de médecine. Cependant, malgré ce lien originel entre la simulation avec le département d'éthique et sciences humaines, force est de constater qu'il n'y a encore aujourd'hui ni cohérence ni ce que nous pourrions appeler « d'alignement pédagogique » entre les cours magistraux en sciences humaines et les séances de simulation et ce malgré nos efforts pour établir une approche programme cohérente. Cette notion d'alignement pédagogique, dans son énoncé *princeps*, est due à Biggs (1996 ; 2014), psychologue de l'éducation, connu pour ses travaux sur l'évaluation de la qualité des résultats d'apprentissage. Elle désigne la congruence à mettre en place entre les finalités pédagogiques poursuivies, les dispositifs curriculaires et pédagogiques, et enfin les dispositifs d'évaluation. Respecter l'alignement pédagogique est essentiel pour ancrer chez les étudiants les apprentissages car, si ce n'est pas le cas, ils perçoivent fortement les incohérences au sein d'un programme d'enseignement et le peu de coordination entre les enseignants ; cela entame leur confiance dans l'institution chargée de l'enseignement et représente une dissonance majeure entre ce qui est présenté sur le plan théorique et ce qui s'affiche dans le concret. Il n'est donc pas si aisé d'introduire des séances d'enseignement et d'apprentissage de l'éthique par simulation au sein d'une faculté, en coordination avec les enseignements magistraux. Jusqu'à aujourd'hui ce type de formation peut apparaître comme une entité à part, peut-être parce qu'elle n'a fait pas l'objet d'une évaluation dans le cadre de partiels ; l'introduction de

nouvelles modalités d'évaluation comme les Examens cliniques objectifs structurés (ECOS), qui sont des mises en situation relevant du dispositif pédagogique qu'est la simulation, peut être l'occasion, à certaines conditions, de promouvoir ce type d'enseignement.

Il convient peut-être ici de clarifier les différents niveaux d'intervention pédagogique qui sont les nôtres et par là-même de stabiliser les termes employés : cours, module, dispositif, séance, technique, etc. Une ingénierie de formation désigne un ensemble de démarches méthodologiques que sont l'analyse des besoins de formation et la conception des modules pour y répondre (le tout faisant l'objet d'un scénario de formation), ainsi que la mise en œuvre de ces modules et enfin l'évaluation des effets de cette formation. Ces modules de formation traitent d'un sujet donné (comme l'éthique médicale) et disposent (du moins cela est souhaitable) d'un volume horaire conséquent ; ils sont constitués de séquences d'activités pédagogiques. Chaque séquence vise un nombre restreint d'objectifs pédagogiques spécifiques qui sont précisés dans le syllabus en même temps que le lieu et le temps de travail des apprenants, les dispositifs ainsi que les documents associés, les technologies éventuellement mises en œuvre, et enfin la méthode d'évaluation des apprentissages, que ce soient des connaissances ou des compétences, ou les deux. Parmi les dispositifs on trouve par exemple le cours magistral, la simulation ou encore le stage. Une séquence peut par exemple se dérouler sur une journée, où les enseignants peuvent avoir recours à plusieurs dispositifs, et où un même dispositif peut faire l'objet de plusieurs séances au long de la journée ; ce peut être le cas pour la simulation. Enfin dans ses objectifs, une séance de simulation peut avoir pour visée des apprentissages essentiellement techniques, au sens de techniques biomédicales comme l'intubation ou le massage cardiaque ; les techniques de communication sont souvent rangées dans les apprentissages « non-techniques » par les référentiels, car de fait ils ne nécessitent pas d'artefacts ni de machines. Cette description doit cependant être nuancée. Certaines ingénieries de formation sont sous-tendues par l'idée que chaque séquence vise un objectif pédagogique spécifique et qu'il faudrait donc, au minimum, autant de séquences que d'objectifs, dans une perspective d'inspiration très behavioriste et marquée par la pédagogie par objectifs. Au contraire, dans une perspective d'APCi, en lien avec une conception socioconstructiviste, on cherche à atténuer le découpage ou le morcellement des contenus et des apprentissages. Le principe de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisé conduit

à envisager des situations et des expériences d'apprentissages contextualisées, à partir de tâches (ou situations-problèmes) complètes, complexes et signifiantes.

10.1.2.b. Le déroulement d'une séance de simulation

Avant de présenter les séquences de formation au long des années d'étude décrivons brièvement comment se déroule une séance type de simulation pour ces enseignements touchant les compétences relationnelles.

En amont des séances, des objectifs pédagogiques suffisamment clairs, précis et simples sont établis. Pour faire suite aux nuances précédemment apportées, la notion d'objectif mérite une approche critique. Ces présupposés sont différents que l'on soit respectivement dans une pédagogie par objectifs ou dans une approche pédagogique par compétences. En particulier des objectifs formulés en lien avec des énoncés de type « conduite à tenir », comme c'est souvent le cas, peuvent apparaître comme antinomiques avec la notion même d'éthique, en niant la possibilité d'un choix. Ces objectifs pédagogiques peuvent être travaillés par les formateurs et la séance répond alors à la mise en pratique de notions déjà abordées sur un plan théorique. On peut aussi travailler les « capacités éthiques » en concevant la simulation comme une opportunité d'expérience au cours de la séance, et à partir de laquelle vont s'effectuer des apprentissages contextualisés. Quand la simulation est conçue avant tout comme exercice d'application (ce qui est le cas par exemple en deuxième année des études médicales dans notre faculté), les étudiants peuvent être sensibilisés en amont aux outils nécessaires pour une écoute active. Nous utilisons pour cela nous l'avons dit la grille de Calgary-Cambridge, que nous résumons sur le plan didactique en huit points, que nous appelons les huit colonnes de la communication : créer l'espace de la rencontre, se présenter, regarder dans les yeux et sourire, poser des questions ouvertes et fermées, faire silence, reformuler, réaliser une synthèse.

De façon générale la durée des séances de simulation varie entre une heure trente et deux heures durant lesquelles se déroulent un ou deux jeux de rôle. Les groupes réunissent une dizaine de stagiaires ainsi qu'un à deux animateurs. Au début de la séance c'est d'abord un temps de présentation de chacun afin de faire connaissance. Les étudiants souvent ne connaissent pas les animateurs, dans certains cas il y a des étudiants d'autres professions, infirmiers, cadres, psychologues... On utilise alors un *ice breaker* pour favoriser les

sentiments de bienveillance et de plaisir à se réunir pour apprendre ensemble. Cela consiste habituellement à demander à chacun, après avoir décliné son prénom et son lieu de stage ou d'activité, de nommer un de ses traits de caractère ou bien l'humeur du moment ou d'autres choses encore comme son film préféré. Cela ne semble rien mais en fait la physionomie du groupe s'en trouve changée. Au lieu d'avoir la déclinaison froide et impersonnelle des « caractéristiques administratives » des uns et des autres, chacun aborde les membres du groupe comme une personne dont on connaît désormais des éléments plus intimes, plus personnels comme : « *Je suis toujours en retard* », « *j'aime bien rigoler* », « *j'aime le chocolat et mon chat* », « *je suis perfectionniste* », « *je suis stressé* », etc. L'autre, jusque-là tout à fait inconnu prend immédiatement un visage psychologique, une dimension personnelle, une épaisseur humaine. Un autre de ces *ice breakers* (réalisé dans des séances longues de trois heures) consiste à mettre les étudiants de professions différentes en binôme pour se présenter mutuellement l'un à l'autre chacun pendant cinq minutes. Ensuite chacun va présenter l'autre à partir des notes qu'il a prises ou de ce qu'il a retenu de l'entretien. À travers ces exercices nous visons à ce que les étudiants apprennent à établir rapidement les conditions d'un échange avec le patient, écouter l'autre sans l'interrompre, s'intéresser à l'entièreté de sa vie, utiliser l'outil de la reformulation, faire aussi l'expérience de la prise de parole en public... Ce temps d'échange fait alors lui-même l'objet d'un débriefing.

À l'issue de cet exercice de prise de contact nous donnons le déroulement de la séance puis nous garantissons confidentialité et bienveillance, nécessaires gages de la confiance que les étudiants nous font en se prêtant à l'exercice. C'est l'objectif même du prébriefing de poser le cadre d'apprentissage. C'est un moment essentiel car il garantit la sécurité psychologique des apprenants ; il est l'illustration et la mise en acte de ce que nous proposons aux étudiants de réaliser avec le patient : poser un cadre externe (l'espace de la rencontre) et interne (la déontologie professionnelle) qui soit clair et acceptable. Il s'ensuit un temps de relaxation issu des méthodes de méditation pleine conscience que nous avons déjà présentées afin de permettre à chacun de se recentrer sur lui-même, de prendre conscience de son état émotionnel et psychique et de ses sentiments, dans l'ici et maintenant.

Nous présentons ensuite rapidement le scénario et nous demandons à des étudiants de se porter volontaires pour jouer. Suivant les scénarii on demande aux acteurs d'être ce qu'ils sont dans leur vie (étudiants en médecine) et ils jouent alors leur rôle propre ou bien de s'imaginer

dans leur rôle de futur praticien. Après que les étudiants se sont répartis les rôles et les fonctions, ceux qui seront « acteurs » sont « briefés » par les animateurs. Il est important de ne pas faire un briefing directif mais d'interroger plutôt les acteurs volontaires. On part ainsi des représentations de chacun d'eux dans cette situation donnée. Nous reprenons donc le scénario avec ces acteurs volontaires (précisions, objectifs, stratégie de communication...). Sur le plan technique, afin de faciliter l'immersion de ces acteurs dans leur rôle, on s'est préoccupé en amont du soin à apporter aux éléments matériels éventuellement nécessaires (chariot d'urgence, tenues de travail...) et de la préparation des lieux (décor recréant une chambre de malade ou un domicile...).

Dans chaque groupe la scène est alors jouée. Nous invitons les observateurs, c'est-à-dire tous ceux qui ne jouent pas, à prendre des notes. Les acteurs sont ensuite débriefés ou plus précisément c'est l'activité située qu'ils ont produite en contexte semi-authentique qui fait l'objet du débriefing suivant un canevas (cf. Annexe 5). Ce temps de débriefing est conduit par le ou les animateurs mais implique aussi les observateurs. L'insistance est mise sur un renforcement des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être des stagiaires afin de valoriser tout au long du processus leurs acquis et leurs compétences. L'animateur est là avant tout pour susciter la parole, pour poser des questions sur les émotions mobilisées, sur les processus de pensée qui ont conduit les acteurs à interagir ainsi. Il ne s'agit pas de juger de bons ou de mauvais comportements mais d'interroger le cheminement de l'acte, acte tout à la fois pétri de volonté de bien faire, de stress lié à la présence des observateurs, de réactivation d'éléments refoulés et inconscients parfois. C'est tout cela qu'on investigate dans le débriefing car c'est ce qui est à l'œuvre dans la relation de soin et qui influence la qualité de l'échange et l'émergence d'une confiance mutuelle dans l'interaction entre le patient et le professionnel de santé. On permet donc aux étudiants d'exploiter leurs maladresses, leurs résistances, leur ignorance pour favoriser leurs progrès. Cette approche peut paraître quelque peu déroutante, voire contradictoire. La préoccupation sur le processus, le questionnement est d'inspiration assez cognitiviste, d'une part ; l'accent mis sur le savoir-faire, le renforcement et le training, d'autre part, est d'inspiration plus behavioriste (même si nous n'utilisons pas de check-list pour cocher les items d'une communication suffisamment bonne). Enfin la parole donnée aux apprenants est d'inspiration sociocognitiviste. En fait la séance s'adapte au niveau des apprenants qui est très divers au sein d'une même promotion. Parfois d'une séance à l'autre,

avec des groupes d'étudiants successifs de même année, avec l'un il faut revenir aux fondamentaux de la communication, les huit points évoqués plus haut. Avec un autre groupe le jeu de rôle donne l'occasion d'aborder des questions proprement médico-légales. Avec un troisième groupe ce sont les quatre principes de l'éthique qui émergent. Et avec un quatrième les mécanismes de défense sont interrogés par le groupe tant du côté des patients que des professionnels de santé... Notre objectif fondamental est de favoriser chez les étudiants une démarche réflexive, une capacité à s'interroger sur les comportements qu'ils observent ou qu'ils produisent au regard de l'écho interne et émotionnel que suscitent ces situations.

Au terme de la séance, une synthèse finale permet à chacun de dire ce qu'il retient de la formation et pour les formateurs de compléter l'enseignement par des éléments plus théoriques ou des pistes de lecture. Il ne faut pas se méprendre. Tous les apprentissages ne se font pas extemporanément durant la séance de simulation puisque ce que nous souhaitons mettre en œuvre ce n'est pas un apprentissage standardisé mais une démarche réflexive.

10.1.2.c. Les enseignements à la relation et à l'éthique médicale par simulation

Dans cette présentation des méthodes, après avoir exposé les cadres conceptuels mobilisés puis le contexte de nos développements opérationnels, nous allons décrire la planification des enseignements de l'éthique et les dispositifs mis en place. En toute rigueur nous aurions dû documenter et analyser tous les effets, les impacts et les retombées de ces dispositifs dans nos parties consacrées aux résultats et à la discussion. Nous avons cependant pris le parti dans la présentation de certains modules d'enseignement de parfois exposer a minima des résultats et de discuter des raisons de l'évolution de certains formats de cours. Nous avons fait ce choix évidemment discutable car l'ensemble de ces points tous rassemblés ne nous semblaient pas pouvoir constituer en eux-mêmes un exposé suffisamment cohérent et fourni.

Le tableau suivant permet de présenter synthétiquement ces enseignements :

Année	Nb d'heures	Objectifs d'apprentissage	Dispositif pédagogique	Intervention du psychologue
1ere année PACES	8h	Connaissances réglementaires et enjeux philosophiques	Cours magistraux	Non
2eme année	2h	Communication : écoute active et annonce du diagnostic	Cours magistral	Oui
2eme année	2h	Sensibilité éthique	Médecine narrative	Oui
2eme année	3h	Ecoute active et sensibilité éthique	Simulation	Oui
3eme année Service sanitaire	40h	Entretien de prévention primaire et collaboration interprofessionnelle	Apprentissage par projet	Oui
4eme année	1h30	Communication : décision médicale partagée	Simulation	Oui
4eme année	1h30	Sensibilité éthique et réflexivité	Médecine narrative	
4eme année	1h30	Résolution de dilemme éthique : faire face au refus d'un acte médical	Simulation	Oui
5eme année	1h30	Accompagnement d'un patient souffrant d'une maladie chronique et collaboration interprofessionnelle	Simulation	Oui
5eme année	1h30	Transmission d'informations et collaboration interprofessionnelle	Simulation	Oui
4eme et 5eme année	6h	Relier la démarche clinique et les compétences relationnelles	Classe inversée, théâtre-forum, débat mouvant, témoignages de patients partenaires	Oui
Internes (médecine générale, psychiatrie, hématologie)	4h	Entretien d'annonce, accompagnement d'un patient chronique, collaboration interprofessionnelle	Simulation, World café, débat mouvant, Abécédaire, médecine narrative	Oui
DU art du soin en partenariat avec le patient	84h	Reconnaissance de la complémentarité des savoirs entre le patient et le professionnel de santé	Simulation, médecine narrative, Cinématique	Oui

Tableau 2 : Tableau des enseignements aux compétences relationnelles.

Présentons maintenant ces enseignements à la relation de soin au sein de notre faculté de médecine. Dans le contexte de la parution du décret de 2013 (Arrêté, 2013) relatif à l'apprentissage des compétences des étudiants de médecine et de renouveau de la pédagogie, il nous a paru important de proposer une sensibilisation à la dimension relationnelle du soin le plus tôt possible dans les études. En première année des cours théoriques sont dispensés dans une unité d'enseignement intitulée à Nice « Santé, société, humanité » qui regroupe aussi bien l'histoire des pratiques soignantes et la notion de progrès en médecine, les aspects éthiques liés à la vie et à la mort, la psychologie médicale ainsi que l'éthique et la déontologie médicales, plutôt abordées dans leurs aspects législatifs et réglementaires, avec la présentation de la charte du malade en particulier. Les problèmes éthiques liés à la vie et à la mort comme l'euthanasie, l'acharnement thérapeutique et les greffes, les aspects éthiques de la recherche clinique ou encore les questions soulevées par la génétique, sont présentés sous des aspects là encore plutôt légaux. Pour résumer sa pensée le Pr. Grimaud, en charge d'une grande partie des cours d'éthique, a coutume de dire que ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique. On peut comprendre la nécessité d'appuyer les situations médicales discutées dans le cadre de ces enseignements sur des bases cliniques suffisamment solides, et de bien connaître la jurisprudence en situation de dilemme éthique, il n'en demeure pas moins qu'on peut risquer de réduire l'éthique à une série de raisonnements dans une conception par trop positiviste de la science. La méthode expérimentale et sa réduction à l'aspect mesurable de la réalité appréhendée peut laisser de côté des éléments essentiels de la vie humaine considérée cette fois-ci sous un angle qualitatif. Il est révélateur aussi que, selon le témoignage d'un enseignant, lorsque celui-ci aborda les dimensions philosophiques de la mort, faisant appel à la philosophie d'Emmanuel Levinas, un quart des étudiants assis dans l'amphithéâtre se levèrent car la partie législative ayant été traitée, ils avaient le cours qui pouvait faire l'objet de questions au concours d'entrée de la PACES.

Ce n'est donc qu'en deuxième année que commencent ces enseignements interactifs sur les sujets relatifs à la relation de soin. A l'origine, ce sont les séances d'Attestation de formations aux gestes et soins d'urgences (AFGSU) qui nous ont poussés avec l'équipe du Centre d'éducation aux soins d'urgence (CESU) à imaginer des apports nouveaux aux traditionnels gestes de secourisme. Par le biais de jeu de rôle où des gestes d'urgence sont appréhendés (brûlure grave, hémorragie, etc.), on peut apprendre à se présenter, à évaluer l'état émotionnel

du patient, à écouter ses demandes etc... Ces formats de cours ont duré deux ans, de 2015 à 2016, mais un changement de format de cours (ils sont redevenus entre temps des cours magistraux) nous ont amené à proposer un autre type d'enseignement. Il s'agit désormais d'un module de quatre heures, très interactif, avec de l'analyse de vidéos sur la communication où sont présentés les huit points essentiels déjà abordés pour développer une relation de confiance. À l'issue de ces deux premières heures, deux autres heures de médecine narrative sont proposées pour aborder la question des émotions avec les propositions d'écriture qui ont été présentées plus haut. Au cours du mois de novembre sont organisées deux séances de simulation animées par des psychologues afin de mettre en pratique les techniques fondamentales de la communication.

En troisième année depuis l'année universitaire 2018-2019 les étudiants doivent réaliser, avec d'autres étudiants en santé (maïeutique, soins infirmiers, chirurgie dentaire, massage kinésithérapie) un Service sanitaire (SESA) qui consiste en une semaine d'interventions auprès d'enfants, d'adolescents, d'étudiants ou de populations vulnérables pour les sensibiliser à différents risques, comme ceux entre autres liés à une mauvaise nutrition, à l'absence d'activité physique, à une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou encore à la consommation de Produits psychoactifs (PPA). Ces interventions de prévention conduites par des étudiants ont un objectif d'enseignement et d'apprentissage clairement affirmé par le ministère de la Santé (ministère de la Santé et des Solidarités, 2018):

« Les expériences analogues menées dans d'autres pays à moindre échelle montrent l'efficacité de ces interventions sur l'acquisition par les étudiants de compétences, promesse d'une transformation de long terme de l'action des professionnels de santé. »

Dans ses objectifs généraux le texte du ministère précise qu'outre le développement de la compétence à mener des actions de prévention primaire et de promotion de la santé auprès de tous les publics, le SESA doit permettre de « favoriser l'autonomie des étudiants dans le cadre d'une pédagogie par projet et renforcer le sens de leur engagement dans leurs études. » (2018). C'est aussi l'occasion pour eux de découvrir un travail de groupe entre étudiants de différentes professions de santé et donc d'apprendre à collaborer.

Dans le cadre de ce SESA un médecin addictologue du département de santé publique du CHU et nous-même depuis deux ans proposons un module de formation à une centaine

d'étudiants en soins infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et de médecine sur le thème des PPA. Ces étudiants réalisent ces actions de prévention sur pas moins de 25 campus, écoles, instituts rattachés à l'Université Côte d'Azur, que ce soit en faculté d'économie, de lettres ou de sports, en école de sage-femme, d'ingénieur ou de commerce, dans des Instituts universitaires de technologie (IUT) ou dans des résidences universitaires. Ces étudiants découvrent en décembre l'architecture de ce module d'enseignement et d'apprentissage. Ce module comprend quatre séquences distinctes, l'acquisition des connaissances, la phase d'immersion, la phase de préparation et le stage. Les étudiants commencent par une phase d'acquisition de connaissances par e-learning, avec huit cours de deux à trois heures chacun, alternant des vidéos les sensibilisant à la problématique des addictions, des textes qu'il faut lire et résumer, des cours magistraux sonorisés de courte durée et des quiz leur permettant de vérifier où ils en sont dans leurs apprentissages. Ils prennent connaissance des travaux de leurs pairs et en font un *feed-back* en petit groupe, tout cela à distance et sous forme numérique.

On peut remarquer que jusque-là cet enseignement, au-delà du côté technologique, est en fait bien conventionnel sous couvert d'apprentissage par projet, puisque l'on confie à la phase préliminaire de e-learning la fonction d'outiller les étudiants en connaissances théoriques avant de les exposer à des expériences d'apprentissage pratiques. Dans un apprentissage par projet authentique, l'immersion des étudiants dans l'expérience du projet à conduire serait première ; ils exploiteraient et mutualiseraient leurs ressources (leurs connaissances antérieures) et les objectifs d'apprentissage seraient identifiés de façon émergente, au fil de l'eau, à partir des questions non résolues. C'est le cas aussi dans l'apprentissage par problèmes.

Quoi qu'il en soit les cours par e-learning alternent avec des séances en présentiel où sont abordées les questions restées en suspens et où on utilise des dispositifs pédagogiques interactifs comme le débat mouvant, *le world café*, la simulation d'entretiens de prévention primaire en binôme entre étudiants, les entretiens étant enregistrés et débriefés en grand groupe, ou encore les simulations d'entretien par le biais du théâtre-forum afin d'ancrer les connaissances en les rappelant, en les discutant et en les critiquant.

Présentons rapidement ces dispositifs pédagogiques qui viennent d'être cités. Le débat mouvant favorise la prise de parole en public, chacun devant argumenter pour ou contre la

proposition débattue. Le *world-café* permet de travailler en groupes tournants, les étudiants construisant au fur et à mesure des cartes heuristiques. Les cartes heuristiques sont essentiellement des diagrammes arborescents, mais pas forcément hiérarchiques (les cartes conceptuelles à la différence représentent quant à elles l'organisation de données plus complexes liées en réseaux, sans forcément disposer d'un seul centre). Dans les cartes heuristiques, on part d'un seul concept, placé au centre de la carte (sous forme de mot-clé ou d'images) et les idées sont catégorisées (mais pas forcément) alors que dans les cartes conceptuelles, plusieurs idées de même importance peuvent se côtoyer. Les séances de théâtre-forum quant à elles sont inspirées du théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal (Boal, 1996). Augusto Boal (1931-2009), écrivain et metteur en scène, a inventé cette forme de théâtre tout d'abord en réponse à la répression politique qui s'abattait alors sur le Brésil, son pays d'origine. Ici :

« les spectateurs interviennent directement dans l'action dramaturgique, la jouent et la modifient. Dans les scènes proposées par les acteurs, un des protagonistes (l'opprimé) est remplacé par un spectateur (étudiant). Celui-ci entre en scène en reprenant l'action en cours et introduit dans le jeu sa proposition scénique. Les autres acteurs doivent s'adapter à cette nouvelle situation et envisager « à chaud » toutes les possibilités. » (Bonnaud-Antignac et al., Grenier, Mouzard & Amar, 2009, page p. 511).

Certaines études (Kumagai et al., White, Ross, Purkiss, O'Neal & Steiger, 2007) (Saint Cricq, 2017) considèrent que cette méthode interactive est une méthode d'apprentissage et de réflexion de la communication médicale et de la relation médecin-patient efficace. De fait les étudiants prennent beaucoup plus facilement la parole face à une caricature et ils acceptent de monter sur scène pour proposer leurs stratégies pour dénouer une situation difficile.

A l'issue de cette période les étudiants d'un même groupe réalisent une journée complète d'immersion sur leur futur lieu d'intervention, appelé lieu de stage. Le but est triple. Il s'agit d'abord de déterminer les besoins et les attentes des étudiants qu'ils vont rencontrer. Il s'agit aussi de connaître leur population cible au regard des risques et des stratégies de réduction de ces risques telles qu'elles sont déployées par ces étudiants. Enfin les stagiaires ont à déterminer les pratiques relatives à la consommation de PPA de cette population cible. Les stagiaires du SESA peuvent faire passer des questionnaires pour ce faire, interroger les étudiants sur les campus ou dans les écoles, le tout en coordination avec le référent de stage

dans l'institution qui les accueille. Les étudiants du SESA sont invités à mettre noir sur blanc tout ce qui caractérise le lieu d'intervention, son organisation quotidienne, ses ressources matérielles et humaines, ses canaux de communication, ses actions de préventions déjà organisées. Tout cela fait l'objet d'un premier pré rapport qui s'intégrera dans le rapport final. Le groupe de stagiaires propose à l'issue une stratégie de communication à mettre en place préalablement à leur intervention (affiches, réseaux sociaux, Bureau des étudiants (BDE) etc.). On enseigne ainsi aux étudiants en santé à être à l'écoute des personnes qu'ils rencontrent dans le cadre d'une action de prévention, de partir des représentations de cette population et de déconstruire leurs propres représentations. On met aussi en lumière la dimension située de tout exercice d'une compétence. Il y a des différences significatives entre un stage réalisé dans une école de soins infirmiers, où les étudiants connaissent les risques liés au PPA et qui eux-mêmes interviennent déjà dans des actions de prévention (mais qui ne sont pas pour autant des étudiants qui ne consomment pas, on y trouve par exemple autant de fumeurs que dans la population générale (Porrovecchio, Di Francesco, Ladner, 2018) et un stage effectué auprès d'étudiants d'une école d'ingénieur ou d'une école d'art, moins sensibilisés *a priori* aux questions touchant à leur propre santé.

La phase de préparation comporte 36 heures au mois de février, à quelques semaines de l'intervention proprement dite. Les étudiants doivent entre eux élaborer, organiser, écrire et présenter un projet de prévention des risques avec une méthodologie d'intervention détaillée et précise, justifiant les objectifs visés (par exemple sensibiliser une population aux risques liés au protoxyde d'azote) aussi bien que le recours à tel ou tel dispositif d'animation (barnum avec *flyers* sur un campus, quiz dans des amphithéâtres, concours d'affiches dans une école d'art etc.). Des sessions en présentiel sont organisées pour aider les stagiaires dans la conception de ces actions. Une fiche par action à réaliser est à présenter dans le projet, avec à chaque fois la nécessité de préciser la façon dont la population cible sera acteur de sa propre prévention. Tout cela est noté et participe à hauteur de moitié à la note d'évaluation finale des apprentissages des étudiants. Le stagiaire est aussi évalué par le référent de stage sur son implication dans la préparation des actions avec la structure d'accueil, sur sa présence et sa ponctualité, son attitude appropriée, sur sa réactivité face aux situations imprévues rencontrées. Finalement la simulation tient une place importante dans la préparation des

étudiants car elle représente un temps privilégié de synthèse et d'opérationnalisation des connaissances.

À partir de la quatrième année commence l'externat. Les externes ont la moitié de leur temps d'apprentissage qui est constitué par les stages à l'hôpital. Ils ont désormais un contact direct avec les patients. Participant au recueil des données cliniques, ils sont supervisés pour cela par un senior ou par un interne. Dès le début de l'externat, les étudiants viennent en stage aux urgences. Pour les préparer à ces premières « prises en charge » ou mieux « rencontres » avec les patients, nous proposons aux étudiants en septembre des séances de simulation de une heure trente par groupe de dix, encadrés par des médecins urgentistes et des infirmiers en alternance avec des ateliers de suture, de « plâtre », d'hygiène, d'examen clinique et de médecine narrative. Le format de ces séances est typiquement celui que nous avons présenté plus haut, dans l'exposé d'une séance de simulation type. Dans les salles du centre de simulation de la faculté les étudiants jouent des scènes endossant soit leur rôle propre d'étudiant, soit celui du patient. Nous avons retenu deux situations à forte charge émotionnelle pour l'étudiant. Pour le premier cas, il s'agit de proposer à une femme âgée de réaliser un examen invasif. Pour le second scénario, l'étudiant est face à un homme de 30 ans qui consulte suite à une rupture de préservatif. L'objectif est d'apprendre à élaborer une décision médicale partagée avec le patient, dans l'écoute de ses attentes, le respect de son intimité et de sa liberté.

Durant la quatrième année d'étude une autre séquence a lieu, avec une séance de simulation, encadrée à la fois par des médecins et des membres de l'Espace Éthique Azuréen. Il est intéressant de bénéficier de la participation de ces personnes, enseignants de philosophie, cadres infirmiers, médecins.... Ils interviennent dans ces séances, habitués au sein des réunions des comités d'éthiques des différentes unités à la résolution de dilemmes. Durant trois ans, de 2015 à 2017, nous avons accueilli des étudiants de théâtre de la Faculté des lettres de l'Université de Nice, qui viennent d'un campus distinct, car à Nice, les campus ne sont pas concentrés en un seul lieu, ce qui ne facilite pas la communication entre les disciplines. Ces étudiants étaient encadrés par leurs enseignants de pratique théâtrale et ont joué les patients et leur famille. Désormais, ce sont des étudiants en soins infirmiers de troisième année qui jouent ce rôle. En effet, sous la conduite de leurs professeurs, les étudiants de théâtre avaient tendance à jouer les scènes de façon caricaturale et outrée, ce qui

pouvait nuire au réalisme que nous recherchions. Par ailleurs, la présence d'étudiants infirmiers permet des échanges entre étudiants dans un temps d'enseignement et d'apprentissage commun. Il y a cependant un risque : lorsqu'ils jouent le patient ou la famille, ces étudiants infirmiers n'ont pas la « naïveté » et l'ignorance habituelle de la majorité des patients sur les sujets médicaux et cela peut transparaître dans leur jeu et biaiser leurs réactions et leurs discours. En l'occurrence il s'agit de jouer le refus d'un acte médical; or ces étudiants ont déjà potentiellement observé les attitudes de leurs référents de stage et des médecins dans ce type de situation. Ils peuvent être enclins à accepter un peu trop facilement les arguments du médecin dans la scène, mais aussi à ne pas suffisamment interroger l'utilisation d'un jargon médical dans les explications. Le scénario choisi ici est celui d'un patient de 71 ans, adressé pour une plaie au pied droit. En fait, il s'agit d'une cellulite dont le point de départ est un mal perforant plantaire. Le patient a de très lourds antécédents mais est tout à fait capable de discernement. Il refuse l'amputation. Il s'estime très diminué et souhaite rentrer mourir sans souffrir chez lui. Les enjeux éthiques sont massifs dans des situations de ce type. Ils ne peuvent cependant pas être discutés sans faire référence au préalable aux éléments biocliniques de la situation, à savoir les possibilités thérapeutiques, les alternatives possibles, les bénéfices et nuisances de chacune des alternatives, même si ce n'est pas directement l'objet de cet enseignement. Le risque si l'on ne procédait pas ainsi serait d'aborder la délibération éthique comme une capacité « hors sol ». Un autre risque serait de faire de l'éthique et plus largement des « compétences relationnelles » un cache-misère qui masquerait le défaut de compétence. Qu'on le veuille ou non il persiste dans l'esprit de beaucoup d'enseignants (et d'étudiants) une forme de dualisme. On utilise des « cas cliniques » comme prétexte pour s'occuper, à part, des capacités relationnelles et éthiques. Dans une mise en œuvre cohérente des principes de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisé, et de ceux de l'approche par compétences intégrées, il peut y avoir des moments (et des dispositifs relativement ponctuels) où l'on s'occupe préférentiellement de telle ou telle ressource, à la condition qu'il existe aussi des moments et des dispositifs intégrateurs.

Les questions qui se posent ici sont l'importance de la volonté du malade, de la responsabilité du médecin et de la capacité de faire face à la discordance des avis au sein de la famille. Du côté des objectifs pédagogiques spécifiques à l'éthique, dans une perspective principiste, l'autonomie du côté du patient et la bienfaisance du côté du médecin sont en jeu. Du point de

vue des vertus, celles de prudence, de bienfaisance, de justice peuvent être travaillées dans cet exercice. Il s'agit de tenter de résoudre le conflit dans une discussion qui permette des prises de position différentes chez les étudiants. Certains seront plus sensibles que d'autres à la nécessité de traiter le patient, tandis que d'autres pourront privilégier le respect de son choix, au point de paraître indifférents à la situation aux yeux des premiers. Les animateurs sont là pour permettre l'échange, devenant par là même des modèles de communicants, respectueux des opinions de chacun. À travers ces échanges, l'expérience du débat éthique et « l'exposition » à ces modèles de rôle, nous avons pour objectif de développer ainsi ces capacités d'écoute, de communication, de réflexion chez les apprenants.

L'axe de la collaboration interprofessionnelle est abordé en cinquième année. Deux formats sont possibles, l'un réunissant avec les externes des étudiants infirmiers de troisième année, l'autre des étudiants masseurs-kinésithérapeutes. Avec les étudiants en soins infirmiers il s'agit de rencontrer conjointement un patient chronique. Le cas proposé est celui d'un adolescent de 15 ans, diabétique depuis l'âge de 7 ans, qui a cessé son traitement et qui a été hospitalisé pour décompensation acidocétosique de son diabète. Hospitalisé en endocrinologie après un passage en réanimation, il rencontre un médecin et un infirmier du service. Les étudiants jouant le rôle du médecin et de l'infirmier ont pour objectif de faire le point avec l'adolescent et sa famille et d'envisager ensemble la suite. Une autre séance réunit des étudiants masseurs-kinésithérapeutes et les étudiants de médecine pour apprendre à transmettre des informations d'un praticien à l'autre. Un premier scénario a pour objet une jeune fille à l'attitude scoliotique, souffrant de dorsalgies et d'asthme. Suivie par un kinésithérapeute depuis quelques semaines, elle relate ne pas prendre régulièrement son traitement de fond pour l'asthme. Elle décrit aussi un mal-être, à la fois une difficulté à se situer familialement entre un frère et une sœur, tous deux brillants, et un rejet de son corps. Le kinésithérapeute prend contact avec le médecin généraliste afin d'échanger sur la conduite à tenir face à cette mauvaise adhésion au traitement et au profil psychologique de la patiente qui semble en grande souffrance. Le second scénario présente un patient souffrant d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade deux, hospitalisé à domicile. Il est très aidé au quotidien, bénéficiant de personnel de maison habituel et d'une aide-soignante ce qui lui ôte toute nécessité de faire le moindre effort. Ce dispositif semble ancrer le patient dans une spirale du déconditionnement contraire aux objectifs de réhabilitation. Là encore les

professionnels vont échanger leurs points de vue et imaginer une stratégie d'accompagnement multidisciplinaire qui pourra être discutée avec le patient.

D'autres enseignements, même s'ils ne sont pas nés dans une logique d'enseignement à la pluriprofessionnalité, sont devenus au fil du temps aussi des lieux pour travailler cette notion. C'est le cas de la « Clinique du Galet » du nom de l'amphithéâtre où ces enseignements ont lieu. Émanant du doyen, cette proposition témoigne de son souhait régulièrement répété de proposer aux étudiants une formation à l'éthique médicale tout aussi nécessaire selon lui que l'apprentissage du raisonnement clinique. On s'aperçoit ici que le processus de planification curriculaire à Nice comme ailleurs relève en partie, voire beaucoup, de démarches volontaristes des responsables institutionnels qui, au fond, s'inscrivent dans le cadre d'arguments d'autorité. Il n'y a pas (encore) aujourd'hui un consensus de la communauté enseignante autour de l'APC en tant que cadre de référence pédagogique, ni de formation de ces enseignants à des techniques de pédagogie participative par exemple, à quelques très rares exceptions.

Cette séquence pédagogique se déroule en deux temps. Elle a pour objectif pédagogique justement de relier la démarche clinique et les compétences relationnelles. À l'attention des externes, deux séances d'une heure sont programmées sur le mois pendant l'année universitaire de novembre à avril, ce qui fait douze séances en tout. La première semaine un groupe de trois externes présente un cas observé et traité dans le service où ils sont en stage. Ils sont donc chargés de rencontrer le patient, d'analyser le dossier et d'établir une synthèse (symptomatologie, diagnostic différentiel, traitement...). Dans une approche par pédagogie inversée, ces étudiants préparent un dossier de type ECN (Epreuves classantes nationales) dans cette spécialité et deviennent ainsi les enseignants de leurs pairs pour une heure. Pour gommer toute passivité éventuelle, les étudiants ont mis en place un système de questions-réponses en temps réel en recourant à une Technique de rétroaction en classe (TRC) sur *smartphone* qui permet aux externes qui ont préparé le sujet d'identifier les réponses erronées chez leurs camarades, de chercher à comprendre le pourquoi de ces erreurs et de reprendre alors avec eux leur raisonnement clinique. Ils peuvent être aidés pour cela par les professeurs présents. Il a été montré que l'usage d'une TRC favorise l'interaction en classe en encourageant la contribution de chaque élève en la partageant instantanément avec toute la classe (Kim, 2019). Des études en effet ont démontré l'amélioration sous certaines conditions

des apprentissages en proposant des formes d'évaluation plus variées que celles des systèmes classiques de réponse du public (Guarascio et al., 2017). Il s'agit ainsi non pas de comptabiliser le nombre d'erreurs par réponse proposée mais de partir de ces erreurs pour interroger les étudiants sur leur raisonnement. L'exercice se veut empreint de bienveillance et d'écoute des étudiants pour éviter les remarques telles que « *Vous êtes en quatrième année et vous ne savez pas ça !* » ou bien la transformation de l'exercice en un cours magistral du professeur ou du chef de clinique de la spécialité présents.

La deuxième semaine a pour objet des éléments de communication, de psychologie et d'éthique. A l'origine nous avons tenté de recourir comme dispositif pédagogique à des séances de simulation en grand groupe. Des comédiens d'un théâtre de la ville jouaient le rôle du patient et de sa famille dans un scénario élaboré à partir de l'analyse de la situation clinique, telle que les trois externes la semaine précédente l'avaient présentée. Un metteur en scène était d'ailleurs présent lors de la séquence biomédicale pour recueillir un maximum d'informations. L'idée était de contextualiser ici les objets de la première semaine sur les activités de la deuxième semaine. La formation impliquait des enseignants de médecine. Durant la séance ils devaient réaliser avec le patient simulé et sa famille un entretien comme ils le mènent au quotidien. Telle est du moins la consigne qui leur était donnée. Et de fait, au sortir de l'exercice, ils estimaient régulièrement qu'ils s'étaient exprimés comme ils l'auraient fait pour un véritable patient. Ces professeurs ont démontré un réel courage et une vraie humilité à accepter d'être ainsi interrogés, critiqués sur leurs techniques de communication et leur positionnement, leur manière d'être avec le patient. Si ces seniors ont des qualités de communication éprouvées, ils exposent cependant leurs mécanismes de défense habituels, paternalisme bienveillant pour certains, fausse réassurance pour d'autres, etc...

Les étudiants étaient demandeurs de telles séances, apportant eux-mêmes les thèmes qu'ils souhaitaient voir traiter. Ils ont ainsi formulé les demandes suivantes : savoir se présenter ; la posture physique de l'étudiant dans la communication ; communiquer avec les enfants ; communiquer avec les personnes âgées présentant des altérations des fonctions cognitives non accompagnées ; communiquer avec des patients confus ou en intoxication aiguë d'alcool ; aborder un événement tragique dans la vie du patient au cours de l'interrogatoire ; l'interrogatoire et l'examen clinique avec des patients de l'âge de l'étudiant ; l'annonce de la suite des investigations ou de l'hospitalisation ; les informations transmises à la famille du

patient ; la confrontation à la mort car l'annonce d'un décès d'un compagnon de chambre incombe parfois à l'étudiant. On le voit ces sujets touchent à la fois les champs médico-légaux et éthiques, mais ils relèvent aussi de la communication et de la psychologie. Ces thèmes témoignent des besoins et des attentes des étudiants qui se sentent souvent démunis en stage où ces questions sont rarement abordées sous l'angle de l'enseignement.

Des limites à l'emploi de ce dispositif pédagogique sont cependant apparues. Le non jugement n'est pas simple à mettre en œuvre dans un amphithéâtre lorsqu'il s'agit d'entrer en relation avec un patient, fût-il simulé. Dans une culture médicale où l'erreur est largement montrée du doigt et stigmatisée, des remarques à l'emporte-pièce peuvent être émises, le plus souvent sous une forme ironique. Pour le psychologue qui anime la séance, il faut reconnaître qu'il est difficile de débriefer un jeu de rôle avec les acteurs face à un large public. Pour les étudiants et pour l'animateur, il n'est pas facile d'interroger et de critiquer, même avec des précautions oratoires, les prestations des professeurs. Tout ceci faisait que l'exercice manquait de dynamisme, d'échanges, que les étudiants demeuraient finalement assez figés. Ce format de cours mis en œuvre dans une première version de 2015 à 2019 a été désormais abandonné et en 2020 l'équipe pédagogique a proposé des séquences renouvelées. Tout d'abord, nous avons proposé à des patients partenaires et à des étudiants en sciences infirmières de nous rejoindre pour apporter leur point de vue et favoriser les échanges. Nous souhaitons que la complémentarité entre médecins, infirmières et patients dans le soin puisse aussi apparaître dans les raisonnements et les débats. Pour la partie relative aux sciences humaines et sociales, les six séquences sur ce thème ont désormais des formats différents. Elles peuvent prendre la forme de témoignages de patients ; nous pouvons aussi proposer des séances de médecine narrative faisant appel aux expériences de soin vécues par les étudiants ; nous proposons encore des « débats mouvants » et des séances de théâtre-forum.

D'autres enseignements encore ont connu des évolutions. C'est le cas de ceux destinés aux internes de médecine générale et aux étudiants infirmiers. À partir de l'internat, les enseignements dépendent de chaque département au sein de sa spécialité. Pour l'instant nous intervenons au sein des Départements d'hématologie, de soins d'urgences, de psychiatrie, de chirurgie pédiatrique et de médecine générale. Ce dernier enseignement, pensé en 2015 par une équipe rassemblant des cadres de deux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les enseignants du département de médecine générale, a voulu dès l'origine résolument

associer la pluriprofessionnalité et la présence de patients dans la formation. Nous avons considéré que la formation initiale était un moment opportun pour que de futurs collaborateurs puissent se rencontrer autour de situations de soins emblématiques et construire un socle commun de savoirs à partir de cette expérience. Les objectifs étaient de faire émerger leurs représentations croisées, de développer leurs capacités relationnelles dont l'attitude empathique et l'écoute active, et d'inciter au travail collaboratif. Nous avons donc mis en place en 2015 deux séquences qui rassemblaient les promotions d'internes de médecine générale avec les étudiants infirmiers des instituts de formation du CHU de Nice et de la Croix-Rouge française (CRF). Nous avons choisi de faire jouer aux étudiants deux situations emblématiques : premièrement la prise en charge de soins palliatifs à domicile dans le cadre d'une pathologie cancéreuse et deuxièmement la proposition émanant d'une équipe d'un établissement de Soins de suite et de réadaptation (SSR) d'un passage en EHPAD pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Après avoir proposé aux étudiants de première et de deuxième année d'internat une séance de simulation de trois heures durant deux années consécutives, nous avons ensuite évolué vers un format d'une journée rassemblant tous les étudiants, en insistant sur la création d'un climat de confiance et de convivialité entre eux. Nous avons constaté qu'une demi-journée était trop courte pour permettre aux étudiants de faire connaissance et d'échanger. Nous avons donc proposé deux séances de simulation sur la même journée, avec l'idée que cela pouvait être un facteur de progression dans les apprentissages. Une originalité aussi de ce dispositif consistait en la présence de patients ou d'aidants appartenant aux associations France Alzheimer et La Ligue contre le Cancer. Ils ont apporté ce qu'ils vivaient au quotidien et l'impact que peuvent avoir certaines attitudes, certaines expressions dans la bouche des professionnels de santé. Les aidants de France Alzheimer jouaient leur propre rôle s'ils le souhaitaient. Sur le plan émotionnel cependant cela était difficile à vivre pour certains car ils revivaient là, avec des jeunes professionnels non aguerris et donc parfois maladroits, une situation douloureuse déjà vécue. Souvent pourtant, leur témoignage était la possibilité pour les étudiants de découvrir ce que vivent les familles dans ces circonstances. Pour les patients souffrant d'un cancer, le scénario de l'annonce ou de l'accompagnement en soins palliatifs d'un patient simulé était chargé de beaucoup d'émotions, même s'ils n'étaient bien sûr qu'observateurs. Mais les patients souhaitaient tout de même participer à ces séances dans un but d'enseignement.

Nous avons finalement abandonné ces séances de simulation. En effet, elles n'étaient pas forcément plébiscitées par tous les étudiants car il y avait une différence trop importante qui ressortait dans les jeux de rôle en termes d'expérience clinique entre les internes et les étudiants d'IFSI. Même s'il est vrai que lorsqu'on recourt aux étudiants comme source d'information dans une démarche d'évaluation de programme il faut aller bien au-delà du recueil de leur opinion et de leur satisfaction, les retours mitigés et des séances parfois houleuses entre étudiants infirmiers et internes en médecine (où ces derniers se sentaient injustement critiqués dans les débriefings sur des attitudes ou des éléments de communication défailants) nous ont convaincu qu'il fallait faire évoluer la formule. Par ailleurs les patients, comme nous l'avons signalé, ne trouvaient pas complètement leur place.

Il nous a semblé alors plus pertinent que les étudiants puissent s'interroger d'abord sur les représentations des professions de santé de chacun et sur ce que peut représenter la collaboration interprofessionnelle, avant de les mettre en situation de simulation. Pour cela nous utilisons désormais deux dispositifs pédagogiques que nous allons détailler. Le premier est une technique d'écriture de définition intitulée « technique de l'ABCDAire ». Les objectifs de cette méthode de *brainstorming* sont de permettre, en un temps très rapide et ludique, la prise de conscience des différences des vécus et des représentations des uns et des autres, de démontrer à chaque professionnel de santé qu'il a des idées préconçues sur les autres catégories professionnelles avant même d'être dans les situations de travail collaboratif. Concrètement les étudiants travaillent par petits groupes d'appartenance professionnelle sur les premières lettres du mot qui désigne l'autre profession. Ainsi, les étudiants infirmiers travaillent à partir de quelques lettres du mot « médecin » et les internes, celles du mot « infirmier ». Après association libre de chacun sur ces lettres, les mots qui ont jailli font alors l'objet d'une discussion dans le groupe pour ensuite faire l'objet d'un consensus. Quatre à cinq mots permettent alors au groupe d'écrire une définition de l'autre profession. Voici quatre exemples de définitions écrites par les étudiants (nous soulignons les mots choisis par le groupe pour écrire la définition) :

1. « le médecin imbu de sa personne établit le diagnostic d'une maladie en collaboration avec l'équipe nécessaire pour soigner le patient » ;

2. « un médecin pose des diagnostics en vue de traiter les maladies. Il a un rôle de coordination des soins et délivre les informations. Il peut être empathique mais également narcissique » ;
3. « l'infirmier est un interlocuteur à l'écoute, nécessaire dans un réseau de professionnels de santé pour favoriser le maintien à domicile mais de plus en plus fatigué par ses conditions de travail » ;
4. « les infirmières interagissent avec et en équipe. Elles n'ont pas que le rôle de nursing ou de délivrance des médicaments, elles sont réactives et permettent de faire ce que l'on ne sait pas ou on ne peut pas faire ».

On le voit les infirmiers ne sont pas tous tendres avec les médecins. Tout l'intérêt est d'interroger les auteurs de ces définitions critiques et de chercher à comprendre l'origine de telles représentations. On a découvert ainsi que le fait de ne pas être salués le matin par les médecins seniors dans les services pouvait susciter chez les étudiants infirmiers ce type de jugement. Là où cela devient intéressant c'est que les internes leur expliquent à leur tour que lorsqu'ils étaient externes ils n'étaient pas non plus salués par les médecins, qu'ils ont donc eu à subir le même sort, le même sentiment d'indignité. Le partage de ces expériences permet de désamorcer ces représentations empreintes de jugement et de défiance vis-à-vis d'une profession tout entière.

Nous complétons ensuite cette prise de conscience par la rédaction commune des rôles et compétences de chaque profession afin de travailler la notion de collaboration. Nous utilisons pour cela une autre technique, celle du « *World café* », avec l'élaboration de cartes heuristiques. En fait c'est l'occasion pour les étudiants d'expérimenter *in vivo* à travers une tâche la collaboration pluriprofessionnelle sur cette question précisément. Nous procédons ici en termes de leurre pédagogique pour les amener à faire l'expérience de la collaboration. C'est un des points essentiels du débriefing final en grand groupe. Quatre cartes sont réalisées à partir des questions suivantes : « *quels sont les rôles et missions du médecin généraliste ?* » ; « *quels sont les rôles et missions de l'infirmier ?* » ; « *qu'est-ce qui permettrait de favoriser la collaboration entre l'infirmier et le médecin généraliste ?* » ; « *quelle est la place du patient partenaire dans la création et le développement de son projet de santé ?* ».

Ces évolutions ont été plébiscitées par les étudiants qui ont rempli des questionnaires de satisfaction très encourageants, même si la majorité n'a pas valeur de loi. Plus fondamentalement il apparaît que la simulation n'est pas toujours forcément la réponse la plus adaptée à l'apprentissage de la collaboration pluriprofessionnelle, du moins en première intention. Il peut être intéressant de travailler en amont avec les étudiants sur les représentations et les compétences propres ou partagées et de leur faire expérimenter par là le contenu de l'enseignement dans une forme de mise en abyme.

Enfin, parmi les formats d'enseignement auxquels nous participons et dont le Département de médecine générale est à l'initiative avec d'autres acteurs, il y a une formation, ouverte aux étudiants volontaires, qui a pour objectif la reconnaissance de la complémentarité des savoirs entre le patient et le professionnel de santé sous la forme d'un DU, le DU de l'art du soin en partenariat avec le patient. Créé en 2017 il est ouvert de façon originale tout à la fois à des étudiants de médecine, des professionnels de santé et des patients chroniques ou aidants proches. C'est un enseignement mêlant des âges différents et de la pluriprofessionnalité dans le paradigme du partenariat patient-professionnel de santé. L'équipe pédagogique comprend outre des patients, un étudiant de médecine, des médecins, un anthropologue, un psychologue.

Au sein de ce DU plusieurs dispositifs pédagogiques sont proposés. De nouveau la simulation apparaît comme un temps certes privilégié, mais qui ne peut se suffire à lui-même. Pour ce qui est des connaissances, des références bibliographiques sont données avant chaque séquence pédagogique ainsi que des liens vers des conférences filmées. Les étudiants en font des synthèses qui alimentent un portfolio. L'évaluation finale se fait à l'aide de ce portfolio comportant ces traces d'apprentissage et leur analyse personnelle ; pour l'étudiant, c'est un journal de bord où sont consignées les traces de son travail pendant la formation : travaux intersessions, prise de notes, synthèses, réflexions, questionnements, analyse de situation, références, autres documents ou supports... C'est un outil de formation qui rend compte du chemin parcouru, du développement de sa pensée, de sa transformation tout au long du cursus.

Parmi les dispositifs pédagogiques on trouve des séances de médecine narrative et de « narration simulée ». L'équipe pédagogique s'est aussi inspirée de l'enseignement du Pr. Céline Lefève à l'Université Paris Sorbonne Cité (UPSC) « Humanités médicales », une formation en éthique à partir de films, ouverte aux étudiants de médecine des universités Paris

Diderot, Paris Descartes et Paris 13 (Lefève, 2015). Nous proposons donc nous aussi des séances de « Cinéthique » à partir de grands films documentaires ou de fictions.

Nous projetons pour chaque thème un film qui lui correspond :

- sur le thème « devenir soignant », nous projetons *Barberousse* (Kurosawa, 1965, 3h05) ;
- sur le thème de la fin de vie : *C'est la vie* (Améris, 2001, 1h54) ;
- sur le thème de « ne pas nuire » : *Knock* (Lefranc, 1951, 1h38) ;
- sur le thème de l'écoute : *Journal intime* (Moretti, 1993, 1h41)
- sur le thème de la décision partagée : *Haut les cœurs*, (Anspach, 1999, 1h50) ;
- sur le thème de la souffrance du soignant : *La maladie de Sachs* (Deville, 1999, 1h47) ;
- sur le thème de la souffrance du patient : *Bienvenue à Gattaca* (Niccol, 1997, 1h48) ;
- sur le thème de la souffrance des proches : *Flore* (Lièvre, 2014, 1h35) ;
- sur le thème de la précarité : *La sociale* (Perret, 2016, 1h24) ;
- sur le thème de l'administration et de l'humanisme : *Dr. Patch* (Shadyac, 1998, 1h55) ;
- sur le thème des nouvelles technologies : *Un monde sans humains* (Borrel, 2012, 1h37) ;
- sur le thème des thérapies complémentaires : *Mon Docteur indien*, (Brook, 2013, 1h24) .

Partir d'un film permet des échanges sur les personnages et les situations qui nous ont touchés ou qui nous ont posés question. C'est une autre manière d'aborder les émotions du professionnel de santé et du patient en témoignant pour chacun de ce qu'il a ressenti, c'est encore un moyen de favoriser le travail de groupe et d'amener à une réflexion sur sa pratique présente ou future. De par cette rencontre entre des étudiants de médecine avec des internes qui débutent dans le métier et des médecins qui ont pour certains plus de trente ans d'expérience, avec la présence d'autres professionnels de santé et de patients, il s'ensuit des échanges intenses, des confrontations fécondes. D'un côté on a des étudiants qui sont entrés dans une famille, un corps (le corps médical) et qui arrivent avec des expériences personnelles du soin, des représentations sur le métier de médecin, un idéal aussi. De l'autre, on a des médecins pétris d'expérience, de tact, de sensibilité, qui témoignent d'un émerveillement et d'un questionnement face à ce que leur vie professionnelle leur a permis de vivre comme relations et comme rencontres. Il y a une édification mutuelle, un rajeunissement des anciens

au contact des plus jeunes, un élan et un enthousiasme transmis par les aînés à leurs jeunes collègues. La présentation peut sembler quelque peu idyllique mais années après années la joie et les changements de comportement dont témoignent tous les apprenants qu'ils soient étudiants ou enseignants ne se démentent pas.

Porté par le doyen de la faculté et inspiré de l'expérience du modèle de Montréal, l'objectif de ce DU est d'irriguer la formation de l'ensemble des étudiants de la faculté en créant un écosystème où les patients partenaires formés au sein de ce DU participeront à la fois à l'enseignement et à l'apprentissage, à la recherche et à la gouvernance de notre faculté. Ce DU constitue en quelque sorte un laboratoire expérimental préliminaire. Il permet pour l'instant à quelques étudiants de partager avec des patients et des professionnels de santé leurs interrogations et leurs expériences autour du soin. Le but est d'introduire ce nouveau paradigme dans le curriculum régulier des étudiants en médecine.

10.2. Cadre d'opérationnalisation

Le terrain de notre recherche est double, il s'agit à la fois d'un Centre Hospitalo-Universitaire et d'une faculté de médecine. Cependant même si nous travaillons à l'hôpital en tant que clinicien, nous ne sommes jamais loin d'une perspective d'enseignement et d'apprentissage, du fait de l'accompagnement que nous réalisons de six à huit stagiaires psychologues par an qui sont directement aux prises avec notre clinique, que nous supervisons quasi au quotidien, qui à la fois rencontrent les patients des urgences et participent à nos activités d'enseignement auprès des étudiants de santé (nous donnons des cours par ailleurs en faculté de psychologie). Nous réalisons ainsi un enseignement par compagnonnage auprès d'eux. La reprise de certains de leurs travaux de recherche dans cette thèse est le témoignage de cette collaboration et de cette réciprocité comme de cette intrication entre la clinique et l'enseignement. Régulièrement avec les médecins seniors chargés d'encadrer les étudiants de médecine, externes ou internes, nous échangeons et nous-mêmes rencontrons ponctuellement ces étudiants pour faire le point sur leurs ressentis, leurs attentes, leurs difficultés pendant le stage. Nous réfléchissons donc ensemble avec certains professeurs ou des praticiens hospitaliers sur la manière dont nous dispensons nos enseignements et nous discutons avec les assistants et les collègues sur des cas pratiques. Cela peut devenir même un sujet essentiel de conversation au sein de nos disciplines. Nous cherchons ainsi non seulement à améliorer notre

propre enseignement ; nous augmentons aussi la probabilité que nos collègues tiennent compte de notre travail dans la conception de leurs cours au sein du programme que nous partageons (ce que l'on nomme l'approche programme au sein d'une équipe enseignante). Nous sollicitons encore l'avis des étudiants de la faculté par le biais des élus de médecine par des contacts directs, ou de tous les étudiants par des questionnaires en ligne à la suite des séances. Nous utilisons ainsi ce que nous apprenons sur leurs apprentissages comme des données qui justifient ou exigent ce que nous devons faire évoluer dans nos pratiques d'enseignement. Ces démarches réduisent le risque d'être isolé et permettent de faire appel à des ressources toujours nouvelles grâce encore à des échanges sur le plan international que permettent les congrès, les DU etc. De fait nous considérons qu'en tant qu'enseignant nous devons non pas simplement maîtriser suffisamment notre objet de savoir (la psychologie clinique en l'occurrence mais aussi des notions de communication et d'éthique) mais aussi savoir comment l'enseigner pour favoriser des apprentissages adéquats chez les apprenants.

Dans ces situations simultanément didactiques et pédagogiques nous cherchons donc à faire preuve d'une approche professionnelle eu égard à notre enseignement plutôt que nous disposons d'une expertise dans l'enseignement. L'enseignement diffère de l'érudition ou de la recherche académique. Cela se révèle en particulier par le statut différent du « problème » dans ces champs. Dans l'érudition et la recherche, le fait d'avoir un « problème » est au cœur du processus d'enquête ; c'est la genèse même de l'activité de production du savoir. En revanche dans l'enseignement avoir un « problème » avec ses étudiants est quelque chose dont on ne se vante pas. Poser (avec bienveillance il s'entend) des questions à un collègue au sujet d'un problème dans ses recherches sera bien vécu et l'intéressera sûrement ; cela lui permettra d'avancer dans sa production du savoir. Interpeller un enseignant sur un problème relatif à son enseignement lui-même sera probablement vécu comme une accusation en incapacité pédagogique (Bass, 1999, p. 1).

Le paradigme dans lequel s'inscrit ce type de recherche nous semble être celui du *Scholarship of Teaching and Learning* (SOLT). Le SOLT est un instrument servant à reconnaître la valeur de l'activité d'enseignement et la variété des approches professionnelles (Rege Colet et al., 2011) que Langevin (Langevin, 2007) traduit par « expertise de la pratique et de la recherche dans l'enseignement et l'apprentissage à l'université ». Cette définition rend compte des

multiples composantes de la fonction de professeur universitaire. Boyer (2016), celui à qui l'on doit le concept de SOLT en dégage quatre :

« [Boyer] propose une relecture de la notion d'expertise ou de *scholarship* pour identifier quatre composantes à l'origine de son modèle de référence, dont la première est la découverte (*scholarship of discovery*), soit la production de nouvelles connaissances à travers la recherche. L'intégration des connaissances est la deuxième composante qui vise (*scholarship of integration*) l'utilisation et la synthèse de la connaissance à travers les publications, alors que l'application de la connaissance concerne le transfert (*scholarship of application*) de la connaissance vers la société civile à travers l'expertise et la consultation. La dernière composante est l'enseignement (*scholarship of teaching*), centré sur la transformation et la transmission de la connaissance » (Rege Colet et al., 2011, p. 96).

Boyer a développé cette perspective pour montrer que, sous certaines conditions, il y a une manière méthodique de développer des pratiques d'enseignement qui s'apparente à une activité scientifique et qui n'est pas, à cet égard, une production de moindre qualité. La perspective distingue trois niveaux dans un continuum : d'abord bien enseigner (c'est-à-dire, par exemple, organiser des contacts entre enseignants et étudiants, organiser la coopération entre les étudiants, créer les conditions d'un apprentissage en profondeur et qui ait du sens, fournir rapidement de la rétroaction aux étudiants, consacrer du temps à la tâche d'enseignement, formuler des attentes élevées, respecter les différentes manières d'apprendre) ; ensuite, enseigner de façon savante (c'est-à-dire planifier explicitement les activités d'enseignement et d'apprentissage, adosser ses choix pédagogiques à des cadres conceptuels et à des données issues de la recherche en éducation, participer à des conférences et des ateliers dédiés à l'enseignement et à l'apprentissage, partager avec des collègues ses réflexions sur les activités d'enseignement et d'apprentissage, lire et exploiter la littérature en pédagogie universitaire et en éducation médicale) ; enfin contribuer à la production de savoirs relatifs à l'enseignement ayant une portée générale (répondre à des appels d'offres de travaux financés concernant l'enseignement et l'apprentissage, présenter des contributions à des ateliers, séminaires ou conférences en pédagogie universitaire et en éducation médicale, publier des articles en pédagogie universitaire et en éducation médicale, documenter l'impact d'interventions pédagogiques, évaluer méthodiquement et systématiquement l'impact des innovations pédagogiques implantées). Le dernier niveau exploite des approches et des

méthodes similaires à celles utilisées en recherche aussi bien quantitatives que qualitatives (Vajoczki et al., 2011).

Si le SOLT est une démarche de questionnement circonstancié et systématique sur les apprentissages des étudiants afin d'améliorer pour l'enseignant ses pratiques pédagogiques, il inclut la communication publique sur cette recherche ou ce questionnement. À la différence de la recherche en éducation dont les résultats se veulent plus généralisables, transposables à d'autres contextes ou disciplines, les résultats des recherches suivant cette démarche sont très contextualisés et localisés, ce qui limite les généralisations (Rege Colet et al., 2011). Il se trouve que notre objectif à travers ce travail sur l'enseignement et l'apprentissage de l'éthique au sein de notre faculté au moyen de la simulation, est de réaliser une recherche en examinant de manière suffisamment systématique notre pratique d'enseignement, aidé en cela par notre matière, la psychologie, en sachant que la plupart des cadres théoriques et conceptuels de la recherche éducative proviennent des sciences sociales, la psychologie et la sociologie. De fait les méthodes propres au SOLT sont familières des outils de recherche comme l'analyse documentaire, l'analyse comparée, les entretiens, les enquêtes avec analyses multivariées, l'analyse conceptuelle, la phénoménographie, les approches critiques, les approches par genres, les histoires de vie et l'autobiographie (Rege Colet et al., 2011, p. 96). Regardant la question des cadres conceptuels et théoriques de ces recherches Hutchings et Taylor Huber (Hutchings & Taylor Huber, 2008) s'interrogent sur l'intérêt d'opposer les approches inductives et déductives. Ils estiment que l'élaboration d'un cadre conceptuel peut résulter d'une réflexion profonde sur la pratique professionnelle et l'enseignement. De fait dans la perspective du SOLT

« L'enseignement d'un enseignant universitaire professionnel est alimenté par la recherche sur l'enseignement ainsi que par les apports de la didactique dans sa discipline et les théories relatives à l'apprentissage. Il s'efforce d'analyser et de réfléchir sur sa propre pratique enseignante et s'engage, ce faisant, dans une analyse critique de son enseignement. »
(Rege Colet et al., 2011, p. 94).

Or sur le plan universitaire, ces recherches sur la relation duale entre processus d'enseignement et processus d'apprentissage, qui caractérise les situations pédagogiques et didactiques, deviennent un enjeu de publication selon des critères scientifiques stricts. Le danger est qu'alors le savoir scientifique (ou le savoir à enseigner) reprenne le pas sur le

savoir pédagogique (ou le savoir pour enseigner), limitant cette démarche proche du terrain et des praticiens, destinée à l'origine à améliorer les pratiques. De là

« toutes les formes de recueil de données sont pertinentes et ne devraient pas se limiter exclusivement à des plans expérimentaux et à l'analyse quantitative, ceux-ci s'appliquant mal à l'enseignement. » (Rege Colet et al., 2011, pp. 99-100).

Cherchant à mieux comprendre et analyser les liens entre l'enseignement proposé dans nos séances de simulation et l'apprentissage à agir éthiquement en situation de soin, nous avons procédé à une série d'observation et d'entretiens. Ce que nous allons maintenant présenter est notre méthodologie de recherche dans la perspective du SOLT, la manière dont nous avons exploité ces terrains que ce soit dans notre activité de clinicien à l'hôpital, ou bien en tant qu'enseignant à la faculté de médecine.

10.2.1. Le premier terrain : l'hôpital

Un centre hospitalo-universitaire accueille des étudiants de médecine et des autres professions de santé et en son sein œuvrent des enseignants de la faculté de médecine.

Nous avons réalisé une série d'entretiens avec des praticiens hospitaliers, enseignants à la faculté et formant aussi par compagnonnage les étudiants durant leurs stages, que ce soit des internes ou des externes. Nous avons sélectionné un échantillon d'enseignants mêlant des seniors et des juniors, des professeurs et des praticiens hospitaliers. Au nombre de sept, le choix de ces médecins a été guidé par ce que nous avons perçu à la fois de leur implication dans l'accompagnement des étudiants et de leur intérêt pour la relation avec le patient. Ces entretiens semi-structurés à visée exploratoire d'une quarantaine de minutes environ ont été enregistrés puis retranscrits. L'objectif de ces entretiens était de faire d'une certaine façon un état des lieux sur leur conception de cet échange avec le patient et de la place qu'ils donnent aux attentes du patient dans l'entretien. Trois séries de questions ont été posées. Ces trois sources d'informations complémentaires avaient pour objectif d'identifier l'agir en santé qu'il s'agit de construire en tant qu'objet de formation, en documentant, à la fois en positif et «en creux » les cadres conceptuels précédemment exposés. L'interrogation fondamentale était donc : quelle place donnent ces professeurs, ces enseignants, ces formateurs à la communication, aux émotions, aux mécanismes de défense, à l'éthique ?

La première question regardait la rencontre avec le patient, ce que le médecin met en place dès le premier contact afin de favoriser l'alliance thérapeutique. Il s'agissait de faire parler le praticien sur cet ensemble de techniques de communication qui se sont établies avec le temps dans sa pratique, à la suite de la fréquentation de ses maîtres, puis de ses premiers pas dans la clinique, enfin de cette expertise propre à chacun. Nous avons cherché à apprécier ici la part de sincérité non jouée ou bien de construction calculée dans l'échange. Notre hypothèse était que leur attitude est le résultat à la fois d'un prisme communicationnel mais aussi marquée par des mécanismes de défense. La deuxième série portait sur la place que le médecin attribue aux émotions dans son cette interaction avec le patient. Quelle est sa capacité d'écoute du patient ? Réalise-t-il un interrogatoire ou s'intéresse-t-il à la personne ? Nous sommes au cœur de notre conception d'une éthique qui émerge dans le ressenti, témoignage de conflits internes, de repérage plus ou moins conscient d'une empathie émotionnelle comme écho de l'écoute psychologique du patient. Enfin une dernière série de questions portaient sur la formation possible des étudiants à l'éthique relationnelle, cette éthique clinique qui est celle des praticiens au quotidien. Nous souhaitons faire pointer ici par l'enseignant la place que tient le « *care* » dans son métier de médecin, et apprécier de ce fait ce qu'il souhaite enseigner aux élèves, dans les multiples formats possibles : cours magistraux, compagnonnage, séances de simulation, etc. Une lecture critique de ces entretiens a eu lieu. Des catégories conceptuelles ont été utilisées pour coder les discours retranscrits afin de pouvoir les comparer, les croiser. Ces catégories sont issues des théories de l'empathie et des théories pédagogiques présentées au long des chapitres précédents. Nous nous sommes situés dans une démarche inductive partant des notes et des observations pour nous mener à des généralisations. Deux limites grèvent cette enquête. Nous n'avons pas pu nous appuyer sur des travaux précédents car nous n'en avons pas trouvé. Notre recherche a donc un caractère exploratoire. Deuxièmement le nombre d'entretiens s'est limité à sept. Enfin nous sortons là des outils habituels de la recherche philosophique qui consiste traditionnellement dans la dissertation ou bien le commentaire de texte. Ces entretiens sont en définitive extrêmement riches. Les médecins qui ont accepté de parler ont cherché à traduire avec leurs mots des réalités éminemment intimes, rarement évoquées, renvoyant à des éléments parfois très personnels. Le style oral, émaillé d'hésitations, d'approximations de vocabulaire ou de ruptures syntaxiques, a été conservé. Les choix de passages et les commentaires ont dû laisser

de côté des nuances et des paradoxes qui n'ont pas été rapportés sous peine d'emboliser cette recherche, mais on trouve en Annexe l'intégralité de ces témoignages. Nous rapportons aussi dans cette partie « clinique » quelques vignettes qui nous ont paru éclairantes de situations d'apprentissage en stage rapportées par les étudiants eux-mêmes. Elles sont tirées de nos observations et constituent autant de tableaux cliniques.

10.2.2. Le second terrain: la faculté de médecine

La faculté de médecine accueille des enseignements pluridisciplinaires, dont des enseignements de sciences humaines.

En tant que psychologue pédagogue et chercheur nous avons privilégié une approche de terrain, recueillant notre matériel au cours des séances pédagogiques proprement dites dans une observation participante. Le recueil des données s'est fait sous forme de prise de notes écrites ainsi que d'enregistrements vidéo de certaines situations. L'analyse de ces données a été réalisée à la fois selon des grilles psychodynamiques et de psychologie sociale. Nous avons adopté ici le paradigme compréhensif. C'est l'historien Droysen (cité par Paillé & Mucchielli, 2016) qui parla le premier en 1850 de la « méthode compréhensive » des faits humains :

« La méthode compréhensive consiste à saisir le sens subjectif et intersubjectif d'une activité concrète, à partir des intentions que l'on peut anticiper chez un ou des acteurs, à partir de notre propre expérience vécue du social. A partir de ce sens saisi, il convient ensuite d'agrèger les actions, au plan social et culturel, pour faire émerger des types d'élaborations collectives » (Mucchielli, 1992, p. 195).

Dans la dynamique même de notre sujet traitant de la place des émotions dans la relation soignante afin de les relier à l'éthique du soin, c'est à partir d'une compréhension intime des réactions et des comportements des sujets dans les séances pédagogiques que nous avons cherché à dégager des types invariants. Ayant déjà fait référence à la phénoménologie qui a pour ambition un retour à l'existence, à l'éprouvé du sujet dans l'ici et maintenant, nous nous sommes attachés à recueillir des détails, ceci étant d'autant plus évident que le temps du débriefing à l'issue des mises en situation est un temps d'explicitation où l'on fait appel à la réflexivité des apprenants.

Pour décrire les cadres de la recherche s'intéressant à la subjectivité et au vécu des personnes Charmillot et Dayer reprennent une division de la méthode de recherche selon quatre pôles : épistémologique, théorique, morphologique et technique afin de clarifier les postures et les outils du chercheur (Charmillot & Dayer, 2007). Au sujet de la méthode compréhensive ces auteurs relèvent :

« Les dimensions principales qui la caractérisent consistent à envisager la personne humaine en tant qu'acteur et à centrer l'analyse sur la dialectique individuel/collectif » (p. 132).

Citant Schurmans (2003) ils ajoutent

« Il s'agit de considérer que si les déterminismes existent – biologiques, environnementaux, historiques, culturels, sociaux –, ils ne suffisent pas à la saisie des phénomènes sociohumains. Car ils ne permettent pas d'aborder le travail constant de production de sens qui caractérise notre humanité. L'approche compréhensive se focalisera donc sur le sens : d'une part, les êtres humains réagissent par rapport aux déterminismes qui pèsent sur eux ; d'autre part, ils sont les propres créateurs d'une partie de ces déterminismes » (2007, p. 132).

De fait dans nos analyses nous serons attentifs au passé des sujets et à leur capacité à s'autodéterminer. Mais nous ne laisserons pas pour autant la dimension collective de l'agir. L'environnement détermine des usages langagiers, des représentations portant sur les structures et le fonctionnement des groupes. On peut parler de « transaction sociale » permanente dans cette adaptation des individus à leur environnement. À la suite de plusieurs auteurs (Rémy, 1996 ; Schurmans, 2001) la transaction sociale peut être ainsi décrite (Charmillot & Dayer, 2007, pp. 174-175) :

« - elle cherche à articuler passé et avenir, partiel et global, individuel et collectif ;

- elle contribue à définir le statut de la personne dans l'action collective et à la concevoir comme être réflexif, lieu d'initiatives et d'arbitrages, conjuguant logique d'intérêt et recherche de sens ;

- elle met l'accent sur les problèmes à résoudre, les inattendus à affronter ;

- elle prend l'option d'un abordage par la vie quotidienne, tout en concevant "l'ici-maintenant" comme inséré dans des processus de longue durée ;

- elle ne se centre, ni sur la notion de choix, ni sur celle de décision mais bien sur celle d'action réciproque ;

- elle met en œuvre une conception de la rationalisation comme processus plutôt que comme état, c'est-à-dire qu'elle résulte du contrôle réflexif de l'agent-acteur et constitue progressivement la compétence de la personne ;

- elle s'adapte à des approches à dominante intrapersonnelle, interpersonnelle ou collective ;

- elle ne vise pas la réduction des conflits mais représente une des modalités de l'innovation sociale parmi lesquelles on distinguera les innovations de rupture (permettant un engagement dans des voies nouvelles) et les innovations de croissance (permettant à une logique déjà en place de se renouveler) ».

C'est à tous ces éléments qu'avec la méthode compréhensive nous nous sommes rendus attentif : l'articulation entre l'individuel et le collectif, la recherche de sens des sujets dans l'action grâce à une pratique autoréflexive, l'adaptation permanente de l'individu à une situation toujours mouvante, la mise en acte des principes et des théories personnels dans les microévénements du quotidien, la dimension systémique des problématiques et des conflits au sein des groupes. Dans ce type de recherche on peut convoquer le concept du « langage de clarification des contrastes » (Taylor, 1997). Envisageant les enjeux de dialogue au sein d'une société libérale marquée par le multiculturalisme, Taylor (1997) le définit ainsi :

« C'est un langage dans lequel nous pourrions formuler notre mode de vie et le leur en tant que possibilités alternatives, reliées à certaines constantes humaines à l'œuvre dans les deux. C'est un langage dans lequel les variations possibles de l'humanité pourraient être formulées de telle sorte que notre forme de vie et la leur pourraient toutes deux être décrites de façon claire, comme des alternatives à l'intérieur d'un champ de variation. Ce langage de contraste pourra révéler que leur langage de compréhension est déformé ou inadéquat à certains égards, ou qu'il en est de même du nôtre (dans ce cas, nous pourrions constater que les comprendre nous conduit à modifier notre auto-compréhension, et par conséquent notre forme de vie) » (p. 208).

Ces temps d'écoute des apprenants étant à finalité d'apprentissage, il est clair que les dialogues instaurés et les échanges rapportés ont occasionnés des transformations, des changements externes et internes, de comportements, de représentations, de rapports humains.

En outre, ce sont les développements précédents, à la fois psychologiques et issus des sciences de l'éducation, ainsi que l'appréhension de l'éthique comme une éthique des vertus, qui nous permettront d'éclairer les observations rapportées. Prenant le parti d'une approche qualitative de la recherche, nous n'avons pas construit des groupes de sujets représentatifs, nous assumons aussi le choix de ne pas avoir proposé des grilles de questions standardisées. En tant qu'enquêteur nous avons pris le parti d'être engagé, puisque bien souvent nous menions nous-mêmes les séances qui constituent notre matériel de recherche. Notre analyse se verra interprétative car de par l'interaction incessante entre les données et l'analyse, les hypothèses se modifient pour s'adapter aux données. Comme le notent les auteurs déjà cités en reprenant le point de vue post-moderne, « les chercheurs qualitatifs produisent des histoires sur les histoires des autres (...) la validité du discours de recherche dépend de l'audience qui le lit ou l'évalue » (Charmillot & Dayer, 2007, p. 130). Dans notre recherche donc, certaines entrevues ont plutôt été exploitées dans le cadre du processus de planification des dispositifs de simulation et ont fait l'objet d'une observation participante avec une analyse des données de type inductif. C'est la grande majorité des présentations de cas que nous rapportons.

Une série d'autres entretiens sont du type récit de pratique et ont été plutôt exploités dans le cadre d'une documentation des effets/impact/conséquences (chez les étudiants et chez les enseignants) des dispositifs. Ces entretiens ont été proposés le mardi 13 mars 2018 à quatre internes d'hématologie dans le cadre d'une séquence pédagogique d'une demi-journée qui s'est tenue à la faculté de médecine et qui avait pour objectif de former ces étudiants à l'annonce du diagnostic. Aucun d'entre eux n'avait jamais participé à une séance de simulation dans ses facultés d'origine. Le scénario choisi était celui de l'annonce d'un diagnostic de leucémie à un patient accompagné par son épouse, rentré le matin dans le service pour des examens, et à qui l'interne souhaite proposer d'entreprendre une thérapie. Il est intéressant de rapporter qu'à l'origine l'après-midi entière devait être consacrée à réaliser des jeux de rôle. Mais le jour J en parlant avec les étudiants au tout début de la séance, nous nous sommes aperçus qu'ils n'étaient pas enthousiastes à l'idée de jouer devant leur professeur et chef de service, avec tous les enjeux de postes et de nomination que cela entraînait. Comment se laisser aller à être authentique, comment accepter de pouvoir se tromper si l'idée était que le senior présent pouvait en tirer un jugement pour le présent et l'avenir? Nous avons donc bouleversé le programme avec l'accord du professeur, en leur

proposant de visionner et d'échanger sur des vidéos tournées quelques mois plus tôt avec d'autres internes d'hématologie. Nous leur avons répété que nous étions là pour apprendre, qu'ils savaient bien faire déjà beaucoup de choses dans le domaine relationnel avec le patient et que nous étions justement ensemble pour un partage d'expérience et de pratiques... À partir de là ils ont été d'accord pour s'investir et en fin de compte jouer une scène.

Un étudiant en psychologie en master, Benjamin Fontaine, dans le cadre de sa recherche, a réalisé des entretiens semi-dirigés avant et après la séance. Avant la séquence pédagogique il leur a été d'abord demandé depuis combien d'années ils étaient internes pour avoir une notion de leur niveau d'expérience professionnelle et de responsabilité. La seconde question a porté sur l'intérêt qu'ils voyaient dans ce type de formation. L'étudiant en psychologie a repris ensuite deux questions tirées des entretiens avec les professeurs : « *Qu'essayez-vous de mettre en place la première fois que vous rencontrez un patient ?* » ; « *Quelle est la place des émotions dans cette relation ?* » Enfin une dernière question : « *Y a-t-il une situation avec un patient que vous avez eu plus de mal à gérer ?* » a permis l'évocation de souvenirs plus personnels. À l'issue de la formation l'étudiant en psychologie a réalisé de nouveau un entretien individuel avec des questions élaborées par ses soins et que nous avons relues ; ce questionnaire constitué de questions ouvertes avait pour objectif de permettre aux internes d'être au plus près de leurs ressentis, sans crainte de paraître être jugés à travers leurs réponses. Les premières ont regardé la séance de simulation en elle-même, l'intérêt qu'ils ont pu retirer du dispositif d'apprentissage lui-même :

- « *Comment s'est passée la simulation pour vous, comment l'avez-vous vécue ?* »
- « *Qu'avez-vous ressenti à jouer (ou voir joué) un rôle ?* »
- « *Qu'est-ce que le débriefing vous a apporté ?* »
- « *Quel intérêt retirez-vous de cette expérience ?* »

La deuxième série de questions a concerné l'apport éventuel de contenu en tant qu'il a pu faire évoluer leur pratique :

- « *Est ce que ces séances ont un impact dans votre relation avec les patients ?* »
- « *Est ce que ça change votre regard quand vous observez les médecins seniors lors de vos stages ?* »

Dans les limites qu'on peut rapporter de cette enquête, outre le faible nombre d'internes en formation, l'étudiant en psychologie n'a pu effectuer que deux questionnaires de retours pour des contraintes de temps. Ces entretiens ont été réalisés quinze jours après la séance.

Conclusion

Dans cette seconde partie du travail de thèse, avant de décrire nos terrains de recherche, nous avons présenté les cadres conceptuels nous permettant d'analyser les observations réalisées en séance de simulation lors des enseignements à la relation de soin comme des données recueillies lors d'entretiens avec des enseignants et des étudiants. Nous avons souligné les liens entre une communication de bonne qualité et un accompagnement respectueux de la dignité du patient, sans pour autant assimiler l'un à l'autre. Le récit de vie du sujet apparaît essentiel pour permettre au futur professionnel de santé de s'appréhender comme un tout, évitant un clivage mortifère entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. La médiation semble une pratique complémentaire et féconde associée à d'autres dispositifs pédagogiques, car elle induit un climat d'intériorité propice à une écoute active. De même la psychologie positive amène les enseignants à considérer chez l'apprenant ses ressources et non pas d'abord ses lacunes. Enfin la mise œuvre des compétences propres à la collaboration et au partenariat sont autant de pratiques qui mobilisent des capacités propres à l'éthique. De par notre position de psychologue, nous avons mis l'accent sur les éléments subconscients ou inconscients à l'œuvre dans la rencontre entre le patient et le médecin. Nous sommes sensibles aux dimensions individuelles et groupales de l'agir humain en situation, où le libre arbitre, les émotions, les représentations sociales se mêlent indissolublement. C'est à cette complexité permanente à laquelle se surajoute la technique et les contraintes institutionnelles que l'étudiant se trouve confronté dès ses premiers stages. Ce sont les enseignants dans les services (professeurs, médecins seniors) qui vont constituer pour lui les premiers modèles de rôle auxquels il va s'identifier. C'est donc par la présentation des entretiens réalisés avec eux que nous commencerons.

SOUS PARTIE 2. : RESULTATS

Nous allons présenter en premier lieu la série d'entretiens avec des praticiens hospitaliers. Pour rappel trois séries de questions ont été posées. La première regarde la rencontre avec le patient, la manière dont ces cliniciens s'y prennent pour entrer en relation avec lui et susciter en retour sa confiance. La deuxième série porte sur le rôle des émotions dans cet échange, la façon dont ces médecins font avec cet élément de l'interaction. Enfin une dernière série de questions portent sur l'enseignement aux étudiants de la part de ces enseignants de cette dimension spécifique de l'art médical, ce « prendre soin » du malade. Nous avons comme clés d'analyse, nous l'avons déjà dit, les techniques de communication, les mécanismes de défense des professionnels de santé, la dynamique de groupe aussi. Notre attention se porte bien sûr sur le lien possible entre le fait d'éprouver de l'empathie et agir éthiquement selon eux. Tous les résultats ont été anonymisés et si des initiales apparaissent, elles ne correspondent pas aux identités des personnes interrogées.

Chapitre 11. L'hôpital

11.1. Les entretiens avec les médecins enseignants

11.1.1. Entretien avec le Pr. M.

Le professeur M. est un homme doux, presque timide.

Psychologue : « La première question que je voulais vous poser est quand vous entrez en contact avec un patient ou avec une famille, on va imaginer dans une chambre, pour que la communication et la rencontre puissent se produire, qu'est-ce que vous vous dites ? Qu'est-ce que vous mettez en place ? »

M. : « Ben, déjà je dis bonjour, je me présente. Mine de rien, c'est invariable et je pense que tout le monde ne le fait pas forcément. J'essaie d'instaurer un dialogue de confiance. C'est difficile à dire comment je le fais, je n'ai pas de recette particulière, j'adapte un petit peu en fonction de la personne. C'est vrai que l'on voit rapidement comment sont les gens. On est beaucoup dans la communication non verbale, il se passe quelque chose pendant quelques secondes au départ et effectivement quand on voit que ça passe bien, souvent effectivement j'essaie d'instaurer un dialogue de confiance en disant : bon alors qu'est-ce qui vous arrive ? Ou vous n'avez

pas de chance. Des trucs comme ça, ou : ne vous inquiétez pas ce n'est pas méchant. Et du coup après je laisse parler le patient. »

P : C'est rassurer en fait ? Ce sont des petits mots pour rassurer

M. : C'est rassurer et en tout cas montrer qu'on est tous les deux des Homo Sapiens et qu'il n'y a pas un rapport le malade et le docteur. J'essaie de me dire que ça pourrait être moi dans le lit à la place du patient et donc de me dire : voilà comment ça se passe et qu'est-ce que j'aimerais qu'on me dise. Et en général, c'est ce que je fais. »

La citation est un peu longue mais elle nous semble capitale. Elle pose deux réalités concomitantes : l'utilisation de techniques de communication et les sentiments et les émotions qui traversent ce praticien. Nous ne nous étendons pas sur les premières. En revanche il apparaît que ses ressentis renvoient à quelque chose de plus profond ; on pourrait dire à ses principes, ses valeurs, mieux encore son cadre de référence. C'est la conception même que le professionnel de santé a de son métier, de son champ d'action, de sa mission, qui constitue en quelque sorte son identité professionnelle. On voit ici clairement que ce médecin, professeur de surcroît, responsable de plusieurs services au sein de l'hôpital, se considère à égalité avec le patient, un être humain face à un autre être humain ; il se présente humblement au chevet des patients, faisant de cet entretien d'abord la rencontre entre deux personnes partageant cette même humanité. Cette conception de sa posture professionnelle est animée par cette question : le lit qui est occupé par le patient pourrait un jour être occupé par lui, et qu'attendra-t-il alors du médecin qui viendra à son chevet ?

Cette expérience existentielle d'être vivant et mortel, lui aussi soumis à la souffrance, lui permet de faire de chacune de ses consultations une « expérience » tout à la fois clinique et féconde en humanité. L'empathie n'est pas ici niaiserie ou boniment, elle s'enracine d'abord dans une expérience commune, celle de la condition humaine partagée associée à la fragilité de la vie.

Plus loin il dit :

« M. : Oui, il y a des fois où il y a des trucs qui touchent parce que d'abord on se projette à soi, ça pourrait arriver à mon frère, ma sœur, mon père, ma mère et ma femme et des fois c'est vrai qu'on se projette, mais on se projette tous comme ça. »

On retrouve ce mouvement empathique qui est participation à l'existence de l'autre par le double mouvement d'identification qui permet de reconnaître en l'autre quelqu'un avec qui nous partageons pour une part un même destin et le mouvement de projection faite sur la situation du patient, situation qui pourrait être celle de nos proches.

Le Pr. M. poursuit après relance :

M. (...) « Je pense que tant qu'on n'a pas ce rapport de confiance qui s'installe entre le patient et le médecin, c'est difficile (...) à mon niveau d'avoir vraiment envie de comprendre, d'être en capacité de bien comprendre et d'être dans une situation qui permet de bien comprendre ce qui se passe et de proposer les meilleures options thérapeutiques. »

Le point mérite d'être souligné. Il suggère que cette investigation qui s'établit dans un rapport de confiance et d'égalité est plus fructueuse sur le plan clinique. Le patient est ici considéré dans sa dignité de sujet libre et pensant, et cette attitude d'ouverture du praticien ne peut que favoriser une prise de décision partagée pour la suite de l'accompagnement. Il est intéressant de voir que c'est aussi ce qui est premièrement recherché dans l'entretien et tant que cette confiance n'est pas établie il ne va pas aller plus avant dans cet entretien.

Nous cherchons à comprendre d'où vient chez lui cette propension à écouter les patients :

« M. : À mon avis c'est sûrement parce que j'y trouve mon propre intérêt, c'est évident que je ne fais pas ça gratuitement. Et puis je trouve que c'est agréable de discuter avec des gens, de partager avec les autres. On a tout à apprendre des gens, donc je trouve que c'est très intéressant. Parfois je discute... « Et qu'est-ce que vous faites comme métier ? »

P : Et vous éprouvez un réel intérêt pour ça ?

M. : Mais moi c'est ce qu'il me plaît dans ma relation à l'autre. C'est plus cela que le côté médical. Alors après il y a de la médecine et que je trouve un souffle qui va bien, un machin, je suis content, mais c'est le côté vraiment rapport à l'autre qui m'intéresse et je trouve que c'est ce qui donne d'ailleurs toute la richesse à la relation médecin-malade. Peut-être que je suis anormal ? Je ne sais pas. Vous me regardez comme si j'étais un zombie.

P : Non non, moi je suis très touché par ce que vous dites.

M. : Ah bon ? On est beaucoup comme ça. Moi je parle à mes collègues, je ne suis pas tout seul, je pense qu'on est assez nombreux. (...) Peut-être que tout le monde ne l'exprime pas comme ça. Ben je ne sais pas mais quand j'ai le temps, je trouve que c'est vachement agréable de voir quelqu'un qui est un peu âgé, qui n'a pas encore de troubles cognitifs (...). Il me dit voilà : je suis imprimeur à la retraite. C'est super, vous avez 85 ans, racontez moi l'imprimerie comment c'était quand vous avez commencé votre métier. C'est super intéressant quoi. On apprend plein de choses et mine de rien, ça crée... faut avoir le temps pour ça, c'est vrai qu'on n'a pas toujours le temps... »

Le médecin exprime ici sa curiosité regardant la vie du patient, sa personne. Ce n'est pas une technique pour se mettre un patient « dans la poche » pour le dire familièrement mais son discours témoigne d'un intérêt pour les personnes en tant que personnes, leur richesse de vie, leurs savoirs. Nous lui posons la question de l'origine de cette attitude : « *ça vient d'où d'après vous ?* ». Il nous répond avec pudeur laissant entrevoir des éléments assez personnels : « *De mon enfance je n'en sais rien. Ça vient d'où ? Je ne sais pas...* ». Il nous a semblé alors que ce n'était pas le cadre adapté pour aborder ces éléments importants à l'œuvre dans la relation avec le patient. Plus loin cependant il précise :

« La relation à l'autre c'est l'éducation qu'on a eue de ses parents et de sa jeunesse qui font ce qu'on est. Et ce n'est pas quand un étudiant en médecine a 20 ans que l'on va changer ou alors c'est un maître, c'est un gourou qui est capable, mais il n'y en n'a pas beaucoup des comme ça. Donc je pense que c'est vraiment sa façon d'être à soi qui fait qu'on a la relation à l'autre. Moi j'en suis persuadé car dans mes souvenirs, externes j'étais déjà comme ça et je ne pense pas avoir changé en 30 ans de carrière. »

On rejoint ici une remarque souvent entendue de ceux qui considèrent l'empathie comme d'une certaine façon innée, ou du moins acquise avant d'entrer à la faculté. Il y aurait des étudiants doués dans la relation avec le patient et cela apparaîtrait dès les premières gardes d'externat, et puis les autres qui ont pour seuls centres d'intérêt la recherche, la sécurité de l'emploi, la reproduction du modèle familial ou bien encore le rêve de bien gagner sa vie. Les premiers pouvant tout à fait partager aussi ces objectifs. Il laisse la question ouverte sur la possibilité ou non d'acquérir ou de développer cette empathie vis-à-vis des patients.

Son engagement émotionnel dans la clinique, le Pr. M. le critique aussi d'une certaine façon :

M. : « Alors après c'est bien et ce n'est pas bien. D'un autre côté, ça me place peut-être trop dans l'empathie et peut-être que des fois c'est compliqué. Je n'en sais rien. »

Il partage ici ses doutes. Faisant preuve de prudence, il est dans la crainte de mal faire. On peut mettre cette remarque en lien avec le principe de l'éthique : « *Primum non nocere* », sentiment de crainte qui habite sans cesse le praticien, que ce soit regardant son diagnostic ou bien son attitude. L'incertitude, le doute demeurent, même s'ils ne paralysent pas et n'empêchent pas l'action. On voit d'ailleurs ici qu'on peut analyser un comportement selon la conformité à un principe éthique ou bien le lire comme un acte relevant d'une vertu, la vertu de prudence en l'occurrence. Le médecin n'est pas dupe des critiques que peuvent essayer ceux qui s'exposent ainsi à se laisser aller à des émotions :

« J'ai eu l'occasion d'en discuter avec certains qui pensent que c'est de la sensiblerie mal placée, que ça ne donne pas suffisamment de distance par rapport aux patients et du coup on perd ses qualités d'homme de l'art. » ajoute-t-il.

Nous poursuivons :

« P : Vous pensez que ce n'est pas professionnel au bout du compte ?

M. : Non je ne le pense pas, moi je pense que ça l'est au contraire (...) Je suis beaucoup dans l'émotion c'est évident. Je suis beaucoup dans l'affect et dans l'émotion, peut-être trop, mais pour moi c'est important cette relation avec l'autre. »

Nous insistons pour être bien sûr de sa réponse :

« Et vous avez l'impression qu'il y a eu des cas où vous avez pu être très touché par une situation et que vous n'avez pas été professionnel ?

M. : Non (...) je ne pense pas. Je pense même qu'au contraire, ça nous oblige, quelque part c'est un contrat qu'on a avec le patient, on sent que c'est un humain qui a toute sa place, ça pourrait être nous à sa place et du coup on a un vrai devoir de comprendre ce qu'il a. Quelque part, ça nous responsabilise dans notre fonction. »

Il affirme ici que plus on se montre sensible à ce que vit l'autre dans son humanité, plus notre engagement à ses côtés se trouve renforcé. Il sait que c'est une ligne de crête, qu'il peut être

touché profondément par ces mouvements intérieurs qui l'animent. Mais il y aurait un plus grand danger selon lui à devenir indifférent à une personne humaine qui souffre devant soi. On peut évoquer ici la responsabilité qui nous engage face au visage de l'autre telle que l'a décrite Levinas. Le Pr. M. remarque que cette attitude de compassion non feinte, d'intérêt sincère bute sur des réactions parfois surprenantes :

« Et c'est marrant car il y a des gens avec qui ça ne passe pas, alors je pense que c'est normal, il y a des gens avec qui on a du mal à communiquer et alors là je suis vraiment très mal, je suis mal à l'aise, je ne me sens pas bien et là je fais mon boulot de docteur, j'écoute, je suis froid et je m'en vais. »

Le Pr. M. enfonce le clou visiblement remué par ces patients indifférents à son désir d'entrer en relation avec lui :

« Certains de mes collègues, ça me fait de la peine de le dire, mais certains de mes collègues effectivement ne sont pas d'égal à égal avec le patient, des grands professeurs ou des grands docteurs qui arrivent... j'ai l'impression malheureusement et ça, ça m'énerve un peu, que les patients souhaitent ça et j'avoue que j'ai un peu du mal avec ces gens-là (...) il y a des gens qui ne veulent pas comprendre, ils veulent juste que quelqu'un leur dise ce qu'il faut qu'ils fassent, si c'est grave ou pas grave, qu'il explique les médicaments qu'il faut et le reste ils s'en foutent. Moi j'avoue que c'est un peu frustrant. Quand tu as quelqu'un et que tu commences à lui expliquer : vous savez vous avez ça parce que ça, vous avez ci parce que là... et il dit : vous savez ça ne m'intéresse pas ! ben là ça coupe court à toute conversation, on ne sait plus quoi dire. C'est vrai j'avoue que je suis un peu déçu par ces patients-là. »

Et il revient à la charge :

« À partir du moment où on essaie d'expliquer aux gens et d'être un peu proche d'eux, ils ne vous considèrent pas comme un docteur alors que t'essaies d'être un mec sympa, un égal à eux finalement. C'est-à-dire que quelque part, pour certaines personnes on a l'impression, c'est triste ce que je dis, ça me fait presque de la peine, mais je le ressens comme ça, il y a des gens qui ont besoin de ce rapport au docteur comme le docteur étant un supérieur à eux qui est une espèce de dieu, qui est au-dessus d'eux, qui est le sachant et ils se sentent bien comme ça, ils aiment ce rapport... »

Il est intéressant de noter le changement de terme employé : le médecin s'efface devant le docteur à la demande du patient. Le patient dans ce cas-là ne veut pas parler de sa vie personnelle, de son environnement de travail ou familial ; il demande au praticien de ne faire

qu'une chose : le traiter. Le Pr. M. précise d'ailleurs que « *c'est à mon avis un bon tiers des patients avec qui j'ai du mal.* » Dans une perspective de partenariat entre le patient et le professionnel de santé c'est cependant l'attente du patient qui prime et qui est souveraine dans la tonalité de la relation. Si le patient ne souhaite pas créer une relation empreinte d'affects, s'il veut seulement s'en tenir avec le médecin à un lien contractualisé entre un service et une rétribution financière, c'est son choix. Cependant pour un médecin avide de rencontres qui engagent les personnes dans une relation faite de confiance et de joie partagées, « c'est frustrant ».

On peut imaginer que certains médecins correspondent plus à ce rôle attendu de « docteur ». Ainsi un appareillage se réalise entre les attitudes du patient telles qu'elles viennent d'être décrites et ce type de médecin. Certains patients peuvent adopter cette attitude régressive comme un mécanisme de défense, on l'a déjà évoqué. Il peut être rassurant pour le patient de mettre de côté un travail psychique d'élaboration et de réclamer uniquement un traitement, même s'il est tout à fait dans son droit, et à une étape de son vécu avec la maladie. On peut considérer cependant que ces praticiens risquent de juger que cette attitude convient à tous les patients. De là s'expliquent peut-être des déconvenues de part et d'autre, les patients se plaignant de ce qui est vécu comme une « distance hautaine » de la part de certains médecins ; ces médecins ne comprenant pas en retour la critique et l'insatisfaction de ces patients. Comme l'a souligné ce praticien cette confiance est particulièrement nécessaire pour que le patient puisse fournir des informations utiles au diagnostic mais qu'il ne livrera pas s'il ne se sent pas écouté. Dans le contexte du suivi médical toujours plus important de pathologies chroniques, l'absence de dialogue et d'une écoute des attentes du patient est très dommageable, alors que le patient comme on l'a dit est son premier soignant. Le Pr. M. ajoute encore à cela un argument plus biomédical : « *Je suis persuadé (...) que le cortex cérébral intervient beaucoup dans l'évolution de la maladie, je suis persuadé que la relation à l'autre est extrêmement importante dans l'approche même thérapeutique.* » D'où l'importance que le patient se sente à l'aise dans sa relation avec le médecin.

L'entretien se poursuit. Nous nous accordons avec lui sur le fait que si on apprend aux jeunes médecins à sortir de cette attitude asymétrique et paternaliste mais qu'en face ils rencontrent des patients passifs, ils vont se retrouver décontenancés. Nous pensons donc qu'il faut les préparer à ça. Le Pr. M. d'ajouter « *Ce que vous faites, les jeux de rôle, je trouve cela très*

bien, de les mettre face à ce qu'ils disent, écouter ce qu'ils disent, je pense que c'est important. »

On peut dire en synthèse que le Pr. M. exprime donc une recherche de dialogue et d'humanité dans sa relation avec le patient. Il trouve un intérêt et une satisfaction dans le partage avec celui-ci et exprime sa frustration quand le patient instaure de la distance relationnelle ; parfois cependant il craint d'être dans un certain débordement émotionnel.

11.1.2. Entretien avec le Pr. G.

Le professeur G. a 55 ans, il est professeur de médecine depuis six ans. Il a la réputation auprès de ses confrères d'être froid, clinique, distant vis-à-vis des patients, peu empathique. Cependant il est apprécié par les étudiants pour son implication dans leur encadrement lors des stages qu'ils effectuent dans son service et lui-même insiste auprès d'eux sur l'importance de la relation avec le patient. C'est sur la base de ce paradoxe que se noue cet entretien. Nous nous intéressons ici donc plus particulièrement au mode relationnel qu'il met en place pour développer une relation de confiance avec le patient, mode relationnel qui lui permet aussi de se sentir à l'aise. Nous nous tutoyons au quotidien, c'est ce pronom d'adresse que nous avons conservé lors de l'échange.

L'entretien commence par une question regardant l'objectif que s'assigne ce médecin en entrant dans la chambre du patient. Il répond sans ambages :

« l'objectif (...) c'est de le faire adhérer à ce que j'estime être le plus important pour lui. (...) c'est de le convaincre d'adhérer à ce qu'on va lui proposer ». Ceci n'est pas sans poser de question. Où est la place de l'autonomie du patient ? N'est-on pas là typiquement dans un schéma paternaliste ou néopaternaliste ? Le Pr. G. fait du professionnalisme le sésame pour créer la relation de qualité, la confiance sûre et loyale entre les deux parties. Il affirme ainsi :

« La confiance c'est : « Le docteur sait ce que j'ai, il me traite comme il faut ». Quand manifestement, il voit qu'on n'arrive pas au diagnostic ben quelque part il y a une certaine érosion de cette confiance. »

Fondamentalement cette ligne déontologique est sous tendue par la conviction éthique

« qu'on ne ment pas au patient (...) On ne prend pas le patient pour un débile, on se met à son niveau culturel voire linguistique pour lui expliquer. (...) on le prend pour quelqu'un capable de discerner, de discernement, de comprendre ce qu'on lui dit et on lui explique, on lui cache rien. »

Je résume ainsi sa position : « *Tu crées la confiance de façon fondamentale par une attitude honnête vis-à-vis des patients ?* » Il acquiesce.

Nous abordons alors la deuxième question, celle de la place des émotions. Je commence par les émotions du patient. Selon lui il faut les prendre en considération car cela peut avoir un impact sur son adhésion au traitement : « *On va en tenir compte parce que ça va être quelque part aussi, j'allais dire dévié, dans la relation qu'on établit, donc on va en tenir compte.* »

Et il ajoute : « *Par contre, mes émotions moi j'en n'ai pas.* »

La formule est choc. Il précise, et de fait nuance un peu son propos :

« *Vis-à-vis du patient, encore une fois, dans cette relation de confiance que le patient souhaite avoir avec son médecin, il n'y a pas de place pour les émotions du médecin. C'est un professionnel, j'allais pas dire froid, mais c'est un professionnel qui peut avoir des émotions bien sûr, mais qui les garde pour lui.* »

Il reconnaît ces mouvements émotionnels qui peuvent le traverser. Mais le traitement de cette affection est sans appel puisqu'il ajoute: « *Je ne vais montrer la moindre émotion.* » Nous creusons ce propos cherchant à faire préciser ce positionnement en grossissant le trait : « *Ça veut pas dire que tu n'as pas d'émotions ?* » :

« *G. : Ça ne veut pas dire que je n'ai pas d'émotions. Parce que je peux être confronté à des choses que j'ai déjà vécues, que j'ai éventuellement vécues personnellement, ou j'ai vu dans mon entourage, mais ça c'est mon problème.* »

Il renvoie ses réactions possibles devant la souffrance du patient à des éléments de son parcours de vie. Là encore nous n'allons pas plus loin car nous ne sommes pas dans un entretien clinique ou thérapeutique. Ce qui est sûr c'est qu'en tant que médecin il veut afficher une neutralité de sentiment, ne rien laisser transparaître de quoi que ce soit qui peut l'affecter intérieurement. Le risque est d'apparaître comme un monstre froid face à la maladie, à la faiblesse, à la dégénérescence. De là notre question :

« *Comment, quand quelqu'un par exemple pleure, comment est-ce que tu vas... qu'est-ce que tu as, j'allais dire, comme technique ou approche avec quelqu'un qui est dans cette tristesse ?* » Nous sommes particulièrement intéressés par sa réponse car il démontre dans ses réponses une grande intelligence des situations, il est capable d'appréhender que des émotions

sont bel et bien présentes de part et d'autre dans l'entretien clinique, mais il ne veut pas tenir compte des siennes. Nous rapportons sa réponse et le dialogue qui s'ensuit :

« G. : Alors là je vais utiliser des artifices que j'utilise quelquefois même spontanément, avant, avant ça. Par exemple, je vais m'asseoir à sa hauteur au bord du lit, lui prendre la main, des choses comme ça. Donc ça c'est des choses que je fais très souvent.

P : D'accord. Tu emploies le terme d'artifices, c'est quelque-chose qui est construit, qui est réfléchi...

G. : Oui complètement.

P : D'accord. Est-ce que tu pourrais dire... (parce que tu as dit tout à l'heure que tu pouvais éprouver des émotions intérieurement même si tu ne laisses rien transparaître) Est-ce que tu pourrais dire que tu éprouves de l'empathie à un certain moment pour le patient ?

G. : Oui.

P : Mais tu te fais un devoir de ne pas afficher dans ton attitude ce qui peut être de l'ordre du ressenti, de l'émotion et si tu crées quelque-chose qui peut justement donner au patient l'idée que tu as de l'empathie pour lui, c'est quand-même quelque-chose qui est construit, qui est volontaire ?

G. : Absolument. »

Plus loin il ajoute : « C'est peut-être aussi une certaine défense vis-à-vis de ce que j'ai déjà vécu avant. Je ne peux pas faire l'impasse sur ça. »

On comprend que le Pr. G. cherche à contrôler l'échange et que son but, il l'a dit, est de convaincre le patient du bien-fondé de ses choix thérapeutiques à lui. Le schéma qui émerge sur le plan émotionnel semble donc le suivant : ce médecin éprouve des sentiments et des émotions au contact du patient, sûrement parfois intérieurement très forts, échos d'une résonance intime à des événements personnels. Il se fait un devoir de ne rien laisser transparaître, affichant habituellement une neutralité d'affects. Mais il a recours à des techniques de communication (l'empathie cognitive permet de repérer cognitivement les émotions du patient) apparemment détachées de tout sentiment pour jouer l'empathie (émotionnelle) auprès du patient afin de le mettre en confiance.

De ce montage psychologique on peut inférer que tout affichage de neutralité chez le médecin n'est pas le symptôme d'une indifférence vis-à-vis du patient ; bien au contraire ce peut être un mécanisme de défense destiné à se protéger de mouvements affectifs qui fragiliseraient possiblement le travail clinique. Là où cette construction est subtile c'est dans l'usage de la mimésis puisque l'empathie émotionnelle est « désactivée ». Il faut cependant la jouer pour permettre un contact adapté avec le patient. Cette fonction défensive est patente dans la description qu'il fait de sa journée type de médecin très souvent confronté aux annonces de maladie grave dans le cadre d'un service de suite d'urgences :

« P : Ces éléments-là, est-ce que parfois au sortir d'une journée ça revient en toi comme une espèce de poids que tu dois évacuer ?

G. : J'essaie d'avoir une approche un peu schizophrénique de mon métier.

C'est-à-dire que quand je quitte mon bureau, je ne suis plus le docteur ou le professeur machin, je suis l'individu. Et un des bons moments dans ma journée, c'est quand je rentre chez moi, que je pose mes affaires et que j'éteins mon téléphone. »

Nous lui faisons préciser en fin d'entretien si tout de même une écoute inconditionnelle du patient dans le premier temps de l'examen, sans l'interrompre, en le laissant exprimer ses attentes, ses besoins, ses hypothèses diagnostiques même, en lui reformulant ces éléments pour l'assurer qu'on l'a à la fois écouté et compris, tout cela n'aurait pas un intérêt pour établir justement cette confiance ?

Sa réponse est sans concession :

« (...) On élague. On va élaguer, là encore c'est un peu mon cursus, parce que c'est quelque-chose qu'on n'a pas le temps ou le loisir de traiter aux urgences, de même que dans une unité d'hospitalisation comme la nôtre. Donc effectivement, on va aller à l'essentiel : La raison pour laquelle vous venez ? La raison pour laquelle vous avez appelé votre médecin ? ».

On est loin du modèle présenté par le Pr. M., pourtant urgentiste lui aussi. Nous lui résumons sa philosophie du soin, ou plutôt du prendre soin :

« Tu ne laisses pas transparaître d'émotions, il y a une certaine distance. Mais à travers certainement ton regard, la façon dont tu réponds au patient, il sent cet engagement de ta part, cette rigueur au bon sens du mot, ce

sérieux. Et ça c'est quelque-chose qui va le mettre en confiance. C'est là-dessus que tu joues ?

G. : C'est là-dessus que je joue oui. À priori, ça marche plutôt bien. »

Enfin l'entretien se termine par les recommandations aux jeunes confrères. Son modèle pédagogique est « le compagnonnage péripatéticien ». Il précise :

« Il y a un ensemble de choses sur lequel il n'y a pas à transiger, c'est comme ça et pas autrement. La notion d'éthique, de respect, c'est une chose sur laquelle on ne revient pas. Je reprends les étudiants ou je reprends les internes, (les internes j'ai pas besoin de les reprendre parce qu'ils ont compris) les étudiants quelques-fois disent : Je m'occupe de la mamie de la 320 ou du papy de la 321. Je leur dis : Non, tu t'occupes de monsieur X ou madame Y qui a tel âge et qui est chambre 320 ou 321, mais quand tu me le présentes, je ne veux pas que tu me le présentes comme : c'est un homme de 75 ans qui vient pour, mais : C'est monsieur X qui a 75 ans qui vient pour... ».

Le Pr. G. n'est pas dénué d'empathie émotionnelle mais il la masque derrière une froide clinique, employant des éléments de communication pour gagner la confiance du patient. Il est porteur de convictions éthiques fortes qui tiennent au respect de la personne, à sa dignité jusqu'au terme de sa vie. Nous pouvons cependant nous poser la question du coût psychique de ce montage complexe destiné visiblement à mettre à distance ses propres affects.

11.1.3. Entretien avec le Dr. S.

Le Dr. S. a 48 ans, il est médecin hospitalier. Dans les couloirs il est d'un abord toujours jovial, presque séducteur, très serviable, affirmant qu'il lui est difficile pour lui de dire non, de refuser une demande d'entraide. Ses propos sont empreints de spontanéité, de désordre presque, il semble parfois se contredire, mais nous ne cherchons pas trop à lui faire définir les termes pour éviter une série de rationalisations, et qu'il se referme en arguant qu'il est un clinicien, pas un universitaire. Il se définit comme

« un médecin de relation, vraiment. (...) Je ne pense pas avoir eu la clinique en premier, mais c'est de par ma formation. J'ai fait de l'algologie en premier donc quand on faisait de la douleur, le premier truc qu'on avait en tête c'était de faire la structure psychologique du patient, avant de savoir pourquoi il avait mal, comment ça se passait, etc... Je suis toujours axé à savoir pourquoi il est là, pourquoi il vient, de quelle façon il me présente ce qu'il a, pourquoi il me le présente comme ça, ainsi de suite... C'est le

problème de l'empathie. Il y a vraiment une attitude empathique qui intervient très rapidement chez moi.... Ce qui n'est pas toujours très bon. Je commence par une empathie et après je pars sur une clinique plutôt qu'une clinique + une empathie. »

Tout au long de l'entretien cette ambivalence va demeurer dans son discours sur sa pratique entre une proximité forte revendiquée avec les patients et ce qu'il considère comme les exigences de soin : le sang-froid et l'objectivité. Tantôt il assume cette chaleur du contact, cette relation à la limite « cool », tantôt il s'en défie. Nous en venons immédiatement à lui demander ce que signifie ce terme d'empathie pour lui, dans sa pratique, dans son expérience.

S. : « L'empathie... comment t'expliquer ce qu'est l'empathie pour moi (...) J'ai horreur de (phrases telles que) : « le pauvre » « pauvre patient » et ainsi de suite... Je ne suis pas du tout dans la sympathie. En fait je me mets à la place du patient et j'essaie d'imaginer pourquoi il est là ou pourquoi il a mal ou pourquoi il me présente ça (...) Quand (je) découvre un patient j'essaie vraiment d'avoir une compréhension de ce patient. Essayer de comprendre. Déjà d'avoir le temps de l'écoute, de savoir quand je vais l'écouter, quand je vais l'interrompre, quand je vais essayer de lui proposer quelque-chose... » Il insiste « Il n'y a pas de sympathie. Je n'ai pas d'affection pour le patient... »

Le Dct. S. a critiqué tout à l'heure cette empathie qui précède sa clinique (« *Il y a vraiment une attitude empathique qui intervient très rapidement chez moi.... Ce qui n'est pas toujours très bon* »). Ici il affirme que cette empathie consiste pour lui à se projeter dans la situation du patient, à se mettre à sa place, mais cela est fait « *sans affection* », ce qui serait dans ce cas de la sympathie d'après lui. On peut imaginer qu'il parle différemment de l'empathie émotionnelle qui le traverse au premier abord du patient et qui se traduit sous la forme d'attitudes chaleureuses de sa part, à la limite de la séduction (il ne sait pas dire « non » a-t-il dit et il le regrette) ; d'autre part dans son travail clinique il se décrit plutôt comme faisant preuve d'empathie cognitive ; cela a pour fonction de favoriser la confiance du patient vis-à-vis du médecin. Et cela est important pour lui afin de bien comprendre les besoins de la personne en face, ses attentes... Pour cela il s'identifie au patient, à sa situation. Il complète :

« J'essaie de me mettre dans sa situation et d'essayer de comprendre pourquoi il est là, avec tout ce que j'ai vécu... Peut-être que je projette des trucs qu'il ne faut pas que je projette ou que je fais un melting-pot de moi et de lui et qui n'est pas toujours très bon, mais en fait c'est toujours ça que je vais essayer de faire. »

Il n'exclut pas un mouvement projectif de sa part : par la projection nous attribuons d'une certaine façon à l'autre nos propres pensées, nos propres sentiments. Sans exclure cela, il nous semble que c'est plus l'identification qui prédomine dans ce qu'il décrit de ses réactions et de ses attitudes (« *j'essaie de me mettre dans sa situation* »). On retrouve aussi là ses accents d'autocritique, peut-être plus simplement d'incertitude et de doute dans cet art complexe de nouer une relation de confiance avec le patient. Il poursuit :

« S. En fait je me libère avec un patient, parce que je sens que si je me libère ça va libérer quelque chose en face.

P : Quand tu dis je me libère, tu veux dire quoi par-là ?

S. : Des fois tu ruses avec le patient. Ce n'est pas de l'affection que tu donnes. C'est une ruse. Tu arrives à tes fins avec le patient peu à peu dans l'interrogatoire, dans la façon de l'approcher, dans la façon de l'interrompre, de lui dire que ce n'est peut-être pas le lieu... »

Ici apparaît la figure d'un expert sachant utiliser des techniques de communication. Nous l'interrogeons sur la finalité recherchée dans la mise en place de ces stratagèmes, nous voulons savoir s'il pourrait parler d'une recherche d'alliance avec le patient :

S. « Il y a une alliance parce qu'à un moment donné, j'essaie d'être sympathique pour le patient. C'est-à-dire que j'essaie d'être dans sa vision de ce qu'il attend de moi en tant que médecin parce que sinon je n'arrive pas à voir ce qu'il se passe par la suite. « Ça m'ouvre ». Mais ce n'est pas une alliance si tu veux, mais c'est une alliance de ce que moi je vais essayer de comprendre du patient et moi ce que j'ai de mon vécu, ça va déboucher sur quelque-chose, mais il n'y a pas d'alliance avec le patient. Il y a rarement d'alliance avec le patient. J'essaie d'être dans le moule qu'il espère pour essayer d'avoir des informations que je voudrais. »

On comprend que le Dct. S. cherche à mener l'entretien, à contrôler l'échange. Il utilise des ruses quand il n'a pas réussi à obtenir ce qu'il souhaitait du patient, des informations par exemple, un consentement pourquoi pas. Il va alors jouer d'une sympathie feinte, un mouvement de séduction afin de correspondre à l'image du médecin attendue par le patient. Il aurait été intéressant de lui faire préciser quels étaient les rôles possibles attendus de la part des patients. On se souvient du Pr. M. qui se sentait frustré face à un patient ne souhaitant parler qu'à un docteur. Ici on peut imaginer que loin de s'en offusquer, le Dct. S. sautera sur

cette attente pour la combler, sans état d'âme. Il n'y a pas non plus ici la froideur du Pr. G. Il se présente comme un médecin souriant, avenant, disponible, à l'écoute, proche et quasi familial, mais dont on comprend en l'écoutant qu'il réalise parfois un numéro calculé, qu'il déroule une « ruse », un piège savamment orchestré...

« Je dis que c'est une ruse parce que des fois, je n'ai pas honte, mais je trouve que c'est malicieux. Malicieux dans le sens pas méchant, pas vicieux (...) Il faut même qu'il soit amoureux de toi presque le patient. C'est presque de la séduction que tu fais sans le faire malicieusement mais il faut que tu sois la personne qu'il espérait voir là à ce moment-là. Il faut vraiment que tu sois adapté au patient. »

On ne peut être plus sincère. Il y a là comme une hyper adaptation à la personnalité du patient pour correspondre à ses attentes du « personnage médical », soit empreint d'empathie, soit fortement sympathique, soit encore distant... le médecin est ici une idole aux multiples visages correspondant aux vœux de ceux qui viennent à lui, dans un jeu où l'affect est l'objet d'un traitement s'apparentant parfois à de la manipulation.

« L'empathie, c'est la compréhension de l'autre. (La sympathie c'est) le partage de l'autre que je n'ai pas envie de partager en fait, je n'ai pas envie de partager ni sa vie, ni ses émotions la plupart du temps, j'ai envie de les analyser et de comprendre pourquoi, mais je n'ai pas envie de les partager. »

On peut interpréter ces propos en disant que le Dct. S. revendique l'usage d'une empathie cognitive mais se défie de toute empathie émotionnelle qu'il nomme lui sympathie, même si ce peut être un mouvement qui l'affecte très précocement dans la relation. Il se défie aussi de ce que nous avons-nous-même nommé la sympathie, à savoir cette relation sincère et chaleureuse établie sur des centres d'intérêt communs.

À la question : « que veux-tu transmettre aux étudiants ? » il répond :

« S.: J'adorerais transmettre ça. Mais c'est en ça la discussion qu'on a nous. Ça fait très longtemps que je me dis que j'aimerais le transmettre. J'ai envie de te dire que ceux qui m'ont transmis le plus de trucs, ce sont les patients en fait. Je ne sais pas comment l'expliquer mais à chaque fois que je rencontre un patient différent, j'emmagasine l'expérience du patient qui va me servir pour le patient qui va venir après. »

Pour correspondre à la psychologie des patients il se montre attentif lors de chaque entretien à leurs réactions et devient, il lui semble, toujours plus habile dans cet art d'atteindre sa fin. Il

aurait été bienvenu de lui demander finalement ce qui le motive en tant que médecin. Il nous a semblé qu'au-delà du fait de soigner les personnes, il pouvait y avoir chez lui une forme d'envie de se débarrasser de leur présence, car finalement ce jeu de rôle, cette comédie qu'il joue parfois, révèle qu'il est mal à l'aise avec eux, que ces patients suscitent en lui beaucoup d'émotions, certaines même assez contradictoires.

On note qu'il souhaite initier des novices à ce jeu et à ces stratégies. Il dit d'ailleurs qu'aux urgences il se plaît à essayer de « retourner » les patients les plus récalcitrants... Il apparaît qu'un des enjeux des enseignements à la relation de soin relève d'une question éthique que l'on peut formuler sous la forme de l'alternative suivante : l'objectif est-il pour les étudiants d'apprendre à témoigner de leur empathie émotionnelle, à laisser émerger leurs émotions de façon adaptée pour créer une relation de sujet à sujet, visant la reconnaissance de chacun en tant qu'être doué de raison et de sensibilité, dans le respect plein et entier de la liberté de choix et de décision du patient? Ou bien pouvons nous inscrire au titre des objectifs d'apprentissage l'usage d'une apparente sympathie, subterfuge pour influencer le patient, en vue de son traitement le plus adéquat, de sa « guérison » recherchée pour elle-même et ce au nom du bien du patient lui-même?

En fin de compte le Dct. S. se présente comme passé maître dans l'art de s'adapter au patient, à ses attentes, à sa situation dans une recherche d'efficacité. Il tire une certaine fierté de savoir tout mettre en œuvre pour attirer à lui la confiance du patient. Il sait séduire ce patient en affichant le visage qu'on attend de lui. Il maîtrise les outils de communication mais il n'a, selon ses dires, ni émotions, ni sentiments même si nous pouvons légitimement en douter. Il résume ainsi ce positionnement : « *S'occuper de la maladie du sujet et du sujet de la maladie. Tu vois cette phrase ? C'est un mec qui l'a dite un jour et en fait, c'est exactement ce que l'on fait.* »

11.1.4. Entretien avec le Pr. V.

Le professeur V. est un vieux chirurgien, une figure de la faculté, aimant enseigner et ayant la réputation d'être direct et sans fioriture avec les patients. Il explique très clairement dans l'entretien qu'il a construit cette stratégie de communication au cours de ses longues années d'exercice, ayant vu au début de nombreux patients mal réagir aux opérations successives que leur traitement exigeait alors qu'il avait cherché initialement à les ménager. Il estime au vu de

toutes ces années que sans cette délivrance exhaustive et directe de l'information, les patients et le chirurgien ne peuvent créer une relation durable.

Alors il a pris le parti de tout décrire à ces patients avant et après l'opération, de façon directe et complète, précisant les risques et les dégâts encourus. Il a la réputation de faire pleurer les patients et les familles et est décrit par les équipes comme le modèle du médecin qui délivre l'information sans états d'âme. En douchant leurs espoirs, en leur dépeignant un avenir plutôt gris ou même sombre, il doit faire face à leur tristesse, leur incompréhension, leur doute, leur colère. Mais il explique que l'expérience tant sur le plan clinique que relationnel lui a donné la certitude qu'il tissait là, dans cette franchise et cette vérité, une alliance avec ces patients qu'il allait devoir suivre pendant des mois, voire des années.

V. « Je n'hésite pas à dire, quand je sais que le traitement va être long et complexe, je n'ai aucune hésitation à le dire au patient parce que le patient il va se révolter contre moi, ça va durer un certain temps, mais après il va accepter le traitement long et complexe et s'il garde sa jambe et qu'il remarque, finalement il comprendra que cela a été difficile.

Parce que le problème c'est que le patient peut perdre confiance quand c'est grave, donc, si on ne l'avertit pas que c'est grave et qu'on devra faire des gestes itératifs, en général, il change, il perd confiance, après ça se passe mal, il va à droite et à gauche, il fait de l'errance médicale jusqu'à ce qu'il trouve le bonhomme qui lui dise, qu'il trouve pas d'ailleurs ..., mais jusqu'à ce qu'il trouve quelqu'un qui lui dise voilà, on va essayer de vous guérir. C'est un moyen pour garder la confiance du patient, il perd immédiatement confiance en moi quand je lui dis que c'est grave mais en pratique, il va garder la confiance dans l'équipe car finalement on l'a averti que c'était grave et il comprend qu'on va l'opérer plusieurs fois. »

On comprend bien là cette stratégie et partant sa communication, dans un souci de clarté dans le discours et de confiance mutuelle. C'est donc dans un parti pris de justesse et de meilleur service rendu au patient, dans un souci de l'autre qui peut apparaître comme brutal et sans compréhension dans sa manière. Cela peut être mis selon nous finalement au crédit d'une forme d'empathie face à la situation difficile du patient, même si la résolution du problème choisie par le praticien peut surprendre et être critiquée par certains. La question de dire la vérité, livrée in extenso au patient, est complexe en fonction des situations médicales et cliniques.

Nous évoquons d'abord le cas du patient sans risque vital mais dont l'autonomie est très entamée comme c'est le cas d'un patient paraplégique ou tétraplégique. Nous lui posons la question : « *Qu'est que vous avez fait évoluer d'autre depuis votre pratique du début jusqu'à maintenant ?* » Il répond :

« Je n'annonce pas au patient paraplégique ou tétraplégique pour qui je pense que la paraplégie ou la tétraplégie sera définitive, sauf s'ils me le demandent et je ne leur dis pas : est-ce que voulez savoir si vous allez remarquer ou pas, c'est un peu compliqué. Quand je pense qu'ils vont rester tétraplégiques ou paraplégiques, je leur dis : avez-vous des questions à poser ? Et s'ils posent la question fatidique, je leur dis : oui je pense qu'il y a un fort risque que vous restiez comme ça, que j'évalue à ... Si j'évalue à 100 % je leur dis 90 %... Voyez je laisse une porte d'espoir, voilà quand ils posent la question... »

Il se montre ici loyal vis-à-vis du patient, répondant sincèrement si on lui pose la question ; dans certains cas il laisse une fenêtre d'espoir, qui est un mensonge sur le plan clinique, mais salvateur d'après lui sur le plan psychologique. Un autre cas est celui du risque vital. Que faut-il dire au patient devant la gravité de la situation ? Le choix de ce chirurgien est d'en dire le moins possible au patient et en revanche d'avertir la famille :

« Quand le risque vital est engagé, je ne dis rien au patient parce qu'on ne peut pas dire au patient, vous êtes paraplégique, je vais vous opérer, vous êtes tétraplégique (il y a 30 % de décès chez les tétraplégiques), je vais vous opérer, vous avez 30 % de risque de mourir... C'est pas possible. Alors je leur dis on va vous opérer, je suis assez bref, par contre à la famille je leur dis voilà il est tétraplégique, on va l'opérer sachez que c'est grave que sa vie est en danger, qu'il peut mourir à tout moment, je ne peux pas vous dire s'il va récupérer ou pas. Ça je le leur dis. »

Un dernier cas est celui de l'opération réalisée dans une démarche palliative.

V. « Par contre quand ils doivent mourir, en cause de certaines fractures métastatiques ou on reçoit des gens qui ont une espérance de vie de 2 mois, je ne leur dis rien du tout, je ne leur dis pas qu'ils vont mourir. Je leur dis oh la la, vous avez (je leur mens quand le pronostic vital est engagé à court terme, je mens au patient) je leur dis vous avez de l'ostéoporose due à votre cancer, on est obligé de vous opérer, maintenant ça va bien, il faut vite que vous retourniez pour être suivi par le cancérologue. Ça veut dire qu'on a fait une opération palliative pour pas qu'il souffre et qu'il n'y en a pas pour longtemps malheureusement. Je ne le dis jamais ça, jamais. »

Le mensonge est assumé, revendiqué. Le patient est alors ignorant de la gravité de son état, de sa fin proche. Nous lui demandons : « *Est que le risque c'est pas que si tous les praticiens font chacun de leur côté ce raisonnement de se dire je ne leur dis pas...* » En effet qu'en est-il pour le patient de ce passage vers l'inconnu de la mort, de cette préparation du patient et de sa famille à cet événement, si aucune parole n'a été prononcée pour annoncer l'issue inéluctable désormais si proche ?

V. : « J'ai vu plusieurs patients avec le cancérologue, nous sommes très forts parce qu'il leur dit qu'ils ont un cancer, qu'il va falloir faire un traitement et quand le patient pose la question fatidique de savoir : est-ce que je vais m'en sortir ou pour combien j'en ai ? Ils ne leur répondent pas, ils leur disent toujours la même chose, c'est un peu difficile à savoir, il faut voir la réponse que vous faites au traitement, je peux pas vous le dire à l'avance... moi je ne leur dis rien quand ils vont mourir. »

Cette réponse laisse entière la question de permettre au patient, s'il le souhaite, de faire son adieu à ses proches. C'est comme si la pratique de ses confrères confrontés si souvent à la mort de patients dédouanait ce praticien de parler au patient de la mort. Nous n'avons pas voulu faire de relance sur ce point. Là encore nous ne voulions pas que l'entretien entre dans des considérations générales et théoriques et tourne au débat d'idées.

Nous nous sommes intéressés aux petits trucs de communication de ce vieux professeur au lit des patients et plus encore qu'il nous parle de ses émotions dans sa pratique si longue :

V. : « Quand je rentre dans la chambre du patient, je regarde tout ce qui est dans la chambre, ça apprend beaucoup de choses. Déjà si je vois des photos et des images faites par des enfants, je sais qu'il a un enfant qui vient le voir. Je regarde dans la table de nuit s'il fume et s'il fume, je lui dis qu'il faut qu'il arrête de fumer. Je regarde s'il a des chapelets ou des trucs religieux, je lui dis que c'est bien de prier Dieu et que nous, on n'est pas des dieux mais qu'on va tout faire pour réussir ; des phrases comme ça toutes cuites... »

L'expression « des phrases toutes cuites » est savoureuse. Elle traduit selon nous sa pudeur de sentiment devant ses patients, tous ses « trucs » pour susciter la sympathie, pour s'approprier mutuellement, pour amorcer une relation de confiance.

Comment fait-il face à la souffrance de certains patients ? Qu'éprouve-t-il dans ces situations ? Il évoque deux jeunes gens, une fille et un garçon, dix-huit ans pour l'un et vingt

ans pour l'autre, atteints l'un et l'autre d'un ostéosarcome et opérés dans la même semaine, avec un pronostic vital engagé pour l'un et pour l'autre. Nous lui demandons : « *Dans ces moments-là, vous avez des émotions ?* » Il répond :

« Non, si vous avez des émotions, vous ne pouvez pas faire le métier. On a les émotions quand on est jeune, après on est obligé de les perdre parce que sinon, vous ne pouvez pas... »

Nous lui demandons de préciser :

« Vous avez l'impression que si vous laissez transparaître des émotions si vous vous laissez pénétrer par la situation, vous ne seriez plus bon ? »

V. : « Je ne peux être bon et surtout je ne peux pas le vivre, là c'est pour moi ... »

Mais il ne s'étend pas sur lui et revient à ces deux jeunes, à leur détresse à eux. Nous insistons : « Mais là ça parle de leurs émotions à eux, moi ce qui m'intéresse aussi, c'est vos émotions à vous, pourquoi ... »

Il lâche :

« Je suis blindé parce que si je ne suis pas blindé, je ne peux pas vivre

P : Ce serait trop dur ?

V. : C'est trop dur parce que le garçon je ne lui ai pas (pour parler vulgairement), je lui coupé volontairement le nerf sciatique en le lui disant à l'avance, il se retrouve avec une paralysie de la jambe et en fait je l'ai mutilé ce bonhomme, je l'ai mutilé, il va boiter toute sa vie. Je prends en charge un mec de 20 ans et je le mutile... »

Nous sommes touchés par ses paroles. Cet homme en fin de carrière, assez bourru (il ne décroche jamais un bonjour dans les couloirs) se sent coupable de « ruiner » la vie de jeunes gens comme ceux-là et c'est pour cela qu'il ne veut pas se laisser aller à des émotions. Il démontre ici encore une empathie sous des dehors peu avenants. Nous lui demandons si dans ces situations il pense à ses enfants (nous avons remarqué sur son bureau des photos de ceux que nous imaginons être ses petits-enfants) :

V. : « J'ai en tête mes enfants ou des jeunes mais j'essaie de ne pas y penser parce que on peut avoir de la sympathie... mais la limite entre la sympathie

et l'empathie, c'est difficile. On peut avoir de la sympathie pour ce patient mais il ne faut pas que l'on en souffre, parce que sinon on ne peut pas faire le métier de chirurgien. On peut faire plasticien, esthéticien, refaire des tétons, des trucs comme ça mais quand on opère des gens qui vont mourir...

(...) On peut se dire c'est terrible ce qu'il lui arrive, j'ai conscience de la gravité de son état, des souffrances qu'il va avoir mais on ne peut pas prendre sur soi les souffrances qu'il va avoir, il ne faut pas que ça retombe sur le thérapeute, c'est pas possible... »

Et il reprend : « On peut avoir de la sympathie mais on ne peut pas avoir d'empathie même s'il n'y a pas une grande différence entre les deux... »

Il semble donc que ce médecin est touché par ces situations dramatiques auxquelles il doit faire face dans un accompagnement au long cours des patients. Il cherche à éviter de porter cette charge émotionnelle car le risque serait grand d'être envahi par ce sentiment de compassion. Il se rend sympathique s'il le peut auprès du patient mais dans un mouvement très retenu. Parce qu'il pressent que se laisser aller à ces marques de proximité, de familiarité serait la porte ouverte à cette empathie émotionnelle qu'il se refuse, dans le but de se préserver.

Il nous semble qu'on retrouve une dynamique proche de celle présente chez le Pr. G. dans le second entretien. Ils ne se laissent pas aller à des émotions, ne donnant à voir au patient que leur expertise et leur expérience, au risque de paraître froids, distants, indifférents parfois.

11.1.5. Entretien avec le Pr. K.

Le professeur K. est anesthésiste-réanimateur, ancien coordinateur des prélèvements pour le Sud Est. Lors de l'entretien nous n'avons pas besoin de faire de relances, ses idées sont claires. Il explique comment lui et les équipes communiquent avec les familles sur les conditions d'un prélèvement d'organe. L'idée première est d'écouter, de « *se mettre au diapason de leur pensée* ». Par un jeu subtil de questions et de réponses, d'avancées et de reculs, d'essais et d'erreurs, il s'agit d'informer et de s'approprier, de créer une relation propice à la demande à la fois précise et très sensible : « *De son vivant aurait-il souhaité donner ses organes ?* ». Il explique que pour en arriver à cette question, cela nécessite des heures voire des jours de discussion et de silence, d'aller retour au lit du patient, d'une attention de chaque instant aux gestes, aux attitudes de chaque membre du groupe, une

relation de confiance absolue avec l'infirmière de coordination elle aussi présente tout au long du processus, la fatigue et le sentiment parfois qu'on n'y arrivera pas, la course contre la montre avec le capital biologique qui malheureusement se dégrade, la peur de perdre définitivement cette confiance avec la phrase de trop, la formule inadéquate. On parle ici d'enfants au chevet de leur père ou de leur mère, qu'ils ont connu dans la fleur de l'âge et dont cette image demeure en eux, d'époux ou d'épouse à qui il faut parler de la mort de leur conjoint après un accident, de la fin annoncée d'un enfant. Il y a les familles qui posent des questions sur des détails inutiles, les familles où certains veulent tout se faire expliquer ou au contraire les mutiques qui ne parlent pas des heures durant, les familles dans les larmes et le désespoir. Nous cherchons à savoir ce qui l'a préparé à ce type d'accompagnement. Ses études l'ont marqué, et surtout le contact avec les patients :

« J'ai toujours été... moi je faisais partie des étudiants qui dès la troisième année était dans le service et comme je dis aux jeunes : il faut bouffer du malade, il n'y a que comme ça que tu apprendras ton métier. Il y a toute l'approche théorique bien sûr, mais il faut vivre toutes les situations et se plonger en immersion permanente du matin au soir. »

Il explique qu'il a eu des maîtres qui lui ont donné aussi des bases théoriques à cette part relationnelle du métier :

« J'ai fait partie d'une promotion où en deuxième et troisième année, on faisait partie des groupes Balint puisque j'étais à Bobigny qui était une fac expérimentale à l'époque puisque j'ai fait partie des premières promos de la fac de médecine de Bobigny, de l'hôpital franco-musulman ça s'appelait à l'époque et non pas Avicenne comme maintenant. Mais donc on a été trempé très tôt dans toute la médecine psychosomatique. Et donc par le biais de ces réflexions de la médecine psychosomatique, c'est-à-dire de montrer à quel point le psychisme pouvait imposer ou interférer des signes cliniques et des réelles souffrances et des signes cliniques véritablement objectifs par le biais de l'esprit... »

Enfin il évoque très pudiquement des événements de vie que je sais avoir été extrêmement éprouvants pour un médecin quand cela touche les êtres qui lui sont les plus chers : « *Et puis après, tu as ta vie personnelle... tu as ta vie professionnelle, tout ça c'est un tout.* » Nous n'allons pas plus loin sur ce terrain mais une nouvelle fois le médecin apparaît travailler avec tout lui-même quand justement il entre en relation avec une personne en souffrance. Ce qui

fait qu'être médecin pour lui ce n'est pas un métier seulement mais plus que cela, un choix de vie :

« C'est certainement un boulot, comme je le dis aux plus jeunes : attention ce n'est pas un choix de métier, c'est un choix de vie, c'est véritablement un choix de vie dans lequel tu engages tout ton entourage, donc il faut que ton entourage adhère à ton choix de vie ou que tu sois en phase et qu'ils comprennent que c'est un tout. »

Toutes ses paroles témoignent justement de son engagement, de sa vie donnée aux patients, à l'animation des équipes de soin, à l'organisation des soins.

À la question « *Qu'est-ce qu'on fait de ses propres émotions ?* » il répond qu'il considère qu'il y a nécessité à trouver un l'équilibre, à faire preuve de maîtrise :

K. « Bon d'abord je pars du principe qu'elles sont indispensables, elles sont capitales ces émotions et elles font partie du tout. Si tu n'as pas d'émotion, ça ne peut pas marcher. Parce que si tu n'as pas d'émotion, que tu n'es sensible à rien, tu ne pourras même pas exercer un minimum d'empathie. L'empathie étant cette particularité de s'intéresser un peu aux autres, d'être dans l'extérieur et de prendre en compte ce que l'autre t'exprime. »

Il reprend ici l'idée exprimée par plusieurs que ce qui peut être dangereux c'est l'invasion émotionnelle ...« *on ne peut pas porter le deuil de l'humanité entière* ». Le risque serait de perdre le sang-froid nécessaire pour penser la situation clinique, pour prendre en compte tous les éléments dans le raisonnement diagnostic, pour être capable de bien peser la balance bénéfice-risque. Mais il développe un modèle très personnel :

« Donc là tu vas maîtriser ces émotions, tu ne vas pas leur dire qu'elles n'existent pas, tu vas leur dire : pour l'instant, je n'ai pas besoin de toi, tu ne dois pas être là. Je parle à l'émotion comme d'un individu à part : tu ne dois pas être là, là j'ai besoin de toute mon énergie et ma concentration pour être le plus efficace possible sur un raisonnement technique et des actes techniques. À partir de là, tout dépend, tu vas être obligé de les moduler et de faire intervenir tes émotions en fonction du moment. Les émotions, c'est comme une sorte de carburant, de batterie que tu vas utiliser à certains instants pour te donner des ressources. C'est par le biais des émotions que tu peux comprendre ce que l'autre te raconte. (...) Pour moi l'émotion c'est un moteur qui te fait comprendre ce que l'autre peut ressentir et donc du coup, de comprendre toi comment tu dois t'adapter et si c'est le moment ou pas de dire ça ou de dire ça etc... »

Et il ajoute : « Mais il ne faut pas pleurer avec les gens. »

Le Pr. K. témoigne de cette place de l'empathie émotionnelle qui traverse le clinicien. Il ne s'agit pas pour lui de jouer la comédie pour manipuler le patient ou les familles mais de pouvoir alterner des temps où la raison est seule à la manœuvre et d'autres où elle est couplée avec l'émotion. Il sait convoquer ses émotions quand c'est nécessaire pour appréhender dans toutes ses dimensions la personne qui est en face de lui. Il sait aussi taire ces émotions pour se concentrer uniquement sur des tâches techniques (il est médecin anesthésiste-réanimateur) dans des situations critiques. On voit ici la description d'un usage raisonné, libre et fluide de l'émotion, non pas contrôlée mais maîtrisée, le tout orienté vers une finalité précise, ici le service respectueux du patient. C'est typiquement ce qu'un enseignement à l'éthique des vertus se propose comme objectif d'apprentissage pour les étudiants en médecine afin qu'ils développent tout au long de leur vie professionnelle et personnelle cette dynamique morale.

Notre dernière question est : « Qu'est-ce qui peut se transmettre de tout cela aux étudiants de médecine ? » Il répond :

« Je veux dire par là que la meilleure transmission, c'est par le vrai tutorat au quotidien, c'est la force de l'exemple et c'est le contact, au-delà des mots. Mon ambition a toujours été de vouloir être un exemple, un modèle en disant : voilà ce que je veux te faire passer. (...) La force de l'exemple (...) s'appuie sur toute une série de petits détails, de rigueur, de présence, de façon de répondre aux gens, d'être ponctuel, d'être rigoureux dans la rédaction du document, de ne pas considérer que ça c'est un petit détail, ce n'est pas important, etc... »

Il estime donc que le maître enseigne d'abord non par la parole mais par l'exemple. Il est modèle de rôle :

« Alors, qu'est-ce que je veux transmettre aux jeunes ? D'abord pour moi le moteur essentiel, c'est d'être passionné, point. Si tu n'es pas passionné, va faire autre chose. Donc comment transmettre une passion ? La passion ça se transmet par la force de l'exemple. »

Il répète plus loin :

« Le seul moyen d'apprendre c'est dans le compagnonnage et le contact de 7h30 du matin à 10h du soir en touchant du malade, c'est ça qui fait le fondamental de nos comportements de médecins, de soignants, d'infirmières, d'aides-soignantes, etc... »

Il rapporte ainsi une anecdote :

« J'étais en première année de médecine. J'avais passé le truc et j'étais entre la première et la deuxième année... J'avais passé le concours voilà ! Il fallait gagner du fric pour les études, donc j'avais été embauché dans une clinique chirurgicale tenue par un patron chirurgien et l'ensemble du corps hospitalier était la communauté religieuse d'à côté, donc le modèle très traditionnel... Et donc ce docteur, chirurgien, le docteur L., ça remonte à loin, 1969, puisque j'avais fait une candidature spontanée pour travailler à la clinique en disant : voilà je cherche du boulot... Et donc, je me souviens encore de sa phrase qui me dit : K. tu veux faire médecine ? Alors écoute, tu vas commencer par apprendre à faire des lits au carré parce que c'est très important qu'en tant que futur chef de service, tu saches exactement ce que tu demandes à tes employés. Donc je t'embauche comme aide-soignant mais tu feras des lits. J'ai commencé comme ça. »

Pour parler de ce qui doit être transmis, du contenu, le Pr. K. reprend la triade savoir, savoir-faire, savoir être afin de décrire les compétences à acquérir pour un futur médecin. Cependant il critique la chronologie que suppose ce développement. Il prend la métaphore de la construction :

« ... (cette triade) on le met toujours dans cet ordre, mais moi je prétends que ça vient trop tard le savoir-être. En fait, on ne doit pas mettre : savoir, savoir-faire, savoir-être. Le savoir-être doit s'acquérir tout le long, en parallèle, en continu ; qui du coup sera d'autant plus efficace qu'il va s'accumuler sur toute une série de grains de sable différents, de petites pierres et c'est l'ensemble de ces petites pierres qui finira par faire le savoir-être. »

Pour assurer une pédagogie qui fasse droit simultanément à tous ces aspects du métier il y a d'après lui la nécessité de retrouver des symboles, des rites, qui témoignent d'un esprit :

« On dit : je vais en fac de Lettres, en fac de Droit, en fac de Non la fac de médecine ce n'est pas une fac de médecine, c'est une École de médecine, et j'ai toujours défendu la théorie ancestrale de dire : c'est l'École de médecine qui doit mettre les outils nécessaires sur le plan pédagogique pour répondre aux impératifs d'une école et non pas d'une faculté, comme tu as les écoles d'ingénieurs avec ce sens du groupe. (...) Quand tu revois toute l'histoire de la formation des jeunes médecins, quand tu rentrais à l'École de médecine tu rentrais dans une école avec ce tutorat et ce compagnonnage permanents. »

Il considère le développement du centre de simulation et les programmes de formation à la communication et à l'éthique auxquels il participe comme des outils intéressants pour apprendre aux étudiants leur métier, pour leur enseigner ce savoir être :

« Ce que tu es en train de faire, ce que vous êtes en train de réfléchir, ça me paraît effectivement capital et important que de recomprendre, que de comprendre que c'était un cheminement qui partait depuis la première année de médecine et qui doit s'adapter, avec les outils correspondant en fonction de ce que l'on apprend sur le plan du savoir, mais qui doit être collé en permanence, depuis le début jusqu'à la concrétisation du diplôme. »

Il y a des nombreux métiers possibles en étant médecin, vingt-mille d'après lui, où toutes les personnalités peuvent trouver leur compte. Mais pour ceux qui seront au contact des patients, il faut qu'ils soient préparés comme le sont des soldats qui devront affronter des situations périlleuses, difficiles, dangereuses :

« Ceux qui vont être sur le terrain, attention il faut une formation spéciale, c'est formation commando, particulière et qui doit être briefé, entraîné, et il faut faire le parcours du combattant sinon tu n'y arriveras pas et si tu n'es pas bon sur le parcours du combattant il faut revenir en deuxième semaine ! »

Les cours suivis à Bobigny, la formation de soignant dès le début sur le terrain, l'expérience, un parcours de vie personnelle auquel il a fait discrètement allusion, la réflexion continue qu'il a soutenue toute sa vie ont donné au Pr. K. une vision claire des enjeux de la formation humaine des futurs médecins. Outre des compétences biomédicales et cliniques sans lesquelles rien n'est possible, des outils pour communiquer avec efficacité, des notions de psychologie pratique, des capacités de réflexion en situation sur les enjeux éthiques comme de savoir travailler en équipe pluri professionnelles, le tout associé à une empathie émotionnelle suffisamment maîtrisée qui témoigne alors d'un engagement résolu de toute son humanité, tout cela est indispensable pour la mission qui attend les futurs médecins, ceux qui seront en contact avec les patients tout particulièrement.

Conclusion

Les témoignages des médecins interrogés mettent en lumière « une gestion » contrastée des émotions et des techniques et des habiletés à communiquer construites au fur et à mesure de leur pratique. On peut tenter d'en établir une synthèse. Si on reprend l'arc émotionnel décrit

plus haut on s'aperçoit que personne n'est ici dans l'indifférence émotionnelle. Mais les réactions sont différentes d'un individu à un autre. Le Pr. V., le chirurgien, ne veut pas se laisser aller à une quelconque invasion des émotions et de là ne laisse rien transparaître ; dans la même veine le Pr. G., qui travaille dans un service de soins de suite aux urgences, joue l'empathie qu'il se refuse d'avoir. Le Dct. S. fait preuve d'empathie cognitive dans sa relation avec les patients. Il va cependant du côté de l'affect (joué), de la sympathie (feinte), afin de correspondre exactement à l'image du médecin qu'attendent les patients qu'il rencontre. Il parle d'une ruse. D'autres enfin se laissent aller à l'empathie émotionnelle, avec le risque parfois d'être déçu par des patients bourrus comme c'est le cas du Pr. M. aux urgences ; ou bien comme le Pr. K. (au service des prélèvements d'organes) utilisant les émotions avec dosage et maîtrise. Un dernier point peut être relevé. Comme on l'a dit le style oral a été conservé et il peut étonner par certains aspects. Il peut contraster avec l'idée qu'on se fait de la parole médicale, celles de professeurs qui plus est. Deux éléments peuvent contribuer à cet état de fait. D'une part on est ici sur un terrain plutôt psychologique, de psychologie médicale, qui n'est pas pour les professeurs leur sujet d'enseignement magistral à la faculté. D'autre part entrer sur le terrain des émotions, des sentiments, des valeurs et des principes à la fois, suscite des mouvements émotionnels et de plus on aborde ici un champ qu'il n'est pas facile de circonscrire par la parole et les concepts.

11.2. Situations vécues à l'hôpital

Nous présentons aussi dans cette partie « clinique » quelques vignettes qui nous ont parues éclairantes de situation d'apprentissages en stage rapportées par les étudiants eux-mêmes. Elles sont tirées de nos observations et constituent autant de tableaux cliniques.

11.2.1. Le mensonge

Nous avons présenté dans la seconde partie de ce travail le parcours avec la maladie comme un parcours de deuil. De là nous avons pointé que le mensonge, qui peut être interprété comme un mécanisme de défense du professionnel de santé, empêche le dialogue sincère et le cheminement à deux dans une coconstruction d'un projet de soin et de vie. Pour illustrer cette réalité nous souhaitons rapporter le cas d'un patient. Dans un service de chirurgie pulmonaire cet homme est opéré pour un cancer et à l'issue de l'opération on lui a vendu une « petite chimiothérapie », tout en laissant entendre que la partie malade avait été réséquée dans son

ensemble, que ce traitement était presque inutile, que c'était comme un excès de prudence... Lors de son retour six mois plus tard dans ce service pour une récurrence (comme cela advenait il y a dix ans dans plus de 60 % des cas), cette personne était profondément déçue et meurtrie. Et pas seulement par le malheur qui l'accablait mais plus encore par le sentiment d'avoir été trahi par le chirurgien. Cet homme qui avait donné sa confiance au médecin, ayant compris qu'on ne lui avait pas dit toute la vérité, confiait que c'était là ce qui le faisait le plus souffrir, ce sentiment de ne plus pouvoir faire confiance à l'équipe qui devait le soigner.

11.2.2. L'indifférence

Le sentiment de vulnérabilité est grand dans une situation d'arrivée aux urgences. À cet égard il est frappant de rapporter les paroles d'un patient pris en charge justement aux urgences et à qui une étudiante demandait dans le cadre d'une recherche, son ressenti sur l'accueil dont il avait bénéficié depuis son arrivée. La porte du box où il était allongé s'ouvre puis est immédiatement refermée. Le patient réagit :

« Il vient de me regarder comme un animal... c'est le singe là non, non c'est l'iguane. T'as vu tu vois, il peut pas ouvrir la porte et dire un mot « bonjour excusez-moi je cherche... » « monsieur je » c'est horrible. C'est franchement horrible. J'ai l'impression d'être traité pire qu'un animal, allez chez le vétérinaire vous verrez comment il traite les animaux. Moi j'ai emmené mon chien et mes chats il les caresse et il pleure le véto quand il doit piquer un animal. Ici ils s'en battent les couilles, tout le monde s'en fout. »

L'expression est crue et elle traduit une colère, une révolte de bon aloi face à ce qui est vécu comme une absence d'humanité, d'attention et de compassion. Depuis le premier moment de l'accueil au passage du portique de sécurité par le vigile à l'entrée des urgences jusqu'à la sortie auprès des secrétaires qui encaissent le règlement des frais d'hospitalisations, en passant par l'agent d'accueil, l'infirmier d'orientation, les infirmiers et aides-soignants de zones, les externes en stage, l'interne de garde, les médecins seniors, les internes de spécialité éventuellement sollicités pour donner un avis, les brancardiers, les personnels de radiologie, les agents des services hospitaliers et d'autres encore, le patient est attentif à tout signe de bienveillance, de compréhension, de respect, d'écoute. Au contraire si on parle fort dans des couloirs bondés de brancards, si les patients sont interrogés, examinés les uns à côté des autres, voire que des annonces leur sont faites dans ces conditions, que le temps d'attente

s'étale sur de longues heures sans informations, un sentiment d'être maltraités, déconsidérés, humiliés s'installe et suscite une agressivité sourde voire bruyante qui se trouve en plus être rabrouée violemment par certains personnels avec des phrases telles que : « *Si vous n'êtes pas content, vous allez ailleurs !* », « *Madame calmez-vous, vous n'êtes pas la seule ici !* », quand ce n'est pas l'application d'une contention physique, après quoi le patient se retrouve attaché sur son brancard pour encore de longues heures sans autre forme de ménagement. Nous considérons qu'il est urgent dans certains services de mettre en place des formations à l'accueil des patients, sans négliger pour autant des questions d'organisation ou d'effectif. Mais il ne faut pas que ces motifs soient avancés à tort et à travers pour masquer de réels dysfonctionnements qui relèvent des individus et des équipes.

11.2.3. Deux exemples de séduction

Le patient met en place inconsciemment des mécanismes de défense pour faire face à son angoisse. Mu par son empathie émotionnelle l'étudiant peut écouter avec beaucoup d'engagement et de compassion le discours du patient. Dans certaines situations, les problématiques tant psychologiques, sociales que culturelles sont éminemment complexes et l'accompagnement ne peut se faire sur un temps long par une équipe pluridisciplinaire très mobilisée, avec encore une part d'échec non négligeable. L'étudiant qui n'a pas encore d'expérience et qui cherche à pallier son manque de connaissances clinique par un relationnel empathique peut facilement tomber dans certains pièges.

Deux étudiantes en odontologie en quatrième année dans les premiers temps de leur stage à l'hôpital rapportaient avoir reçu un monsieur leur témoignant beaucoup de gentillesse et elles avaient écouté longuement son récit de vie. Cet homme au cours des séances suivantes ne manquait pas de les remercier et de les féliciter, elles seules, sur leur accueil, leur patience, leur dévouement etc. Mais de séances en séances ses exigences devinrent toujours plus pressantes (réaliser tel soin, fixer plus tôt un rendez-vous...). Au fur et à mesure de cet accompagnement elles se sont senties très mal à l'aise car désormais elles devaient faire face à son agressivité en cas de refus, ce monsieur jouant sur tout ce qu'elles avaient pu faire par le passé pour l'arranger, afin d'obtenir d'elles ce qu'il souhaitait. On assiste là à un mécanisme de séduction mutuel qui avait rendu les élèves dépendantes du malade et qui maintenant tournait court.

Donnons un autre exemple. Toujours dans le cadre d'une analyse de pratique avec des étudiants de quatrième année de la faculté d'odontologie, un étudiant lors de la première réunion avait dit combien il souhaitait rompre avec l'asymétrie existant entre le professionnel de santé et les patients, avançant l'idée qu'il pourrait aller boire un café dans le bar du coin avec des patients. Ce garçon qui avait un style de surfer revint quelques séances plus tard rapporter son effarement d'avoir soigné une patiente qui avait l'âge de sa mère et à qui il avait poliment reproché de ne pas suivre ses conseils répétés. Cette dame lui répondit en le regardant dans les yeux : « *Si j'ai des plaques dentaires c'est parce que je mange du chocolat, et si je mange du chocolat, c'est parce que je suis insatisfaite sexuellement* ». Il conclut ce récit en disant : « *Désormais j'ouvre la bouche des patients, je les soigne, je leur referme la bouche et ils me payent. Rien de plus* ». Nous avons pu reprendre ses émotions et ses sentiments dans ce temps de parole libre. Nous pouvons imaginer que si une telle expérience n'avait pu être parlée et travaillée en groupe, cette situation aurait pu causer des dégâts sur sa communication et sa relation vis-à-vis des patients.

11.3. Un exercice de management de crise au sein de l'hôpital

La séance de simulation que nous rapportons ici ne regarde pas directement les étudiants de médecine en formation initiale mais elle relève de la formation continue des personnels de l'hôpital. Au sein des urgences du CHU de Nice nous menons régulièrement des séances de simulations afin d'entraîner les directeurs de l'hôpital (au nombre de vingt-cinq environ) à l'exercice de leur fonction en situation de crise. Ces événements graves font l'objet de schémas décisionnels au sein des hôpitaux appelés Plan Blanc, qui sont déclenchés lors de catastrophes naturelles, d'accidents majeurs, d'attentats terroristes, de pandémie, etc. Les objectifs principaux de ces entraînements sont de gérer une situation de crise en équipe et de communiquer efficacement à la fois en interne et vers l'extérieur de l'hôpital (autorités de l'État, médias, familles des victimes, etc.). La simulation d'un événement critique est une bonne préparation à des situations qui dépassent les routines et les plans d'action prévus ; ici ce sont des situations qui présentent des problèmes et des menaces absolument non circonscrits.

« Le discours sur le management de crise se focalise d'une part sur la communication et, d'autre part, sur la préparation par simulations avec cellule ad hoc et retour d'expérience, version "*corporate*" de la manœuvre

militaire issue de l'adage romain "*si vis pacem, para bellum*". Cette préparation vise à faire acquérir aux managers le réflexe idoine pendant la période critique, réflexe nécessaire pour ne pas se laisser submerger par la crise, puis pour engager une réflexion sur la riposte et pouvoir enfin conduire l'action » (Volpi, 2003, p. 12).

Comme dans toute simulation ces exercices font l'objet d'un débriefing. Dans ce cas il y a un débriefing à chaud appelé « *hotwash* » suivi plus tard d'un débriefing à froid à partir des séquences vidéo tirées de la séance. Précisons que le terme *hotwash* vient de la pratique utilisée par certains soldats qui arrosent leurs armes avec de l'eau extrêmement chaude (*hot wash*) afin d'éliminer la poussière et les résidus de tir ; cette pratique facilite le nettoyage lors du démontage de l'arme. Nous analysons ici un exercice réalisé le 19 juin 2018 ayant pour scénario un séisme en méditerranée d'une magnitude de 7,9 impactant le Sud-est de la France et le nord de l'Italie. Un des bâtiments de l'hôpital s'est écroulé et un tsunami d'une hauteur d'un mètre submerge la Promenade des Anglais envahissant les urgences en sous-sol de l'hôpital pour enfants de Lenval. Nous pouvons le dire tout de suite, cet exercice a été une réussite : la gestion de la crise s'est passée sans encombre ; l'équipe a été structurée, sans signe de frustration ou d'agacement ; une vraie dynamique de groupe s'est construite au long des trois heures d'épreuves et de stress.

À l'issue, lors du *hotwash*, nous avons demandé aux membres de cette cellule de crise pourquoi elle avait bien fonctionné. Plusieurs éléments sont apparus dans leur discours. D'abord le Directeur général (DG) a tenu un vrai rôle de leader, il a fait figure de pivot, d'axe de force durant tout l'exercice. Une des participantes s'adresse au directeur général :

« Moi je trouve que ce qui a été le gage du bon fonctionnement, c'est qu'en fait vous restiez là à tout coordonner. En fait à deux ou trois moments, vous êtes parti téléphoner et je me suis dit : mais qu'est-ce qu'il fait en fait ? (Rires dans la salle) Et quand vous êtes parti, en fait, ben on se demandait qui allait donner les ordres, moi je me disais, en fait faut que vous reveniez quoi (Rires). »

L'animateur relance : « *Un rôle de pivot ?* » Et le directeur général confirme : « *Je suis le point de convergence des infos et d'avoir la vision globale de tout (Rires et tout le monde acquiesce).* » Autre point qui a été un des éléments de la réussite ce fut la collaboration entre les directeurs et les professionnels de santé. Là encore le DG lors du débriefing constate :

« Heureusement qu'on avait les relais médicaux et paramédicaux de terrain qui donnent le change et qui conseillent bien la cellule sur ce qu'elle a à mettre en place, je crois que c'est absolument essentiel. (S'adressant au médecin chef du service des urgences et à la cadre supérieure) Vous voyez parce que vous avez évoqué des choses qui ne sont pas... qui ne seraient pas venues à l'esprit, les évacuations ou les choses comme ça. Si on était seuls entre nous, je ne suis pas sûr qu'on aurait pensé ou qu'on aurait été jusque-là et je crois que c'est extrêmement important. »

De son côté un facilitateur (c'est-à-dire un des organisateurs du jeu qui adressait au groupe des informations au fur et à mesure) reconnaît :

« Vu de l'extérieur puisque nous n'avions pas la vision, la perception que nous avons eue c'est que vous étiez drôlement bien organisés, qu'il y avait une répartition des tâches de chacun puisque vous êtes différents interlocuteurs et d'emblée, c'est quelque-chose qu'on a échangé entre nous, en disant : purée (sic) ils se sont bien... et c'est appréciable de voir une organisation derrière, voilà, ça partait pas dans tous les sens. »

Le DG fait un constat assez semblable:

« Je pense que le plus dur c'est de se mettre en place au départ et comprendre qui doit faire quoi avec beaucoup de minutie. Peut-être qu'on aurait dû prendre le temps de s'affecter des rôles plus précis, même si assez rapidement, ça s'est fait. »

Pour comprendre ce qui s'est réellement passé il faut se pencher sur les trente premières minutes de la simulation qui étaient dédiées pour l'équipe à la prise en main du référentiel du Plan Blanc. La préparation immédiate est un moment clé de la vie de l'équipe face à un événement grave. Le concepteur de ce jeu de rôle, un cadre spécialisé dans la gestion de crise, précise à ce sujet lors du *hotwash*:

« Pour rebondir un peu sur vos propos, il y a une chose très importante dans la gestion de crise, c'est d'accepter la première demi-heure de débâcle (tout le monde opine du chef), mais par contre, il ne faut surtout pas que ça dépasse cette demi-heure, mais d'accepter que pendant une demi-heure, on passe d'un fonctionnement normal à un fonctionnement de crise, donc tout doit se recalculer et qu'il faut accepter que pendant une demi-heure, ça va être le... le bordel mais que il ne faut pas que ça dépasse cette demi-heure... (Rires) »

Si on analyse maintenant ces fameuses trente premières minutes à partir des vidéos (ce qui a été proposé lors du débriefing à froid), on s'aperçoit qu'il y a eu au cours de cet exercice une conjonction d'éléments et un enchaînement vertueux qui ont permis la réussite.

Il a été noté que durant tout le jeu de rôle ou presque le DG est resté à sa place. Plus encore dans ce temps de préparation il reste silencieux une grande partie du temps. Cela permet les échanges libres et spontanés entre les membres du groupe. Il y a aussi la présence de leaders dans l'équipe (les membres SR et KR). Le premier anticipe sans cesse les besoins du groupe et informe habilement, avec les précautions oratoires qu'il faut, le DG. Dans la première minute alors que tous se sont assis autour de la table lors une première réunion présidée par le directeur il glisse : « *Je me permets, ce que je pense c'est que chacun ait sa « to do list » puisque ça a déjà été pensé. Progressivement (sinon) on va refaire le plan blanc ...* » Cette personne va avoir un rôle essentiel par la suite. En effet une directrice adjointe (DB), personne en fin de carrière, visiblement perdue, du moins au début de l'exercice car elle ne maîtrise pas l'outil informatique, pose une question après s'être enquis de sa fiche de poste relative à des tâches subalternes. Jusque-là ses appels à l'aide ont été ignorés et poliment écartés.

« DB : S(R), il faut que vous appeliez l'ensemble des directeurs référents de pôle.

SR devant un ordinateur: Non D(B), on a tous été appelés là.

DB : Ah bon ?

SR : Sinon, vous ne seriez pas là D(B). Là je suis le responsable du bureau des entrées (en riant).

DB : Ah oui. Non je vois directeur pôle performance, c'est vous ?

DG : Mais il se rend disponible et joignable.

DB lisant le manuel papier : Très bien. Le directeur référent de pôle pour qu'il assure que les responsables du pôle (SR la rejoint à la table et lit également le manuel) et le cadre de nuit du garde ont été informés par le standard.

SR se rapproche de DB : Ça veut dire qu'il y a une imprécision....

DB : Ah ben oui mais attendez.... Parce qu'après c'est à moi de le faire, ça m'est demandé de le faire.

SR : Je pense que déjà à la base, c'est de savoir qui est qui, D(B). On va commencer par ça. »

Ce questionnement sur le rôle de chacun qu'a engagé DB et la répartition possible des tâches dans l'organigramme qui s'ensuit va faire l'objet d'une première discussion entre eux. Ils sont rejoints par l'autre directeur (KR) qui ne comprend pas la position du premier. S'ensuit des échanges fournis entre les deux hommes, auxquels s'intéressent peu à peu les personnes autour de la table. Le DG s'en mêle une fois. À partir de là pratiquement tous les acteurs écoutent les arguments échangés. Pendant ce temps-là DB, la directrice adjointe qui avait posé la première la question à l'origine de toutes les discussions, s'est retirée très discrètement et intervient ponctuellement. Elle est alors écoutée par tous. Elle sourit lorsque les deux leaders se retrouvent auprès du DG pour lui présenter la synthèse des discussions et le consensus qui s'est établi, les autres se regroupant autour d'eux :

« SR : Juste par exemple, le directeur du pôle administration générale, il doit appeler pour sécuriser l'hôpital, d'accord ? Elle est décédée malencontreusement....

DG : On va réaffecter ses tâches sur un autre personnel dans la cellule de crise.

SR s'adressant à KR de très près : C'est ça, c'est bien ce que je dis.

KR: Ah oui, mais on n'a pas encore découvert qu'elle n'est pas là.

SR : Oui oui, oui oui oui.

Les deux hommes se font face à face debout, ils se regardent et finalement chacun rigole et repart de son côté de la salle.

SR : Faut juste qu'on parte tous dans le même sens ! »

La tournure qu'a prise cette mise en situation nous a semblé très intéressante et la clé qui a permis la bonne performance du groupe est plutôt inattendue. C'est un groupe dans lequel un consensus s'est créé patiemment et qui a été capable de faire face à l'imprévu de la crise. Les

rôles et les tâches respectives de chacun ont été clairement établis durant cette première demi-heure de préparation. Le DG a fait preuve de jugement en ne cherchant pas à contrôler la situation avec autoritarisme. Et par là même il a pu appuyer sa réflexion sur le travail de ses collaborateurs pour prendre des décisions. Il s'est révélé être un leader sur le mode non du premier de cordée, mais du chef d'orchestre. Cette attitude du DG a aussi permis l'action des leaders positifs qui ont eu un rôle de catalyseurs, qui ont fait preuve de justesse dans leur attitude et qui ont su afficher tout au long de l'épreuve de la bonne humeur. Enfin un de ces leaders a eu l'intelligence et l'humilité de prendre en compte l'avis d'un personnage mineur et peu considéré. Cette directrice s'est en fait révélée être celle qui avait la meilleure intelligence de la situation et elle s'est servie finement d'une personne reconnue pour contribuer à la réussite du groupe.

La clé de l'histoire repose sur une remarque qu'elle glisse au début du jeu de rôle et que le destinataire ne prend pas la peine de relever. Elle s'adresse en effet au directeur général : « *Alors moi monsieur, dans cette salle j'ai de mauvais souvenirs.* » Celui-ci feint de ne pas l'entendre. Or dans le *hotwash* elle confie que ces mauvais souvenirs remontent à l'attentat du 14 juillet 2016 où elle avait dû faire face dans cette même salle avec ses collègues à la désorganisation des secours, à l'afflux des patients, au désespoir des familles... C'est de là qu'elle tirait ses questions qui ont contribué à déterminer précisément le rôle et la fonction de chacun.

Il est intéressant pour une équipe d'analyser ainsi les raisons de son succès dans un exercice de groupe. En effet un succès renforce la cohésion du groupe. Cependant au sortir de la simulation et du *hotwash* les participants, acteurs, facilitateurs comme les observateurs, étaient en fait incapables de décrypter ce qui avait causé le succès du groupe, l'intervention discrète et décisive de DB. Ce n'est qu'en regardant les vidéos et en les analysant à plusieurs professionnels (médecin, cadre infirmier, psychologue) que nous avons pu mettre en lumière son rôle décisif. Et c'est lors du débriefing à froid, des mois plus tard, où nous avons présenté à l'ensemble des directeurs le montage des vidéos, que nous avons pu faire un débriefing réflexif qui a mis en avant l'action de cette directrice.

Au sein de toute organisation des expertises peuvent exister qui peuvent s'avérer décisives en situation de crise et seul un management participatif permet leur repérage et leur exploitation.

Ceci est particulièrement utile dans une situation d'incertitude. Pierre Lagadec (2012) un des spécialistes français de la gestion du risque et de la gestion de crise en témoigne :

« Alors que l'accent était mis jusqu'ici sur l'acquisition de bonnes logiques en matière de procédures, il devient capital de s'adapter à la perte des repères habituels ou à la redistribution des cartes entre acteurs. Pour ce faire, il convient de développer l'aptitude à injecter de la vision, de la confiance et de la cohésion. Il ne s'agit plus seulement de bien se connaître à l'avance, de parler le même langage, d'avoir les mêmes grammaires de réaction ... mais d'être capable d'inventer avec d'autres que l'on ne connaît pas, des trajectoires inédites et viables sur des terrains inconnus » (2012, p. 51).

Chapitre 12 : La faculté de médecine

12.1. Le témoignage des étudiants de médecine

Nous allons rapporter dans un premier temps les entretiens réalisés auprès des internes d'hématologie dans le cadre d'un module de formation à la relation de soin. Pour rappel, ces entretiens ont été réalisés par un étudiant de psychologie en amont de séances qui étaient une nouveauté pour eux. Il s'est intéressé à l'intérêt que portaient ces étudiants à ce type de dispositif, reprenant aussi comme questions deux de celles posées aux enseignants de médecine : « Qu'essayez-vous de mettre en place la première fois que vous rencontrez un patient ? » ; « Quelle est la place des émotions dans cette relation ? ». Une dernière question cherchait à permettre l'évocation d'un événement qui a les mis en difficulté: « Y a-t-il une situation avec un patient que vous avez eu plus de mal à gérer ? ». En aval des séances il a ensuite repris les ressentis et les apprentissages effectués selon eux ainsi que les transferts de compétences possibles dans leur pratique d'internes.

12.1.1. Entretiens réalisés avec Mlle D., interne en hématologie

La première interne, Mlle D. est en quatrième année d'internat sur un total de six. Elle n'a jamais fait de simulation et n'est pas franchement enthousiaste à l'idée des jeux de rôle :

« C'est bien beau de jouer (...) mais en vrai ça ne se passe jamais comme ça dans la vie (...) (les jeux de rôles) je déteste ça, j'ai déjà vu des espèces de soirée ou des troupes de théâtre venaient jouer et franchement c'est pas du tout la réalité. »

Ce type de réaction est courant avant une séance, surtout avec des internes n'ayant pas eu de formations dédiées spécifiquement à la communication lors de leurs années d'externat alors qu'ils assument désormais un rôle médical auprès des patients. Pour des personnes qui ont déjà consacré plus de dix ans de leur vie à ces études, parfois en sacrifiant beaucoup de choses à côté, il est difficile d'admettre que leur formation a présenté potentiellement des défaillances. Il faut aussi admettre que certaines séances de simulation mal menées sont contre productives.

Dans l'entretien de retour après la séance Mlle D., souriante, à la question : « *Comment s'est passé la simulation ?* » répond : « *Finalemnt très bien, ça s'est bien passé.* » Si elle n'a été qu'observatrice, elle a cependant ressenti un réel intérêt à y participer. Cherchant à comprendre ce qui a été pour elle le plus profitable, l'étudiant en psychologie lui demande : « *le débriefing qu'il y a eu après la simulation t'a-t-il apporté quelque chose ?* » Elle répond : « *Oui, enfin tous les débriefings au final...* ». On rappelle que nous avons bouleversé le déroulement de la séance, proposant finalement en première partie des débriefings à partir de vidéos ; une seule mise en situation avait été finalement réalisée.

Concernant ses objectifs et ses outils dans l'entretien avec les patients, elle se décrit comme un médecin cherchant à ce que le patient comprenne sa situation et le traitement qui lui est proposé tout au long de son accompagnement par l'équipe, y allant par touches successives :

« Après toujours enrober les choses, jusqu'à arriver au diagnostic, pas arriver brutalement à leur dire quelque chose mais trouver un moyen... En fait l'objectif (...) c'est d'arriver à leur faire comprendre pour que ça vienne d'eux, c'est eux qui nous disent : en fait c'est un cancer. »

Le verbe « enrober » peut poser question. Est-ce le signe d'une certaine manipulation dans la relation ou bien est-ce une façon un peu maladroite d'exprimer la prudence et les précautions oratoires qu'elle utilise ? On note qu'elle procède avec progressivité dans les informations qu'elle transmet, cherchant à faire que le patient en vienne à poser l'hypothèse qu'il souffre d'un cancer. Par ailleurs elle ne rapporte pas de situations où elle s'est sentie mal à l'aise. Elle ne réalise pas d'annonces habituellement, elles reviennent au médecin référent, même si les comptes rendus d'examen peuvent parfois dit-elle, donner lieu à des explications qui débouchent sur une annonce. Elle exprime ses ressentis dans un mouvement de banalisation :

« C'est peut-être l'habitude, c'est qu'au fur et à mesure du temps on se rend compte que quand on avance, bah oui, y a des gens qui nous touchent plus que d'autre à qui on s'attache plus que d'autre, et y a des ... Malheureusement après... On est habitué à voir des histoires horribles. »

Il est impressionnant de considérer qu'une étudiante en médecine en vienne à parler au bout de quelques mois de pratique médicale d'habitude. Pour s'adapter à la souffrance et au drame humains, le psychisme peut développer ces réactions de banalisation. Elle rapporte cependant une situation plus difficile qu'elle a vécu. Il s'agissait d'un patient de vingt ans arrivé aux urgences un dimanche matin pour des adénopathies apparues trois jours plus tôt ; sa mère était présente :

« Là faut j'aille le voir pour lui dire que oui c'est probablement une leucémie et que oui, il doit aller en réa parce que son rein ne tient pas le coup et qu'il faut qu'il soit dialysé. Mais je suis toute seule, je dois aller vite parce qu'il est attendu en réa, et que la première personne qu'il va voir, ça ne peut pas être le réanimateur, parce qu'il va pas comprendre pourquoi, et là les gens bah... Pour leur annoncer ça en l'espace de 30 minutes bah... Après c'est la mère qui me dit : « Bah vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? »

et elle répète plusieurs fois cette phrase traduisant la détresse et la colère de cette mère. Et elle conclut :

« ... On s'en rend compte mais en fait il faut le faire, enfin le dire, et c'est vrai que la façon de dire est peut-être pas optimale... »

Son témoignage exprime la difficulté ressentie dans cette situation pour trouver les mots justes tout en présentant les ressentis négatifs du patient (ici en l'occurrence la mère) comme des dommages collatéraux (il était visiblement difficile « d'enrober » en la circonstance ...).

Que retire-t-elle de cette formation ? Elle n'a pas participé au jeu de rôle en tant qu'actrice et pourtant un processus de réflexion s'est enclenché sur sa propre pratique :

« Quand je suis avec quelqu'un qui parle à un patient, c'est vrai que de temps en temps j'essaie de regarder si y a des choses qui peuvent me rappeler ce dont on a parlé ». L'étudiant fait une relance : « Est-ce que ça change votre regard lorsque vous observez des médecins seniors ? » et elle confirme : « Ouais carrément. »

Mais ce qu'elle retient en fin de compte la surprend elle-même :

« Moi étonnement ce qui m'a beaucoup marqué (...) c'est quand (l'animateur) nous a demandé : Comment vous vous présentez quand vous rentrez dans une chambre ? Bah tu vois je donnais toujours mon prénom, juste mon prénom. Et d'entendre T. bah que lui donnait son nom de famille pour donner plus une figure de médecin, bah tu vois finalement je le fais, je trouve que ce n'était pas con (...) Ça ne m'avait jamais traversé l'esprit de ce que ça pouvait renvoyer de donner son nom ou son prénom... (...) Et ça tu vois j'y ai vachement réfléchi après qu'il l'ait dit et finalement c'est ça, pour l'instant que j'applique le plus par rapport à ce qu'on a discuté. »

L'étudiante avait donc rapporté avant la séance une situation où elle s'était sentie en difficulté : « *c'est vrai que la façon de dire est peut-être pas optimale* » mais en réalité, ce ne sont pas des éléments pour mener un entretien d'annonce qui l'ont marquée le plus, mais un des éléments d'une bonne communication : se présenter.

Autre point important, désormais elle analyse les pratiques des médecins seniors qu'elle peut observer comme interne. Ces entretiens qu'elle « subissait » jusque-là, avec leur lot d'apprentissages cachés, de comportements parfois inadaptés, elle peut en faire des temps de réflexion, considérant les paroles tour à tour du médecin senior et du patient en voyant comment se noue l'interaction. Il nous semble qu'on peut voir là un processus vertueux enclenché par la simulation. En stage elle ne peut désormais plus ne pas réfléchir à cette réalité qui jusque-là n'était pas pensée, comme en dehors du champ du travail, laissée en friche d'une certaine façon :

« ... C'est vrai que je regarde comment font les gens... (...) Peut être que je fais plus attention à des choses auxquelles je ne faisais pas attention avant. »

Notre objectif d'enseignement est que grâce à cette réflexivité agissant au cœur même de l'action, l'étudiant puisse développer ses habiletés de communication, sa sensibilité et son raisonnement éthique, ce que les situations cliniques seules, sans une élaboration réflexive, ne lui permettent pas. Un autre élément qui va dans ce sens mais qui n'est pas évoqué ici, c'est la possibilité pour le groupe des internes de porter entre eux les discussions sur ces sujets qui ne sont pas habituellement abordés et donc de faire ainsi un partage d'expériences et de pratiques acquises par les uns et les autres.

12.1.2. Entretien avec M. L. interne en hématologie

Le second étudiant a lui aussi participé à la séance de simulation mais cette fois-ci en tant qu'acteur, dans le rôle du médecin. Nous avons pour lui aussi le recueil de son témoignage avant et après la séance. M. L. est en deuxième année d'internat, et pour lui aussi c'est sa première séance de simulation. Comment définit-il son mode de communication avec le patient ?

« Un rapport de confiance, ça c'est le premier point, déjà je me présente, j'essaie de savoir déjà pourquoi il est là puis au fur à mesure je pose des questions sur lui pour me rapprocher un peu, tout en, bien sûr gardant une certaine distance mais lui il est... l'idée en tout cas dans la relation c'est d'avoir une confiance pour qu'eux ils puissent se livrer, dire le plus d'informations et aussi, après, accepter la prise en charge, même si on dit que quand même... aujourd'hui c'est... enfin les prises de décisions sont faites par le patient avec une information éclairée et tout ça, enfin la plupart des gens n'ont pas forcément les moyens ni des fois les ressources, donc l'idée c'est ça. »

Ce jeune médecin cherche à créer un rapport de confiance avec le patient ; il pose des questions « *pour se rapprocher un peu* ». Nous y voyons là une description assez simple de ce tissage relationnel fait de respect et d'attention de la part du médecin face aux réponses et aux réactions de son interlocuteur. Il ressort aussi l'idée que la décision revient au patient, il parle d'une « information éclairée » dans une contraction des concepts d'information loyale et de consentement éclairé. Il est intéressant de voir les approximations dans l'expression qui émaillent cet entretien comme le précédent, en contraste avec un certain nombre de discours des médecins seniors rapportés plus haut. Ces étudiants n'ont pas encore réalisé la conceptualisation abstraite de leurs aînés même s'ils peuvent rapporter des observations réflexives sur les situations. Nous remarquons aussi qu'il est soucieux de ne pas tomber dans trop de proximité : « *tout en, bien sûr gardant une certaine distance* ». De fait quand il décrit la place de ses émotions dans la relation, il répond :

« Moi je pense que c'est important, il faut avoir de l'empathie, c'est important on a aussi un rôle de psychologue. Euh parce que déjà d'une on voit ça tous les jours, qu'eux ils voient ça, c'est la première fois que ça leur arrive ou en tout cas pour eux. Donc oui c'est important après il faut pas être trop proche (...) Il faut pas pleurer avec le patient parce que c'est pas très rassurant, et puis même eux, ils ont besoin aussi d'avoir quelqu'un sur qui ils peuvent compter... »

Il laisse une place certaine à ses propres émotions. Il est intéressant de voir qu'il considère qu'il a aussi un rôle de psychologue. Dans le langage courant, le psychologue est celui qui écoute sans jugement, qui compatit. C'est le rôle de tout professionnel de santé de prendre soin du patient par l'écoute et la parole en se montrant attentif à sa souffrance et à ses attentes, il n'est pas besoin de faire appel à un psychologue pour cela. De nouveau dans sa réponse il se défend de tout rapprochement qui serait une trop grande familiarité, un débordement émotionnel : « *après il faut pas être trop proche* ». Nous voyons ici un étudiant en médecine qui a un grand respect pour l'autonomie du patient, une vraie sensibilité à la souffrance, mais ne se sent peut-être pas toujours à l'aise avec les mouvements émotionnels qui le traversent. La simulation pourrait être un moyen pour lui d'interroger ses pratiques et d'explorer ses propres ressentis, quitte à ne plus les voir comme des dangers potentiels mais plutôt comme une aide à la communication avec le patient et un réservoir de conscience éthique en situation. Nous l'avons dit sur le plan de la psychogénèse la conscience morale passe d'abord par un état émotionnel qu'il est possible ensuite d'analyser à froid, préférentiellement à plusieurs quand il s'agit d'un travail d'équipe, travail qui va générer peu à peu en nous cet habitus d'une appréhension intuitive en situation des enjeux éthiques, qui se traduit alors sous la forme d'un sentiment éthique.

Venons-en à l'après séance. L'étudiant en psychologie lui demande :

« La première question est, comment s'est passé la simulation pour toi, vu que tu étais acteur, comment l'as-tu vécu ?

M. L. : Déjà c'est très intéressant, le psychologue, je me souviens plus de son nom...

B : Monsieur Q.

M. L. : Ah oui, il a été génial, je le trouvais génial, il m'a appris plein de choses, c'était très instructif. Moi j'ai essayé après de le refaire en pratique, bon ce n'était pas facile mais euh... pleins de bons conseils, j'ai trouvé ça super intéressant. »

Pratiquement tout ce qui a été présenté en synthèse par le psychologue avait été évoqué confusément, maladroitement parfois, lors du débriefing par les participants et cet apprenant en particulier. Tout apprenant en séance de simulation, dans le domaine des relations avec le

patient en particulier, sait déjà certaines choses et surtout a des habitudes bien ancrées, car nous pratiquons la communication depuis notre plus jeune âge. Il s'agit pour l'animateur, après avoir permis l'expression de chacun, de patiemment distinguer, de classer, de hiérarchiser, de définir parfois tous ces éléments à l'œuvre dans l'interaction et qui ont émergé dans le jeu de rôle et la discussion, et tout cela par petites touches successives. En fait débriefer une séance de simulation est l'art de se taire. Il s'agit surtout de ne pas faire un cours mais simplement de relever les propos, les intonations, les hésitations, les lapsus, les silences, pour aller au plus près des émotions et des intentions qui ont animé les acteurs durant la scène. Comme l'a constaté un jour un étudiant de deuxième année de médecine à la fin d'une séance : « *Mais en fait ce que vous nous proposez de faire, vous le pratiquez vous-même pendant le débriefing !* ».

L'étudiant en psychologie poursuit :

« B : D'accord, et une fois la scène jouée il y a eu un débriefing, est ce que tu juges qu'il était important ?

M. L. : Ah oui, déjà je me suis rendu compte que je faisais des trucs sans m'en apercevoir, et que y'avait des choses que je dois améliorer aussi, donc oui ça m'a apporté oui. Quand on fait l'entretien et tout, on est en temps réel, donc moi je n'arrive pas à prendre de recul sur le moment. C'est des choses qu'on fait de manière instinctive, donc c'est toujours bien que quelqu'un de l'extérieur analyse et de voir ce qui fait bien ce qui fait moins bien. »

Il est intéressant d'entendre M. L. dire que ce temps de débriefing lui a permis d'élaborer sur ses propres attitudes et dont il n'avait pas conscience. Il se trouve validé dans ses pratiques. Il est aussi très satisfait de pouvoir mettre des mots et des définitions sur des outils qu'il utilisait dans la communication de façon instinctive. Mlle D. avait remarqué lors de l'entretien précédent et nous rapportons ici sa remarque que « *L. avait un peu appliqué ce qu'on avait dit derrière donc ça se voyait que ... enfin y avait des choses qui se faisaient parce qu'on avait un peu discuté avant* ». M. L. a donc utilisé lors du jeu de rôle des outils de communication évoqués lors des débriefings des vidéos. Cependant il ne suffit pas de voir faire en vidéo quelqu'un et d'en tirer des pratiques à appliquer pour parvenir à les réaliser. Dans la simulation la multitude des éléments entrant en jeu dans la relation, le stress de se savoir observé, les habitudes acquises de longue date, tout cela rend difficile la production de

nouveaux comportements. Lors d'une simulation il n'est pas rare qu'après un premier jeu de rôle et un temps de débriefing on fasse rejouer les acteurs. Il faut cependant pour cela chez eux une prise de conscience des éléments à faire évoluer, une adhésion interne à ces changements possibles, une forme de déclic dans ce premier débriefing qui traduit la mise au jour d'éléments que les apprenants avaient déjà perçus confusément et qu'ils sont capables alors d'appliquer dans ce second jeu de rôle.

Il est posé au jeune médecin la question de savoir s'il a essayé d'utiliser ces outils de communication, si par là même depuis lors il a vu un changement dans sa pratique avec les patients. Il répond :

« M. L. : Honnêtement pas trop, je pense que ça ne se fait pas du jour au lendemain et je pense pas que ça soit l'idée du truc. Moi j'ai compris que déjà ce n'était pas quelque chose d'inné, qu'on pouvait le travailler donc déjà une prise de conscience. Après c'est un peu un travail au quotidien donc peut-être dans le long terme y aura un impact. » Et il ajoute : « Parce que je n'ai jamais eu de soucis... Enfin oui y en avait une qui était un peu compliqué y a quelques semaines, et c'est vrai que je sais pas si ça a débloqué un truc, en tout cas moi personnellement je l'ai mieux vécu, j'ai pris un peu plus de distance et je pense qu'au long terme ça serait efficace et puis aussi il faut faire l'effort de toujours se reposer des questions et de continuer dans cette démarche, mais là c'est un peu tôt... »

Selon M.L. en simulation relationnelle il ne s'agit pas d'un entraînement à la répétition de certains gestes techniques afin d'améliorer ses performances comme dans certains types d'entraînement : « *Ce n'est pas l'idée du truc* ». C'est plutôt « *une prise de conscience* » dans le quotidien de toute relation clinique de cette dimension intersubjective, humaine et éthique. Il s'agit de développer et de cultiver les vertus d'accueil, de respect, d'humilité, de rigueur. Il reconnaît que la séance a déjà eu un impact au bout de quelques semaines dans sa manière de faire face à une situation difficile, « *moi personnellement je l'ai mieux vécu* ».

Comme pour l'étudiante précédente on retrouve cette capacité d'analyse portée sur le travail des seniors qui désormais ne quitte plus l'étudiant. Il s'aperçoit que certains médecins qui l'ont encadré lors de ses stages utilisaient ces outils de communication mais il ne savait pas jusque-là les repérer, les nommer, en voir la pertinence :

« Surtout c'est ce que je disais à la fin du debrief, moi y a des chefs, enfin le chef de mon dernier stage, enfin c'était vraiment des choses qu'après il utilise, reformuler, les temps de pause... Enfin c'est quelque chose que

j'aurais pas... En plus c'est quelqu'un qui est très intéressé à la psycho, à ce genre de chose... »

L'étudiant en psychologie reformule :

« D'accord ça t'a sensibilisé sur des façons d'agir des médecins seniors où avant la formation, tu n'étais pas trop attentif à ça, et maintenant tu arrives à repérer ce genre d'éléments... » ; et l'interne de répondre : « Exactement ».

À l'issue de l'analyse de ces deux couples d'entretiens, nous constatons que Mlle D. est en difficulté lorsqu'il s'agit « d'enrober » l'information lorsque la situation est complexe. M. L. se trouve conforté dans son positionnement valorisant l'écoute du patient par le médecin. Son inquiétude concernant le risque d'invasion émotionnelle semble s'être apaisée. Il exprime un réel enthousiasme à pouvoir progresser quotidiennement dans un partenariat avec le patient et son entourage. Ces entretiens témoignent que cette séance a favorisé chez ces étudiants un savoir être respectueux des patients et un certain épanouissement professionnel. Comme l'ont écrit Tesnière, directeur du centre de simulation Ilumens des facultés de médecine de Paris et Fleury qui est membre du conseil scientifique de la chaire de philosophie à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris :

« De même que la simulation aide à l'élaboration de compétences techniques, elle permet aussi le déploiement de compétences éthiques, qui demandent également de l'apprentissage constant, alors qu'elles sont trop souvent laissées de côté par des formations, initiale et continue, trop strictement techniques. L'éthique, le sens de l'empathie, ne sont pas des "suppléments d'âme" mais des outils profondément méthodologiques, permettant au soin d'être le plus opérationnel possible, et plus respectueux du consentement éclairé du patient » (Tesnière & Fleury, 2017, p. 59).

12.2. Les mécanismes de défense

Nous allons maintenant rapporter des observations réalisées en séance. Soit nous décrivons les échanges, soit nous avons retranscrit les dialogues entre les acteurs car la plupart des séances sont filmées. Ces vidéos peuvent directement servir lors du débriefing ou bien être reprises à des fins de recherche comme c'est le cas ici.

12.2.1. La fuite en avant

Relevant des mécanismes de défense, la fuite en avant est l'exposé brut de sa situation au patient. Elle n'est pas contraire à l'obligation légale de tenir informé le patient du diagnostic et de la suite de sa « prise en charge ». Mais elle empêche un accompagnement au jour le jour par le médecin autre qu'un traitement somatique. Tout est dit, il n'y a plus vraiment de dialogue possible.

La simulation met en scène un médecin urgentiste et une femme venue aux urgences le matin sur les conseils de son médecin traitant car la céphalée dont elle souffre depuis trois jours n'a pas cédé avec le traitement antalgique standard. Le médecin a des résultats peu encourageants et doit la rencontrer avec l'infirmière. Le médecin dit tout de go qu'il a une mauvaise nouvelle à lui annoncer, qu'une lésion de cinq centimètres a été mise en évidence par le scanner, que le chirurgien a dit que c'était opérable, qu'un lit est déjà prêt pour elle afin de l'opérer au plus vite...

A l'issue du jeu de rôle, lors du débriefing, l'animateur interroge le médecin:

Animateur : « Qu'est-ce que tu te dis quand tu arrives dans ce box ? »

Médecin : « Heuh il me semble qu'il y a deux choses, le premier niveau c'est que, effectivement on est pris dans les urgences, c'est finalement ce patient, il ne va pas me poser de problème, j'ai un diagnostic, il a son lit, je ne le connais pas, il passe effectivement, ce n'est pas un cas compliqué... Après, même si je suis urgentiste, mais il a quand même un petit côté humain qui fait que l'on n'aimerait pas à être à leur place, qui fait qu'on a envie dans cette annonce de... d'être un peu médecin quand même et pas seulement technicien... Du coup par contre ce que je trouve très intéressant dans le débriefing c'est d'avoir votre retour, qu'on a rarement et que là du coup j'entends les mots "efficacité" "direct" dans lequel je me reconnais... humm. »

Nous trouvons là la problématique du technicien et du médecin. La tumeur de cette patiente et le diagnostic défavorable au bout du compte ne lui posent pas de problème, du moins en apparence. En délivrant les résultats dans leur totalité il a rempli son obligation légale d'information au patient et il a pu se dégager de tout l'aspect lamentable d'une telle annonce, l'inquiétude, l'angoisse, la colère, les larmes etc. En sidérant son interlocuteur, il a ainsi pu s'en dégager.

12.2.2. La fausse réassurance

Par la fausse réassurance le médecin optimise les résultats. Il entretient ainsi chez son patient un espoir fallacieux. Un cas clinique va illustrer cette logique de communication. Il s'agit d'une séance de simulation au Galet (l'amphithéâtre est rempli d'étudiants) où un professeur de médecine reçoit un patient d'une trentaine d'année, hospitalisé trois jours plus tôt et chez qui on a découvert un syndrome de Wegener, donc une atteinte grave des reins, qui nécessite une prise en charge lourde par chimiothérapie avec un pronostic réservé. L'entretien dure une trentaine de minutes. Nous en rapportons un large extrait.

Médecin (M)- « Bonjour M. S. Asseyez-vous. (...) Comment ça va M. S. ?

Patient (P)- Écoutez ça va, c'est vrai je ressens un peu fatigué...

M- Et la dialyse ça s'est bien passé ?

P- Ça s'est très bien passé.

M- Et vous n'êtes pas essoufflé ?

P- Non pas tellement. C'est un peu psychologique peut être...

M- Eh oui parce que là il vous tombe beaucoup de choses sur la tête... Alors voilà on a quand même une bonne nouvelle, la bonne nouvelle c'est qu'on sait exactement ce que vous avez puisqu'on connaît bien cette maladie-là, on a pu faire un test ce matin en urgence qui a confirmé la maladie que vous avez. Et donc la bonne nouvelle c'est qu'on sait ce que vous avez, ensuite que ces maladies répondent assez bien au traitement. Donc ce sont des traitements costauds comme vous avez vu, vous avez eu la dialyse hier, on vous a déjà fait des perfusions de corticoïdes (...) je reviens sur le fait qu'on a quand même une bonne nouvelle, donc on sait ce que vous avez et on sait que ces maladies-là, même si vous voyez que ça se présente de façon assez embêtante, la dialyse, vos reins sont bloqués..., ça récupère, ça récupère pas mal, au prix d'un traitement bien sûr un petit peu lourd et c'est de ça qu'il faut que je vous parle maintenant.

P- C'est-à-dire les reins sont bloqués, les deux reins ?

M- Les deux reins, bien sûr, oui oui. Alors c'est une maladie en fait qu'on connaît très bien encore une fois, qui est en fait à cause d'anticorps. On fait des anticorps pour se défendre contre des microbes et là dans le cas

particulier au lieu de faire des anticorps contre les microbes ces anticorps attaquent vos reins.

P- C'est dû à quoi ?

M- C'est dû à une production anormale des anticorps pour un ensemble de raisons qu'on commence à mieux comprendre, ça peut être des stimulus infectieux inflammatoires qui peuvent déclencher ça, c'est pas forcément du stress, c'est simplement ces anticorps à un moment donné au lieu de faire leur boulot et d'attaquer les microbes et bien et ils se détournent pour attaquer le rein. Alors le plus important pour vous, ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'on sait traiter ces maladies-là. (...). Ça c'est quelque chose qui va s'arranger assez rapidement, la production d'anticorps parce que derrière les corticoïdes, à partir de demain on va vous faire une autre perfusion, un autre médicament qui va en fait diminuer la production des anticorps. D'accord ? Donc ça on sait faire, c'est des médicaments qui diminuent la production des anticorps.

P- C'est un peu comme les corticoïdes ?

M- C'est à peu près comme les corticoïdes, c'est un peu plus costaud par contre.

P- Pourquoi on n'en reste pas aux corticoïdes ?

M- Parce que les corticoïdes c'est un peu insuffisant et d'ailleurs les corticoïdes on ne va pas les garder très longtemps. Ils sont surtout efficaces pour diminuer l'inflammation dans votre rein pendant quelques jours et après on va très rapidement diminuer les doses. C'est pour ça que je vous disais que vous alliez mieux dormir dans pas longtemps parce que les doses de corticoïdes vont rapidement être diminuées et ce qui va prendre le relais c'est un traitement qui diminue la production d'anticorps mais qui va mettre un petit peu de temps à marcher. C'est pour ça qu'il faut les corticoïdes pendant quelques jours et puis surtout le deuxième versant, enlever les anticorps. En attendant que la production des anticorps diminue il va falloir enlever ces anticorps. Alors c'est ça qui va falloir envisager maintenant, c'est ce qu'on appelle un échange plasmatique, ce n'est pas compliqué, c'est simplement une technique comme la dialyse, ce n'est pas plus méchant que la dialyse, on vous aspire du sang comme pour la dialyse, simplement enlever les anticorps avant de vous réinjecter votre sang qui n'aura plus les anticorps. D'accord ?

P- C'est douloureux ?

M- Ça ne fait pas plus mal que la dialyse, vous aurez votre cathéter donc vous ne sentirez rien du tout. On aspire du sang sur le petit tuyau qui sort de votre cou, il rentre dans la machine, on vous enlève les anticorps et ça peut être couplé à la dialyse, donc ça sera un peu dans les mêmes temps que la dialyse.

P- C'est à quelle fréquence ?

M- C'est assez souvent puisqu'on va faire 10 fois ce traitement les deux premières semaines donc ça va être presque tous les jours ou tous les deux jours mais c'est très peu de temps, c'est que 10 jours et en 10 jours comme ça on va retirer très rapidement tous les anticorps méchants et une fois qu'on aura retiré tous ces anticorps méchants on aura eu le temps que les médicaments qui diminuent la production des anticorps commencent à faire effet... vous comprenez ? (...) mais vous inquiétez pas, cette affaire là on sait que ça marche, c'est très facile, c'est tout bête, c'est facile à comprendre, on vous retire directement les anticorps, on les enlève (...) donc la bonne nouvelle premièrement c'est qu'on sait ce que vous avez, deuxièmement on sait agir sur ces anticorps à la fois les enlever les empêcher qu'ils reviennent, ça on sait faire ça de façon très efficace... »

Ce qui apparaît en premier lieu c'est que le médecin monopolise le temps de parole de l'entretien. On note aussi l'emploi récurrent par le médecin de l'expression « bonne nouvelle », ce qui a entraîné comme question de l'un des participants « Mais quelle était la mauvaise nouvelle ? ». Ce qui est typique aussi de la stratégie oratoire du praticien ce sont les minimisations des examens, des traitements et de leur durée en utilisant les termes : « *un peu* », « *petit* » etc. En fait il s'agit d'une deuxième ligne de traitement qui est une chimiothérapie, présentée ici comme semblable à l'administration de corticoïde, « *en un peu plus costaud* »... L'adjectif « *méchant* » attribué aux anticorps renvoie à un imaginaire infantile. On assiste à une intervention qui se veut rassurante du médecin, avec une certaine attitude paternaliste finalement qui s'adresse à un plus petit en vulgarisant sensiblement son savoir.

La teneur de cet entretien peut être interprétée à la fois comme un mécanisme de fausse réassurance chez le médecin qui cherche à surseoir son angoisse en maximisant les éléments les moins négatifs du dossier, et aussi comme une attitude de régression de la part du patient. En effet, le patient (simulé) de son côté n'était pas mécontent d'entendre ces paroles rassurantes ; c'est ce qu'ont exprimé les comédiens jouant ce rôle, tout en n'étant pas finalement pleinement convaincus. Ceci s'est révélé par la durée de l'entretien et le sentiment

dans le public qu'on n'en finirait jamais. Le patient, la personne qui l'accompagnait (son frère), ainsi que les observateurs ont été « endormis » par le praticien par les perspectives très encourageantes : cette stratégie inconsciente de défense face à l'angoisse a eu un effet anesthésiant sur la pensée du groupe tout entier. La bienveillance était patente tout au long de l'entretien mais la question de l'information « loyale, claire et appropriée », garante du respect de l'autonomie du patient est restée en suspens, pour ne pas dire occultée. Dans une perspective principiste on était face au conflit opposant les principes de bienveillance et d'autonomie ; dans une perspective d'éthique des vertus c'est la loyauté, l'expression de la vérité, le courage qui sont à interroger. Quoi qu'il en soit la question en jeu ici était aussi d'ordre psychologique, et c'est là qu'il apparaît nécessaire pour l'animateur de réaliser un débriefing à la fois prudent et perspicace. Faire des interprétations rapides serait contreproductif car les acteurs iraient se terrer dans le silence ; ne pas interroger ces hypothèses serait rendrait la séance insipide et peu féconde. Dans ce type de production lors d'une simulation un des enjeux pour l'animateur et les observateurs est de s'extraire suffisamment à la fois de l'émotion suscitée par la situation jouée, de cette bienveillance paternaliste ainsi que du contexte (le cours facultaire donné par un professeur) pour interroger, sans jugement, les intentions de l'acteur, sur ce qui nous a été donné de voir et d'entendre. Ces remarques, nous les avons faites dans l'après coup de la séance au professeur de médecine qui y a répondu par écrit :

« Pour revenir sur le fond de ma stratégie de communication, voici quelques principes qui pourraient être discutés :

- je présente toujours en premier abord le verre à moitié plein ;

- je présente pourtant en détail tous les risques de premier niveau (ici infections graves et hémorragie alvéolaire), mais pas le risque secondaire (ici la mort qui ne peut survenir que s'il survient une infection grave ou une hémorragie alvéolaire).

- je laisse cependant le temps pour une question plus directe. Si le patient veut savoir si une infection grave peut être mortelle la réponse sera oui. C'est pourquoi une consultation d'annonce dure 1/2 heure comme n'importe quelle consultation.

- une annonce chez un malade hospitalisé est un processus continu, car le patient posera des questions le lendemain ou plus tard, après avoir réfléchi ou s'être aggravé.

- nous n'avons pas à imposer une vérité que le patient ne souhaite pas connaître. »

On s'aperçoit que le premier entretien s'inscrit dans un accompagnement au long cours où se profile une progressivité de l'annonce. Cependant la tonalité du premier entretien donne la modalité de la relation. Il faut noter par exemple que jamais le nom exact de la maladie ne fût donné et que ce médecin se refuse systématiquement à le transmettre au patient par crainte qu'il ne consulte des sites Internet qui risqueraient selon lui de susciter angoisse et doute.

Plus généralement la mise en lumière de ce phénomène de défense de fausse réassurance montre qu'il y a un toujours une divergence entre d'un côté, les intentions du médecin et ce qu'il pense mettre en œuvre (information loyale, écoute du patient) et d'un autre côté ce qu'il réalise et ce qui est vécu par le patient. Le mécanisme de défense est la manifestation de l'angoisse inconsciente, ici possiblement l'angoisse très légitime du praticien face à la maladie et la mort du patient, mais aussi de son erreur possible et d'autres éléments éventuels. Le débriefing d'une séance de simulation regardant la relation médecin-malade traite des compétences relationnelles que sont tout à la fois la communication, la psychologie, l'éthique. Donc au-delà des outils de la communication et de la connaissance de la jurisprudence éthique, il s'agit d'être attentif à ces mouvements psychiques que sont les mécanismes de défense, de les reformuler avec justesse sous forme de questions aux acteurs pour faire émerger une divergence cognitive parmi les apprenants, certains défendant ce type d'approche, d'autres se montrant critiques. À l'écoute de ces critiques, le praticien interrogé pourra peut-être remettre en question sa pratique, il fera preuve alors d'humilité et de prudence (le médecin dit ici lui-même : « *voici quelques principes qui pourraient être discutés* ») et évoluer vers un dialogue dans ses consultations laissant plus de place aux attentes et aux questions du patient. On s'inspire ici de la maïeutique socratique, cherchant à ce que le participant intègre ces données critiques sans se sentir jugé pour qu'advienne une vraie transformation de sa pratique professionnelle. Dans l'entretien médical il ne peut y avoir de recettes toutes faites, de protocoles arrêtés, de *check-lists* qu'il suffirait de suivre, de méthodes qui vaudraient à tous les coups, même s'il y a des techniques de communication qui

peuvent être acquises avec profit. Sur le plan de l'animation, d'habitude le psychologue ou celui qui joue le rôle de l'animateur s'appuie sur les acteurs ou les comédiens et leur ressenti pour étayer toutes ses questions critiques et interroger le mécanisme de défense qui émerge. Dans la séance rapportée ici le patient a adhéré à ce discours réconfortant et l'apathie-anesthésie des observateurs a rendu encore plus difficile le questionnement de cette stratégie. Il faut aussi noter que c'est parfois difficile avec certains comédiens professionnels d'obtenir d'eux un *feedback* intéressant, car ils jouent un personnage sans pour autant être traversés par une quelconque émotion.

12.2.3. La dérision

La dérision participe aussi à cette non-reconnaissance de la personne du patient et de son autonomie. Nous rapportons maintenant une autre séance de simulation qui regarde cette fois-ci un étudiant au début de son cursus d'étude, donc à l'extrême opposé dans l'échelle de la hiérarchie médicale du cas précédent. Ceci peut nous conforter dans l'idée que ces mécanismes de défense se déploient très tôt dans le psychisme du futur médecin. De fait tout être humain confronté à la souffrance et à la mort doit susciter des défenses qui l'aident à survivre psychiquement. Nous sommes dans le cadre de l'AFGSU, la formation aux gestes d'urgence pour les deuxièmes années de médecine. Le scénario est le suivant : en stage en psychiatrie depuis une semaine, l'étudiant commence à connaître un peu les patients de l'unité et doit faire un recueil de données cliniques dans la chambre d'une patiente, Mme P. jouée par un médecin formateur. Or quand il pousse la porte, il la découvre dans une mare de sang, elle s'est ouvert les veines au moyen d'une paire de ciseaux. L'échange s'engage :

« Mme P. : Ça va pas bien du tout... tu sais ce qu'il faut faire ? Je ne me sens pas bien du tout... je pense que je vais m'évanouir

C. : Ne vous évanouissez pas, je suis là, madame...

Mme P. : D'accord, tu peux m'aider ?

C. : Il faut que je prenne un papier pour faire la compression... ah, je peux prendre l'écharpe ?

Mme P. : Je ne me sens pas bien...

(Les étudiants qui observent la scène lui soufflent d'utiliser une bande de tissu qui est autour du cou de la patiente)

C. : Je me disais qu'elle était bizarre cette écharpe...

Mme P. : Je ne me sens pas bien du tout...

C. : Je vais vous faire un garrot ne bougez pas...

Mme P. : Tu sais ce qu'il faut faire, tu es sûr ?

C. : Non... Ne dites rien, sinon vous allez mourir... situation d'urgence...

Mme P. : Je vais mourir ?

C. : Situation d'urgence, mesures d'urgence...

Mme P. : Je ne me sens pas bien ...

C. : Mais non, je rigole...

Mme P. : Non, j' ai la tête qui tourne, je ne me sens vraiment pas bien du tout...

C. : Mettez-vous au fond du siège

Mme P. : Je ne suis pas bien comme ça

C. : On va appeler quelqu'un

Mme P. : Je ne me sens pas bien, ça ne va pas

C. : J'appelle un ami. (Rire) J'appelle, mettons le SAMU. Oui ?

Mme P. : Oui, tu penses que c'est ce qu'il faut faire ?

C. : Ben je pense... il s'adresse aux autres étudiants : aidez-moi putain! »

L'étudiant trahit dans sa dernière phrase son stress en s'adressant avec une certaine agressivité à l'ensemble du groupe. Il ne sait plus bien les gestes adaptés, le sang coule et il se sait

observé. On peut poser l'hypothèse qu'il cherche à se dégager de cette situation délicate par des traits d'humour : « *Je me disais qu'elle était bizarre cette écharpe (...) Ne dites rien sinon vous allez mourir (...) J'appelle un ami* ». Dans le débriefing qui suit le médecin qui jouait le rôle de la patiente cherche à lui faire expliciter son attitude :

« M. : Qu'est-ce que je te demandais plusieurs fois ? Qu'est-ce que je lui demandais plusieurs fois, vous avez remarqué ?

Les étudiants : S'il était sûr de ce qu'il faisait...

C. : Mais c'est pas mieux (sic) de le prendre avec ironie ? Parce que dire « oui je sais »... la personne ne vous connaît pas...

M. : Dans quel état émotionnel tu penses que je suis moi là ? Je vois le sang couler...

C. : Pas bien. Mais si je le prends à la rigolade peut-être qu'elle se dit c'est moins grave

M. : On pourrait effectivement penser que l'humour peut dédramatiser... Qu'est-ce que vous en pensez ?

C. : On peut rire de tout...

Un étudiant : Pas trop...

C. : Moi ça me dédramatiserait la situation...

M. : Oui mais pourquoi pas ? ça peut être dédramatisant... Est-ce que c'est tout de suite de l'humour tu penses... ?

C. : (rires) non mais comme c'est le matin au réveil c'est pas facile... »

La dérision est le mode de défense utilisé ici par cet étudiant qui veut sembler détaché de la situation. Comme le remarque le médecin formateur l'humour n'est pas à proscrire, mais dans le cas présent ce qui est inadapté est que l'étudiant le met en place de façon massive dès le début de l'échange, pouvant faire croire à la patiente que ce professionnel de santé en formation n'est pas concerné par la situation. Or ce n'est pas le cas : ces plis de

comportement, ces habitudes relationnelles sont un mécanisme de défense et ils traduisent l'inquiétude du sujet. Ils se mettent très tôt en place chez les étudiants, dès les premiers contacts avec les patients et ils ont pour fonction on l'a dit d'évacuer l'inquiétude suscitée par la souffrance, la maladie et la mort mais aussi par d'autres sources de malaise comme la différence d'âge entre le patient et l'étudiant, son inexpérience, sa peur de mal faire.

12.2.4. L'empathie émotionnelle

Les premiers pas des étudiants en médecine sont encore assez timides, leurs capacités à verbaliser leur expérience n'est pas encore très élaborée. Pour les quatrièmes années la présence d'étudiants de théâtre, si ces derniers sont bien briefés, peut faciliter le déploiement des stratégies du médecin en herbe durant le jeu de rôle, car ces étudiants de théâtre sont capables de donner une tonalité émotionnelle à leur jeu et par là rendre la scène d'autant plus réaliste. Cette courte vignette va l'illustrer. Dans cette scène deux étudiants de théâtre jouent la famille d'une dame âgée dans le coma dont le pronostic vital est engagé. Deux étudiants en médecine tiennent le rôle des médecins réanimateurs et reçoivent cette famille. Il s'agit pour eux d'annoncer le diagnostic de fin de vie aux enfants. Lors du débriefing, l'animateur s'intéresse aux émotions des étudiants en médecine et il leur demande ce qu'ils avaient comme objectif sur le plan relationnel :

Étudiant en médecine : « Bah, me rapprocher et enfin créer plus un lien, plutôt que d'avoir ça... enfin qu'est-ce que vous en pensez, pour moi c'était compliqué de garder justement toute mon approche familière à l'intérieur de moi et de jouer vraiment à 100 % le rôle du docteur sans partager et aller... »

L'animateur : « Sans aller dans la sympathie ? ... »

Étudiant en médecine : « Sans aller dans la sympathie exactement, je trouve ça un peu compliqué sur le début, après... »

L'animateur : « Vous aviez envie de... ? »

Étudiant en médecine : « Bah, j'avais plus envie de rassurer de ... je pense que cela dépend des sentiments qui sont à l'intérieur de nous, quand on voit la détresse... bien jouée, en plus ... »

L'animateur : (il désigne les étudiants de théâtre) « Ils jouent bien ? »

Étudiant en médecine : « Oui. »

On voit que l'expression est hésitante, les formules sont approximatives. L'étudiant témoigne cependant qu'il a ressenti l'empathie pour cette famille : « *j'avais plus envie de rassurer* ». Il témoigne aussi que cette émergence de l'empathie l'a troublé, car il ne voulait pas aller trop loin et en venir à une certaine familiarité, à une forme de sympathie. Ce qu'il cherche c'est rester professionnel : « *jouer vraiment à 100 % le rôle du docteur* ». Il exprime que dans l'immersion fictionnelle qu'il a vécue, rendue possible par le réalisme suscité grâce au jeu des comédiens, il a ressenti combien l'émotion peut gagner le praticien. Il s'agit alors de s'interroger durant le débriefing sur la place de nos émotions dans le soin. Les opinions sur leur pertinence et leurs bénéfices sont diverses. L'animateur permet à chacun d'exprimer sa position, créant une divergence cognitive dans le groupe entre les tenants de la « distance » et ceux qui témoignent de leur usage de l'empathie émotionnelle.

12.2.5. Le jargonage médical ou l'utilisation des rationalisations

Nous allons maintenant illustrer un mécanisme de défense très classique chez les médecins, c'est l'utilisation de rationalisations qui ont pour fonction inconsciente de mettre à distance le vécu du patient et ainsi ne pas s'engager sur le terrain des émotions. Cet entretien a eu lieu dans le cadre d'une simulation lors d'une clinique du Galet. Un ophtalmologiste reçoit un patient âgé et son fils suite à un infarctus du nerf optique dans un contexte d'apparition d'une maladie de Horton.

« Ophtalmo : Je vous laisse vous installer, un petit peu, comme ça on va résumer un petit peu, si vous voulez bien la situation.

Tout le monde s'assoit.

Ophtalmo : Vous avez un petit peu compris ce qu'il s'est passé ? On vous a un petit peu expliqué les choses ?

Patient: ... Non pas du tout, non.

Ophtalmo : Non vous avez pas compris, d'accord. Donc si vous voulez, je vais vous expliquer un peu la situation. Donc en fait, ce qui s'est passé au niveau de l'œil gauche c'est ce qui a... on peut dire que c'est un petit peu un infarctus du nerf optique. Un infarctus, vous savez, c'est quand on a une artère qui se bouche, d'accord ? Ça peut arriver au niveau du cœur, ça peut

arriver au niveau du cerveau, c'est un AVC d'accord ? Mais là en fait c'est au niveau du nerf optique. Donc une artère du nerf optique s'est bouchée et c'est ça qui est à l'origine de la baisse de la vue.

Alors dans ces cas-là si vous voulez, il y a deux grandes causes qui peuvent expliquer cet infarctus du nerf optique. La plupart des cas, dans la plupart des cas, il s'agit en fait de tous les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol, l'apnée du sommeil, etc... Et dans on va dire 5 % des cas, il s'agit d'une obstruction de l'artère d'origine inflammatoire. Et la principale pathologie inflammatoire qui est à l'origine de cette obstruction si vous voulez, c'est ce qu'on appelle la maladie de Horton. La maladie de Horton c'est ce qu'on appelle une vascularite, c'est-à-dire une inflammation des vaisseaux qui touche potentiellement tous les vaisseaux de l'organisme. Il faut savoir que la maladie de Horton a tendance à toucher plus particulièrement certaines artères, notamment les artères ici temporales, c'est pour ça qu'on a fait une biopsie de cette artère, et donc les artères à destinée du nerf optique. Alors il y a d'autres atteintes qui peuvent se retrouver dans la maladie de Horton, principalement les artères cérébrales, donc il y a un risque potentiel d'accident vasculaire cérébral, et parfois d'autres artères plus périphériques au niveau du corps. Voilà, c'est un petit peu la situation qui s'est passée. Donc c'est cette artère du nerf optique qui s'est bouchée due à cette maladie de Horton et le traitement de la maladie de Horton, comme c'est une pathologie inflammatoire, ça nécessite des traitements anti-inflammatoires. Et dans ces cas-là, le meilleur traitement anti-inflammatoire mis à notre disposition en phase aigüe, c'est la cortisone. C'est pour ça qu'on a commencé les injections de cortisone à forte dose pour premièrement, diminuer le risque que ça touche l'autre œil, c'est la priorité, éviter que ça touche l'autre œil pour éviter que ça touche les artères à destinée du cerveau. Donc ça c'est le premier but de la cortisone, éviter qu'il y ait d'autres atteintes en rapport avec cette maladie de Horton. Le deuxième objectif c'est essayer dans la mesure du possible, de récupérer de la vision au niveau du nerf optique qui a été endommagé. Il faut savoir en revanche que lorsque l'atteinte du nerf optique est importante, la cortisone n'est pas synonyme de récupération visuelle. C'est-à-dire que là on a commencé le traitement, il va falloir se laisser quelques semaines pour voir la récupération visuelle. Il est possible qu'il y ait trois scénarii : le premier il y a une récupération totale de la vision, c'est assez improbable, ça se voit assez rarement. Le deuxième scénario c'est qu'on a une récupération de la vision, vision qui soit meilleure que celle actuellement, mais que ça récupère pas jusqu'au niveau initial. Et enfin le troisième scénario, qu'on espère pas bien sûr, mais qui est possible, c'est qu'il n'y ait pas d'amélioration de la vision. En tout cas, ce qu'il faut bien comprendre, c'est que la cortisone va empêcher que ça touche l'autre œil, parce que vous en conviendrez, faudrait surtout pas que ça touche l'autre œil parce que là la gêne serait terrible.

Voilà un petit peu si vous voulez le topo au niveau de l'atteinte de l'œil et de la cause si vous voulez qui en est responsable. Donc nous ce qu'on vous propose, ce qu'on a commencé à faire, c'est de mettre en place le traitement par cortisone par voie intraveineuse et ensuite cette cortisone par voie intraveineuse sera remplacée par de la cortisone par voie orale donc par la bouche. La durée du traitement, c'est sûr elle va être un petit peu longue. Ça peut être de 12 à 18 mois, parfois plus, parfois moins. Alors le problème principal qui se pose avec la cortisone, la cortisone c'est un traitement qui est connu depuis plus de 100 ans qui est très bien maîtrisé, c'est un très bon traitement, mais effectivement du coup y'a des effets secondaires. Alors les effets secondaires si vous voulez c'est lesquels ? Principalement ça va être dans votre cas, le dérèglement de votre diabète, parce qu'on sait que la cortisone peut faire augmenter la glycémie et c'est pour ça qu'il faudra avoir un suivi régulier du diabète. C'est pas une contre-indication la cortisone et le diabète, mais faudra être plus vigilant tout simplement. »

Le texte est long à dessein. C'est un monologue où le praticien fait toutes les questions et les réponses. Il commence par les symptômes, poursuit sur les signes, présente le diagnostic différentiel, continue en évoquant les risques puis achève le patient par les traitements et les recommandations. Le patient ne peut s'exprimer qu'au bout de 4 minutes et 32 secondes. Le médecin est pleinement impliqué dans l'aspect biomédical du soin, il connaît extrêmement bien son domaine, il a une vraie maîtrise du sujet et veut en faire participer son patient. En revanche il ne laisse pas de place aux ressentis, aux attentes et au contexte de vie de la personne qui est en face de lui. Et de fait le reste de l'entretien sera un face à face tendu entre le fils du patient qui reproche à l'hôpital de n'avoir pas diagnostiqué assez tôt le mal de son père et le médecin qui sera décontenancé par cette attitude basée sur l'émotion et le ressenti, très éloignée de sa rationalité assez froide et décontextualisée.

12.2.6. L'empathie cognitive

Nous rapportons ici une séance de simulation impliquant un interne de médecine générale de deuxième année, une élève infirmière ainsi que des étudiants jouant le rôle du patient et de la famille. Le scénario du jeu de rôle est le suivant : une dame d'une cinquantaine d'années est traitée pour un cancer avec de mauvaises réponses au traitement. Un médecin et une infirmière rencontrent la patiente. Il s'agit de l'interne qui remplace le médecin traitant de la malade et l'infirmière libérale qui vient habituellement au domicile. C'est un premier entretien après que l'oncologue a annoncé la fin de la chimiothérapie curative. Le médecin remplaçant ne connaît pas la patiente. Il y a là aussi le fils de cette dame, qui se montre assez

revendicatif, voulant montrer qu'il est très présent auprès de sa mère malade, d'autant plus que ce n'est pas le cas.

Le déroulé du jeu de rôle fait apparaître un interne très à l'écoute, bien adapté à la situation. Il se présente au côté de l'infirmière, s'assoit sur le lit, montre une réelle attention aux souffrances de la patiente, met de côté intelligemment l'agressivité du fils puis revient vers lui à un moment de l'entretien. Le temps du débriefing, pas à pas et à partir de la vidéo, s'annonce comme une explicitation d'un modèle de relation adaptée entre un médecin et un patient, alliant savoir médical, communication de bonne qualité et réelle sensibilité à la souffrance.

Animateur : « Le médecin vous employez des mots comme maman, c'est... ?

Interne : C'est pour être un peu plus proche...

Animateur : D'accord.

Interne : Pour leur donner l'impression que je suis concerné par la situation... (rires)

(L'animateur sourit)

Interne : ...Et non parce que je suis concerné mais en tant que médecin on doit mettre une certaine distance... (il fait le geste de repousser quelque chose avec le plat de la main)

Animateur : D'accord.

Interne : Pas être impliqué affectivement par rapport à un patient mais leur montrer que je suis concerné...

Animateur : ...En fait vous pensez que vous n'êtes pas impliqué affectivement ?

Interne : Et ben non, ils ne me connaissent pas...

Animateur : Mais cette situation, se retrouver devant cette femme qui a une soixantaine d'années, qui a ses côtés son unique fils, qui sait qu'elle est en

fin de vie, au niveau des émotions il y a quelque chose qui se passe ou vous êtes très très pro, diagnostic, traitement... ?

Interne : Peut-être que je suis jeune et que ce n'est pas ma patiente, non je ne suis pas... non moi je veux l'examiner, je veux la traiter...(rires)

Animateur : D'accord. Et le fait que vous employez "maman" ?

Interne : C'est une posture.

Animateur : C'est intentionnel. D'accord.

Interne : C'est comme le fait de m'asseoir au bord du lit, c'est comme...

Animateur : Est-ce qu'à un moment vous pouvez dire que vous éprouvez une certaine empathie dans l'entretien pour cette famille ?

Interne : Non, j'écoute ce qu'ils me disent, je vais essayer de répondre de la meilleure des façons.

Animateur : D'accord, oui, mais ça passe très très bien... (l'animateur désigne la patiente et l'infirmière)

L'infirmière : En tout cas l'air empathique il sait très bien le jouer !

Animateur : D'accord l'air empathique il sait bien le jouer !

La patiente : on ne le ressent pas du tout...

Animateur : Vous avez vraiment l'impression qu'il est impliqué ! »

On s'aperçoit dans le débriefing que l'étudiant a agi par calcul en utilisant des techniques de communication (vocabulaire, posture physique) pour mettre la patiente en confiance. Il dit pourtant ne pas avoir éprouvé d'empathie émotionnelle au cours du jeu de rôle, il ne s'est pas senti impliqué affectivement. Ç'aurait pu être le cas, les acteurs étant régulièrement traversés en séance de simulation par des émotions s'apparentant à celle d'une situation réelle. Ce qui est impressionnant ici c'est qu'il a été capable de jouer cette implication émotionnelle qui s'est traduite par des attentions, des gestes, des postures, des tons voix tout au long du jeu de rôle. Si on reprend les points proposés pour une communication qui permettent de susciter la

confiance chez le patient (créer l'espace de la rencontre, se présenter, sourire, regarder dans les yeux, poser des questions ouvertes et fermées, reformuler, laisser des temps de silence, faire une synthèse) il réalise l'exercice parfaitement. Il se présente en souriant, se met à la hauteur de la patiente, l'écoute sans interrompre, reformule... L'illusion est parfaite auprès de tous ceux qui l'entourent, créant le sentiment qu'il éprouve de la compassion pour cette femme. Or l'étudiant fait preuve ici d'empathie cognitive. On l'a dit, l'empathie cognitive entre dans le processus de communication. Elle permet de « lire » les émotions du patient. Si le professionnel de santé est capable de reformuler ces éléments qu'il a repéré chez le patient comme : « *Vous me semblez épuisé* », « *Je vous trouve inquiet...* », « *Quelque chose vous gêne, n'est-ce pas ?* » (ce qu'on appelle la reformulation émotionnelle) le patient se sentira non pas simplement écouté mais entendu et l'alliance thérapeutique sera dès lors largement facilitée.

Une discussion s'est alors ouverte avec les apprenants mais aussi les formateurs lors de cette séance, sur la place des émotions, sur la légitimité de la seule empathie cognitive dans la relation soignante, sur la question éthique regardant l'apprentissage des techniques de communication pour donner l'illusion de l'empathie émotionnelle.

12.2.7. La catharsis

La simulation peut être l'occasion pour les professionnels de santé de reprendre des situations qu'ils ont vécues et qui ont posé problème, de les mettre en scène afin de se replonger émotionnellement dans leurs propres conflits internes, de mettre à jour les problématiques en jeu et d'élaborer en groupe des voies de dégageant.

Une jeune femme praticienne hospitalier travaillant en service de réanimation pédiatrique souhaite jouer le rôle d'une mère qui est appelée parce que son enfant, gardé par le père et dont elle est séparée, est inconscient suite à une chute dans une piscine. Durant la scène cette femme-médecin si discrète et mesurée devint l'espace d'une dizaine de minutes une furie hystérique qui hurla sur son ex conjoint, prit vertement à partie les soignants et s'effondra devant l'équipe médicale. Une fois le jeu de rôle terminé elle s'écroula dans un fauteuil avec un large sourire et dit que ça lui avait fait un bien immense.

Ici le fait de jouer la scène et d'extérioriser ce que lui avait fait vivre des familles d'angoisse et de violence en reprenant à son compte ces émotions, lui a permis d'aller mieux. Il y a

comme un effet quasi thérapeutique de la simulation qui s'apparente un peu dans ce cas au psychodrame. Inventé par Moreno (Jeammet & Kestemberg, 1981) le psychodrame est un dispositif thérapeutique qui utilise le jeu de rôle pour mettre en scène les conflits internes d'un patient. Le patient propose une situation sur un thème donné relatif à son vécu, et les participants la jouent à partir de ses consignes. On alterne « la mise au dehors » par le jeu et la prise de conscience des problématiques internes. La souplesse du jeu de rôle permet à chacun des participants de faire des associations libres et d'amener une fluidité entre le conscient et l'inconscient. Les patients peuvent ainsi s'approprier leur histoire et mieux discerner leurs conflits et leurs désirs. Si cet outil thérapeutique présente un réel intérêt, la charge émotionnelle qu'il peut engendrer demande beaucoup de connaissances et de pratique pour qu'il ne soit pas délétère. Il nous semble donc qu'il faut se montrer prudent et disposer d'une solide formation pour faire rejouer à des apprenants des scènes difficiles qu'ils ont vécues.

12.2.8. Sur les sujets hypernomiques

La simulation s'intéressant à la relation, que ce soit avec le patient ou bien la collaboration au sein d'une équipe, peut en effet mettre en difficulté certains sujets. Ce sont par exemple les sujets rigides, très attachés à la norme.

Nous rapportons ici dans la même équipe la réaction d'un infirmier lors d'une de ces séances. Il avait refusé de jouer mais aussi d'être filmé pendant les débriefings et n'avait pas pris la parole de toute la séance. À la fin, lors de la synthèse, nous lui avons donné la parole comme à chacun. Il critiqua très ouvertement le dispositif de formation, l'assimilant à de la thérapie de groupe. Nous avons pris note de ses critiques tout en cherchant à montrer les différences entre ces deux modalités d'intervention. Nous avons appris par la suite qu'il était incapable de travailler en équipe, montrant des traits obsessionnels dans son activité, en particulier dans la disposition de son chariot quand il faisait les soins dans les chambres.

On peut qualifier ces sujets d'hypernomiques. Ils sont mis en difficulté devant l'incertitude, la remise en question de leurs procédures. Le jeu des émotions que la simulation fait surgir est certainement ce qui les gêne le plus, les rituels étant un moyen de contenir leur désorganisation interne.

12.3. Le cadre de la simulation

12.3.1. L'immersion fictionnelle

12.3.1.a. Premier exemple d'immersion fictionnelle

L'immersion fictionnelle est ce phénomène psychique lié à l'imagination qui nous rend capable lors d'une mise en situation de nous plonger cognitivement et émotionnellement dans cette néoréalité, nous donnant à vivre des sentiments, des réactions « comme si » nous vivions cette scène pour de bon, nous glissant dans la peau du personnage que nous jouons. Nous rapportons ici une autre partie de la séance vécue lors du DU de pédagogie médicale par la simulation mettant en scène le médecin urgentiste rencontrant une patiente chez qui on découvre une tumeur au cerveau. Le passage est intéressant à deux titres. Le médecin témoigne de la stratégie qu'il utilise habituellement pour annoncer la gravité d'un diagnostic. Il explique pourquoi il a mis en place avec le temps la fuite en avant comme mécanisme de défense. D'autre part cette scène témoigne de ce phénomène d'immersion fictionnelle.

Animateur : « Tu dis “j'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer”, “ça va être dur”, “j'espère que la lésion soit opérable”...

Médecin : (...) « C'est difficile de transmettre par des mots dans un entretien la réalité des faits et souvent les gens ne comprennent pas. On va expliquer quelque chose : “Bonjour, vous avez une lésion, etc. On a vu l'image au scanner que c'est très grave... On va faire un bilan...” Et puis là on vous répond “bon écoutez je rentre avec mes enfants” “... euh non, vous avez rien compris, on recommence.” Et donc c'est vrai que du coup, au fil des années, j'ai pris l'habitude d'être assez direct en disant “Je viens avec le sourire, je vous aime bien mais c'est pour une mauvaise nouvelle.” C'est quelque chose qui s'est construit au fil des années... C'est aussi de dire “Voilà vous êtes gentil docteur, cela fait 15 minutes que vous me regardez en souriant et maintenant vous me dites que je vais mourir !” Du coup maintenant j'abrège les 15 minutes... Ces 15 minutes sont devenues 3 secondes... Parce qu'en fait c'est effectivement difficile de faire corrélérer l'émotionnel, le rationnel avec la réalité des faits... “Bah vous avez une tumeur du cerveau, faut faire un bilan et faut opérer”... Je trouve que c'est dur à faire comprendre... »

Animateur : « On voit très bien que c'est une stratégie qui est construite chez toi, que tu évolues dans cette logique et que tu la déroules. En même temps il y a le retour de la patiente : le message a été reçu 5 sur 5 mais c'est un bloc de béton que tu remets entre ses bras. »

La Patiente : « On ne peut pas garantir le choc... »

Le médecin décrit bien à la fois le déni des patients, incapables d'entendre la gravité de l'annonce, ainsi que son mode opératoire pour leur transmettre coûte que coûte l'information, la délivrance du message brut. Ce type de message vient effracter le psychisme du patient. La cadre infirmière qui jouait le rôle de la patiente dit à ce sujet : « *On ne peut pas garantir le choc...* ». Ce qui est impressionnant ici du point de vue de l'immersion fictionnelle, c'est l'impact d'une telle mise en situation pour des participants sur une scène qui n'a duré qu'une douzaine de minutes. Quatre ans plus tard nous avons souhaité utiliser la vidéo de cette simulation lors d'une formation avec des cadres infirmiers et nous avons contacté la collègue qui avait joué la scène et qui devait être présente à cette formation. Elle n'a pas souhaité que cette vidéo soit diffusée en sa présence car, a-t-elle dit, le mauvais souvenir de cette annonce demeurait en elle. Malgré un débriefing de bonne qualité, l'expression des émotions, la construction d'autres stratégies de communication possible avec les participants, elle se sentait toujours touchée quatre ans plus tard par l'annonce de cancer qui lui avait été faite et l'absence de progressivité dans la délivrance du message.

12.3.1.b. Deuxième exemple d'immersion fictionnelle

Un autre exemple que nous pouvons rapporter est celui d'une promotion d'élèves infirmiers d'une école où ils suivaient une spécialisation. Ils nous avaient été présentés comme des « pervers » et des « manipulateurs » par une collègue psychologue qui les avaient eus en cours avant nous et ils avaient suscité la colère de plusieurs intervenants. Nous devons leur parler des mécanismes du stress en situation d'urgence et les moyens d'y faire face. Nous décidons alors de remplacer le cours magistral par une séance de simulation. Nous n'avons pas été meilleurs que les autres et ce fut un moment difficile. Les élèves chahutaient pendant les jeux de rôle, s'interpellant entre ceux qui observaient et ceux qui jouaient, riant à gorge déployée des farces que les plus hardis se permettaient. Or contre toute attente, un étudiant qui avait joué le rôle du patient sur un brancard avait été remué très intimement, et témoigna des sentiments d'abandon et de peur qui l'avaient animé à cette place de malade avant une opération chirurgicale. On voit aussi ici l'importance lors du débriefing de donner la parole à tous les participants, au moins au moment de la synthèse, car ce sont parfois les plus silencieux qui ont les choses les plus intéressantes à dire.

12.3.1.c. Troisième exemple d'immersion fictionnelle

Un autre exemple illustre à la fois ce phénomène d'immersion et l'importance du briefing avant le jeu de rôle. Le briefing est un temps bref mais extrêmement important pour s'assurer du réalisme du scénario, de la cohérence des consignes de jeu et surtout pour permettre aux acteurs de s'approprier le rôle qui leur est confié. Nous appelons cela la construction du personnage. Dans le cadre de la formation des externes de cinquième année et des étudiants d'IFSI à la collaboration interprofessionnelle, nous proposons le scénario d'un adolescent reçu suite à une décompensation acidocétosique de son diabète. Dans cette scène l'adolescent accompagné de sa mère rencontre un endocrinologue et un infirmier du service. L'objectif est à la fois de travailler les composantes de l'entretien motivationnel et la collaboration entre le médecin et l'infirmier dans l'accompagnement du patient.

Nous rapportons ici la séance dans son intégralité, l'ensemble des dialogues est en annexe. Dans cette séance deux étudiantes se sont portées volontaires pour jouer la mère et la fille adolescente. Elles ont été briefées selon une méthode de construction du personnage à partir du rôle : les souffrances de la vie quotidienne de l'adolescent sont « interrogées » par l'animateur (« *elle est comment cette adolescente au quotidien avec sa maladie ?* »...) et c'est « l'adolescente » qui les décrit, avec des compléments apportés par l'animateur. L'animateur en effet intervient en faisant des propositions, en émettant des suggestions, utilisant des précautions oratoires de ce type : « *Et est ce qu'il y a des frères et sœurs ?* », Réponse : « *Oui un frère* » ; « *Un frère, d'accord. Et est ce qu'il a lui aussi le diabète ?* »... La mère et la fille inventent donc leurs prénoms, leur situation familiale : un frère plus âgé souffrant lui-même du diabète et qui observe bien le traitement, le divorce des parents, les traits dépressifs de la mère... Ainsi à partir de ces éléments apportés par les acteurs eux-mêmes, durant la séance de façon intuitive et « naturelle » ils sont capables d'improviser, donnant du réalisme à la scène et créant chez les jeunes professionnels de santé en face une impression d'authenticité (dans un autre groupe une mère prit ainsi le parti de la colère face à son fils car c'est ce qui aurait correspondu à sa réaction dans de telles circonstances, et elle se montra quasi abandonnique dans l'entretien ; cela laissa l'assistance dans la stupeur et l'impression de réalisme joua à plein).

Dans la scène que nous rapportons ici l'impression d'être plongé au cœur d'une vraie consultation se manifesta d'abord par des éléments non verbaux : la mère au début de

l'entretien présente un visage grave, elle est penchée sur la table, dos voûté ; la fille se tient un peu en retrait, sourire aux lèvres puis à la remarque agacée de sa mère bouge d'avant en arrière. À la question posée par l'infirmier : « *Cynthia qu'est ce qui te saoule dans ce traitement ?* » elle répond en décrivant avec précision les désagréments quotidiens qu'elle affronte. La mère prend la parole alors, parle à sa fille, mais ne la regarde pas : « *Oui bon, mais faut accepter. On n'est pas tous égaux face à la maladie Cynthia. Faut accepter que toi t'as cette maladie là et que forcément il en découle des contraintes.* » Avec émotion Cynthia répond : « *Oui mais moi j'ai rien demandé, j'accepte pas, j'ai rien demandé. Ça me saoule !* ». La tension est alors palpable, le silence dans la salle est absolu, les observateurs ont les yeux rivés sur le visage des acteurs. Pour sortir de cette opposition qui se déroule au fil des prises de parole de la mère et de la fille, le médecin intervient avec une voix douce et une formule de minimisation : « *Tu peux nous dire Cynthia ce que tu sais un peu sur le diabète ?* ». On s'aperçoit qu'il y a une forme d'évitement chez les deux professionnels. La question de la mort évoquée par Cynthia, sa mise en danger, ne sont pas repris. Le médecin va chercher une zone de confort, celle de l'explication scientifique et technique de la pathologie, avec un discours d'éducation thérapeutique, toutes choses que Cynthia connaît depuis les débuts de son accompagnement et qui n'ont pour fonction inconsciente que de combler l'angoisse suscitée par les problématiques massives apportées par cette famille. Cynthia répond au médecin en levant les yeux au ciel, sourit, bouge beaucoup sa jambe, et dit d'un ton blasé « *Pff* ».

Il est impressionnant que dix minutes auparavant ces étudiants ne connaissaient que des éléments factuels du cas clinique. On voit à l'œuvre la force créatrice de l'imaginaire, les capacités d'improvisation de celui qui plonge dans sa mémoire pour inventer le personnage à chaque instant de la rencontre simulée. L'entretien tourne alors en rond, le médecin s'enferme. Il en vient jusqu'à demander à l'adolescente de dire quels avantages il pourrait y avoir à être diabétique. L'infirmier visiblement veut sauver l'entretien et le médecin par la même occasion. Il regarde Cynthia droit dans les yeux et lui dit « *En fait, tu as une maladie chronique. Cette maladie, le diabète, tu vas l'avoir toute ta vie. Tu ne vas pas guérir de cette maladie. Tout ce qu'on peut faire c'est la stabiliser. Faut dire les choses telles qu'elles sont. Pour éviter les passages en réanimation où tu mets ta vie en danger inutilement, il faut prendre ce traitement* ». Il joue la carte de dire la vérité, difficile, injuste, révoltante. Mais il

apporte une ouverture en proposant une nouvelle option thérapeutique, la pompe à insuline avec la pose d'un cathéter... Cynthia (très étonnée) : « *Dans le ventre ?* » Cynthia est d'accord, elle le dit elle-même. Elle est d'accord jusqu'à ce que l'infirmier à la question du dextro finisse par lâcher : « *Cynthia tu n'es pas la seule à avoir cette maladie en France !* ». La confiance qui s'était enfin nouée est perdue à nouveau. La phrase qui banalise et qui moralise témoigne de l'ignorance du professionnel de ce que c'est que de vivre avec la maladie, et est perçue comme de l'indifférence, donc une forme de violence à l'égard du patient. La dégradation de la confiance se poursuit. L'infirmier donne malgré lui l'occasion pour Cynthia de souligner le contraste entre son frère et elle : s'il y a d'autres diabétiques qui vivent la même chose, son frère en particulier, lui est observant au traitement clame Cynthia. L'infirmier se hasarde : « *À la maison, y'a d'autres problèmes ? Avec le grand frère ?* ». La mère qui se tient le front, regarde la table, gesticule de la main, se voûte de plus en plus et lance : « *On est dans une situation compliquée parce que moi j'ai arrêté mon travail pour m'occuper de mes enfants, mon mari il est en train de me quitter, je sais pas avec qui il est en ce moment, ben c'est sûr Cynthia fait n'importe quoi, je prends mon truc, je prends pas mon truc et je me pique et je me pique pas, et je fais de la merde toute la journée* ».

Tous ces éléments avaient été coconstruits pendant le briefing mais trouvent là leur place « naturelle ». Sans cette question inattendue de l'infirmier ils seraient restés sous-jacents, contribuant à alimenter le mal être de la mère et de la fille de façon souterraine. Maintenant ils ont été mis au jour.

L'entretien prend alors une tournure pénible pour des professionnels qui utilisent peu les outils de reformulation et de synthèse. Le médecin dépassé cherche à reprendre la main, le discours est lourd, la formulation est maladroite : « *Après, pour en revenir au diabète et à ce qui s'est passé, ce qu'il faut aussi entendre c'est qu'au mieux le traitement sera fait, au moins y'a de risques qu'une chose comme ça puisse revenir...* ». Il repart dans sa zone de confort, l'alimentation et le discours éducatif qui y est attaché. Mais le conflit entre la jeune fille et sa mère trouve là encore une occasion de s'embraser. La situation semble perdue et ce n'est pas l'idée de montrer sa fille à un « psy » suggérée par le médecin qui arrange les choses, loin de là. Mais dans un des rares temps de silence qui est lui offert, traduisant plus certainement le vide de la pensée chez les professionnels de santé plutôt que l'utilisation d'un des outils de

l'écoute active, Cynthia renverse la situation : « *Et la pompe là, vous pouvez la mettre quand ?* » et témoigne ainsi que finalement la solution est entre les mains du patient.

Beaucoup d'éléments soulignés ici ont été exprimés par les acteurs et les observateurs durant le débriefing. Nous avons été étonnés à l'issue de la séance de voir un groupe d'étudiants en médecine venir nous voir et nous dire que s'ils ne savaient plus trop pour quoi ils avaient fait médecine, cette séance leur avait redonné la réponse.

12.3.2. Le cadre à poser dans la simulation

Le dispositif pédagogique de la simulation doit être manié avec prudence, et surtout les règles de non jugement, d'erreur apprenante, de bienveillance doivent être rappelées lors du pré-briefing et mises en œuvre tout au long de la séance. Les étudiants des IFSI ont un référentiel d'étude basé sur un apprentissage par compétences, ils ont quarante heures de formation aux « soins relationnels » dans leur cursus (Arrêté, 2009) et les pédagogies actives sont largement utilisées dans ces écoles. Lors d'une séance des étudiantes rompues à l'utilisation de ces techniques de simulation dans leur école refusèrent pourtant au début d'une séance pluri professionnelle d'y participer. Deux arguments motivaient leur refus. D'une part elles n'avaient pas bénéficié selon elles de conditions équitables lors de contrôles de connaissances ayant eu recours à la simulation. En effet l'utilisation de la simulation dans une perspective d'évaluation sommative et non pas formative n'est pas facile à réaliser. Ici les étudiants étaient évalués pour des examens comptant pour leur passage en année supérieure à travers des mises en situation, avec pour patients simulés des élèves de leur classe. Or les uns pouvaient avoir comme patient simulé un élève plus doué pour mimer des symptômes ou d'autres un ami avec qui on avait convenu de certains signes, ou bien tout le contraire. Notons cependant qu'il n'y a en réalité rien d'évident quant au manque d'équité qu'un tel dispositif pourrait entraîner dans l'évaluation des étudiants. L'opinion communément partagée que la standardisation des situations et des tâches d'évaluation serait une condition obligatoire de la rigueur et de la fiabilité du jugement et décisions évaluatives est erronée, de nombreux travaux l'ont prouvé, notamment ceux de Van der Vleuten (Van der Vleuten 2005). C'était cependant leur ressenti, et elles étaient désormais prévenues contre ce dispositif.

D'autre part elles rapportèrent qu'on les avait évaluées sur des prestations où elles devaient mettre en scène à la demande « les attitudes de Porter », des postures dans l'entretien, de

façon absolument contre-intuitive ; en situation réelle elles n'auraient jamais réagi de la sorte nous disaient-elles. La simulation devenait le bouc émissaire d'une ingénierie de formation recourant à des dispositifs s'apparentant à une pédagogie de type socioconstructiviste mais en fait demeurant ancrée dans le paradigme de l'enseignement.

12.3.3. Le rôle de l'animateur

12.3.3.a. Premier exemple

L'animateur d'une séance de simulation doit faire preuve de prudence. On a déjà dit que le temps du briefing est important pour susciter le phénomène d'immersion fictionnelle. Il permet aussi de se rendre compte de certaines difficultés pour certains acteurs d'être confrontés à des situations ou à des problématiques particulières, d'où l'importance de proposer avec tact à l'étudiant le rôle et ne rien imposer. Sinon l'élève sur le moment ne s'autorisera peut-être pas à émettre un refus mais en situation de jeu il risque de décompenser. Dans le cadre d'une formation facultaire, nous avons proposé à une infirmière de jouer le rôle d'un médecin pédiatre devant rencontrer une famille aux urgences. Ce médecin devait leur annoncer que leur enfant, tombé d'un mur, présentait des lésions graves, avec un mauvais pronostic. L'infirmière après avoir commencé resta interdite et refusa d'aller plus loin. Par manque d'expérience nous n'avons pas repris avec elle cet épisode en individuel pour nous excuser de l'avoir soumise à un tel stress et lui proposer d'échanger sur ce qui lui avait posé problème. La gêne qui s'en est suivie n'a pu être dissipée.

12.3.3.b. Deuxième exemple

En séance de simulation on ne cherche nullement à réactiver les problématiques psychiques des apprenants, ni à avancer sur des éléments intimes ou traumatiques. Il peut tout de même y avoir en séance des mouvements émotionnels forts. Il s'agit de ne pas les passer sous silence mais de les reprendre en individuel avec la personne à l'issue pour évaluer l'impact de ce qui s'est joué. Si on le juge nécessaire la rencontre avec un psychologue ou un psychothérapeute peut être proposée.

Rapportons ici le cas d'une interne de chirurgie pédiatrique qui, alors qu'elle observait le jeu de rôle où intervenait une collègue, s'est mise à fondre en larmes, ce que d'autres étudiants présents remarquèrent. Pendant le débriefing, à notre demande elle expliqua qu'elle avait été très touchée sur le coup par la situation simulée de cette famille. Il était important de ne pas

passer ce fait sous silence mais nous ne sommes pas bien sûrs allés plus loin. Mais à l'issue de la séance nous avons oublié ou peut-être nous n'avons pas osé revenir sur ce fait. Nous avons craint alors de ne pas lui avoir donné l'occasion de parler de quelque chose de grave qu'elle avait vécu. Un an plus tard la retrouvant pour une nouvelle formation (elle venait d'une autre ville assez éloignée), nous lui avons rappelé ce qui s'était passé ; elle nous rassura en nous disant qu'elle allait bien.

12.3.3.c. Troisième exemple

Certains enseignants, formés en pédagogie selon le paradigme de l'enseignement, découvrent grâce à la simulation le paradigme de l'apprentissage. Cependant il n'est pas facile de passer de l'un à l'autre, et on peut garder une approche plus magistrale de l'enseignement tout en recourant à un dispositif de simulation. Un enseignement d'éthique est proposé aux étudiants de quatrième année avec pour scénario un patient refusant l'amputation pour artérite, sans autre alternative sur le plan thérapeutique. Lors d'une séance une étudiante volontaire jouant le rôle du médecin déclara à l'animateur avant le jeu de rôle que d'emblée elle ne s'opposait pas au refus d'amputation de la part du patient. Elle justifiait son choix au nom du devoir pour le médecin de respecter l'autonomie du malade. L'animateur, médecin chevronné, professeur de médecine, considérait lui qu'une telle posture de la part d'un praticien était une erreur médicale et lui en a fait part... L'étudiante reconsidéra alors ce qu'elle allait dire au patient. Cet épisode pédagogique a fait l'objet d'échanges nourris dans l'après coup entre les animateurs par courriels. L'animateur en question justifie ainsi sa position :

«*L'a priori*» du médecin est de communiquer au patient l'information la plus juste possible, à plus forte raison si dans son for intérieur il a une conviction liée à sa connaissance du problème qui s'avère ne pas être celle du malade. C'est son devoir donner le juste soin. »

De là il est du devoir selon lui du médecin de chercher à convaincre le patient et son entourage de l'option thérapeutique qu'il a envisagé pour ce patient :

« Ce qui est proposé n'est pas du tout d'accepter ce refus de soins à priori, mais de tout faire pour expliquer au patient que les soins vont lui apporter un plus, en rassemblant des arguments, en lui laissant une période de réflexion, et si nécessaire en faisant appel à un autre médecin pour argumenter dans le même sens. Et ce n'est qu'une fois que ces démarches ont échoué que l'on se plie à la volonté du patient et qu'on l'accompagne dans son choix. »

L'animateur de la séance conclut son propos :

« Il n'y a pas d'ingérence dans le droit du malade, c'est au contraire un nécessaire éclairage et le partage d'une connaissance "scientifique" (qui n'est pas une certitude, cela va de soi) qu'il n'a pas, pour lui permettre de prendre sa décision finale, qu'il sera seul à prendre, en toute connaissance de cause. »

La position est claire. Pour l'animateur il s'agit là d'informer loyalement le patient, l'éclairer dans son choix, et d'après lui son autonomie est respectée puisqu'on est prêt à accepter que son choix soit finalement contraire à nos convictions cliniques : « *on se plie à la volonté du patient* ». Cela ne manque pas cependant de poser des questions tant sur le plan éthique que pédagogique. L'étudiante voulait-elle valider le choix du patient sans discussion ? Voulait-elle lui exposer les risques encourus ? Pédagogiquement ne valait-il pas mieux laisser l'étudiante jouer la scène comme elle l'imaginait et voir les effets sur le patient. Le patient allait-il être reconnaissant auprès du médecin de respecter sa liberté de choix ? La discussion pouvait-elle alors s'engager sur une écoute de qualité et une confiance mutuelle allait-elle naître ? Ou au contraire le patient interpréterait-il ce consentement du médecin à son refus comme de l'indifférence ou de la négligence ? Quelle est la limite entre la bienveillance revendiquée à l'égard du patient que l'on cherche à convaincre « pour son bien » et le paternalisme qui amène à ne transmettre que les arguments qui vont dans le sens de notre choix thérapeutique ?

Le refus de soin était difficilement entendable pour le professeur de médecine qui menait la séance. Il en est venu à ne pas laisser l'étudiante jouer selon ses propres options et lui a donné ainsi un modèle directif dans l'entretien. La simulation relationnelle invite à la fois les étudiants et les enseignants à entrer dans une démarche éthique faite de dialogues et de questionnements, plutôt que de savoirs et de règles à appliquer. Elle interroge également les animateurs aussi bien sur leurs cadres de références et leurs positionnements éthiques que leurs pratiques pédagogiques.

12.4. Autres vignettes

12.4.1. La collaboration

12.4.1.a. Premier exemple

Une des difficultés du travail en équipe est l'ignorance des rôles et des compétences des autres professions de santé avec lesquelles nous travaillons au quotidien. Un certain nombre de structures organisent des « vis ma vie » où on partage le quotidien d'un collègue pour découvrir durant une journée un autre métier que le sien. En simulation on peut proposer d'endosser un rôle qui n'est pas le sien, comme l'annonce d'un diagnostic par exemple, et ainsi appréhender quelque peu ce qu'une telle tâche suscite chez le médecin.

Nous avons été sollicités pour former des cadres à la communication interprofessionnelle dans le cadre d'un DU. L'un d'eux, très engagé auprès des patients, se plaignait de ce qu'il considérait comme une lâcheté de la part des médecins, lorsqu'ils ont à annoncer le diagnostic au patient et qu'ils ne communiquent pas cette information. C'était souvent à lui que revenait d'explicitier les résultats et il recueillait alors la grande détresse des patients et de leur famille. Nous lui avons donc proposé en simulation de prendre le rôle du médecin pour recevoir une mère et sa fille (jouées par deux de ses collègues) dans le but de communiquer des résultats faisant apparaître une tumeur importante chez la mère. Il se montra au bout du compte incapable de délivrer l'information et il avoua qu'il n'avait jamais imaginé la charge psychologique et la difficulté ressenties dans une telle circonstance.

12.4.1.b. Deuxième exemple

La simulation peut participer au sein des équipes à l'analyse des pratiques mais ce doit être manié avec prudence, et le cadre doit être bien posé. Des règlements de compte sinon peuvent advenir sans que l'animateur comprenne ce qui est en jeu. Dans une formation destinée à des cadres travaillant en IFSI, ces formateurs s'entraînaient sur des scénarii qu'ils faisaient jouer à leurs élèves. Le scénario, très simple, réunissait deux infirmières lors des transmissions. Or ce jeu de rôle prit une tournure étrange. L'infirmière qui prenait sa garde présentait une désinvolture et un manque d'engagement faisant craindre pour la bonne prise en charge des patients ; rien de très extraordinaire jusque-là. Mais ce qui fut incompréhensible ce fut la réaction de celle qui faisait les transmissions avant de quitter le service. Elle joua de bout en bout son rôle en ignorant les incohérences et les provocations de sa collègue alors qu'elle

aurait dû s'inquiéter auprès d'elle de son attitude et prévenir sa hiérarchie. Nous avons compris plus tard ce qui s'était joué. C'était la responsable elle-même de l'IFSI qui jouait dans cette scène la collègue quittant le service. En face d'elle, dans ce dialogue fictif, se trouvait sa collaboratrice qui agissait ainsi régulièrement avec elle en réunion pédagogique, bravant son autorité et ne prenant pas part aux échanges. La responsable avait choisi ici de ne pas répondre à ce défi posé à son autorité.

12.4.2. Narration simulée

Nous rapportons en annexe des scénarii qui ont été inspirés par la rédaction en petits groupes lors de séances de ce que nous avons appelé la « narration simulée », c'est-à-dire la jonction entre la médecine narrative et la simulation. L'intérêt de ces scénarii est qu'ils sont exactement en phase avec ce que vivent les étudiants et les professionnels de santé.

Des étudiants infirmiers rapportent une scène vécue par l'un d'entre eux lors d'un stage aux urgences :

« Aux urgences accueil d'un adolescent accompagné par sa mère. Il présente une blessure importante à la main droite, dit être tombé sur la main au football. Pendant l'entretien la mère sort boire un café. L'étudiante infirmière se retrouve seule avec l'adolescent, et l'enfant confie : ma mère m'a planté ! »

Ou encore celui-ci écrit dans un groupe où était présent un externe qui était en stage dans un service de chirurgie digestive:

« Monsieur A, vingt-sept ans, vit chez sa mère. A une petite amie, travaille en cuisine collective. Intoxication OH, deux bouteilles de rosé quotidiennes minimum, tabagique vingt à trente cigarettes par jour. Début juillet premiers symptômes : altération de l'état général, ictère (jaunisse), acite (ventre gonflé). Hospitalisation : découverte d'un carcinome hépatique. Chirurgie d'exérèse. Après l'opération il présente une fatigue excessive, des troubles du comportement, des sautes d'humeur, de la colère, il continue à boire. Il est choqué par le diagnostic, ne supporte pas qu'on en parle, refuse d'écouter le projet thérapeutique de proposition de chimiothérapie. »

Chapitre 13 : Synthèse : quatre types de sensibilité éthique

En synthèse de cette présentation de nos résultats nous souhaitons proposer un tableau interprétatif des réponses et des comportements repérés chez les enseignants et chez les étudiants.

Nous avons en effet observé dans les réponses des médecins qu'ils font un usage différent des émotions, tantôt s'en défiant, tantôt les utilisant. Dans les mises en situation les étudiants apparaissent parfois en difficulté pour susciter chez le patient sa confiance, maîtrisant assez mal les outils de communication pour certains. Mais d'autres sont capables de faire preuve d'empathie cognitive et maîtrisent ces outils.

À partir de cette habilité de communication, qui est le fruit d'une maîtrise de techniques, et à partir de la présence ou non chez le sujet d'empathie émotionnelle, nous proposons de dégager des profils d'étudiants que nous avons nommés par les noms de dieux grecs : Athéna, Hermès, Déméter et Poséidon. Athéna (Minerve à Rome) est la déesse de la sagesse, des arts et des métiers, de la victoire guerrière ; Hermès (Mercure à Rome) est le dieu du commerce, de l'éloquence. Il est le messager des dieux et des âmes ; Déméter (Cérès à Rome) est la déesse de l'agriculture et de l'amour maternel; Poséidon (Neptune à Rome) est le dieu de la mer, des vents et des tempêtes. Nous tentons ici de décrire ici des styles de sensibilité éthique. On l'a dit cette sensibilité éthique est soit une émotion face à une situation recelant un conflit éthique, soit un sentiment, émotion et sentiment devant être envisagés dans un continuum. Ce qui va marquer cette évolution de l'un vers l'autre est le travail de la raison.

Cela donne le tableau suivant :

<i>L'étudiant/le médecin</i>	A de l'empathie émotionnelle	A peu d'empathie émotionnelle
Sait communiquer	Athéna	Hermès
A des difficultés à communiquer	Déméter	Poséidon

Tableau des styles de sensibilité éthique

Les étudiants (ou les médecins) de type Athéna sont bien adaptés, ils sont appréciés des patients et des soignants. Ils ont une distance professionnelle qui leur assure de ne pas être facilement envahis émotionnellement. Quand on les interroge certains d'entre eux ont connu semble-t-il de près la maladie pour eux-mêmes ou leurs proches et ont été bien accompagnés. Ils témoignent par exemple de la présence d'une aide-soignante au chevet de leur grand-mère dans sa maison de retraite ou bien des visites régulières et empreintes d'émotion du médecin de famille à domicile auprès d'un parent atteint d'un cancer. Le Pr. K. qui travaillait à la coordination hospitalière des prélèvements témoigne d'une maîtrise de ses émotions et d'une capacité à communiquer et à argumenter, qui a aussi pu s'apprécier dans la forme de son discours.

Les étudiants du type Hermès ont compris les stratégies pour que le patient soit satisfait. Ils déclinent l'information au patient sans affect marqué et terminent en lui laissant le choix d'adhérer ou non à leur proposition thérapeutique sans que le résultat les affecte. Caricaturalement c'est la figure du Docteur Knock. Un des étudiants lors d'une séance de simulation affirme que son attitude est « une posture », selon ses propres termes, qu'il choisit d'adopter pour rassurer ses interlocuteurs. Certains étudiants peuvent avoir ainsi une forme d'indifférence vis-à-vis de la souffrance et on a déjà évoqué de fait des études établissant un lien la capacité à reconnaître les émotions et le taux d'ocytocine (Hubble, 2016 ; 2017). Le Pr. G. explique de son côté qu'il utilise des « artifices », comme s'asseoir sur le lit du patient, mais qu'il n'a pas d'émotions, du moins il les repousse volontairement. C'est aussi le cas du Pr. V. qui affirme qu'on ne peut pas prendre sur soi les souffrances du patient, qu'il se « blinde ». Ces médecins au cours de leurs premières années d'étude ont pu éprouver vis à vis des patients de l'empathie émotionnelle, mais aujourd'hui elle a diminué, parfois drastiquement.

Pour le dire avec humour, concernant les étudiants du type Poséidon, ce sont ceux qui choisissent majoritairement des spécialités qui les tiendront le plus possible éloignés du contact avec le patient. En affirmant cela, nous ne considérons pas pour autant que le choix d'une spécialité relève d'une délibération rationnelle. Nous espérons avoir assez montré que les mécanismes de défense à l'œuvre chez les étudiants constituent autant de déterminants inconscients dans les choix de carrière.

Enfin il y a les étudiants classés dans le type Déméter, empathiques, mais peu rompus aux techniques de communication. Il semble qu'on peut distinguer deux sous-catégories, Déméter 1 et Déméter 2.

Sous le nom de Déméter 1 sont regroupés ceux qui sont très à l'écoute du patient. Ils prennent beaucoup de temps à la consultation et présentent le risque de s'épuiser à la longue par des entretiens coûteux psychologiquement. Le risque est aussi à terme de se noyer dans une relation particulière avec un patient et d'être dans l'identification projective. Ils sont par là-même les premiers candidats au *burn out*. Au sortir d'une séance de simulation une toute jeune femme médecin, qui avait été exemplaire à tout point de vue dans l'entretien, exprimant beaucoup de sollicitude et d'écoute doublées d'un grand professionnalisme, avoua qu'à la fin de ses journées de consultation elle se sentait régulièrement épuisée psychologiquement.

L'autre catégorie (Déméter 2) regroupe ceux qui, ne sachant que faire des émotions du patient et des leurs, ayant peur de se laisser « emporter » dans la relation, n'écoutent pas véritablement le patient. Ils se protègent, se créent une carapace, ils se « blindent » par la mise en place de mécanismes de défense. Dans l'entretien ils prennent rapidement la parole pour tenter d'expliquer au patient sa situation clinique, pensant que des arguments rationnels seront à même de parvenir à le convaincre de suivre le traitement proposé. C'est la catégorie qui représente certainement le plus d'étudiants. Et c'est celle qui nous semble avoir la plus grande marge de progression. On peut ranger ici nos présentations des étudiants et des médecins déployant des mécanismes de défense, que ce soient la dérision, la fausse réassurance, la fuite en avant ou encore la séduction.

Quel enseignement pertinent proposer à tous ces étudiants? En particulier comment permettre aux étudiants du type Demeter 2 de conserver leur empathie émotionnelle et donc en fin de compte d'avoir un comportement éthique dans leur pratique future? La constatation que nous faisons est que les mécanismes de défense se mettent en place très tôt parce que l'étudiant n'est pas capable de créer les conditions pour que s'établisse une possible alliance thérapeutique entre le patient et lui. Si nous permettons à l'étudiant (et au patient en retour) de se sentir en confiance et si nous lui enseignons à construire la relation en partenariat avec le patient, ces phénomènes pourront diminuer voire se dissiper. Nous avons présenté les outils qui permettent une écoute active : préparer l'espace de la rencontre, se présenter, sourire,

regarder dans les yeux, poser des questions ouvertes et fermées, reformuler, ne pas interrompre le patient, et enfin faire une synthèse de toutes ces informations.

Une des idées fortes est de se concentrer sur les deux premières minutes de l'entretien. Grâce à ces outils de communication, le patient s'étant senti écouté, l'alliance thérapeutique est alors possiblement nouée. Le patient ayant ressenti de l'écoute de la part du médecin est à son tour à son écoute, et le praticien ayant entendu les attentes du patient va pouvoir œuvrer en fonction d'elles. Il peut donner au patient les arguments qui militent en faveur de tel ou tel choix thérapeutique qui lui semble le plus adapté, et cet exposé ne sera pas vécu comme une ingérence mais comme une suite de cette bienveillance qu'il a perçue dans l'entretien, comme on l'a déjà souligné.

L'organisation de nos cours a donc été instaurée dans cette logique, à une exception près, qui est de taille. En première année où nous n'intervenons pas, les étudiants subissent l'héritage du curriculum classique en vigueur dans les facultés. Dans une logique néopaternaliste les étudiants sont sensibilisés à la nécessité d'informer loyalement le patient et de recueillir son consentement libre et éclairé. Ce type d'organisation curriculaire suggère la conception implicite que la médecine légale et la déontologie sont « les sciences fondamentales » obligatoires, pour ne pas dire dominantes voire exclusives et à tout le moins nécessaires de l'éthique. Cela n'est évidemment pas sans influence sur les représentations des étudiants, et donc sur leurs apprentissages, y compris ceux qu'ils réaliseront en simulation. Au début de l'année universitaire il est d'ailleurs impressionnant d'écouter certains étudiants de deuxième année affirmer que le médecin doit être un livre, écho direct de ce qui leur a été dit lors de la PACES.

En deuxième année justement, nous l'avons déjà expliqué, nous présentons en début d'année des techniques de communication mais aussi nous proposons un temps de relaxation et deux heures de médecine narrative. On souhaite ainsi à la fois exposer les étudiants à ces outils et leur faire prendre conscience de la dimension émotionnelle de la relation de soin. Les deux fois une heure trente de simulation en cours d'année leur permettent de se saisir de ces outils, de les expérimenter mais aussi de faire l'expérience par l'immersion fictionnelle de cette dimension émotionnelle du soin. Un des objectifs de cet enseignement est de sensibiliser ces étudiants aux modèles de relation médecin-patient. Nous avons décrit les modèles paternaliste (Vers), néopaternaliste (Pour) et le modèle du partenariat (Avec). Dans un modèle

néopaternaliste, une fois l'alliance thérapeutique acquise, le médecin reprend la main et déroule ses explications, cherchant à convaincre le patient. Et nous avons signalé qu'un certain nombre de patients ont une attente de ce type, celle d'être plutôt passif dans la relation, se conformant sans autre forme de procès à l'avis du docteur. Les médecins qui n'ont pas d'empathie émotionnelle (type Hermès) proposent au patient le traitement sans grand état d'âme ; si le patient ne veut pas s'y conformer ils estiment avoir fait leur travail, ils ont respecté les règles médico-légales d'information au patient. Cela peut s'apparenter dans l'imaginaire avec le modèle dit « anglo-saxon ». Le risque est que certains d'entre eux, étrangers au « prendre soin », pour des raisons financières par exemple, utilisent ces techniques de communication pour arriver à leur fin. On pourrait parler d'un type « Hadès » pour le coup. On peut penser ici au film *Sicko* (Moore, 2007, 123'), par exemple qui met en lumière l'activité des médecins travaillant aux États Unis pour les grandes compagnies d'assurance.

Mais dans un modèle de partenariat, après avoir créé une relation de confiance, le dialogue doit perdurer. Il ne s'agit pas de créer la confiance pour servir après une forme de manipulation. Il s'agit de respecter l'autonomie du patient, lui fournir les éléments à la mesure de sa compréhension et de sa demande afin d'avancer sur ce chemin d'autodétermination et de coconstruction d'un projet de soin.

S'il y a une diversité d'étudiants, et chacun selon son profil peut retirer des bénéfices de ces séances de simulation, il y a aussi une pluralité d'approche parmi les enseignants qui sont des cliniciens et qui ne partagent pas tous le modèle du partenariat. Pour ceux qui sont plutôt partisan du modèle néopaternaliste, cette formation par la simulation regardant les compétences relationnelles se limitera à donner les outils pour créer la confiance. Le médecin reste celui qui mène le jeu de bout en bout. Si nous limitons les cours d'éthique appliquée à la simulation en communication dans un cadre formaliste de l'éthique, avec des animateurs qui ont des styles pédagogiques assez directifs, nous confortons l'empathie cognitive et elle seule chez les étudiants de type Hermès, ou bien nous laissons se développer possiblement des attitudes néopaternalistes chez les étudiants de type Déméter 2.

Il peut être intéressant dans ce contexte de présenter rapidement la Réforme en cours du deuxième cycle des études de médecine (R2C). Les autorités académiques des facultés de médecine souhaitent en effet former des médecins capables de faire face à ces enjeux du XXI

siècle. Les ECN, créées en 2004 et informatisées en 2016 (ECNi) ont eu jusqu'à présent pour but d'organiser la procédure de choix de poste en classant les étudiants de fin de deuxième cycle (6ème année). Cet examen sous forme de concours a été par le passé l'objet de nombreuses critiques car il consacre pour tout étudiant l'apprentissage des connaissances de rang C ou de sur-spécialisation, celles qui sont nécessaires à l'interne de spécialité. Or comme le note les experts réunis pour piloter cette réforme dans le livret expliquant ces changements aux étudiants :

« Un médecin compétent mobilise ses connaissances pour soigner. La quantité de connaissances qu'a un médecin n'est toutefois pas le principal déterminant de son niveau d'expertise. Autrement dit, l'adage selon lequel « plus on en sait, mieux c'est ! » correspond à une croyance erronée, bien que largement partagée chez les enseignants et les étudiants » (Braun et al., 2020b, p. 2).

Pour lutter contre cet épuisement des étudiants dans un bachotage massif et pour revaloriser les stages cliniques, lieu par excellence d'apprentissage du métier, l'ECNi sera remplacé en 2023 pour les étudiants en sixième année par ce qu'on appelle le « *matching* ». L'objectif est de faire correspondre le profil d'un étudiant à un poste. Pour ce *matching* sera pris en compte la note de l'étudiant à son examen de connaissances, à hauteur de moitié. D'autre part la R2C permettra de mettre en place un curriculum basé sur une APC, comme c'est déjà le cas dans d'autres filières de santé et dans de nombreux pays. Cette adoption de l'APC a pour ambition de préparer directement les étudiants à leur activité professionnelle, toujours selon les coordonnateurs nationaux de la réforme :

« Les études de médecine forment à une profession et non à une discipline. La démarche de professionnalisation vise à vous transformer en professionnel de santé, en vous aidant à développer vos compétences, à construire votre identité de médecin et à partager des valeurs communes à la profession » (Braun, et. al., 2020b, p. 3).

Les compétences seront évaluées par des ECOS, la note de cet examen de compétences correspondant à 40 % de la note finale (les 10 % restant revenant au dossier parcours de l'étudiant, sous forme de portfolio). Dans ces ECOS chaque étudiant sera confronté aux mêmes situations cliniques, au nombre de dix et devra répondre aux objectifs demandés (ANEMF, 2020). Les ECOS seront donc des évaluations des étudiants sur leurs compétences,

à la fois techniques et relationnelles, à travers des mises en situation relevant de dispositifs de simulation en santé.

« L'évaluation en contexte authentique (le stage) et semi-authentique (le cas clinique, la simulation) occupera une place centrale » (Braun et al., 2020a, p. 4).

Un lien fort est donc fait dans cette réforme entre l'APC et la simulation, comme moyen d'évaluation des compétences. C'est donc l'occasion pour nous de défendre résolument un modèle de recours à la simulation comme dispositif pédagogique dans la perspective du paradigme de l'apprentissage, la compétence comme un (savoir) agir adéquat en situation et l'éthique comme une somme de capacités relevant tout à la fois des dimensions perceptives, cognitives, métacognitives, imaginatives, réflexives, opératives, psycho-affectives et sociales de la personne humaine.

Si de plus nous considérons que l'enseignement d'éthique en faculté de médecine consiste à favoriser l'émergence des vertus médicales chez l'étudiant dans une maîtrise souple de ses émotions et de ses sentiments et que nous souhaitons proposer comme modèle de relation le partenariat entre le patient et le professionnel de santé, les cours d'éthique recourant au dispositif de la simulation sont d'une autre teneur qu'un simple *aggiornamento* cosmétique d'un enseignement qui demeurerait fondamentalement dépendant d'un paradigme d'enseignement. Ils s'intéressent à ces mouvements intérieurs de l'apprenant et sollicitent son esprit critique. D'où l'importance de mêler ces séquences de simulation avec d'autres formats pédagogiques axés directement sur la dimension narrative du sujet et de former les animateurs à mener un débriefing proprement réflexif. Nous allons maintenant discuter ces points essentiels de la simulation qui nous semblent des conditions sine qua non pour prétendre enseigner l'éthique aux étudiants de médecine, particulièrement en ayant recours au dispositif de simulation dans une perspective d'éthique des vertus.

PARTIE 3. DISCUSSION

Introduction

Cette partie de notre exposé qui s'ouvre maintenant « transgresse » plusieurs principes d'une discussion dans un travail de recherche rapportant un travail empirique. Elle contient en effet de nombreux nouveaux apports théoriques, qui constituent en quelque sorte un cadre conceptuel complémentaire a posteriori. Elle opère par ailleurs un nombre limité de retours vers les résultats, alors que la fonction classique d'une discussion d'un travail scientifique est de discuter les forces et les limites des résultats obtenus au regard des options épistémologiques et méthodologiques retenues dans le travail. Nous défendons ce choix dans une logique de reliance au regard de notre positionnement interdisciplinaire et transdisciplinaire. Nous sommes plus ici dans une discussion de type philosophique ou bien dans une argumentation psychologique qui autorisent l'une et l'autre des libertés. Après une approche théorique centrée sur l'éthique médicale comme objet d'enseignement et d'apprentissage et une approche empirique proposant les méthodes d'opérationnalisation de cet apprentissage ainsi que les résultats de la mise en œuvre d'un dispositif tel que la simulation, la discussion qui suit a pour fonction de rassembler et d'articuler les éléments de notre proposition finale, notre « thèse ». Nous stipulons qu'il existe dans l'agir éthique en situation l'exercice d'une capacité émotionnelle, que la simulation en tant que dispositif d'enseignement et d'apprentissage permet d'opérationnaliser.

Dans ce cadre d'enseignement de l'éthique nous entendons défendre la position de l'éthique des vertus, non sans lien avec le corpus des philosophes antiques. L'histoire de l'éthique est intimement liée à l'émergence de l'art médical dans la Grèce antique, tout particulièrement à Athènes, où naît la réflexion philosophique et où elle acquiert ses lettres de noblesse. C'est là que le soin sort du domaine de la magie et de l'incantation pour entrer dans le domaine de l'observation et de la science naissante. La rencontre avec la souffrance du semblable et avec sa fragilité devant la maladie engendre la première réflexion éthique systématique qui régit la conduite des médecins. Nous faisons ici allusion à Hippocrate et à son « serment ». Dans ces siècles d'or de la pensée occidentale conjointement, ce sont les vertus des hommes libres qui ont été mises en avant comme source du développement de la Cité et garantie la plus sûre d'une paix durable. Former des citoyens, enseigner la vertu, développer la capacité de

raisonner sont une œuvre éminente. Athènes est aussi le berceau de notre modèle d'enseignement humaniste basé sur la dialectique, les sciences et les arts. Les civilisations européennes qui ont succédé à cette matrice originelle ont chacune apporté des éléments nouveaux, complémentaires, à l'image de la croissance d'un arbre dont les frondaisons se développent sur les charpentes. Notre attention s'est portée tout particulièrement sur l'éthique aristotélicienne qui a connu une grande fortune durant la période médiévale avec la relecture du Stagirite par Thomas d'Aquin. Les relectures plus récentes voire contemporaines de ces œuvres constituent notre trame philosophique d'analyse des situations centrées sur l'apprenant où le dispositif de la simulation est utilisé.

Devenir médecin depuis les origines antiques passe par un apprentissage auprès d'un maître. Celui-ci enseigne à ses élèves sa science, c'est-à-dire son savoir et ses connaissances, et il apparaît à ses étudiants comme un modèle. Pourquoi adjoindre aujourd'hui à ce dispositif la simulation ? Nous l'avons déjà évoqué plusieurs fois. D'une part le modèle classique n'est pas exempt de limites, qui se sont renforcées avec la technicisation de la médecine. Les médecins seniors n'encadrent pas toujours bien les étudiants, les ignorant parfois, se focalisant sur des connaissances uniquement biomédicales, donnant l'exemple malgré eux auprès des patients de mécanismes de défense critiquables. Il est donc nécessaire, particulièrement dans le domaine relationnel, de travailler les bonnes pratiques ou mieux, les vertus médicales et de pouvoir sans crainte interroger des attitudes et des comportements inadaptés observés en stage. Le temps de formation par la simulation est en outre l'occasion d'un débriefing long. On objectera que si le temps manque déjà dans les services, comment les seniors trouveront-ils du temps pour ces séances ? Mais la simulation est justement l'occasion d'apprendre à échanger de façon profitable dans l'après coup d'une situation, que ce soit pour apprendre à formuler des remarques et des questions afin de rendre l'apprenant actif ou bien pour aborder la question des émotions.

On l'a dit, dans le centre de simulation de la Faculté de médecine de Nice, comme dans d'autres lieux en France, se sont mis en place au gré des initiatives de certains professeurs des modules de formation à destination des étudiants portant sur l'annonce du diagnostic, la communication dans des situations difficiles et la collaboration interprofessionnelle. Ce sont des séquences qui sont présentées aux étudiants par la scolarité comme de la formation à la communication, des séances d'éthique appliquée ou encore des séquences pour travailler la

question des émotions. En quoi l'éthique des vertus est-elle un modèle théorique opérant dans ces temps d'enseignement et d'apprentissage ? Comment ces dispositifs de simulation que nous mettons en place sont-ils l'occasion de développer chez les apprenants les vertus médicales qui seront nécessaires à leur exercice de la médecine ? Ce modèle, aussi séduisant qu'il puisse être, a-t-il une chance d'être enseigné, et si c'est le cas, à quelles conditions ? Partant de notre approche dynamique de psychologue et défendant un courant réaliste en éthique, nous allons discuter de cette problématique centrale de notre travail. Plusieurs sujets vont nous occuper. En premier lieu le jeu comme medium d'acquisition de connaissances et lieu de découverte de soi. En second lieu le débriefing comme temps d'enseignement des capacités éthiques.

Chapitre 14 : Le jeu

Introduction

On parle du « jeu de rôle » comme un des temps de la simulation, celui qui correspond à la mise en situation des apprenants. Une première question importante se pose à propos de la notion de jeu. La simulation est-elle à ranger dans le domaine du jeu ?

Le XIX^e siècle est en Occident un siècle de progrès économiques et industriels qui voit s'imposer une société bourgeoise, structurée sur le respect de principes moraux et de conventions sociales rigides. Le siècle qui lui succède, violemment secoué par les idéologies et les guerres, marqué à la fois par des crises économiques, sociales et politiques et par le triomphe de la société de consommation, valorise une plus grande liberté des individus et des mœurs. Le jeu était auparavant considéré comme relevant du domaine de l'enfance et ne convenant pas de ce fait à l'adulte : il était regardé comme un divertissement qui éloigne de l'essentiel et du sérieux de la vie. Il est vrai que le jeu n'a pas forcément bonne presse auprès des philosophes. Pour Alain, l'attention de l'enfant est focalisée essentiellement sur son plaisir alors que l'adulte doit être capable de décentrer son attention vers un objet qui lui est extérieur. Il oppose la futilité du jeu, qui appartient à la jeunesse, au sérieux utile de la vie, propre à l'âge adulte, dans une lecture de Kant qui s'oppose à Rousseau sur la manière de penser le jeu. Pour autant, Kant voit dans le jeu un intérêt puisque nous y éprouvons notre liberté (Duflo, 1997).

Cependant alors qu'auparavant seules les élites ont le temps et les moyens de s'amuser, au XX^e siècle les conquêtes sociales comme le repos hebdomadaire et les congés payés, la diffusion des biens de consommation, la liberté de mouvement induite par l'extension des moyens de transport et l'avènement des loisirs donnent lieu à de nouveaux usages récréatifs à destination des masses. Devenu un phénomène de société et un facteur non négligeable de l'économie, le jeu entre aussi dans le domaine de la formation des entreprises avec le développement des jeux sérieux axé sur des apprentissages techniques, essentiellement aux États-Unis dans le dernier quart du XX^e siècle. Une de nos questions sera de savoir en quoi on peut rattacher la simulation aux jeux sérieux.

Cette notion complexe de jeu va nous entraîner sur une redéfinition de la simulation, non plus comme simplement un dispositif pédagogique mais comme un miroir de notre vie individuelle et sociale, par certains aspects un espace plus réel que le réel. Pour cela nous présenterons d'abord le jeu et sa valeur pédagogique ainsi que le plaisir et l'humour qu'il recèle. Puis nous interrogerons le jeu au regard de l'identité dans une approche phénoménologique. Le jeu n'est-il pas ce qui constitue la trame de l'existence humaine ? Nous interrogerons alors le jeu des comédiens pour mettre en lumière le spécifique du jeu de l'acteur dans la simulation. Cela nous amènera à aborder le phénomène d'immersion fictionnelle, cet entre-deux entre le mensonge et la vérité de la scène. Nous nous poserons alors la question de ce que la simulation, jeu d'ombre qui dévoile en cachant, peut apporter sur le plan d'une éthique pragmatique, où la vertu n'est pas d'abord synonyme d'héroïsme, mais de médiété.

14.1. La valeur pédagogique du jeu.

Tentons d'aller à la rencontre d'une définition et d'une description de cette notion complexe de jeu. Le jeu repose sur une convention formulée par la règle du jeu. « Par elle-même, la règle crée une fiction », écrit Caillois (2015), dans *Les jeux et les hommes*, ouvrage de référence en la matière, et par le jeu la fiction nous fait entrer dans un monde parallèle, étrange, où les objets et les personnes vont revêtir une fonction nouvelle, un nouveau rôle. En simulation par exemple, si un étranger, un non initié, rentrait dans la pièce, il ne comprendrait pas pourquoi on prend une table pour allonger un homme qui a mis sous son pull son blouson et qu'autour de lui s'activent deux étudiants qui lui posent des questions sur les douleurs de sa grossesse. Selon Caillois (2015), le jeu repose sur des « frontières convenues », des « règles

impérieuses et absolues ». Celui qui joue a « conscience de l'irréalité foncière du comportement ». Les jeux sont « ou réglés ou fictifs ». Caillois décrit le jeu comme une activité libre, séparée, incertaine, improductive, réglée, fictive.

« Tout jeu suppose l'acceptation temporaire, sinon d'une illusion (encore que ce dernier mot ne signifie pas autre chose qu'entrée en jeu : *in-luso*), du moins d'un univers clos, conventionnel et, à certains égards, fictif » (p. 61) ;

Il établit, en outre, une classification quadripartite des jeux : *agôn*, *alea*, *mimicry*, *ilinx*. Dans l'*agôn*, c'est l'ambition de triompher, de l'emporter sur l'adversaire qui guide le joueur. Dans le jeu d'*alea*, l'attente anxieuse et la passivité correspondent à une « démission de la volonté » puisqu'il s'en remet au hasard. Dans l'*ilinx*, le joueur est à la « poursuite du vertige ». Enfin le jeu-*mimicry* satisfait nos besoins d'interactions sociales. Ici le joueur imagine qu'il est autre que lui. Pour notre propos, c'est le type « *mimicry* » qui nous intéresse :

« le sujet joue à croire, à se faire croire ou à faire croire aux autres qu'il est un autre que lui-même. Il oublie, déguise, dépouille passagèrement sa personnalité pour en feindre une autre » (Caillois, 2015, p. 61) ; « *mimicry*, qui nomme en anglais le mimétisme, notamment des insectes » (Caillois, 2015, p. 61).

Notons qu'en français à la différence de l'anglais, « jeu » désigne à la fois le jeu d'interprétation (*play*) et l'activité ludique (*game*) ; on parle donc de jeu de rôle (*role play*) en simulation. Relevant le plaisir éprouvé à se faire passer pour un autre, Caillois range donc la représentation théâtrale et l'interprétation dramatique dans le groupe des jeux de *mimicry*.

En outre, ne se réduisant pas à sa dimension de distraction individuelle, le jeu est un exercice collectif d'après Caillois, ou du moins il ne l'est pleinement que lorsqu'il apparaît dans sa dimension sociale :

« On dirait qu'il manque quelque chose à l'activité du jeu, quand elle est réduite à un simple exercice solitaire. Les jeux ne trouvent généralement leur plénitude qu'au moment où ils suscitent une résonance complice. [...] La plupart d'entre eux, en effet, apparaissent demande et réponse, défi et riposte, provocation et contagion, effervescence ou tension partagée. Ils ont besoin de présences attentives et sympathiques. » (Caillois, 2015, p. 97).

Le jeu suppose la compagnie des autres. On rejoint là les observations des éthologues qui s'intéressent à l'étude du comportement des animaux. Le jeu est en effet présent chez nombre d'espèces animales, ce que relève Pottier, éthologue du jeu :

« Le jeu appartient certainement aux hautes sphères du développement, autant ontogénétiques que phylogénétiques, puisqu'on le repère uniquement chez les animaux supérieurs, comme les mammifères (quasiment tous), les oiseaux, quelques reptiles et aussi peut-être quelques poissons. Chez les primates, il est omniprésent » (Pottier, 2004).

Le jeu est un moyen d'acquérir ou de compléter des schèmes comportementaux qui sont nécessaires à la survie. Par exemple, une course débridée conduit le cheval à rencontrer des obstacles imprévus et l'oblige à mesurer ses pas, à juger ses sauts, à contrôler sa vitesse et son souffle, et ce, d'une manière plus facile puisqu'il n'est pas sous l'influence du stress ou de la faim. Une fois ces tâches dûment accomplies des dizaines de fois, le cheval en aura acquis tous les rudiments et pourra ensuite les réaliser sans même avoir à y songer si le danger le menace. Le jeu permet aussi aux individus de se connaître entre eux et de se situer dans la structure du groupe auquel ils appartiennent (Renck & Servais, 2002). Les primates supérieurs arborent par exemple un « *play-face* », un « sourire » pour signaler leur entrée dans le jeu, un des nombreux signaux qui vont réguler toutes les séquences ludiques des jeux sociaux (Pottier, 2004). Pour que le partenaire ne devienne pas un ennemi, les deux joueurs ont besoin de ces signaux spécifiques. Ils vont se battre mais « c'est pour rire », c'est pour de faux, c'est pour s'amuser. Si l'on suit la lecture darwinienne et son application non seulement biologique, mais anthropologique et sociale, le jeu d'ailleurs imite la vie en ce qu'elle est une compétition pour la survie au sein des espèces. Le gagnant devient symboliquement le plus fort, celui qui par sa force, sa ruse ou son intelligence a réussi à dépasser les autres. Le jeu recèle cette dimension de plaisir qui est indicateur de valeur, comme nous le relevions avec l'éthique des vertus. Est-ce le fait justement de s'entraîner qui est nécessaire à la survie et qui trouve dans le plaisir du jeu une motivation pour l'individu ? On peut en faire l'hypothèse.

Le jeu est un processus essentiel du développement de l'individu et de l'espèce. Il n'est pas étonnant donc de l'observer chez les plus jeunes dans les espèces animales. Attachons nous donc à porter notre regard sur l'enfance. Il demeure cependant difficile de trouver une définition univoque du jeu chez l'enfant car il est défini par chaque chercheur en fonction de

son *télos* spécifique, et de la question de recherche qui est la sienne, « *ce qui lui donne plusieurs facettes* » comme le montre Pottier (2004), et ce sont précisément ses facettes multiples qui en font l'intérêt et la spécificité. On peut en distinguer plusieurs types selon des classifications qui varient selon les auteurs. Selon Morfaux et Lefranc (2011a) :

« Le jeu est une activité qui se différencie avec le développement du sujet. En son sens premier chez les jeunes enfants et chez les animaux supérieurs c'est une activité corporelle gratuite c'est-à-dire qui ne vise directement aucune fin utile et qui se dépense pour le seul besoin et le seul plaisir de se dépenser [...] C'est aussi une activité consistant pour l'enfant à jouer des personnages et des situations imaginaires sur le mode du « comme si », solidairement ou avec d'autres enfants [...] C'est enfin à une activité physique ou mentale socialisée c'est-à-dire soumise à des règles conventionnelles, pratiquée surtout par les adolescents et les adultes, où le plaisir est indissolublement liée à la difficulté des obstacles à vaincre et où apparaissent l'esprit de compétition et la recherche du prestige » (Morfaux & Lefranc, 2011a).

À partir de ces remarques et des analyses de Caillois citées plus haut nous définirons le jeu chez l'enfant comme une activité physique ou mentale, non imposée, purement gratuite, généralement fondée sur la convention ou la fiction, qui n'a dans la conscience de ceux qui s'y livrent d'autre fin qu'elle-même, d'autre but que le plaisir qu'elle procure.

Pour compléter cette approche éthologique et descriptive, nous allons présenter les développements, issus du champ psychodynamique, du psychiatre et psychanalyste Winnicott sur le sujet. Il a en effet introduit le concept d'objet transitionnel symbolisé par le doudou de l'enfant et a construit une théorie du développement en lien avec ce concept. Le doudou de l'enfant, première possession « non-moi », objet créé en même temps que trouvé se distingue des objets extérieurs car l'enfant s'y reconnaît plus qu'il ne s'y confronte. Ce doudou assure pour ce petit enfant une fonction de réassurance, de lien de permanence entre ce qui est là et ce qui n'est plus là, la mère en particulier. La « mère suffisamment bonne » (l'expression est de Winnicott) crée tout d'abord par une adaptation presque complète l'illusion de l'omnipotence du bébé, mais en différant ses réponses, en augmentant l'espace entre elle et le bébé, « en l'abandonnant », elle l'insécurise. Le doudou prend alors sa place pour l'enfant car il cherche à survivre à ce va-et-vient des pulsions d'amour et haine que suscite cette présence/absence de la mère. Par sa chaleur affective et le plaisir de manipulation qu'il procure, le doudou permet une expérimentation progressive de l'indépendance :

« L'espace potentiel ne se constitue qu'en relation avec un sentiment de confiance de la part du bébé » (Winnicott, 2002, p. 186).

Il se crée quelque chose entre le pouce et le doudou, entre l'enfant et sa mère, entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui est soi et ce qui n'est pas soi. Le jeu est ainsi l'espace intermédiaire où se négocie pour l'enfant l'acceptation de la réalité. Il représente une zone entre le moi et les objets externes, une « aire intermédiaire d'expérience » (Winnicott, 1969, p. 171). Cet espace potentiel est le lieu de création du moi et reste actif tout au long de l'existence, dans les fantasmes, dans le jeu, dans la vie culturelle :

« La place où se situe l'expérience culturelle est l'espace potentiel entre un individu et son environnement (originellement l'objet). On peut en dire autant du jeu. L'expérience culturelle commence avec un mode de vie créatif qui se manifeste d'abord dans le jeu » (Winnicott, 2002, p. 20).

On peut même avec certains auteurs renverser la perspective en considérant que toutes les activités sociales sont une forme de jeu. La vie de l'être humain peut être considérée comme un jeu avec des règles et de la chance, de la compétition et de la réussite, des échecs aussi, de l'incertitude, des communautés, etc. Comme tous les autres domaines de la vie humaine, on peut ainsi considérer la pratique religieuse. Harari professeur d'histoire à l'Université hébraïque de Jérusalem déclare dans *The Guardian* :

« Qu'est-ce qu'une religion, sinon un grand jeu de réalité virtuelle joué par des millions de personnes ensemble ? Les religions telles que l'islam et le christianisme inventent des lois imaginaires, comme “ne mange pas de porc”, “répète les mêmes prières un certain nombre de fois par jour”, “ne fais pas l'amour avec quelqu'un de ton propre sexe” et ainsi de suite. Ces lois n'existent que dans l'imagination humaine. Aucune loi naturelle n'exige la répétition de formules magiques, et aucune loi naturelle n'interdit l'homosexualité ou la consommation de porc. Les musulmans et les chrétiens traversent la vie en essayant de gagner des points dans leur jeu de réalité virtuelle préféré. Si vous priez tous les jours, vous obtenez des points. Si vous oubliez de prier, vous perdez des points. Si, à la fin de votre vie, vous avez gagné suffisamment de points, vous allez au prochain niveau du jeu après votre mort - il s'appelle le paradis » (Harari, 2018).

Nous prenons cette analyse sur le ton de l'humour, mais elle nous semble une illustration caricaturale de cette idée de jeu permanent que la vie peut représenter. Il est possible dès lors d'analyser les différentes activités sociales par la philosophie du jeu. Selon Huizinga (1988) :

« La vie sociale se manifeste sous des formes supra-biologiques qui lui confèrent une dignité supérieure figurée par les jeux. Dans ces jeux, la communauté exprime son interprétation de la vie et du monde. [...] Pour une grande part souvent, l'élément ludique se trouve absorbé dans la sphère sacrée, il s'est cristallisé en sagesse et en poésie, dans la vie juridique, dans les formes de la vie politique. D'habitude, la qualité ludique est alors entièrement dissimulée dans les phénomènes de la culture. De tout temps, néanmoins, l'impulsion ludique peut à nouveau se faire valoir dans sa plénitude – même dans les formes d'une culture très évoluée – et entraîner l'individu comme la masse dans l'ivresse d'un jeu gigantesque » (pp.74-75).

Ce que met en lumière ce jeu de chamboule-tout où le jeu devient le fondement de tout ce qui est proprement humain, c'est la part d'illusion que comporte l'appréhension de notre environnement, tout le travail de l'imaginaire à l'œuvre dans ce que nous croyons être le réel. Nous réorganisons, réinterprétons, recalculons nos données partielles, fragiles, partiales issues de notre appréhension de l'environnement pour y donner une cohérence, un ordre, un sens. Selon Babeau (2018), dans son ouvrage *Éloge de l'hypocrisie* :

« *Illusio*, a pour racine latine *includere*, se livrer à un jeu. L'illusion est une forme de jeu. La plus forte, la plus commune sans doute. Elle nous permet de jouer dans une réalité virtuelle bien avant que les technologies n'inventent les masques immersifs. Car cette réalité virtuelle se confond avec le monde dans lequel nous vivons » (Babeau, 2018, p. 71).

Il y a une manière de jouer propre à l'être humain, que se soit dans la genèse du jeu comme dans son développement. L'imaginaire de l'être humain, sa vie sociale et le développement de la culture qui est la sienne sont issus, si l'on suit les auteurs cités, de ce jeu qui a permis à l'enfant de composer avec l'absence et le manque.

S'il est essentiel au développement de l'enfant, si certains voient dans le jeu la matrice de la vie sociale, dans la perspective d'apprentissage dans le cadre de la faculté, le jeu a-t-il cependant sa place ? Doit-il faire partie des dispositifs pédagogiques proposés aux étudiants ? Est-il sérieux de préparer des gens à une vie professionnelle en jouant ? Le jeu ne s'oppose-t-il pas au travail ?

Le débat ici entamé a trait aux « pédagogies actives ». Pour répondre à ces questions, faisons donc la liste de ce qui oppose jeu et travail, en écho à nos développements liminaires. Premièrement le travail est spécifique à l'être humain et le différencie des autres animaux, ce qui n'est pas le cas du jeu qui est commun aux êtres humains et aux animaux. Deuxièmement

dans le jeu, il n'y a pas d'obligation, pas de production autre que le plaisir. Dans le travail au contraire, les productions sont évaluées, contrôlées. Troisièmement dans le jeu on est libre, alors que par le travail on subit une série de contraintes. Enfin le premier est gratuit dans son essence. Le second au contraire (du moins dans une société industrielle) est voué à la rentabilité. D'où, chez certains pédagogues une réticence à employer le jeu dans les apprentissages de l'enfant. Selon Célestin Freinet (1960) : « baser toute une pédagogie sur le jeu, c'est admettre implicitement que le travail est impuissant à assurer l'éducation des jeunes générations » (p. 218).

Freinet distingue le « jeu-travail » et le « travail-jeu ». Il prône ce dernier comme un travail qui apporte autant de satisfaction que le jeu. À l'opposé, le « jeu-travail », ou jeu dit « éducatif », est un montage, une « stratégie » pédagogique élaborée par l'adulte, comme un « leurre », ce qui est moins vertueux sur le plan éducatif. On peut cependant reconnaître qu'il existe un parallèle entre le jeu et le travail à la fois chez l'enfant et chez l'adulte. La motivation et le plaisir qu'on trouve dans le jeu ne sont pas forcément exclus du travail, loin de là. Comme dans le travail, jouer c'est se donner une tâche à accomplir et se fatiguer, se forcer parfois. Dans le jeu comme dans le travail, l'individu mobilise ses facultés physiques, intellectuelles et morales. Dans le jeu, il y a une forme de devoir, on se donne un programme : le jeu nécessite de la rigueur car il est basé sur des règles et un ordre. Le joueur souvent tient une place dans une équipe et se trouve ainsi intégré à un groupe social, ce que l'on retrouve éminemment dans le travail. Enfin le rôle du maître, du meneur de jeu, est essentiel : il permet au joueur d'effectuer un transfert entre la situation de jeu et les situations de travail lors de l'analyse du jeu. D'où la possibilité de parler de jeux sérieux, de par les habiletés mises en œuvre mais aussi de par les vertus qu'il requiert et développe. Au delà, le jeu, par le plaisir qu'il procure, l'exigence de persévérer, la discipline qu'il exige, la collaboration qu'il permet peut se ranger au rang des dispositifs d'enseignement et d'apprentissage de vertus et par là même de l'éthique.

Nous avons employé pour la seconde fois le terme de « maître » depuis le commencement de cette discussion. C'est un terme encore employé dans les facultés de médecine. À ce sujet un des professeurs interrogés soulignait qu'il rejetait le terme de « faculté de médecine » pour lui préférer celui d'« école », au sens des « *scholae* » nées au Moyen Âge en Occident, caractérisées par le rapport d'un maître à ses élèves. Quand on parle de « maître », il s'agit ici

du *magister*, celui qui permet l'« augmentation » de soi (*magis*) et non pas du « *dominus* », qui adopte une position autoritariste et toute puissante. Le terme d'éducation qui étymologiquement signifie tirer de l'individu ce qui est en puissance en lui (*ex-ducere*) renvoie à la même logique. Cela entre pleinement dans cette approche de l'éthique des vertus où l'élève découvre la joie et la sagesse du maître qui apparaît comme un modèle, que l'élève veut « imiter » et à qui il voudra ressembler au terme de son initiation. On pourrait faire ici la critique d'un modèle « gentiment » paternaliste, qui sous prétexte de découverte et d'initiation est en fin de compte un conservatisme bon teint. On ne pourra jamais faire taire les idéologues qui analysent toutes les relations sociales sous le prisme d'un rapport de classe et qui sous prétexte de pourchasser les dominants jettent la suspicion sur les mots de transmission, d'autorité et de maître. Nous ne croyons pas que l'être humain s'invente, sinon au sens où il découvre en lui des potentialités déjà présentes en germes et qu'accompagnent des éducateurs bienveillants, limités certes mais respectueux des choix des sujets. Il nous semble qu'il faut se méfier des pédagogues qui sous des discours extrêmement libéraux prônent une dictature de la pensée qui se donne l'allure de la science, jetant l'opprobre sur toute critique au prétexte qu'elle va contre un progrès des mœurs et des sociétés, définis comme tel par eux, cherchant finalement à justifier leurs conduites. Dans le domaine médical les discussions éthiques sur des sujets sensibles sur le plan sociétal semblent devenues impossibles au risque de remettre en cause un pacte social basé là encore sur un ultralibéralisme des mœurs et des échanges économiques, où finalement domine la loi du marché, qui est celle du plus fort, et les lobbys. Il ne semble pas étonnant que, privés de débats de fond sur les enjeux profonds de leur futur métier, les étudiants désertent les cours magistraux d'éthique et se contentent de technicité biomédicale, renforcés en cela jusqu'à présent par le format des ECNi. Ce n'est pas le cas cependant de tous les étudiants et certains font des cursus parallèles en éthique pour étancher leur soif de sens et de compréhension et ils apprennent dans ce cadre à développer des relations de partenariat avec les patients. Le film de Kurosawa *Barberousse* (Kurosawa, 1965, 185') est à ce titre une illustration de grande qualité de ce passage de l'orgueil que peut engendrer la science à l'humilité que nous apprennent les patients eux-mêmes. L'histoire, située en 1830 à Edo, a pour personnage central Yasumoto, interne brillant et promis à un bel avenir, envoyé pourtant dans le dispensaire d'un quartier pauvre de la ville. Il y découvre la mort, la souffrance et la misère sociale. Il y contemple aussi la compassion et le dévouement

total d'un médecin à ses patients, engagé dans la lutte contre l'ignorance et l'injustice. Il apparaît que ce sont les patients qui enseignent à l'étudiant et que Barberousse, le maître, apprend à son élève à écouter les patients qui apparaissent comme les enseignants. Le film est un modèle d'attention aux sentiments qui se dessinent sur les visages grâce à un travail sur la lumière souligné par le fait qu'il soit en noir et blanc. L'humilité, la justice et la compassion nous renvoient à l'apprentissage des vertus médicales. Le modèle ici dépeint est celui de l'apprentissage au lit des patients sous l'œil bienveillant du maître, qui est le modèle habituel en médecine.

Après avoir donné une définition du jeu chez l'enfant et abordé la genèse du jeu avec Winnicott, nous avons vu que le jeu peut être une clé de lecture générale de l'existence des individus et des sociétés et qu'il peut être rattaché au travail, et donc à la formation d'étudiants à des tâches professionnelles. La simulation relève d'une forme spécifique du jeu, on l'a dit, celle du jeu-mimicry, de l'imitation. Intéressons-nous maintenant à la dimension psychologique du jeu de rôle sur un versant plus psychodynamique. Dans le jeu de rôle apparaît la notion au sens large de mime, d'imitation. Très vite l'enfant mime les rôles de ceux qui l'entourent. Il y a là une dynamique d'autoapprentissage et d'apprentissage entre pairs où parfois l'adulte aussi est sollicité, comme dans le jeu de la marchande. On peut définir l'imitation en psychologie du développement comme :

« un comportement [...] par lequel l'enfant acquiert le langage, fait l'apprentissage des techniques et des règles sociales par ces jeux de rôles » (Morfaux & Lefranc, 2011b).

Grâce à l'imitation des scènes du quotidien (on pense aux jeux de la dînette, du maternage de la poupée ou bien du pompier, du policier et des voleurs), l'enfant s'identifie dans rêve un éveillé à ses figures parentales, au maître et à la maîtresse d'école, à des figures de puissance, d'autorité ou de tendresse... L'identification est en soi :

« un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification » (Laplanche & Pontalis, 1967, cité par Missonnier, 2009, p. 6).

Au sujet de l'identification et de la projection, Missonnier (2009) précise :

« C'est le sens centripète le plus fréquent : le sujet capte à l'extérieur sur un autre et ramène à lui, c'est de l'import. Mais il y a aussi un sens possiblement centrifuge : le sujet identifie sa personne propre à un autre, c'est de l'export. Mais observons, sans attendre en nous fiant à notre expérience quotidienne et clinique, que le plus fréquent, c'est l'import-export simultané : le réciproque » (Missonnier, 2009, p. 7).

Imitation et identification vont de pair, l'imitation étant le medium permettant l'identification. L'imitation comme support de l'identification est ainsi une activité créative qui joue un rôle déterminant dans la construction du psychisme de l'être humain. Parmi les jeux de rôle de l'enfance, il peut être tout particulièrement éclairant pour notre sujet de s'intéresser au « jeu du docteur ». À travers la description de ces mouvements pulsionnels à l'œuvre dans ces identifications nous souhaitons faire apparaître la richesse certes, mais encore la complexité et le caractère ambivalent voire ambigu des mouvements psychiques de l'individu humain. Le psychiatre et psychanalyste-Israël (2007) a invité des enfants en 1960 à dessiner leurs jeux du docteur et du patient et à les faire commenter leurs dessins. Pour l'auteur, les enfants dans ces jeux endossent trois fonctions : paternelle, maternelle et sexuelle. S'ils procèdent par imitation de ce qu'ils ont observé de l'adulte en situation de soin, inconsciemment à travers ces jeux ils rejouent les conflits qui traversent leur développement psychique, opposition entre « toute puissance » et « castration », entre « désir » et « interdit », ambivalence entre l'« amour » et la « haine ». Selon Israël, dans « Le jeu du docteur et la relation médecin-malade », dans *Le médecin face au désir* :

« Le jeu est la répétition d'une situation traumatisante (le médecin qui fait des piqûres par exemple). De par cette répétition, la situation perd sa charge d'angoisse et l'enfant en acquiert la maîtrise. Le jeu a ici une fonction comparable aux rêves répétitifs qui suivent une situation traumatique : accidents, deuil, etc., et qui en désaffectent progressivement le souvenir. Jeu d'imitation ayant pour but de maîtriser une situation pénible et de s'attribuer certains pouvoirs, le jeu du docteur confronte l'enfant avec une série de rôles : paternel, maternel et sexuel, qu'il continuera à rencontrer au cours de son existence » (Israël, 2007, pp. 53-55).

Articulons les dimensions psychologiques et behavioristes. On peut se poser la question de savoir combien d'enfants qui ont joué au docteur sont devenus médecins ? Dans cette position faite à la fois d'autorité et de puissance, d'empathie et de contrainte, de bienveillance et de cruauté sadique, combien ont-ils découvert une vocation ? Selon Israël :

« Ce n'est peut-être pas l'endroit d'analyser pourquoi ce désir de puissance se développe chez le médecin, mais une chose est certaine, c'est l'existence de ce désir. Le médecin va passer pour puissant, puissant par la connaissance, par la personnalité, par la fortune, par le pouvoir. Nous verrons aussi que ce désir englobe la puissance sexuelle. Cette puissance est, bien entendu, orientée dans le sens de l'efficacité pour le malade, mais, inconsciemment peut-être, le médecin attire-t-il une satisfaction narcissique de l'exercice de cette puissance. Au point d'en vouloir au malade qui désobéit, ou qui ne guérit pas comme il le faudrait » (Israël, 2007, p. 56).

On se rappelle de la tirade de Monsieur Purgon, médecin de son état, à la scène V du troisième acte du *Malade imaginaire* de Molière, parce qu'Argan n'avait pas pris son clystère :

« C'est une action exorbitante. Un attentat énorme contre la médecine. Un crime de lèse-faculté, qui ne se peut assez punir » (Molière, 2013, III, V).

Il en va du médecin et il en va aussi du patient. Ce jeu sexuel inconscient où se mêlent le rapprochement des corps, l'effeuillement des habits, la régression en position allongée, la confiance intime, innerve la relation entre le patient-enfant et ce médecin qui sait tout et à qui on peut tout avouer si on est en confiance. Selon Israël (2007) dans *Le médecin face au désir* :

« Tout ceci n'est pas exprimé, mais cette dialectique de la demande et de la réponse, du don revendiqué et obtenu, sous-tend en sourdine un grand nombre de rencontres malade-médecin, celles-là surtout où justement le médecin ne voit rien, ne trouve rien à son malade, où il est tenté de dire : "Vous n'avez rien", alors que précisément, le malade a quelque chose, mais ce n'est qu'un désir, et le symptôme offert aux médecins n'est pas symptôme de lésion, mais de désir » (Israël, 2007, p. 58).

On peut penser ici aux jeux ambigus de Sandrine Bonnaire et Fabrice Lucchini dans le film *Confessions trop intimes* (Leconte, 2004, 104') où un fiscaliste va faire, à la suite d'une erreur de porte, l'expérience du transfert et du contre transfert entre le psychiatre et la patiente.

Essentiel au développement de l'enfant, le jeu relève de cet espace psychique créé par l'absence des figures parentales, ce qui a eu pour effet de développer chez lui l'imaginaire et, partant, la culture. Le jeu est le miroir de la vie jusqu'à s'inverser si bien que la vie de l'être humain apparaît comme un jeu social. L'apprentissage des rôles dans la société procède par imitation et par identification. Le jeu du docteur est paradigmatique du jeu de rôle. Il sert par

l'imitation de figures d'autorité à activer les conflits pulsionnels sur un mode acceptable socialement. Il permet de symboliser les affects contradictoires qui nous traversent à l'égard de nos figures parentales. Il annonce l'histoire qui se joue pour chaque individu et chaque société entre la vie et la mort et qui se résout par l'illusion de la survie, celle de l'âme, celle de la patrie, de la nation, de l'espèce. Selon Israël (2007) dans *Le jeu du docteur et la relation médecin-malade* :

« Que reste-t-il enfin chez l'adulte de cette fonction sexuelle si évidente dans le jeu du docteur ? C'est peut-être elle qui est conservée le plus intégralement. Ce qui chez l'enfant était curiosité sexuelle et admiration envieuse de l'homme-qui-sait tourne chez l'adulte à la mystification, entretenue d'ailleurs par le médecin [...] Pour de nombreux adultes, le médecin est grand connaisseur ès-sexe » (Israël, 2007, p. 60).

La sexualité condense la complexité humaine, relevant de l'animalité comme véhicule de la transmission de l'espèce et aussi expression de l'amour, à la fois sentiment humain et acte de volonté. Le plaisir y a une place majeure et le jeu y est de mise. Les passions qui y sont mêlées peuvent mettre à mal les choix que l'individu s'est proposé comme la construction d'une relation durable et l'intégration de sa libido à un projet de vie. La vertu a trouvé là dans l'imaginaire populaire son zénith et sa caricature. Le jeu est ainsi intimement lié à l'apprentissage de la vie de la personne en société et au cœur des fins les plus hautes qu'elle poursuit.

L'espace délimité par le jeu est source de créativité pour le sujet. Il lui permet de se construire et de rejouer les conflits psychiques internes qui le traversent par identification et projection. Offrir aux apprenants un espace de jeu au moyen du dispositif pédagogique de la simulation, c'est leur permettre de travailler sur eux-mêmes et leur donner la possibilité de prendre conscience des tensions qui les habite. Le dispositif pédagogique de la simulation nous paraît l'outil adéquat pour la formation des personnes humaines, aux différents âges de la vie et à différentes étapes de leurs parcours. En outre, sur un autre plan, puisqu'on apprend par imitation, la simulation est la possibilité d'un apprentissage des rôles sociaux et professionnels, non seulement des « savoir-faire », mais également des « savoir-être ». Un des éléments importants mis en lumière par Caillois est le plaisir qui est inhérent au jeu. C'est même l'élément essentiel dans la motivation à jouer. Dans une perspective de l'éthique des

vertus attachée à la finalité on doit donc interroger cette dynamique. Relève-t-elle d'une attitude vertueuse ?

14.2. Plaisir et humour dans le jeu

Le jeu permet le plaisir comme élément de motivation et l'humour comme élément de facilitation des apprentissages. Le but que nous visons est l'apprentissage d'un agir éthique grâce au dispositif pédagogique de la simulation. À ce stade, il nous paraît important de souligner que, dans une perspective à la fois anthropologique et éthologique, le jeu est susceptible d'enrichir le répertoire comportemental de l'être humain et même à terme pourrait lui permettre de modifier son environnement social. Ce sont en tout cas des pistes que nous suggère la lecture des anthropologues et des éthologues. En tant que psychologue, attaché à l'éthique des vertus, nous sommes concernés par les motivations des apprenants, leurs manifestations sensibles, susceptibles de guider l'éducateur dans sa tâche pédagogique, afin qu'il puisse élaborer les « ruses pédagogiques », pour reprendre l'expression de Rousseau dans l'Émile, ruses qui autonomisent l'apprenant. C'est tout l'art du détour, du « faire en ne faisant pas », cher aux pédagogies actives. En ce sens, la ludification n'est pas une manière d'offrir du bon temps aux étudiants ni de les attirer par une réclame facile « ici on s'amuse ! ». Le plaisir n'est pas d'abord ici tiré du divertissement ou de l'amusement que pourrait susciter une saynète. On n'est pas dans un théâtre de boulevard, fût-il de l'hôpital. La simulation permet de retrouver des éléments fondamentaux des processus d'apprentissage individuels des étudiants, et cela s'est fait pour les enfants qu'ils ont été dans le plaisir du jeu. Comme tout être humain, les étudiants ont appris en se déguisant, peut-être en se prenant pour un médecin ou une infirmière, en « jouant au docteur », sans connotation graveleuse, mais en pointant bien qu'il y a là un jeu avec la maladie et la mort pour aborder les choses sérieuses de la vie. D'autre part la simulation favorise un apprentissage social. On peut apprendre en observant ses pairs, décrypter au plein sens du mot les gestes et les postures qui relèvent par exemple du langage non-verbal. Se rendre compte de tous ces éléments présents incidemment dans l'échange et l'interaction, suscite le plaisir de la découverte et de l'apprentissage. Ainsi, dans l'exemple du langage non verbal, en étant attentif à ces éléments de communication, on accède à un autre niveau de sens et de signification, on fait émerger ce qui relève du subconscient. Des bras croisés, un flot incessant de paroles, des mouvements de main comme

des moulinets qui battent l'air nous donnent des indications précieuses sur la vie interne du sujet pour autant qu'on les accueille sans jugement. C'est le travail du psychologue, dans sa compréhension d'autrui, de ne pas se limiter au contenu explicité par le sujet. Le plaisir peut même surgir de façon inattendue dans des situations dramatiques. Lors d'une séance de théâtre-forum dans lequel la simulation s'appuie sur des saynètes caricaturales, une étudiante de psychologie devait jouer une patiente devant un amphithéâtre rassemblant des étudiants de médecine et des étudiants infirmiers. On lui annonçait froidement un cancer de l'ovaire à un stade avancé métastatique qui nécessitait selon le praticien une chimiothérapie très agressive au stade expérimental dans son service. Cette scène terrible que l'étudiante redoutait et qu'elle craignait de jouer se révéla « une super expérience » selon ses termes. Il se trouve qu'après avoir été malmenée par des étudiants de médecine peu compatissants, une étudiante infirmière s'intéressa à son personnage, la questionnant pour savoir si elle avait des enfants et ce qu'elle ressentait à cette annonce. Finalement malgré l'annonce du pire son personnage expérimenta une voie d'humanité, de liaison au monde des vivants, une écoute compatissante et ce fut une source de joie. Ces enseignements sauront être mis à profit dans la séance de simulation dont le but est bien le développement d'un agir éthique vertueux, dont le plaisir qu'on nommera joie n'est jamais absent. Le jeu, bien compris, ne saurait donc se départir du plaisir qui nous permet de nous engager pleinement dans la tâche et de nous montrer acteur des apprentissages qui nous sont proposés.

Comme le notent des auteurs dans un article à paraître sur la simulation :

« Toute situation clinique simulée (ou non) induit une ou plusieurs émotions chez l'apprenant : il y a donc un apprentissage émotionnel fort dans ce contexte, à la fois par l'impact positif des émotions sur l'apprentissage et par le développement de compétences émotionnelles. Concernant l'impact des émotions sur l'apprentissage, certains auteurs se sont astreints à classifier les émotions avec notamment un groupe d'émotions qualifiées d'épistémiques, c'est-à-dire impliquées dans la connaissance. Ce sont les émotions comme l'intérêt, la surprise, la confusion, l'émerveillement, ou l'admiration. L'intérêt est une émotion épistémique centrale car sa fonction est de motiver l'exploration de la nouveauté et l'apprentissage (par opposition à l'anxiété, par exemple). Ainsi pour déclencher l'intérêt, il faut augmenter à la fois la nouveauté, la complexité et la compréhension.» (Galland, 2020, p.4)

En outre, le plaisir est à relier à la vertu en ce qu'il permet d'introduire un apprentissage dynamique non délié de la pulsion de vie qui anime tout un chacun. En effet, lorsqu'un apprenant joue une scène, il éprouve du plaisir à faire semblant. Ce contentement nous ramène au caractère ambivalent, voire mystérieux, de la notion de jeu qui résiste aux entreprises de classification par trop rigides, car, par nature, le jeu est ouvert à l'inventivité de ceux qui décident d'y prendre part. L'intensité éprouvée joue le rôle de catalyseur des apprentissages dans les situations qui y sont expérimentées. On comprend par là même que la simulation relève du jeu sérieux. C'est un jeu car on est là dans l'imitation (le *mimicry*) ; sérieux car le plaisir est tiré de l'apprentissage.

À côté du plaisir d'apprendre présent en séance, un autre phénomène se manifeste, l'humour. L'humour est un outil plastique qui permet de faire passer un message sensible, en amenant du « jeu » au sens d'espace, de distance et d'imaginaire. Le ressort de l'humour, expérience psychique singulière, comme le soulignait déjà Kant, l'articulant au « sérieux », a été décrit par Freud dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (1930) :

« Les variétés de l'humour sont extraordinairement nombreuses, selon la nature de l'émoi affectif qui est économisé pour produire l'humour : pitié, douleur, attendrissement, etc. » (Freud, 1930, p. 360).

L'humour permet ainsi d'après Freud une économie de mouvements psychiques. On ne se perd pas dans les sentiments, on précipite l'atmosphère d'une situation en rassemblant des éléments épars, comme « volants » entre les psychismes présents. La satisfaction qui en est retirée est proprement le plaisir qui jaillit de cette pratique de l'humour. Selon Mahnes (2008), l'humour est un plaisir que l'esprit prend à son propre jeu. En effet en exergue et incipit de son article il écrit :

« L'humour consiste à retourner l'esprit de sérieux, ce contexte général de devenir adulte, contre lui-même. Il est en ce sens une condition de l'esprit scientifique » (p. 1).

Il poursuit :

« Le gain de plaisir inattendu qu'ajoute le sens de l'humour à la plaisanterie défie tous les contextes et tous les caractères : il n'est pas de front si austère que la puissance d'un sourire ne peut déridier. C'est une étrange manifestation de la vie psychique que ce triomphe d'une positivité là où on attendait son contraire, que cette légèreté qui naît d'un jeu du psychisme

avec les forces dont il est constitué. Il arrive que l'esprit transforme ainsi les traumatismes du monde et l'humiliation des circonstances en occasion de plaisir "pur". La disposition à prendre à la légère ce qui est grave, à tourner en dérision une situation qui pourtant nous affecte ne soustrait cependant pas à l'attention consciente le contenu pénible de la réalité : il y a plaisir "malgré tout"» (p. 1).

Dans les pires situations, l'humour introduit du jeu au sens mécanique, c'est-à-dire qu'il peut permettre le déblocage d'une situation, nous permet d'inventer de nouvelles conduites tout en nous préservant psychiquement. On peut penser à l'humour anglais, cette forme d'humour qui permet de relativiser le dramatique d'une situation par un trait d'esprit. Dans sa dimension d'apprentissage social, le jeu revêt la facette, du moins chez l'être humain, de l'humour qui peut apparaître comme une capacité à se connaître soi-même authentiquement (avoir de l'humour sur soi) et à interpeller les autres avec justesse et bienveillance (faire preuve d'humour). Selon les mots de Bernard Shaw : « Si vous voulez dire aux autres la vérité, dites-le avec humour sinon ils vous tueront » (Ludlam, 2006). En outre on dira de quelqu'un qu'il est mauvais joueur s'il n'accepte pas de perdre et donc d'avouer sa faiblesse. Mais on se sentira mal à l'aise lorsque la méchanceté et la bêtise prennent prétexte du rire pour blesser et mépriser. Il convient de distinguer différents niveaux et leviers permis par l'humour. Nous convoquons ici de nouveau le champ de la psychanalyse.

La Chose selon Lacan, c'est « ce qui du réel pâtit du signifiant » (Lacan, 1986, p.150), c'est à dire cette part d'indicible, d'indescriptible, d'inatteignable, qui échappe au langage. Ce que cherche à dévoiler l'art par exemple. Il joue comme on l'a dit le rôle d'outil de communication et permet de véhiculer une idée sans heurter la personne, en instaurant du jeu, de l'espace qui permet à l'interlocuteur d'ajuster son comportement. Par exemple, si nous disons à un étudiant : « *Vous arrivez tout le temps en retard* », nous installons un ton qui ne laisse pas beaucoup de choix à l'autre. Soit il accepte la remarque au prix d'une blessure narcissique, soit il la refuse et le conflit s'installe. En revanche, si nous disons : « *Vous êtes synchronisé avec l'heure de New York ?* », nous engageons un jeu avec les représentations imaginaires. Ce décalage qu'on a introduit vis-à-vis de la réalité permet de prendre une certaine distance avec l'événement perturbateur. Ici donc par « jeu », on entend le jeu entre deux pièces qui leur permettent de bouger et qui permettent à l'outil de fonctionner. Lorsque les rouages sont figés, le moteur est en panne. L'humour est à la fois l'huile et le liant qui

laisse la possibilité à l'autre de répondre dans cet espace intermédiaire dessiné par la remarque et le ton qui la porte, comme si ce n'était pas directement lui qui était visé. Ainsi, l'étudiant peut s'en sortir sans être blessé même si bien sûr, et c'est là tout l'intérêt pour l'enseignant, il sait que le message s'adresse bien à lui. L'enseignant fait « comme s'il était énervé qu'il soit en retard » et l'étudiant en retour fait « comme s'il s'excusait ». Le « comme si » amène à laisser les affects de colère, de frustration et de honte de côté. La remarque humoristique permet d'installer une sorte de jeu de rôle, avec la distance *ad hoc* pour que le message puisse être pris de manière ludique et non sans plaisir. Nous reprenons ici des idées développées par l'un de nos étudiants, Colin qui a travaillé la question de l'humour (Colin & Vivès, 2020).

L'humour n'empêche pas le sérieux. Il appelle une forme de souplesse face aux circonstances de la vie. L'attitude humoristique suppose une certaine « latitude », pour reprendre le titre de l'article de Dubois (2008), « Latitude humoristique ». Il écrit :

« Pouvoir considérer l'infinie dérision des limites de l'humain, la relativité de la communication, les pièges de l'inconscient, l'inadéquation de la pensée et de l'action, de l'écart entre le moi et le monde, le singulier et l'universel, peut permettre de ne pas recevoir de plein fouet ce qu'on s'est toujours défendu de vouloir voir avec lucidité » (p. 22).

En outre, selon Dubois (2008) :

« L'idée du monde comme théâtre, du vécu comme un rôle, celle du garçon de café de Sartre, dont on ne sait s'il joue à être garçon de café, sont potentiellement des ressorts de la distanciation humoristique. Jouer le jeu de la vie, de la comédie humaine, permet de réévaluer à leur juste valeur certaines futilités ou dérisions démesurément investies, et inversement. Et mieux vaut pouvoir en rire ! » (p. 26).

Si l'on regarde plus spécifiquement le dispositif de simulation, l'humour est tantôt un mécanisme de défense face à l'angoisse, tantôt une voie de dégageant adroite et constructive dans la relation. Utilisé comme mécanisme de défense, je me décale pour me protéger de l'angoisse en faisant basculer toute la scène dans l'espace de jeu imaginaire : « *Tout cela n'est pas vraiment réel ! Je ne le prends pas au sérieux* ». Le sujet essaie ici de trouver un équilibre dans la situation inconfortable, entre implication réelle et désinvolture. On se souvient de cet étudiant confronté à une tentative de suicide simulée. Toujours comme mécanisme de défense

il peut être aussi arboré dans une perspective de séduction du public et de l'animateur. On se rappelle dans ce sens que le Dct. S. revendiquait dans sa communication cette part de ruse joyeuse : « Il faut même qu'il soit amoureux de toi presque le patient. C'est presque de la séduction que tu fais sans le faire malicieusement » disait-il. L'humour peut être aussi la preuve d'un repli sur soi dans le cas du cynisme ou permettre de défier l'autorité de manière subtile dans le cas de l'ironie. C'était l'attitude de cette cadre d'un IFSI face sa directrice dans un exercice simulé de transmission d'informations lors d'une relève de garde. Mais l'humour peut aussi démontrer la flexibilité psychique comme dans le cas de l'autodérision. Dans les débriefings qui suivent les jeux de rôle des médecins seniors ou des directeurs par exemple, il est important de ne pas être sentencieux ni docte mais de procéder dans ses remarques avec des précautions oratoires et de saisir toute occasion de faire rire à un moment ou à un autre le groupe. Un des directeurs avait comparé les échanges dans la cellule de crise à des tortues qui se multiplient lors du *hotwash* rapporté dans la partie des résultats. L'animateur reprend alors : « *d'accord, ça c'est l'image qu'on va garder l'histoire des tortues qui se multiplient* », redoublant les rires. Cela permet de se rendre compte qu'on peut être sérieux, rigoureux dans le travail sans se prendre au sérieux, ce qu'en soi les professionnels savent bien mais ils se réservent souvent leurs plaisanteries entre collègues occupant les mêmes fonctions, les médecins entre eux, les directeurs entre eux.

L'humour permet de faire se rassembler les personnes, de faire office de briseur de glace, comme un bon repas facilite le dialogue et l'échange. L'humour favorise ainsi la convivialité. Considérée comme une vertu, la convivialité est prônée par un auteur comme Illich qui développe une pensée critique à l'égard du système de société dans lequel nous évoluons :

« J'entends par convivialité l'inverse de la productivité industrielle. Chacun de nous se définit par sa relation à autrui et au milieu et par la structure profonde des outils qu'il utilise. Ces outils peuvent se ranger en une série continue avec, aux deux extrêmes, l'outil dominant et l'outil convivial. Le passage de la productivité à la convivialité est le passage de la répétition du manque à la spontanéité du don » (Illich, cité par Paquot, 2012, Vocabulaire, §20.).

Et encore :

« Une société conviviale est une société qui donne à l'homme la possibilité d'exercer l'action la plus autonome et la plus créative, à l'aide d'outils

moins contrôlables par autrui. La productivité se conjugue en termes d'avoir, la convivialité en termes d'être » (Illich, cité par Paquot, 2012, Vocabulaire, §21).

Rendre les séances de simulation conviviales grâce à l'humour en particulier, c'est favoriser l'autonomie de l'apprenant, encourager sa créativité et œuvrer dans le sens d'une société meilleure. Il ne s'agit donc pas de coter une compétence, de remplir une grille de critère pour être « productif », « efficient », dans une perspective réductionniste et rationaliste immédiate. La convivialité rejoint les vertus du « don » et du « partage ». Faire preuve d'humour est particulièrement utile dans les séances de simulation pluriprofessionnelles. En effet, les éducateurs sont des modèles de rôle en simulation non seulement par leur attitude vis-à-vis des étudiants mais encore par la qualité des rapports qu'ils établissent entre eux. En contexte de la formation, et d'ailleurs en contexte professionnel aussi, il n'est jamais simple de faire travailler ensemble des professeurs de médecine, des praticiens hospitaliers et des cadres formateurs d'écoles de santé. Il peut s'ensuivre des incompréhensions en raison des champs de référence différents qui sont les leurs car leurs logiques de travail sont dissemblables. Lorsqu'on leur demande de collaborer en simulation, les divergences de point de vue se retrouvent. Par exemple, un cadre formateur sera très centré sur les référentiels qu'il comprend en termes de « programme » alors qu'un praticien hospitalier partira avant tout de sa pratique : les grilles de lecture et les attendus ne sont pas les mêmes. Le psychologue, grâce à l'humour, a ici encore un rôle à jouer : il peut être là aussi pour aider au dialogue dans la mesure où le psychologue n'est ni membre du corps médical ni personnel paramédical.

À présent, nous souhaitons faire apparaître la richesse, non sans complexité ni ambiguïté des mouvements psychiques de l'individu humain qu'il permet d'accompagner. Pour ce faire, nous allons mobiliser des ressources appartenant à des champs pluriels des sciences humaines. En effet le dispositif de la simulation est en lui-même surdéterminé, il offre de nombreuses pistes à explorer selon le point de vue que l'on adopte sur lui et l'aspect que l'on souhaite travailler avec les apprenants. Il permet de mettre au travail des réalités profondes de la personne, il vient interroger en particulier la formation de l'identité du sujet.

14.3. Le jeu au regard de l'approche phénoménologique et anthropologique de la quête d'identité

Dans la simulation comme jeu de rôle il s'agit de devenir soi-même, un sujet critique et autonome. Dans son essai déjà cité intitulé *Les jeux et les hommes*, Roger Caillois (2015), qui discute les définitions données par Huizinga (1988) dans son *Homo ludens*, met en avant la part de mystère que recèle le jeu. Le mystère est par définition ce qui est obscur, caché, inconnu au non-initié, car inexplicable et énigmatique, et qui peut même demeurer incompréhensible. Ce terme est issu des grands rites antiques, des religions « à mystère », comme les rites orphiques, souvent purificateurs, magiques, dont les initiés juraient de ne rien révéler. Roger Caillois (2015) écrit :

« Tout ce qui est mystère ou simulacre par nature, est proche du jeu : encore faut-il que la part de la fiction et du divertissement l'emporte, c'est-à-dire que le mystère ne soit pas révéré et que le simulacre ne soit pas début ou signe de métamorphose et de possession » (p. 34).

On retrouve dans le mystère le *muthos* partagé avec la fiction que contient le mythe. Dans le dispositif pédagogique de la simulation, lorsqu'une séance est bien menée, les étudiants qui s'impliquent apprennent quelque chose sur eux-mêmes. On en a des témoignages dans les situations rapportées dans la partie précédente. On se souvient du témoignage des internes d'hématologie comme de ces étudiants au sortir d'une séance qui disaient avoir retrouvé le sens de leur engagement dans les études de médecine. On touche ici la « chose » cachée qui se dévoile au terme du rite initiatique. C'est en cela que le jeu est mystère. Il nous dévoile des capacités qui nous étaient cachées, des potentialités méconnues. Nous apprenons quelque chose sur nous-mêmes comme dans les mystères grecs et le rite d'Apollon dont la devise était : « Connais-toi toi-même ». Dans le jeu, nous jouons avec nous-mêmes, avec tout notre être, pour devenir nous-mêmes.

L'apprentissage, par définition, suppose un mouvement d'un point de départ à un point d'arrivée qui n'est pas pure translation, une progression (du latin *progredior*), mais encore un développement de possibilités enfouies. Les compagnons disent qu'en taillant la pierre, en lui donnant sa forme, en la polissant, c'est le compagnon qui est attaqué par le ciseau, modelé, transformé. On raconte à ce sujet qu'un enfant revoyant le bloc de pierre des semaines après demanda au sculpteur « comment savais-tu qu'il y avait un lion à l'intérieur ? » La mise en

situation par la simulation ne développe pas seulement des habiletés fruits d'une répétition du geste et des réflexes, elle développe une capacité d'agir. L'acte lui-même en simulation est le fruit d'un ressenti et d'une réflexion en situation, une négociation dans l'instant, un arbitrage qui tient compte des circonstances toujours fluctuantes, quand bien même la « mise en situation » propose une réalité reconstituée pour la cause. Il y a dans cette équation à la fois la présence des ressentis au niveau corporel, doublés des émotions qui renvoient à l'appréhension de divers biens pouvant satisfaire des besoins, auxquels il faut ajouter des sentiments, témoins de décisions qui ont engagé plus profondément l'individu au cours du temps, sans oublier le travail de la raison en éveil. Damasio (cité par Grandguillaume & Piroux, 1999), propose une topique rassemblant ces divers mouvements :

« [Damasio] se propose de comprendre comment les individus s'avancent dans la pleine lumière de la conscience, en examinant les circonstances biologiques et émotionnelles qui permettent la transition cruciale de l'état d'insu à l'état de connaissance, et ceci en prenant pour toile de fond le sentiment même de soi, partie indispensable de l'esprit conscient. Pour comprendre ce processus fluctuant, le neuropsychologue affine la conceptualisation du soi pour les notions de "proto soi" (le soi le plus primaire, inconscient et qui s'inscrit dans tout le corps de façon dynamique grâce aux structures cérébrales vitales et anciennes au niveau phylogénétique), de "soi central" (en simplifiant : le soi ressenti actuel "ici et maintenant") et de "soi autobiographique" (le soi passé et futur, enrichi de toute la perspective individuelle et factuelle) » (pp. 2-3).

Il est très important de faire droit à toutes les instances de la personne humaine, et c'est ce que ce schéma de la prise de décision propose avant tout. Il faut pour être plus complet bien souligner la dimension sociale de l'agir humain, en termes d'échange et de culture :

« Ainsi, grâce à la richesse de l'imagination humaine, le scénario de la vie de chaque individu s'écrit en versions multiples, tout en s'accordant constamment dans l'ombre avec la sélection qui convient le mieux à un soi unique et unifié. Grâce au sentiment même de soi, le soi et la subjectivité prennent forme au contact de l'objet. Ces sentiments s'enrichissent avec l'échange, l'expérience et la culture, mais ils s'enracinent toujours profondément dans le corps biologique et se développent donc toujours sous ses auspices » (Grandguillaume & Piroux, 1999, p. 3).

Dans une séance de simulation, l'apprenant peut se forger une capacité à la fois à juger, à apprécier et à élaborer sa réflexion, en fonction des situations, en vue de l'agir. Ce sont des

potentialités méconnues de lui qui lui sont ainsi révélées mais qui ne demandaient qu'à être activées. M. L., l'interne d'hématologie, ne savait pas si son engagement empreint de compassion auprès des patients était licite. Il ressort rassuré et conforté de la séance, ayant mis des mots désormais sur ces mouvements psychiques et capable d'en discerner les limites. Une fois la séance achevée, les potentialités des apprenants se nourriront désormais à la fois de leur pratique clinique autoanalysée avec un esprit critique et d'autres temps de formation, en particulier des temps de formation par compagnonnage. Ce point nous permet de faire le lien avec l'idée de « vertu morale », conçue comme produit d'une répétition d'actes de qualité telle que nous l'avions exposé dans le premier temps de notre réflexion en nous appuyant sur les travaux de Pinckaers. Formé par la simulation, à force de pratiquer, l'apprenant s'améliore non seulement d'un point de vue technique, mais encore d'un point de vue éthique.

Dans le souci d'analyser cet apprentissage, il nous semble maintenant utile d'avoir recours à une approche phénoménologique. Pour mieux comprendre cette dynamique interne à l'œuvre chez l'apprenant nous proposons en effet de développer une phénoménologie de l'acteur, de celui qui joue un rôle lors d'une mise en situation. Le terme « phénoménologie » est composé des termes grecs « *phainomenon* » et « *logos* ». Étymologiquement, le « phénomène » signifie « ce qui se montre », « ce qui apparaît » et « ce qui se manifeste ». Ce terme de « phénomène » demeure ambigu car il tient à la fois de l'objet et du sujet et il est délicat de distinguer ce qui appartient à l'objet en propre de ce qui relève de l'interprétation du sujet, source de connaissance, d'illusion ou d'erreur. Le passage à la phénoménologie, au sens où l'entend la philosophie contemporaine, repose sur un changement complet d'orientation. Au lieu de se tourner vers les choses, on analyse le sens qu'elles ont pour nous. On accède alors à des vérités qui peuvent être toujours tenues pour nécessaires. On découvre, par exemple, qu'un être humain doit avoir un passé et un futur, ou bien que tout objet matériel perceptible a des faces et des aspects autres que ceux qui se présentent à un moment donné. C'est le fameux exemple du cube utilisé Merleau-Ponty que l'on peut également entendre métaphoriquement, et qui pose la question d'une saisie immédiate par la conscience de l'unité du cube alors que l'on ne voit jamais les six faces égales quand bien même il serait en verre (Merleau-Ponty, 1945, p. 245).

L'art est une voie privilégiée pour atteindre la vérité comprise comme dévoilement, en grec, *alétheia*. Pour Heidegger, l'œuvre d'art est une puissance qui ouvre et « installe un monde »

(Heidegger, 2014). L'artiste n'a pas une claire conscience de ce qu'il veut faire, seul le « tout fera l'œuvre ». L'œuvre d'art n'est pas un outil, elle n'est pas une simple représentation mais la manifestation de la vérité profonde d'une chose. C'est ce que souligne Blay qui, dans son *Dictionnaire des concepts philosophiques*, à l'entrée « Phénoménologie », commentant la philosophie de Heidegger, écrit :

« Ainsi du temple grec qui met en place un monde et révèle une terre, le matériau qui la constitue, un lieu où elle s'impose (la colline pour le temple), et le fondement secret, voilé et oublié de toute chose » (Heidegger cité par Blay, 2008, p. 617).

Cette approche nous renvoie au mystère dévoilé sur la scène que nous avons évoqué plus haut. Au Moyen Âge, les pièces jouées devant les cathédrales s'appelaient d'ailleurs des mystères. Au travers de la convention du spectacle, c'est la vérité même du « *Dasein* » qui est révélée, celle de « l'être jeté dans le monde ». Le théâtre nous révèle qui est le sujet. Ces éléments font écho à la lecture métaphysique et existentielle de l'enseignement que nous entendons défendre en lien avec l'éthique des vertus. De la tension avec la lecture pragmatique des grilles de compétence jaillit toute la richesse de la surprise vis-à-vis du jaillissement de l'événement. N'est-ce pas le rôle de l'enseignant de demeurer toujours à l'écoute et de garder intact sa capacité à s'émerveiller ? Ce que nous allons chercher à comprendre ici c'est le dialogue interne au sujet, à savoir celui que tient l'étudiant avec le rôle qu'on lui a attribué dans la mise en situation. On joue avec soi-même et en jouant on advient en tant que sujet au sens fort du terme, conscient de qui on est et de ses possibilités.

Notre travail sur le dispositif de la simulation nous conduit à nous interroger sur les apparences et la dimension existentielle du jeu avec celles-ci, avant même la construction sociale de nos identités. Qu'est-ce qui est premier ? Sur quel fondement ontologique nos existences se déploient-elles ? À la suite de Heidegger, l'œuvre de la phénoménologie a été de déconstruire la philosophie et les représentations de l'Être, de l'être humain et du monde qui en sont issues : pour sortir de l'oubli de l'être, il faut essayer de le penser autrement. Dans la pensée phénoménologique, l'idée d'être humain comme sujet, comme identité à soi, comme volonté autonome, est une illusion selon la tradition dont hérite Heidegger par Schopenhauer. Ce qui est, c'est l'Être et l'être humain n'est que l'être-là de l'Être c'est-à-dire une forme de sa présence, mais c'est une forme qui le cache. Le « Je » de l'être humain à la fois éprouve

des états, possède des qualités et mène des actions. À chaque fois que la réflexion découvre une action, celle-ci est rapportée à ce « Je », cet ego. Mais « *l'ego n'est rien en dehors de la totalité concrète des actions et des états qu'il supporte* », comme le souligne Sartre (1936) dans *La Transcendance de l'ego* (Sartre, cité par Kulich et Huneman, 1997).

Ainsi, dans notre dessein de penser l'identité personnelle, la phénoménologie nous permet d'aborder la question du sujet à partir de l'intersubjectivité constitutive. En effet, selon cette approche, le sujet est la synthèse des formes où la subjectivité s'élabore. La psychiatrie s'est saisie de ces analyses pour les appliquer au champ médical. Il s'agit du courant de la phénoménologie psychiatrique ou *Daseinsanalyse*. S'appuyant sur Tatossian, le Professeur émérite de psychiatrie niçois Pringuey (2017) a déclaré dans son allocution intitulée *La thérapie de l'identité dans les schizophrénies : depuis la subjectivité selon Arthur Tatossian, une proposition inspirée de Alfred Kraus et de Bin Kimura* :

« Tatossian, dans sa distinction entre Sujet et subjectivité, assigne au Sujet la synthèse des formes où la subjectivité s'élabore, s'exprime et où elle s'aliène, formes telles le Moi, la conscience, l'intériorité psychique, formes qui toutes cependant en procèdent. La subjectivité est ce qui permet le Sujet. Si elle constitue le temps, l'espace, le corps et l'autre, elle est aussi constituée par le temps comme présent vivant, par l'espace comme lieu commun, par le corps comme chair, par l'autre en tant qu'altérité ».

La sensibilité aux multiples facettes du patient conçu et perçu comme sujet d'une part, la complexité du « je » qui est un autre, qui est contradictoire et somme d'expérience tout à la fois d'autre part, cela ne peut s'apprendre qu'en l'expérimentant en soi-même et pour soi-même. La lecture de *La métamorphose* de Kafka, ou bien de l'œuvre d'Antonin Artaud ou encore de celle de James Joyce, peuvent introduire l'étudiant au regard sur l'étrangeté de soi, de sa perception du monde et, par là même, nous ouvrir à la singularité du patient, son imperméabilité si on peut s'exprimer ainsi, notre incapacité à le « com-prendre », *cum-prehendere* en latin, prendre avec, et par là-même à l'expliquer au sens premier qui est de déplier. L'enjeu est de se percevoir soi-même pour être capable un jour de percevoir l'autre. Il y a des séances de simulation où on peut toucher les « caractères » des sujets, à savoir leur trait distinctif, leur originalité, leur personnalité. Par exemple, on va faire réagir un anesthésiste à l'entrée d'un parent livide et mutique dans le box de réanimation de son enfant et on lira dans les yeux du praticien la détresse et le malaise. Ce praticien peut bredouiller

alors que tout va bien, qu'il ne faut pas s'inquiéter. On perçoit alors qu'il sent qu'il est allé trop loin, qu'il s'est trop avancé sur les séquelles possibles chez l'enfant et que cela redouble son mal-être. C'est fugace, c'est quasiment imperceptible, une légère inflexion du ton de la voix, un regard qui fuit quelques millièmes de seconde. Les professionnels aguerris viennent chercher ces retours, ces moments d'explicitation pour améliorer leur prise en charge des situations critiques. C'est cela aussi qu'on peut travailler dès les premières années avec les étudiants. Pour nous l'éducation à la vertu est une connaissance de soi en situation, un apprentissage pour faire avec soi-même, avec ses traits de caractère, qui sont les lignes de force héritées de notre éducation et de notre parcours de vie, notre style de réaction dans une recherche de ce qui est le mieux pour soi et le patient. C'est l'accomplissement en situation de ce souhait d'une vie accomplie avec et pour les autres dans des institutions justes selon la formule de Ricœur (1990, p. 202). Agir, c'est justement s'empêcher de réagir, c'est relier la raison à notre épiderme, en se rappelant que l'ectoderme, la couche extérieure de l'embryon, est à l'origine à la fois de l'épiderme et de tout le système nerveux central et périphérique.

Cette approche a tout son intérêt pour le psychologue qui développe une réflexion sur le dispositif pédagogique de la simulation et qui s'intéresse aux sujets singuliers. Elle a le mérite de faire apparaître l'intrication des niveaux d'explicitation et de sens pour une approche globale des personnes par définition complexes et toujours uniques, car « sujets » au sens phénoménologique du terme. Or, le dispositif de la simulation repose sur des mises en situation qui peuvent être analysées comme telles puisque les apprenants improvisent à partir du script qui leur est donné. Tout n'est pas écrit. Cette situation nous renvoie au jeu des acteurs de théâtre. Nous y reviendrons. Pour l'instant revenons à notre réflexion sur le jeu en analysant les dimensions ici à l'œuvre sans perdre de vue l'approche phénoménologique.

Pour le psychiatre Bin Kimura, cité par Dominique Pringuey, le soi advient dans la dialectique entre le moi et le non-moi. Chaque existence, pour s'instituer individuellement, a besoin impérativement du fondement de l'« entre » intersubjectif. Cette institution est produite par le truchement d'une dialectique de différenciation où le moi se pose en posant le non-moi, ce qui est l'acte fondateur du soi. Selon Pringuey (2017) :

« Ce processus est indissociable d'un voir spécifique, ressenti atmosphérique de l'autre, sorte de résonance avec autrui au sein de la constitution du Soi-même, révélant au plus profond de chaque sujet la

liaison entre l'activité autonome de l'individu et sa participation constante au fond de la Vie, soit l'accomplissement de la spontanéité universelle » (p. 24).

Nous trouvons ici une description de l'expérience de soi qui, confronté à l'autre qui n'est pas soi, se découvre à soi-même. Grâce à son écoute silencieuse, en suivant la marche de la pensée du patient, le psychologue fait l'expérience de cet étrange ballet qui fait qu'en écoutant l'autre on s'écoute soi-même, en résonance avec ses propres réactions, ressentis, agitations, colères, souvenirs. Parce que l'autre n'est pas moi, il me révèle à moi-même. Dans la relation clinique, cela prend la forme de cette attention tout à la fois à soi et par ricochet à l'autre, tout en ayant pour origine une attention à l'autre. Ce va-et-vient est constant, ou du moins possible, et pour nous le bienvenu. On se met à l'école de l'autre : il sait beaucoup sur lui alors que nous ne savons rien de lui; il a tout à nous enseigner sur lui. L'autre dans son discours réveille en moi des impressions, des circulations de pensée, des associations d'idée. Je m'éveille à moi-même dans ce dialogue. C'est alors que je peux, à partir de ces ressentis, de ces bouffées de vie et de mort percevoir quelque chose de ce qu'il vit et entrer ainsi en résonance avec lui. On retrouve là dans une autre approche ce que nous avons exprimé sur l'empathie émotionnelle, cette forme de connaissance de l'autre à partir de soi. Dans la simulation on peut être touché aux larmes par une situation que l'on joue ou à laquelle on assiste, comme cette femme médecin jouant dans une mise en situation la fille d'une dame à qui on annonçait avec délicatesse qu'on ne réanimerait pas sa mère, ou bien cette mère qui finit par avouer que si elle ne voulait pas quitter la maison malgré son AVC, c'était pour protéger ses enfants de la violence de leur père. Devenir éthique dans son agir de médecin, c'est apprendre la faiblesse, la fragilité et l'acceptation de soi. C'est apprendre à être humble finalement alors qu'on fait un métier hors du commun.

Ces développements nous permettent de défendre un idéal du médecin, attentif à autrui, acceptant ses émotions et celles de son interlocuteur. À ce titre, la comparaison que nous esquissons avec le théâtre prend tout son sens. Dans l'univers du théâtre, s'instaure pour le comédien l'assomption d'un personnage plus grand que soi. De même pour le professionnel de santé, pris entre l'idéal du soignant et d'autres parties de soi, la tension est permanente. Tout cet être est en mouvement. Nous reviendrons plus loin sur la question de l'idéal du comédien comme de celui du médecin. Attachons-nous pour l'heure à la question de l'identité

du sujet, qui n'est pas fixe mais dynamique dans cette aventure qui consiste à advenir soi-même ; c'est le regard optimiste que porte l'éthique des vertus sur l'être humain, à savoir que la personne n'est jamais achevée, qu'elle peut évoluer et qu'elle se construit dans le temps. En nous appuyant sur le courant de la phénoménologie psychiatrique (*Daseinsanalyse*), nous allons pouvoir mieux appréhender la structure dialogique de l'identité du sujet.

L'identité du sujet est constituée de deux pôles. Le sujet est une relation entre ce qu'on peut appeler à la suite de Kraus un « ego objet » et un « ego sujet » (Géraud, 2019). On rejoint ici la « théorie sociale de l'identité » inspirée de George Herbert Mead (Joas, 2007) qui distingue entre les deux composantes du « soi », à savoir d'une part le « moi » ou l'intériorisation des rôles sociaux et d'autre part le « je » comme créativité individuelle. Selon Géraud (2019) dans son article sur *La contribution de la pensée d'Alfred Kraus à l'étude phénoménologique des troubles bipolaires* :

« L'identité est multiple. Il existe un ego sujet (*Subjektiv*) et un ego objet (*Objektiv*) (la traduction de *ich* par ego est voulue par le Pr Kraus). Le premier est l'élément moteur et libre, désirant, fluant, celui du projet, du désir, de l'ouverture à l'avenir, de la créativité et de la perspective (performances égoïques) ; l'ego objet est du côté de l'identification, de la réification, de l'ordre, de la fixation, de la détermination de rôle. L'ego objet est l'ego qui est constitué par identification avec des représentants d'identité définis, comme par exemple des valeurs et des rôles précis, mais qui est dépassé par un ego sujet spontané, qui se projette de manière toujours nouvelle et qui décide sans cesse librement » (p. 154).

La dialectique interne du sujet dans l'agir est permanente entre le rôle attendu socialement et sa part d'initiative, d'aspiration ou d'élan, qu'on se place plus dans une perspective de liberté finalisée à un objet externe dans le mouvement d'aspiration ou qu'on considère davantage le moteur interne que constitue la raison et la volonté dans la dynamique de l'élan. La personne est le fruit de cette négociation permanente et c'est là que les dilemmes éthiques se font jour. Selon Géraud (2009), articulant « *Befindlichkeit* » et « *Geworfenheit* » :

« En tant qu'ego objet, je suis aussi toujours ma condition (*Befindlichkeit*), la situation dans laquelle je suis né et dans laquelle je vis, au sens, par exemple, de mon être corporel (corps, disposition héréditaire, etc.), de ma nationalité, de l'endroit où j'habite et de mon domicile, de ma propriété, etc. – je suis mon être-jeté (*Geworfenheit*) » (p. 155).

L'identité est ainsi constituée d'un moi comme objet, référent au passé, aux habitudes, à la position sociale et aux rôles dans la société. Il se définit par et pour autrui. D'autre part l'ego-sujet spontané se projette toujours de manière nouvelle, décide librement, prend position et réagit. Ainsi, selon Pringuey (2009) :

« Leur relation est fondée sur une "négation interne" : l'objet [le même] joint à l'autre soumet le sujet [l'unique] au contrôle de l'autre dans ses actes, ses désirs et ses pensées, mais l'objet [le même] est continuellement dépassé par le sujet [sa créativité spontanée] vers une nouvelle identité fruit de la brisure temporelle entre un passé (jeté) – et un possible (projet) » (p. 12).

L'être humain ne peut former un « soi » qu'en assumant des rôles sociaux, en s'identifiant à eux. D'autre part, le soi ne se réduit pas à l'identification, à une somme de rôles. L'être humain est toujours plus et autre chose que simplement ce rôle-ci ou ce rôle-là. Ne serait-ce pas une piste pour comprendre la réticence de certains à jouer leur propre rôle lors des simulations ? Le jeu de rôle constitue-t-il chez eux une menace pour l'identité ? Dans sa vie psychique, l'individu n'est pas seulement menacé par une identité diffuse et instable, mais aussi par la rigidité de son identité, par une sclérose de celle-ci. La personne dépressive est caractérisée par une formation identitaire « suridentifiée ». La prévalence va chez elle à l'ego-objet. Géraud cité Kraus (1977) dans *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver* :

« Le sujet est identifié de façon excessive, suridentifié, avec des représentants d'identité propres à l'ego-objet, par exemple avec certains ordres temporels et locaux accoutumés, avec l'entourage, avec des valeurs et des idéaux précis (comme la solidarité, la sincérité, la propreté, l'exactitude), avec des attitudes d'alliance symbiotique avec les autres pouvant aller jusqu'au sacrifice. Il y a, notamment, une suridentification avec les rôles sociaux qui se manifeste, entre autres choses, non seulement par une grande dépendance au maintien des rôles sociaux, mais aussi par des styles de comportement hypernomique : c'est la "tentation d'une fuite dans le rôle au sens d'une identification sans distance" » (Géraud, 2009, p. 157).

Ces sujets sont rigides, attachés à une norme, comme un substitut identitaire pour faire face à ce déficit de désir et de liberté. C'est ce que nous avons vu lorsque nous avons évoqué le cas de l'infirmier de l'équipe de réanimation pédiatrique qui avait refusé de participer au jeu de rôle et avait marqué une position de repli voire d'hostilité vis-à-vis de ce qui lui était proposé.

En termes psychologiques, on pourrait même évoquer un négativisme. Son refus de jouer le jeu trahissait un manque d'appétence et possiblement un état dépressif.

Chez les personnes dépressives ou mélancoliques, est-ce que le travail, de même que les autres rôles qu'ils occupent dans la sphère affective (conjoint, parent, etc.), fait office d'identité propre ? Si tel était bien le cas, leur structuration dépressive se manifesterait alors au décours de la séance de simulation. Cela peut aussi rappeler la construction en faux self de l'enfant chez Winnicott dans son œuvre intitulée *Processus de maturation chez l'enfant*, où l'enfant cherche inconsciemment à correspondre à l'image que la mère attend de lui, mère elle-même structurée en *faux-self* et ayant tous les attributs extérieurs de la bonne mère (Winnicott, 1970, p. 218). La conséquence serait alors potentiellement préjudiciable pour l'économie psychique de ces sujets hypertoniques puisqu'ils seraient mis en difficulté en devant introduire du jeu, de l'espace, du Je-sujet dans ce cadre de travail. Il serait intéressant d'ailleurs dans de prochaines recherches de faire des liens entre ces comportements et les structures décrites sous la dénomination de « psychose blanche » ou de « psychose ordinaire » par la psychanalyse (Green, 2003 ; Laurent, 2007).

Lors des séances de simulation, en lien avec l'éthologie du jeu et l'éthique des vertus, un travail d'observation de ces attitudes peut donner des résultats féconds. Formés à repérer ces symptômes, les animateurs peuvent alors reprendre en individuel ce qui s'est passé au cours de la séance au niveau des attitudes (refus, critiques, ironie grinçante, etc.). Il s'agit d'interroger la personne avec tact sur son désir, son projet personnel, sa dynamique, tout ce qui devrait constituer son ego-sujet et l'aider à prendre conscience qu'elle est en souffrance, qu'un travail sur soi serait bienvenu. Il ne s'agit pas de faire des séances de simulation des groupes thérapeutiques ; on se propose ici de faire réfléchir les individus sur eux-mêmes, laissant à la charge de leur capacité d'*insight*, c'est-à-dire de prise de conscience et d'autoréflexivité, de les faire se mettre en mouvement. Pour illustrer le propos, même si l'on n'était pas dans le cadre de la simulation, un épisode peut illustrer les capacités d'un individu à s'apercevoir de l'incongruité de ses attitudes et de son inadaptation à une situation. Dans une équipe d'un hôpital de jour de psychiatrie, une infirmière, travaillant depuis des années dans le service, avait été régulièrement surprise en train de se servir dans l'armoire à pharmacie. Elle faisait en effet usage de psychotropes et elle se comportait mal avec les patients, enfreignant les règles du service. Cette situation connue de tous les laissait cependant

interdits du fait de ses antécédents et de sa problématique personnelle. Une réunion faite à la demande des agents, en présence d'une personne extérieure, un psychologue en l'occurrence qui ignorait tout de la situation, permit à l'infirmière de lâcher à demi-mot son mal être et sa souffrance. Se mettant en arrêt maladie, elle quitta définitivement le service et partit en retraite. Elle savait qu'elle n'était plus à sa place au milieu des patients mais il fallait ce temps de parole collective pour qu'elle puisse avoir le courage d'arrêter sa fuite en avant. Le temps du débriefing, qui est un temps d'analyse des situations complexes, peut être un temps de condensation, de cristallisation des pensées, un temps où, individuellement et collectivement, des choix éthiques sont pris et envisagés au regard de l'activité professionnelle. La formation à l'éthique apparaît comme un tout, où au travers d'une mise en situation, les parcours de vie professionnelle de chacun sont remis sur le travail, pensés à frais nouveaux, questionnés et discutés.

L'agir vertueux a deux caractéristiques. Premièrement, il correspond à l'action la plus adaptée dans le contexte précis. C'est ce qu'on traduit en éthique des vertus par le concept d'« accomplissement d'une action bonne ». L'individu établit une balance entre les bénéfices et les risques en fonction de la fin poursuivie, bénéfices et risques aussi bien du côté de soi comme de l'autre dans la relation. Ce jugement en situation ne se réduit pas à la vertu de prudence, il est présent dans tout acte vertueux. Par exemple, lors d'une agression aux urgences, un médecin urgentiste sera capable de prendre sur lui alors qu'il est attaqué sur sa couleur de peau et ses origines familiales et culturelles, faisant preuve de force et de professionnalisme, en faisant passer le bien du patient avant la défense de son honneur. Ce professionnalisme traduit un engagement envers l'autre, toute personne humaine au nom de cette commune humanité partagée, envers qui il a pris l'engagement de la soigner en toutes circonstances. Fondamentalement, cela ressort de la vertu de justice qui revient à rendre à chacun ce qui lui revient, et au premier chef procurer au malade le soin. Des attaques de ce type peuvent relever du trouble de la personnalité chez un patient psychotique en phase de crise, ou bien d'un excès de colère chez une personne extrêmement anxieuse qui a perdu ses moyens et saura dans l'après-coup s'excuser. Dans ce cas, le médecin saura juger et laisser passer l'orage. Cela relève de la prudence et de la force. Mais chez certains patients cette attitude peut avoir pour origine une idéologie xénophobe et raciste et il s'agit alors de ne pas

avoir peur de recadrer de tels propos et de porter plainte immédiatement. C'est faire preuve de courage et de justice.

L'autre caractéristique de l'agir vertueux est de rendre bon celui qui l'accomplit. Non seulement l'action est bonne mais la personne qui l'accomplit grandit en humanité. Ce courage acquis va développer cet habitus qui permet d'acquérir un plus grand sens du bien de l'autre, une plus grande joie à vivre sa mission. Un médecin comme Irène Frachon, déjà citée, qui dans sa pratique de pneumologue a observé des affections liées à un médicament aux effets secondaires dévastateurs, le « Médiator », et s'est dressée contre des intérêts croisés financiers et carriéristes, incarne une figure de médecin vertueux, qui se consacre à la santé de ses patients, qui est capable de mettre en cause son existence entière pour défendre des victimes. Ce développement de la personne dans son humanité est ce que nous cherchons aussi à favoriser dans l'enseignement et l'apprentissage de la médecine, et de l'éthique médicale en premier lieu. Entre le rôle qu'il revient au médecin d'endosser et la personne de l'étudiant au commencement de ce long cycle de formation il y a une tension qui peut s'avérer féconde. Cela pose la question de la manière dont nous articulons notre identité-sujet et notre identité-objet.

Synthétisons notre pensée. Décrire l'émergence d'une personnalité, d'une identité professionnelle n'est pas chose simple. Nous avons vu avec Roger Caillois, dans son analyse du jeu-*mimicry*, et avec les travaux des éthologues que le jeu repose sur des conventions et des règles, des apparences, mais aussi sur l'imitation de nos congénères où l'on forge des personnages à partir d'un « comme si ». Ayant recours aux développements de la phénoménologie il nous est apparu que de la rencontre avec l'autre émerge le moi du sujet, fruit de cette interaction. En même temps en situation cette identité se noue à la rencontre entre l'Ego-objet et l'Ego-sujet, entre le rôle endossé et le jaillissement de la créativité. Le dispositif pédagogique de la simulation, avec ses mises en situation, revêt une dimension théâtrale certaine. Il est intéressant maintenant, nous semble-t-il, d'aller scruter l'expérience des comédiens pour mieux appréhender cette constitution de l'identité qui prend la forme de la construction d'un personnage. Cela nous permettra aussi d'aborder sous un nouvel angle la place des émotions dans la formation des étudiants de médecine dans le cadre de la simulation.

14.4. Jeu et simulation : l'acteur et le comédien.

Quelles sont les leçons que nous donne le théâtre et l'émergence du personnage chez le comédien pour comprendre le processus d'apprentissage en jeu dans la simulation ? Parmi les questions que cette intrusion dans le monde du théâtre va nous permettre d'éclairer, il y a celle de la place de l'empathie. A-t-on raison de jouer sur cette corde sensible dans la formation ? La question est d'interroger ces deux modalités de l'empathie que nous avons mises en évidence dans les pratiques et le discours des médecins. Quelle place donner à l'empathie cognitive, cette capacité à repérer les émotions du patient ? Si nous tenons un rôle auprès du patient, celui de l'écouter compréhensif, l'empathie cognitive n'est-elle pas suffisante ? En allant sur le terrain de l'émotion ne prend-on pas le risque de s'épuiser comme un comédien qui ne pourrait achever sa saison de représentations ? Une autre série de questions tourne autour des rapports entre le rôle, le personnage et la personnalité. Quand le jeu en simulation permet l'émergence du sujet, est-ce du même ordre que le personnage du théâtre qui sort des planches ? Quelles sont les différences entre ce rôle social du médecin et le rôle de l'artiste en représentation ?

Le Paradoxe sur le comédien est un essai sur le théâtre rédigé sous forme de dialogue par Diderot entre 1773 et 1777 et publié à titre posthume en 1830. Nous en citerons de larges extraits tant ce texte nous paraît éclairant pour notre propos. La thèse fondamentale que Diderot défend est que le comédien véritable est celui qui est vide de toute émotion. C'est le paradoxe : moins on sent, plus on fait sentir. Il y a en effet selon lui deux sortes de jeux d'acteurs : jouer d'âme, qui consiste à jouer à partir de ses propres émotions et jouer d'intelligence, qui repose sur la composition d'un rôle par l'artiste et consiste à jouer sans ressentir. Diderot déclare:

« Mais le point important, sur lequel nous avons des opinions tout à fait opposées, votre auteur et moi, ce sont les qualités premières d'un grand comédien. Moi, je lui veux beaucoup de jugement ; il me faut dans cet homme un spectateur froid et tranquille ; j'en exige, par conséquent, de la pénétration et nulle sensibilité, l'art de tout imiter, ou, ce qui revient au même, une égale aptitude à toutes sortes de caractères et de rôles » (Diderot, 1830, p. 5).

« C'est une glace toujours disposée à montrer les objets et à les montrer avec la même précision, la même force et la même vérité » (Diderot, 1830, p. 6).

Être comédien, c'est un travail, un métier, une discipline, des exercices maintes fois répétés, une absolue rigueur qui ne laisse pas plus de place sur scène à l'improvisation qu'à la sensibilité. Selon Diderot (1830) :

« Ce tremblement de la voix, ces mots suspendus, ces sons étouffés ou traînés, ce frémissement des membres, ce vacillement des genoux, ces évanouissements, ces fureurs, pure imitation, leçon recordée d'avance, grimace pathétique, singerie sublime dont l'acteur garde le souvenir longtemps après l'avoir étudiée, dont il avait la conscience présente au moment où il l'exécutait, qui lui laisse, heureusement pour le poète, pour le spectateur et pour lui, toute la liberté de son esprit, et qui ne lui ôte, ainsi que les autres exercices que la force du corps. Le socque ou le cothurne déposé, sa voix est éteinte, il éprouve une extrême fatigue, il va changer de linge ou se coucher ; mais il ne lui reste ni trouble, ni douleur, ni mélancolie, ni affaissement d'âme » (p. 9).

La valeur de l'artiste se mesure donc aux années d'études et d'application, à l'œuvre patiemment composée et toujours sur l'ouvrage. Selon Diderot (1830) :

« Celui que la nature a signé comédien, n'excelle dans son art que quand la longue expérience est acquise, lorsque la fougue des passions est tombée, lorsque la tête est calme, et que l'âme se possède » (p. 14).

Il fait en particulier référence à une actrice célèbre en son temps, La Clairon qui interpréta nombre de grands rôles dans des pièces écrites par des auteurs connus (nommés poètes au temps de Diderot). Il tient qu'habite en elle comme un modèle idéal du personnage qu'elle joue, semblable à un grand fantôme qui la hante et qu'elle a construit. Diderot (1830) écrit :

« Quel jeu plus parfait que celui de la Clairon ? Cependant suivez-la, étudiez-la, et vous serez convaincu qu'à la sixième représentation elle sait par cœur tous les détails de son jeu comme tous les mots de son rôle. Sans doute elle s'est fait un modèle auquel elle a d'abord cherché à se conformer, sans doute elle a conçu ce modèle le plus haut, le plus grand, le plus parfait qu'il lui a été possible ; mais ce modèle qu'elle a emprunté de l'histoire, ou que son imagination a créé comme un grand fantôme, ce n'est pas elle, si ce modèle n'était que de sa hauteur, que son action serait faible et petite ! Quand, à force de travail, elle a approché de cette idée le plus près qu'elle a pu, tout est fini, se tenir ferme là, c'est une pure affaire d'exercice et de mémoire » (p. 6).

« Rien n'est plus dans la vérité que cette exclamation de Voltaire, entendant la Clairon dans une de ses pièces : "Est-ce bien moi qui ai fait cela ?" Est-ce que la Clairon en sait plus que Voltaire ? Dans ce moment du moins son modèle idéal, en déclamant, était bien au-delà du modèle idéal que le poète s'était fait en écrivant, mais ce modèle idéal n'était pas elle. Quel était donc son talent ? Celui d'imaginer un grand fantôme et de le copier de génie. Elle imitait le mouvement, les actions, les gestes, toute l'expression d'un être fort au-dessus d'elle » (p. 27).

Pour illustrer cette idée si singulière, Diderot recourt à une image très expressive, celle d'un mannequin qu'animerait le comédien, une sorte de géant habité par cet être rompu à l'art de l'imitation et de l'outrance. Toujours dans le Paradoxe sur le comédien, Diderot (1830) écrit :

« Mon ami, il y a trois modèles, l'homme de la nature, l'homme du poète, l'homme de l'acteur. Celui de la nature est moins grand que celui du poète, et celui-ci moins grand encore que celui du grand comédien, le plus exagéré de tous. Ce dernier monte sur les épaules du précédent, et se renferme dans un grand mannequin d'osier dont il est l'âme ; il meut ce mannequin d'une manière effrayante, même pour le poète qui ne se reconnaît plus, et il nous épouvante » (p. 53).

Ce modèle idéal qui court du texte au comédien et du comédien au spectateur, que nous portons intimement sans pouvoir le dire, l'exprimer, le sentir même, c'est ce que le théâtre, qui n'est que mensonge, illusion, simulation, nous laisse effleurer, entrevoir, toucher si fugacement et nous révèle finalement. C'est le paradoxe du comédien qui n'est jamais plus vrai que lorsqu'il ment et le paradoxe du théâtre qui fait que ces décors de carton-pâte manifestent ce qu'il y a de plus juste et de plus réel. Diderot (1830) écrit à ce sujet :

« Réfléchissez un moment sur ce qu'on appelle au théâtre être vrai. Est-ce y montrer les choses comme elles sont en nature ? Aucunement. Le vrai en ce sens ne serait que le commun. Qu'est-ce donc que le vrai de la scène ? C'est la conformité des actions, des discours, de la figure, de la voix, du mouvement, du geste, avec un modèle idéal imaginé par le poète, et souvent exagéré par le comédien » (p. 12).

Au final, le travail de l'artiste sublime la nature, dépasse le réel et illumine le présent. Selon les mots de Diderot :

« Prenons un art à son origine, la sculpture, par exemple. Elle copia le premier modèle qui se présenta. Elle vit ensuite qu'il y avait des modèles moins imparfaits qu'elle préféra. Elle corrigea les défauts grossiers de ceux-

ci, puis les défauts moins grossiers, jusqu'à ce que, par une longue suite de travaux, elle atteignît une figure qui n'était plus dans la nature » (p. 24).

On dira désormais un Don Juan ou bien une Antigone, non pas seulement parce qu'un auteur a écrit des tirades, mais parce qu'un comédien a écrasé de son interprétation un public, qu'il a jeté les gens comme hors d'eux-mêmes à longueur de représentations, qu'il a créé une transe collective comme celle d'un Louis Jouvet par exemple interprétant à soixante ans un Don Juan cynique et glacé.

Cette référence au modèle idéal renvoie à une quête intérieure du comédien. Ne nous y trompons pas cependant. Quand on emploie le terme d'« idéal », il ne s'agit nullement d'une quête morale. Le comédien a ses motivations profondes qui le poussent à exercer son art et cela relève pour le coup de l'éthique. Ici, quand on parle d'« idéal », on décrit l'idée que l'artiste se fait du personnage qu'il entend dresser devant les yeux du public. Il s'agit d'un art, au sens d'une *techné*, qui peut pousser à l'orgueil quand il est parfaitement maîtrisé, car il trompe tout un chacun en imitant trop bien le réel, la vie. Il y a là un élan, une tension, une attente qui est certainement le moteur profond de son travail, à mettre en relation avec notre vision de l'éthique de la vertu, qui se veut une éthique incarnée et qui appelle un certain type de médecin, empathique. Diderot (1830) écrit dans le *Paradoxe sur le comédien* :

« Vous voyez ce que j'ai fait, répliquait l'artiste haletant au connaisseur émerveillé, mais vous ne voyez pas ce que j'ai là, et ce que je poursuis. » (p. 6).

Les comédiens sont ainsi des êtres qui analysent, épluchent, scrutent, soupèsent, observent leurs contemporains, réalisant comme une cueillette, une collecte des matériaux qu'ils resserviront au public. Ces considérations nous permettent d'étayer l'articulation entre subjectivité et objectivité, l'une n'aboutissant pas à nier l'autre. Diderot (1830) continue :

« Ils saisissent tout ce qui les frappe ; ils en font des recueils. C'est de ces recueils formés en eux, à leur insu, que tant de phénomènes rares passent dans leurs ouvrages » (p. 8).

Le comédien est l'imitateur des êtres traversés par la sensibilité. Ils sont sa nourriture, son objet d'étude et sa curiosité. Selon Diderot (1830) :

« Le grand comédien observe les phénomènes ; l'homme sensible lui sert de modèle, il le médite, et trouve, de réflexion, ce qu'il faut ajouter ou retrancher pour le mieux » (p. 22).

Les comédiens procèdent ainsi par familiarité, imprégnation, imitation :

« Les grands poètes, les grands acteurs, et peut-être en général tous les grands imitateurs de la nature, quels qu'ils soient, doués d'une belle imagination, d'un grand jugement, d'un tact fin, d'un goût très sûr, sont les êtres les moins sensibles (...) Ils sont trop occupés à regarder, à reconnaître et à imiter, pour être vivement affectés au-dedans d'eux-mêmes » (p. 8).

Diderot note qu'il y a une différence marquée entre les passions jouées sur scène et celles vécues par les hommes. Il faut au comédien pousser le trait pour susciter en retour chez le spectateur la compréhension et l'émotion. Diderot (1830) écrit en ce sens :

« C'est que la colère réelle de la Clairon ressemble à de la colère simulée, et que vous avez le discernement juste du masque de cette passion et de sa personne. Les images des passions au théâtre n'en sont donc pas les vraies images, ce n'en sont donc que des portraits outrés, que de grandes caricatures assujetties à des règles de convention » (p. 38).

C'est le rôle d'un professeur de théâtre d'apprendre à ses élèves à enfler la voix, à souligner les traits du visage et à exagérer le caractère de leur personnage. Poursuivons avec Diderot (1830) :

« Sur un théâtre particulier, dans un salon où le spectateur est presque de niveau avec l'acteur, le vrai personnage dramatique vous aurait paru énorme, gigantesque, et au sortir de la représentation vous auriez dit à votre ami confidemment : : "Elle ne réussira pas, elle est outrée" et son succès au théâtre vous aurait étonné. Encore une fois, que ce soit un bien ou un mal, le comédien ne dit rien, ne fait rien dans la société précisément comme sur la scène ; c'est un autre monde » (p. 43).

Diderot (1830) affirme que ce jeu des comédiens se retrouve dans bien des professions, dans bien des états, dans bien des circonstances, où on fait illusion pour atteindre ses fins. Ainsi :

« Il pleure comme un prêtre incrédule qui prêche la Passion ; comme un séducteur aux genoux d'une femme qu'il n'aime pas, mais qu'il veut tromper ; comme un gueux dans la rue ou à la porte d'une église, qui vous injurie lorsqu'il désespère de vous toucher ; ou comme une courtisane qui ne sent rien, mais qui se pâme entre vos bras » (p. 9).

Cette absence d'émotion est la marque des âmes trempées, des destins marqués par le souffle de l'Histoire, des grands hommes selon Diderot (1830). Pour lui :

« La sensibilité n'est guère la qualité d'un grand génie. Un grand génie aimera la justice ; mais il exercera cette vertu sans en recueillir la douceur. Ce n'est pas son cœur, c'est sa tête qui fait tout. À la moindre circonstance inopinée, l'homme sensible la perd ; il ne sera ni un grand roi, ni un grand ministre, ni un grand capitaine, ni un grand avocat, ni un grand médecin » (p. 8).

Cette insensibilité est ce qui distingue les faibles des forts, les esclaves des maîtres, les fous des sages. Toujours dans le *Paradoxe sur le comédien*, Diderot écrit :

« Dans la grande comédie, la comédie du monde, celle à laquelle j'en reviens toujours, toutes les âmes chaudes occupent le théâtre ; tous les hommes de génie sont au parterre. Les premiers s'appellent des fous ; les seconds, qui s'occupent à copier leurs folies, s'appellent des sages » (1830, p. 8).

Dans ce théâtre du monde dominant les comédiens véritables. En effet, selon Diderot (1830) :

« Dans les tribunaux, dans les assemblées, dans tous les lieux où l'on veut se rendre maître des esprits, on feint tantôt la colère, tantôt la crainte, tantôt la pitié, pour amener les autres à ces sentiments divers. Ce que la passion elle-même n'a pu faire, la passion bien imitée l'exécute. Ne dit-on pas dans le monde qu'un homme est un grand comédien ? On n'entend pas par là qu'il sent, mais au contraire qu'il excelle à simuler, bien qu'il ne sente rien : rôle bien plus difficile que celui de l'acteur, car cet homme a de plus à trouver le discours et deux fonctions à faire, celle du poète et du comédien » (p. 56).

Au final, c'est au plus près du pouvoir qu'on trouve les meilleurs, les plus fins et les plus madrés aussi :

« Croit-on que sur la scène l'acteur soit plus profond, soit plus habile à feindre la joie, la tristesse, la sensibilité, l'admiration, la haine, la tendresse, qu'un vieux courtisan ? » (Diderot, 1830, p. 5).

Poussons le raisonnement. Si l'on veut préserver les médecins de tout épuisement émotionnel, les immuniser contre la contagion de la compassion, ne faut-il pas leur apprendre à jouer ces sentiments pour faire illusion, et pour mettre en confiance le patient, à créer une fausse convivialité ? Ne veut-on pas en faire de grands médecins à la manière de ces grands hommes

que vante Diderot ? Il en va de leur protection psychique et de leur santé mentale. Des professeurs de théâtre ne doivent-ils pas leur apprendre les arts de la scène et de la comédie ? Et ce serait là un choix dicté par l'éthique. On se rappelle le souhait du Dct. S. d'enseigner aux étudiants ces techniques lui permettant de retourner les patients les plus récalcitrants.

À l'inverse chez le comédien de théâtre, le jeu d'âme ne peut conduire qu'à la médiocrité selon Diderot. Il tient pour premier argument qu'on ne peut pas répéter l'émotion à volonté, elle s'épuise. De fait faire appel à ses émotions n'est pas sans risque. Par moment, n'est-il peut-être pas nécessaire de faire preuve d'empathie cognitive plutôt que d'empathie émotionnelle ? Les techniques de communication acquises en simulation seront censées donc permettre à l'apprenant de ne pas se brûler tout entier au contact des émotions du patient, et les siennes, et de libérer de l'attention et de la disponibilité pour les besoins de celui-ci dans une situation clinique donnée. Pour Diderot (1830) dans le *Paradoxe sur le comédien* :

« Si le comédien était sensible, de bonne foi lui serait-il permis de jouer deux fois de suite un même rôle avec la même chaleur et le même succès ? Très chaud à la première représentation, il serait épuisé et froid comme un marbre à la troisième » (p. 5).

« Ce qui me confirme dans mon opinion, c'est l'inégalité des acteurs qui jouent d'âme. Ne vous attendez de leur part à aucune unité ; leur jeu est alternativement fort et faible, chaud et froid, plat et sublime » (p. 6).

« Au lieu que le comédien qui jouera de réflexion, d'étude de la nature humaine, d'imitation constante d'après quelque modèle idéal, d'imagination, de mémoire, sera un, le même à toutes les représentations, toujours également parfait : tout a été mesuré, combiné, appris, ordonné dans sa tête ; il n'y a dans sa déclamation ni monotonie, ni dissonance » (p. 6).

C'est bien cette absence de sensibilité qui trace la ligne entre les bons et les mauvais, les comédiens médiocres qui n'auront fait illusion qu'une saison et ceux que le travail froid et austère aura façonné pour en faire des « bêtes de scène ». Le lien peut être fait ici avec la sensibilité morale, la perception émotionnelle. Est-elle finalement si souhaitable ? Diderot (1980) définit ainsi la sensibilité :

« La sensibilité, selon la seule acception qu'on ait donnée jusqu'à présent à ce terme, est, ce me semble, cette disposition compagne de la faiblesse des organes, suite de la mobilité du diaphragme, de la vivacité de l'imagination,

de la délicatesse des nerfs, qui incline à compatir, à frissonner, à admirer, à craindre, à se troubler, à pleurer, à s'évanouir, à secourir, à fuir, à crier, à perdre la raison, à exagérer, à mépriser, à dédaigner, à n'avoir aucune idée précise du vrai, du bon et du beau, à être injuste, à être fou. Multipliez les âmes sensibles, et vous multiplierez en même proportion les bonnes et les mauvaises actions en tout genre, les éloges et les blâmes outrés » (p. 28).

Diderot poursuit :

« J'insiste donc, et je dis : « C'est l'extrême sensibilité qui fait les acteurs médiocres ; c'est la sensibilité médiocre qui fait la multitude des mauvais acteurs ; et c'est le manque absolu de sensibilité qui prépare les acteurs sublimes. Les larmes du comédien descendent de son cerveau ; celles de l'homme sensible montent de son cœur » (p. 9).

Oui, on peut bien le concéder, il y a des comédiens pour certains rôles, qui ne se départiront pas toute leur vie d'une série de personnages tous plus ou moins semblables, comiques ou bilieux, jeunes premiers ou beaux ténébreux. Ils jouent d'âme, un point c'est tout. Ils ne savent faire que ça. Ils ne composent rien, ne créent rien, ne font rien. Ils se contentent d'être eux-mêmes. Voilà les médiocres. Dans le *Paradoxe*, Diderot (1830) écrit ainsi :

« Un moyen sûr de jouer petitement, mesquinement, c'est d'avoir à jouer son propre caractère. Vous êtes un tartuffe, un avare, un misanthrope, vous le jouerez bien, mais vous ne ferez rien de ce que le poète a fait ; car il a fait, lui, le Tartuffe, l'Avare et le Misanthrope » (p. 23).

Le deuxième argument avancé par Diderot pour pointer la médiocrité de ceux qui jouent d'âme au théâtre consiste à citer plusieurs exemples de sang-froid et de détachement témoignés par les comédiens au plus fort des scènes dramatiques. Par exemple Caillot, un comédien lui aussi célèbre en son temps, va voir en loge la princesse de Ealitzin qui venait de jouer à ses côtés :

« Caillot avait joué le Déserteur, il était encore sur le lieu où il venait d'éprouver et elle de partager, à côté de lui, toutes les transes d'un malheureux prêt à perdre sa maîtresse et la vie. Caillot s'approche de sa loge et lui adresse, avec ce visage riant que vous lui connaissez, des propos gais, honnêtes et polis. »

La princesse, étonnée, lui dit : « – Comment ! vous n'êtes pas mort ! Moi, qui n'ai été que spectatrice de vos angoisses, je n'en suis pas encore revenue.

– Non, madame, je ne suis pas mort. Je serais trop à plaindre si je mourais si souvent.

– Vous ne sentez donc rien ?

– Pardonnez-moi... » (Diderot, 1830, p. 47).

Il en est du théâtre comme de la vie amoureuse. Le calculateur, le séducteur, le manipulateur a plus de chance que celui qui est animé par des sentiments sincères et profonds. Pour attirer à soi les regards, plaire à celle sur qui on a jeté son dévolu, entraîner sa proie dans son antre, il faut des individus techniques et résolus. On peut lire dans le *Paradoxe sur le comédien* :

« Il est mille circonstances pour une où la sensibilité est aussi nuisible dans la société que sur la scène. Voilà deux amants, ils ont l'un et l'autre une déclaration à faire. Quel est celui qui s'en tirera le mieux ? Ce n'est pas moi. Je m'en souviens, je n'approchais de l'objet aimé qu'en tremblant ; le cœur me battait, mes idées se brouillaient ; ma voix s'embarrassait, j'estropiais tout ce que je disais, je répondais non quand il fallait répondre oui ; je commettais mille gaucheries, des maladresses sans fin ; j'étais ridicule de la tête aux pieds, je m'en apercevais, je n'en devenais que plus ridicule.

Tandis que, sous mes yeux, un rival gai, plaisant et léger, se possédant, jouissant de lui-même, n'échappant aucune occasion de louer, et de louer finement, amusait, plaisait, était heureux ; il sollicitait une main qu'on lui abandonnait, il s'en saisissait quelquefois sans l'avoir sollicitée, il la baisait, il la baisait encore, et moi, retiré dans un coin, détournant mes regards d'un spectacle qui m'irritait, étouffant mes soupirs, faisant craquer mes doigts à force de serrer les poings, accablé de mélancolie, couvert d'une sueur froide, je ne pouvais ni montrer ni celer mon chagrin. On a dit que l'amour, qui ôtait l'esprit à ceux qui en avaient, en donnait à ceux qui n'en avaient pas ; c'est-à-dire, en autre français, qu'il rendait les uns sensibles et sots, et les autres froids et entreprenants » (Diderot, 1830, p. 22).

Si on prend le parti de Diderot, a-t-on encore besoin d'arguments pour vouer aux gémonies l'empathie émotionnelle qui serait prétendument l'expression de la bienveillance du médecin à l'égard de son patient, la manifestation sensible de ce don de soi à l'autre ? Comment peut-on imaginer défendre les larmes d'un médecin face au patient auquel il annonce une maladie grave ? Comment ose-t-on permettre que les séances de simulation soient des temps où l'expression des émotions soit autre chose que l'évacuation, la vidange de cette sensiblerie mal venue ?

Pour enfoncer une dernière fois le clou, Diderot prétend qu'il y aurait un conflit au sein même du comédien entre son émotion et son travail. Le comédien doit surveiller son jeu, veiller à produire ses effets, calculer ses gestes, pour sonner juste ; tout cela entre en opposition avec une émotion sincère. Il mentionne en ce sens un interprète célèbre au XVIII^e siècle des personnages de Shakespeare, un anglais dénommé Garrick :

« Garrick passe sa tête entre les deux battants d'une porte, et, dans l'intervalle de quatre à cinq secondes, son visage passe successivement de la joie folle à la joie modérée, de cette joie à la tranquillité, de la tranquillité à la surprise, de la surprise à l'étonnement, de l'étonnement à la tristesse, de la tristesse à l'abattement, de l'abattement à l'effroi, de l'effroi à l'horreur, de l'horreur au désespoir, et remonte de ce dernier degré à celui d'où il était descendu. Est-ce que son âme a pu éprouver toutes ces sensations et exécuter, de concert avec son visage, cette espèce de gamme ? Je n'en crois rien, ni vous non plus » (Diderot, 1830, p. 19).

Diderot ne nie pas que certains comédiens cultivent l'émotion dans leur jeu pour prétendre à plus de réalisme. Mais il s'en méfie et rejette ces « ficelles » du métier. Diderot écrit ainsi :

« Cependant je ne nierais pas qu'il n'y eût une sorte de mobilité d'entrailles acquise ou factice ; mais si vous m'en demandez mon avis je la crois presque aussi dangereuse que la sensibilité naturelle. Elle doit conduire peu à peu l'acteur à la manière et à la monotonie » (Diderot, 1830, p. 12).

Le paradoxe qui est le sujet de l'ouvrage de Diderot est justement ce contraste entre l'expression du corps et l'absence d'émotion ressentie de la part du comédien : il joue sans éprouver. Il rit sans être gai, pleure sans être triste. Le comédien se sert de son corps comme d'un instrument. Mais le paradoxe est double : ces aigles qui planent au-dessus de leur public, qui révèlent le plus intime de soi à chacun, qui captivent tous les sens des spectateurs, sont finalement des êtres assez creux, assez vides, se remplissant à volonté mais peu doués pour éprouver des émotions sincères et véritables. Ils sont dans la vie banale et simple du quotidien ces albatros abattus sur le pont du navire, traînant leurs ailes de géant. Diderot (1830) développe l'idée :

« On a dit que les comédiens n'avaient aucun caractère, parce qu'en les jouant tous ils perdaient celui que la nature leur avait donné, qu'ils devenaient faux, comme le médecin, le chirurgien et le boucher deviennent durs. Je crois qu'on a pris la cause pour l'effet, et qu'ils ne sont propres à les jouer tous que parce qu'ils n'en ont point » (p. 32).

« Vous les voyez grands sur la scène, parce qu'ils ont de l'âme, dites-vous ; moi, je les vois petits et bas dans la société, parce qu'ils n'en ont point. »
(p. 33).

Un point d'étape s'impose. Quel éclairage apportent ces développements à notre propos à la fois sur ce dispositif pédagogique qu'est la simulation et sur notre dessein qui est de permettre le développement chez les étudiants des vertus médicales ? En particulier ce vide émotionnel et cette adaptation à tout et à tous qui signent la marque des véritables comédiens selon Diderot sont-ils des modèles et des objectifs pour la formation des futurs médecins ?

Du côté du dispositif pédagogique lui-même qu'est la simulation, cette différence entre le jeu d'âme et le jeu de tête peut nous éclairer sur ce qui se passe dans les jeux de rôle improvisés par les acteurs, qui ne sont pas des comédiens mais des professionnels de santé. Ils jouent donc en s'appuyant sur leurs émotions, se coulant dans le personnage et tirant de leur personnalité et de leurs expériences de vie des réactions qui apparaissent comme authentiques et réalistes aux yeux des observateurs. Nous en avons repéré plusieurs exemples dans nos résultats de recherche. On se souvient de cette jeune fille souffrant d'un diabète, Cynthia, et de sa mère face au médecin et à l'infirmier. Diderot ne nie pas cette sincérité qui n'est pas feinte mais ce n'est pas la marque des grands comédiens dit-il. Tant mieux, nous sommes là pour former des professionnels de santé. Cette capacité de répéter l'émotion à l'envie, propre au comédien professionnel, est utile en simulation lorsqu'on les emploie pour reproduire les mêmes situations soit avec la visée de comparer les réactions de novices et d'experts soit afin de procéder à des séquences d'évaluation qui se doivent d'être « standardisées ». Nous engageons ainsi régulièrement à la faculté de médecine des comédiens.

Deuxièmement l'idée selon laquelle il faut forcer le trait pour entraîner l'adhésion et susciter l'émotion chez le public est intéressante car elle éclaire une difficulté rencontrée parfois dans ces séances menées avec des comédiens, des jeunes acteurs en formation en particulier accompagnés par leurs professeurs. Régulièrement, ces professeurs de théâtre, malgré nos recommandations, poussent leurs élèves à produire un jeu « outré », presque caricatural, mettant sur le devant de la scène des colères homériques (en référence à la colère d'Achille refusant de guerroyer, bel exemple de personnage de théâtre dont la figure est devenue un modèle) ou des transports que nous ne rencontrons pas chez les patients. Ces démonstrations d'art théâtral laissent interdits les externes, incapables de faire face à de telles situations.

Visiblement, dans ces exercices transdisciplinaires, nos objectifs pédagogiques n'ont pas été suffisamment travaillés en amont. Les professeurs de théâtre préparent leurs étudiants à la scène, nous nous préparons les étudiants de médecine au cabinet.

Mais c'est du côté de l'éthique que la question est plus épineuse. En effet, l'idée forte de Diderot selon laquelle le vrai comédien n'éprouve aucun sentiment propre nous ramène à la question de la légitimité de ses émotions pour le professionnel de santé. Il est couramment admis qu'il faut pour le médecin prendre de la « distance » par rapport au patient (le terme revient plusieurs fois dans les entretiens et les débriefings rapportés), que s'il sait reconnaître les émotions du patient c'est déjà beaucoup et qu'il est hasardeux de prôner chez les professionnels une résonance personnelle et intime au vécu et aux émotions du patient. On se souvient des entretiens avec les professeurs G. et V. expliquant qu'ils n'éprouvaient aucune émotion, ou du moins qu'ils se l'interdisaient. Diderot donne ici tous les arguments nécessaires à cette position. Le médecin, qui veut cliver ses émotions avec son être le plus profond, et donc avec ce qu'il donne à voir, joue de tête. Il ne veut pas s'impliquer émotionnellement, prendre sur lui le fardeau de l'autre sur ce registre. L'émotion en outre viendrait obscurcir le jugement et aussi épuiser le sujet ; ne devrait-on pas y voir là une des sources de cette maladie contemporaine qu'est le burn-out ? Le jeu de rôle doit-il être poussé jusqu'au bout de la logique théâtrale ? Ne doit-on donc pas former les étudiants à apparaître comme préoccupés par ce que vit le patient, sans l'être émotionnellement ? Doit-on enseigner à simuler la compassion pour faire croire au patient que c'est ce qu'on éprouve ? Ce peut être un choix pédagogique. Nous prenons acte des arguments des tenants de cette position : se protéger, laisser au vestiaire toute émotion mais jouer l'empathie. Ils cherchent à revêtir les habits d'Hermès. Dans ce cas-là les objectifs d'apprentissage sont, comme chez les comédiens, un sens de l'observation pour apprendre à repérer les émotions chez leurs patients, ce qui est proprement l'empathie cognitive, et aussi une capacité à communiquer de façon adaptée en toutes circonstances. Le médecin ainsi formé pourra ainsi apparaître comme préoccupé par ce que vit le patient et le patient pourra penser qu'on éprouve vis-à-vis de lui de la compassion, bien que tout cela est construit : « c'est une posture », comme le disait un étudiant dont le témoignage a déjà été rapporté.

Cependant, cela nous semble en définitive plus dangereux que de prendre le risque d'accompagner avec ses émotions le patient. À ce débat c'est Diderot lui-même qui nous a

apporté la réponse. Le comédien est insensible, indifférent et sourd face à la souffrance dit-il. Il se veut détaché, absent émotionnellement de la scène puisque tout cela n'est que fiction. Il joue la comédie. Est-ce cela qu'on désire chez le médecin ? Est-ce ainsi qu'il sera apte à écouter et entendre la plainte du patient ? Si l'on conçoit le soin seulement d'un point de vue biomédical, l'empathie cognitive est suffisante. Nous concédons bien qu'un médecin n'est pas toujours traversé par un mouvement interne, il peut être las et fatigué. Nous admettons aussi que sur le plan médico-légal et déontologique les praticiens tenant de l'empathie cognitive ne dérogent pas aux règles du métier. D'un point de vue d'une éthique principiste même, on ne trouvera pas grand-chose à redire. L'autonomie du patient peut être ici respectée, la bienfaisance aussi. Le Pr. G. ne disait-il pas que c'est ainsi qu'il concevait le meilleur service rendu au malade : respect, rigueur, professionnalisme. Cependant si une telle attitude devient la norme cela nous pose question. Si l'on souhaite permettre une rencontre entre deux humanités, est-ce suffisant ? Ne court-on pas le risque de voir poindre et se développer une insensibilité, une indifférence, une surdité du professionnel face à la souffrance du patient ? Le médecin vertueux, tel que nous le concevons, fait habituellement fait preuve d'empathie émotionnelle. C'est dans cette jonction fluide entre le corps, la vie affective, la pensée, que se situe pour nous l'idéal de conduite et d'attitude du praticien, ce savoir être qui ne fait pas fi des techniques de communication ou de l'empathie cognitive mais qui apporte de la sincérité et de l'authenticité dans la relation. Nous pensons ici en particulier au témoignage des professeurs M. et K. A la question de savoir si cette présence de l'émotion dans la relation soignante avait diminué son professionnalisme le Pr. M. avait déclaré : « Non je ne pense pas. Je pense même qu'au contraire, ça nous oblige, quelque part c'est un contrat qu'on a avec le patient, on sent que c'est un humain qui a toute sa place, ça pourrait être nous à sa place et du coup on a un vrai devoir de comprendre ce qu'il a. Quelque part, ça nous responsabilise dans notre fonction. » Et de son côté le Pr. K. avait affirmé : « Les émotions, c'est comme une sorte de carburant, de batterie que tu vas utiliser à certains instants pour te donner des ressources. C'est par le biais des émotions que tu peux comprendre ce que l'autre te raconte. » Nous avons dans notre travail le souci de décrire le dispositif pédagogique qu'est la simulation dans une perspective didactique, afin de décrire les conditions de l'apprentissage de l'éthique. Notre enquête ne s'achève donc pas là. Le texte de Diderot en effet a une postérité. Et les analyses qui vont suivre vont éclairer ce que nous avons déjà entamé comme

réflexion sur la question du rôle et des émotions. Elles nous permettront de comprendre en quoi aussi une « impression de réalisme » naît en simulation, un phénomène décrit par l'expression « comme si » (c'était vrai) qui contribue à rendre plausible les situations, à permettre aux apprenants de coller au plus près de leur pratique réelle.

14.5. Émotions et immersion fictionnelle

Il s'agit de penser ensemble émotions, « comme si » ou même l'illusion du jeu et enjeux de formation en éthique. En préambule nous présenterons ce réalisme fictionnel de la scène de théâtre, phénomène appelé « immersion fictionnelle ». Il a été décrit par le philosophe Schaeffer (1999) dans son essai intitulé *Pourquoi la fiction ?*. Repris par Horcik et Savoldelli, ces auteurs affirment que l'activité de fiction en simulation :

« repose sur un cadre d'interaction particulier qualifié de feintise ludique partagée, propice à un engagement de type “faire comme si”, l'immersion mimétique –, et un processus permettant la généralisation à d'autres environnements de l'expérience dans ce dispositif – la modélisation analogique » (Horcik & Savoldelli, 2010, p. 2).

Dans une feintise partagée, « les individus en interaction savent que c'est une fiction » (Horcik & Savoldelli, 2010, p. 2). Les acteurs ne cherchent pas à se nuire par la tromperie, ce qui suppose une entente préalable sur les modalités et buts visés dans le jeu, d'où l'importance de la « codification » et du « partage des conventions » (Horcik & Savoldelli, 2010, p. 3) entre les formateurs et les formés lorsqu'on met en œuvre le dispositif de la simulation à des fins pédagogiques. Le « comme si » est fondamental pour le bon fonctionnement du dispositif, ce que Horcik et Savoldelli (2010) ont montré dans leur contribution sur « Simulateurs et expérience fictionnelle ». Ils soutiennent

« qu'il permet des prises de risques, des euphémisations des conséquences des erreurs, des inventions... Mais ce « comme si » est fluctuant, coconstruit, dynamique, et jamais établi d'emblée et définitivement » (Horcik & Savoldelli, 2010, pp. 7-8).

Le « comme si » est partie prenante du dispositif de formation et de l'expérience d'apprentissage. Cependant au-delà de son aspect conventionnel nous verrons que l'immersion fictionnelle a une forte dimension psychologique et émotionnelle. Elle peut

s'apparenter à une forme de transe. Pour cela nous nous appuyerons sur la postérité du Paradoxe du comédien.

Nous devons en effet des développements de l'œuvre de Diderot à Alfred Binet. Alfred Binet est né le 8 juillet 1857 à Nice et mort le 18 octobre 1911 à Paris. Pédagogue et psychologue français, il est aussi l'auteur de plusieurs pièces de théâtre. Il est connu pour sa contribution essentielle à la psychométrie. Dans un article paru en 1896, il cherche à passer les thèses de Diderot au tamis de la critique en partant des témoignages des comédiens eux-mêmes, Truffier, Mounet-Sully, Madame Bartet, etc., témoignages qu'il commente. Globalement les réactions qu'il rapporte vont assez dans le sens de Diderot (Binet, 1896). Le théâtre apparaît toujours ici comme un art de l'illusion. Il apparaît aussi comme plus vrai que nature car il vient souligner, caricaturer, ce qui est souvent perdu dans la masse du quotidien. Comment donc utiliser au mieux ce dispositif pédagogique qu'est la simulation qui présente des similitudes avec le théâtre? Par exemple que peut-il jaillir de ces rôles attribués aux étudiants? Ou encore quel dialogue y a-t-il entre le rôle joué et la personnalité de l'acteur? Et, partant, entre la fonction et le sujet, entre le métier et l'individu? Ces retours des comédiens et l'analyse qu'en fait Binet nous seront d'un grand secours pour mieux comprendre à la fois le phénomène d'immersion fictionnelle et la construction du personnage, à la fois sur la scène du théâtre, en simulation et dans le théâtre de la vie quotidienne. Le théâtre apparaît donc comme l'art de l'illusion. Truffier, cité par Binet (1896), déclare :

« Notre métier serait inférieur et grossier, s'il ne contenait pas en lui le don des métamorphoses » (p. 287)

et selon Binet (1896) au sujet de ce comédien:

« s'oublier soi-même, ses habitudes, son nom, sa personnalité, voilà ce qu'il aime au théâtre : s'il s'est fait acteur c'est pour mettre des costumes qui ne sont pas les siens, pour enfiler la culotte d'Arlequin, dans laquelle il ne reconnaît pas ses jambes, pour porter la barbe de Giboyer qui lui change son visage » (p. 287).

Comme l'avait affirmé Diderot, le comédien excelle dans la composition d'un personnage.

Selon Mounet-Sully cité par Binet (1896) :

« On ne possède bien un rôle que lorsqu'on possède ses actions réflexes, ce qui veut dire que non seulement on prononce de la manière voulu les

paroles du texte, mais encore que les moindres actes, les mouvements inconscients, la manière de marcher, de tenir la tête, etc. sont dans le caractère du personnage » (p. 287).

C'est un travail de collecte patient et rigoureux. Pour constituer son personnage il s'agit pour le comédien de faire advenir mille détails qui passeront inaperçus aux yeux du spectateur, détails :

« qui viennent reliés entre eux tous les traits du caractère de mon personnage et lui donne l'homogénéité et de la souplesse. Ce travail consiste à aller à la découverte de tout ce qui doit rendre réel, logique, vivant un personnage » (Binet, 1896, p. 286),

écrit Madame Bartet. Mounet-Sully (cité par Binet, 1896) déclare encore :

« La composition d'un personnage ne consiste pas, suivant l'expression consacrée, à se mettre dans la peau du bonhomme ; c'est tout juste le contraire ; on évoque, on construit, par l'étude historique, par des réflexions, etc., un personnage, et on fait entrer ce personnage en soi-même, on se fait hanter par lui ; on lui offre son corps et son âme, en essayant de supprimer, autant que possible, sa propre personnalité ; évidemment celle-ci ne disparaît pas entièrement ; il y a une combinaison entre le caractère du personnage évoqué et le caractère de l'acteur ; aussi deux acteurs ne jouent-ils pas un rôle de la même façon, pas plus que deux peintres ne font le même tableau du même modèle » (p. 288).

On retrouve là l'origine des différences d'interprétation notées par Diderot. Chacun transporte en lui les bribes, les ébauches, les pistes avancées par l'auteur, puis il construit un être de chair et de sang, une sorte de Frankenstein en somme. Madame Bartet (citée par Binet, 1896) de la Comédie Française déclare :

« Je partage les idées, le caractère des personnages que je représente. D'ailleurs je ne me borne pas à comprendre les actes et les sentiments de ces personnages, mais mon imagination leur en suppose d'autres, en dehors de l'action dans laquelle s'est enfermé l'auteur. Je les vois alors tout naturellement agir, penser et se mouvoir, conformément à la logique de leur caractère. Tout cela reste un peu confus d'abord ; mais dès que je possède mon rôle, dès que je suis devenue maîtresse de toutes les difficultés de métier qu'il comporte, j'ajoute mille petits détails, insignifiants en apparence, et peut-être inappréciables pour le public, qui viennent relier entre eux tous les traits du caractère de mon personnage et lui donnent l'homogénéité et de la souplesse. Ce travail qui consiste à aller à la découverte de tout ce qui doit rendre réel, logique, vivant un personnage, est

de beaucoup pour moi la partie la plus passionnante de mon art. Ce que je préfère et ce qui me passionne, c'est la création, c'est-à-dire faire avec les mots d'un rôle un être doué de vie, douée de ma vie, auquel je prête ma figure, ma personne, ma façon d'être, de sentir, en les transposant et en les appropriant, bien entendu » (pp. 286-287).

On se rappelle les mots de Diderot : « Ce tremblement de la voix, ces mots suspendus, ces sons étouffés ou traînés, ce frémissement des membres, ce vacillement des genoux, ces évanouissements, ces fureurs, pure imitation, leçon recordée d'avance, grimace pathétique, singerie sublime... » (Diderot, 1830, p.9). Quelle est la place alors pour les émotions du comédien ? Les éléments que nous allons mettre en lumière pourront compléter notre tableau de « psychologie médicale ». Binet a la franchise d'avouer qu'ayant sollicité un certain nombre d'artistes, il n'a reçu en fin de compte que peu de réponses de la hauteur et de la profondeur de celles citées tout au long de son article. Binet (1896) écrit :

« Nous reconnaissons que nous n'avons pas obtenu des autres comédiens des réponses analogues. La plupart se sont contentés d'observer que les émotions factices des rôles sont moins intenses que les réelles » (p. 290).

Visiblement, ils ne sont pas traversés par des flots de passions... L'argument de Diderot semble tenir la corde, les comédiens seraient finalement des gens assez vides et creux, maîtres du faire-semblant mais peu doués pour éprouver de véritables émotions. Cela témoigne peut-être aussi chez d'autres encore d'une faible capacité à s'analyser. Notons cependant que toujours la même Madame Bartet (citée par Binet, 1896) affirme :

« il y a des catégories d'émotion que j'ai pour plus facilement que d'autres, par exemple celles qui sont conformes à mon tempérament et à mon caractère intimes » (p. 288).

Cela ne signifie pas pourtant qu'elle joue d'âme comme nous allons le voir. Le rapport entre le personnage et l'artiste est en effet complexe. Selon Binet (1896) :

« Madame Bartet trouve quelque chose d'exact dans la thèse de Diderot : un excès d'émotion deviendrait gênant pour un acteur et paralyserait ses moyens ; il ne faut pas être dominé par son émotion, il faut au contraire la dominer. Mais être émue en même temps qu'on se domine n'implique nullement contradiction ; on peut se dédoubler au théâtre comme on se dédouble dans la vie.

Au plus fort de la colère on a soit quelqu'un qui dit : je m'emporte trop, je vais trop loin, il ne faut pas que je dise cela ! Et quelquefois, malgré cette voix intérieure, on ne s'arrête pas à temps. Au théâtre c'est la même situation en somme. On se surveille, on se juge, en un mot on se dédouble » (pp. 291-292).

Le dédoublement semble être le fond même de l'expérience de ces comédiens. C'est une sorte de conscience, (au sens étymologique de *cum-scire* « savoir avec »), un état « réflexif », comme cette image du comédien qui se réfléchit dans le miroir quand il travaille ses mimiques et ses grimaces. Deux êtres coexistent, s'affrontent et se font face. Y a-t-il un phénomène de ce type qui est à l'œuvre chez l'étudiant qui fait ses gammes, qui commence à réaliser ses premiers entretiens, qui part de ce qu'il a appris dans les livres et ce qu'il a observé chez ses aînés et qu'il cherche à reproduire ? Apprend-on à jouer un rôle ou bien est-ce autre chose ? Poursuivons avec Monsieur de Curel (cité par Binet, 1896) :

« Pendant la période de préparation je sens mon personnage m'envahir à tel point qu'il se substitue à tous les intérêts de ma vie ordinaire ; je le sens prendre ma place. En scène la sensation du double est très nette, Mais elle est corrigée : toujours je me vois et je m'entends jouer. J'assiste à mon jeu. Je me dédouble assez pour discerner le son et les intonations de mes paroles, la suite de mes attitudes, de mes mouvements et de mes gestes, pas assez cependant pour cesser de me les approprier » (p. 292).

Ce dédoublement cesse lorsque « l'incarnation » est réalisée, qu'elle est totale :

« Lorsque l'acteur incarne le personnage en lui, il cesse de se dédoubler, il devient autre, il devient le personnage. C'est seulement lorsque l'incarnation n'est pas complète qu'on est double » (Binet, 1896, p. 293).

D'une certaine façon c'est donc le rôle, le personnage qui habite le comédien. Il se laisse posséder par le caractère de cet être de papier comme un démon habite une âme. Si au début il y a mis ses souvenirs, sa pauvre vie, ses émotions pour entrer dans son rôle, le comédien est peu à peu dépassé par son œuvre qui prend le dessus sur lui, qui en fait son jouet et son âme damnée. Une émotion se communique du personnage imaginé, construit, créé même (au sens premier qui signifie fait à partir de rien) au comédien qui en vient à contempler cette œuvre sortie de lui et qui n'est pas lui, comme le rêve qui est de nous et pourtant qui nous est étranger (Binet, 1896). À propos de rêve Binet rapporte :

« L'odieux applaudissement du public à la fin d'une tirade, la figure d'un partenaire qui n'exprime pas l'émotion qu'il devrait exprimer, qui au contraire rit sous cape ou fait des signes au public, une foule d'autres incidents vous arrache à votre rêve. Monsieur Sully dit que l'on voudrait tuer le comédien qui par son visage vous enlève à l'illusion » (p. 290).

Un effroi, un dégoût une horreur peuvent même l'envahir devant un tel monstre. Cependant la construction est fragile, le sentiment fugace. Selon Madame Bartet (citée par Binet, 1896) :

« Oui certes, j'éprouve les émotions des personnages que je représente, mais par sympathie et non pour mon propre compte. Je ne suis, à vrai dire, que la première émue parmi les spectateurs, mais mon émotion est du même ordre que la leur, elle la précède seulement. La quantité d'émotions mise dans un rôle varie selon les jours, cela tient beaucoup à mon état moral ou physique. Rien n'est plus intolérable que de ne rien ressentir, cela m'est arrivé très rarement pourtant ; mais chaque fois j'en ai souffert comme d'une chose humiliante, diminuante, comme d'une dégradation personnelle » (p. 285).

On retombe alors dans le travail laborieux de la scène. Le feu intérieur s'en est allé. Mounet (cité par Binet, 1896) :

« Les jours où l'émotion est absente, on n'attend pas la puissance désirée, on joue avec son talent, c'est-à-dire son raisonnement et son métier, et on cherche à reproduire artificiellement ce qu'on faisait le soir où on avait le feu sacré » (p. 285).

Ce dédoublement de l'artiste qui fait qu'il est habité par son personnage tout en demeurant lui-même, touché comme le disait Madame Bartet « par sympathie et non pour mon propre compte » par le caractère et la destinée de cet être imaginaire, ce dédoublement donc est la condition des émotions de l'artiste. Selon les écrits de Binet (1896) :

« En quoi consiste au juste l'émotion artistique ? C'est d'après Madame Bartet, une émotion bien réelle, en ce sens qu'elle produit dans l'organisme les mêmes effets physiques que si on l'éprouvait pour son propre compte ; Madame Bartet dans certains rôles, est haletante, ses yeux se remplissent de larmes, sa voix change naturellement de timbres : « l'émotion physique où me plongent certains rôles se prolonge après ma sortie de scène. Ainsi je continue d'être oppressée après la scène de larmes du troisième acte de Denise. De même, après le premier acte de Bérénice, je me sens durant quelques instants encore dans un état de ravissement » (p. 289).

Ces remarques sont intéressantes car cela veut dire que si un professionnel joue un personnage, il peut se prendre au jeu et éprouver des émotions de ce personnage. Peut-être pourrait-on rapprocher ces mouvements psychiques du témoignage du Dct. S. qui parlait d'une certaine malice dans son jeu d'acteur cette fois-ci en situation de soin : « Je dis que c'est une ruse parce que des fois, je n'ai pas honte, mais je trouve que c'est malicieux. Malicieux dans le sens pas méchant, pas vicieux ». N'y aurait-il pas chez lui une sincérité certaine, car il veut sincèrement permettre par son art au patient d'aller mieux, tout en étant pourtant inauthentique dans ses sentiments, puisqu'il a construit un personnage, qu'il joue un rôle.

Quelles sont les caractéristiques de cette émotion jaillie du personnage? Elle apparaît comme agréable et soumise à la volonté. Selon les termes de Binet (1896) :

« L'émotion artistique a deux caractères bien particuliers : premièrement elle reste toujours agréable. Deuxièmement elle est soumise à la volonté. Au troisième acte de Denise, par exemple, l'héroïne est dans la situation la plus triste, elle pleure un enfant mort. Madame Bartet qui joue le personnage sent que plus elle s'enfonce dans cette douleur plus elle éprouve un sentiment de jouissance » (p. 290).

Est-ce donc là le ressort de certains professionnels qui sont sincères dans l'instant, mais peuvent passer d'un patient à un autre en se libérant comme par magie du poids des situations dramatiques des uns et des autres ? Ils en viendraient à goûter les émotions du personnage qu'ils jouent, se montrent de fait sincères sur le moment, pris à leur propre jeu. Mais tout cela appartient à un autre, « le docteur » qu'ils incarnent, un personnage construit à partir de l'idéal du moi, instance freudienne désignant les valeurs positives auxquelles aspire le sujet, « un modèle auquel le sujet cherche à se conformer » (Laplanche & Pontalis, 1967). On aurait alors un contre-argument plein de saveur pour favoriser la simulation comme apprentissage à jouer la comédie. Reste entière ici cependant la question du rapport entre la sincérité et l'authenticité.

On décrypte là aussi pour une part certainement ce qu'on observe parfois dans les séances, ces mouvements émotionnels qui saisissent les acteurs et qui sont le fruit de bons « comédiens » parmi les professionnels de santé. Ils jouent bien leur rôle et certains parmi eux font d'ailleurs du théâtre en ville. Quoi qu'il en soit, qu'elle jaillisse d'un jeu d'âme ou bien de cette assomption du rôle, l'émotion est ici communicative aux observateurs de la séance.

Un indicateur de tous ces mouvements intérieurs de l'artiste, de cette immersion fictionnelle dans l'œuvre, de ce mouvement de dédoublement, de cette quête du jeu idéal, se trouve dans la salle, dans le public, chez les spectateurs. En effet, au théâtre, il semble qu'il y ait un rapport de proportionnalité entre cette mue du comédien en son personnage et ce saisissement qui parcourt l'assistance, le *thambos* des anciens Grecs, l'effroi qui plonge dans le sentiment du sacré : « En Grèce classique on va au théâtre célébrer un culte et communier à une pensée partagée » (Desautels, 1988).

Selon Binet (1896) :

« Tantôt la personnalité fictive se développe et tend à annihiler la personnalité réelle ; tantôt celle-ci grossie, regagne le terrain perdu. Nous en trouvons la preuve dans les renseignements que les acteurs nous donnent sur la relation avec le public. Quelques-uns jouent sans conviction, causent entre eux, saluent des amis dans la salle, se font des farces tout au long de la pièce. Cela suppose qu'ils jouent un rôle insignifiant, qu'ils ont une grande liberté d'esprit, ou enfin ils ne se donnent pas dans leur rôle [...] tous du reste sont d'accords pour constater que le public leur devient d'autant plus visible qu'ils sont moins pris par le rôle » (p. 293).

Madame Bartet (citée par Binet, 1896) dit :

« Je communique directement avec la salle, je sens très distinctement si elle est en sympathie ou en opposition avec moi. Si je ne la sens pas assez acquise, j'accomplis pour la gagner entièrement, un effort intense au point de paraître presque physique. Au plus fort de l'émotion, le public m'apparaît indistinct, comme une masse collective. Quand mon rôle ne me possède qu'à demi, je discerne au contraire les moindres mouvements qui se produisent dans la salle. J'ai la perception très nette du silence qui dénote que l'attention de la salle se fixe, comme aussi je sens cette attention se dissiper » (p. 293).

De leurs côtés les mouvements internes du spectateur sont aussi complexes que ceux du comédien. Parlons de cette immersion fictionnelle des spectateurs. S'agit-il de persuasions successives, d'oscillations pendulaires, d'une adhésion par à-coups où succède à l'illusion la désillusion ou bien s'agit-il de ce dédoublement qui envahit à son tour le spectateur, tout à fait conscient de la fiction, mais entraîné dans le songe du comédien ? Binet rapporte l'opinion de Taine :

« Taine décrit de la manière suivante l'illusion qu'on éprouve au théâtre : Que le lecteur s'observe lui-même lorsqu'il voit une comédie nouvelle de

Dumas fils ; vingt fois par acte nous avons une ou deux minutes d'illusion complète ; il y a telle phrase vraie qui soutenue par le geste, l'accent, les alentours appropriés, nous y conduit. Nous sommes troublés ou égayés, nous allons nous lever de notre fauteuil ; puis tout à coup, la vue de la rampe, les personnages des avant-scènes, tout autre incident, souvenirs, sensations, nous arrête et nous maintient en place. Elle est l'illusion théâtrale, incessamment défaite et renaissante ; en cela consiste le plaisir du spectateur » (Binet, 1896, p. 294).

L'opinion de Binet (1896) est faite :

« La description de Taine ressemble si peu à la réalité que je la suppose purement théorique et systématique inventée de toutes pièces » (p. 294).

« C'est deux états de conscience dans la grande majorité des cas n'existent pas chacun d'une vie indépendante, ne se remplacent pas tour à tour ; ce que nous éprouvons c'est un sentiment complexe, composite, par suite duquel nous sommes pris aux émotions de la pièce, tout en gardant la conscience sourde que c'est une fiction » (p. 295).

Doit-on suivre ici Binet ? Ne peut-on pas se laisser entraîner tout à fait dans l'illusion, être transporté littéralement sur la scène, être comme hypnotisé ? Justement Binet termine par là son article :

« Il y a dix ans environ quand les expériences de psychologie par hypnotisme étaient aussi en grande faveur – le mouvement s'est bien ralenti aujourd'hui – on avait eu souvent l'idée de transformer la personnalité des sujets et de leur donner un rôle à jouer. Richet avait eu l'initiative de ces ingénieuses transformations ; une femme, mère de famille, était par suggestion métamorphosée en général, en archevêque, en ballerine, en matelot, et on nous assure qu'elle s'acquittait de son rôle avec une perfection que l'acteur le plus accompli n'aurait pas pu atteindre ; la supériorité de ces suggestibles, ignorantes pour la plupart, venait nous disait-on de la sincérité. Elle croyait à leur rôle tandis que l'acteur sait qu'il est un acteur » (Binet, 1896, p. 295).

Et Binet (1896) conclut :

« Cette question de sincérité nous apparaît maintenant comme susceptible d'un très grand nombre de degrés. On ne peut affirmer qu'un acteur joue sans croire ; mais une fois qu'il est rentré dans sa loge, qu'il a essuyé son fard et repris son sang-froid, il ne croit plus au personnage, bien qu'il puisse en garder quelque chose ; mais en scène, dans le feu de l'action, il peut s'émouvoir pour le compte de ce personnage artificiel. [...] En sommes

nous pensons qu'entre l'acteur et le sujet suggestionné il n'y a pas une différence radicale mais simplement une nuance » (p. 295).

L'idée est intéressante : le théâtre serait une forme d'hypnose collective qui tiendrait sous influence public et comédiens. Il est des moments où le comédien incarne quasi parfaitement son personnage, laissant paraître une idée qui le dépasse. Les spectateurs communient à ce prodige, reconnaissant dans le signe la réalité. Il y a là quelque chose de sacré, de quasi divin. On rejoint là ce qu'on a dit du dévoilement du mystère, en y apportant une touche plus ésotérique, plus émotionnelle.

On observe aussi des étudiants qui, en tant qu'acteurs, ne rentrent pas dans le jeu, restant imperméables à toute immersion fictionnelle durant la mise en situation. Cette « ambivalence » en simulation touche de fait des acteurs qui ne sont pas impliqués pleinement dans leur jeu de rôle. Ce peut être parce que le scénario ne correspond pas à leur activité réelle. Par exemple dans le cas d'une scène où on propose l'amputation, le patient dans la « vraie vie » aurait été préparé à une l'annonce dès le début de son accompagnement et non pas dans l'unique scène jouée. Ou encore pour une admission en maison de retraite, dans le cas d'un patient souffrant d'Alzheimer, un travail de recueil des souhaits de la famille aurait précédé l'entretien, etc. L'autre cause de cette ambivalence est l'incapacité des animateurs à plonger les étudiants dans cette « néoréalité » de la situation jouée. Est-ce par manque de métier, de formation chez ces animateurs, ou bien fait-on ici face à des résistances trop fortes de la part les apprenants ? On rejoint là cette idée d'induction propre à l'hypnose qui permet de transporter le sujet dans un cadre intérieur à la fois familier et le révélant à lui-même.

En effet dans la formation des animateurs une attention toute particulière doit être portée à ce travail de coconstruction du personnage avec l'acteur volontaire à partir du rôle. Ce moment clé de la séance, trop souvent négligé, se déroule lors de la phase de briefing lorsqu'on confie à part aux acteurs volontaires les éléments du rôle. On l'a dit il est important de ne pas faire un briefing directif mais bien plutôt d'interroger ces acteurs volontaires. Les quelques éléments personnels qui constituent le rôle doivent être proposés avec précaution et en laissant une grande marge de choix pour permettre à l'étudiant d'inventer un personnage qui lui corresponde. Les éléments du rôle ne sont que quelques pistes, quelques indications et en rien un carcan rigide d'attitudes et de formules qu'il faudrait placer au long du jeu de rôle. Rien n'est pire qu'un acteur qui joue à contre-emploi et qui lors du débriefing déclare qu'il aurait

fait tout à fait différemment en situation professionnelle, mais que là il avait suivi les consignes données. Il nous semble que grâce à un briefing bien réalisé l'étudiant rassemble des éléments de son histoire, de son expérience, à la fois cliniques et très personnels dans un précipité qui se produit en situation. C'est l'hypothèse que nous posons au regard de la fluidité, du caractère « naturel » des réponses et des réparties dans l'improvisation. -L'étudiant est alors capable d'inventer son personnage, tirant de son trésor de l'ancien et du neuf. Un réalisme, une authenticité transparaissent dans son jeu, et lui-même éprouve facilement des émotions liées à son personnage.

Rassemblons nos idées. On peut employer la simulation pour enseigner aux étudiants à se tenir loin de leurs émotions et de leurs sentiments. On insistera alors dans les compétences relationnelles sur la communication et l'empathie cognitive. Sur le plan éthique une approche principiste peut se satisfaire de ces objectifs pédagogiques, restant sauf que le débriefing peut être l'occasion de discuter de dilemmes moraux. On peut aussi aller dans une autre direction. Cette fois-ci les émotions occupent une place importante dans ce dispositif. On cherche à valoriser l'émergence de l'empathie émotionnelle qui peut surgir au gré de l'immersion fictionnelle vécue par les participants. Le jeu de rôle peut permettre, comme dans un laboratoire, de tester, d'éprouver ces capacités à vivre une situation émotionnellement, à analyser ce qui s'est produit intérieurement et finalement à améliorer, en passant par des phases d'essais et d'erreurs, notre capacité à « faire avec » ces mouvements psychiques, à les décrypter, à les relier aux vertus médicales. À la manière d'un entraînement la simulation peut nous permettre un apprentissage de la vertu, favorisant le passage de la puissance à l'acte, même si ici on fait « comme si ». En nous mettant en scène dans nos relations sociales ce dispositif a l'ambition de permettre une découverte de soi ainsi que la construction d'un rapport juste avec les autres.

À l'approche phénoménologique du sujet, on peut adjoindre une analyse plus sociologique qui considère cette fois-ci le groupe d'individus comme une entité à considérer en soi. Cette manière plurivoque d'aborder le sujet est requise en raison de la complexité de l'organisme psychique et moral. En outre, les approches anthropologiques du jeu et phénoménologique de l'identité gagnent à être approfondies à la lecture des exposés du sociologue Erving Goffman sur le rôle et la théâtralité. Dans *La mise en scène de la vie quotidienne*, Goffman (1973) décrit les performances théâtrales qui se produisent dans les interactions face à face et aussi

collectives des individus. Nous nous intéresserons ici à la lecture phénoménologique qu'en donne Gély (2002). Nous avons déjà mentionné dans la première partie de ce travail que pour Goffman le rôle décrit la position de l'individu au sein du système pour en maintenir un état suffisant d'homéostasie. Au-delà, Goffman voit un lien entre les actes que les gens réalisent dans leur vie de tous les jours et la scène du théâtre. Dans une interaction sociale comme dans une représentation théâtrale, il y a de fait une scène sur laquelle les acteurs apparaissent devant le public ; il y a aussi des coulisses, un espace privé et caché où les individus peuvent abandonner leurs rôles et leurs identités sociales. Nous sommes infirmiers, médecins, chefs d'entreprise ou garçons de café. S'il est possible de dire d'un tel qu'il est garçon de café, c'est au sens où il pose des actions qui sont reconnaissables à celles qu'on attend du garçon de café. Mais croisons-le sur un champ de course, il nous apparaît tout autre. Dans son article intitulé *Rôle, personnage et acteur, Réflexion phénoménologique à partir d'Erving Goffman*, Gély écrit :

« Le rôle en tant que tel n'est pas comme tel l'objet d'une expérience perceptive directe. Il est une représentation cognitive et normative qui assure une coordination d'actions pour une situation donnée » (Gély, 2002, p. 10).

Dans une perspective fonctionnaliste, c'est-à-dire considérant la fonction uniquement dans son utilité sociale objective (le boucher découpe et vend de la viande un point c'est tout), il n'est pas possible de concevoir ce que peut signifier l'idée d'une expérience vécue du rôle en tant que tel. Le rôle est seulement conçu comme la représentation qui permet de qualifier et de « normer » des actions. L'agir est ici mécaniquement relié à la tâche effectuée par l'individu. En tant que tel, d'un point de vue fonctionnaliste, le rôle ne se vit pas, il s'effectue.

Or, selon Gély (2002) :

« la caractéristique d'une expérience phénoménologique des rôles est qu'elle ne réduit pas à une effectuation. Le rôle que je prends en charge est effectué tout en étant joué, ce qui signifie précisément qu'il est possible pour moi de m'éprouver non seulement dans les actions que je pose, mais dans l'expérience même du rôle que je prends en charge » (p. 13).

Ainsi je ne remplis pas simplement une fonction dans la chaîne de production mais je me pense aussi à cette place dans la représentation que je me fais de mon rôle social. Nous pouvons penser à cet agent d'entretien du SAMU social de Paris qui effectuait le matin le

ménage des chambres accueillant des personnes sans domicile fixe avec leurs chiens. À la question de son ressenti face à cette tâche ingrate elle répondit rayonnante que chaque matin elle se souvenait qu'elle-même avait eu à vivre dans la rue et que leur préparer un logement digne la réjouissait quotidiennement. Sur la scène de la vie, cette femme percevait la grandeur de son rôle dans la modestie de sa tâche. Et c'est ainsi qu'elle nous est apparue, grande, sur le plan moral.

Goffman introduit les concepts de subsomption et d'assomption pour rendre compte de ces différentes postures que peut adopter un individu face au rôle social qu'il doit jouer. La subsomption en tant que telle désigne une relation d'inclusion entre des concepts, dans les logiques de description. Cette notion est équivalente à la relation « est impliqué par » en logique classique : par exemple, mammifère implique animal. Dans une dynamique de subsomption, le rôle est conçu par le sujet comme réalisable idéalement et il se contente d'identifier les actions particulières qui relèvent de ce rôle donné. Le rôle est défini seulement de façon fonctionnelle, à partir d'actions identifiables discursivement. Gély (2002) parle du rôle du médecin en ce sens :

« (Pour) le rôle de médecin, nous dirons qu'on est dans une logique de la subsomption lorsqu'on s'accorde discursivement sur ce qu'on attend du rôle en question et qu'on agit en conséquence [...] le sujet ne peut s'éprouver comme sujet que dans les gestes qu'il est en train de poser. [...] Caroline pose des gestes de médecin, mais n'éprouve pas son rôle de médecin, au sens fort du terme. Elle se vit comme Caroline, comme une subjectivité qui a une histoire personnelle et qui pose des gestes attendus, compris ou interprétés comme relevant du rôle de médecin » (p. 3).

À l'opposé, dans la logique de l'assomption, le vécu de l'acteur s'étend au rôle lui-même. Il y a la rencontre de l'acteur et de son rôle, et c'est ce en quoi consiste l'expérience même du personnage, selon Gély (2002). Il écrit ainsi qu'il s'agit d'un :

« processus qui permet aux actions effectuées par l'acteur d'être intérieurement habitées à la fois du rôle dont elles sont l'effectuation et de la vie du sujet qui s'y atteste » (p. 19).

La façon dont l'acteur joue son rôle ne relève donc pas seulement d'un registre subjectif où il exprimerait la particularité de sa vie personnelle, mais d'une négociation entre lui-même et

son rôle en laquelle se donne à éprouver la puissance d'effectuation du rôle, négociation qui est à proprement parler le personnage. Ou pour le dire autrement avec Gély (2002) :

« le personnage est le point de contact entre la subjectivité de l'acteur et le rôle qu'il effectue » (p. 29).

Le concept de rôle ne se réduit donc pas au concept de personnage, et inversement. Le personnage n'est ni l'acteur ni le rôle. Il est le produit d'une certaine forme d'interaction entre l'acteur et son rôle. Gély (2002) écrit encore :

« Si les actions produites par l'acteur conformément à son rôle ne sont pas effectuées de façon à générer un personnage, alors il n'y a pas à proprement parler de prise en charge du rôle et d'épreuve du rôle » (p. 10).

Dans cette épreuve du rôle, « épreuve » au sens où l'on éprouve des affects et où l'on met à l'épreuve une hypothèse, l'acteur fait corrélativement l'épreuve de lui-même :

« Donner à percevoir un personnage dans et par la façon même dont on effectue son rôle, c'est laisser venir le rôle en question informer de l'intérieur les actions que l'on produit, [...] Ce qui est donc en jeu avec le personnage, c'est l'incarnation du rôle. Le personnage n'est ni une image du rôle ni une image de l'acteur. Il est ce qui se donne à percevoir quand le rôle et l'acteur sont à l'épreuve l'un de l'autre » (p. 15).

En produisant un personnage, le sujet sort de lui-même, il va à la rencontre du rôle mais il ne s'y laisse pas absorber pour autant. Comme le souligne Gély le personnage est l'incarnation du rôle par le jeu de l'acteur. Si, à l'inverse de l'approche phénoménologique, on n'attribuait pas ce statut spécifique au personnage, on serait conduit à faire des rôles autant de masques derrière lesquels se cacheraient les vrais sujets (Gély, 2002, p. 16).

Dans le texte de Gély, qui écrit à la suite de Goffman, on passe sans cesse du rôle de l'acteur dans la vie sociale à celui du comédien, faisant de la scène du théâtre comme un miroir de la scène de ce monde. Ce personnage sur scène est le fruit d'une interaction sociale, il se construit dans la mise en œuvre plus ou moins réussie par le comédien de son rôle face au public. Selon Gély (2002) :

« Un spectacle correctement mis en scène et joué conduit le public à attribuer un moi à un personnage représenté, mais cette attribution est le produit et non la cause d'un spectacle » (p. 16).

Ainsi si le personnage est le fruit de la négociation entre le sujet et le rôle, c'est bien sa dimension sociale qui lui donne vie. Selon Pasquier (2003) :

« Pour Goffman, le self (*i.e.* le soi et non le moi) est avant tout une réalité publique qui ne se constitue comme telle que dans l'interaction. "La nature la plus profonde d'un individu est à fleur de peau : la peau de ses autres" » (Pasquier, 2003, p. 56).

De là nous sommes sans cesse sur scène dans cette équation entre le rôle, l'environnement et l'acteur. Toujours selon Gély (2002) lisant Goffman :

« Jean effectue le rôle de Dom Juan à partir de ses propres ressources et des ressources de son environnement, de sorte que sa façon d'effectuer son rôle est dotée de caractéristiques singulières et particulières. Mais toutes ces caractéristiques ne relèvent pas encore comme telles du processus d'instauration d'un personnage. Le personnage généré dans et par le jeu de Jean ne peut en aucune manière être considéré ni comme une simple image de Jean ni comme une simple image du rôle qu'il effectue, et encore moins comme une sorte de mixte des deux.

Le personnage est généré dans l'épreuve même par lequel le rôle, qui est en soi une idéalité, vient à la rencontre de la vie subjective de l'acteur, s'y potentialise en s'y incarnant. C'est alors que l'on dit que l'acteur ne fait pas qu'effectuer son rôle mais qu'il le prend en charge » (p. 29).

On pense à Knock, personnage principal de la pièce de théâtre éponyme de Jules Romain (1993), ancien vendeur de cravates et d'arachides, qui assume dans sa position nouvelle de médecin un commerce plus lucratif et plus glorieux. Tout au long de la pièce, on s'aperçoit que Knock poursuit sa mégalomanie dans son rôle de médecin, criblant le territoire de Saint-Maurice de points rouges comme autant de points de pénétration de sa présence médicale. Il est habité par sa mission de médecin au point de considérer tout bien-portant comme un malade qui s'ignore. Son personnage est le fruit de ce rôle d'emprunt et de sa personnalité dérangée, c'est là le point de contact. Si la question morale est abordée ici, c'est sous l'angle de la fin poursuivie par ce sectateur zélé de la science. Jules Romain laisse cependant avec délice le public interpréter les causes profondes de l'action de ce triste sire. Est-il fou ? Est-il intéressé d'abord par l'argent ? S'est-il persuadé lui-même de ses boniments ?

On peut ainsi parfois s'interroger sur les traits pathologiques de certains professionnels de santé, de médecins en particulier, qui manifestent une assurance, une morgue, voire un mépris, ou encore une toute-puissance tantôt exercée vis-à-vis des patients, tantôt vis-à-vis des collègues. Dans ce dernier cas, le mal est plus subtil car ils arborent les couleurs du parti des patients pour dénigrer leurs confrères. Mais finalement, la pathologie est la même : il s'agit d'une psychose ordinaire. En d'autres termes, ils souffrent d'une incapacité à accueillir l'autre et ils ne savent pas entrer dans l'ambivalence, ce qui suppose de composer avec le manque, à commencer par le manque qui leur est propre. L'ambivalence en effet désigne une disposition psychique d'un individu qui éprouve ou manifeste simultanément deux sentiments, deux attitudes opposées à l'endroit d'un même objet, d'une même situation, par exemple l'amour et la haine, le désir et la crainte. Le terme, introduit par Bleuler en 1910, a été repris par Freud (2002) qui note par exemple que :

« jamais nous ne sommes davantage privés de protection contre la souffrance que lorsque nous aimons » (p. 25).

Benhaïm a dégagé l'aspect positif de l'ambivalence qui, selon elle, doit être surmontée afin de pouvoir aimer. Ceci implique d'accepter que malgré l'amour qu'on porte à l'objet, on puisse aussi le haïr (Cloës, 2007). Elle affirme :

« On peut aimer et haïr le même objet sans qu'il en soit détruit, on peut être aimé et haï sans en mourir, enfin, on peut survivre à l'absence, elle semble être au fondement de notre propre existence » (Benhaïm, 2001, p. 52).

Chez ceux chez qui l'ambivalence fait défaut, est-ce que la simulation telle que nous la présentons, comme interrogation sur son agir, peut être d'un quelconque secours ? On peut en douter, car le clivage est leur mode ordinaire de défense : ils mettent de côté ce qui interroge et ce qui questionne. La fragilité du moi induit ces mécanismes de défense de type psychotique, chez des individus ayant une forme d'adaptation sociale qui leur permet de donner le change. Ils se conforment aux attendus de leur rôle mais expriment l'angoisse qui les habitent par une incapacité à s'abstraire de cette logique de présentation de soi. Faire un pas de côté pour se remettre en question, être interrogés sur ces blocages et ces incompréhensions qui caractérisent habituellement leur mode relationnel, est trop coûteux psychiquement, risque de trop remettre en cause ce douloureux équilibre. Les séances de

simulation qui leur conviendront seront du type de l'entraînement répétitif et procédural. On pourra y valider la réalisation de procédures accomplies de façon impersonnelle, qu'elles soient biomédicales (la pose d'une voie veineuse, la conduite à tenir devant une thrombopénie, par exemple), ou relevant de compétences appelées un peu vite « non techniques » (technique d'entretien d'annonce de la maladie grave, d'annonce du dommage, technique d'entretien motivationnel, par exemple). On est là pleinement dans la logique de subsomption où il y a une superposition entre le rôle tenu par l'acteur et celui qui joue la scène.

Mais si au contraire, on se place dans une logique d'assomption du rôle, on s'intéressera par exemple en simulation aux représentations de rôle propre à chacun des apprenants présents, comme le rôle d'exécutant de l'infirmier, la toute-puissance de savoir du médecin, l'inutilité et la pleutrerie du cadre ou encore la toxicité et l'ignorance des directeurs. Mais là il s'agit de pouvoir se remettre en question, d'accepter d'avoir à apprendre quelque chose, de s'auto-enseigner. C'est bien ce que suppose Goffman dans *La Mise en scène de la vie quotidienne* lorsqu'il affirme que c'est en instaurant des personnages que nous devenons des personnes :

« Nous venons au monde comme individus, nous assumons un personnage, et nous devenons des personnes » (Goffman cité, par Pasquier, 2003, p. 56).

A la confluence de notre rôle social et de notre position d'acteur se forme et se développe sans cesse dans le temps le personnage que j'incarne et la personne que je suis, ou mieux que je deviens. Sur la scène de la vie, je présente un personnage aux yeux des autres et de moi-même. Et c'est la personne que je suis, qui advient au fur et à mesure de mes expériences de vie, qui est comme un mystère à moi-même et que je décortique comme des feuilles d'artichaut en simulation. Le jeu de rôle de la simulation est un lieu parmi d'autres, mais un lieu privilégié, pour faire connaissance avec soi-même.

Avec la simulation donc se rajoute une troisième instance par rapport à la scène du théâtre et celle du quotidien, c'est celle de l'acteur jouant son propre rôle dans la scène simulée. Ceci est troublant car on est ici dans un entre-deux, à mi-distance de la vie réelle et de la pure fiction, entre les habitudes acquises et une improvisation. La simulation nous plonge paradoxalement dans le plus juste de ces deux mondes. Elle met en lumière les oripeaux des postures, voire les impostures jouées au quotidien : celles des petits chefs qui abusent de leur

fonction, des couleuvres des services qui fuient le travail, des fonctionnaires besogneux et tatillons qui ont pour bréviaire les protocoles administratifs. On peut mettre tout cela en scène dans un théâtre-forum et faire rire jaune la moitié de l'assemblée et exulter l'autre moitié. On a de quoi alimenter des scénarii pour des dizaines de films ou de pièces de théâtre tantôt comiques tantôt dramatiques. Mais ici le comédien sur scène c'est vous, l'acteur de votre vie et vous vous donnez en spectacle, certes comme vous avez l'habitude de le faire, mais cette fois, c'est pour de faux. On peut alors interroger et s'interroger sur le personnage que vous vous évertuez à jouer et le rôle que vous incarnez. Le monde entier est un théâtre, et les hommes et les femmes ne sont que des acteurs. C'est en cela que le théâtre fait œuvre de vertu, il est un miroir de notre nature. C'est ainsi que le voit Shakespeare :

« Mettez l'action d'accord avec la parole, la parole d'accord avec l'action, en vous appliquant spécialement à ne jamais violer la nature ; car toute exagération s'écarte du but du théâtre qui, dès l'origine comme aujourd'hui, a eu et a encore pour objet d'être le miroir de la nature, de montrer à la vertu ses propres traits, à l'infamie sa propre image, et au temps même sa forme et ses traits dans la personnification du passé. Maintenant, si l'expression est exagérée ou affaiblie, elle aura beau faire rire l'ignorant, elle blessera à coup sûr l'homme judicieux dont la critique a, vous devez en convenir, plus de poids que celle d'une salle entière » (Shakespeare, 2008, III, 2).

Ainsi le théâtre et l'art de la scène en général ont quelque chose à nous dire de la manière dont nous endossons nos rôles sociaux, et la simulation leur emboîte le pas. Marlon Brando disait : « Jouer un rôle est très facile. Nous le faisons tous au quotidien. ». Cela ne veut pas dire que le métier de comédien n'exige pas, au-delà de certaines facilités à « jouer la comédie » des apprentissages longs et exigeants et une technique éprouvée. Mais notre vie sociale relève souvent plus d'une représentation, voire d'une mascarade, que d'une relation sincère aux autres, où nous sommes vrais avec nous-mêmes. La simulation permet sous prétexte de « jouer pour de faux » de nous présenter sous notre jour véritable dans un cadre « secure », pour reprendre un terme tiré des théories de l'attachement du psychologue Bowlby (Guédeney & Guédeney, 2006), cadre où nous acceptons d'être interrogés sur nous-mêmes, sur nos façons de faire, sur nos façons de dire et de nous comporter mais plus encore sur nos représentations et nos croyances. Cela illustre le trait d'esprit d'Oscar Wilde (1998) affirmant que :

« c'est lorsqu'il parle en son nom que l'homme est le moins lui-même, donnez-lui un masque et il vous dira la vérité » (pp. 819-872).

La convention partagée par tous que rien n'est vrai dans la simulation permet de façon tout à fait paradoxale de se permettre d'être soi-même sans risque.

Reprenons et résumons notre raisonnement. Jouer devant ses pairs son rôle de médecin, de soignant, de patient, ou bien d'un membre de la famille renvoie à un travail de composition. Sur la scène de théâtre qu'est notre vie professionnelle, nous tenons un rôle, tantôt en incarnant un personnage, tantôt en jouant la comédie... La simulation vient interroger le jeu de rôle que nous menons sur la scène sociale et nous permet d'explorer notre identité, qui est constituée par cette relation entre l'« ego-objet » et l'« ego-sujet » que relèvent les phénoménologues de la *Daseinsanalyse*, et qui est caractérisée par la dialectique entre la position sociale et la spontanéité. La personne advient dans cette confrontation entre le rôle et l'acteur que nous sommes aux yeux des autres. Nous sommes en fin de compte ce personnage lorsque nous incarnons notre rôle et que nous lui donnons chair. Dans le contexte de la formation des étudiants et des professionnels de santé la mise en place de jeux de rôle qui mettent en lumière le personnage tel qu'il apparaît habituellement sur la scène du soin est salutaire... À ceux qui sont pris dans une rigidité de rôle, liée à des éléments dépressifs, qui empoisonnent par leur comportement la vie de leur équipe de soin et parfois maltraitent les patients, ce dispositif de formation permet de mettre en évidence, avec tact, au sein du groupe leur souffrance et donc donne les moyens de la traiter dans un second temps. À ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas changer, à ceux « qui savent » et qui considèrent qu'ils n'ont rien à apprendre dans le domaine du savoir-être la simulation n'est d'aucun secours.

En outre, dans le théâtre la place des émotions est capitale. Elle apparaît non comme le moteur ou la cause du jeu du comédien mais comme l'aboutissement du travail d'intégration du rôle chez celui qui le porte. L'approche phénoménologique permet d'observer et d'écouter ce qui se joue là pour les acteurs, dans « l'ici et maintenant » de la rencontre avec les animateurs et avec leurs collègues. C'est la « *Stimmung* », chère à Heidegger, l'atmosphère de la formation qui est en somme la plus formatrice, bien au-delà des discours et des remarques sur tel ou tel point psychologique ou éthique. Elle est constituée par le style relationnel imprimé par les animateurs, la gestion des échanges dans le groupe, l'appropriation de la verbalisation par les étudiants, la manifestation de l'intérêt de l'animateur pour tel ou tel

développement apporté par l'étudiant, la possibilité d'expression émotionnelle notamment pour un désaccord ou un assentiment, etc. Apprendre le respect pour le patient passe d'abord par le respect ressenti dans l'attitude de l'enseignant vis-à-vis de ses élèves. Il s'agit de vivre, *primum vivere*, et c'est selon nous le propre d'une démarche éthique d'aider à vivre, et non de « dire » de manière incantatoire et sous forme d'injonctions stériles. C'est pour nous ici que s'apprennent les vertus médicales de respect, de prudence, d'humilité et de convivialité. Dans ces temps privilégiés, les enseignants sont apprenants également. S'ils se montrent capables de ne pas juger les étudiants et d'écouter leurs remarques et leurs interrogations, s'ils se montrent simples et accueillants, ces enseignants deviennent des modèles de rôle précieux pour la vie entière de leurs élèves, bien au-delà de la période de formation.

Pour autant, est-ce que le dispositif ne pourrait pas encourager non pas la résolution de tensions internes mais au contraire des comportements déviants ? Les règles ne pourraient-elles pas être contournées au profit de joueurs peu scrupuleux ? C'est la question du rapport au mensonge et à la vérité qu'il convient à présent d'aborder. Revenons sur le jeu dans une autre de ses dimensions, celle du mensonge, du bluff et de la tricherie. Nous allons dans un premier temps exposer les nombreuses questions que ce jeu d'illusion suscite en fin de compte, puis nous tâcherons d'éclairer le problème avec les notions d'hypocrisie, de sincérité et d'authenticité.

14.6. Mensonge, vérité et art de la simulation.

Simuler, n'est-ce pas apprendre à faire semblant ? A partir de ce constat, dans quelle mesure et à quelle condition par ce dispositif peut-on enseigner l'éthique aux étudiants ? On l'a dit, dans le jeu-*mimicry* le joueur imagine qu'il est autre que lui. C'est le type de jeu où l'on feint, où l'on se masque, où l'on se déguise, où l'on simule : le joueur y revêt une personnalité étrangère, mais les autres joueurs savent que c'est « pour de faux ». Ce jeu est-il moral ? Peut-on donc éveiller au sentiment moral avec un dispositif, certes ludique, mais fondé sur le « comme si » ? Ne pourrait-on pas objecter que ce dispositif pourrait corrompre les apprenants et favoriser l'émergence de tricheurs et de « simulateurs » ? On reprend d'une autre manière la question de la feinte et de la ruse prônée par certains afin de convaincre le patient par exemple, mais on renverse ici le point de vue. L'objection a du poids.

Caillois (2015) a examiné la possibilité de la « corruption des jeux » dans son ouvrage *Les jeux et les hommes*. Il écrit :

« Si le jeu consiste à fournir à ces puissants instincts une satisfaction formelle idéale, limitée, maintenue à l'écart de la vie courante, qu'en advient-il donc quand toute convention est rejetée ? Quand l'univers du jeu n'est plus étanche ? Quand il y a contamination avec le monde réel, où chaque geste entraîne des conséquences inéluctables ? » (Caillois, 2015, p. 103).

Alors oui, dans ce cas, l'univers du jeu est corrompu. Qu'en est-il de la figure du tricheur ?

Caillois répond :

« Le tricheur, lui, reste dans l'univers du jeu. S'il en tourne les règles, c'est du moins en feignant de les respecter. Il cherche à donner le change. Il est malhonnête mais hypocrite » (Caillois, 2015, p. 104).

Nous abordons ici la question du mensonge et de la sincérité, du rapport à la vérité, qui, avec une minuscule ou une majuscule, est une des grandes questions de la philosophie occidentale. En fin de compte, et à cette étape de ce travail sur l'enseignement et l'apprentissage de l'éthique, ce sont les questions suivantes qui se posent : dans le jeu de rôle qu'est la vie sociale, faut-il toujours être exact dans ses propos ? N'y a-t-il pas intérêt parfois à cacher la vérité pour être éthique ? En outre, peut-on être sincère dans nos paroles quand nos pensées et nos désirs sont en contradiction avec la bienséance ?

Cette question se pose très souvent au praticien qui sait la gravité d'un diagnostic et le mauvais pronostic d'une pathologie. Le Pr. V. en témoignait dans ses propos : « Par contre quand ils doivent mourir, (...) je ne leur dis rien du tout, je ne leur dis pas qu'ils vont mourir. (...) je leur mens quand le pronostic vital est engagé à court terme, je mens au patient ». Est-ce forcément mentir que de ne pas répondre à une question si on estime qu'il est illégitime pour l'interlocuteur de la poser ? N'est-ce pas agir éthiquement que de mentir, à l'exemple du Pr. V. ? La manière d'être du médecin doit-elle toujours se régler sur la sincérité au risque d'être épuisante ? Ne sommes-nous pas entrés aujourd'hui dans la dictature de la transparence ? N'est-il pas indispensable d'être un bon acteur à la pratique de son métier ? Au risque d'être provocateur posons-nous la question : face au « tout empathie » n'est-il pas urgent d'être « hypocrite » ? Le simulacre n'est-ce pas ça la réalité ? C'est toute la question de notre rapport, ô combien complexe à la « vérité » et à tout ce qui en relève tels l'exactitude, la

véracité, la sincérité, l'authenticité, le fait d'être de bonne foi mais aussi l'incertitude, l'omission, le mensonge ... Qu'est-ce que veut dire être éthique alors ? La formulation « être éthique » est trop large. De quel terme rend-on « éthique » alors synonyme ? Comment concilier la pratique des vertus en toutes circonstances et cette place laissée à la dissimulation ? C'est toute cette foule de questions que nous souhaitons aborder maintenant pour y apporter une réponse mesurée.

L'esprit humain est dans une quête incessante de la vérité, c'est même l'objet propre de la raison. Par exemple dans l'échange nous soupesons la fiabilité de notre interlocuteur pour savoir si dans ses propos il est digne de confiance. C'est une question de survie psychique et physique. Dans *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Freud (1930) écrit :

« Dans une gare de Galicie, deux juifs se rencontrent dans un train. “Où tu vas ?”, demande l'un. “À Cracovie”, répond l'autre. “Regardez-moi ce menteur !”, s'écrie le premier, furieux. “Si tu dis que tu vas à Cracovie, c'est bien que tu veux que je croie que tu vas à Lemberg. Seulement moi je sais que tu vas vraiment à Cracovie. Alors pourquoi tu mens ?” » (p. 73).

Freud rapporte cette petite histoire juive pour faire apparaître qu'on peut dire la vérité pour tromper son interlocuteur, ça s'appelle le bluff. On peut aussi de même affirmer une chose fausse avec beaucoup de bonne foi, c'est lorsqu'on se trompe. Mais il suffit d'ajouter le pronom personnel « soi-même » à ce verbe pronominal pour introduire une signification tout-autre : se tromper soi-même exprime l'attitude de celui qui, plus ou moins sciemment, ne veut pas admettre l'évidence, qu'il se ment à lui-même. Il n'est donc pas facile de s'y retrouver dans ce dédale psychique.

Regardant la vérité et le mensonge qui est son opposé, la question est une ligne de fracture au sein de la philosophie (Somme, 2005). Il y a les tenants de la vérité à tout prix, comme fondement de l'ordre des signifiants sur lequel repose la société dans son ensemble grâce à la confiance qu'elle permet. Et ceux qui sont prêts au nom de la charité, de l'humanité à faire de petits arrangements, à donner des coups de canif dans le contrat, à ravalier les grands principes pour un principe supérieur. Tenant l'absolu de la vérité, Kant est allé jusqu'au bout de la logique. Du point de vue de Kant, nous ne devons pas la vérité seulement à l'autre, mais nous nous la devons d'abord à nous-même, à l'humanité en nous. Pour le dire sèchement, au risque d'atteindre très vite le point Godwin, avec Kant on livre son voisin juif aux nazis et on dit au

malade tout ce qu'il est en droit d'entendre. Dans *Sur un prétendu droit de mentir par humanité*, on peut lire :

« La véracité dans les déclarations que l'on ne peut pas éviter est un devoir formel de l'homme à l'égard de chacun, quelle que soit l'importance du dommage qui peut en résulter pour lui ou pour un autre. Et bien que je ne commette pas d'injustice envers celui qui me contraint injustement à une déclaration quand je la falsifie, je commets cependant par une telle falsification qui, pour cette raison, peut elle aussi être appelée mensonge – quoique dans un sens qui n'est pas celui des juristes – une injustice dans la partie la plus essentielle du devoir en général : c'est-à-dire que, pour autant que cela dépend d'elle, mon action a pour effet que des déclarations en général ne trouvent pas de créance, et que, par conséquent, tous les droits qui sont fondés sur des contrats tombent également et perdent leur force : ce qui constitue une injustice à l'encontre de l'humanité en général » (Kant, 1986, tome 3).

Accepter de mentir, même pour une bonne cause, c'est introduire un relativisme dans les signifiants et les paroles, que nul ne peut plus alors maîtriser. La confiance est perdue, des relations humaines de qualité sont désormais impossibles. Dans cette même ligne, on trouve St Augustin (395) dans *Du mensonge (De mendacio)* en IX, 15, cité par Somme (2005) qui ne met qu'une exception à la règle, comme souvent chez lui, dans le domaine de la sexualité et de l'atteinte à la pureté :

« Quant aux péchés qui sont commis sur un homme de manière à le rendre immonde, nous devrions les empêcher, fût-ce au prix de nos péchés. Car on ne saurait appeler péchés les actes qu'on accomplit pour éviter une telle souillure. Tout acte, en effet, qu'on jugerait blâmable, si on ne l'accomplissait pas, n'est pas un péché. Il résulte de là qu'il ne faut pas l'appeler souillure, la souillure qu'on n'a aucun pouvoir d'empêcher. [...] Rien de ce qu'il eût fait pour y échapper n'aurait été péché. Donc quiconque ment pour cela ne pêche pas » (Augustin, 395, IX, 15, BA 2, pp. 281-283, cité par Somme, 2005, §20).

Thomas d'Aquin (1266-1273), dans la *Somme théologique* (II-II, Q. 110, a.1c.) se situe dans la ligne rigoureuse d'Augustin. Il définit formellement le mensonge comme la volonté d'exprimer quelque chose que l'on retient pour faux, ce que souligne également Somme dans « *La vérité du mensonge* » (2005).

Ce refus de toute justification du mensonge on le trouve aussi dans le domaine scientifique et cela intéresse au premier chef les médecins et les futurs médecins. La rigueur affichée dans la

recherche, la nécessité de l'exactitude dans les résultats, la confiance qui en découle dans la communauté des chercheurs engage tout un chacun à un rejet du mensonge. Le besoin de science et de vérité est prégnant aujourd'hui, comme le rappelle Gasqueres dans un article pour Libération (2019). Il cite les propos de Poincaré qui, en mars 1910, s'exclamait dans une conférence sur la morale et la science :

« Y a-t-il rien qu'il importe plus de combattre que le mensonge, parce que c'est un des vices les plus fréquents chez l'homme primitif et l'un des plus dégradants ? » (Poincaré, cité par Gasqueres, 2019).

Le mathématicien et physicien y présentait la morale scientifique comme un gage de vérité, et un exemple à suivre pour la société tout entière :

« Quand nous aurons pris l'habitude des méthodes scientifiques, de leur scrupuleuse exactitude, l'horreur de tout coup de pouce donné à l'expérience, quand nous nous serons accoutumés à redouter comme le comble du déshonneur, le reproche d'avoir même innocemment quelque peu truqué nos résultats, quand cela sera devenu pour nous un pli professionnel indélébile, [...] n'allons-nous pas porter dans toutes nos actions ce souci de la sincérité, absolue, au point de ne plus comprendre ce qui pousse d'autres hommes à mentir ? » (Poincaré, cité par Gasqueres, 2019).

Y a-t-il alors une quelconque place pour la duplicité, l'arrangement, le faux-semblant ?

Le problème du principisme cependant, c'est qu'il fonctionne *in abstracto*. Or, notre compréhension des situations demeure imparfaite, et leur appliquer des règles absolues pose problème. La position de Kant a eu ainsi de son vivant des détracteurs. Constant (1797) dans *Des réactions politiques* s'insurge contre ce diktat de l'exactitude à tous et pour tous en tout temps :

« Le principe moral que dire la vérité est un devoir, s'il était pris de manière absolue et isolée, rendrait toute société impossible. Nous en avons la preuve dans les conséquences directes qu'a tirées de ce premier principe un philosophe allemand qui va jusqu'à prétendre qu'envers des assassins qui vous demanderaient si votre ami qu'ils poursuivent n'est pas réfugié dans votre maison, le mensonge serait un crime » (p. 251).

Constant précise :

« Dire la vérité n'est donc un devoir qu'envers ceux qui ont droit à la vérité. Or nul homme n'a droit à la vérité qui nuit à autrui » (p. 251).

Voilà répondu selon Constant à l'injonction de livrer à la mort des innocents à leurs bourreaux, c'est en obéissant au principe d'une fin supérieure, celle de l'amitié, qu'il est de notre devoir de mentir. Regardant maintenant la vérité due au malade, là encore il y a une objection de conscience qui peut être opposée à Kant. Dans le *Traité des vertus* (1949), chapitre 3, intitulé « La sincérité », Jankélévitch (cité par Comte-Sponville, 1995) affirme :

« Il ne faut pas que les hommes pauvres et seuls aient de la peine, ceci est plus important que tout et même que la vérité. Il ne faut pas faire de la peine au mourant, fût-ce au prix d'une entorse à la vérité ; non, il ne faut pas dire la vérité au mourant. [...] Le mensonge-par-amour qui est survérité est paradoxalement plus vrai que la vérité vrai » (pp. 249-251).

S'appuyant sur Jankélévitch, Comte-Sponville (1995) distingue la « bonne foi » de la « sincérité » :

« Être sincère, c'est ne pas mentir à autrui ; être de bonne foi, c'est ne mentir ni à autrui ni à soi » (p. 251).

Il faut donc selon lui préférer la bonne foi à la sincérité. Mentir reste un mal, mais un moindre mal, nécessaire, obligatoire même, imposé par le devoir de préférer à soi autrui :

« Qu'est-ce que cette vertu si soucieuse de soi, de sa petite intégrité, de sa petite dignité, qu'elle est prête, pour se préserver, à livrer un innocent à des assassins ? Qu'est-ce que ce devoir sans prudence, sans compassion, sans charité ? Le mensonge est une faute ? Sans doute. Mais la sécheresse de cœur aussi, et plus grave ! La véracité est un devoir ? Soit. Mais l'assistance à personne en danger en est un autre, et plus pressant. Malheur à celui qui préfère sa conscience à son prochain » (Comte-Sponville, 1995, pp. 266-267).

La position de Kant nous est devenue « insoutenable » (Comte-Sponville, 1995) :

« Parce que la barbarie a pris, en ce triste XX^e siècle, une autre dimension, auprès de quoi tout rigorisme est dérisoire, quand il n'occupe que la conscience, ou odieux, s'il revient à servir effectivement les bourreaux. Vous abritez un Juif ou un Résistant dans votre grenier. La Gestapo, qui le cherche, vous interroge. Allez-vous lui dire la vérité ? Allez-vous (ce qui reviendrait au même) refuser de répondre ? Bien sûr que non ! Tout homme d'honneur, tout homme de cœur, et même tout homme de devoir, se sentira non seulement autorisé mais tenu de mentir. Je dis bien : de mentir. Car le mensonge n'en restera pas moins ce qu'il est, une déclaration intentionnellement fausse » (p. 267).

Ce n'est pas si simple pourtant... Comment faire le partage entre ceux qui ont droit à la vérité et ceux qui n'y ont pas droit ? De qui relève cet exercice ? Et puis si la question de la vérité et du mensonge peut relever d'une dialectique entre la compassion pour l'individu et la préservation du lien social, entre le devoir moral de tout dire et la prudence de savoir se taire, faut-il aller jusqu'à dire qu'il faut, pour être moral dans certaines circonstances mentir, cacher la vérité, se dérober à la sincérité... ou pour le dire encore autrement d'être hypocrite ? Nous trouvons cela exagéré ? Nous n'irions pas jusqu'à employer ces termes ? Mais n'est-ce pas là justement de l'hypocrisie pour le coup ? Babeau (2018), dans *l'Éloge de l'hypocrisie* revient sur la genèse du mot :

« L'histoire du mot nous éclaire sur le sens profond que l'on doit lui prêter. *Hypocritinomai*, signifiait en grec ancien "interpréter", et par conséquent aussi "répondre à une consultation", puisqu'à l'époque, la plupart des actes importants des individus ou des cités passaient par l'interprétation, par l'intermédiaire d'augures, des signes divins. Puis le mot en est venu à désigner l'acteur donnant la réplique sur un théâtre. Lui aussi, hier comme aujourd'hui, avait pour charge d'interpréter un texte dont il n'était que le médium de transmission. Le mot a ensuite désigné au figuré le fait de feindre, simuler, jouer un personnage » (p. 25).

Le passage de la lecture des oracles à l'interprétation du comédien est éclairant. Il s'agit de donner du sens, de trouver une voie, de faire son chemin. Et cela advient par le jeu d'acteur que l'on adopte, par son talent à jouer la comédie. C'est la fonction de l'hypocrisie. Selon Babeau (2018) :

« L'hypocrisie n'est qu'un jeu. Ou plutôt, devrais-je écrire elle est le jeu par excellence. Celui que l'on joue chaque jour de notre vie sociale et humaine, ce qui est la même chose » (p. ?).

Habituellement l'hypocrisie semble éloignée de toute vie éthique ou morale digne de ce nom... Et pourtant, selon Babeau (2018) :

« J'appelle hypocrisie cet arrangement tacite car connu de tous sans qu'il soit besoin de le formuler expressément par lequel en société une chose en cache une autre [...] elle est le nom que je propose de donner aux faux-semblants, apparences entretenues, mises en scène, illusions convenues que nous utilisons quotidiennement. C'est la règle non appliquée, à la satisfaction générale. C'est le propos allusif que tout le monde saura interpréter. Ce sont les circonlocutions qui montrent en creux ce qu'elles ne disent pas » (pp. 14-15).

De fait l'hypocrisie s'oppose à l'exactitude. On se déprend ici de l'éthique principiste, de la seule approche raisonnée, d'une certaine conception légaliste et étriquée de la vertu. La vie en société consiste pour une part selon l'auteur à dissimuler et à feindre. Toujours selon lui (2018) dans son *Éloge de l'hypocrisie* :

« “Une forme de mensonge qui n'existe plus guère est celle qui consistait, dans le monde, à supporter des présences importunes, à sourire à des gens ennuyeux, à bien accueillir des figures sans agrément, à savoir écouter de vieilles dames bavardes, à dissimuler son impatience. Cela s'appelait avoir de l'éducation” Un mensonge ? Pas exactement, si l'on compte que chacun sait comment il faut comprendre les paroles et les attitudes en société. Ces hypocrisies sociales ne sont pas faites pour abuser (en tout cas, pas d'abord pour cela). Leur raison d'être est de rendre supportables les liens sociaux. Sans cette médiation du voile hypocrite, les rencontres avec tout autre que nos proches amis et familiers seraient impossibles » (Babeau, 2018, citant Rey, 1925, p. 56).

Cette hypocrisie empreinte d'urbanité et de politesse ne s'opposerait donc pas à une bienveillance sincère. Une des clés de compréhension du problème est peut-être que la sincérité a des significations différentes selon les cultures et selon les époques. Le mot sincérité renvoie à deux sens différents. Le terme, forgé sur le latin *sinceritas*, apparaît dans notre langue au XIII^e siècle. Il a conservé un temps une partie de son sens original, qui renvoie aux notions de pureté et d'intégrité. La sincérité peut signifier « s'exprimer sans duplicité ni mensonge ». Un vin sincère était un vin non frelaté. Mais la sincérité peut aussi s'apparenter « à dire la vérité sur soi-même » ; la sincérité alors ne peut pas faire l'objet d'une estimation objective. Elle est autoréférentielle. Elle apparaît alors comme une forme d'honnêteté dans le respect des formes héritées, qui favorise la vie sociale. Elle consiste à épouser son rôle social au point de se confondre avec lui. N'est-ce pas alors faire l'éloge du courtisan, qui est un comédien par excellence comme le notait Diderot ? Dans les *Caractères*, « De la cour », La Bruyère (1880) dit de lui :

« Un homme qui sait la cour est maître de son geste, de ses yeux, et de son visage ; il est profond, impénétrable ; il dissimule les mauvais offices, sourit à ses ennemis, contraint son humeur, déguise ses passions, dément son cœur, agit contre ses sentiments » (2, I).

Est-ce de la fourberie ? Est-ce de la tromperie généralisée ? Sous l'Ancien Régime ce jeu de faux semblants est à l'honneur. Il faut relire pour s'en convaincre l'extraordinaire pièce de

théâtre en un acte de Jean-Claude Brisville, écrite en 1989, intitulée *Le souper*. Elle met en scène la figure par excellence de l'Ancien régime Charles-Maurice de Talleyrand-Périgord, évêque défroqué, prince de Bénévent et ministre des Affaires extérieures sous le Premier Empire face à Joseph Fouché ministre de la police dans plusieurs gouvernements. À la cour, pour rester en grâce, il faut être vu, avoir la parole prompte, le mot d'esprit rapide, la répartie acerbe... Selon Babeau (2018) :

« Faut-il voir dans cette gigantesque mise en scène un aveuglement général, une sorte d'illusion collective où un groupe social tout entier s'est entièrement "pris au jeu" de la courtoisie ? Rien ne serait moins vrai. L'époque est aussi celle d'une conscience aiguë de la vanité des simagrées curiales. Il y a évidemment les Bourdaloue, les Bossuet, et les Fénelon prédicateurs pour les deux premiers et précepteur pour le troisième » (p. 107).

Dans ce jeu de rôle général et collectif, personne n'est donc dupe et la vie sociale met en scène cette farce qu'est l'existence de l'être humain qui double ses coups de génie de bassesse et d'approximation. Il en va de ne pas se prendre au sérieux tout en s'essayant à l'être. Selon Babeau (2018) :

« Il s'agit des deux faces complémentaires d'une même prophylaxie de l'esprit : celui qui vit superficiellement n'est ridicule et blâmable que s'il a la bêtise de n'être que ce courtisan superficiel qu'il paraît être. C'est l'homme unilatéral qui est critiquable. Dès qu'il devient biface, suffisamment pénétré de la vanité de ses actes pour les accomplir d'autant plus sérieusement qu'il sait leur absurdité, alors il est le parfait courtisan. Profond et superficiel à la fois. Dans le monde jusqu'au cou sans doute, et courtisan autant qu'un autre, mais réellement conscient que l'essentiel est ailleurs. Un ailleurs où la plupart se gardent bien d'aller » (pp.108-109).

À l'opposé se tient le « maniaque de la sincérité », dont Molière au XVII^e siècle a fait le personnage du *Misanthrope*, et qui apparaît comme un être inadapté à sa fonction sociale. Ainsi lorsqu'Alceste proclame sa devise :

« Je veux qu'on soit sincère, et qu'en homme d'honneur, on ne lâche aucun mot qui ne parte du cœur » (Molière, 1666, I, 1, v. 35-36),

son ami Philinte lui représente les perturbations qu'une telle vertu entraînerait pour la société de cour. Pourtant cette société subtile, intelligente et manœuvrière va péricliter. C'est le XVIII^e siècle qui va consacrer la première acception de la sincérité comme rejet du mensonge.

Diderot est un critique acerbe du jeu de cour. Selon Trilling (1994) le personnage central de l'œuvre de Diderot, le *Neveu de Rameau* :

« met à nu l'histrionisme exigé de chacun de nous par la société moderne, qui distribue et gère les positions et les rôles sociaux. La société moderne est donc fondée sur un principe d'insincérité » (p. 78).

C'est plus encore chez Rousseau (1959) que s'affirme radicalement l'aspiration moderne à la sincérité. La sincérité chez lui vise à remédier la séparation de l'être et du paraître qui détériore les relations de l'être humain avec ses semblables et ses rapports avec lui-même. C'est le projet même des *Confessions*. Dans son rapport à lui-même la sincérité révèle à Rousseau sa position dans l'ordre de la nature. Et dans sa relation au lecteur Rousseau veut transmettre la vision qu'il a de lui dans ses dimensions individuelle et universelle :

« Je serai vrai ; je le serai sans réserve ; je dirai tout ; le bien, le mal, tout enfin. Je remplirai rigoureusement mon titre, et jamais la dévote la plus craintive ne fit un meilleur examen de conscience que celui auquel je me prépare ; jamais elle ne déploya plus scrupuleusement à son confesseur tous les replis de son âme que je vais déployer tous ceux de la mienne au public. Qu'on commence seulement à me lire sur ma parole ; on n'ira pas loin sans voir que je veux la tenir » (p. 1153).

C'est l'expression d'une originalité individuelle profondément asociale, parce qu'elle est sans concession. Rousseau s'est détaché du modèle humaniste où il y a une cohérence du sujet avec la normativité. À sa suite, la Révolution française fit de la sincérité sa vertu cardinale :

« L'Ancien Régime avait cultivé une culture de cour et de salons, basée sur l'art de paraître et de plaire. Cette culture impliquait une grande maîtrise des codes de comportement en usage, ainsi qu'une capacité à dissimuler ses véritables émotions (...) La Révolution, par réaction, porta à incandescence l'horreur des masques et de l'hypocrisie. Ce qui la rendit bientôt soupçonneuse. Comme l'avait vu Hannah Arendt, la Terreur anticipe les États totalitaires, en ce qu'elle refuse à l'individu une intériorité où pourrait se dissimuler des sentiments "contre-révolutionnaires". Elle conteste la distinction entre le citoyen et la personne privée. Elle fait la chasse aux "traîtres cachés". Les États totalitaires, eux, verront partout des saboteurs » (Couturier, 2017).

Notre propos peut paraître paradoxal dans le contexte d'une réflexion sur le dispositif pédagogique de la simulation en relation avec l'éthique, mais comme on l'a compris, si on interroge un dispositif appelé « simulation », qui plus est destiné à enseigner l'éthique, il

convient de s'interroger sur la distinction entre l'exactitude et la vérité en éthique, sur la sincérité et l'authenticité. Dans l'injonction à servir la vérité au sens de l'exactitude, dans le refus du mensonge *a priori* selon l'éthique défendue par Kant, dans la rhétorique des idées qui s'oppose aux méandres du vécu, ne peut-on pas craindre que ces absolus en viennent finalement à se détourner de la cause qu'ils prétendent servir ? Selon Babeau (2018), dans *l'Éloge de l'hypocrisie* :

« N'est-il pas cependant le vrai fou, celui qui convoque le rêve pour juger du réel ? Nous ne voulons pas toujours nous l'avouer, mais la réalité de notre expérience du monde est beaucoup plus proche de la coïncidence des opposés, cette *coincidencia oppositorum*, dont parlait Nicolas de Cuse au XV^e siècle. Le principe de non-contradiction est sans doute l'un des *a priori* les plus trompeurs si nous souhaitons comprendre le monde. Il est en fait plein de ces contradictions, et c'est précisément l'hypocrisie qui permet de ne pas en mourir, en créant l'artifice utile de la cohérence. Elle est cette illusion commune qui nous permet de ne pas remettre en cause nos croyances face aux contradictions incessantes que notre expérience du réel nous livre. » (p. 17).

Ce qui importe dans la coïncidence des opposés et la démarche de Nicolas de Cues, c'est la recherche de la vérité. C'est *La chasse de la sagesse*, titre de l'un de ses écrits. Or, la chasse compte plus que la prise. En simulation, ce qui compte, ce n'est pas tant d'atteindre un but idéal que de se mettre en quête de soi et de l'ajustement vertueux aux situations, en tenant compte d'autrui, et de progresser dans sa démarche personnelle et professionnelle. Prétendre savoir la vérité est le plus sûr moyen de se tromper. C'est la marque même de la bêtise. C'est croire que l'on n'a plus rien à apprendre. La complexité de ce que nous nommons « réalité », la pluralité des points de vue avec chacun leur part de légitimité, l'écoute humble que l'on peut prêter à toute personne qui fait l'effort d'argumenter son opinion participent à cette progression lente et laborieuse vers la connaissance. Pédagogiquement, le jeu de rôle peut apparaître comme un leurre pédagogique pour initier les étudiants comme les enseignants à cette capacité à écouter et à apprendre. Et c'est là qu'on fait œuvre salubre au sens premier du mot, car c'est bien cette vertu d'écoute qui est première et essentielle dans la médecine hippocratique.

La simulation comme dispositif d'enseignement et d'apprentissage s'intéresse à l'expression des affects et des attitudes en situation . Elles sont un élément essentiel de la communication,

du non-verbal qui exprime ce que la volonté veut masquer, de l'hypocrisie habituelle des rapports humains : « On ment bien de la bouche, mais avec la gueule qu'on fait en même temps, on dit la vérité quand même » remarquait Nietzsche dans la pensée 166 de *Par-delà bien et mal* (Nietzsche, 1991). Nous avons démontré qu'en s'intéressant à l'expression des affects et des attitudes en situation, qu'en développant chez les apprenants une perception émotionnelle, on leur enseigne à agir éthiquement en situation. L'expression de l'émotion découvre justement les contradictions dont nous sommes pétris dans notre agir. Elle fait office de révélateur à la manière d'un bain argentique. Elle met devant les yeux des observateurs et surtout nos propres yeux ces distorsions entre nos intentions et nos pratiques, entre nos discours et nos comportements. Combien d'acteurs en séance sont secoués par leur difficulté à mettre en œuvre les beaux principes auxquels ils adhèrent sans faillir ? Au visionnage d'une vidéo de leur jeu de rôle ils s'étonnent de leur attitude, de leurs résistances, de leur gaucherie empruntée... Il ne s'agit pas de juger les acteurs, de leur imposer un « prêt à penser », des solutions toutes faites. Il importe d'accompagner les réactions de chacun, de les interroger, de permettre un questionnement. L'hypocrisie que constitue l'art de la communication, l'illusion que procure au patient l'utilisation de l'empathie cognitive de la part du médecin ne nous semblent pas contraires à l'éthique du moment qu'elles sont réfléchies, mises à distance, critiquées, et ramenées à leur juste place. L'ériger en système demeure plus problématique pour les raisons que nous avons déjà rapportées.

Plus largement la simulation comme dispositif d'enseignement et d'apprentissage nous interroge sur l'étoffe même de ce qui nous entoure. Dans le jeu de rôle, notre vie apparaît comme une vaste pièce de théâtre où nous croyons être cohérents quand en fait nous redonnons du sens *a posteriori*, comblant nos lacunes par des pirouettes qui font illusion. S'agirait-il finalement d'un simulacre à la manière dont Baudrillard (1981) l'a décrit ? Baudrillard cherchait en effet à cerner l'acte de simuler, par contraste avec l'activité connexe de feindre :

« Dissimuler est feindre de ne pas avoir ce qu'on a. Simuler est feindre d'avoir ce qu'on n'a pas. L'un renvoie à une présence, l'autre à une absence. Mais la chose est plus compliquée, car simuler n'est pas feindre : Celui qui feint une maladie peut simplement se mettre au lit et faire croire qu'il est malade. Celui qui simule une maladie en détermine en soi quelques symptômes (Littre). Donc, feindre, ou dissimuler, laissent intact le principe de réalité : la différence est toujours claire, elle n'est que masquée. Tandis

que la simulation remet en cause la différence du vrai et du faux, du réel et de l'imaginaire » (Baudrillard, 1981, p 12).

La simulation interroge notre rapport avec la vérité, notre prétention commune à maîtriser le « réel », sa connaissance objective, le discours convenu que nous tenons sur lui. Pour Baudrillard la question relève d'une problématique métaphysique. Le simulacre serait la trame de ce qui nous entoure et la simulation l'essence de nos rapports humains. Toujours selon Baudrillard (1981) :

« Telle est la simulation, en ce qu'elle s'oppose à la représentation. Celle-ci part du principe d'équivalence du signe et du réel (même si cette équivalence est utopique, c'est un axiome fondamental). La simulation part à l'inverse de l'utopie du principe d'équivalence, part de la négation radicale du signe comme valeur, part du signe comme réversion et mise à mort de toute référence. Alors que la représentation tente d'absorber la simulation en l'interprétant comme fausse représentation, la simulation enveloppe tout l'édifice de la représentation lui-même comme simulacre » (p. 16).

Pour le dire autrement, et en reprenant le tableau de Magritte « la Trahison des images », la pipe n'existe pas dans le réel. Baudrillard refuse l'opposition entre le réel et l'imaginaire. Ce qui est, c'est la simulation de l'être qu'il désigne sous le terme d' « hyperréel ». On est là dans un regard fondamentalement nihiliste, où règnent l'ignorance et l'aveuglement. Il s'agit de jouer le jeu car nous sommes entrés dans la danse, danse où le philosophe se caractérise paradoxalement par son réalisme radical et son absence d'illusion, une lucidité que Cioran n'aurait pas reniée :

« L'hypocrisie est une forme de pudeur. Une marque de respect. En aveuglement consolateur devant l'absence de justice de la vie. Il n'y a pas d'ordre. Il est toujours une construction sociale utilitaire. Un simple viatique psychique. Son utilité ? Entretenir l'illusion du sens » (Babeau, 2018, p 128).

On n'est pas obligé de suivre ces penseurs sur le versant métaphysique de leur réflexion. Leur constat de la place de l'hypocrisie comme composante du lien social est-il la porte ouverte à une forme de cynisme ? Est-ce une permission donnée à la ruse et à la manipulation sans scrupule ? Y a-t-il des formes d'hypocrisie acceptables et d'autres condamnables ? Si l'on en croit Babeau (2018) :

« Le phénomène présente une face obscure : celle d'une hypocrisie qui enferme. C'est entre autres le cas de ces « mythes du management » [...] qui lorsqu'ils sont autre chose qu'un voile couvrant les pratiques, peuvent être opposés aux individus pour contraindre les cadences, réduire l'autonomie ou reporter sur eux la responsabilité des échecs collectifs. Il s'agit là d'une hypocrisie maligne, par opposition à celle dont je souhaite faire l'éloge, qui est bénigne. La première enferme et contraint, la seconde émancipe et ouvre des espaces de possibles » (p. 143).

Cela n'est pas sans rappeler des pratiques de négociation. Un des champions de cette communication au service de son seul intérêt n'est autre que l'actuel président des États-Unis d'Amérique. Donald Trump est devenu à la fin des années 1980 l'incarnation d'une certaine idée du rêve américain, un businessman charismatique, audacieux et sans scrupules. Il a théorisé ses principes dans un ouvrage coécrit avec un journaliste, Tony Schwartz. Entre autres, il affirme :

« La touche finale, que j'utilise souvent pour achever en beauté la promotion de mes projets, est la bravade. Je joue avec les fantasmes des gens. Ils ne voient peut-être pas toujours grand, mais ils peuvent encore s'enthousiasmer pour ceux qui le font. Voilà pourquoi un peu d'exagération ne nuit pas. Les gens aiment croire que quelque chose est ce qu'il y a de plus grand et de plus spectaculaire au monde. J'appelle cela la vérité exagérée. C'est une forme innocente d'exagération et une forme efficace de promotion » (Trump, 2019, p. 74).

Il s'agit bien évidemment ici d'un euphémisme car « plus c'est gros plus ça passe ». Tony Schwartz relève que :

« [Donald Trump] a plus que n'importe quelle autre personne que j'ai connue, cette capacité à se convaincre lui-même que tout ce qu'il dit est vrai, ou à moitié vrai, ou, au moins, devrait être vrai » (Schwartz cité par Vinogradoff, 2016).

Il dénonce chez lui le mensonge systématique, l'absence d'empathie, le narcissisme extrême, une coupure totale avec la réalité (Schwartz, 2018). Ici, l'hypocrisie revêt un visage peu ragoûtant car elle exploite la faiblesse humaine. Certaines victimes sont pour une part consentantes au dommage qu'on leur inflige, si tant est qu'elles se laissent attirer dans les rets de celui qui sait exploiter leur vanité. Cette dynamique rappelle les confessions du rusé Valère, l'amant d'Élise dans l'Avare, où on peut bien imaginer que Molière dépeint à la fois les habitudes des courtisans mais aussi son propre office à la cour :

« J'éprouve que pour gagner les hommes, il n'est point de meilleure voie, que de se parer à leurs yeux de leurs inclinations ; que de donner dans leurs maximes, encenser leurs défauts, et applaudir à ce qu'ils font. On n'a que faire d'avoir peur de trop charger la complaisance ; et la manière dont on les joue, a beau être visible, les plus fins toujours sont de grandes dupes du côté de la flatterie ; et il n'y a rien de si impertinent, et de si ridicule, qu'on ne fasse avaler, lorsqu'on l'assaisonne en louange. La sincérité souffre un peu au métier que je fais : mais quand on a besoin des hommes, il faut bien s'ajuster à eux ; et puisqu'on ne saurait les gagner que par-là, ce n'est pas la faute de ceux qui flattent, mais de ceux qui veulent être flattés » (Molière, 1668, I, 1.).

En fin de compte la question qui est en jeu ici est moins celle de l'exactitude que celle de la vérité sur la personne. Il s'agit de passer de la sincérité à l'authenticité. *Authentès*, en grec désignait une personne qui agit de sa propre autorité. D'où le sens actuel en droit : pour qu'un acte soit authentique, il faut que celui qui l'effectue ait l'autorité nécessaire ; et sa valeur est alors réputée inattaquable (Devji, 2017). La sincérité est une profession de foi, une démarche qui procède de la raison. L'authenticité est une attitude profonde, un « être avec » soi, et de manière dérivée avec les autres et le monde. L'une est construite, souvent avec beaucoup de bonne volonté. L'autre est le fruit d'une découverte de soi, une acceptation de ses propres mouvements profonds, jusqu'alors inconnus, inconscients et contradictoires. Le passage de la sincérité à l'authenticité signe une maturité psychique. Les séances de simulation, en lien avec les autres dispositifs pédagogiques sollicitant la réflexion éthique en lien avec les émotions éprouvées, engagent pleinement l'étudiant dans ce travail.

Ainsi la valeur pédagogique du dispositif de la simulation peut apparaître dans cette capacité à dévoiler les méandres du jeu d'acteur que nous menons au quotidien pour tenir notre rôle social. Nous faisons peut-être preuve d'hypocrisie pour permettre à notre équipe de fonctionner suffisamment bien, nous prenons sur nous-mêmes pour accepter l'autre avec ses faiblesses, nous nous adaptons à sa personnalité et à son mode de fonctionnement. Sans illusions sur nous-mêmes, nos contradictions entre ce que nous professons et les petits arrangements que nous nous ménageons, nous sommes capables d'accueillir l'autre avec ses limites. La séance de simulation permet de se dire à soi-même avec humour ce que nous cherchons à nous dissimuler et à dissimuler aux autres, notre manque de courage, nos impatiences, nos calculs pas très glorieux. Pour celui qui accepte de se remettre en question, qui veut faire les choses sérieusement sans se prendre au sérieux, qui ne se laisse pas

embobiner par son propre personnage, les questions posées par l'animateur durant le débriefing seront salutaires. Mais d'autres rejetteront la simulation car cet entre-deux, ce jeu de miroir, ce faire semblant les mettra à mal. Ils ne pourront pas supporter cette mise en question de leur travail, cette déstabilisation de leur représentation fermée de leur profession et aussi la confrontation avec leur propre image. On se situe ici à la confluence de la psychologie qui explique mais ne justifie pas des comportements antisociaux et la morale ou l'éthique, qui renvoient à la responsabilité propre, au choix libre, à la décision assumée. Difficile d'en faire le départ car les deux réalités sont intrinsèquement liées chez l'être humain. Ainsi, la valeur pédagogique du dispositif de la simulation ne tient pas dans un jeu de faux-semblants. Elle suppose une authenticité de celui qui s'engage à la tâche, fût-elle balbutiante et maladroite. Nous stipulons que ce dispositif est formateur et aide les apprenants à mûrir, dans ces années charnières entre l'adolescence et l'entrée dans le monde professionnel. En outre, arrivé à ce stade de notre réflexion, il faut être vigilant à ne pas laisser croire que le tricheur, le menteur et l'hypocrite sont les gagnants du dispositif. Composer avec ses émotions est certes coûteux, notamment en énergie psychique, mais sur le long terme, cet investissement s'avère plus fécond personnellement et plus efficace professionnellement. C'est là notre thèse.

Conclusion

Concluons maintenant ces développements relatifs au « jeu » pour déterminer en quoi le dispositif de la simulation en tant qu'il intègre le jeu est susceptible de faciliter l'apprentissage d'un agir vertueux chez les apprenants. Le jeu nous apparaît comme un phénomène complexe qui a une fonction développementale dans les espèces animales, permettant des apprentissages en vue de la survie. Le jeu a une dimension individuelle et une dimension sociale. Chez l'être humain le jeu est traversé de mouvements inconscients à l'œuvre dès l'enfance, où son statut d'être pensant le met aux prises avec sa finitude, en d'autres termes il se sait mortel. Le jeu permet de « faire-avec » soi-même c'est à dire d'intégrer des mouvements pulsionnels au sein de la vie de l'esprit et des relations sociales. Le sujet humain met en place des apprentissages sociaux capables de symboliser la lutte pour l'exercice du leadership, nécessitant l'exercice de la ruse, la mise en place de stratégie, l'évaluation des situations. Aucun d'entre nous n'est indemne de la tentation de la

domination, de la séduction, de l'angoisse et de la peur de l'autre. C'est l'œuvre d'une vie que de devenir un être humain, de consentir à son humanité et cela exige le développement de vertus qui sont le moyen d'affirmer la primauté de la raison et de la sollicitude sur toute autre motif d'action. Le jeu a aussi une valeur pédagogique car il permet à l'apprenant de négocier avec le réel, de s'adapter à une situation. Déjà l'enfant apprend par imitation à travers ces temps de jeu où il fait semblant, en s'identifiant aux figures qui l'entourent, le père, la mère, le médecin, l'infirmière... Dans ces rôles qu'il assume au fur et à mesure de son existence, c'est l'émergence d'une identité qui est en jeu. Cette identité se constitue dans la rencontre entre l'« ego-objet » et l'« ego-sujet », entre la place à occuper et la créativité individuelle. Nous avons suivi les analyses tirées de la phénoménologie pour approcher cette dimension existentielle de l'éthique. Le personnage ainsi façonné apprend à composer avec le réel, comme pour le comédien qui crée un être nouveau à partir de lui-même et du rôle qu'il doit jouer. Dans ce travail de venue au monde du sujet, les émotions tiennent une place prépondérante. Pour le médecin la rencontre avec le patient suscite en lui, ou ne suscite plus, des sentiments qu'il faut écouter et qu'il faut interpréter. Les comédiens sont passés maîtres dans cette écoute de ces mouvements internes pour les imiter. Le miroir que constitue le jeu de rôle en simulation permet à l'individu de se regarder dans l'agir. La simulation emprunte au théâtre le fait de mettre en scène une situation créée de toute pièce. Comme au théâtre où les mœurs sont dépeints plus vrais que nature, la simulation donne à voir une fiction proche du réel, celle du quotidien des professionnels et des équipes. Les comédiens jouent de tête au théâtre, les acteurs jouent d'âme en simulation. Dans les deux cas la scène nous présente le rôle que nous tenons sur la scène qu'est l'existence. La simulation le fait avec une part d'humour, de bienveillance et de convivialité, rendant possible la prise de conscience de ce jeu d'âme chez les étudiants. En effet dans ces mises en situation ils sont touchés et peuvent éprouver contre toute attente de l'empathie émotionnelle, alors que tout n'est que fiction. Cette faculté intuitive, écho de l'état émotionnel de la personne qui lui fait face, permet au médecin d'accompagner au mieux le malade en souffrance. Elle est le gage d'un engagement de la personne du médecin dans toutes ses dimensions, physique, cognitive et affective. Apprendre à agir éthiquement pour le futur médecin engage bien plus qu'une conformité à des règles ou à des devoirs professionnels. Il ne s'agit pas d'application standardisée de règles de bonnes pratiques apprises dans des livres ou dans des séances de simulation technique. Chez

les médecins, en plus de l'étude, les vertus de compassion, d'humilité, de courage, de justice ont une place majeure pour assurer auprès des patients le service qui leur est dû. Pour devenir ce que l'on est, c'est-à-dire un être humain, il faut fuir le mensonge et la manipulation. Mais il s'agit de rester sur une ligne de crête pour ne pas donner pour autant dans la rigidité et l'autosatisfaction. Être humain c'est savoir s'adapter aux circonstances, aux personnes, aux mœurs tout en poursuivant sa finalité. C'est la question de l'authenticité qui est posée et qui se distingue de la sincérité. Une forme de sincérité peut être une façon d'imposer aux autres ses idéaux de pureté et d'intégrité. Par contraste l'authenticité est le fruit d'une découverte de soi, une connaissance de ses contradictions, un lent apprentissage à vivre avec soi. La simulation n'est pas apprendre à dissimuler mais, à travers ce détour du masque, c'est pouvoir s'exposer soi-même aux autres pour apprendre avec eux à se connaître. Participer à une séance de simulation est bien faire œuvre éthique.

C'est le temps du débriefing qui est le temps privilégié en simulation pour développer ses capacités de prise de conscience et d'autoanalyse. Nous allons donc maintenant le présenter et préciser ce que permet de travailler le débriefing en termes d'apprentissage de l'éthique médicale en situation de soin. Nous avons proposé de considérer les capacités nécessaires à un agir éthique comme les suivantes : la perception émotionnelle ou sensibilité éthique, les capacités d'analyse éthique, de délibération éthique, d'arbitrage éthique et d'autodétermination, désignées sous l'acronyme PAIDEIA. Quels sont les processus à l'œuvre dans le débriefing pour permettre un tel apprentissage ? Quelle est sa valeur ajoutée dans la perspective d'une éthique des vertus ?

Chapitre 15 : Le débriefing

Notre thèse cherche à interroger l'utilisation en formation de la simulation comme dispositif d'enseignement et d'apprentissage de l'éthique. Nous avons pris le parti d'adopter le paradigme de l'éthique des vertus, car en tant que psychologue, il rend selon nous mieux compte des mouvements de l'âme auxquels nous sommes attentifs dans la relation clinique et dans les séances de formation recourant à la simulation. Les émotions, les sentiments sont des clignotants qui disent quelque chose du conflit psychique qui les anime et de la direction à donner à leur action. Ils déterminent en partie les choix des professionnels de santé. Ou pour le dire autrement nous ne pouvons pas écouter l'autre sans apprendre à nous écouter nous-

mêmes. D'autre part l'apprentissage de l'éthique en situation requiert de développer un jugement moral dont nous avons dit que les étapes sont les capacités de PAIDEIA. Or il est un exercice vanté dans la littérature pour favoriser les apprentissages, c'est le débriefing. Dans quelle mesure et à quelles conditions peut-il être l'occasion d'un partage émotionnel fécond dans une perspective d'enseignement et d'apprentissage de l'éthique et des vertus médicales en particulier ? Quels sont les processus pour réaliser un débriefing dit « réflexif » à même de favoriser les étapes du jugement et de résolution de dilemmes éthiques ? N'y a-t-il pas non plus en simulation d'apprentissages en dehors du débriefing dans ce domaine de la relation à soi et à l'autre ?

Le débriefing est une pratique qui dépasse son usage en simulation. C'est pourquoi nous avons eu recours dans la littérature à des auteurs relevant aussi bien des domaines du traitement psychothérapeutique du stress post-traumatique, de la défense, de l'univers carcéral ou de la recherche en entretien d'explicitation. Nous aurons à cœur de préciser ce qui peut diverger cependant dans ces exposés avec le caractère spécifique de la simulation, même si finalement les processus sont assez identiques et que la visée de la simulation étant l'apprentissage de compétences, le transfert de cette pratique au travail individuel et collectif est ardemment recherché. Cela est renforcé par le fait que la simulation est utilisée en formation initiale comme aussi en formation continue, avec des apprenants désireux de faire à cette occasion des retours d'expérience. Pour construire cette section, nous avons principalement utilisé les quatre sources suivantes : Peresse (2005), Vermersch (2018), Becu (2020) et Perrenoud (2004) qui balaient les domaines susmentionnés. Ce qui relie tous ces domaines c'est de se déployer dans des environnements complexes et d'avoir recours au débriefing.

15.1. Environnement complexe et science post-normale

Le débriefing ne relève pas que de la simulation comme dispositif d'enseignement et d'apprentissage mais il est nécessaire à l'issue de toute action dans tout environnement complexe. Pour un article du *Huffington Post* (Vaillant, 2020), un négociateur du RAID interrogé sur son expérience des situations difficiles auxquelles les équipes d'intervention de la police sont confrontées constate :

« on se rend compte d'une chose : rien ne se passe jamais comme prévu, aussi bien pour les négociateurs que pour les forcenés. On prévoit des plans, mais notre force c'est notre capacité à s'adapter en permanence. Vous ne pouvez pas anticiper des comportements humains » (Vaillant, 2020). [CD1]

Ce professionnel décrit un type d'intervention qui fera obligatoirement l'objet d'un débriefing. Les situations dans le domaine de la santé sont sous l'apparence de la banalité, de la simplicité d'une rencontre entre un médecin et un patient, potentiellement éminemment complexes, d'un point de vue à la fois technique, organisationnel et émotionnel, mais aussi complexes au sens où Edgar Morin (2005) définit ce terme dans son *Introduction à la pensée complexe* :

« La complexité est donc liée à un certain mélange d'ordre et de désordre [en tant que] mélange intime » (p. 49).

Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), est « complexe » ce qui est :

« composé d'éléments qui entretiennent des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents ». (CNRTL, 2012).

En simulation le débriefing suit une mise en situation où des professionnels de santé en formation initiale ou en formation continue ont presque toujours donné le meilleur d'eux-mêmes. Que ce soit dans le domaine des compétences techniques et plus encore dans leur agir en relation avec le patient, ils sont sensibles au *feed-back* qu'on pourra leur faire et il s'agit d'être à la fois délicat, bienveillant mais aussi pertinent et perspicace pour qu'ils n'aient pas l'impression d'avoir perdu leur temps. Selon le dossier thématique du CIRAP (Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire) intitulé *Le débriefing : Retour sur l'expérience* (2005) :

« Le but du débriefing n'est pas de révolutionner ou de mettre à bas un mode de fonctionnement. L'objectif premier est d'apprendre de l'expérience passée afin de progresser. Une intervention, quelle qu'elle soit, est toujours unique. Le contexte est toujours différent, les acteurs ne sont jamais les mêmes, compte tenu du roulement des équipes, les conditions toujours autres [...] Si on veut qu'une expérience soit profitable pour l'avenir, il est important de pouvoir l'analyser » (Peresse et al., 2005, p. 20).

Dans cette sous-section introductive, nous aimerions en particulier relier cette problématique de l'agir complexe à deux courants de recherche que présente Nicolas Bécu dans l'analyse qu'il fait de la simulation à l'occasion de son mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, dans le champ de la géographie, soutenu en février 2020, intitulé *Les courants d'influence et la pratique de la simulation participative : Contours, design et contributions aux changements sociétaux et organisationnels dans les territoires*. Il se réfère dans son travail d'une part à l'approche post-normale de la science décrite par Funtowicz et Ravetz (1993) dans leur article *Science for the post-normal age* :

« Funtowicz et Ravetz partent du principe qu'il existe des situations de prise de décision où l'approche "normale" de la relation entre la science et la décision, celle où le scientifique fournit des informations au décideur après avoir résolu le problème qu'on lui posait, n'est pas possible. Ces situations "post-normales" sont celles où les faits sont incertains et les valeurs sont en conflit » (Becu, 2020, p. 73).

De fait les situations que reproduisent les séances de simulation en santé sont des systèmes complexes multi-acteurs où se jouent des enjeux politiques, institutionnels aussi bien qu'individuels et groupaux. Pour en réaliser l'analyse nous avons dû convoquer dans notre travail plusieurs champs de la recherche : la philosophie morale est traversée de nombreux débats sur le statut et la définition de l'éthique ; la psychologie de son côté est partagée entre un courant très proche des sciences dures, en limitant son objet à l'observable, et un courant psychodynamique qui a des bases régulièrement critiquées. Force est de constater que pour analyser l'être humain en situation d'interaction avec d'autres humains, toutes les données du problème sont difficilement modélisables.

Cette approche post normale de la science signifie que :

« La justesse de la décision ne pouvant être garantie, Funtowicz et Ravetz estiment que dans une approche de science post-normale, la qualité d'une décision doit se mesurer dans la qualité du processus qui a conduit à cette décision. [...] En optant pour cette posture, la modélisation d'accompagnement va de facto s'écarter d'une utilisation du modèle comme d'un outil prédictif ou d'optimisation. Les résultats de simulations émergeant du modèle n'ont pas le statut d'une preuve, ni celui d'une solution. Les praticiens préfèrent parler de modèles "exploratoires", qui permettent de tester de multiples chemins et hypothèses pour enrichir la réflexion des utilisateurs des modèles » (Becu, 2020, p. 73).

La simulation dans ce contexte n'est pas un enseignement de pratiques validées au sens où elles seraient vérifiées dans des études randomisées en double aveugle. En effet, l'objet des études contrôlées randomisées (ECR) est d'argumenter des propositions telles que : « si vous voulez obtenir y, faites $ax + b$ », ce qui n'est pas une question éthique. En revanche la question de savoir s'il faut privilégier ou non « y », à laquelle ne répond jamais une ECR, est bien une question éthique. La complexité des relations humaines ne peut tomber sous le scalpel d'une approche uniquement observable et chiffrée. À l'inverse si on ne se déprend pas de ce modèle scientifique, la simulation peut devenir un outil extrêmement efficace de formatage des étudiants dans une société de production matérialiste et dans une perspective d'approche par compétence mal comprise que nous avons dénoncée. C'est cette logique scientifique que dénonce Supiot (2020), juriste et professeur au Collège de France, dans son article de blog intitulé *De la place des sciences dans la pandémie globale* :

« Depuis le XVIII^e siècle un puissant mouvement d'idées a conduit à se représenter les hommes et la société comme des objets mesurables et gérables, dont on pourrait découvrir les « vraies lois » de fonctionnement, indépendamment de la (présumée fausse) conscience qu'ils en ont. C'est cet imaginaire qui a inspiré « l'organisation scientifique du travail » propre à l'ère industrielle. On connaît la célèbre réponse qu'aurait donnée Taylor à un ouvrier l'interrogeant sur la définition de sa tâche : « On ne te demande pas de penser. Il y a des gens payés pour cela, alors mets-toi au travail » (2020, §4).

Conjointement à ce concept de « science post-normale », il est intéressant de présenter la distinction entre la science analytique et la science du *design* établie par Klabbers dans son ouvrage sur les principes du *simulation and gaming* (Klabbers, 2007) que cite Nicolas Becu (2020) dans son mémoire d'Habilitation :

« La science analytique cherche à analyser de manière rationnelle (au sens du rationalisme de Kuhn) les faits observés. En cela, Klabbers indique que la science analytique rassemble des communautés d'observateurs. Dans cette conception scientifique, on élabore des théories que l'on cherche à valider à partir d'observations d'éléments passés, afin de pouvoir ensuite appliquer ces théories pour prédire des éléments du futur. La science du design, quant à elle, rassemble plutôt des communautés de pratique. La science du design se positionne dans le champ de la science post-normale qui vise à répondre à des enjeux (*issue-driven*), dans un contexte de forte incertitude avec des répercussions politiques, économiques et sociales importantes. Ainsi, l'objectif de la science du design va bien au-delà de

l'instrumentation. Elle considère que tous ceux impliqués dans un processus de design participent à une évolution de la situation existante vers celle désirée. Le design est donc une forme de changement social » (Klabbers, 2007, cité par Becu, 2020, p. 20).

Il est intéressant d'analyser de la sorte les deux paradigmes qui se font face dans la pédagogie, celui de la formation à l'exécution et celui du développement de la capacité d'élaboration. Dans une formation qui se déploie dans le champ de la science du *design*, on a une forte visée pragmatique liée à un environnement recelant d'éléments à la fois multiples et peu prédictibles, ce qui rend nécessaire l'acceptation de l'incertitude. C'est typiquement le cas des collectifs humains en situation de stress devant évoluer avec d'importantes contraintes techniques. La dimension située de l'apprentissage est nécessaire dans ce cas car les variations sont très fortes de par l'extrême mobilité des paramètres. Nous l'avons déjà signalé, les formateurs qui interviennent dans les séances de simulation mettant en jeu les compétences relationnelles sont toujours extrêmement surpris de la variabilité des rendus d'un groupe à l'autre au sein d'une même promotion d'étudiants. Ainsi Vermersch (2018) écrit dans « L'entretien d'explicitation » pour *Économie et Management* :

« Dans mon langage, l'action désigne toujours un moment qui a été vécu par un sujet. Le vécu n'est jamais vécu en général, il se vit dans un moment. Et chaque action a été vécue dans un moment et un seul. Arguer du fait qu'une action se répète, pour la considérer comme une activité, "commencer par régler la machine" Tapez une équation ici., semble plein de bon sens, en même temps, c'est quitter le vécu, pour aller vers une classe de vécu, c'est-à-dire une abstraction » (p. 68).

Un écart épistémologique sépare donc une vision de la simulation destinée à enseigner des tâches reproductibles et standardisées (ce qui peut s'entendre dans les gestes strictement techniques) et une simulation ayant pour objectif de préparer à la rencontre avec un patient. Il s'agit de préparer des étudiants à l'incertitude et à l'improvisation. Selon Sutter (1983) dans *L'Anticipation* :

« L'anticipation est vivante de toutes ses incertitudes, de son improvisation : la prévision instaure un régime de conscience conforme. Ici, le schéma initial suffit : là, il faut encore et toujours innover. L'anticipation est une création : la prévision appelle une ratification » (p. 10).

On voit là les objections qui peuvent surgir. Dans la simulation, s'il s'agit de préparer les étudiants à la « vraie vie » cela ne sert finalement à rien de les faire jouer des situations reconstruites pour la circonstance et par définition éloignées du réel. Qu'ils aillent au lit du patient, là est l'école. Nous chercherons à démontrer l'utilité de la simulation de par le débriefing justement dans les pages qui suivent. Une autre objection est celle de l'inadéquation entre ce que proposent les référentiels sur le sujet de la communication et de l'éthique et la réalité quotidienne. Comme l'écrit Perrenoud (2004) au sujet de la formation des chefs d'établissement dans l'éducation :

« Le dilemme est connu : préparer au métier tel qu'il se pratique aujourd'hui ne contribue pas à le faire évoluer, alors que former à un métier qui n'a pas cours place les nouveaux chefs d'établissement dans une situation impossible » (p. 11).

Faut-il enseigner aux étudiants des attitudes et des comportements qui n'ont pas cours dans les services au risque de les entraîner dans des sentiments désagréables et des conflits éthiques insurmontables ? Faut-il les dresser contre leurs chefs de service lorsqu'ils ressentent ces atteintes à la bienveillance et à l'humanité dues aux patients et à leurs familles ?

Nous ne répondrons pas à ces questions bien sûr immédiatement. Nous allons d'abord proposer une définition du débriefing et ensuite explorer une liste de champs auquel il se raccroche dans divers domaines allant de l'activité professionnelle à la thérapie. Nous analyserons ensuite les phases de cette action d'enseignement.

15.2. Définitions

Le mot anglais « *debriefing* » est un terme international qui désigne la conférence qui a lieu après la mission. Le mot est utilisé pour la première fois par un officier américain à la fin de la seconde guerre mondiale pour désigner une méthode qui consistait à réunir pendant une heure ou deux les soldats survivants d'une opération militaire et demander à chacun de raconter objectivement et minutieusement dans l'ordre chronologique ce qu'il avait vu, fait et éprouvé lors de l'opération. Avant ce conflit les rapports hiérarchiques étaient tels qu'il n'était pas concevable pour les officiers que les hommes du rang posent des questions ; il leur était intimé l'ordre d'obéir « au doigt et à l'œil ». Les actions commandos, présentes dès la première guerre mondiale (on peut se rappeler les pages d'Ernst Jünger dans son livre *Orages*

d'acier), se sont généralisées durant le second conflit mondial et ont permis de repenser le mode commandement. Le terme est repris par les pompiers, les secouristes et s'impose dans la prise en charge des victimes de catastrophes. Finalement, il passe du vocabulaire de l'aéronautique militaire à l'aéronautique civile, puis à celui de la simulation en santé à la faveur des échanges entre chirurgiens et pilotes, tel que nous l'a rapporté David Crookall qui assista à ces premiers échanges aux États Unis dans les années 1980. Ainsi le débriefing désigne aujourd'hui l'analyse d'une situation inscrite dans une pratique professionnelle, que son vécu ait été difficile ou non. Il est réalisé par les acteurs de la situation accompagnés par leurs pairs, et éventuellement d'un facilitateur. L'objectif est d'en tirer une connaissance pour la réinvestir dans la pratique.

En simulation selon le *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)*© Rater's Handbook (Simon et al., 2010) :

« le débriefing est un échange entre deux ou plusieurs personnes pour réfléchir sur une séquence de simulation et dans lequel les participants sont encouragés à explorer et analyser leurs actions, leurs processus de pensée, leurs états émotionnels et d'autres éléments, dans le but d'améliorer leurs performances dans les situations réelles » (p. 10).

Thierry Pelaccia et Morgan Jaffrelot (2016), dans leur article *La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants* affirment de leur côté :

« Considérant les cadres conceptuels socioconstructivistes et cognitivistes comme étant les plus pertinents pour aborder la question du transfert des apprentissages, l'objectif principal du débriefing est donc de générer et d'encourager les échanges qui aident les participants de la séance, y compris lorsqu'ils n'ont été qu'observateurs, à comprendre les processus qui ont mené aux actions observées » (p. 23).

On le voit le débriefing, qu'il soit celui d'une authentique situation vécue ou bien d'une situation semi authentique comme l'est la simulation, n'est pas foncièrement différent. Notons que ce temps conduit par des animateurs implique aussi les observateurs. Dans les simulations en santé, cela concerne les étudiants n'ayant pas joué la scène ou des patients partenaires venus transmettre leur connaissance de ce que c'est que de vivre avec la maladie.

Mais le terme « débriefing » est aussi employé pour désigner une intervention précoce visant à prévenir ou à traiter des troubles pouvant survenir à l'occasion d'une catastrophe car une situation de ce type peut entraîner l'émergence à terme d'un stress post-traumatique. La caractéristique essentielle du traumatisme est d'avoir été « une rencontre non manquée avec le réel de la mort », selon Briole, *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir* (Briole et al., 1994). En effet, le traumatisme survient habituellement à la suite d'un événement susceptible d'entraîner la mort, qu'il s'agisse d'une personne dont la vie a été en danger ou qui a vu une personne en danger de mort.

Dans le monde anglo-saxon, le débriefing, dans ce contexte précis, donne la priorité au narratif et au cognitif plutôt qu'à l'expression des émotions et il a une visée éducative et préventive plutôt que thérapeutique, selon le schéma établi par Mitchell (Crocq, 2004, p. 316). Son déroulement rigide l'éloigne d'une approche thérapeutique ; il s'agit pour les impliqués de raconter l'événement et non de le leur faire revivre. Il y a une volonté d'explication, de dédramatisation et de conseil auprès des victimes (Crocq, 2004, p. 299). Cette consigne donnée dans le monde anglo-saxon aux professionnels amenés à prendre en charge les victimes, Louis Crocq (2004), le père du débriefing de catastrophe en France, le juge approprié surtout aux « incidents critiques » chez des sauveteurs professionnels. Dans son *Histoire du débriefing*, il écrit :

« En revanche, dans le débriefing "à la française" [...] où la consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire (et c'est surtout l'expérience émotionnelle qui est l'objet de sa première impulsion à parler), le préalable narratif n'est pas imposé, et l'objectif est thérapeutique et préventif » (p. 317).

Et Crocq (2004) de conclure :

« Quoi qu'il en soit, pour lever toute équivoque, il vaut mieux renoncer à employer à son sujet le terme même de débriefing, et dénommer cette procédure par ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire intervention psychothérapeutique précoce » (p. 317).

On utilise donc le terme de débriefing dans l'accompagnement des victimes d'un événement potentiellement traumatique. Mais l'approche française est plutôt celle d'une intervention psychothérapeutique précoce car la mise en mot des émotions du patient est sollicitée par le professionnel de l'urgence. Comment expliquer une telle différence d'approche entre le

monde anglo-saxon et la France? Peut-être qu'en France l'influence de la psychanalyse est plus présente dans le monde médical, le but étant ici de permettre au sujet de faire qu'il retrouve du sens face à un événement insensé et qu'il reprenne par-là même le cours de son existence. Cette mise en mot de l'émotion pour en tirer un effet cathartique grâce à la prise de conscience qu'elle entraîne est à souligner.

On retrouve une division semblable dans le débriefing de l'activité professionnelle. En reprenant les analyses proposées par les psychologues travaillant en milieu carcéral, exposées dans le dossier thématique sur *Le Débriefing* du CIRAP (2005), on peut dire que :

« le premier type de débriefing serait une espèce de boucle d'apprentissage visant à analyser l'action pour mieux retourner à l'action. Le bénéfice attendu est de l'ordre d'une leçon à tirer d'un événement afin de coconstruire une anticipation positive liée à des perspectives d'action » (Peresse et al., 2005, p. 34).

On est dans ce qu'on appelle habituellement « l'analyse des pratiques professionnelles » (APP). Cette réflexion qui s'inscrit dans une démarche de formation continue des personnels au lieu d'opposer pratique et théorie, tend à les enrichir mutuellement dans une démarche d'exploitation positive des incidents afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Dans cette perspective l'émotion n'est pas une source essentielle dans la démarche :

« Il s'agira alors dans la perspective d'une analyse professionnelle de la situation, de se séparer au plus vite d'un reliquat encombrant de la situation passée, d'une espèce de dépôt constitué de traces émotionnelles issues de la situation vécue qui perturbent l'état présent des acteurs dans leur manière de relater l'événement, et qui sont susceptibles, en cas d'installation, de perturber leurs performances professionnelles à venir. Il s'agit donc, idéalement, de s'en séparer au plus vite afin de pouvoir repartir pour de nouvelles aventures. D'où l'idée de ne pas s'étendre sur le sujet plus que nécessaire, de bien cadrer la procédure du débriefing en serrant l'analyse du côté des faits et de la reconstitution de leurs enchaînements » (Peresse et al., 2005, p. 34).

On le voit il s'agit de bien intégrer des éléments techniques, des procédures, des algorithmes décisionnels qui doivent être appliqués au sein de l'action pour des personnels chargés d'exécuter des tâches où ce n'est pas tant l'adaptation à la psychologie des individus impliqués qui prime plutôt qu'une grande rigueur dans la réalisation d'un travail technique. On peut penser par exemple aux procédures de vol pour les pilotes d'avion ou les missions

des automaticiens dans les centrales nucléaires. Ces retours d'expérience sont précieux. Perrenoud (2004) déjà cité constate que :

« l'analyse de pratiques n'est pas évoquée ici seulement comme démarche de formation, mais d'abord comme outil de transposition didactique au moment de construire le plan et les contenus de la formation des chefs d'établissement. Il s'agit de partir du travail réel des chefs d'établissement, de décrire les situations auxquelles ils sont confrontés, les contextes d'action, les problèmes à résoudre, les décisions à prendre, les dilemmes à affronter » (p. 11).

Dans une démarche d'APCi, nous l'avons décrit, les objectifs pédagogiques sont déterminés à partir d'un référentiel lui-même issu d'une transposition didactique. Il faut préciser cependant que tous les référentiels de compétences ne sont pas explicitement issus d'une transposition ou traduction didactique de l'agir professionnel. C'est en revanche le cas des approches par compétences qui acceptent la possibilité d'élaborer une didactique professionnelle en lien avec une approche située, comme le fait l'APCi. Celle-ci est la traduction des pratiques en situation professionnelle telles qu'elles peuvent être observées. Les leçons tirées du débriefing dans le cadre de l'analyse des pratiques d'un groupe d'opérateurs vont de fait dans une telle approche, constituer une des sources de l'écriture du référentiel métier.

Mais un autre type de débriefing est possible. Selon le dossier thématique *Le débriefing*, élaboré par Peresse et ses coauteurs (2005) :

« La priorité s'inverse dans le deuxième type de débriefing : il s'agit de traiter la dimension traumatique dans ce qu'elle présente d'une dimension incontournable. L'impérieuse nécessité de faire un détour pour analyser l'impact de la situation passée sur la vie psychique, au temps présent du sujet, s'impose ici avec netteté avant de songer à un éventuel retour sur la scène de l'action » (pp. 34-35).

Ici le sujet humain est au centre de l'analyse. Dans les institutions médico-sociales d'ailleurs on désigne ces temps d'élaboration sous le terme « d'analyse de pratique » au singulier cette fois-ci ou supervision, pour désigner ce tout complexe qui mêle intervention individuelle, groupe thérapeutique au sens large et tiers institutionnel dans l'accompagnement du patient. Dans ce type d'institutions, les professionnels doivent accompagner l'expérience de la fragilité que connaît le sujet souffrant, sa vulnérabilité, son hypersensibilité même aux marques d'attention, d'empathie, de compassion.

De ce point de vue, si on prenait comme unique objet de débriefing en simulation en santé les pratiques standardisées de communication, connues dans l'aéronautique sous le nom de CRM (*Cockpit resource management*), cela ne manquerait pas de poser question. De fait il n'est pas anodin que la HAS ait mis en avant dans le projet PACTE ayant pour objectif une amélioration du travail d'équipe (HAS, 2018b), des outils de communication standardisée sous l'acronyme de CRM Santé (*Crew Resource Management en Santé*). Or même s'il est possible de considérer certaines situations sous l'angle essentiellement technique, dans bien des cas les pratiques soignantes sont à évaluer du point de vue du soin au sens du *care* et donc engageant des ressources multiples d'ordre cognitif, réflexif, opératif, psychoaffectif et social. Ceci étant dit, une séance de simulation peut être variable d'un groupe à un autre, on l'a dit. Il convient de s'adapter à ce qui a été joué. Comme le décrit bien l'un des psychologues impliqués dans le suivi des gardiens de prison :

« une longue pratique de terrain m'a fréquemment conduit à des adaptations rapides du cadre et des processus, en fonction des situations rencontrées. »
(Peresse et al., 2005, p. 37).

Pour résumer nous pouvons reprendre le schéma proposé par les services pénitentiaires :

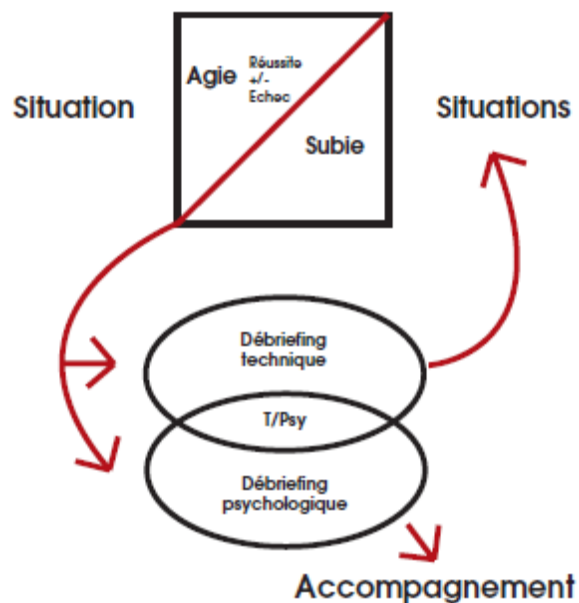


Figure 3 : Débriefing technique et débriefing psychologique. (Peresse et al., 2005, p. 35).

Si une même situation peut faire l'objet à la fois d'un débriefing technique et d'un débriefing psychologique, on privilégiera cependant le premier dans une intervention qui a plutôt engagé l'application de procédures et le second dans une intervention où les opérateurs ont eu une large marge de manœuvre dans l'analyse et la prise de décision. Dans cette partie nous présentons on l'a dit, le débriefing dans la pratique professionnelle comme dans le cadre de la simulation. C'est l'un des intérêts d'ailleurs dans la formation des personnels en simulation que d'apprendre à être débriefés. En effet pour bien débriefer après une mission, une intervention, une opération, il faut l'avoir appris et partager une « culture du débriefing ».

Avant d'analyser le débriefing spécifique à la simulation continuons notre enquête pour voir les pratiques diverses auxquelles il s'apparente. Nous avons jusque-là présenté le débriefing relevant de l'analyse des pratiques et le débriefing à la française en situation de catastrophe que Crocq préfère appeler intervention psychothérapique précoce, ainsi que l'analyse de la pratique. Dans une perspective résolument pédagogique, Perrenoud (2004) lui considère que l'analyse des pratiques n'est pas une simple démarche de formation mais qu'elle constitue le paradigme global de la formation. Dans ce sens il lui préfère le terme de « démarche clinique » :

« Une démarche clinique de formation construit des savoirs généraux à partir de situations singulières » (p. 17).

Il constate que :

« l'expérience contribue au développement, à l'enrichissement, à la réorganisation de ces acquis, du fait de leur mobilisation et de leur combinaison dans l'action, mais aussi et parfois davantage du fait d'un travail d'élaboration dans l'après-coup, sur la base de traces, de récits, d'enregistrement audio ou vidéo de l'activité (...) la démarche clinique vise l'émergence de connaissances nouvelles, qui ne vont pas surgir spontanément sur le terrain, mais passer par un travail de mise en mots, de formalisation, de mise en relation, de conceptualisation et souvent d'écriture » (p. 17).

L'éclairage que Perrenoud (2004) apporte est intéressant car il montre que cette analyse de pratique est un processus affectant sur le long terme l'apprenant, lui permettant un travail d'élaboration dans l'après coup de la situation vécue ou de la séquence pédagogique proprement dite. On peut témoigner ici que pour l'apprenant comme pour l'animateur en

simulation, c'est dans la relecture d'une séance, dans le visionnage d'un débriefing qui n'a pas donné les résultats escomptés, que l'analyse (faite tout particulièrement en groupe) permet des avancées dans les techniques ou la mise au jour de résistance psychologique chez les animateurs. On se souvient de l'analyse faite des vidéos d'une simulation de Plan Blanc où le rôle d'une directrice est apparu seulement dans cette analyse fine des traces de la séquence pédagogique.

Un autre champ de la recherche et des pratiques qui peut être rapproché du débriefing est celui de l'entretien d'explicitation imaginé et conceptualisé par Vermersch dans « l'entretien d'explicitation ». Nous ne ferons qu'effleurer le sujet car c'est une technique d'entretien très rigoureuse et complète, fruit d'une longue pratique d'équipes internationales. Fondamentalement, l'entretien d'explicitation est :

« un ensemble de techniques pour accéder à la remémoration détaillée du vécu passé, pour effectuer un repérage précis dans l'écoute et inventer des formulations de questions qui guident sans induire la réponse » (Vermersch, 2018, p. 64).

L'entretien d'explicitation est la mise en mot de l'action afin de dépasser l'implicite, c'est là sa spécificité. Selon Vermersch (2019) :

« Ce déroulement de l'action est la seule source d'inférences fiables pour mettre en évidence les raisonnements effectivement mis en œuvre (différents de ceux adoptés hors de l'engagement dans l'action), pour identifier les buts réellement poursuivis (souvent distincts de ce que l'on croit poursuivre), pour repérer les savoirs théoriques effectivement utilisés dans la pratique (souvent différents de ceux maîtriser en question de cours), pour cerner les représentations ou les préconceptions sources de difficultés » (p. 10).

Vermersch pointe tous les biais que recèle le discours hors de l'action. On peut se rappeler des modèles d'apprentissage de l'éthique hors de la simulation. Le cours magistral est typiquement un lieu d'enseignement de l'éthique mais la question du transfert de ces apprentissages en situation reste entière. Il en est de même pour les raisonnements éthiques qui peuvent être posés dans des analyses de situations cliniques reconstruites. Ces raisonnements peuvent tout à fait rester lettre morte dans la vie réelle. L'entretien d'explicitation peut être un modèle pour le débriefing d'une situation vécue comme d'une situation simulée, restant sauf que cette situation est elle aussi reconstruite dans un

environnement sensiblement différent de celui de l'activité réelle. De nouveau l'apport de la simulation et du débriefing en particulier, apparaît comme un temps d'expérience de l'analyse de l'activité qui peut irriguer dans un second temps le travail personnel et collectif. Dans le domaine de la simulation, Becu (2020) emploie le concept de « simulation participative » :

« La participation est entendue ici comme un partage du contrôle que nous avons sur les décisions qui nous affectent. Dans le cadre de la simulation participative, le contrôle sur la décision passe par le contrôle des utilisateurs de la simulation sur l'usage du modèle et la représentation qu'il propose, donc de la simulation. Autrement dit, la simulation est mise au service des participants pour qu'ils puissent explorer des possibles, et non pas l'inverse » (p. 115).

Les deux modèles de la science post-normale et de la science du *design* pointaient l'impossibilité de modéliser des situations complexes. Dans la perspective de ce que Bécu nomme la « simulation participative » il s'agit de tenter des solutions face à des situations toujours imprévues (« explorer des possibles »), d'apprendre sur soi et de soi (« les décisions qui nous affectent »), dans un phénomène d'auto apprentissage. C'est dans la phase du débriefing que ce modèle pédagogique prônant la participation de l'étudiant et s'appuyant essentiellement sur ses savoirs et son être même, peut se déployer avec toute sa puissance, mettant en branle sa réflexivité, ce que nous allons développer maintenant.

15.3. Le débriefing au cœur des modèles pédagogiques

La manière de mener un débriefing dépend des modèles pédagogiques utilisés par l'animateur : behavioriste, cognitiviste, socioconstructiviste. Le titre de ce paragraphe est ambitieux et nous nous bornerons à ouvrir une réflexion. Mais il traduit bien la place centrale de cet outil pédagogique. Comme le notait Perrenoud (2004) au sujet de l'analyse des pratiques comme paradigme global de la formation, le débriefing est révélateur de l'un ou l'autre modèle pédagogique. Laisant de côté le modèle behavioriste où la simulation serait un enseignement par répétition (ce qui est vrai à la limite dans des gestes techniques simples), Pelaccia et Jaffrelot (2016) font appel dans leur définition citée plus haut aux deux autres modèles (socioconstructiviste et cognitiviste). Comme nous l'avons décrit, le modèle socioconstructiviste permet de considérer l'apprentissage comme une mise en œuvre sociale, réalisée avec des pairs et des maîtres où l'apprenant assimile des éléments externes et

accommode son fonctionnement au fur et à mesure de sa progression. Le modèle cognitiviste de la connaissance met lui en avant les processus mentaux liés au traitement de l'information.

Le débriefing dans cette dernière logique apparaît comme la phase essentielle (Fournier & Jaffrelot, 2013, p. 44), voire la seule phase de l'apprentissage en simulation. Selon Issenberg et ses coauteurs (2005), ainsi que Rall et ses coauteurs (2000) :

« Donner du *feedback* est l'aspect le plus important de la simulation en éducation médicale » (Issenberg et al., 2005, p. 12),

« le débriefing peut faire ou défaire une séance de simulation, il peut être considéré comme le cœur et l'esprit de l'apprentissage en simulation » (Rall, 2000, p. 516).

De fait, certains auteurs vont plus loin et avancent que le jeu de rôle est en fait uniquement bâti pour introduire le débriefing qui le suit directement. Crookall, dans « Le débriefing, clé du processus d'apprentissage dans les pédagogies ludiques », paru dans *Actualité de la formation permanente*, reprend amicalement des collègues à la fin d'un colloque consacré à la simulation et au *gaming* en précisant bien sa pensée (Crookall, 2014, traduit de l'anglais) :

« Ainsi, je vais me permettre, dans un esprit amical d'améliorer notre compréhension de l'apprentissage des jeux et de ce que nous devons faire pour encourager l'apprentissage, de proposer une touche différente à la déclaration de Nicola et Alex selon laquelle le débriefing est “...l'occasion de réfléchir sur ce que les participants ont appris et la possibilité d'en discuter avec les autres...”. C'est moins “ l'occasion de réfléchir sur ce que les participants ont appris”, et plus l'occasion de réfléchir sur leur expérience (qui comprend divers types et degrés d'engagement) afin de transformer cette expérience en apprentissage » (p. 421).

Crookall (2014) est bien clair sur ce point :

« Le débriefing ne consiste pas, du moins au départ, à réfléchir sur ce qui a été appris, mais à réfléchir et à partager son expérience, dans le but de la transformer en apprentissage » (p. 422).

Dans son Mémoire d'Habilitation, Becu (en citant Klabbers, 2020) le suit sur ce point :

« L'apprentissage prend forme lors du débriefing, qui est le moment réflexif où les participants s'interrogent sur leurs expériences durant le jeu. Lors de ce processus mental, les participants mettent en forme et articulent leurs idées ; c'est ce processus qui transforme l'expérience vécue en

apprentissage. Klabbers nomme ce processus, l'action learning [...]. Le fait de partager son expérience avec les autres, de l'expliquer aux autres, participe grandement à cette organisation des idées qui ancre l'apprentissage » (Klabbers, cité par Becu, 2020, pp. 132-133).

Les références sous-jacentes ici sont celles de l'apprentissage expérientiel. Selon John Dewey, le premier à avoir développé le concept d'apprentissage expérientiel en pédagogie (Dewey, 1938), l'apprentissage constitue une activité continue au cours de l'existence humaine. Face à l'environnement physique et social toujours en mouvement, l'individu est tenu de s'adapter et ce vécu se transforme en expérience grâce à ses capacités de mentalisation. Ce processus général où l'expérience est au cœur de l'émergence du sujet devient pour Dewey le modèle de l'apprentissage et donc de l'enseignement, qui doivent s'appuyer dès lors sur l'expérience des apprenants et sur le caractère individualisé de l'enseignement :

« L'expérience est la vie elle-même et elle s'inscrit résolument dans le temps. Elle emprunte aux expériences antérieures et modifie la qualité des expériences ultérieures. C'est le principe de continuité, qu'il (Dewey) appelle aussi le « continuum expérimental », où il importe de spécifier le but vers lequel tend cette expérience. De plus, il s'agit d'un événement social qui implique contacts et communications à l'intérieur desquels joue sans cesse le principe de l'interaction entre les conditions objectives de l'environnement et les états subjectifs de la personne. Enfin, entre ces deux grandes dimensions, l'expérience présente un caractère cumulatif et évolutif qui prend sens dans la vie de la personne. » (Balleux, 2000, p.265).

Dans la ligne de cette théorie de l'apprentissage expérientiel, la perspective cognitiviste proprement dite peut facilement être reliée au cercle d'apprentissage tel que l'ont défini Kolb, Rubin et McIntyre (1979) dans *Organizational Psychology: A Book of Readings*. Ce modèle en cycle a pour but de rendre compte de la démarche de questionnement et de réflexion d'un enseignant à propos de sa pratique et décrit le mouvement d'apprentissage de l'étudiant.

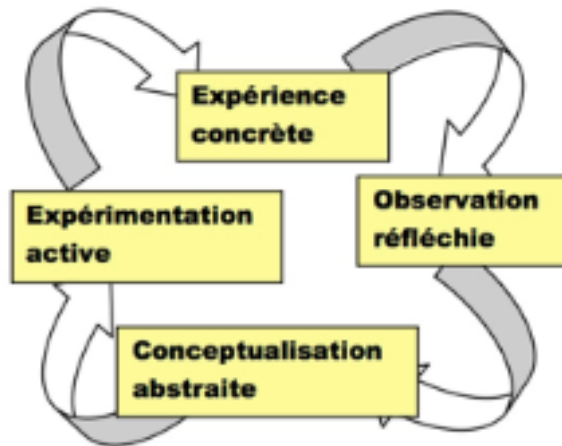


Figure 4 : Le cercle d'apprentissage de Kolb. Extrait du blog de philosophie : « Le miroirdutemps.com ».

Le cycle part de l'expérience concrète à partir de laquelle un enseignant ou un étudiant peut identifier une question ou une problématique qu'il a rencontrée. Une réflexion sur cette expérience permet de l'analyser et d'identifier les éléments qui posent plus particulièrement question. De cette analyse, il est possible d'en faire une généralisation, ou bien une théorie personnelle qui devrait pouvoir s'appliquer à toutes ou bien en tout cas, à la plupart des situations semblables. Cette généralisation peut alors être opérationnalisée et expérimentée. Ensuite, un transfert dans la pratique peut avoir lieu.

Dans une perspective cognitiviste, on peut dire qu'en simulation la phase de jeu est la phase de contextualisation. Cette « mise en situation » a pour objectif ici de stimuler la réflexion des participants sur leurs performances et sur la synthèse du problème. Puis, il s'agit de décontextualiser, de faire des liens et de générer le transfert des connaissances à d'autres situations : c'est le rôle du débriefing. Le débriefing peut être ainsi ici considéré comme un « *feedback* », selon le mot d'Issenberg, c'est-à-dire la transmission active d'informations correctives basées sur l'évaluation de l'action, de l'événement, du processus, aux participants. Le débriefing correspond aussi éventuellement à une phase d'ébauche de re-contextualisation, en amenant les participants à identifier des objectifs d'apprentissage, ce qui se fera dans la synthèse.

Cette présentation du débriefing comme une vérification des connaissances acquises et une transmission de corrections se retrouve dans l'opinion des fondateurs de la simulation en santé Fanning et Gaba (2007) dans leur article « *The Role of Debriefing in Simulation-Based*

Learning », paru dans *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* :

« En simulation, le débriefing représente une réflexion guidée ou facilitée durant un cycle d'apprentissage expérientiel » (p. 116).

Pour essayer de saisir les nuances d'un débriefing plutôt marqué par cette perspective cognitive nous rapportons la description que Becu (2020) fait de sa pratique :

« Pour favoriser la clarté du propos, je décompose le débriefing en trois phases. La première phase est celle de l'expérience vécue dans le jeu. Du point de vue du participant, cette phase consiste à se demander ce que l'on a fait et pourquoi on l'a fait. Du point de vue du groupe, elle représente l'occasion de partager les expériences vécues, chacun ayant pu vivre une situation de jeu différemment d'un autre. La deuxième phase est celle des opportunités (par rapport aux expériences vécues). Du point de vue du participant, cette phase consiste à se demander ce que l'on retire de l'expérience vécue et ce qu'on aurait pu faire autrement. Du point de vue du groupe, cette phase est l'occasion d'échanger des idées sur la manière d'améliorer la situation et d'en débattre (améliorer sa propre situation ou celle du collectif). La troisième phase est celle de l'application. Durant cette phase, les participants établissent un rapport entre l'expérience vécue dans le jeu et le système d'interactions réel. Quels rapprochements peut-on établir entre les deux ? De quelle manière les expériences vécues dans le jeu et les opportunités qu'on en retire peuvent s'appliquer au système réel ? Les enseignements que chacun retire du jeu peuvent être en rapport avec ce qu'ils peuvent faire, au quotidien, au travail ou face à une situation donnée. Les enseignements que l'on retire collectivement du jeu peuvent également être en rapport avec ce que le groupe peut faire ensemble, dans le système réel. Ce dernier cas de figure se présente dans le cas d'un dispositif dont l'intention participative est l'accompagnement de l'action collective » (p. 124).

Dans la première phase, l'animateur suscite donc le rappel des actions, de leur intentionnalité. Il introduit une forme de conflit cognitif en faisant émerger la différence des points de vue. Dans cette phase d'observation réfléchie, on peut dire que les apprenants sont toujours là dans le contexte du jeu. Puis l'animateur les extrait de cette perspective directement subjective du jeu, la dé-contextualisation est en route. On s'interroge sur ce qu'on aurait pu faire autrement, on apporte des éléments externes tirés des expériences antérieures, la discussion est forte potentiellement. La dernière phase n'est pas une phase de re-contextualisation dans le cadre

de la simulation mais cette fois ci dans le cadre professionnel lui-même, dont la simulation en était comme la figure et l'épure.

On retrouve la même forme d'intervention dans le Dossier thématique sur le débriefing en simulation en santé dans le document de référence, le DASH, Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare, dont nous présentons l'une des grilles en Annexe (Simon, Raemer & Rudolph, 2010). On peut citer parmi les recommandations à l'endroit de l'animateur qui ont valeur d'évaluation de sa performance que l'on trouve dans l'Évaluation du débriefing pour la simulation en santé (DASH©), version évaluateur (Policard et al., 2011) :

« L'instructeur m'a aidé(e) à analyser mes actions et les processus de pensée mis en œuvre au cours de l'expérience de simulation »,

« Le formateur a identifié mes points forts et mes points à améliorer ainsi que leurs raisons »,

« J'ai reçu des feedbacks concrets sur mes performances ou celles de mon équipe, basés sur son point de vue honnête et juste »,

« Le formateur m'a aidé(e) à explorer mes processus de pensée ou ce que je tentais de mettre en œuvre à des moments clés »,

« Le formateur m'a aidé(e) à envisager comment améliorer ou maintenir un bon niveau de performance ».

On voit la prééminence dans ce type d'intervention de l'instructeur qui est perçu comme l'expert, le sachant, celui qui a les réponses qu'il veut faire exprimer aux apprenants ou bien qu'il apportera s'ils n'ont pas su répondre. Ce type d'approche se voit très régulièrement dans les débriefings réalisés dans le cadre de simulations techniques.

Nous allons maintenant chercher à montrer comment le débriefing peut être un temps de construction des savoirs et des compétences nécessaires à la relation de soin tout particulièrement dans une visée d'enseignement et d'apprentissage de l'éthique, et de l'éthique des vertus en particulier. Auparavant nous voulons revenir sur l'idée que l'apprentissage en simulation se ferait essentiellement et quasi uniquement dans le temps du débriefing.

15.4. Méditation pleine conscience et éraction.

L'apprentissage se réalise aussi en dehors du débriefing. Il est peut-être un peu réducteur de dire que le débriefing est la phase de l'apprentissage en simulation, réduisant le jeu à une forme de prétexte alors qu'il s'agit fondamentalement d'introduire les étudiants par la simulation dans tout un contexte d'enseignement et d'apprentissage. Comme cela a été dit, cette perspective est d'inspiration très cognitiviste. Elle n'est pas forcément immédiatement compatible avec les orientations issues d'autres perspectives. C'est le cas notamment avec la méditation pleine conscience ou encore l'éraction.

Au sein de la Faculté de médecine de Nice au fil des années, nous l'avons dit, nous avons introduit dans la mesure du possible, en fonction des animateurs disponibles, un temps de relaxation inspiré de la méditation pleine conscience au début des séances de simulation. Ce temps est proposé en début de séance au sein des enseignements à la communication, à la relation et à l'éthique recourant à la simulation comme dispositif pédagogique et réalisés avec les étudiants de premier et deuxième cycle des études médicales. Ce temps de relaxation est une pause intérieure qui permet d'être à l'écoute de soi pour permettre d'être à l'écoute de l'autre. La méditation pleine conscience on l'a dit, est une attitude fondamentale que peut expérimenter l'être humain consistant en une ouverture maximale de l'attention sur le vécu de l'instant, le désengagement de notre tendance à juger et à contrôler. Ce temps de relaxation permet ainsi à chacun s'il le souhaite de se recentrer sur ses émotions. Ce n'est pas à l'origine une composante de l'approche préconisée dans le DASH, mais elle a été proposée par des étudiants de master de psychologie dans le cadre de leur stage. Ils avaient remarqué que les étudiants de médecine semblaient tendus au début des séances et qu'ils pouvaient exprimer de l'inquiétude à l'idée de jouer devant leurs pairs et des enseignants. Ce temps de méditation est animé par un psychologue ou bien par des étudiants de master de psychologie clinique ou par tout autre professionnel formé à la méditation pleine conscience. Cela exige donc de la part des animateurs d'être formés et entraînés à cette pratique (ce qui peut représenter quotidiennement une vingtaine de minutes d'exercice au minimum). Il est proposé le plus souvent un *body scan* d'une durée de cinq à sept minutes avec ou sans fond sonore. Le *body scan* selon le cours de Dalmaso (2017) est :

« caractérisée par un centrage complet et minutieux sur le corps en déplaçant l'esprit de façon systématique sur chacune de ses parties » (p. 19).

Absorbé dans le vécu de l'expérience sensorielle, l'esprit est invité à demeurer pleinement présent aux sensations corporelles sans basculer dans le sommeil. Selon Kabat-Zinn (2016) dans *Au cœur de la tourmente*, la pleine conscience :

« La majorité de nos préoccupations pour notre apparence viennent d'une profonde insécurité au sujet de notre corps. [...] Quand nous mettons de l'énergie à vraiment faire l'expérience de notre corps et refusons d'être pris dans la strate de pensées-jugements à son sujet, toute la vision que nous avons de nous-mêmes peut changer du tout au tout » (p. 160).

C'est à peine une initiation à la méditation pour des étudiants ou des professionnels de santé qui pour la plupart n'ont jamais pratiqué une quelconque forme de retour sur soi silencieux. Mais cette pratique du *body scan* est cependant très puissante. Dans l'expérience, ce n'est souvent pas tant la quantité qui compte que la qualité ; on le sait, en communication ou dans la relation en général, un climat peut être induit en peu de temps par quelques gestes, une série d'expressions, peu de paroles, mais des paroles justes.

À l'issue de la pratique les retours des étudiants sont souvent peu nombreux, certains avouant ne pas avoir réussi « à rentrer dedans », d'autres s'étant laissé aller à l'exercice. Avec les formateurs, nous avons cru déceler que cette pratique permettait aux stagiaires de plus facilement accepter de se porter volontaires pour jouer. Nous avons interprété ce phénomène comme lié à la baisse du stress engendrée par ce temps de méditation. Cela va alors influencer aussi le briefing et le jeu de rôle. L'ambiance du débriefing est aussi différente. Il est plus facile pour les acteurs et les observateurs de mettre des mots sur leurs émotions, leurs ressentis. Enfin il a été montré que la récupération est plus rapide suite à une situation stressante si on pratique la méditation : la récupération après une forte simulation sonore, mesurée par la réponse galvanique de la peau (GSR), est plus rapide chez les personnes pratiquant la méditation (Banquet, 1973).

Il nous semble encore que, pour les animateurs, la relation à soi induite par la méditation amène à un débriefing de meilleure qualité, fait d'attention aux émotions des apprenants, de respect de leur parole, d'un intérêt soutenu pour le cheminement de leur raisonnement et de leur démarche. De futures recherches menées par des étudiants de psychologie devraient venir étayer ces observations.

Au-delà de ces bénéfices très directs en séance, ce recours à la méditation est une invitation à considérer ses propres émotions. Cet enseignement guidé invite à la gratitude pour l'instant présent et à le savourer. Si l'on prône comme attitude fondamentale de l'éthique clinique l'écoute du patient, cet apprentissage du silence et de l'écoute de l'autre passe d'abord par l'écoute de soi. Apprendre à méditer, c'est permettre cette ouverture du professionnel de santé aux émotions du patient, être attentif à sa parole, ses gestes, ses mimiques, son ton de voix qui les expriment. En simulation expérimentant cette attention à l'autre dans le jeu des acteurs, dans son propre jeu, l'étudiant s'ouvre aux multiples dimensions de la rencontre.

Le concept d'énaction, quant à lui, on l'a déjà expliqué, défend l'idée que la cognition est d'abord incarnée. Apprendre, c'est agir en situation et faire progresser son agir. Le fait de contextualiser une connaissance lui accorde plus de signification et plus de stabilité cognitive. Dans cette perspective, il y a déjà bien un apprentissage sous forme d'*auto-feed-back* au sein même de l'expérience du jeu de rôle ainsi qu'une prise de contact avec soi dans la situation, dans une conscience semi-obscure de ce qui se joue entre le patient et le professionnel de santé, si c'est l'objet du scénario. On peut donc nuancer l'affirmation de Crookall (2010, p.21) selon laquelle c'est le débriefing qui transforme l'expérience en apprentissage. Et, de fait, Becu rapporte que :

« les auteurs du *simulation and gaming* s'intéressent à la simulation en action, au ressenti des participants et au fait de vivre une expérience transformationnelle. Ter Minassian et Rufat disent à ce propos que "l'efficacité des jeux en éducation repose sur l'intériorisation des mécanismes et des actions par les joueurs qui se l'approprient au cours des parties" » (Ter Minassian & Rufat, 2008, cités par Becu, 2020, p. 27).

C'est donc bien au cours des parties que cette transformation a lieu. L'apprenant peut déjà lors de la mise en situation adopter une position réflexive et son jeu évolue en fonction de ses pensées, ses ressentis, les retours non verbaux aussi qu'il perçoit chez les autres acteurs et parmi les observateurs. Il y a bien un apprentissage puisqu'il y a une transformation en partie consciente et volontaire durant la situation.

Disons ici un mot au sujet d'une éventuelle pause entre le jeu de rôle et le débriefing en simulation. Ce n'est pas notre pratique mais dans la gestion des émotions et des pensées qui surgissent spontanément pendant le jeu de rôle, certains proposent ce sas qui n'est pas seulement un temps de décompression mais aussi un premier temps d'élaboration individuelle

ou bien informelle. Là encore l'apprentissage se ferait en partie en dehors du débriefing proprement dit. Selon Fauquet-Alekhine et Pehuet (2011) cités par Renou (2012) :

« Les instructeurs de pilotage de centrale nucléaire insistent sur la fonction pédagogique de la pause, au-delà de son caractère de récupération. Il n'est pas nécessairement long mais proportionnel à la durée de simulation. Ce temps permet aux apprenants de se relaxer en discutant des problèmes techniques rencontrés. Ils prennent spontanément de la distance par rapport à ce qu'ils ont fait » (pp. 41-42).

La crainte souvent exprimée par des formateurs est que ce temps de « débriefing sauvage » vienne contaminer le débriefing dirigé par l'animateur, en ne lui permettant pas de « cueillir » la spontanéité du jeu qui vient d'avoir lieu, qui a exposé les rouages de la mécanique de l'action qu'il s'agirait maintenant de rendre explicite. Mais Renou (2012) explique de son côté :

« Il est ainsi plus facile ensuite pour l'instructeur d'orienter la discussion sur d'autres points. Pour les instructeurs, il s'agira d'un temps d'échange et de coordination pour organiser le débriefing. Ce temps leur permet de réaliser une synthèse de leur prise de note éventuelle. La pause assure ainsi une double fonction au terme d'une simulation éprouvante : un temps de récupération psychologique pour les formés, par la mise à distance des émotions et un temps d'organisation pédagogique pour les formateurs » (pp. 41-42).

Au-delà de permettre aux apprenants de se détendre, dans une perspective moins cognitiviste, ne peut-on pas considérer que ce premier débriefing entre eux est un temps riche d'échanges, d'autoanalyse et de régulation, qu'on peut, de fait, reprendre dans la phase animée par celui dont la fonction est plus celle d'un facilitateur que d'un instructeur ?

Présentons maintenant la question des émotions dans le débriefing.

15.5. L'attention portée aux émotions.

Il est un point du débriefing où les perspectives cognitivistes et l'approche d'un apprentissage global de la vertu comme vecteur d'un agir éthique se distinguent, c'est le domaine des émotions et des sentiments et leur traitement.

Dans certains débriefings on ne mentionne pas les émotions. Cet oubli pur et simple peut venir d'une centration des animateurs uniquement sur les processus cognitifs, (ou pire encore

sur les seules habiletés techniques des étudiants). Et cela peut facilement advenir dans les formations où l'objectif pédagogique est d'abord biomédical et technique (réanimation, raisonnement clinique, urgences vitales, etc.). Nous avons observé dans un débriefing d'une formation d'internes d'urgences une scène irréaliste où, au moment où il voulait prendre la parole juste après sa prise en charge d'un motard grièvement blessé, l'animateur a dit au jeune médecin : « Non toi tais toi ! » et, de fait, il n'eut pas droit à la parole. Et on lui expliqua brièvement qu'il était trop impliqué dans la scène pour pouvoir en dire quelque chose.

Pourtant d'après les auteurs et les référentiels, la première séquence en effet du débriefing en simulation en santé consiste à permettre aux apprenants d'exprimer leurs réactions en mettant d'abord des mots sur leurs émotions. Crookall (2014, traduit de l'anglais) écrit :

« C'est lorsque le jeu s'arrête (pendant ou après le jeu) que les participants peuvent y participer d'une manière différente – d'une manière réfléchie plutôt que sur un mode d'agitation (faute d'un meilleur terme). Pour que l'apprentissage se déroule, un engagement agité (pendant le jeu) doit céder le pas à un engagement réflexif pendant le débriefing ou se transformer en celui-ci » (p. 422).

Le terme que Crookall emploie est *excited*, traduit par « agitation », lui-même n'étant pas complètement satisfait de son choix en anglais. Le jeu représente bien le temps du trouble, d'un méli-mélo que la pensée rationnelle va prétendre débrouiller. Dans la même logique, Renou dans un travail de synthèse assez complet sur le débriefing en simulation médicale écrit :

« La première phase du débriefing consiste à mettre à distance l'aspect émotionnel individuel des participants pour mener le groupe vers une réflexion collective qui analysera les faits et ce qu'implique leur comportement. (...) La gestion du stress et des émotions se fera en début de débriefing pour ne pas "parasiter" la réflexion en suivant. Ensuite, le débriefing pourra s'axer sur les capacités individuelles comme l'acquisition et le traitement de l'information, l'accès à la mémoire, la conscience de la situation, la cohérence entre la prise en charge et les actions » (Renou, 2012, p. 44)

La perspective de ces auteurs est celle plutôt d'une vidange des éléments émotionnels qui se sont manifestés pendant le jeu et qui ne doivent pas polluer le travail d'élaboration rationnelle qui serait celui du débriefing. Dans une séance consacrée à l'éthique on analysera donc à l'issue de cette expression convenue des émotions les attitudes des étudiants d'un point de vue

des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, si on se situe dans le champ principiste. Pourtant durant ce même jeu de rôle les étudiants se sont sentis traversés par un sentiment de compassion ou bien ont fait preuve de doute et d'indécision ; ils ont peut-être encore sollicité le patient afin qu'il précise ses attentes et ils ont vu chez lui une forme de reconnaissance ce qui les a confortés en tant que soignant. On a là un matériel riche sur le plan émotionnel. Si on revient suffisamment précisément sur ces mouvements qui ont traversé les acteurs et les observateurs, on peut mettre en lumière les vertus de justice dans le premier cas, de prudence dans le deuxième et de sollicitude dans le troisième, avec les formes qu'elles ont prises sur le plan affectif d'empathie émotionnelle ou de crainte. S'il est recommandé en simulation de demander aux apprenants d'exprimer leurs ressentis, cette expression peut avoir des objectifs différents selon les perspectives pédagogiques.

Un autre écueil regardant l'expression des émotions est le fait pour l'animateur d'être sur la défensive face à des réactions négatives des apprenants sur le cas clinique, la procédure, ou l'événement. Ils critiquent le dispositif lui-même de la simulation en soulignant le manque de réalisme, un scénario peu crédible ou bien l'oubli par l'animateur de transmettre certaines consignes... Bien souvent ce sont des façons pour les étudiants de se défendre par rapport au stress engendré par ces mises en situation, en exploitant les limites et les erreurs éventuelles dans l'organisation de la séance. Si on suit l'hypothèse que ce sont des mécanismes de défense face à l'angoisse suscitée par la situation d'enseignement, l'animateur peut accueillir avec tranquillité ces critiques, sans minimiser les difficultés mais en estimant que malgré ces limites des éléments intéressants peuvent être retirés de la séance. Nous avons ici une démonstration de l'apport de la psychologie positive et de l'approche centrée solution (ACS). Pourquoi en effet ne pas demander aux apprenants ce qui devrait être mis en place pour une éventuelle prochaine fois ? C'est une attitude qui renvoie l'animateur à ce que décrit Nannini dans son ouvrage *Une approche centrée solution en thérapie* :

« La posture de non-savoir, de non-vouloir, le refus de la place d'expert, l'espace laissé au mouvement, au possible, au futur... pourraient bien être les seuls critères de fidélité à l'Approche centrée solution » (Nannini, 2014, p. 13).

Pour revenir au traitement des émotions dans cette première phase du débriefing dans une perspective de l'éthique des vertus il s'agit donc de formuler des questions très ouvertes

dirigées vers chaque acteur à tour de rôle, en commençant par celui qui veut s'exprimer, puis en donnant la parole aux observateurs. C'est une question du type : « Comment ça s'est passé ? », « Qu'est-ce que vous avez ressenti ? ». L'animateur accepte et encourage les réactions en hochant la tête ou en reformulant et en laissant des temps de silence. On pourra objecter que c'est ce que fait tout animateur un tant soit peu formé à la technique de débriefing. Sauf qu'il s'agit ici d'une posture d'être et non pas seulement d'une technique. Comme le souligne Derveaux 2020, infirmière, psychologue du travail et psychologue clinicienne, impliquée dans ces enseignements au sein de la Faculté de médecine de Nice, :

« Dans une perspective analytique, le psychologue utilise sa propre personne ainsi que ses mouvements internes pour entendre ceux du patient. Il n'est pas possible de faire abstraction de sa subjectivité » (p. 15).

Ce que dit cette consœur en rappelant cette vérité fondamentale de la psychanalyse c'est que toute écoute est subjective et que prétendre rendre objectif pour l'animateur l'agir d'un professionnel en situation est une gageure très risquée. Cela risque même d'être à l'inverse du but recherché qui est de saisir l'action dans son intentionnalité. Pour ce faire l'animateur doit être conscient de sa propre subjectivité, des mouvements internes qui le traversent, qui émergent en lui sous forme d'émotions : colère, agacement, admiration, ennui, stupeur etc. Nous reviendrons plus longuement sur ce travail de l'animateur. Pour l'instant saisissons l'occasion de parler de la place des psychologues dans les dispositifs d'enseignement et d'apprentissage recourant à la simulation. Renou (2012) présente l'activité du centre de simulation en santé de Montréal :

« La gestion du stress doit absolument être évoquée en débriefing, elle devrait faire partie des objectifs des premières simulations de manière systématique lorsque le cursus d'enseignement en comporte plusieurs. Le centre CAACHC de Montréal envisage la participation d'un psychologue. L'intervention de ce professionnel en amont des séances pourrait apporter des clés aux professionnels de santé concernant la gestion de leur propre stress » (p. 46).

Il est intéressant de voir que le psychologue est ici recruté pour traiter la question du stress, celui mis en scène dans les scénarii lors de prises en charge qui se passent mal par exemple mais aussi on peut imaginer le stress engendré par la situation même d'apprentissage dans les conditions de la simulation. On le voit régulièrement dans les échanges qu'on peut avoir avec

les professionnels de santé, le stress des patients est leur « bête noire » et, dans les services, ce traitement du stress est ce qui est attendu du psychologue.

Or, le stress agit par contagion et faire face au stress du patient c'est pour les médecins, les infirmières, les aides-soignantes être potentiellement contaminés. Le travail du psychologue n'est pas d'être le pompier de service qu'on appelle pour éteindre cet incendie du stress du patient qui menace tous ceux qui sont autour, mais ce sera bien plus de permettre aux équipes de prendre les moyens de l'écoute du patient, qui au-delà des réponses somatiques, est la clé d'une sédation de ce phénomène. Dans un centre de simulation finalement le psychologue va tenir la fonction symbolique de l'instance psychique, et son rôle, s'il l'accepte, est de rappeler aux professionnels de santé avec délicatesse mais avec force aussi, qu'ils sont des soignants, c'est-à-dire destinés à prendre soin de la personne malade, à l'écouter dans ses demandes et ses attentes. C'est une des constantes de l'animation en simulation dans le domaine relationnel que ce qui est enseigné est agi par l'animateur dans son rapport avec les apprenants dans un phénomène de mise en abyme du savoir et des connaissances.

Dans un autre champ, ce recours au psychologue est aussi jugé pertinent. Dans le Dossier thématique sur *Le Débriefing* du CIRAP, on peut lire :

« L'administration pénitentiaire, depuis quelques années, a su prendre en compte les conséquences de ces incidents sur le plan personnel, du point de vue du traumatisme subi ; la création de postes de psychologues auprès du personnel pour prendre en charge les agents victimes d'agression en est l'illustration. Cependant, si cette évolution présente un intérêt certain, il nous est apparu nécessaire de s'inscrire en complément par un travail en aval, sur le développement des compétences professionnelles des agents, du point de vue du traitement de l'incident, de l'analyse des pratiques et de la prise en compte de la dimension humaine » (Peresse et al., 2005, p. 9).

Nous avons traité dans la deuxième partie de ce travail de la place du psychologue comme formateur au sein de l'institution. Ici, on voit le lien organique qu'il existe entre le débriefing institutionnel suite à un incident et la place que tiennent les psychologues en formation. C'est parce qu'ils ont été à l'écoute des ressentis des sujets, qu'ils ont abordé à chaud les conflits de valeurs, ou pour mieux dire de finalités, que les surveillants ont eu à affronter dans le feu de l'action, que les psychologues sont légitimes aussi pour accompagner les agents dans un travail réflexif, dont la simulation et le débriefing en simulation sont l'un des instruments.

Mais il faut aller plus loin pour comprendre la place particulière d'un psychologue clinicien dans la formation des professionnels. Vermersch (2018), psychologue, explique sa démarche de création de l'entretien d'explicitation qui s'intéresse à l'intention du sujet en situation et ce qu'il met en œuvre pour parvenir à sa fin. Il rapporte :

« L'entretien non directif se contente d'encourager le discours spontané et j'avais besoin d'un questionnement ciblé, précis, détaillé, et en même temps n'induisant pas le contenu des réponses. La formation pratique m'est venue de l'expérience de ma propre psychothérapie, puis du fait que, dans la foulée, j'ai fait une formation de psychothérapeute. Ensuite, j'ai multiplié les formations personnelles impliquant sans cesse une expertise fine de l'échange verbal en vue de produire un accompagnement respectueux et pourtant source d'informations précises » (p. 66).

Le psychologue clinicien, en tant que psychothérapeute, a cette pratique régulière de l'écoute bienveillante, désintéressée au sens où il suspend son propre vouloir sur le sujet. Vermersch (2018) précise ainsi :

« L'explicitation n'a rien à voir avec la psychothérapie, mais le cadre de formation de la psychothérapie donne un vrai apprentissage pratique à la suspension du jugement, à la maîtrise des relances, des questions, à la compréhension pratique de l'effet des mots que l'on choisit d'utiliser, et tout autant à l'écoute fine de ce que dit l'autre » (p. 66).

De fait, la crainte est parfois qu'en présence du psychologue une séance de simulation se transforme en thérapie de groupe. L'animateur n'est pas là pour faire des interprétations sauvages sur les traits de personnalité et les pathologies psychiques éventuelles des apprenants. Mais il ne doit pas s'empêcher d'interroger ce qui dérange, des passages à l'acte certes simulés mais bien réels dans le jeu de rôle. Ce que les autres formateurs taisent parfois à tort par manque de légitimité de par leur métier, naturellement le psychologue va l'interroger car il travaille justement au quotidien sur ce qui est inacceptable socialement, sur ce qui craque et apparemment ne fait pas sens. Dans notre ambition de former des étudiants de médecine à un agir juste et respectueux des patients, il est appréciable d'avoir cette voix et cette instance symbolique qu'est le psychologue dépositaire du fonctionnement psychique.

15.6. L'analyse ou jugement éthique

Après l'expression des émotions et dans sa continuité vient la phase de l'analyse où il s'agit d'explorer ce qui s'est passé dans le jeu de rôle et d'envisager pour chacun une application à sa pratique professionnelle.

Chaque jeu de rôle, en particulier dans le domaine relationnel, est unique et potentiellement très différent d'un groupe d'apprenants à un autre. L'animateur s'adapte en faisant une équation entre ses objectifs et les opportunités qui se présentent à lui. Il donne ainsi une leçon d'adaptation en situation, de négociation avec les éléments en jeu. Le contraire serait une démonstration de rigidité et d'une attitude obtuse qui serait par là-même pour ainsi dire un enseignement caché. La façon dont les étudiants sont ainsi traités est un enseignement en soi, même s'il n'est pas proprement volontaire de la part de celui qui le dispense. Au passage, rapportons l'opinion de Fortin (2013) selon laquelle la délibération en petit groupe favorise une réflexion en profondeur. Nous privilégions en simulation des groupes comprenant au total entre dix et douze participants. De fait, les échanges en grand groupe n'ont pas toujours le caractère d'intimité, de confidentialité, de personnalisation de l'enseignement que permettent les petits groupes. C'est une des limites du théâtre-forum.

L'animateur aborde l'expérience vécue dans le jeu. Il cherche à comprendre le problème rencontré par les participants : « Que s'est-il passé ? ». Puis il leur fait verbaliser les causes du ou des problèmes rencontrés : « Pourquoi d'après vous cela est arrivé ? » On aboutit aux solutions qui ont été apportées : « Comment avez-vous alors réagi ? » Dans la première série de questions un des enjeux est de faire droit au point de vue de chacun, acteurs du jeu de rôle comme observateurs. Ainsi que le note Becu (2020) dans son Mémoire d'Habilitation :

« Lors de la simulation, l'expérience vécue par les participants est en fait constituée d'une multitude de micro-expériences vécues au cours de la partie. Pour le participant, chacune de ses micro-expériences fait l'objet d'un cycle d'apprentissage expérientiel : expérience concrète, observation réflexive, conceptualisation abstraite, expérimentation active. Si le débriefing revient en partie sur ces micro-expériences, il cherche aussi à évaluer l'expérience d'ensemble vécue par chacun des participants, ce qui va permettre de faire porter l'apprentissage sur les concepts et les processus simulés, sur les compétences mises en pratique, ou bien encore sur l'impact des émotions vécues durant le jeu sur les décisions prises. Klabbers poursuit la réflexion sur le rôle du débriefing dans l'apprentissage expérientiel en distinguant deux phases du débriefing. Durant la première phase, qui

correspond à l'étape d'observation réflexive, les participants passent en revue différentes micro-expériences vécues (ils les racontent et les discutent). Lors de la deuxième phase, il n'est plus question des micro-expériences mais de ce que les participants retirent de l'expérience d'ensemble. Cette phase correspond à l'étape de conceptualisation abstraite de Kolb, ainsi qu'à la dernière phase du débriefing » (p. 133).

Pour cet auteur, en passant du niveau individuel au plan collectif, on passe de l'observation réflexive à la conceptualisation abstraite. Même si nous ne sommes pas sûr qu'on puisse être aussi précis dans la description des processus, il nous semble cependant très intéressant de souligner ici cette dynamique d'apprentissage où la réflexion sur l'action permet la prise de conscience de faire partie d'un collectif, l'émergence du sentiment d'une destinée commune en écoutant les autres raconter le récit de leur vécu, un travail de socialisation inestimable pour créer un groupe (ce qu'on nomme un peu facilement aujourd'hui du *team building*). De même note un formateur dans le milieu carcéral :

« Imaginons, comme dans certaines forces spéciales, que chaque acteur de l'intervention porte un casque muni d'une caméra. Il serait illusoire de présenter un des films individuels comme étant "LE" film de l'intervention. Chaque film ne sera que le film de l'action de chaque personne, et non le film de l'ensemble des actions. Tout le savoir-faire de l'animateur du débriefing sera alors de regrouper l'ensemble des visions individuelles pour reconstituer une vision globale de l'événement, le plus proche possible de la réalité, et surtout une vision reconnue par tous » (Peresse et al., 2005, p. 28).

Cette création d'un groupe d'apprenant relié entre eux par cette expérience commune a une dimension éthique que nous rattachons à la vertu de convivialité dont nous avons parlé. Les échanges, les dialogues intenses, les conflits et leur résolution lors d'une session de formation de quelques jours sont une occasion rare de se sentir faire partie d'une humanité commune. Les interventions de l'animateur sont capitales pour qu'advienne cette alchimie.

On peut convoquer aussi ici le cadre conceptuel de la théorie de l'enquête développé par Dewey qui, dans la logique darwinienne dont il s'inspire, décrit un processus d'adaptation des individus au sein du groupe face aux changements de l'environnement comme une transformation contrôlée:

« L'enquête est la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et

relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié. » (Dewey, 1967, page 169).

La première étape de cette enquête est pour l'individu et le groupe, l'expérience d'une situation indéterminée, c'est à dire incertaine, instable et troublée. La deuxième étape est l'institution, par le biais d'un traitement cognitif, d'un problème à partir de cette situation. Le problème est défini, ce qui est une étape fondamentale dans le processus d'enquête et de résolution potentielle du problème. Le raisonnement consiste en l'observation des faits, la suggestion d'idées et la formulation d'hypothèses qui seront démontrées à travers l'expérimentation (qui est à l'opposé de la spéculation), si ces hypothèses une fois testées prouvent leur efficacité pratique. L'enquête est close lorsque la situation originelle est unifiée. Cette théorie de l'enquête a le mérite de rappeler la dimension de construction groupale de la résolution des problèmes, et de preuve par les faits chère au pragmatisme.

C'est dans cette phase du débriefing que les capacités propres au jugement éthique en situation sont travaillées par les apprenants, ces capacités de PAIDEIA, la perception émotionnelle ou sensibilité éthique, les capacités d'analyse éthique, de délibération éthique, d'arbitrage éthique et d'autodétermination. Nous avons déjà traité de la première en abordant les émotions. La capacité d'analyse éthique est, on l'a dit, la capacité à expliciter, caractériser et problématiser les dilemmes éthiques relatifs à un contexte d'action. Les étudiants, en partant de leurs émotions et de leurs remarques sur ce qui les a étonnés, ce qui leur a posé question dans la scène jouée, font émerger peu à peu le ou les problèmes éthiques sous-jacents. On retrouve les étapes décrites par Dewey dans sa théorie de l'enquête. La présence de patients partenaires, l'expertise de médecins seniors, l'apport des cadres de santé d'autres instituts de formation permettent l'articulation des différents plans. Les membres des comités d'éthique mobilisés lors des séances apportent dans les discussions ou les synthèses un éclairage théorique, méthodologique ou réglementaire précieux.

La capacité de délibération éthique est la capacité à articuler le travail d'analyse éthique individuel avec le collectif. Le temps du débriefing est par excellence le temps de la délibération comme on l'a souligné, où un monde commun se construit, où les représentations se font jour et permettent de saisir d'une certaine mesure que « l'agir suit l'être ». Comme on l'a déjà dit la coconstruction d'un agir éthique commun en situation n'est pas l'application de principes éthiques universellement reconnus, existant préalablement et appliqués tels quels.

C'est un ajustement, une élaboration éminemment contextualisée et sujette à une interrogation incessante.

La capacité d'arbitrage éthique est un consensus sur la ou les décisions à prendre relativement au(x) dilemme(s) éthique(s) identifié(s). Cet arbitrage se fait à l'échelle individuelle et aussi à l'échelle collective. Le consensus n'est pas toujours de mise et la simulation est un lieu d'expression démocratique où les opinions de chacun doivent être respectées. Nous avons fait intervenir des visiteurs médicaux en retraite dans des simulations touchant à l'influence des laboratoires et aux conflits d'intérêt. Autant dire que les prises de position étaient très contrastées, mais les uns et les autres ont pu s'exprimer. On travaille ici la compréhension du contexte et de l'expérience de vie à partir desquels s'expriment les personnes impliquées.

La capacité d'autodétermination enfin est la capacité à agir en fonction de ce qui nous semble désirable, souhaitable, éthiquement juste et approprié au contexte. Elle est dans la vertu de prudence, cette force tranquille et résolue qui nous arrime au bien recherché. La question n'est pas d'apprendre seulement à savoir raisonner éthiquement mais à agir éthiquement, à être éthique en situation. Comme l'exprime à sa manière *L'imitation de Jésus Christ* : « *J'aime mieux sentir la componction que d'en savoir la définition* » (a Kempis, 1745, p. 1). La limite majeure d'autres dispositifs d'enseignement et d'apprentissage propres à l'éthique est de favoriser le raisonnement éthique mais de laisser de côté l'action. Et dans le compagnonnage on l'a dit les modèles de rôle au quotidien sont disparates et souvent contradictoires, quand ce ne sont pas des contre-exemples. La séance de simulation est l'occasion de « pratiquer » et de ne pas se contenter de bonnes paroles ou d'être animé seulement de bons sentiments. L'émotion engendrée par l'immersion fictionnelle, les sentiments du personnage qui affleurent dans le psychisme de l'acteur, conjugués au stress d'être en situation d'apprentissage devant un public favorisent le réalisme de la scène et permettent de recréer des contextes de travail proches du quotidien. Les réactions durant le jeu de rôle sont, aux dires des apprenants, naturelles, identiques à celles qu'ils auraient eu dans de telles circonstances, même si on est dans la fiction. De plus nous proposons régulièrement aux acteurs de rejouer la même scène, en particulier quand des blocages, des résistances, des défenses sont apparus lors du premier jeu de rôle. Un premier débriefing a permis d'amener l'acteur sur ce qui semble pouvoir être interrogé et critiqué et c'est fort de cette prise de conscience, si elle a eu lieu, que la scène sera rejouée, cette fois ci possiblement avec une

autre tonalité et l'expérimentation pour le sujet de trouver une voie de dégagement plus adéquate. Nous estimons donc qu'ainsi la capacité d'autodétermination est travaillée et enseignée dans le dispositif de la simulation.

Dans ce temps d'analyse ou de jugement éthique il y a des écueils à éviter. C'est le cas du formateur faussement rassurant réalisant des « commentaires sandwichs », alternant compliments (parce qu'on doit être bienveillant en simulation) et critiques (parce que le paradigme de l'enseignement reprend le dessus). Comme le note les auteurs du Dossier thématique sur *Le Débriefing* du CIRAP, (2005) :

« Afin d'éviter que le débriefing ne puisse ébranler l'ordre établi et la hiérarchie en place, certains ont jugé plus prudent de le transformer en démonstration d'autorité » (Peresse et al., 2005, p. 19).

Le danger est en effet sans cesse présent que ce dispositif soit dévoyé. De la même façon l'animateur est appelé à exercer son sens critique vis-à-vis du comportement de l'individu et non de la personne. Il s'agit de dire par exemple : « *Est-ce que crier après l'infirmière vous a permis d'obtenir le résultat souhaité ?* » plutôt que « *Vous avez le sang chaud, n'est-ce pas !* » Se sentir jugé en simulation laisse des traces chez les étudiants même si le ton est à l'humour. Plus simplement si l'animateur parle en même temps que les observateurs et n'entend pas leurs commentaires il donne l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire avec le patient. L'art du débriefing est l'art de se taire aimons-nous à répéter en formation d'animateurs.

Un autre danger qui guette l'animateur, c'est de dire immédiatement à l'apprenant ce qu'il faudrait faire la prochaine fois. Il ne s'agit pas d'aller vérifier qu'il y a dans la mémoire des apprenants des connaissances qui sont censés y être, et de donner la solution à l'élève s'il ne sait pas, mais il s'agit d'une coconstruction du savoir où l'on fait appel à la sagacité et à l'esprit critique des étudiants. On parle ici de « réflexivité » qui est, de notre point de vue, le cœur même de l'apprentissage de l'éthique en simulation car loin de se réduire à un processus cognitif elle engage les *habitus* et les comportements de chacun.

15.7. La réflexivité

La démarche réflexive est au cœur du débriefing. Quels sont les enjeux de la réflexivité ? Comme le note Perrenoud (2004) :

« Former des gens savants, et même compétents, n'est pas ipso facto former des praticiens réflexifs. La formation doit le vouloir, le faire savoir et s'en donner les moyens durant tout le cursus, bien au-delà d'un module d'analyse des pratiques... » (p. 8).

On parle volontiers en simulation de débriefing réflexif. Mais il faut savoir ce que l'on entend par ce terme. Perrenoud (2004) précise :

« La dimension réflexive a un double sens, comme dans nombre de métiers complexes : suspendre le passage à l'acte lorsque les enjeux méritent qu'on y regarde à deux fois avant de décider, même s'il faut assumer un temps d'hésitation et de doute ; apprendre de l'expérience pour aborder des situations analogues de mieux en mieux préparé et armé » (Perrenoud, 2004, p. 8).

Le débriefing est bien cette suspension de l'action, cette pause bienvenue pour interroger le sens, compris à la fois comme le but et la direction, de ce que nous avons entrepris. C'est une attitude qui relève de la vertu de prudence. Interroger la finalité de l'action, se reposer la question des fondements de notre agir médical, dégager si c'est nécessaire les grands principes qui sous-tendent les moindres gestes soignants, est une œuvre salutaire et même pourrions-nous dire une œuvre de « santé mentale ». On se rappelle la parole qu'on attribue à Einstein disant que la folie c'est « de toujours se comporter de la même manière et de s'attendre à un résultat différent » (*the definition of insanity is doing the same thing over and over and expecting different results*). C'est aussi le constat fondamental de Vermersch (2018), qui est à l'origine de tout son travail :

« Si au lieu de partir du résultat de l'action, je pars de son début, alors ce qui domine, c'est que l'essence d'une action est d'être portée par une intention en réponse à un besoin. Une action est finalisée par le résultat à atteindre » (p. 67).

Dans la vertu de prudence on s'interroge sur la justesse de l'intention et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre la fin choisie. Il est prudent de fait de ne pas agir sans réfléchir. On peut ici rapporter la sentence de Périclès rapportée par Thucydide dans les *Guerres du Péloponèse*, et reprise par Peresse et ses coauteurs (2005):

« Nous ne considérons pas que la parole soit un obstacle à l'action, mais que c'est un obstacle en revanche de ne pas s'être préparé par une discussion avant d'aller agir. Ce qui nous distingue, c'est à la fois de faire preuve de la

plus grande audace et de calculer nos entreprises : chez les autres, l'ignorance porte à la décision, et le calcul à l'hésitation » (Thucydide, cité par Peresse et al., 2005).

Dans cette référence à la Grèce antique, nous pouvons évoquer une vertu qui vient faire écho à nos développements sur la sincérité et l'authenticité, le mensonge et l'hypocrisie. Le débriefing réflexif doit permettre en fin de compte de rendre plus souple les individus, de leur permettre de s'écouter mutuellement pour agir ensemble, en s'adaptant aux personnalités de chacun, avec bienveillance et exigence. Les grecs parlaient pour cela de la vertu de *métis*.

« La *métis* des grecs ou intelligence de la ruse, s'exerçait sur des plans très divers mais toujours à des fins pratiques : savoir-faire de l'artisan, prudence du politique ou art du pilote dirigeant son navire. C'est une forme d'intelligence engagée dans le devenir et l'action. La *Métis*, qui se manifeste essentiellement comme une pensée du sujet en action, ne peut être reconnue que dans une relecture de l'action, au risque de se perdre dans sa réalisation qui sera souvent seule à en porter la trace dans le récit. Cette pensée en acte, dont il est possible de suivre la trajectoire du tour de main de l'artisan au piège du chasseur, de la ruse guerrière à l'habileté du conducteur de char, de la pratique du médecin à la ruse du politicien, de la sûreté du coup d'œil, à la pénétration d'esprit, bref, des débrouillardises diverses à l'œuvre chez Ulysse aux figures métaphoriques du renard et du poulpe, se laisse finalement appréhender, avec un peu plus d'abstraction, par une logique de l'intelligence rusée qui se manifeste sous les trois principales formes du retournement, du lien et du cercle » (Peresse et al., 2005, p. 52).

Comme le renard et la seiche qui en sont les exemples types dans le monde animal, la ruse passe par une imprévisibilité des coups que peut porter celui qui sait en jouer, capable de se retourner à tout instant et de porter le coup de grâce (Detienne, Vernant, 1969). Le débriefing est là pour saisir cette compétence très générique, cette aptitude à juger et se positionner avec justesse dans une économie de moyen et une efficacité de résultat. Souvent faite d'intuition comme presque toujours dans l'agir vertueux, les manifestations de cette capacité d'adaptation hors pair peuvent être mises en lumière, décryptées, analysées.

Cette démarche réflexive est au cœur même de l'entretien d'explicitation de Vermersch (2018) :

« L'entretien d'explicitation est conçu pour mettre à jour le détail de la réalisation des actions – c'est-à-dire au fait que l'on ait un but –, et que l'on cherche à produire un résultat [...] d'ailleurs, elle s'est d'abord développée

dans les domaines professionnels avant d'être prise en compte dans ma discipline d'origine (la psychologie) qui n'en comprenait pas l'utilité puisque le thème de l'action finalisée lui était largement étranger. » (p. 65).

La démarche réflexive a donc à la fois une dimension technique qui consiste à interroger les processus à l'origine de l'action, l'enchaînement des éléments individuels et collectifs à l'origine d'un résultat. Mais elle a aussi potentiellement une dimension morale puisque cette démarche s'intéresse aux fondements intentionnels de l'agir, dégagent les sous structures inhérentes à l'acte. Perrenoud (2004) constate ainsi :

« il importe donc qu'une formation professionnelle travaille ce qu'on appelle parfois la personnalité, ou des attitudes, ce que je préfère appeler un *habitus*, à la fois professionnel et personnel, que je définirai avec Bourdieu comme la grammaire génératrice des conduites. L'*habitus* est au principe des conduites les plus rationnelles et réfléchies, mais aussi des plus impulsives, des passages à l'acte prématurés aussi bien que des hésitations sans fin ou des ambivalences chroniques qui bloquent certaines décisions nécessaires » (p. 9).

Nous renvoyons à tout ce que nous avons pu mettre en avant dans la notion de personnage dans le jeu de rôle en lien avec l'identité individuelle, ce processus d'autoconstruction sociale du sujet. Il est intéressant que Perrenoud (2004) utilise le terme d'*habitus* comme le plus adapté pour définir le processus actif dans le sujet à l'origine de ses conduites ; on se rappelle que la vertu est définie comme un *habitus* opératif acquis par répétition d'actes de qualité, c'est-à-dire qui correspondent à notre finalité propre en tant qu'être humain. Perrenoud (2004) précise :

« Il est impossible de prendre entièrement le contrôle de son propre *habitus* dans le simple cadre d'une formation professionnelle. Elle peut en revanche valoriser explicitement un certain type d'*habitus* - par exemple faire confiance aux gens, ne pas juger trop vite ou accepter de faire partie du problème - et proposer quelques moyens de discipliner progressivement les réactions "spontanées" les plus destructrices, anxieuses ou inefficaces » (Perrenoud, 2004, p. 9).

On retrouve là un certain nombre de vertus relevant de la justice, de la prudence et de la force. Le débriefing n'est donc pas un *feedback* qui se limiterait à la transmission active d'informations correctives mais engage la réflexivité des participants. Il est l'occasion pour tous les apprenants qui ont été engagés dans ce contexte fictif de réfléchir sur leurs

comportements et leurs attitudes. Sur un plan pratique comment se traduit cette sollicitation de la réflexivité chez tous les apprenants ?

Comme on l'avait signalé dans la partie d'analyse des résultats, pour mener le débriefing l'animateur s'appuie sur le ressenti et les pensées des acteurs. Mais les retours de celui qui a joué le rôle de l'externe ou du médecin ne sont pas toujours suffisamment productifs, et il faut aller vers d'autres sources d'analyse dans la séance. Cela donne une intervention de la part de l'animateur que nous appelons schématiquement une fusée à cinq étages. En premier lieu c'est la parole de l'acteur qui permet d'étayer les questions critiques, d'interroger par exemple un mécanisme de défense qui a émergé dans le jeu, ou bien une prise de position éthique plus que discutable. Si l'acteur n'a pas la capacité ici d'interroger sa propre conduite, on sollicite alors celui ou celle qui a joué le rôle du patient, s'appuyant sur son ressenti ou ses réactions. Mais le retour peut être peu satisfaisant, les capacités réflexives du patient simulé (un apprenant, un patient partenaire ou encore un comédien) étant faibles là encore. L'animateur se tourne alors ensuite vers les observateurs et sollicite leurs remarques, leurs critiques. Parfois c'est décevant, et ce qui a retenu l'attention de l'animateur et qui constitue son objectif pédagogique, ne trouve pas d'écho. Il peut avoir recours au quatrième étage de la démarche en proposant à tous de revoir la scène qui pour le coup a été filmée, revenant sur le passage qui a retenu son attention en ciblant ses questions. Mais il est possible que cela ne donne pas les résultats escomptés et c'est alors à l'animateur de présenter, sous forme de question, l'attitude, la posture, la parole qui présentent un intérêt à ses yeux.

Le jeu de rôle se veut la reproduction sincère pour les acteurs des habitudes et des façons de faire du quotidien. C'est d'ailleurs la consigne qu'on donne aux volontaires avant de commencer la scène : « *Faites comme vous feriez en situation réelle* ». Dans ce temps de débriefing, on reprend le récit de chaque personnage qui a incarné le rôle qui lui était proposé. L'animateur fait circuler la parole, il s'intéresse non pas au résultat lui-même mais ce qui a poussé l'étudiant à se comporter ainsi, à prononcer telle parole, à ne pas rebondir sur l'une ou l'autre expression du patient. Les points d'incertitude sont relevés et exploités par l'animateur qui favorise la divergence cognitive au sein du groupe. Cela permet que la construction de la solution, de la voie de dégageant, du consensus éthique soit une œuvre collective, permettant à chacun de cheminer à son rythme au sein du groupe. En effet, dans le débriefing le conflit cognitif est attendu, et même suscité. Souvent une contradiction se fait jour. Par

exemple dans un groupe d'étudiants des avis divergent sur la question de savoir s'il est licite de mentir à un patient. L'animateur va alors saturer de questions le groupe pour augmenter la contradiction afin de mettre en lumière cette divergence cognitive.

Si on se place dans une perspective principiste (c'est, répétons-le, une clé de lecture d'une situation de conflit éthique) on laissera s'installer une opposition passagère entre l'argument selon lequel le patient a le droit de savoir (ce qui relève du principe d'autonomie) et la responsabilité du médecin qui repose finalement sur les principes de bienfaisance ou de non-malfaisance. La simulation n'est pas l'apanage d'une école morale ou d'un courant éthique. Nous sommes pour notre part plus sensible à la vertu car elle exprime selon nous mieux la dynamique intentionnelle de l'agir humain et la construction de la personne au long de son existence. Dans cette approche on s'intéressera plus aux fins visées par les tenants de l'une ou l'autre position, le bénéfice escompté pour le médecin et pour le patient, et cette enquête pourra permettre plus facilement l'émergence d'un consensus.

On peut être ainsi sensible dans la simulation et tout particulièrement dans le débriefing aux dimensions dialogiques de l'éthique. C'est le cas de Becu (2020) qui écrit dans son Mémoire d'Habilitation :

« Un atelier de simulation participative est un espace de communication et d'échanges (d'Aquino 2016), un multilogue selon Duke (Duke 1974) (-logue : qui a rapport avec un type de discours ou de relation), c'est-à-dire une forme de communication multidirectionnelle et multiforme (orale, gestuelle, symbolique), où le sens donné aux actes est socialement construit. [...] L'apprentissage de cette forme de communication peut s'expliquer par le passage d'une communication autocentrée/unidirectionnelle à une communication complexe. [...] Dans une forme de communication complexe, le sens des choses n'est pas établi d'avance, il est socialement construit. Les idées, qu'elles soient exprimées sous la forme d'un avis ou d'un modèle scientifique, ne sont ni vraies ni fausses, elles sont réfutables (d'Aquino et Richebourg 2015, d'Aquino 2016). Ce que l'on s'échange, ce ne sont pas des valeurs sur les choses (cela est bien ou mal), mais des arguments. La nature du dialogue, c'est-à-dire l'échange d'idées, de sens et de messages, n'est pas une confrontation mais une délibération, qui s'apprend par l'expérience du multilogue vécue dans la simulation participative » (pp. 118-119).

Cette approche est tout à fait valable et fort utile dans un contexte de grande disparité d'opinions et de convictions. La simulation peut être l'occasion de nouer un dialogue qui ne

se perd pas dans des prises de position idéologiques mais en suivant le processus rigoureux du débriefing et grâce au rôle de modération de l'animateur qui sera tiers dans le groupe, une écoute mutuelle aura des chances de s'instaurer. L'important est de bien se centrer sur le concret de l'action qui a été jouée et de ne pas trop décontextualiser, afin que les parties puissent au moins entendre que des opinions différentes sont possibles dans une même situation. Les formateurs auprès des personnels de prison rapportent de leur côté les échanges habituels qui se font jour au sein des équipes professionnelles entre les tenants du conséquentialisme et ceux du principisme :

« entre une éthique engagée, au contact de l'action, et une éthique purifiée qui en fait l'économie. La première donne toute sa place au résultat de l'action, dans une attente de résultats tangibles, la seconde en reste au niveau des principes. De nombreux débats d'équipe gagneraient à clarifier d'avance le positionnement éthique de ceux qui s'affrontent dans des oppositions stériles qui marquent en fait une incompréhension tenant à des distances inarticulables des interlocuteurs par rapport à l'action, masquées par des prétentions idéologiques visant à confisquer la question éthique dans l'un ou l'autre camp. De nombreuses malaises qui empêchent absolument tout débriefing technique trouvent ici leur origine et ancrent à cette place leur résistance au travail » (Peresse et al., 2005, p. 53).

Même s'ils font référence ici au débriefing dans l'après-coup d'une intervention, les enjeux sont absolument les mêmes dans le débriefing d'une simulation. Le phénomène d'immersion fictionnelle, abordé dans la section sur le jeu, a créé les conditions pour activer les émotions chez chacun, acteurs comme observateurs. Si on a passé outre à la phase de verbalisation et d'interprétation des émotions, on se retrouve dans une foire d'empoigne où chez certains les jugements à l'emporte-pièce vont empêcher tout débat et où règnera chez d'autres un mutisme lourd. Les débriefings sans fin sont comme les analyses sans fin dans le domaine de la thérapie, le signe qu'il y a une résistance chez l'analyste, qu'en l'occurrence l'animateur a été pris dans le feu de la scène et n'est pas capable d'élaborer.

Ce rapprochement avec le divan n'est pas neutre ni anodin ; nous reviendrons sur les liens entre cette écoute de l'analyste et la posture de l'animateur. Les ponts avec la clinique du sujet écouté dans le cadre de la cure (analytique) et la simulation sont profonds ainsi que Perrenoud (2004) le décrit dans le cadre de la formation des chefs d'établissements en milieu scolaire :

« Une formation constructiviste et clinique se heurte aux impatiences mais aussi aux mécanismes de défense des formés. Mettant la personne au centre, ne négligeant pas son inconscient pratique, voire psychanalytique, travaillant l'identité et l'*habitus*, s'attaquant aux rapports, au pouvoir, au savoir, aux autres, valorisant la posture réflexive contre le pragmatisme et l'activisme, une telle démarche ne peut au départ que provoquer la résistance passive ou active d'une partie des futurs chefs d'établissement. Ce n'est pas une raison d'y renoncer. Ces résistances devraient inciter à concevoir des dispositifs dans lesquels, loin de bloquer le travail de formation, elles l'alimentent » (p. 20).

Nous retrouvons tous les éléments évoqués pour décrypter l'agir humain et ses fondements que ce soit l'identité, les *habitus*, la dimension sociale de la personne, ses éléments subconscients (appelés ici « inconscient pratique ») et proprement inconscient au sens analytique. On peut se souvenir de l'étudiant en simulation interdit devant la patiente qui avait fait une tentative de suicide, du professeur qui ne voulait sous aucun prétexte employer le mot de cancer mais procédait par fausse réassurance, du médecin qui avoua ne pas supporter les suicidaires. Tout cela a pu être verbalisé, abordé, explicité : dans le débriefing réflexif la parole est donnée aux apprenants pour leur permettre de mettre en mots individuellement et collectivement ce qui est à la genèse de l'action.

Devant un tel instrument, on peut ici se poser la question de l'éthique de la simulation elle-même sans s'y perdre pour autant. Elle rejoint l'éthique générale de tout enseignement basé sur la bienveillance, la rigueur, le respect, les vertus éducatives par excellence. Il y a cependant dans la simulation, nous espérons l'avoir suffisamment démontré, une force d'action telle qu'elle touche à toutes les dimensions de la personne humaine, aussi bien individuelle que sociale, professionnelle que privée, au sens de sa personnalité. Cela nécessite d'établir un climat de confiance hors pair entre le ou les animateurs et les apprenants, entreprise qui est par là même un enseignement puissant réalisé par les enseignants. On peut rapprocher cela aisément de la posture de celui qui réalise un entretien d'explicitation :

« Le point clé est que l'on cherche à éveiller une mémoire du vécu dont la personne ne sait pas qu'elle est en elle. Et la condition d'accès repose sur un lâcher prise, sur l'absence d'effort pour se rappeler, sur une posture d'accueil des moments passés. Il n'y a pas de lâcher prise sans consentement. Donc la technique de l'entretien d'explicitation implique toujours de commencer par obtenir le consentement de l'autre, et de l'accompagner avec bienveillance ; pour des raisons éthiques évidentes,

mais aussi pour des raisons techniques essentielles. Aucune position hiérarchique, familiale, professionnelle, institutionnelle ne peut avoir le pouvoir d'imposer le lâcher prise nécessaire » (Vermersch, 2018, p. 66).

Les études médicales visent à préparer des étudiants à la fois à soigner et aussi à prendre soin des patients qui viendront à eux ou leur seront confiés. Notre travail pédagogique s'inscrit dans une logique de partenariat entre les professionnels de santé et les patients où l'écoute et l'attention aux besoins et aux attentes de l'autre sont au cœur du soin. L'enseignant est modèle de rôle dans l'écoute active de l'étudiant. Notre conviction profonde est que l'étudiant apprend à traiter le patient par la façon dont il est traité par l'institution, que ce soit la faculté ou l'hôpital, incarnés dans des personnes et rencontrés dans des situations concrètes. Si aucun espace loyal et bienveillant ne lui est donné pour penser et réfléchir ses expériences d'apprentissage, il internalise malgré lui des pratiques limites ou inacceptables, émoussant son sens éthique dans la rencontre avec le patient dont son empathie émotionnelle est à la fois le témoignage et l'expression. La simulation en santé est une opportunité pour introduire cette réflexivité nécessaire à toute entreprise humaine qu'elle soit individuelle ou collective, et en particulier dans le domaine du soin.

15.8. Débriefing le positif

Nous allons maintenant présenter un type particulier de débriefing, le débriefing d'une mise en situation qui s'est bien passée ou bien ce qui dans une mise en situation a bien « fonctionné » au sens où, au vu des objectifs pédagogiques de l'équipe enseignante, ce qui a été produit correspondait dans le jeu de rôle aux « bonnes pratiques », à un agir éthique en situation en l'occurrence. Souvent on ne prend pas le temps de regarder de près cette séquence, estimant, à la vue de cette bonne prestation, que les compétences sont acquises :

« La tendance est forte de ne pas se poser de questions en cas de succès puisque justement on est en situation de réussite. À l'inverse, l'échec total ou partiel déclenche toute une cascade d'enquêtes et de remises en cause dont bien souvent le seul but est de trouver un coupable, une victime expiatoire » (Peresse et al., 2005, p. 17).

Dans des séances de simulation à la relation avec le patient ou de travail d'équipe, on peut « débriefing » des acteurs qui ont démontré de réelles compétences techniques dans l'écoute, comme la reformulation, la maîtrise d'éléments gestuels ou la capacité à faire une bonne

synthèse à la fin de l'entretien. Pour ne pas passer à côté des opportunités ici offertes, on peut s'appuyer sur les concepts et les outils de la psychologie positive et de l'ACS. Pour rappel, dans ce courant d'intervention thérapeutique, ce qui est considéré avant tout, ce sont les compétences et les ressources du sujet qui est reconnu comme expert de sa vie. Dans les sept étapes d'un accompagnement suivant la méthode de l'ACS, l'une des premières vise à explorer tous les territoires du patient. Une autre étape a pour objectif de révéler à la personne les compétences qu'elle n'a pas remarquées ou qu'elle a oubliées. Dans l'étape clé du miracle, celui qui est appelé le « client » va prendre la parole pour imaginer sa vie transformée par l'accès à son désir. Pour le thérapeute la tâche est d'accompagner la description du sujet, de lui permettre de transformer des images floues et vagues en une vision concrète et précise.

Le texte de référence en simulation qui est le DASH invite les animateurs à poser des questions ouvertes qui encouragent les apprenants à explorer leur pensée et à montrer une curiosité saine en suscitant leurs réflexions et en écoutant leurs réponses. Cela rappelle sans contester la première étape de l'ACS qui consiste à explorer tous les territoires du patient. Ici aussi, on recherche simplement tout ce qui a pu être observé. De même dans le protocole du débriefing DASH, on s'attache d'abord à ce qui a bien fonctionné pour le valoriser et en tirer parti. On peut rapprocher cette posture de la deuxième étape de l'ACS qui a pour objectifs de rechercher les exceptions en posant par exemple cette question : « *Quelles sont vos ressources, vos compétences mobilisées dans ces moments-là ?* » Comme pour l'ACS, le renforcement positif prôné en débriefing engendre chez le ou les apprenants de la motivation. Il ne s'agit pas cependant de tomber dans une attitude de jugement, fût-ce, pour le coup, positif. On l'a dit suivant les théories de l'évaluation cognitive la récompense a une fonction de contrôle. Le sentiment d'être jugé et contraint baisse la motivation intrinsèque. Il importe donc d'être authentique et sincère en privilégiant la fonction informationnelle et la forme indirecte du compliment, en s'appuyant sur l'observable.

Mais ce qui nous semble le grand apport de l'ACS au débriefing, c'est l'idée fondamentale que l'analyse des exceptions, c'est-à-dire de ce qui s'est bien passé dans le jeu de rôle, a une grande valeur pédagogique. Souvent parce qu'il sait qu'il se doit d'être bienveillant et en dehors de tout jugement des personnes, l'animateur valorise ce qui s'est bien passé. Encore faut-il le faire avec tact et justesse. Mais il n'en demeure pas moins que la plupart du temps l'animateur va aller du côté de ce qui lui semble des erreurs, des dysfonctionnements, des

ratés, en un mot des problèmes comme indiqué précédemment. Depuis l'enfance, nous avons été éduqués à l'école dans un système où les erreurs étaient notées en rouge, le reste de la copie demeurant vierge.

Il ne s'agit pas bien sûr de passer sous silence les non réussites, les points de progression et d'amélioration possibles. Mais nous avons plus intérêt à nous appesantir sur ce qui a bien fonctionné, et à comprendre en profondeur ce qui a sous tendu chez l'apprenant ses performances. C'est un excellent exemple sur le plan du comportement en équipe pour enseigner l'attitude juste qui permet de valoriser ses collaborateurs, cela participe d'ailleurs à la vertu de justice. La révolution que peut nous amener la psychologie positive et l'ACS en simulation est bien de prendre le temps de comprendre ces exceptions, ce qui a bien fonctionné, la logique interne de l'apprenant quand il a réalisé cette performance, pour qu'il y ait un transfert dans d'autres domaines de son agir.

Si la plupart des débriefings visent à améliorer des performances faibles, ils peuvent aussi permettre d'explorer ce qui a été bien réalisé. L'animateur se doit de poser la question : quelles actions ou processus de pensée ont permis à l'acteur ou à l'équipe d'être efficace ? Plus le débriefing s'attache à relire le déroulé de la scène en laissant de côté le résultat pour aller aux émotions, aux raisonnements, aux représentations de rôle qui président à l'agir, plus les apprenants se mobilisent au sens quasi littéral du terme. Seule cette entrée dans la « boîte noire » peut permettre des changements de comportements et d'attitude, donc de réels apprentissages.

Cette nécessité d'interroger les raisonnements et les représentations est illustrée par le schéma ci-dessous, inspiré par les travaux de Jaffrelot et Pellacia (2014), cité dans la présentation DU de pédagogie médicale de l'Université Côte d'azur :

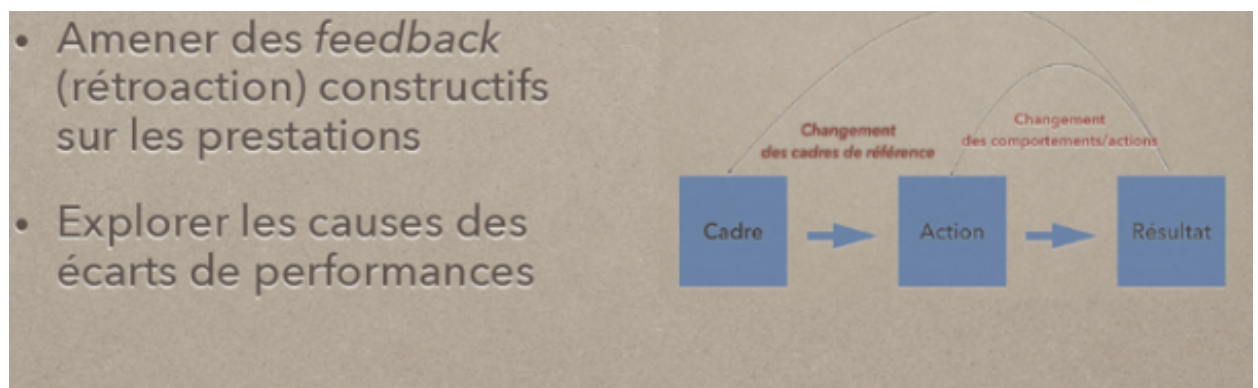


Figure 5 : Les niveaux de rétroaction. Jaffrelot et Pellacia (2014), DU de pédagogie médicale de l'Université Côte d'azur.

Parfois, en particulier sur le plan technique, le geste ou la décision thérapeutique peut être juste du point de vue du résultat mais fausse sous l'angle du raisonnement, que ce soit du point de vue collectif ou individuel. On a donc intérêt à aller plus loin que l'observation et la validation du résultat lors du débriefing. De plus la simulation tend à démontrer, comme l'analyse des pratiques, que dans ces cas-là comme dans d'autres, l'erreur est avant tout le fruit d'un dysfonctionnement d'un système et non d'un individu. Tout cela est rappelé par les collègues travaillant dans le monde carcéral :

« Lorsque l'on reprend les actions individuelles, détaillées chronologiquement et indépendamment les unes des autres, on comprend souvent mieux certaines d'entre elles [...] et le pourquoi de l'action collective telle qu'elle s'est passée apparaît souvent plus aisé à comprendre. Les actions individuelles permettent de déterminer les interactions qui ont fait l'action collective. C'est en découpant les actions individuelles que l'on se rend compte que ce qui pourrait être considéré comme une "bêtise" faite par quelqu'un n'est bien souvent qu'une suite d'actions, de circonstances, qui ont amené un individu à faire ceci ou cela (...) On trouve rarement quelqu'un de fondamentalement mauvais, qui accumule bêtise sur bêtise (...) À l'inverse, une action réussie n'est pas forcément la résultante de compétences maîtrisées. Il est important d'identifier le facteur chance qui a fait qu'une intervention a été une réussite » (Peresse, 2005, p. 21).

Dans tous les cas, que ce soit un échec ou une réussite, le débriefing se doit de prendre le temps d'interroger les apprenants sur leurs intentions, leurs motivations, leurs raisonnements, et au-delà si c'est possible sur les représentations qu'ils ont de leur identité professionnelle et de celle des professions avec qui ils travaillent.

Disons quelques mots sur la dernière phase du débriefing, celle de la synthèse, qui permet aux apprenants de résumer leurs apprentissages. Les écueils sont ici de mettre fin au débriefing de façon abrupte, sans synthèse des principaux éléments qui ont été appris. Il n'est pas rare d'entendre : « *Oh, c'est l'heure ! Nous n'avons plus le temps. Passez une bonne journée !* »

Un autre danger consiste pour le formateur à monopoliser le résumé des discussions sans donner aux apprenants l'occasion de faire eux-mêmes la conclusion. Ce qui nous intéresse est ce qu'ils ont appris (ou pas) et non pas ce qu'ils devraient savoir. Les bonnes pratiques consistent donc à indiquer qu'il est temps de clore la discussion. Le formateur demande de

répondre à une question ou à une série de questions pour aider les étudiants à formuler ce qu'ils ont appris comme par exemple : « *Qu'avez-vous retenu ?* » ; « *Qu'est-ce que vous rapportez de cette séance ?* ». Enfin, si certains points importants qui ont été vus en séance n'ont pas été mentionnés, il convient pour l'animateur de le faire. Nous nous répétons mais à travers ces exemples on voit combien l'enseignant est modèle de rôle en situation. Il démontre un respect du contrat pédagogique qui stipule qu'on commence à l'heure et qu'on finit à l'heure, que la parole est donnée à tous même si tous ne s'en saisissent pas, que c'est la parole de l'étudiant qui témoigne de ses réels progrès. Tout cela est directement en lien avec l'enseignement d'un partenariat avec le patient où la parole de celui-ci est respectée, où on lui laisse le temps pour s'exprimer, où on cherche à savoir ce qu'il a compris, où on se met à son niveau de connaissance, où on apprend en fin de compte avec lui et par lui. Nous allons donc maintenant aborder plus en détail le rôle et la fonction de l'animateur, les deux termes renvoyant pour l'un à une dimension plus symbolique l'autre plus technique.

15.9. L'animateur dans le débriefing, facilitateur et modèle de rôle.

En référence aux travaux de Vanpée, Frenay, Godin et Bédard dans « ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat », paru dans *Pédagogie médicale* en 2010, Fournier et Jaffrelot constatent :

« [le débriefing] nécessite des enseignants spécialement entraînés, experts dans leur domaine, à même d'articuler les connaissances acquises en simulation avec les connaissances antérieures, y compris en sciences fondamentales, de favoriser la réflexion dans l'action, et de gérer la dynamique de groupe » (Fournier & Jaffrelot, 2013).

De fait, les fonctions de l'animateur sont multiples : il transmet des d'informations, il est facilitateur, évaluateur, planificateur et créateur de ressources pédagogiques. Au-delà de ces fonctions, sa posture d'animateur-enseignant est délicate. Dans le débriefing, il est appelé à valoriser tout au long du processus les acquis et les compétences des apprenants malgré la tendance en médecine à fustiger l'erreur. Il ne doit pas s'arrêter aux compétences techniques de la sphère biomédicale mais il doit considérer les émotions déployées ainsi que le mode de communication qui a été mis en place par les acteurs sans directement les juger ni en bien ni en mal. Comme on l'a dit il ne s'agit pas de chercher à capter la bienveillance des personnes

en les valorisant sans raison, décrédibilisant par là même tout le processus d'apprentissage. Plus profondément, durant le jeu de rôle, la personnalité de chacun transparait et, dans le débriefing, elle peut faire l'objet d'un questionnement regardant strictement ses incidences sur la posture professionnelle. On peut ainsi proposer des hypothèses concernant l'un ou l'autre mécanisme de défense à l'œuvre chez « l'apprenti médecin » en pointant avec des précautions oratoires mais sans équivoque des rationalisations et du « jargonage », de la fausse réassurance, du paternalisme, de l'évitement, de la fuite ou du mensonge. Cela se fera sous la forme de questions bien amenées pour saisir les stratégies employées et les intentions sous-jacentes chez l'étudiant. L'enseignement est donc personnalisé pour chacun car, on l'a déjà signalé, même si le scénario ne varie pas, la présence d'étudiants différents a pour résultat qu'aucune séance ne se ressemble. Tout cela est plébiscité dans les promotions qui se succèdent comme le note les auteurs, faisant référence à l'article de Paskins et Peile de 2010 :

« ces points forts [du débriefing] convergent largement avec les attentes des étudiants, qui soulignent l'impact de la possibilité de travailler en groupe, d'améliorer la communication au sein du groupe dans une approche multi professionnelle et le gain de confiance en soi » (Fournier & Jaffrelot, 2013, pp. 44-45).

Comme on l'a souligné dans les paragraphes précédents, la qualité des apprentissages dans le domaine de l'éthique est directement liée au modèle de rôle qu'offre l'animateur. Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, autrement appelé « effet médecin », est connu depuis Hippocrate. Balint l'a appelé le remède-médecin :

« Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade » (Balint, 1996, p. 9).

Comme on a pu parler de remède-médecin, on pourrait parler de professeur-cours tant dans ce domaine relationnel sa posture et ses attitudes sont le cœur même de son enseignement :

« Si la vigilance éthique relève avant tout de la personne qui agit en situation, dans un contexte scolaire, le rôle de l'enseignant est majeur. Il s'agit moins pour ce dernier de se substituer à l'apprenant et d'assurer à sa place la fonction de vigilance éthique que de pratiquer une véritable dévolution de son rôle d'enseignant vers l'élève, le rendant responsable et unique maître de sa propre vigilance éthique. C'est à ce niveau que se situe la vigilance éthique de l'enseignant, faire acte d'une très grande humilité et

accepter que l'élève reste le maître de ses propres constructions » (Jonnaert, 2017. p. 12).

De façon assez étonnante et contre intuitive, il semble que l'étudiant en médecine apprend de son maître non pas de ce que celui-ci aura dit, non pas d'abord de ce qu'il aura fait ni même en premier lieu de la manière dont il se sera comporté avec les patients mais d'abord et avant tout de son être-avec l'étudiant, son respect, son écoute, sa disponibilité, associés à son expertise. Cette vertu d'humilité dont parle Jonnaert est acquise par l'animateur au long des séances en se rendant compte que, dans ce type de dispositif ouvert, il apprend lui aussi à chaque séance. Et ce qu'il apprend avant tout, c'est ce lâcher prise, particulièrement dans le domaine éthique où l'élève reste le maître, « le maître de ses propres constructions », dit Joannaert. Comme le notait un enseignant : « si tu donnes la solution, tu empêches à l'autre de la trouver ». C'est à une véritable ignorance que doit consentir l'animateur en séance. Nous reprenons ici à notre compte la pensée de Rancière :

« Le Maître ignorant, même dans ses premières pages, se change en une attaque foudroyante contre le recours classique et serein de toute éducation : l'explication. D'une façon abrupte on voit que l'explication n'est plus cet outil privilégié avec lequel les maîtres, de façon aride, essayent d'amener leurs élèves jusqu'à la connaissance et la culture, mais elle se convertit en une arme subtile d'imposition et de domination. » (Cerletti, 2005, p.82).

Pour Rancière celui qui explique exerce un contrôle sur l'apprenant, exigeant de lui qu'il sache répéter fidèlement. Ce prêt à penser est le contraire de l'œuvre d'intelligence et de la science. Pour faire œuvre d'émancipation au contraire le maître doit poser en premier lieu une égalité entre l'élève et lui :

« La fonction du maître sera celle de poser à l'élève un défi qu'il relèverait tout seul. Il s'agira de l'interroger, comme entre égaux, et non comme un connaisseur qui sait déjà toutes les réponses en s'adressant à l'ignorant. Celui qui enseigne en émancipant sait qu'il est aussi en train d'apprendre et les réponses de l'autre sont de nouvelles questions pour lui. La parole circule parmi tous et non pas dans une seule direction. » (Cerletti, 2005, p.83).

Dans les séances de simulation en éthique, les étudiants ont l'opportunité de découvrir par eux-mêmes les solutions. Cela rejoint bien sûr les fondements de l'éthique que nous avons dégagée dans notre première partie mettant en valeur la place de la liberté comme élément

spécifique de l'acte humain. Cela pose plus fondamentalement la question du désir que nous abordons ici sous l'angle psychanalytique. Nous nous aiderons de nouveau des réflexions menées par ma collègue Derveaux.

Pour l'animateur, il faut pouvoir sortir pour une part de la question de la demande institutionnelle de produire une formation standardisée et de la suggestion qu'exerce sur lui l'étudiant d'avoir des réponses toutes faites et des solutions toutes prêtes face aux situations à venir. Dépasser la demande et la suggestion, c'est permettre que quelque chose advienne, car être dans l'attente pour l'animateur mène à une impasse. Il se doit d'accueillir avec le plus de fluidité possible, sans jugement, avec un esprit ouvert ce qui se joue dans la scène. C'est une écoute flottante, une écoute de ce que ce jeu de rôle l'amène à éprouver, à vivre. Parlant des ateliers thérapeutiques utilisant l'art comme médiation. Vinot écrit :

« ni prévision, ni prévention, ni contention, la rencontre suppose avant tout de se risquer à l'inconnu » (Vinot & Vivès, 2014, p. 7).

Dans ce domaine de la thérapie, les ateliers à médiation, pour qu'ils aient des effets, ne peuvent pas se réduire à un protocole mais doivent s'inscrire :

« dans ce qui fait le style de l'intervenant. Il ne s'agit pas de proposer un atelier pour tous mais une médiation pour chacun » (Orrado & Vivès, 2017, p. 35).

Cette dernière remarque vaut pour la simulation dans l'enseignement en éthique. Le style de l'intervenant ici est tout ce qui constitue son mode d'être avec l'autre, ses qualités relationnelles, qui ne correspondent cependant ni à sa façon de ni à son art de séduire ni non plus à son sens plus ou moins assuré de l'humour. Des enseignants qui se mettent en quatre pour plaire aux étudiants ne comprennent pas que d'autres qui brillent par leur gaucherie et leur manque de jovialité soient régulièrement cités par les jeunes médecins comme ceux qui les ont le plus marqué dans leur formation. La sincérité, l'engagement désintéressé, l'humilité, le labeur forcent le respect et génèrent l'autorité. Le débriefing en éthique se ressentira directement de ces vertus de l'animateur par le style de relation qu'il établit avec les étudiants. Cela n'ôte pas la nécessité d'avoir acquis pour le formateur les techniques de la communication, une connaissance rompue des mécanismes de défense, une réflexion éthique

poussée. Mais cela ne suffit pas à créer l'élan selon l'adage latin : « *verba docent, exempla trahunt*² ».

Toujours en relation avec cette question du désir, le débriefing constitue une étape primordiale pour donner la possibilité à l'étudiant d'entendre sa propre parole au travers notamment celle de l'animateur. Par parole, il faut entendre quelque chose de plus global qui est de l'ordre de la personne dans son identité, au sens où le corps est une ébauche de la parole, où le corps parle d'une certaine façon. Le moment du jeu à travers l'improvisation facilite l'association libre et libère par là-même l'expression de l'inconscient. Pendant le jeu, l'acteur ne s'entend pas et l'animateur ne peut pas arrêter le jeu. Au moment du débriefing, l'animateur se fait écho des dires des acteurs. Ce qui est du côté du sujet passe du côté de l'animateur puis fait retour.

En effet, un « meneur de jeu » qui « dirigerait » l'acteur aliénerait ce dernier à son désir. Il s'agit de diriger la séance sans diriger l'étudiant. L'effet du dispositif pédagogique qu'est la simulation ne peut advenir qu'à la condition que le sujet puisse prendre place face au vide, encore faut-il que ce vide soit proposé. Le jeu de rôle permet aux participants de se connaître, et surtout de s'éprouver bien au-delà d'un travail de simple introspection. Comme l'écrit Derveaux :

« En passant par la créativité collective, cet atelier rappelle aux participants qu'ils ne se sont pas juste attelés à résoudre une situation complexe mais qu'ils ont aussi partagé un moment unique. Ce caractère non reproductible permet une amélioration de la qualité des relations interpersonnelles notamment en transformant et favorisant le passage d'un esprit de compétition en une ouverture sur une nécessité de collaboration. Elle favorise par ailleurs l'acceptation et l'accueil de l'incertitude qui permet aux participants d'évoluer grâce à une capacité d'adaptation constamment sollicitée. Il y a alors une mise au travail de la pensée psychique » (Derveaux, 2020, p. 33).

Cette vertu de solidarité, cette place accordée à l'interrogation, à l'incertitude et au doute sont bienvenus dans une formation comme les études médicales où la vérité scientifique est de mise. On peut se poser la question de la formation des formateurs eux-mêmes. Il y a une

² Traduction : *Les paroles enseignent, les exemples poussent à l'action.*

formation « proche » qui est de travailler les techniques du débriefing, et par elles d'apprendre à écouter, reformuler, se taire, faire une synthèse. Mais la formation « lointaine » à ce rôle d'animateur de séances de simulation à l'enseignement de l'éthique est plus profonde et toujours en construction. Comme le note Vermersch (2018) au sujet des entretiens d'explicitation :

« La principale difficulté à sa diffusion repose sur le fait qu'elle ne peut pas se transmettre par un cours ou par des lectures, mais l'explicitation suppose des changements de postures intérieures, des modifications de l'écoute, d'abandon d'habitudes de questionnement inefficace, et seule une formation expérimentielle permet de l'acquérir » (p. 70).

Je cite dans ce sens le témoignage d'un stagiaire à des ateliers de la SIFEM consacrés à l'automne 2009 au débriefing réflexif :

« Cette session a mis en avant pour moi en avant l'adage "learning by doing". En effet, j'ai pratiquement autant appris par ce qui a été expérimenté, expliqué que par la manière et le style utilisé à cette fin. De plus, la symbiose du groupe, l'ambiance emprunte de sincérité, de respect et d'authenticité a favorisé ces vrais échanges ».

Conclusion

En conclusion de cette section consacrée au débriefing, on peut affirmer que le débriefing réflexif est un moment privilégié d'enseignement et d'apprentissage de l'être et de l'agir du médecin, même si ce n'est pas le seul moment en simulation qui permet cela. La méditation pleine conscience, si elle est pratiquée, ou le jeu de rôle lui-même, offrent déjà des temps de retour sur soi et d'élaboration. Le débriefing permet la mise en œuvre de multiples vertus comme la prudence, l'humilité, la convivialité, la solidarité. Le rôle de l'animateur est décisif car son interaction avec les étudiants leur enseigne un modèle d'attitudes et de comportements avec le patient. La réflexivité est ici au cœur de ce processus d'amélioration de la pratique. L'intention des formateurs est que ce type de relecture après l'action puisse passer dans les habitudes des équipes et des services, tout particulièrement dans le domaine de la relation au patient et à sa famille. Il faut bien faire le constat que le débriefing est souvent le seul moyen de progression et de formation que nous avons à notre disposition à l'hôpital. Prendre quelques minutes pour faire le point, après un événement engageant le collectif, revenir sur ce qui a été fait par l'équipe et par chacun peut permettre une évolution et une amélioration sur la

façon d'accueillir, d'écouter et d'accompagner les patients. Des organisations faisant face à des situations complexes ont réussi aujourd'hui à mettre en place ces pratiques comme en témoignent les formateurs dans le monde carcéral :

« Le premier frein est de considérer que le débriefing est un temps supplémentaire qui vient se rajouter à l'intervention proprement dite. Il est important de bien faire comprendre au public concerné que le débriefing est une séquence à part entière de l'intervention et non pas un surplus optionnel » (Peresse et al., 2005, p. 23).

La question du temps qui est l'argument régulièrement opposé au débriefing est donc balayé. C'est un faux problème qui permet de reproduire à l'identique les mêmes maltraitances, la même suffisance odieuse, cette cruauté ordinaire dont témoignent les patients de ce qu'ils ont subi à l'hôpital. Prétendre que les étudiants n'ont pas besoin de séances de simulation en éthique car le compagnonnage au lit du patient est suffisant comme enseignement c'est passer sous silence qu'ils contemplant au quotidien ces paroles et ces gestes insupportables, outre le fait qu'ils ne sont pas suffisamment accompagnés par leurs aînés sur nombre de lieux de stage. C'est là le principal apport à l'enseignement de l'éthique selon nous, cette mise en œuvre des capacités de PAIDEIA dans l'analyse, cet exercice en acte de la vertu de prudence par le débriefing réflexif, afin d'apprendre à apprendre, de tirer des erreurs une source de progression. Ainsi le rapporte toujours dans le champ pénitentiaire, Sophie Masselin, directrice du centre pénitentiaire Le Pontet :

« Cette formation au débriefing a pour intérêt de donner une place à la parole, alors qu'on a tendance à vouloir toujours être dans l'action, et qu'on pense souvent qu'être professionnel, c'est assumer les incidents sans rien dire et sans manifester d'émotions. L'analyse détaillée des interventions permet non seulement de les "dédramatiser", mais également de tirer profit des expériences pour améliorer les gestes professionnels face aux incidents. »

Finalement les premiers bénéficiaires de l'introduction de la simulation et de ses pratiques de débriefing réflexif telles que nous les avons décrites, ce sont les animateurs eux-mêmes, à la faculté le plus souvent des médecins. Ils ont l'occasion d'apprendre à être pédagogues avec leurs étudiants et, partant, avec les patients qu'ils accompagnent dans leurs consultations.

CONCLUSION GENERALE

Dans ce travail, nous avons cherché à apporter une contribution à la caractérisation de l'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales, à partir d'une explicitation des mécanismes psychologiques à l'œuvre (en premier lieu les émotions) dans la relation clinique qui se construit entre le médecin et le patient, en lien avec deux prémisses : la première énonçant que les émotions et les sentiments sont des ressources essentielles à envisager dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage de l'éthique médicale, au regard d'une conception d'un agir éthique en situation, dans la perspective de l'éthique des vertus ; la seconde considérant qu'il est pertinent de mobiliser, pour ce faire, des dispositifs pédagogiques recourant à la simulation. Notre travail est celui d'un enseignant chercheur qui, parti du terrain et s'interrogeant en tant que psychologue sur ce qu'il observait dans les mises en situation proposées aux étudiants recouvrant les thèmes de la communication et des dilemmes éthiques, a souhaité trouver des outils pour analyser les mouvements psychiques à l'œuvre. Dans l'introduction de ce travail nous avons rapporté les propos des auteurs mettant en garde les enseignants dans ce domaine contre toute prétention à ériger un nouvel ordre moral. Ces mêmes auteurs se montraient dubitatifs regardant des humanités en santé qui auraient pour ambition de former le caractère ainsi que des enseignements qui viseraient à faire « se sentir mieux » les professionnels de santé comme les patients. Nous avons émis cependant certaines réserves quant à l'injonction paradoxale que représentait leur intention tout à la fois d'outiller les étudiants en appareils conceptuels et de prétendre (ainsi ?) développer l'écoute et le « savoir-être » des étudiants.

Ayant de notre côté l'ambition de présenter des conditions favorables à l'enseignement et à l'apprentissage de l'éthique médicale, nous avons articulé la présentation de notre recherche en trois parties. Notre première partie théorique a cherché à situer l'éthique médicale dans le champ de l'éthique et à considérer en quoi l'éthique peut faire l'objet d'un enseignement. L'éthique médicale nous est apparue comme un rameau de la philosophie morale, discipline qui a été marquée à l'époque moderne en occident par la pensée de Kant du côté de la philosophie continentale et par l'utilitarisme dans le monde anglo-saxon. Nous avons montré que la partition entre la morale qui ordonne et juge avec pour critères le permis et le défendu d'un côté, et de l'autre une éthique qui aurait pour fond l'interrogation et la prise en compte

du particulier, ne nous semble pas une distinction suffisamment adéquate pour rendre compte des enjeux moraux et éthiques en général, et dans le domaine de la santé en particulier. Suite aux pistes fournies par Ricœur et sa réflexion sur la division entre éthique antérieure et éthique postérieure, nous avons repris à frais nouveaux les questions du sens et de la finalité comme décisives en philosophie morale ou en éthique, les deux termes étant finalement équivalents. Convoquant les analyses d'Aristote et de Thomas d'Aquin, et leur lecture contemporaine par MacIntyre, nous avons précisé les critères de la moralité de l'acte, se présentant comme une équation entre trois variables, l'objet ou matière, l'intention relevant de cette question de la finalité, et les circonstances qui dépendent de chaque situation.

Dans cette recherche du bien et du bon, qui entretiennent un rapport de correspondance, le désir a été présenté comme la motion qui agit en tant qu'indicateur d'un objet qui est bon en tant qu'il vient répondre à un besoin. Nous référant aux études des neurosciences, nous avons établi que le travail de la raison consiste pour l'individu à analyser ses différentes émotions afin de discerner et d'arbitrer au sein d'une échelle d'objectifs l'action qui lui permettra de satisfaire au mieux ses besoins. L'émotion, ou mieux le sentiment est aussi partie constituante de ce travail de la raison car au cours du temps la mémoire utilise ce raccourci pour avoir des indices au sein même de l'agir afin d'atteindre ces biens déjà expérimentés comme désirables. Un apprentissage se réalise donc dans le temps et cette trace de l'agir engendre une facilité et une force dans l'action qu'on nomme classiquement *virtus* ou force en latin, *aretê* ou excellence en grec. L'éthique des vertus dans le champ moral permet de rendre compte que par son agir l'individu en tant que personne, au sein d'une action collective, œuvre à une transformation synchrone de soi et de la société.

Le concept de vertu de la philosophie morale défini comme habitus opératif bon rejoint celui de compétence, qui lui relève des sciences de l'éducation, tel qu'il est défendu dans le cadre d'examens conceptuels et méthodologiques critiques de l'APCi. Ainsi la perspective de l'APCi définit la compétence comme agir adéquat en situation. Dans ce cadre en l'occurrence l'éthique est proposée comme un méta-critère de qualité de l'agir en situation et ne peut pas être réduit à la disponibilité d'une série de capacités. C'est la mobilisation adéquate de ces capacités, en tant que ressources en situation qui, sous certaines conditions, peut rendre compte que le méta-critère éthique est satisfait. De là dans les objectifs pédagogiques principaux des enseignements d'éthique médicale figurent le développement d'une sensibilité

morale comme repérage émotionnel des enjeux éthiques, aussi bien que la capacité d'analyse éthique, la capacité de délibération éthique, la capacité d'arbitrage éthique et la capacité d'autodétermination (PAIDEIA). Reprenant la distinction entre paradigme d'enseignement et paradigme d'apprentissage, le développement de telles compétences nécessite de fait des dispositifs pédagogiques adaptés, éloignés d'une simple transmission de savoirs ou bien recourant uniquement à la résolution de dilemmes éthiques, qui favorisent certes chez les étudiants des capacités argumentatives mais qui sont incapables de rendre présente la complexité d'une situation clinique, et en particulier de leur permettre de repérer et de développer leur sensibilité éthique. De fait parmi les dispositifs pédagogiques, on a recours dans de nombreuses facultés de médecine à la simulation en santé comme une reconstitution de situations au travers de jeux de rôles et des actions à mener dans ces situations.

Dans une seconde partie empirique de notre travail, dans une première sous-partie consacrée à la méthode, nous avons dans une première sous-section cherché à exposer les cadres conceptuels mobilisés dans les séances pédagogiques ayant recours à la simulation et plus précisément la communication, les mécanismes de défense des professionnels de santé comme des patients, la médecine narrative, la méditation pleine conscience, la psychologie positive ainsi que la collaboration et le partenariat entre patients et professionnels de santé. Dans la deuxième sous-section nous avons exposé le développement opérationnel des séances de simulation ayant pour objet d'enseignement et d'apprentissage l'éthique, présentant pour ce faire le contexte, contexte ayant fait l'objet d'une planification pédagogique recourant à divers dispositifs pédagogiques. Dans une troisième sous-section nous avons documenté les outils d'analyse des différents effets, impacts et retombées de la simulation. Dans ce processus de construction d'un enseignement de l'éthique dans le contexte de la Faculté de Nice il est apparu que c'est avant tout une logique informelle, faite d'opportunités et de propositions successives qui ont permis d'établir un curriculum de formation. De là convoquer le cadre du SOLT nous a semblé pertinent afin de témoigner de ce mouvement collectif au sein d'une équipe de formateurs cherchant à améliorer des séances de pédagogie, étant nous-même animé par la volonté d'apporter une contribution aux savoirs savants dans ce domaine d'enseignement à travers cette recherche.

Nos résultats, présentés dans la seconde sous-partie, ont été analysés selon une méthode compréhensive qui fait droit au discours des témoins et des acteurs, ainsi qu'aux dimensions

subjectives et intersubjectives d'une activité concrète. Nous avons cherché ainsi à repérer le sens et les intentions des participants des séances et nous avons interprété les attitudes, les comportements et les paroles à partir des cadres conceptuels présentés. De là nous avons proposé une classification des profils des apprenants en fonction de deux critères, celui d'une présence chez eux ou non d'empathie émotionnelle, que ce soit au sein de situations authentiques (comme c'est le cas de l'activité à l'hôpital) ou semi-authentiques, comme le permettent les mises en situation lors des séances de simulation en santé ; et celui d'une maîtrise ou non des techniques de communication. Quatre styles de sensibilité éthique en situation se sont dessinés, ceux possédant les deux types de compétences étant désignés sous le type « Athéna », ces sujets faisant preuve d'une capacité d'adaptation suffisamment bonne dans les situations rencontrées. Les individus du type « Hermès » apparaissent comme de bons communicants, peu affectés cependant par la souffrance des patients. Ceux classés sous le nom de « Demeter » sont traversés par des mouvements de compassion tout en n'ayant que peu d'outils de communication à leur disposition. Deux sous types se dégagent en fonction de la manière de faire des sujets avec leurs émotions. Les premiers (Demeter1) sont envahis par ces émotions et éprouvent une souffrance au travail de plus en plus marquée dans le temps. Les seconds (Demeter2) sont ceux typiquement qui développent des mécanismes de défense, cherchant à cliver les sphères émotionnelle et cognitive. Enfin les étudiants du type « Poséidon » se trouvent mal à l'aise avec les patients, ne maîtrisant ni les techniques de communication et n'ayant que peu d'empathie émotionnelle pour les patients.

La dernière partie, celle de la discussion, de par le positionnement interdisciplinaire de ce travail, apporte de nouveaux éléments théoriques apparus nécessaires afin de permettre une meilleure compréhension de phénomènes d'apprentissage mêlant tout à la fois des mouvements psychologiques et des positionnements éthiques. Dans la première sous-partie nous nous sommes intéressés au jeu, considéré par les éthologues du côté de l'animal, comme des psychologues du côté du développement de l'enfant, comme un temps essentiel de l'apprentissage, que ce soit sous la forme d'un auto-apprentissage ou sous la forme d'un apprentissage social. Placé sous le sceau du plaisir comme à la fois levier de motivation et aussi indicateur de valeur, le jeu ouvre à une découverte de soi. L'apport ici d'une analyse phénoménologique a mis en lumière que l'émergence de la personne se situe au confluent de sa fonction sociale ou ego-objet et de sa singularité ou ego-sujet. La simulation est apparue

alors comme un espace original à mi-distance entre la pure fiction et la vie réelle, nous plongeant paradoxalement dans le plus juste de ces deux mondes, entre la scène du théâtre qui dépeint au public les drames et les vertus nécessaires pour les vivre, et la scène de ce monde où l'on trouve les grands comédiens, ceux qui jouent de tête et non d'âme, les calculateurs et non les âmes sensibles. La lecture de Diderot et de son œuvre le *Paradoxe du comédien* nous a permis de nous interroger sur la place de l'hypocrisie comme art de faire avec ses propres limites et celle des autres. Apprendre à agir éthiquement c'est apprendre à négocier en permanence au sein de nos propres mouvements internes que les autres suscitent en situation et donc apprendre à exercer sa réflexivité tout au long de l'action, ce que le débriefing permet en particulier d'enseigner et d'apprendre.

La deuxième sous-partie de la discussion présente le temps du débriefing en simulation en lien avec des pratiques professionnelles utilisant cet exercice dans l'après coup de l'action collective. C'est bien ainsi que le débriefing est pensé lors de la séance de simulation, il est l'objet d'un apprentissage en soi, participant à cette analyse de l'agir, non pas d'abord à partir des normes et des règles mais à partir du ressenti des acteurs, considéré comme indicateur des enjeux éthiques présents dans la situation. Nous avons montré que l'apprentissage éthique ne se résume pas au temps du débriefing mais que le jeu de rôle en soi comme le temps de relaxation qui est proposé au début des séances sont autant d'occasion d'apprentissage, et ce dans la perspective de l'énaction. Le vecteur d'enseignement et d'apprentissage principal dans la simulation est apparu être en fin de compte l'animateur qui, par son attitude, est un modèle de rôle pédagogique pour les étudiants. L'égalité affirmée entre le maître et l'élève, fondée sur une humanité commune partagée, sur une sensibilité développée grâce à des expériences singulières de vie, sur un développement toujours possible des capacités d'analyse quelles que soient les connaissances accumulées, est le postulat fondamental d'une éducation à la liberté qui permet l'émancipation des individus. Nous avons souligné à plusieurs reprises au long de notre exposé que c'est ce mode de relation entre le maître et l'élève qui fait l'objet du transfert d'apprentissage le plus direct pour les futurs médecins dans la relation avec le patient. La manière d'être écouté, respecté, valorisé, accompagné lors des séances pédagogiques et plus largement dans tout l'ensemble du curriculum signe l'attitude fondamentale du futur professionnel de santé, à la manière du *sigillum* antique, laissant son empreinte dans l'argile.

Finalement nous avons proposé la simulation comme un dispositif d'enseignement et d'apprentissage non pas de l'éthique mais prétendant à former des étudiants propres à être éthiques en situation, à agir éthiquement. Nous n'avons pas employé au cours de notre exposé les mots de caractère, de tempérament et nous employons avec précaution celui de profil de personnalité. Comme psychologue nous n'ignorons pas les effets de l'éducation au sens large, celle des parents et des rapports inconscients qui se nouent entre les membres du système familial. Des éléments, sociologiques et culturels sont aussi à l'œuvre, sans aucun doute. Mais nous avons considéré que la personne humaine à qui l'on s'adresse sur un pied d'égalité, dans le respect et la bienveillance que nous avons longuement décrits dans ce travail, s'ouvre naturellement, et nous soulignons le mot naturellement, au dialogue, à la question du sens, à la recherche de la joie et du bien commun. Nous ne prétendons pas opérer des conversions morales chez les étudiants à la manière de la chute de Saul de Tarse sur le chemin de Damas, mais nous rappelons ici que le mot conversion, *metanoia* en grec, indique plutôt un changement de direction, une transformation interne ayant pour conséquence une conduite différente, supposée meilleure. Les enseignants au sein des facultés et des structures hospitalières ne sont ni des sages ni des saints, mais s'ils adoptent un paradigme d'apprentissage en se considérant comme des maîtres ignorants, nous avons estimé qu'ils peuvent faire œuvre d'éducation au sens où nous l'avons rappelé : « *ex-ducere* », c'est à dire permettre à l'individu de déployer ses capacités et ses potentialités.

Quant à savoir si l'enseignement des humanités peut avoir pour visée d'améliorer la qualité de vie des professionnels de santé, cela nous a semblé un objectif louable. Nous avons bien vu où se porte la critique cependant. La vague actuelle prônant le développement personnel et le bien-être au travail peut être un leurre, un subterfuge de managers enclins à reporter sur les individus les causes des problématiques collectives. La promotion de la méditation pleine conscience que nous faisons n'est pas un pis-aller ou un cache-misère face aux dysfonctionnements structurels du système de santé et des organisations des soins, elle trouve sa place dans une planification de l'agir en santé et dans une ingénierie de formation.

Nous avons rappelé au début de cette conclusion que nous avons cherché à nous dégager à la fois des morales issues de la pensée kantienne qui peuvent déboucher sur une obéissance servile à la loi et une faible considération pour l'incertitude, comme des morales se réclamant de l'utilitarisme qui dérivent aisément vers un hédonisme sans limites et une réification de

l'être humain. Notre conception de l'agir éthique, se réclamant d'un eudémonisme rationnel, avec au principe de son cheminement l'émotion et le sentiment, se dépend d'une lecture rationaliste de l'acte moral et de la vertu (il est d'ailleurs symptomatique de voir le recours fait à la *phronésis* aristotélicienne par les philosophes de tout poil). Nous avons défendu au contraire que l'agir éthique ne se résume pas fondamentalement à un travail rationnel, dont le discernement, conçu comme une analyse froide des enjeux moraux serait le modèle, mais nous avons considéré que l'agir éthique est un mouvement à la fois affectif et volitif qu'on peut nommer amour au sens large du terme et qui est une projection dans l'action vers le bien en tant que désirable. C'est de l'amour, de l'attachement aux êtres et aux choses que la connaissance procède en premier lieu chez l'être humain et non l'inverse. Nous avons argumenté assez longuement le débat dans notre discussion de la pertinence de l'usage de l'empathie cognitive ou bien de l'empathie émotionnelle dans la rencontre entre le médecin et le patient. Nous avons défendu le développement de l'empathie émotionnelle chez les apprenants car nous ne souhaitons pas transformer les séances de simulation en des ateliers où on apprendrait aux étudiants à jouer la comédie devant les patients. Cette empathie émotionnelle est pour nous l'expression d'une bienfaisance authentique qui relie deux humanités confrontées à la fragilité, la douleur et la souffrance.

Au terme de ce travail, dans cette perspective qui se veut respectueuse de toutes les instances de la personne humaine, il apparaît cependant qu'il y a un grand absent dans l'enseignement et l'apprentissage de l'éthique dans le cursus actuel des étudiants en médecine au sein de notre faculté, c'est la place donnée au corps, la relation à son propre corps comme à celui du patient. A l'hôpital le toucher a un caractère obligatoire en tant que toucher technique, toucher diagnostic. Ce toucher met le professionnel de santé en présence du corps réel du patient, dans sa dimension anatomique et biologique. De là des mécanismes de défense très archaïques peuvent s'observer dans la clinique chez les étudiants et les jeunes médecins, comme le clivage ou l'emprise. Toucher le patient, meurtri dans son corps, sans l'accompagner par une parole qui symbolise, qui donne sens aux gestes techniques, c'est rajouter de l'angoisse à la souffrance, en excluant un peu plus le malade du monde des vivants. De même ce corps est enjeu de pouvoir et peut être l'objet d'une emprise si le médecin ne cherche pas à faire avec le patient, mais à faire faire au patient, comme ce peut être le cas lorsque la prise de médicament ou la rééducation sont imposées de façon plus ou moins subtiles. Le contact avec le corps de

l'autre, objet de projections et de fantasmes pour le professionnel de santé autour de la vie et de la mort, nécessite un travail sur son propre corps. Le toucher renvoie chacun, et les professionnels de santé en premier lieu, à la façon dont ils ont été touchés, aux gestes tendres qui ont été vécus dans l'enfance ou bien alors à l'ignorance voire à la maltraitance dont le futur médecin a été victime. Toucher l'autre c'est aussi dans un même mouvement être touché et accepter que l'autre perçoive quelque chose de mon imaginaire, mon trouble, ma sensibilité, mes émotions. Le corps garde une mémoire de ce qui l'a affecté et simplement adopter une posture peut induire un état émotionnel. Les séances de simulation avec la présence de patients partenaires, mêlant à la fois l'accueil du patient et des gestes techniques comme par exemple la prise des pouls dans une consultation de chirurgie vasculaire, peuvent être l'occasion de travailler sur ces différentes dimensions du corps, dans ses instances réelle, symbolique (la parole), et imaginaire (le corps du médecin lui-même). Car le corps humain n'est pas une somme d'organes, il est toujours celui d'une personne. Il n'est pas d'abord un objet d'expérimentation, il est le lieu de la rencontre entre soi et le monde. Mais la technoscience aujourd'hui étend comme jamais dans l'histoire notre corps dans sa seule dimension perceptive, sensible, mesurable. Le risque est la réduction de l'être humain à un objet et par là même à l'instrumentalisation et la marchandisation des corps. En intégrant plus avant cette dimension du corps, en France mais aussi dans tous les pays, la simulation en santé, avec d'autres dispositifs d'enseignement et d'apprentissage, peut être un espace individuel et collectif réunissant patients partenaires, étudiants et enseignants permettant de travailler les enjeux éthiques de la relation de soin, et de développer chez les futurs médecins les vertus médicales de sensibilité morale, d'écoute, de professionnalisme, de compassion, de courage et d'humilité et ainsi de permettre l'émergence de sujets libres, capables au sein de la société de mener des débats d'idée et d'œuvrer sur le plan politique.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

- Tableau 1 : Paradigmes d'enseignement et d'apprentissage adapté par Jouquan & Bail (2003, p. 165) d'après la typologie de Huba & Freed (2000). Page 116.
- Figure 1 : Le rapport entre le nombre d'individus exposés à un problème de santé et ceux admis dans un centre hospitalier universitaire. (Budowski, Gay, 2005).
Page 160.
- Figure 2 : L'arc émotionnel et les mécanismes de défense. Page 195.
- Tableau 2 : Synthèse des enseignements aux compétences relationnelles. Page 242.
- Tableau 3 : Les différents styles de sensibilité éthique Page 342.
- Figure 3 : Débriefing technique et débriefing psychologique. (Peresse et al., 2005, p. 35).
Page 442.
- Figure 4 : Le cercle d'apprentissage de Kolb. Extrait du blog de philosophie : « Le miroirdutemps.com ». Page 447.
- Figure 5 : Les niveaux de rétroaction. Jaffrelot et Pellacia (2014), Diplôme Universitaire de pédagogie Médicale de l'Université de Nice Côte d'azur. Page 473.

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	7
Liste des Abréviations.....	9
Introduction générale.....	11
Partie 1. Approche théorique : objet, présupposés, atouts, inconvénients.....	21
Chapitre 1 : Éthique et éthique médicale.....	21
1.1. Panorama des conceptions dans le champ de l'éthique	21
1.2. La place des émotions dans l'organisme moral.....	71
1.3. Une place pour le psychologue dans la formation des étudiants en médecine	89
Chapitre 2 : Paradigmes d'enseignement et d'apprentissage : lequel privilégier pour penser le développement de l'agir éthique ?	110
2.1 De l'enseignement transmissif à l'apprentissage partagé.....	110
2.2. Le paradigme de l'apprentissage considéré à partir des postulats de deux perspectives : énaactive et pragmatiste.	116
Chapitre 3 : L'agir éthique dans une perspective d'approche par compétences.	123
3.1. Approche par compétence.	123
3.2. L'agir éthique dans une perspective d'approche par compétences.....	138
3.3. Quels dispositifs pédagogiques sont actuellement utilisés pour enseigner et apprendre l'éthique ?...	152
Conclusion.....	162
Chapitre 4 : La simulation en santé.....	162
4.1. Les arguments soutenant l'utilisation de la simulation comme dispositif d'apprentissage dans la formation initiale des futurs professionnels de la santé.....	162
4.2. Les résultats de la recherche académique soutenant l'utilisation de la simulation pour développer l'agir éthique.....	167
4.3. Les limites actuelles de la simulation pour développer l'agir éthique des étudiants en médecine.....	172
Conclusion de la première partie.	174
Partie 2. Approche Empirique : Outiller les étudiants en ressources pour un agir éthique dans le cadre de dispositifs curriculaires et pédagogiques	177
Introduction.....	177
Sous partie 1. Méthodes	177

Chapitre 5 : Enseigner et apprendre des techniques de communication	178
Chapitre 6 : Mécanismes psychologiques dans l’agir éthique des médecins.....	185
6.1. L’arc émotionnel.....	185
6.2. Mécanismes de défense des patients.....	188
6.3. Mécanismes de défense des professionnels de santé.....	192
6.4. Mimétisme social.....	195
Chapitre 7 : La médecine narrative.....	201
Chapitre 8 : Méditation pleine conscience et psychologie positive	207
8.1. Méditation pleine conscience.....	207
8.2. Psychologie positive.....	215
Chapitre 9 : La collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient.....	226
Chapitre 10 : Terrains d’observation et d’expérimentation.....	232
10.1. Deux terrains principaux.....	232
10.2. Cadre d’opérationnalisation.....	260
Conclusion.....	271
Sous Partie 2. : Résultats	273
Chapitre 11. L’hôpital	273
11.1. Les entretiens avec les médecins enseignants	273
11.2. Situations vécues à l’hôpital	299
11.3. Un exercice de management de crise au sein de l’hôpital.....	302
Chapitre 12 : La faculté de médecine.....	308
12.1. Le témoignage des étudiants de médecine	308
12.2. Les mécanismes de défense	316
12.3. Le cadre de la simulation.....	334
12.4. Autres vignettes.....	343
Chapitre 13 : Synthèse : quatre types de sensibilité éthique.....	345
Partie 3. Discussion	352
Introduction.....	352
Chapitre 14 : Le jeu.....	354
Introduction.....	354
14.1. La valeur pédagogique du jeu.....	355
14.2. Plaisir et humour dans le jeu	367

14.3. Le jeu au regard de l’approche phénoménologique et anthropologique de la quête d’identité.....	374
14.4. Jeu et simulation : l’acteur et le comédien.....	386
14.5. Émotions et immersion fictionnelle.....	399
14.6. Mensonge, vérité et art de la simulation.....	418
Conclusion.....	433
Chapitre 15 : Le débriefing.....	435
15.1. Environnement complexe et science post-normale.....	436
15.2. Définitions.....	441
15.3. Le débriefing au cœur des modèles pédagogiques.....	449
15.4. Méditation pleine conscience et énamation.....	455
15.5. L’attention portée aux émotions.....	458
15.6. L’analyse ou jugement éthique.....	464
15.7. La réflexivité.....	468
15.8. Débriefer le positif.....	476
15.9. L’animateur dans le débriefing, facilitateur et modèle de rôle.....	480
Conclusion.....	485
Conclusion générale.....	488
Liste des illustrations.....	496
Table des matières.....	498
Bibliographie.....	502
Annexes.....	548
Contexte.....	548
Entretien avec le Professeur M.....	548
Entretien avec le Professeur G.....	560
Entretien avec le Docteur S.....	572
Entretien avec le Professeur V.....	584
Entretien avec le Professeur K.....	598
Entretien avec le Professeur C.....	611
Entretien avec le Docteur I.....	622
Contexte.....	630
Entretien avant la séance avec Mademoiselle D, interne en hématologie.....	630
Entretien après la séance avec Mademoiselle D, interne en hématologie.....	634
Entretien avant la séance avec Monsieur L, interne en hématologie.....	636
Entretien après la séance avec Monsieur L, interne en hématologie.....	639

Entretien avant la séance avec Mademoiselle C, interne en hématologie.....	641
Entretien avant la séance avec Monsieur T, interne en hématologie.....	643
Contexte.....	647
Retranscription de la séance.....	647
Contexte.....	656
Retranscription de la simulation.....	656
Contexte.....	664
Retranscription du jeu de rôle.....	664
Contexte.....	678
1 ^{re} série. Entretiens cliniques.....	678
2 ^e série. Entretiens motivationnels.....	680
3 ^e série. Annonces.....	682
4 ^e série. Collaborations entre professionnels.....	683

BIBLIOGRAPHIE

A

- a Kempis, T. (1745). *L'imitation de Jésus-Christ*, mise en vers par M. Corneille de l'Académie française. Nancy, France : De l'imprimerie d'Abel-Denys Cusson.
- Abel, O. (2008). Éthique minimale, ou éthique plurielle ? *Revue de théologie et de philosophie*, 140, 161-170. <https://doi.org/10.5169/seals-381762>
- Adam, M. (2013, novembre 10). *L'effet Pygmalion*. Consulté le 9/05/2020, à l'adresse <http://petitfooteux.com/wp/leffet-pygmalion/>
- Aiguier, G. (2014). L'éthique comme démarche collective d'apprentissage. In : D. Jacquemin & D. de Broucker (Éd.), *Manuel de soins palliatifs* (p. 1146-1155). Paris, France : Dunod.
- Aiguier, G., Poirette, S., & Péliissier, M.-F. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 91. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0091>
- Aiguier, G. (2017). De la logique compétence à la capacitation : vers un apprentissage social de l'éthique. *Éthique publique*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2907>
- Amalberti, R. (2012). Donnez-vous le temps à vos patients d'exprimer leurs motifs de consultation ? *Concours médical*, 134(7), 564-565.
- Amiel, P. (2011). « Code de Nuremberg » : texte original en anglais, traductions et adaptations en français. In : *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice*. Paris, France : Les Belles Lettres.
- Anders, G. (2003). Première lettre de Günther Anders à Klaus Eichmann. In : S. Cornille et P. Ivernel (Éd. et Trad.), *Nous, fils d'Eichmann : lettre ouverte à Klaus Eichmann*. Paris, France : Payot et Rivages.
- Anspach, S. (Réalisateur). (1999). *Haut les cœurs* [Film]. Belgique, France.
- Arendt, H. (2002). *Eichmann à Jérusalem : rapport sur la banalité du mal*. In : *Le totalitarisme Eichmann*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1963).
- Aristote 1. *De l'âme*.

Aristote 2. Éthique à Nicomaque.

Aristote 3. *Métaphysique*.

Aristote 4. *Physique*.

Aristote 5. *Politiques*.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. (2009). In : *Bulletin Officiel Santé-Protection sociale-Solidarités*, 7, 246-383. Consulté à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. (2013). Consulté le 22/01/2020, à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&categorieLien=id>

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. (2015). *Annexe 4. Référentiel de formation et unités d'enseignement*. Consulté le 8/03/2020, à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/9/2/AFSH1516238A/jo/texte>

Article L6111-2, Code de la santé publique, Légifrance. (2009, juillet 23). Consulté le 14/07/2020, à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886452&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090723>

Asch, S.E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkow (Éd.), *Groups, leadership and men; research in human relations* (p. 177-190). Pittsburgh, États-Unis d'Amérique : Carnegie Press.

Association des représentants des usagers dans les cliniques, & associations sanitaires et hôpitaux de Franche-Comté. (2015). *Conférence débat du 7 novembre 2015 avec le Pr. Pierre Le Coz. Valeurs et émotions : L'éthique à l'épreuve de la loi de modernisation de la santé*. HS(2). Consulté le 5/04/2020, à l'adresse : http://www.arucah.fr/fichiers_pdf/58136_ARUCAH_HS_2.pdf

Atelier clinique Juridique - Université Paris Descartes - faculté de droit - consultations juridiques gratuites. (s. d.). Atelier clinique Juridique - clinique juridique - Université Paris

Descartes - Faculté de droit - consultations juridiques gratuites. Consulté le 12/03/2020, à l'adresse : http://www2.droit.univ-paris5.fr/atelier_clinique_juridique/

Audran, J. (2016). Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité. *Recherche & formation*, 82(2), 9-16. <https://www.cairn.info/revue-recherche-et-formation-2016-2-page-9.htm>

Aujoulat, I. (2007). L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat non publiée, document d'archives téléchargeables, Université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve. Consulté à l'adresse : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A5226/datastream/PDF_01/view

Ausubel, D.P. (1968). *Educational psychology: A cognitive view*. New York, États-Unis d'Amérique : Holt, Rinehart & Winston.

B

Babeau, O. (2018). *Éloge de l'hypocrisie*. Paris, France : Cerf.

Badie, B., & Vidal, D. (2017). *En quête d'alternatives : l'état du monde 2018*. Paris, France : La Découverte.

Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26 (2), 263–286. Doi :<https://doi.org/10.7202/000123ar>

Balint, M. (1996). *Le médecin, son malade et la maladie* (J.-P. Valabrega, Trad.). Paris, France : Payot. (Œuvre originale publiée en 1957).

Banquet, J.P. (1973). Spectral analysis of the EEG in meditation. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 35(2), 143-151. [https://doi.org/10.1016/0013-4694\(73\)90170-3](https://doi.org/10.1016/0013-4694(73)90170-3)

Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.11.1247>

Baron Short, E., Kose, S., Mu, Q., Borckardt, J., Newberg, A., George, M.S., & Kozel, F.A. (2010). Regional brain activation during meditation shows time and practice effects: an

exploratory fMRI study. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 7(1), 121-127. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem163>

Barthélémy, A. (2013). Le lien social en tension entre justice et sollicitude : l'horizon politique de la sollicitude chez Ricœur et de la pitié chez Rousseau. *Paul Ricœur: Intersezioni: Lo Sguardo.net, rivista di filosofia*, 12(2), 123-134. Consulté à l'adresse : http://www.losguardo.net/public/archivio/arch_12.html

Bass, R. (1999). The scholarship of teaching: What's the problem. *Inventio: Creative thinking about learning and teaching*, 1(1), 1-10.

Baudrillard, J. (1981). *Simulacres et Simulation*. Paris, France : Éditions Galilée.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2008). *Les principes d'éthique biomédicale* (M. Fisbach, Trad.). Paris, France : Les Belles Lettres. (Œuvre originale publiée en 1979).

Beaulieu, D. (2005). La thérapie d'Impact. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 93-110.

Becu, N. (2020). Les courants d'influence et la pratique de la simulation participative : Contours, design et contributions aux changements sociétaux et organisationnels dans les territoires. [Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, non publié] Université La Rochelle, France : Spécialité : Géographie physique, humaine, économique et régionale.

Benify (2019, août 23). *Les 10 émotions positives favorisant l'engagement des employés*. Consulté le 9/05/2020, à l'adresse <https://blog.benify.fr/les-10-%C3%A9motions-positives-favorisant-lengagement-des-employ%C3%A9s>

Benhaïm, M. (2001). *L'ambivalence de la mère* (J.J. Rassial, Préf.). Ramonville Saint-Agne, France : Érès.

Bensussan, P., & Rault, F. (2002). *La dictature de l'émotion : la protection de l'enfant et ses dérives*. Paris, France : Belfond.

Bentham, J. (2011). *Introduction aux principes de la morale et de la législation* (M. Boozo-Rey, A. Brunon-Erst, E. de Champs & Centre Bentham, Trad.). Paris, France : Vrin. (Œuvre originale parue en 1780).

Bergson, H. (1969). *La Pensée et le Mouvant. Essais et conférences*. Paris : Les Presses universitaires de France.

- Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive alignment. *Higher education*, 32(3), 347-364. <https://doi.org/10.1007/BF00138871>
- Biggs, J. (2014). Constructive alignment in university teaching. HERDSA, *Review of Higher Education*, 1, 5-22.
- Bigot, J. (Producteur), & Perret, G. (Réalisateur). (2014). *La sociale* [Film]. France : Rouge Productions.
- Binet, A. (1896). Réflexions sur le paradoxe de Diderot. *L'année psychologique*, 3(1), 279-295. <https://doi.org/10.3406/psy.1896.1835>
- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2003). *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*. Rosny-sous-Bois, France : Bréal.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, D. (2013). Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Medical Teacher*, 35(7), e1252-e1266. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.789132>
- Blay, M. (Éd.). (2008). Phénoménologie. In : *Dictionnaire des concepts philosophiques* (p. 617). Paris, France : Larousse, CNRS Éditions. (Première édition publiée en 2006).
- Bléger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : P. Hutchinson, R. Kaës & D. Anzieu (Éd.), *Crise, rupture et dépassement* (p. 511-519). Paris, France : Dunod.
- Boal, A. (1996). *Théâtre de l'opprimé* (D. Lémann, Trad.). Paris, France : La Découverte. (Œuvre originale publiée en 1980).
- Boivin, A., Flora L., Dumez, V., L'Espérance, A., Berkesse, A., & Gauvin, F.-P. (2017). Transformer la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du modèle de Montréal. In : C. Hervé, M. Santon-Jean & M.-F. Mamzer (Éd.), *La participation des patients* (p. 11-24). Paris, France : Éditions Dalloz.
- Boniwell, I. (2012). Introduction à la psychologie positive : science de l'expérience optimale (C. Menon, Trad.). Paris, France : Payot.

- Bonnaud-Antignac, A., Grenier, M.H., Mouzard, A., & Amar, M. (2009). Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants de médecine à partir de la méthode du Théâtre-Forum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(6), 510-516.
- Bourgognon, F. (2017). Diplôme Universitaire « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins » : *Pleine Conscience et gestion du stress*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice.
- Bordin, E. (1979). The generability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 253-260.
- Borhani, F., Alni, J.R., Ebadi, A., & Bazmi, S. (2018). Professional ethical competence for medical students: a qualitative study. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(3). <https://doi.org/10.29333/ejgm/85497>
- Borrel, P. (Producteur et Réalisateur). (2012). *Un monde sans humains* [Documentaire]. France : CinéTV et Arte France.
- Boyer, E.L. (2016). *Scholarship reconsidered: Priorities of the professoriate*. San Francisco Californie Jossey Bass. (Œuvre originale publiée en 1990).
- Braun, M., Cour, M., Demeester, A., Faye, A., Fourcarde, L., Fournier, J.-P., Hernandez, E., Lorenzo, M., Onaisi, R., Pellacia, T., Roux, D., Rivière, E., Schneider, P., Steichen. (2020). *La réforme des études médicales expliquée sous l'angle pédagogique*. Livret enseignant. Conférence des doyens des facultés de médecine. Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine. Consulté à l'adresse : https://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/livret%20enseignant%20VF%20imprim_0.pdf
- Brazeau-Lamontagne, L. (2002). L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. *Pédagogie Médicale*, 3(3), 152-158. <https://doi.org/10/1051/pmed:2002025>
- Briole, G., Lebigot, F., Lafont, B., Favre, J.D., & Vallet, D. (1994). *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Paris, France : Masson.
- Brook, S. (Réalisateur). (2013). *Mon Docteur indien* [Film].
- Bruter, A. (2008). Le cours magistral comme objet d'histoire. *Histoire de l'éducation*, 120(4), 5-32. <https://www.cairn.info/revue-histoire-de-l-education-2008-4-page-5.htm>

Budowski, M., & Gay B. (2005). Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. *La Revue Exercer*, 75, 142-144. Consulté à l'adresse : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf

Burucoa, B., Parent, K., Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), & Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP). (2014). *Référentiel de compétences intégré de médecine palliative pour une équipe interprofessionnelle*. Société française d'accompagnement et de soins. Consulté le 22/01/2020, à l'adresse : <http://www.sfap.org/actualite/referentiel-apci-approche-par-competence-integree>

Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 63(3), 30. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030>

Byock, I., (2012). *The Best Care Possible: A Physician's Quest to Transform Care Through the End of Life*. New York, USA : Penguin Group.

C

Cabinet Chryssippe. (s. d.). *Programme-care*. Consulté le 22 mai 2020, à l'adresse <https://open-view.org/local/staticpage/view.php?page=programme-care>

Caillois, R. (2015). *Les jeux et les hommes : Le masque et le vertige* (Folio Essais t. 184). Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1957).

Calleja, J.L., Soubllette Sánchez, A., & Radedek Soto, P. (2020). Is clinical simulation an effective learning tool in teaching clinical ethics? *Medwave*. 20(2):e7824. <https://doi:10.5867/medwave.2020.01.7824>

Canguilhem, G. (1988). Supplément au Vol. 10. Le statut épistémologique de la médecine. In : *Medicine and Epistemology. Health, Disease and Transformation of knowledge, Perugia, Italy, 17-20 April 1985* (p. 19-20). Abingdon, Royaume-Uni de Grande-Bretagne : Taylor & Francis.

Canguilhem, G. (2002). La santé : concept vulgaire et question philosophique. In : *Écrits sur la médecine*. Paris, France : Seuil. (Œuvre originale publiée en 1990).

- Canto-Sperber, M., & Platon, M. (1991). Traduction inédite, introduction et notes. Platon, Ménon. Paris: Flammarion.
- Canto-Sperber, M. (Éd.) (1996). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Canto-Sperber, M. (2017). Les grandes conceptions de la philosophie morale. In : M. Canto-Sperber, *La philosophie morale*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Cardinal, M. (1975). *Les mots pour le dire*. Paris, France : Grasset.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle ? *Savoirs, Hors-série*, (5), 9-50. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0009>
- Célis, R. (2006). L'éthique médicale à l'épreuve de la sagesse hippocratique. *Éthique & Santé*, 3(1), 8-17. [https://doi.org/10.1016/s1765-4629\(06\)70557-8](https://doi.org/10.1016/s1765-4629(06)70557-8)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). (2012). *COMPLEXE : Définition de COMPLEXE*. Consulté le 9/05/2020, à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>
- Cerletti, A. (2005). La politique du maître ignorant : la leçon de Rancière. *Le télémaque*, 27(1), 81-88. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2005-1-page-81.htm>
- Chaperot, C., Pisani, C., Goullieux, E., & Guedj, P. (2003). Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel. *L'Évolution Psychiatrique*, 68(4), 499-508. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2002.10.001>
- Chapelle, G. (2001). Les émotions, source de la conscience. *Sciences Humaines*, (8), 278-285.
- Chappoz, Y., & Pupion, P. (2012). Le New Public Management. *Gestion et management public*, 1/2(2), 1-3. <https://doi.org/10.3917/gmp.002.000>
- Charles Ludlam – Quote Investigator. (2016, mars 18). Consulté le 13/04/2020, à l'adresse : <https://quoteinvestigator.com/tag/charles-ludlam/>
- Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives, HS 3*, 126-139.
- Charon, R. (2015). *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladies* (A. Fourreau, Trad.). Aniche, France : Sipayat.

Chaspoul, P. (2017). Diplôme Universitaire « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins » : *Pleine Conscience et Compassion*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice.

Chaspoul, P., & Borgognon, F. (2017). Diplôme Universitaire « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins » : *Régulation du stress, bien être et pathologies des soignants*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice.

Chenu, F., & Université de Liège. Institut de Psychologie et des Sciences de l'Éducation. (2005). Les compétences et les familles de situations. Étude exploratoire de la complexité d'un jugement. *Cahiers du Service de Pédagogie Expérimentale*, 21-22, 165-179. Consulté à l'adresse : <http://hdl.handle.net/2268/65406>

Cicourel, A.V. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic. *Sociologie du travail*, 36(4), 427-449. Consulté à l'adresse : https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1994_num_36_4_2189

Cioffi, J., Purcal, N., & Arundell, F. (2005). A pilot study to investigate the effect of a simulation strategy on the clinical decision making of midwifery students. *Journal of Nursing Education*, 44, 131-134.

Cloës, C. (2007). Les racines inconscientes de l'ambivalence dans la passion : la haine originaire. *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), 123-132. <https://doi:10.3917/cpc.029.0123>

Colin, M. (2019). *Rire de soi, vers une métapsychologie de l'humour, mémoire de psychologie clinique, médiation thérapeutique par l'art*. Mémoire de Master 1 de psychologie clinique sous la direction de Jean-Michel Vivès [Non publié]. Université de Nice Sophia Antipolis.

Collège national des généralistes enseignants. (2009). *Référentiel Métier et compétences du médecin généraliste*. Consulté le 15/03/2020 : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Référentiel CanMEDS*. Consulté le 17/03/2020, à l'adresse : <http://canmeds.royalcollege.ca/fr/referentiel>

Colliver, J.A., Conlee, M.J., Verhulst, S.J., & Dorsey, J.K. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a re-examination of the research. *Acad Med*, 85, 588–93. <https://doi:10.1097/ACM.0b013e3181d281dc>

Comité consultatif national d'éthique (CCNE). 2004. Avis sur la formation à l'éthique médicale, n°84. Consulté le 5/04/2020, à l'adresse : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-la-formation-lethique-medicale>

Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé : Étude sur la base de témoignages. Consulté le 14/07/2020, à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Comte-Sponville, A. (1991). Morale ou éthique ? *Lettre internationale*, (13), 10-17.

Comte-Sponville, A. (1995). 16. La bonne foi. In : A. Comte-Sponville, *Petit Traité des grandes vertus*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Comte-Sponville, A. (1997). Morale ou éthique ?. In : A. Comte-Sponville, *Valeur et vérité : Etudes cyniques* (p. 183-205). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Constant, B. (1797). Des réactions politiques. In : *La France de l'an 1797*. 6^e partie n°1. Consulté le 14/04/2020, à l'adresse : https://fr.wikisource.org/wiki/D'un_prétendu_droit_de_mentir_par_humanité

Cooke, M., Irby, D.M., Sullivan, W., & Ludmerer, K.M. (2006). American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine*, 355(13), 1339-1344. <https://doi.org/10.1056/nejmra055445>

Coulter, A. (2011). *Engaging Patients in Healthcare*. McGraw Hill/Open University Press.

Couturier, B. (2017, avril 25). La sincérité ? Voir protestantisme. L'authenticité ? Jean-Jacques Rousseau. Consulté le 22/03/2020, à l'adresse : <https://www.franceculture.fr/emissions/le-tour-du-monde-des-idees/la-sincerite-voir-protestantisme-lauthenticite-jean-jacques>

Couty, E. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital*. Consulté à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-d-edouard-couty-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital>

- Creux, G. (2013). Angélique Del Rey, *La tyrannie de l'évaluation. Lectures, Les comptes rendus*. Consulté le 5/04/2020, à l'adresse : <http://journals.openedition.org/lectures/10966>
- Criq, E. (2017). *Le théâtre-forum dans l'apprentissage de la relation - communication en santé en deuxième cycle des études médicales*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Non publié. Consulté à l'adresse : <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune8410>
- Crocq, L. (2004). Histoire du débriefing. *Pratiques Psychologiques*, 10(4), 291-318. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.09.004>
- Crookall, D. (2010). Le débriefing, clé du processus d'apprentissage dans les pédagogies ludiques. *Actualité de la formation permanente*, 224/225, 21-24. Consulté à l'adresse : https://www.ressources-de-la-formation.fr/index.php?lvl=notice_display&id=52968
- Crookall, D. (2014). Engaging (in) Gameplay and (in) Debriefing. *Simulation & Gaming*, 45(4-5), 416-427. <https://doi.org/10.1177/1046878114559879>
- Cruess, R., Cruess, S., & Steinert, Y. (2016). Introduction. In : R. Cruess, S. Cruess, & Y. Steinert (Eds.), *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity* (p. 1-4). Cambridge : Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316178485.002>

D

- Dagrada, H., Verbanck, P., & Kornreich, C. (2011). Le *burn-out* du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*, 32(4), 407-412.
- Dalmasso, M. (2017). Diplôme Universitaire de « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins », Module 1 : *La méditation, définition et pratique de ses origines à nos jours*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis.
- Damasio, A.R. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris, France : Odile Jacob.
- Damasio, A.R. (2006). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris, France : Odile Jacob. (Première édition publiée en 1995).
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat en santé publique, Université de

Montréal. Consulté à l'adresse :
https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf

Danancier, J. (2011). L'accompagnement, le suivi et la prise en charge. In : J. Danancier. (2011). *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif : Rocs, référentiel d'observation des compétences sociales* (p. 47-56). Paris : Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.danan.2011.01>

Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 5-20.
<https://doi.org/10.3917/acp.008.0005>

Decety, J. (2004). L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui. *L'empathie*, 53-88.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York and London, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni de Grande Bretagne : Plenum Press.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The « What » and « Why » of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01

Delbrouck, M. (2016). *Psychopharmacologie à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Derveaux, K. (2020). *Itinéraire d'un psychologue aux urgences*. [Rapport de stage de Master 2, non publié] Université Côte d'Azur, France : Psychologie clinique et médiations thérapeutiques par l'art.

Desautels, J. (1988). *Dieux et mythes de la Grèce ancienne : La mythologie gréco-romaine*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, É., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (Groupe de travail chargé de l'élaboration du guide). (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal, Canada : Université de Montréal & Direction collaboration et partenariat patient/CPASS.

Detienne, M., Vernant, J. -P. (1969). La métis du renard et du poulpe. *Revue des Études Grecques*, 291-317.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation*. Versailles, France : Éditions Quæ. <https://doi.org/10.3917/quae.dejou.2003.01>

De Kervasdoué, J. (2008). Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système stable. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2), 17-30. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1283>

Département de médecine générale de l'Université de médecine de Poitiers (s. d.), *Familles de situations cliniques types en médecine générale*. Document non publié. Université de Poitiers : France. Consulté le 20/02/2020, à l'adresse : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Familles%20de%20situations%20cliniques%20types%20en%20MG%20CNGE.pdf>

Department of Health, Education, and Welfare, Office of the Secretary, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, & Commission of the Belmont Report. (1979). *The Belmont Rapport: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Consulté à l'adresse : <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

Derrida, J. (1997). *Adieu à Emmanuel Levinas*. Paris, France : Éditions Galilée.

Descartes, R. (1649). *Des passions de l'âme*.

Descartes, R. (2009). *Principes de la Philosophie*. Paris, France : Vrin. (Œuvre originale parue en 1647).

Deville, M. (Réalisateur). (1999). *La maladie de Sachs* [Film]. France.

De Vito, D., Shamberg, M., & Sher, S. (Producteurs) & Niccol, A. (Réalisateur). (1997) *Bienvenue à Gattaca* [Film]. Niccol, Etats-Unis : Columbia Pictures & Jersey Films.

Devji, F. (2017, avril 17). Age of sincerity. Consulté le 20/03/2020, à l'adresse : <https://aeon.co/essays/beyond-right-or-wrong-beyond-fact-or-fake-lies-sincerity>

Dewey, J. (1993). *Logique. La Théorie de l'Enquête* (G. Deledalle, Trad.) Paris : PUF (Œuvre originale publiée en 1967).

Dewey, J. (2011). *Démocratie et éducation - Suivi de Expérience et éducation*. Paris : Armand Colin.

Diderot, D. (1830). *Paradoxe sur le comédien*. Paris, France : Sautelet (Œuvre originale rédigée entre 1773-1777).

Dion-Labrie, M., & Doucet, H. (2011). Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste. *Éthique et santé*, 8(2), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2010.07.001>

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), & Faculté de médecine de l'Université de Montréal. (2015). *Référentiel de compétences. Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux*. Canada : Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Consulté le 5/04/2020, à l'adresse : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-2016.pdf

Doise, W., Mugny, G., & Perret-Clermont, A.-N. (1975). Social interaction and the development of cognitive operations. *European Journal of Social Psychology*, 5(3), 367-383. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420050309>

Doise, W., Mugny, G., & Perret-Clermont, A.-N. (1976). Social interaction and cognitive development: Further evidence. *European Journal of Social Psychology*, 6(2), 245-247. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420060207>

Donnelly, M.B., Horsley, T.L., Adams, W.H., Gallagher, P., & Zibricky, C.D. (2017). Effect of Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Nursing Ethics Principles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(4), 153-159. <https://doi.org/10.1177/0844562117731975>

Dubois, J. (2008). Latitude humoristique. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 17(1), 87-100. <https://doi:10.3917/lcpp.017.0087>

Dubrulle, L. (2016). Héritiers d'une conceptualité. Le jugement prudentiel chez Thomas d'Aquin. *Transversalités*, 136(1), 45-54. doi:10.3917/trans.136.0045.

Duflo, C. (1997). *Le jeu de Pascal à Schiller*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Durand, J.-P. (2018). Diplôme Universitaire « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins » : *L'approche systémique centrée solution*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice.

Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 3(1), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rne.031.0041>

E

Edo, A. (2016). Migrations et mouvements de réfugiés : état des lieux et conséquences économiques. In : I. Bensidoun, CEPPII, & J. Couppey-Soubeyran (Éd.), *L'économie mondiale 2017*. Paris, France : La Découverte.

Effet Pygmalion. (2020, mai 9). In : *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Pygmalion

Ekman, P., & Davidson, R. (1994). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York, Oxford, États-Unis d'Amérique, Grande-Bretagne : Oxford University Press.

Eriksson, S., Helgesson, G., & Höglund, A.T. (2007). Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care. *Journal of Academic Ethics*, 5(2-4), 207-216. <https://doi.org/10.1007/s10805-007-9029-5>

F

Fanning, R.M., & Gaba, D.M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-125. <https://doi.org/10.1097/sih.0b013e3180315539>

Fanous, A., Rappaport, J., Young, M., Park, Y.S., Manoukian J., & Nguyen, L.H.P. (2017). A longitudinal simulation-based ethical-legal curriculum for otolaryngology residents. *Laryngoscope*, 127(11), 2501-2509. <https://doi.org/10.1002/lary.26551>

Fauquet-Alekhine, P., & Pehuet, N. (2011). *Améliorer la pratique professionnelle par la simulation*. Toulouse, France : Octares.

Fernandez, N., Dory, V., Ste-Marie, L.-G., Chaput, M., Charlin, B., & Boucher, A. (2012). Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education*, 46(4), 357-365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>

- Fiquet, L., Hugué, S., Annezo, F., Chapron, A., Allory, E., & Renaut, P. (2015). Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*, 16(2), 105-117. <https://doi.org/10.1051/pmed/2015018>
- Fischer, G.N. (2015). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (5^e éd). Paris, France : Dunod.
- Fleury, C., Berthelier, B., Nasser, N. (2019). Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises : état des lieux et perspectives. Chaire Humanités en santé (Conservatoire National des arts et métiers - CNAM), Chaire de philosophie à l'hôpital – GHU, Paris, Psychiatrie, Neurosciences. Consulté à l'adresse : <https://chaire-philo.fr/wp-content/uploads/2019/10/Cartographie-enseigner-humanités-fac-médecine.pdf>
- Flow (2020, mai 9). In : Wikipédia. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Flow_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Flow_(psychologie))
- Folscheid, D. (1996). La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental. *Laval théologique et philosophique*, 52(2), 499. <https://doi.org/10.7202/401007ar>
- Forcioli, P. (2019, juin 21). L'éthique du management en Santé : de quoi parle-t-on ? Réflexions de Pascal Forcioli. *L'éthique du management en santé*. Consulté le 21/03/2020, à l'adresse : <https://managersante.com/2019/06/21/lethique-du-management-en-sante/>
- Ford, M.E. (1992). *Motivating Humans: Goals, Emotions, and Personal Agency Beliefs*. Newbury Park, États-Unis d'Amérique : SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483325361>
- Fortin, B. (2013). Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie Médicale*, 14(4), 297-302. <https://doi.org/10.1051/pmed/2013059>
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Fourez, G. (2007). Constructivisme et justification éthique. *Articles*, 20(1), 157-174. <https://doi.org/10.7202/031705ar>
- Fournier, J.-P., & Jaffrelot, M. (2013). Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale. *Médecine Thérapeutique*, 19(1), 42-51. <https://doi:10.1684/met.2013.0391>

Frachon, I. (2010). *Mediator 150 mg : Combien de morts ?*. Brest, France : editions-dialogues.fr.

Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J., & Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Freinet, C. (1960). *L'Éducation du travail*. Paris, France : Delachaux et Niestlé.

Freud, S. (1930). *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (M. Bonaparte & M. Nathan, Trad.). Paris, France : Gallimard.

Freud, S. (2002). *Le malaise dans la culture*. Paris, France : Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1929).

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Fujita, H. (2006). La logique bergsonienne du corps: corps propre, perception, technique. Séminaire "La philosophie au sens large", animé par Pierre Macherey, Lille, France. (halshs-00130151) <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00130151/>

Funtowicz, S.O., & Ravetz, J.R. (1993). Science for the post-normal age. *Futures*, 25(7), 739-755. [https://doi.org/10.1016/0016-3287\(93\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0016-3287(93)90022-1)

G

Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>

Galland J, et al., Initiation au débriefing pour les internistes: état des connaissances et mise en pratique pour transformer des situations cliniques réelles (à paraître)..., *Rev Med Interne* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.03.003>

Galloway, S.J. (2009). Simulation Techniques to Bridge the Gap Between Novice and Competent Healthcare Professionals. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(2), Manuscript 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No02Man03>

Gorz, A. (2008). *Ecologica*. Paris : Galilée.

Gasqueres, A. (2019, août 2). Le CNRS s'arme contre la fraude. Consulté le 22/03/2020, à l'adresse : https://www.liberation.fr/france/2019/08/02/le-cnrs-s-arme-contre-la-fraude_1740250

- Gelaes, S., Lefebvre, P., Maillart, C., Sadzot, A., Misson, J.-P., & Bourguignon, J.-P. (2009). Évaluation préliminaire d'un séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », préalable au développement d'un programme interprofessionnel en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*, 10(2), 105-122. <https://doi.org/10.1051/pmed/20080361>
- Gély, R. (2002). Rôle, personnage et acteur, Réflexion phénoménologique à partir d'Erving Goffman. *Les carnets du centre de philosophie du Droit*, 102, 1-37. Consulté à l'adresse : https://www.academia.edu/3339723/Rôle_personnage_et_acteur._Réflexion_phénoménologique_à_partir_dErving_Goffman
- Genard, J.-L. (2017). La « compétence éthique » au-delà de ses dimensions discursives et propositionnelles. *Éthique publique*, (vol. 19, n°1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2876>
- General Medical Council. (2003). *Tomorrow's doctors. Regulating doctors. Ensuring good medical practice*. Consulté le 17/03/2020, à l'adresse : <https://www.educacionmedica.net/pdf/documentos/modelos/tomorrowdoc.pdf>
- Georgescu, I., & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 18(3), 67-95. <https://doi.org/10.3917/cca.183.0067>
- Georgieff, N. (2005). Intérêts de la notion de « théorie de l'esprit » pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 341-371. <https://doi.org/10.3917/psyse.482.0341>
- Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 357-393. <https://doi.org/10.3917/psyse.512.0357>
- Géraud, M. (2009). La contribution de la pensée d'Alfred Kraus à l'étude phénoménologique des troubles bipolaires. *Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, 7(3-4), 152-158. <https://doi.org/10.1007/s11836-009-0089-z>
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: psychological theory on women's development*. Cambridge (Massachusetts), Londres, États-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne : Harvard University Press. (Première édition publiée en 1982).

- Girod, M., & Huet, O. (2010, décembre 3). De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles par Olivier Huet. Consulté le 21/03/2020, à l'adresse : <https://www.fondation-itsrs.org/de-la-prise-en-charge-a-l.html>
- Godeau, P. (Producteur), & Améris, J.-P. (Réalisateur). (2001). *C'est la vie* [Film]. France : Pan-Européenne, France 3 Cinéma, Productions René Goscinny Cofimages 12, Gimages 4.
- Godin, V., Moulin, D., & Van Pee, D. (2004). La formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine : un défi ? L'expérience de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain. *Pédagogie Médicale*, 5(1), 35-42. <https://doi.org/10.1051/pmed:2004005>
- Goffman, E. (1961). *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*. Indianapolis, New York, États-Unis d'Amérique : The Bobbs-Merrill Company.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (2002). La « distance au rôle » en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(3), 80-87. <https://doi.org/10.3917/arss.143.0080>
- Goleman, D. (1997). *L'Intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris, France : R. Laffont.
- Goodman, M.J., & Schorling, J.B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128. <https://doi:10.2190/PM.43.2.b>
- Goupy, F. (2013). L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ?. *La Presse Médicale*, 42(1), e1-e8. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.09.012>
- Govaerts, S., Grégoire, J. (2006). Chapitre 8. Motivation et émotions dans l'apprentissage scolaire. In : B. Galand, É. Bourgeois & P. Picard (Dir. & Coll.), *(Se) motiver à apprendre* (p. 97-106). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Grandjean, C. (2011, décembre 12). Une approche critique de la démarche qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales. *Atoute*. Consulté le 13/03/2020, à l'adresse : <https://www.atoute.org/n/article236.html>

Granry, J.-C., Moll, M. (2012). Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Consulté à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante

Greco, S., Lewis, E.J., Sanford, J., Sawin, E.M., & Ames, A. (2019). Ethical Reasoning Debriefing in Disaster Simulations. *Journal of Professional Nursing*, 35(2), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.09.004>

Green, A. (2003). *La folie privée, psychanalyse des cas-limites*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1990).

Grèzes, J., & Dezecache, G., (2012). Communication émotionnelle : mécanismes cognitifs et cérébraux. In : P. Allain, G. Aubin & D. Le Gall (Dir.), *Cognition sociale et neuropsychologie* (p. 31-45). Marseille, France : Solal.

Grimaud D., & al. *ABCDaire d'éthique médicale*. Paris, France : Ellipses, 2015.

Grimaud, D. (2013). Diplôme Interuniversitaire Universitaire d'« éthique et pratique médicale, Cours d'éthique. Recueil inédit, Aix-Marseille Université et Université de Nice Sophia Antipolis.

Guarascio, A.J., Nemecek, B.D., & Zimmerman, D.E. (2017). Evaluation of students' perceptions of the Socratic application versus a traditional student response system and its impact on classroom engagement. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 9(5), 808-812. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2017.05.011>

Guédeney, N., & Guédeney, A. (2006). *L'attachement : concepts et applications*. Paris, France : Elsevier Masson. (Première édition publiée en 2002).

Guéguen, N. (2014). Chapitre 1. La soumission à l'autorité : l'obéissance à moindre coût. *Psychologie de la manipulation et de la soumission*. Paris, France : Dunod.

Gueulette, J.-M. (2016). *Pas de vertu sans plaisir*. Paris, France : Cerf.

Guillebaud, J.-C. (2001). *Le principe d'humanité*. Paris, France : Seuil.

H

Haag, C. (2019). *La contagion émotionnelle*. Paris, France : Albin Michel.

Hallenbeck, V.J. (2012). Use of High-Fidelity Simulation for Staff Education/Development. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(6), 260-269. <https://doi.org/10.1097/nnd.0b013e31827259c7>

Harari, Y.N. (2018, juillet 9). The meaning of life in a world without work. *The Guardian*. Consulté le 20/03/2020, à l'adresse : <https://www.theguardian.com/technology/2017/may/08/virtual-reality-religion-robots-sapiens-book>

Harnof, S., Hadani, M., Ziv, A., & Berkenstadt, H. (2013). Simulation-based interpersonal communication skills training for neurosurgical residents. *The Israël Medical Association Journal*, 15(9), 489-92.

Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C.D., Duncan, E., & Barsalou, L.W. (2012). Mind wandering and attention during focused meditation: A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *NeuroImage*, 59(1), 750-760. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.07.008>

Haute Autorité de Santé. (2013, octobre 23). *Le programme national pour la sécurité du patient* [Diapositives]. Consulté à l'adresse : https://fr.slideshare.net/HAS_Sante/programme-national-pour-la-securitedupatient

Haute Autorité de Santé. (2018a, mai 29). *Crew Resource Management en Santé (CRM Santé)*. Consulté le 21/03/2020, à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852388/en/crew-resource-management-en-sante-crm-sante

Haute Autorité de Santé. (2018b, mai 29). *Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte*. Consulté le 21/03/2020, à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

Haute Autorité de Santé. (2018c, novembre 26). *La Haute Autorité de Santé annonce les priorités de son projet stratégique 2019-2024* [Communiqué de presse]. Consulté à l'adresse : https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_2885911/fr/la-haute-autorite-de-sante-annonce-les-priorites-de-son-projet-strategique-2019-2024

Heidegger, M.. (1964). *L'être et le temps* (R. Boehm & A. De Waelhens, Trad.). Paris, France : Gallimard.

Heidegger, M. (1968). Ce qu'est et comment se détermine la *phusis*. In : M. Heidegger, *Questions II* (K. Axelon, J. Beaufret, D. Janicaud, L. Braun, M. Haar, A. Préau & F. Fédier, Trad.). Paris, France : Gallimard.

Heidegger, M. (2014). *De l'origine de l'œuvre d'art : première version* (C. Layet, Trad. & Préf.). Paris, France : Rivages. (Œuvre originale publiée en 1949).

Hirtt, N. (2009). L'approche par compétences : une mystification pédagogique. *L'école démocratique*, 39(1), 1-34.

Horcik, Z., & Savoldelli, G. (2010). Simulateurs et expérience fictionnelle. *Actes du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et formation (AREF)*. Université de Genève. Consulté à l'adresse : <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-h/Simulateurs%20et%20experience%20fictionnelle.pdf/view>

Huba, M.E., & Freed, J.E. (2000). *Learner-centered Assessment on College Campuses: shifting the focus from teaching to learning*. Boston, Massachusetts, Etats-Unis d'Amérique : Allyn and Bacon.

Hubble, K., Daughters, K., Manstead, A.S., Rees, A., Thapar, A., & Van Goozen, S.H.M. (2017). Oxytocin increases attention to the eyes and selectively enhances self-reported affective empathy for fear. *Neuropsychologia*, 106, 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.10.019>

Hubble, K., Daughters, K., Manstead, A.S., Rees, A., Thapar, A., & Van Goozen, S.H.M. (2017). Oxytocin reduces face processing time but leaves recognition accuracy and eye-gaze unaffected. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(1), 23-33. <https://doi.org/10.1017/S1355617716000886>

Huet, A., & Saez, G. (Dir.), & Datar, Groupe de prospective « Loisirs, culture, société ». (2002). *Le règne des loisirs : loisirs culturels et sportifs, dynamiques sociospatiales*. La Tour d'Aigues, Paris, France : Éditions de l'Aube.

Huizinga, J. (1988). *Homo ludens : Essai sur la fonction sociale du jeu* (C. Seresia, Trad.). Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1938).

Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. Cambridge, États-Unis d'Amérique : MIT Press.

Hutchings, P., & Taylor Huber, M. (2008). Placing theory in the scholarship of teaching and learning. *Arts and Humanities in Higher education*, 7(3), 229-244. <https://doi.org/10.1177%2F1474022208094409>

I

Iñárritu, A.G. (Réalisateur). 2014. *Birdman (or the Unexpected Virtue of Ignorance)* [Film]. Etats-Unis d'Amérique : Fox Searchlight Pictures New Regency Worldview Entertainment.

InterSyndicat National des Internes ISNI. (2017). *Enquête sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins*. Consulté à l'adresse : <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>

Ionescu, S., Jacquet, M.M., & Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris, France : Colin. (Première édition publiée en 1997).

Ischy, F. (2002). La « société de l'information » au péril de la réflexion sociologique ? *Revue européenne des sciences sociales*, (XL-123), 21-34. <https://doi.org/10.4000/ress.603>

Israël, L. (2007). Le jeu du docteur et la relation médecin-malade. In : L. Israël, *Le médecin face au désir : Le parcours freudien de Lucien Israël* (p. 35-59). Toulouse, France : ERES.

Issenberg, S.B., Mcgaghie, W.C., Petrusa, E.R., Lee Gordon, D., & Scalese, R.J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28. <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>

J

Jaeger, W. (1988). *Paideia : La formation de l'homme grec*. (A. Devyver, S. Devyver, Trad.) Paris, France, Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1961).

Jaffrelot, M., & Pelaccia, T. (2016). La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Recherche & formation*, (82), 17-30. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2658>

Janis, I.L. (1972). *Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascoes*. Boston, Massachusetts, États-Unis d'Amérique : Houghton Mifflin.

Jankélévitch, V. (1986). *Traité des vertus* (2. vol.). Paris, France, Flammarion.

- Jeammet, P., & Kestemberg, E. (1981). Le psychodrame psychanalytique. Technique, spécificité, indications. *Psychothérapies*, 2, 85-92.
- Joas, H. (2007). *George Herbert Mead - une réévaluation contemporaine de sa pensée (Études sociologiques)* (Economica éd.). Ciudad de México, Mexique : Fondo de Cultura Económica.
- Joffrin, L. (2018, juillet 8). Alain Minc : « L'inégalité est trop forte, nous risquons une insurrection ». *Libération*. Consulté le 13/03/2020, à l'adresse : https://www.liberation.fr/france/2018/07/08/alain-minc-l-inegalite-est-trop-forte-nous-ri-squons-une-insurrection_1665074
- Jonnaert, P. (2017). La notion de compétence : une réflexion toujours inachevée. *Éthique publique*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2932>
- Jorland, G. (2004). L'empathie, histoire d'un concept. In A. Berthoz & G. Jorland (dir.), *L'Empathie* (p. 19-52). Paris, France : Odile Jacob.
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., & Chaowalit, A. (2005). Moral Competence in Nursing Practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582-594. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>
- Jouet, E., Flora, L., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et Reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de formation-Analyses*, 2010(58-59), Université Paris 8, 13-94.
- Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2017). La soumission librement consentie : Comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Jouquan, J. (2002). L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*, 3(1), 38-52. <https://doi.org/10.1051/pmed:2002006>
- Jouquan, J., & Bail, P. (2003). À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*, 4(3), 163-175. <https://doi.org/10.1051/pmed:2003006>

Jouquan, J. (2007). Pour ne pas en rester aux déclarations d'intention concernant le compagnonnage pendant l'externat. *Pédagogie Médicale*, 8(1), 5-6.
<https://doi.org/10.1051/pmed:2007013>

Jouquan, J., Parent, F., Rey, A., & de Ketele, J.M. (2015). *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?* Berchem, Belgique : De Boeck.

Juillet, P., & Allilaire, J.F. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie [français-anglais]*. Conseil international de la langue française. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Jünger, E. (2008). *Orages d'acier*. In : *Journaux de guerre* (J. Hervier, Trad. & Éd., avec la collaboration de F. Poncet & P. Mercier). Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1920).

K

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2016). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles, Belgique : De Boeck. (Œuvre originale publiée en 2009).

Kambouchner, D. (2015). Descartes n'a pas dit... : un répertoire des fausses idées sur l'auteur du « Discours de la méthode », avec les éléments utiles et une esquisse d'apologie. Paris, France : Les Belles Lettres.

Kant, E. (1788). Critique de la raison pratique.

Kant, E. (1986). Sur un prétendu droit de mentir par humanité. In : *Œuvres philosophiques* (Trad.). Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale parue en 1796).

Kant, E. (1993a). *Anthropologie du point de vue pragmatique* (A. Renaud, Trad. & Éd.). Paris, France : Flammarion. (Œuvre originale publiée en 1798).

Kant, E., (1993b). *Fondements de la métaphysique de mœurs* (V. Delbos, Trad.). Paris, France : Le livre de poche. (Œuvre originale parue en 1785).

Kierzek, G. (2019, juin 11). Le refus d'être méprisé au quotidien : aux racines de la colère des « urgentistes ». *Le Figaro*. Consulté le 13/03/2020, à l'adresse :

<https://www.lefigaro.fr/vox/politique/le-refus-d-etre-meprise-au-quotidien-aux-racines-de-la-colere-des-urgentistes-20190611>

Kim, K.-J. (2019). Enhancing students' active learning and self-efficacy using mobile technology in medical English classes. *Korean Journal of Medical Education*, 31(1), 51-60. <https://doi.org/10.3946/kjme.2019.118>

King-Hill, S. (2015). Critical analysis of Maslow's hierarchy of need. *The STeP Journal (Student Teacher Perspectives)*, 2(4), 54-57. <http://194.81.189.19/ojs/index.php/step/article/viewFile/274/400>

Klabbers, J.H.G. (2007). The magic circle: Principles of gaming & simulation? Edited by Jan Klabbers. *British Journal of Educational Technology*, 38(3), 546-547. https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2007.00725_5.x

Kolb, D.A., Rubin, I.M., & McIntyre, J.M. (1979). *Organizational Psychology: A Book of Readings*. Englewood Cliffs N.J., États-Unis d'Amérique : Prentice-Hall.

Koskenvuori, J., Stolt, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2018). Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open*, 6(1), 5-17. <https://doi.org/10.1002/nop2.173>

Kraus, A. (1977). *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver: Eine existenz- und rollenanalytische Untersuchung (Forum der Psychiatrie) (Neue Folge 3)*. Stuttgart, Allemagne : Ferdinand Enke Verlag.

Kretz, D., & Lenne, G. (2018). Review of Alasdair MacIntyre's, *Ethics in the Conflicts of Modernity – An Essay on Desire, Practical Reasoning, and Narrative*, Cambridge : Cambridge University Press, 2016, 332 p. *Raisons politiques*, 69(1), 129-133. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2018-1-page-129.htm>.

Kübler-Ross, E. (1989). *Questions et réponses sur les derniers instants de la vie* (R. Monjardet, Trad.). Genève, Suisse : Labor et fides.

Kulich, E., & Huneman, P. (1997). *Introduction à la phénoménologie*. Paris, France : A. Colin.

Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2015). Ethical competence. *Nursing Ethics*, 23(4), 401-412. <https://doi.org/10.1177/0969733014567025>

Kumagai, A.K., White, C.B., Ross, P.T., Purkiss, J.A., O'Neal, C.M., & Steiger, J.A. (2007). Use of interactive theater for faculty development in multicultural medical education. *Medical Teacher*, 29(4), 335-340. <https://doi.org/10.1080/01421590701378662>

Kurosawa, A. (Réalisateur et producteur), Kikushima, R., & Tanaka, T. (Producteurs). (1965). *Barberousse* [Film]. Japon : Tōhō, Kurosawa Productions.

L

La Bruyère, J. de. (1880). *Les caractères*. Paris, France : Flammarion. Consulté à l'adresse : https://fr.wikisource.org/wiki/Page:La_Bruyère_-_Les_Caractères,_Flammarion,_1880.djvu/172. (Œuvre originale publiée en 1687).

Lacan, J. (1986). *Le Séminaire. L'éthique de la psychanalyse*. Tome VII. Paris, France : Seuil. (Séminaire prononcé en 1959-1960).

Lagadec, P. (2012). Gestion de crise : nouvelle donne. *Sécurité et stratégie*, 10(3), 50-52. <https://doi.org/10.3917/sestr.010.0050>

Lambton, J. (2010). Clinical simulation as an instructional strategy for animating the clinical nurse framework. *Journal of Professional Nursing*, 26, 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.12.003>

Langevin, L. (Dir.). (2007). Formation et soutien à l'enseignement universitaire : Des constats et des exemples pour inspirer l'action. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rütimann, S., & Wössmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*, 325(7366), 682-683. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682>

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (Éd.). (1967). Idéal du Moi ; Identification. In : *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Laurent, É. (2007). La psychose ordinaire. *La Cause freudienne*, 65(1), 187-196. <https://doi.org/10.3917/lcdd.065.0187>

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, États-Unis d'Amérique : Springer Publishing Company.

Le Boterf, G. (2017). Agir en professionnel compétent et avec éthique. *Éthique publique*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2934>

- Lechasseur, K., Caux, C., Dollé, S., & Legault, A. (2016). Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics*, 25(6), 694-706. <https://doi.org/10.1177/0969733016667773>
- Lecomte J. (2010). L'empathie et ses effets. *Savoirs et soins infirmiers*, EMC Elsevier Masson SAS, Paris, 60-495.
- Leconte, P. (Réalisateur), & Tonnerre, J. (Scénariste & Réalisateur). (2004). *Confidences trop intimes* [Film]. France.
- Le Coz, P. (2007). Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris, France : Seuil.
- Le Coz, P. (2018). *L'éthique médicale : approches philosophiques*. Aix-en-Provence, France : Presses universitaires de Provence.
- Le Coz, P. (2019). Le soin à l'épreuve de l'individualisme contemporain. *Laennec*, 67(2), 6-19. <https://doi.org/10.3917/lae.192.0006>
- Lefève, C. (2015). *Devenir médecin*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lefranc, G. (Réalisateur). (1951). *Knock* [Film]. France : Productions Jacques Roitfeld.
- Legault, G.-A. (2004). *Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy, Québec, Canada : Presses Universitaires du Québec.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal, Canada : Guérin.
- Le Maire, J. (Réalisateur). (2016). *Burning out* [Film documentaire]. France, Belgique, Suisse : AT-Doc, Zadig Productions, Louise Productions, RTBF - Radio Télévision Belge Francophone, Arte France, RTS-Radio télévision Suisse, SRG-SSR.
- Levinas, E. (1978). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. La Haye, Pays-Bas : M. Nijhoff.
- Levinas, E. (1982a). *Éthique et infini : dialogues avec Philippe Nemo*. Paris, France : Fayard, Radio-France.
- Levinas, E. (1982b). *L'au-delà du verset*. Paris: Minuit.
- Levinas, E. (1990). *Totalité et infini : essai sur l'extériorité*. Paris, France : Le Livre de poche.

Lièvre, J.-A. (Producteur et Réalisateur). (2014). *Flore* [Film]. France : WLP & Mandarin Cinéma.

Lipps, T. (1903). *Ästhetik. Psychologie des Schönen und der Kunst*, 2 vol. Hambourg et Leipzig, Allemagne : Voss.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Légifrance*. (2002, 4 mars). Consulté le 22 juillet 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Lomas, T. (2016). Towards a positive cross-cultural lexicography: Enriching our emotional landscape through 216 'untranslatable' words pertaining to well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 546-558. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1127993>

Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Lutz, A. (2017). Diplôme Universitaire de « Médecine, Méditation et Neurosciences » : *Pratiques contemplatives et neuroplasticité cérébrale*. Recueil inédit, Université de Médecine de Strasbourg.

M

MacIntyre, A. (2013). *Après la vertu : étude de théorie morale* (L. Bury, Trad.). Paris, France : Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1984).

MacIntyre, A. (2016). *Ethics and the Conflicts of Modernity: an essay on desire, practical reasoning, and narrative*. New-York, États-Unis d'Amérique : Cambridge University Press.

Manhes, G. (2008). Le plaisir « malgré tout ». *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 17(1), 59-71. <https://doi.org/10.3917/lcpp.017.0059>

Marei, H.F., Al-Eraky, M.M., Almasoud, N.N., Donkers, J., & Van Merriënboer, J.J.G. (2018). The use of virtual patient scenarios as a vehicle for teaching professionalism. *European Journal of Dentistry Education*, 22(2), e253-e260.

Mas, B., Pierru, F., Smolski, N., & Torrielli, R. (2011). *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Bellecombe-en-Bauges, France : Éditions du Croquant.

- Masciotra, D. (2017). La compétence : entre le savoir agir et l'agir réel. Perspective de l'énonciation. *Éthique publique*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2888>
- Maslach, C. (1976). Burnout. *Human behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslow, A.H. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité* (N. Nicolaieff, Trad. & R. Cox, Postface). Paris, France : Eyrolles. (Œuvre originale publiée en 1954).
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In : P. Salovey & D. Sluyter, *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (p. 3-31). New York, États-Unis d'Amérique : Basic Books.
- Mazzola, F. (2018). Diplôme Universitaire « Méditation, Relation Thérapeutique et Soins » : *Pleine conscience et relation de soins*. Recueil inédit, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice.
- McAllister, M., Tower, M., & Walker, R. (2007). Gentle interruptions: Transformative approaches to clinical teaching. *Journal of Nursing Education*, 46, 304-312.
- McNaron, M. (2009). Using transformational learning principles to change behavior in the OR. *AORN J*, 89, 851-860.
- Méditation, Relation Thérapeutique et Soins - DU Faculté Médecine Nice. (s. d.). Consulté le 23/05/2020, à l'adresse <http://www.du-meditation-nice.fr/>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris, France : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *L'Œil et l'Esprit*. Paris, France : Gallimard.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103. <https://doi.org/10.7202/005189ar>
- Messmer, P.R. (2008). Enhancing nurse-physician collaboration using pediatric simulation. *Journal of Continental Education Nursing*, 39, 319-327. <https://doi.org/10.3928/00220124-20080701-07>
- Milgram, S. (2012). *La Soumission à l'autorité : Un point de vue expérimental* (É. Molinié, Trad.). Paris, France : Éditions Calmann-Lévy. (Œuvre originale parue en 1974).
- Mill, J.S. (1990). *De la liberté* (L. Lenglet, Trad. & P. Bouretz, Préf.). Paris, France : Gallimard. (Œuvre publiée la première fois en 1859).

- Millette, B., Lussier, M.-T., & Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*, 5(2), 110-126. <https://doi.org/10.1051/pmed:2004013>
- Ministère des solidarités et de la santé (2018). *Le service sanitaire : les formations en santé au service de la prévention*. En ligne <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
- Miserandino, C., & Grenier, A.-D. (s. d.). La théorie des cuillers. *Ma vie de zèbre*. Consulté le 12/03/2020, à l'adresse : <http://maviedezebre.com/la-theorie-des-cuillers/>
- Missonnier, S. (2009). Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces : La partition prénatale. *Le Divan familial*, 22(1), 15-31. <https://doi:10.3917/difa.022.0642>
- Molewijk, A.C., Abma, T., Stolper, M., & Widdershoven, G. (2008). Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, 34(2), 120-124. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018580>
- Molière. (1666). *Le Misanthrope*. Consulté à l'adresse : <http://www.toutmoliere.net/img/pdf/misanthrope.pdf>
- Molière. (2013). *Le Malade imaginaire*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale parue en 1673).
- Moore, M. (2009, mai 25). A Letter to Mother Nature: Amendments to the Human Constitution. *Strategic Philosophy Blogspot*. Consulté le 12/03/2020, à l'adresse : <http://strategicphilosophy.blogspot.com/2009/05/its-about-ten-years-since-i-wrote.html>
- Moore, M. (Réalisateur). (2007). *Sicko* [Film documentaire]. États-Unis d'Amérique : Dog Eat Dog, The Weinstein Company.
- Moretti, N. (Producteur et Réalisateur), & Barbagallo, A., Banfi, N. (Producteurs). (1993). *Journal intime* [Film]. Italie : Sacher Film, Banfilm.
- Morfaux, L.-M., & Lefranc, J. (Éd.). (2011a). Imitation. In : *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris, France : A. Colin.
- Morfaux, L.-M., & Lefranc, J. (Éd.). (2011b). Jeu. In : *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris, France : A. Colin.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France : Seuil. (Œuvre originale publiée en 1990).

Morin, E. (2015). *Penser global*. Paris, France : Robert-Laffont : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Mucchielli, A. (1992). Paradigme compréhensif et méthodes phénoménologiques : pour l'analyse des usages des techniques de communication. *Culture technique*, 24, 194-201.

N

Nannini, M. (2014). *Une approche centrée solution en thérapie*. Issy-les-Moulineaux, Paris : ESF.

Neher, A. (1991). Maslow's theory of motivation: A critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(3), 89-112. <https://doi.org/10.1177/0022167891313010>

Neuberg, M. (1990). Le Traité des passions de l'âge de Descartes et les théories modernes de l'émotion. *Archives De Philosophie*, 53(3), 479-508. Consulté le 24/03/2020, à l'adresse : www.jstor.org/stable/43036750

Niccol, A. (Réalisateur). (1997). *Bienvenue à Gattaca* [Film]. États-Unis d'Amérique : Columbia Pictures, Jersey Films.

Nietzsche, F. (1991). *Par-delà le bien et le mal* (A. Kremer-Marietti, Trad. & Éd.). Paris, France : Nathan. (Œuvre originale publiée en 1896).

O

Orrado, I., & Vives, J.-M. (2017). Les ateliers thérapeutiques : variations ludiques sur le thème de l'objet de médiation. *Pratiques Psychologiques*, 23(4), 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.11.001>

Ouddak, S. (2014). *Alliance thérapeutique et métaphorisation en hypnothérapie*. Mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire « Hypnothérapie », Diplôme Universitaire sous la responsabilité d'A. Bioy. Université de Bourgogne, UFR Sciences Humaines, département de psychologie. Consulté à l'adresse : <https://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2015/01/Sabrina-Ouddak-Alliance-Therapeutique.pdf>

P

- Paganini, M.C., & Yoshikawa Egry, E. (2011). The ethical component of professional competence in nursing: An analysis. *Nursing Ethics*, 18(4), 571-582. <https://doi.org/10.1177/0969733011408041>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd). Malakoff, France : Colin. (Première édition parue en 2003).
- Paquot, T. (2012). Vocabulaire illichien. In : T. Paquot (Éd.), *Introduction à Ivan Illich* (p. 105-113). Paris, France : La Découverte.
- Parent, F., Aiguier, G., Berkesse, A., Reynaerts, M., Rolland, F., Wardavoir, H., & Jouquan, J. (2018). Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de « l'agir-en-santé ». *Pédagogie Médicale*, 19(3), 127-135. <https://doi.org/10.1051/pmed/2019020>
- Parent, F., & Jouquan, J. (2015). *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Parent, F., & Jouquan, J. (2016). Inscrire la formation dans le cadre d'une approche par compétence. In : T. Pelaccia (Éd.), *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (p. 109-125). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Parent, F., & Jouquan, J. (2019a). Approche par compétences (construction d'un curriculum selon une Approche par compétences). In : C. Boelen, M. Cauli & J. Ladner (Éd.), *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan, France : Presses Universitaires de Rouen et du Havre.
- Parent, F., & Jouquan, J. (2019b). Compétence (professionnelle). In : C. Boelen, M. Cauli & J. Ladner (Éd.), *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan, France : Presses Universitaires de Rouen et du Havre.
- Parent, F., & Jouquan, J. (2019c). Référentiel de compétences. In : C. Boelen, M. Cauli & J. Ladner (Éd.), *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan, France : Presses Universitaires de Rouen et du Havre.
- Parizeau, M.-H. (1996). Bioéthique. In : M. Canto-Sperber (Éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (p. 184-190). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Pasquier, S. (2003). Erving Goffman : de la contrainte au jeu des apparences. *Revue du MAUSS*, 22(2), 388-406. <https://doi:10.3917/rdm.022.0388>
- Passeron, J.-C. (2001). Acteur, agent, actant: personnages en quête d'un scénario introuvable. *Revue européenne des sciences sociales*, XXXIX(121), 15-30. <https://doi.org/10.4000/ress.643>
- Patenaude, J., Lambert, C., Dionne, M., Marcoux, H., Jeliu, G., & Brazeau-Lamontagne, L. (2001). L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie Médicale*, 2(2), 71-80. <https://doi.org/10.1051/pmed:2001020>
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1996). *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington, DC, États-Unis d'Amérique : Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1997). *Helping and Healing, Religious Commitment in Health Care*. Washington, DC, États-Unis d'Amérique : Georgetown University Press.
- Pelluchon, C. (2014). *L'autonomie brisée*. Paris, France : Presses Universitaires de France. (Première édition publiée en 2008).
- Pelluchon, C. (2020). *Pour comprendre Levinas, un philosophe pour notre temps*. Paris, France : Seuil.
- Peresse, W., Chasserot, D., Deléglise, B. et al., & Courtine, S. (Dir.). (2005). *Le débriefing : Retour sur l'expérience*. Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire. Agen, France : ÉNAP, École nationale d'administration pénitentiaire.
- Perrenoud, Ph. (2004). Une formation réflexive et constructiviste des chefs d'établissement, *La Revue des Échanges*, 21(2), 22-34.
- Phillips, T. (Réalisateur). (2019). *Joker* [Film]. États-Unis d'Amérique : Warner Bros.
- Pierron, J. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66. <https://doi:10.3917/sss.252.0043>
- Pinar, G., & Peksoy, S. (2016). Simulation-Based Learning in Healthcare Ethics Education. *Creative Education*, 7(1), 131-138. <https://doi.org/10.4236/ce.2016.71013>
- Pinckaers, S. (1960). La vertu est tout autre chose qu'une habitude. *Nouvelle Revue Théologique*, 82(4), 387-403.

- Pinckaers, S. (1985). *Les sources de la morale chrétienne*. Fribourg, Paris, Suisse, France : Presses universitaires de Fribourg, & Cerf.
- Policard, F., Doumeradjan, R., Jaffrelot, M., Savoldelli, G., & Rudolph, M. (2011). *Évaluation du débriefing pour la simulation en santé (DASH©), version évaluateur* (SimEduc, Trad.). Center for Medical Simulation, www.harvardmedsim.org. Consulté à l'adresse : https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/01/DASH_Version_Evaluateur_VF_12-07.pdf
- Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., & Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, HS 1, 41-50. <https://doi:10.3917/spub.150.0041>
- Porrovecchio A., Di Francesco G., Ladner J. (dir.), (2018). *Etudiants : acteurs de leur santé ? Regards interdisciplinaires*. Paris : L'Harmattan.
- Portes, L. (1954). *À la recherche d'une éthique médicale*. Paris, France : Masson, & Presses Universitaires de France.
- Potter, V.-R. (1988). *Global bioethics, building on the Leopold Legacy*. East-Lansing, Michigan, États-Unis d'Amérique : Michigan State University Press.
- Pottier, E. (2004, juin 4). Le jeu en éthologie. *Revue Etho-logique*. Consulté le 19/03/2020, à l'adresse : <http://www.ethologie.info/revue/spip.php?article14>
- Pringuey, D. (2010). Phénoménologie de la subjectivité : Tatossian et la clinique psychiatrique. *Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, 8(3), 158-162. <https://doi.org/10.1007/s11836-010-0140-4>
- Pringuey, D. (2017). La thérapie de l'identité dans les schizophrénies : de la Subjectivité selon Arthur Tatossian, une proposition inspirée de Alfred Kraus et Bin Kimura. *Psychiatrie française*, 47(3-16), 9-24. Consulté à l'adresse : https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=220604.
- Pron, D., Coury, A., & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Stratégie de transformation du système de santé*. Consulté à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/rapport/37643-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante-rapport-final>

Proust, M. (1954). *À l'ombre des jeunes filles en fleurs*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1919).

Pygmalion et Galatée. (2020, mai 9). In : *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Pygmalion_et_Galatée

Q

Quéré, L. (2013). Note sur la conception pragmatiste des émotions. *Occasional Papers 11*, Institut Marcel Mauss–CEMS, Consulté le 6/04/2016 :
http://cems.ehess.fr/docannexe/file/3014/la_conception_pragmatiste_des_e_motions.pdf.

Quinche, F. (2004). L'étude de cas théoriques ou les limites d'une pédagogie. *Éthique & Santé*, 1(1), 15-18. [https://doi.org/10.1016/s1765-4629\(04\)94649-1](https://doi.org/10.1016/s1765-4629(04)94649-1)

R

Rall, M., Manser, T., & Howard, S.K. (2000). Key elements of debriefing for simulator training. *European Journal of Anaesthesiology*, 17(8), 516-517.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2346.2000.00724-1.x>

Rameix, S. (1996). Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris, France : Ellipses.

Ravert, P. (2002). An Integrative Review of Computer-based Simulation in the Education Process. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 20(5), 203-208.
<https://doi.org/10.1097/00024665-200209000-00013>

Raymond, S. (2012). Mythe et réalité du psychologue de service public. *Bulletin de psychologie*, 522(6), 573-582. <https://doi:10.3917/bupsy.522.0573>

Reese, C.E., Jeffries, P.R., & Engum S.A. (2010). Learning together: Using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nursing Education Perspective*, 31, 33-37.

Rege-Colet, N., McAlpine, L., Fanghanel, J., & Weston, C. (2011). Le concept de Scholarship of Teaching and Learning. *Recherche et formation*, (67), 91-104.
<https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1412>

Rege-Colet, N., & Romainville, M. (2006). *La pratique enseignante en mutation à l'université*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
<https://doi:10.3917/dbu.colet.2006.01>

- Rémy, J. (1996). Chapitre 5. La transaction, une méthode d'analyse : contribution à l'émergence d'un nouveau paradigme. In : J. Rémy (Éd.), *La transaction sociale : Un outil pour dénouer la complexité de la vie en société* (p. 141-173). Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.remy.2020.01.0141.
- Renaut, A. (2015, mars 6). Arendt ou Kant ? un nouveau débat sur Eichmann. *Raison publique*. Consulté le 13/03/2020, à l'adresse : <https://www.raison-publique.fr/article744.html>
- Renck, J.L., & Servais, V. (2002). *L'éthologie*. Paris, France : Seuil.
- Renou, J. (2012). *Le débriefing en simulation médicale : techniques et outils pédagogiques*. Diplôme Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé. Médecine humaine et pathologie. HAL, Id : dumas-00787927
- Revault d'Allonnes, M. (2011). Paul Ricœur ou l'approbation d'exister. *Le Portique*, 2(26), consulté le 22/07/2020, à l'adresse : <http://journals.openedition.org/leportique/2507>
- Reverby, S.M. (2013). *Examining Tuskegee: The infamous syphilis study and its legacy*. Chapel Hill, États-Unis d'Amérique, University of North Carolina Press.
- Rey, E. (1925). *Éloge du mensonge*. Paris, France : Hachette.
- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit*. Tome III. Paris, France : Seuil.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, France : Seuil.
- Ricœur, P. (1996). Éthique. In : M. Canto-Sperber (Éd.). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Ricoeur, P. (1996). Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*, 227(12), 21-33. Consulté le 14/07/2020, à l'adresse : <https://esprit.presse.fr/article/ricoeur-paul/les-trois-niveaux-du-jugement-medical-10677>
- Rire de soi : étude d'un Moi contorsionniste. (2020, 11 juin). Consulté le 27 juillet 2020, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/1371401/rire-de-soi%C2%A0-etude-d-un-moi-contorsionniste>
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2007), *Les neurones miroirs* (M Raiola, Trad.). Paris, France : Odile Jacob.
- Robert, P. (2008). Groupes de parole pour formation de soignants. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50(1), 133-139. <https://doi:10.3917/rppg.050.0133>

- Robichaux, C. (2017). *Ethical competence in nursing practice. Competencies, skills, decision making*. New York, NY, États-Unis d'Amérique : Springer Publishing Company LLC.
- Robinson, E.M., Lee, S.M., Zollfrank, A., Jurchak, M., Frost, D., & Grace, P. (2014). Enhancing Moral Agency: Clinical Ethics Residency for Nurses. *Hastings Center Report*, 44(5), 12-20. <https://doi.org/10.1002/hast.353>
- Rogers, C.R. (1973). *Les groupes de rencontre* (D. Le Bon, Trad.). Paris, France : Dunod. (Œuvre originale publiée en 1970).
- Rogers, C.R. (1978). *Carl Rogers on personal power*. Londres, Royaume-Uni de Grande Bretagne : Constable. (Œuvre originale publiée en 1957).
- Rogers, C.R. (1980). *A Way of Being*, Boston, Massachusetts, États-Unis d'Amérique : Houghton Mifflin, Mariner Books.
- Rogers, C.R. (1988). *Les fondements de l'approche centrée sur la personne* (F. Ducroux-Biass, Trad.). (Œuvre originale publiée en 1959). Consulté le 3/04/2020, à l'adresse : <https://www.acpfrance.fr/les-fondements-de-lapproche-centree-sur-la-personne-carl-rogers/>
- Rogers, C.R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827-832. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.6.827>
- Rogers, C.R. (2005). *Le développement de la personne* (E.L. Herbert, Trad. & M. Pagès, Préf.). Paris, France : Dunod-Interéditions. (Œuvre originale publiée en 1961).
- Rogers, C.R. (2009). *Psychothérapie et relations humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne* (G.M. Kinget, A. de Peretti, Trad. & A.E. Botteman, Préf.). Issy-les-Moulineaux, France : ESF Éditeur. (Œuvre originale publiée en 1959).
- Rogers, C.R. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (J.-P. Zigliara, Trad.). Paris, France : ESF Sciences humaines. (Œuvre originale publiée en 1942).
- Roitfeld, J. (Producteur), & Lefranc G. (Réalisateur). (1951). *Knock* [Film]. France : Léon Canel.
- Romain, J. (1993). *Knock ou le triomphe de la médecine*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1924).

Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2008). A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 464-471. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34058-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34058-6)

Rosenthal, R., & Jacobson L.F. (1968). Teacher Expectation for the Disadvantaged. *Scientific American: a division of Nature America, Inc*, 218(4), 19-23. Consulté à l'adresse: <https://www.jstor.org/stable/e24926192>

Rousseau, J.-J. (1959). Préambule du manuscrit de Neuchâtel. In : J.-J. Rousseau, *Les Confessions, Œuvres complètes*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1767).

Rusniewski, M. (1997). *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants* (R. Zittoun, Préf.). Paris, France : Dunod. (Première édition en 1995).

Russel B. (2011). *Essais sceptiques* (A. Bernard, Trad.). Paris, France : Les Belles Lettres (Œuvre originale publiée en 1928).

Ryle, G. (1978). *La notion d'esprit* (S. Stern-Gillet, Trad.). Paris, France : Payot. (Œuvre originale publiée en 1949).

S

Safon, M.-O. (2017). *Les réformes hospitalières en France, Aspects historiques et réglementaires* [Synthèse documentaire]. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) & Centre de documentation de l'IRDES. Consulté à l'adresse : www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france

Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La Nouvelle Revue du Travail*, (3). <https://doi.org/10.4000/nrt.1042>

Saint Cricq, E. (2017). *Le théâtre-forum dans l'apprentissage de la relation – communication en santé en deuxième cycle des études médicales* (Thèse d'exercice en médecine). Consulté à l'adresse : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007429/2017MDEMG8410/fichier/8410F.pdf>

Salmon, F. (s. d.). Découvrir les Plateformes technologiques. Consulté le 22 juillet 2020, à l'adresse <https://univ-cotedazur.fr/innovation-au-service-de-la-societe/decouvrir-les-plateformes-technologiques#.XU3j2WTfPAU>

- Sartre, J.-P. (1936). *La transcendance de l'Ego*. Paris, France : Vrin.
- Sartre, J.-P. (1999). *L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1943).
- Schaeffer, J.-M. (1999). *Pourquoi la fiction ?*. Paris, France : Seuil.
- Scheler, M. (1991). *Le Formalisme en éthique et l'Éthique matérielle des valeurs : essai nouveau pour fonder un personnalisme éthique* (M. de Gandillac, Trad). Paris, France : Gallimard. (Première édition en 1955).
- Scheler, M. (1996). *Six essais de philosophie et de religion* (H.U. von Balthasar, Préf. & P. Secretan, Trad.). Fribourg, Suisse : Éditions Universitaires de Fribourg.
- Schoening, A.M., Sittner, B.J., & Todd, M.J. (2006). Simulated clinical experience: Nursing students' perceptions and the educators' role. *Nursing Education*, 31, 253-258. <https://10.1097/00006223-200611000-00008>
- Schurmans, M. (2001). La construction sociale de la connaissance comme action. In : J.-M. Baudouin (Éd.), *Théories de l'action et éducation* (p. 157-177). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.baudo.2001.01.0157.
- Schwartz, T. (2018, juillet 5). I wrote The Art of the Deal with Trump. He's still a scared child. *The Guardian*. Consulté le 20/03/2020, à l'adresse : <https://www.theguardian.com/global/commentisfree/2018/jan/18/fear-donald-trump-us-president-art-of-the-deal>
- Seligman, M.E.P. (1999). The President's Address (1998 Annual Report). *American Psychologist*, 54(8), 559-562, 560.
- Septième Université médicale d'été Katowice-Munich-Nice. (s. d.). Consulté le 27 juillet 2020, à l'adresse <http://unice.fr/faculte-de-medecine/actualite/toute-actualite/2013-2014>
- Shadyac, T. (Réalisateur). (1998). *Docteur Patch* [Film]. Etats-Unis d'Amérique : Universal Pictures.
- Shakespeare, W. (2008) *Hamlet* (J.-M. Déprats, Trad.). Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale parue en 1600).

- Shankland, R., & André, C. (2014). Pleine conscience et psychologie positive : incompatibilité ou complémentarité ? [Mindfulness and positive psychology: Antagonistic or complementary?]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 35(2), 157-178.
- Shankland, R., Durand, J., Paucsik, M., Kotsou, I., & André, C. (2020). *Mettre en œuvre un programme de psychologie positive : Programme CARE (Cohérence-Attention-Relation-Engagement)*. Malakoff, France : Dunod.
- Sicard, D. (2017). *L'éthique médicale et la bioéthique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Siegel, R.D., Germer, C.K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In : F. Didonna (dir.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (p. 17-35). New York, États-Unis d'Amérique : Springer.
- Simmenroth-Nayda, A., Heinemann, S., Nolte, C., Fischer, T., & Himmel, W. (2014). Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *International Journal of Medical Education*, 5, 212-218. <https://doi.org/10.5116/ijme.5454.c665>
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98(3), 28-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>
- Simon, R., Raemer, D.B., & Rudolph, J.W. (2010). *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© Rater's Handbook* (French, F. Policard, Trad.). Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts : Etats-Unis d'Amérique. Consulté à l'adresse : https://harvardmedsim.org/_media/DASH_Manuel_utilisation_2010_VF_12-07.pdf.
- Smith, K.V., Witt, J., Klaassen, J., Zimmerman, C., & Cheng, A.L. (2012). High-fidelity simulation and legal/ethical concepts: a transformational learning experience. *Nursing Ethics*, 19(3), 390-398. <https://doi.org/10.1177/0969733011423559>
- Somme, L. (2005). La vérité du mensonge. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 236(HS), 33-54. <https://doi:10.3917/retm.236.0033>
- Sournia, J.-C. (1961). *Logique et morale du diagnostic. Essai de méthodologie*. Paris, France : Gallimard.

Steiner, P. (2008). Sciences cognitives, tournant pragmatique et horizons pragmatistes. *Tracés*, (15), 85-105. <https://doi.org/10.4000/traces.663>

Sunstein, C.R. (2012). *Anatomie de la rumeur* (P. Hersant, Trad., F. Clément, Préf. & S. Werly, Postface). Genève, Suisse : Éditions Markus Haller.

Supiot, A. (2020, avril 14). De la place des sciences dans la pandémie globale. Consulté le 13/05/2020, à l'adresse : <https://www.fondation-cdf.fr/2020/04/13/de-la-place-des-sciences-dans-la-pandemie-globale/>

Sutter, J. (1983). *L'Anticipation*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Swing, S.R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29(7), 648-654. <https://doi.org/10.1080/01421590701392903>

T

Taïeb, E. (2018, septembre 22). Traduction de la Lettre à Mère Nature de Max More. Consulté le 12/03/2020, à l'adresse : <http://emmanueltaieb.fr/2018/09/traduction-de-la-lettre-a-mere-nature-de-max-more/>

Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal, Québec : Éditions Logiques.

Taylor, C. (1997). *La liberté des modernes* (P. De Lara, Éd. et Trad.). Paris, France : Presses universitaires de France. (Comprend une série d'articles précédemment parus dans diverses publications entre 1971 et 1983 et un inédit de 1995).

Tesnière, A., & Fleury, C. (2017). La simulation en santé pour mieux soigner. *Soins*, 62(820), 56-59. <https://10.1016/j.soin.2017.09.014>

Thomas d'Aquin. (1266-1273). *Somme théologique*.

Thomasma, D.C., & Pellegrino, E.D. (1981). Philosophy of medicine as the source for medical ethics. *Metamedicine*, 2(1), 5-11. <https://doi.org/10.1007/bf00886339>

Timant, F. (2005). Les compétences : concepts et enjeux. *Cahier des Sciences de l'Éducation*, (21-22), 85-99.

Tisseron, S. (2017). Empathie et manipulations : les pièges de la compassion. Paris, France : Albin Michel.

De Tocqueville, A. (1842). De la démocratie en Amérique. Paris, France : Librairie de Charles Gosselin.

Trilling, L. (1994). *Sincérité et authenticité* (M. Jézéquel, Trad. & L. Ferry, Préf.). Paris, France : Grasset. (Œuvre originale publiée en 1969).

Tritrakarn, P., Berg, B.W., Kasuya, R.T., & Sakai, D.H. (2014). Medical school hotline: Can we use simulation to teach medical ethics? *Hawaii Journal of Medical Public Health*, 73(8) 262-264. PMID: 25157328 ; PMCID : PMC4142581.

Trump, D. (2019). *L'art de la négociation* (T. Schwartz, Coll., A. Bercoff, Préf., & T. de Navacelle & C. Plasait, Trad.). Paris, France : Archipoche.

Truquet, A. (2017, novembre 27). 36 heures dans la peau d'une patiente atteinte de la maladie de Crohn. *Nice matin*. Consulté le 12/03/2020, à l'adresse : <https://www.nicematin.com/sante/36-heures-dans-la-peau-dune-patiente-atteinte-de-la-maladie-de-crohn-187421>

V

Vaillant, C. (2020, avril 29). « La Casa de Papel » analysée par un vrai négociateur du RAID. Consulté le 9/05/2020, à l'adresse : https://www.huffingtonpost.fr/entry/la-casa-de-papel-netflix-analyse-raid_fr_5ea6d9b0c5b6a30004e564b6

Vajoczki, S., Savage, P., Martin, L., Borin, P., & Kustra, E. D. (2011). Good teachers, scholarly teachers and teachers engaged in scholarship of teaching and learning. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and learning*, 2(1). <https://doi.org/10.5206/cjsotl-rcacea.2011.1.2>

Van der Vleuten, CPM, Lambert, WTS. (2005). Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ*, 39(3), 309-17. doi :10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x.

Van Hoorebeke, D. (2008). L'émotion et la prise de décision. *Revue française de gestion*, 182(2), 33-44. <https://doi:10.3166/rfg.182.33-44>

Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 213-237. <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>

Vermersch, P. (2018). L'entretien d'explicitation. *Économie et management*, (169), 64-70. Consulté à l'adresse : <https://cdn.reseau-canope.fr/archivage/valid/feuilleter-l-entretien-d-explication-N-18368-29984.pdf>

Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation*. Paris, France : ESF Sciences humaines.

Verspieren, P. (2008). La dictature de l'émotion. *Études*, 409(9), 149-152. <https://doi:10.3917/etu.093.0149>

Vincenti, L. (2008). Philosophie des normes chez Kant. *Multitudes*, 34(3), 206-214. <https://doi.org/10.3917/mult.034.0206>

Vinogradoff, L. (2016, juillet 20). Menteur, narcissique, sociopathe : Donald Trump vu par sa plume cachée. Consulté le 20/03/2020, à l'adresse : https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2016/07/18/menteur-narcissique-sociopathe-donald-trump-vu-par-son-negre_4971406_4832693.html

Vinot, F., & Vivès, J. (2014). *Les médiations thérapeutiques par l'art : Le Réel en jeu*. Toulouse, France : ERES. <https://doi:10.3917/eres.vives.2014.01>

Vischer, R. (1873). *Über das optische Formgefühl: Ein Beitrag zur Ästhetik*. Leipzig, Allemagne : Hermann Credner.

Volpi, R. (2003). *À propos du management de crise (Crisis management), Working Papers*, 69. <http://www-heb.univ-littoral.fr/rii>, consulté à l'adresse : <https://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2007/04/doc69.pdf>

Von Weizsäcker, V. (1935). *Studien zur Pathogenese*. Leipzig, Allemagne : Georg Thieme Verlag.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge Massachusetts, Londres : États-Unis, Royaume Uni de Grande Bretagne & Irlande du Nord : Harvard University Press.

W

Walker, T. (2009). What principlism misses. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 229-231. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.027227>

Weaver, W., & Shannon, C.E. (1975). *La théorie mathématique de la communication* (A.A. Moles, Préf. & J. Cosnier, Trad.). Paris, France : Retz-CEPL.

- Weber, M. (1994). *Le savant et le politique* (J. Freund, E. Fleischmann, E. Dampierre, Trad. & R. Aron, Préf.). Paris, France : 10-18. (Œuvre originale publiée en 1917-1919).
- Westley, B.H., & Maclean, M.S. (1970). A Conceptual Model for Communication Research. In : K.K. Sereno & C.D. Mortensen (Éd.), *Foundations of Communication Theory*. New-York, États-Unis d'Amérique : Harper and Row.
- Wiggins, G. P. (1993). *Assessing student performance: Exploring the purpose and limits of testing*. Hoboken, NJ : Jossey-Bass.
- Wilde, O. (1998). *The Critic as Artist. Intentions*. In : *Collected Works*. Ware, Hertfordshire, Royaume-Uni de Grande Bretagne et Irlande du Nord : Wordsworth. (Œuvre originale publiée en 1891).
- Winckler, M. (1998). *La maladie de Sachs*. Paris, France : P.O.L.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris, France : Payot. (Œuvre originale publiée en 1958).
- Winnicott, D.W. (1970). Théorie des troubles psychiatriques en fonction des processus de maturation de la petite enfance. In : *Processus de maturation chez l'enfant* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris, France : Payot. (Œuvres originales publiées en 1963 et en 1965).
- Winnicott, D.W. (2002). *Jeu et réalité* (C. Monod & J.-B. Pontalis, Trad.), Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1971).
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314-321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- World Health Organization, (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Genève, Suisse. Consulté le 22/01/2020, à l'adresse : https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- World Health Organization. (2013). *Ethical Issues in Patient Safety Research: Interpreting Existing Guidance*. Genève, Suisse. Consulté à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85371/1/9789241505475_eng.pdf
- Wunenburger, J.-J. (1993). *Questions d'éthique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

ANNEXES

Annexe 1. Retranscription des entretiens avec les médecins.

Contexte.

Les entretiens menés en face à face dans le bureau de leurs services, dans une salle de réunion de l'hôpital ou bien à notre bureau à l'hôpital, et enregistrés sur IPAD en 2017 et 2018. Les propos ont été anonymisés. Nous apparaissions sous l'initiale **P** Les entretiens avec le Professeur **M** et le Docteur **S** ont été enregistrés en présence d'un stagiaire **Q** en Master 2 de psychologie clinique.

Entretien avec le Professeur M.

P : La première question que je voulais vous poser est quand vous entrez en contact avec un patient ou avec une famille, on va imaginer dans une chambre, pour que la communication et la rencontre puissent se produire, qu'est-ce que vous vous dites? Qu'est-ce que vous mettez en place ?

M : Ben déjà je dis bonjour, je me présente. Mine de rien, c'est invariable et je pense que tout le monde ne le fait pas forcément. J'essaie d'instaurer un dialogue de confiance. C'est difficile à dire comment je le fais, je n'ai pas de recette particulière, j'adapte un petit peu en fonction de la personne. C'est vrai que l'on voit rapidement comment sont les gens. On est beaucoup dans la communication non verbale, il se passe quelque chose pendant quelques secondes au départ et effectivement quand on voit que ça passe bien, souvent effectivement j'essaie d'instaurer un dialogue de confiance en disant : bon alors qu'est-ce qui vous arrive ? Ou vous n'avez pas de chance. Des trucs comme ça, ou : ne vous inquiétez pas ce n'est pas méchant. Et du coup après je laisse parler le patient.

P : C'est rassurer en fait ? Ce sont des petits mots pour rassurer.

M : C'est rassurer et en tout cas montrer qu'on est tous les deux des *homo sapiens* et qu'il n'y a pas un rapport entre le malade et le docteur. J'essaie de me dire que ça pourrait être moi dans le lit à la place du patient et donc de me dire : voilà comment ça se passe et qu'est-ce que j'aimerais qu'on me dise. Et en général, c'est ce que je fais. Mais il y a des fois c'est plus difficile, car j'ai un peu de difficulté, le malade est un peu agressif, c'est plus compliqué.

Mais quand ça passe bien, c'est assez souvent le cas, effectivement j'essaie de faire ça, je laisse le patient parler, alors racontez-moi ce qui vous est arrivé, c'est sûrement pas la première fois qu'on vous le demande, mais racontez-le-moi. Je refais préciser des choses et puis voilà. Souvent j'essaie de m'asseoir près du malade, parfois m'asseoir sur le bord du lit, c'est peut-être des bêtises, mais je pense qu'il est important de créer un rapport assez proche. On reste dans l'humain, j'essaie de garder ce côté humaniste, ce côté proche l'un de l'autre et ça me paraît extrêmement important et je pense que tant qu'on n'a pas ce rapport de confiance qui s'installe entre le patient et le médecin, c'est difficile, en tout cas à mon niveau, mais tout le monde ne réagit pas pareil, c'est difficile à mon niveau d'avoir vraiment envie de comprendre, d'être en capacité de bien comprendre et d'être dans une situation qui permet de bien comprendre ce qui se passe et de proposer les meilleures options thérapeutiques. Je ne sais pas si j'ai été clair.

P : Oui, oui. Et ça vient d'où d'après vous ?

M : Sûrement de mon enfance je n'en sais rien. Ça vient d'où ? Je ne sais pas. De quoi ça vient d'où ?

P : Ben du fait de prendre le temps de rencontrer la personne, d'être à son écoute, de se mettre à son niveau comme vous le disiez.

M : À mon avis c'est sûrement parce que j'y trouve mon propre intérêt, c'est évident que je ne fais pas ça gratuitement. Et puis je trouve que c'est agréable de discuter avec des gens, de partager avec les autres. On a tout à apprendre des gens, donc je trouve que c'est très intéressant. Parfois je discute : et qu'est-ce que vous faites comme métier ?

P : Et vous éprouvez un réel intérêt pour ça ?

M : Mais moi c'est ce qu'il me plaît dans ma relation à l'autre. C'est plus cela que le côté médical. Alors après il y a de la médecine et que je trouve un souffle qui va bien, un machin, je suis content, mais c'est le côté vraiment rapport à l'autre qui m'intéresse et je trouve que c'est ce qui donne d'ailleurs toute la richesse à la relation médecin/malade. Peut-être que je suis anormal ? Je ne sais pas. Vous me regardez comme si j'étais un zombie.

P : Non non, moi je suis très touché par ce que vous dites.

M : Ah bon ? On est beaucoup comme ça. Moi je parle à mes collègues, je ne suis pas tout seul, je pense qu'on est assez nombreux.

P : Bon d'accord.

M : Peut-être que tout le monde ne l'exprime pas comme ça. Ben je ne sais pas, mais quand j'ai le temps, je trouve que c'est vachement agréable de voir quelqu'un qui est un peu âgé, qui n'a pas encore de troubles cognitifs et qui ne peut pas trop t'expliquer. Il me dit voilà : je suis imprimeur à la retraite. C'est super, vous avez quatre-vingt-cinq ans, racontez-moi l'imprimerie comment c'était quand vous avez commencé votre métier. C'est super intéressant quoi. On apprend plein de choses et mine de rien, ça crée... faut avoir le temps pour ça, c'est vrai qu'on n'a pas toujours le temps, dans un contexte d'urgence je ne fais pas ça tout le temps évidemment, mais qu'on est à l'UCSU qu'on a le temps, qu'on fait la visite, voir les gens, même pour moi c'est vachement enrichissant. C'est quand même agréable de savoir à qui on a à faire. Vous me regardez comme si j'étais...

P : Non non non, oui oui oui. J'avoue que ce n'est pas un discours que j'entends régulièrement, ce n'est pas courant.

M : Alors après c'est bien et ce n'est pas bien. D'un autre côté, ça me place peut-être trop dans l'empathie et peut-être que des fois c'est compliqué. Je n'en sais rien.

P : Alors justement, la place des émotions dans la relation avec le patient ?

M : Je suis beaucoup dans l'émotion c'est évident. Je suis beaucoup dans l'affect et dans l'émotion, peut-être trop, mais pour moi c'est important, cette relation avec l'autre. Et c'est marrant, car il y a des gens avec qui ça ne passe pas, alors je pense que c'est normal, il y a des gens avec qui on a du mal à communiquer et alors là je suis vraiment très mal, je suis mal à l'aise, je ne me sens pas bien et là je fais mon boulot de docteur, j'écoute, je suis froid et je m'en vais. Mais j'essaie à chaque fois d'avoir un rapport comme ça avec le patient et franchement très souvent on y arrive, même si on n'est pas sur la même planète, même si on n'a pas les mêmes idées. Justement on partage.

P : Vous parliez d'empathie. Il y a des moments où vous vous sentez vraiment pris intérieurement par...

M : Oui, il y a des fois où il y a des trucs qui touchent parce que d'abord on se projette à soi, ça pourrait arriver à mon frère, ma sœur, mon père, ma mère et ma femme et des fois c'est vrai qu'on se projette, mais on se projette tous comme ça. Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui font cela pour se protéger, pour éviter justement que ça leur arrive, du coup on peut se

mettre une armure et éviter que ça arrive, donc pour ça on met une armure. Effectivement, on pourrait dire que c'est une empathie qui est de la sensiblerie, une empathie qui n'a pas lieu d'être puisque finalement moi je ne souffre pas, je ne suis pas là pour souffrir avec l'autre, je ne suis pas là pour partager sa souffrance, je suis là au contraire pour la soulager et comprendre ce qu'il a et ce n'est pas très professionnel de faire ça, on pourrait me le reprocher.

P : Vous pensez que ce n'est pas professionnel au bout du compte ?

M : Non je ne le pense pas, moi je pense que ça l'est au contraire. Mais il y a des gens qui pensent que ça ne l'est pas. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec certains qui pensent que c'est de la sensiblerie mal placée, que ça ne donne pas suffisamment de distance par rapport aux patients et du coup on perd ses qualités d'homme de l'art.

P : Et vous avez l'impression qu'il y a eu des cas où vous avez pu être très touché par une situation et que vous n'avez pas été professionnel ?

M : Non je ne crois pas. Je ne pense pas. Je n'ai jamais été dans la situation urgente... quand on est dans l'urgence vitale, évidemment ce n'est pas pareil. Sinon non, je ne pense pas, je ne pense pas. Je pense même qu'au contraire, ça nous oblige, quelque part c'est un contrat qu'on a avec le patient, on sent que c'est un humain qui a toute sa place, ça pourrait être nous à sa place et du coup on a un vrai devoir de comprendre ce qu'il a. Quelque part, ça nous responsabilise dans notre fonction. Parce que j'entends trop souvent : ouais c'est une croûte, excusez-moi du terme.

P : Alors justement, dans la formation des jeunes médecins, qu'est-ce que vous faites ?

M : Ce que vous faites, les jeux de rôle, je trouve cela très bien, de les mettre face à ce qu'ils disent, écouter ce qu'ils disent, je pense que c'est important.

P : Alors voilà justement certains disent que la simulation n'est pas très utile puisqu'en gros, c'est auprès des seniors que l'on va apprendre par compagnonnage le métier. Ça vous semble...

M : La relation à l'autre je ne suis pas d'accord. La relation à l'autre c'est l'éducation qu'on a eue de ses parents et de sa jeunesse qui font ce qu'on est. Et ce n'est pas quand on est étudiant en médecine à vingt ans que l'on va changer ou alors c'est un maître, c'est un gourou qui est capable, mais il n'y en a pas beaucoup des comme ça. Donc je pense que c'est vraiment sa

façon d'être à soi qui fait qu'on a la relation à l'autre. Moi j'en suis persuadé, car dans mes souvenirs, externes j'étais déjà comme ça et je ne pense pas avoir changé en trente ans de carrière.

P : Ah oui, c'est ça.

M : Je pense que chacun est comme il est et qu'on fait avec les personnalités du médecin et les personnalités du malade et il me semble que le rôle des médecins, c'est un peu comme un prêtre quelque part, c'est vrai, dans la relation à l'autre, on a besoin un peu de rentrer dans la personnalité de l'autre pour comprendre un peu qui il est, pour ressentir ce qu'il ressent et pour être capable de faire un bon diagnostic.

P : C'est ce que font les psychologues.

M : J'ai dit prêtre parce que je vous regardais.

P : Tu avais une question à poser Q ?

Q : non, c'est très intéressant, ce que vous dites. Après, je n'ai pas eu d'autres entretiens pour pouvoir comparer.

M : Mais vous, ça vous étonne, ce que je dis ?

Q : ça m'étonne ? Ça ne devrait pas m'étonner en tout cas, car moi je trouve ça, je valide, ce que vous dites c'est ce que je ressens aussi alors je trouve ça intéressant. Après, ça m'étonne oui et non. Peut-être de l'image que j'ai de certains médecins, peut-être que oui ce n'est pas forcément le discours auquel je m'attends à entendre dans la bouche de certains. Ce n'est pas le discours que j'ai entendu de certains d'ailleurs, donc ça m'étonne, mais ça m'étonne plutôt dans le positif.

M : Et comment vous comprenez, je m'excuse en retour c'est moi qui pose les questions, comment vous expliquez que certains ne sont pas comme ça ? C'est pour se protéger eux ?

Q : Je pense qu'il y a plusieurs couches dans un milieu comme celui de la médecine. Déjà il y a l'aspect effectivement de se protéger. Il y a aussi l'aspect des traditions de faire comme fait le senior. Je vois beaucoup d'externes ou d'internes qui disent qui disaient en gros qu'effectivement, ils se plaignaient à l'époque où ils étaient internes que les seniors leur tapaient dessus, mais une fois eux-mêmes seniors, ils reproduisaient le même schéma avec les nouveaux internes. Il y avait ce schéma-là qui était finalement reproduit de hiérarchie, de

pyramide un truc comme ça. Quand j'ai monté un échelon, et ben je ne suis plus l'échelon du dessous donc c'est à mon tour de faire ce qu'on m'a fait, parfois pas forcément méchamment, mais parfois juste dans l'attitude, dans la disponibilité et je pense finalement que dans le milieu de la médecine, c'est une telle montagne de déplacer les choses. C'est ce qu'essaie de faire tout ce travail de simulation aussi, en les prenant quand c'est encore possible de faire naître des raisonnements, de faire émerger des choses comme ça et ça marche plutôt bien. Moi, j'ai vu des internes qui effectivement se qualifiaient de nouvelle génération par rapport à tout ça. Donc je pense que le discours que vous avez aujourd'hui, de plus en plus de gens l'ont et l'auront.

M : Mais ce que vous dites c'est vrai, je le vois. Certains de mes collègues, ça me fait de la peine de le dire, mais certains de mes collègues effectivement ne sont pas d'égal à égal avec le patient, des grands professeurs ou des grands docteurs qui arrivent... j'ai l'impression malheureusement et ça, ça m'énerve un peu, que les patients souhaitent ça et j'avoue que j'ai un peu du mal avec ces gens-là. Moi j'aime bien comprendre les choses et il y a des gens qui ne veulent pas comprendre, ils veulent juste que quelqu'un leur dise ce qu'il faut qu'ils fassent, si c'est grave ou pas grave, qu'il explique les médicaments qu'il faut et le reste ils s'en foutent. Moi j'avoue que c'est un peu frustrant. Quand tu as quelqu'un et que tu commences à lui expliquer : vous savez vous avez ça parce que ça, vous avez ci parce que là, et il dit vous savez ça ne m'intéresse pas, ben là ça coupe court à toute conversation, on ne sait plus quoi dire. C'est vrai j'avoue que je suis un peu déçu par ces patients-là.

P : Et vous ne leur posez pas forcément la question pour leur dire : est-ce que vous voulez savoir un petit peu ce qui vous arrive, comprendre un peu ou est-ce que vous...

M : Oh en général, on le voit vite. Ce n'est pas nécessaire, car très vite on voit dans les couples et les conversations. En gros, des fois, on a même l'impression que certains patients et c'est ça aussi qui est blessant, c'est qu'à partir du moment où on essaie d'expliquer aux gens et d'être un peu proche d'eux, il ne vous considère pas comme un docteur alors que t'essaies d'être un mec sympa, un égal à eux finalement. C'est-à-dire que quelque part, pour certaines personnes on a l'impression, c'est triste ce que je dis, ça me fait presque de la peine, mais je le ressens comme ça, il y a des gens qui ont besoin de ce rapport au docteur comme le docteur étant un supérieur à eux qui est un espèce de dieu, qui est au-dessus d'eux, qui est le

sachant et ils se sentent bien comme ça, ils aiment ce rapport. Du coup, c'est vrai que ça ne marche pas avec tout le monde.

P : Oui, mais c'est intéressant parce que c'est vraiment l'attitude paternaliste, et d'être dans une attitude régressive, de celle de l'enfant qui par rapport aux parents est dans l'obéissance et a juste à accomplir ce qu'on lui commande, ... et c'est rassurant. C'est un mécanisme de défense du patient face à son angoisse. Il chuinte un peu tout ce qui est élaboration, il dit : moi je suis là juste pour prendre des médicaments et je ne veux pas chercher à comprendre.

M : D'accord, mais c'est dommage, on est au XXI^e siècle, on parle de démocratie sanitaire, il y a des associations de patients qui se mettent en route, il y a internet, enfin c'est dommage qu'on en soit là. C'était peut-être vrai au XIX^e siècle, mais maintenant faut sortir de ça quoi. Il y a des gens qui ont du mal à en sortir et c'est à mon avis un bon tiers des patients avec qui j'ai du mal.

P : D'accord.

M : C'est marrant hein ?

P : Mais oui c'est très intéressant ce que vous dites parce que c'est vrai que si on apprend aux jeunes médecins de sortir de cette attitude asymétrique et paternaliste, mais qu'en face, ils vont se retrouver aussi décontenancés. Il faut les préparer à ça.

M : Exactement, mais quelque part ça énerve, vous vous dites pfff.

P : J'ai fait des efforts et puis...

M : Oui voilà je fais des efforts, puis c'est même pas des efforts, car c'est naturel, mais quelque part ça vous énerve si vous voyez que c'est quelqu'un qui n'a pas une capacité de réflexion.

P : D'accord ça c'est très intéressant. D'accord.

Q : Et ça, ça modifie votre prise en charge ?

M : Ma prise en charge, je ne pense pas, mais ça modifie ma façon d'être avec la personne. Et moi, comme je suis persuadé, mais c'est évident et ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre, que le cortex cérébral intervient beaucoup dans l'évolution de la maladie, je suis persuadé que la relation à l'autre est extrêmement importante dans l'approche même thérapeutique, et du coup quand on n'a plus ça, ça enlève toute une partie de la relation à l'autre qui se veut aussi

être thérapeutique, qui se veut aussi être empathique et qui fait partie à mon avis de l'approche médicale. Je ne sais pas si je me fais comprendre.

P : Si si complètement. C'est intéressant. Je n'avais même pas relié ça.

Q : C'est vrai que c'est une question que j'ai vu émerger dans de nombreuses simulations, dans des débats éthiques, cette notion de savoir est-ce qu'il faut, comme on cherche toujours à savoir ce qu'il faut ou ce qu'il ne faut pas, est-ce qu'il faut que le médecin soit sur un pied d'égalité avec le patient ou est-ce qu'il faut pour certains patients que le médecin soit quand même en position de sachant ?

M : À mon avis, il n'y a pas de règle universelle. Je pense que le propre du médecin c'est qu'il faut que ce soit une personnalité qui s'adapte à l'autre. Alors on a tous sa personnalité propre, mais je pense qu'il faut pouvoir être capable de s'adapter à l'autre et on ne peut pas donner une règle. Alors évidemment, on est comme on est alors on a tendance à être soit paternaliste, soit plutôt pas trop, mais je pense qu'il n'y a pas de règle. Alors quand je vois que les gens sont dans ce fameux tiers, ben j'avoue que je me comporte de façon plus comme ils ont envie que je sois. Mais quelque part, je ne suis pas à l'aise, je ne suis pas naturel. C'est tellement agréable de voir un malade, de discuter avec lui, ils ont toujours plein de choses à vous apprendre les autres, de leur histoire personnelle, de ce qu'ils ont vécu, de ce qu'ils ont vu, des gens parfois qui viennent de l'étranger et qui vous apprennent des trucs vachement intéressants.

Q : Et du coup quand vous observez qu'effectivement, vous ne pouvez pas être comme vous le souhaitez avec ce patient et que du coup vous dites vous-même que vous devenez plus froid et plus distant, est-ce que vous observez quelque chose chez le patient à ce moment-là ? Est-ce que c'est ce qu'il attend ?

M : Oui j'ai l'impression que c'est ce qu'il attend. J'ai l'impression quelque part que ça le rassure. Il se dit : ben voilà je suis avec un vrai docteur.

Q : Donc au final, vous n'êtes pas à l'aise avec la démarche, mais du point de vue du patient, lui finalement tout va bien quoi, parce que c'est soit il a besoin de quelqu'un d'un peu plus rassurant, qui s'intéresse à lui et vous êtes à l'aise dedans, soit finalement quand le patient a besoin d'un sujet supposé savoir, d'un sachant, ben finalement vous l'incarnez aussi même si

vous n'êtes à l'aise à l'intérieur, lui ne s'en rend pas compte et au final ça se passe bien pour lui.

M : C'est ça. La relation à l'autre est un peu artificielle, c'est un peu théâtral, mais ça fait partie du job de docteur, je pense.

P : Ce qui est intéressant, en fait c'est que vous êtes l'exact inverse de celui qui est un bon communicant, mais qui n'a pas d'empathie. Parce que le bon communicant comme vous, mais qui n'a pas d'empathie intérieurement, il va avoir exactement les mêmes démarches que vous : s'asseoir sur le bord du lit, poser des questions sur la vie du patient, s'intéresser à ce qu'il a fait auparavant, mais tout ça n'est qu'une stratégie parce qu'il sait que ça va lui permettre d'établir la confiance avec le patient, alors soit pour aller plus vite dans la prise en charge, soit pour obtenir un certain nombre de choses, mais lui, à l'inverse, s'il sent que le patient est complètement froid à toutes ses avances, il n'en a rien à faire.

M : Oui c'est-à-dire que son naturel à lui c'est d'être au contraire paternaliste, du coup c'est lui qui fait l'effort pour être...

P : C'est ça, c'est ça.

M : Il y en a qui font ça ?

P : Eh oui.

M : D'accord. Donc ils font semblant d'être sympa avec l'autre.

P : C'est ça, c'est ça. Mais intérieurement ils ont ce qu'on appelle l'empathie cognitive. Enfin ce n'est pas intérieur, c'est simplement qu'ils arrivent à décrypter exactement l'état émotionnel de l'autre, mais c'est qu'un schéma cognitif qu'ils ont. Ils n'ont aucune résonance affective. Ça les laisse froids, quoi.

Q : Ils connaissent finalement les clés et les outils pour faire que le patient finalement se sente à l'aise dans cette écoute, se sente écouté alors qu'en réalité ça reste du factice.

P : Ce n'est qu'un jeu de rôle, ce n'est qu'un comédien. Certains n'ont pas d'empathie émotionnelle, n'éprouvent rien quand ils rencontrent une personne en souffrance.

M : Peut-être que c'est eux qui ont raison. Que ce sont des bons techniciens dans l'approche à l'autre. Peut-être qu'eux restent très professionnels, qu'ils ont mis en place une technique qui leur permet d'avoir les informations, c'est bien.

Q : Est-ce que quelque part il y a besoin de savoir si l'un ou l'autre a raison. Le tout, finalement, si on se met en position du patient, dans les deux cas quand c'est bien exécuté...

P : Du point de vue du patient, c'est vrai. C'est quand même une question qui se pose sur le plan humain, une question philosophique et éthique : face à la souffrance de l'autre, à la mort, est-il normal pour un homme d'être aussi détaché ?

M : Oui, c'est ça. Quelque part, c'est vrai, c'est certainement pour ça que ça me choque.

P : Alors est-ce une construction professionnelle parce que c'est un mécanisme de défense qui fait que vraiment, dans la vie professionnelle ils arrivent à cliver le cerveau et l'émotion, mais qu'après, en dehors de ça, ils sont tout à fait dans la vie normale, ils ont des émotions, etc.

M : Oui bien sûr. Je pense que oui. Mais je pense qu'effectivement c'est leur métier, leur profession qui fait qu'ils ont une relation à l'autre.

P : C'est intéressant, cela m'évoque votre confrère le docteur S. ...

M : Oui, mais je pense que lui il est comme ça. Il est beaucoup dans la relation à l'autre, mais...

P : C'est exactement ce qu'il dit. En fait, tout ça, il joue la comédie. C'est calculé.

M : Ben oui. On voit bien comment il est. Oui c'est sûr. Mais n'empêche que c'est un garçon que j'aime beaucoup.

P : C'est ça.

M : Parce que je pense qu'effectivement ça ne l'empêche pas d'être un garçon qui est généreux, sympathique.

P : Exactement. Mais il dit professionnellement... Il est très bon communicant, il passe très bien auprès des patients, etc., mais ce n'est qu'une façade.

M : Oui, mais je pense que lui par contre ne doit pas beaucoup communiquer avec les patients.

P : C'est ça et pourtant, intérieurement, ce n'est pas du tout quelqu'un d'insensible. C'est comme G. V. que j'ai interrogé aussi, et bien il a beau être froid comme ça, distant, en fait il est très marqué par les patients.

M : C'est une protection.

P : Oui.

M : Peut-être que quelque part, moi aussi c'est une forme de protection que j'ai, je ne sais pas.

P : Non, mais ce qui est important je trouve c'est que vous, vous dites : moi quand je rencontre ces deux tiers de patients avec qui je peux... eh ben ça me rend heureux.

M : Oui c'est ça, c'est vrai, c'est vrai.

P : Et c'est ça qui est le plus important je pense. À mon avis, c'est votre façon d'être. Je pense que c'est celle qui peut rendre le plus heureux des personnes.

Q : C'est peut-être pour cela qu'il y a des protections différentes dans le sens où une protection c'est pour se protéger à proprement parler. Vous votre démarche elle n'est pas pour vous protéger finalement, mais elle est pour être heureux dans votre profession finalement.

M : Peut-être.

Q : Moi je vois une nuance là. C'est-à-dire le fait de couper l'émotion, de faire juste une façade, le fait d'être froid, etc., ce n'est probablement pas que ça me rend heureux, c'est juste que ça me protège d'être malheureux. Alors que vous ce n'est pas pour vous protéger d'être malheureux que vous le faites, c'est pour alimenter le côté heureux du métier que vous appréciez.

M : Probablement.

P : Et je pense que c'est plus humain, car chez l'être humain il y a une fluidité entre le corps, la vie affective et la pensée.

M : Probablement. Mais je pense que c'est vrai, il a raison. On a deux solutions : soit on se protège d'être malheureux, soit on essaie d'être encore plus heureux pour que le bonheur apporté soit supérieur au malheur que ça apporte. En fait, c'est ça.

Q : Et c'est quelque part un peu plus sain.

P : Oui je pense.

M : Je ne sais pas. Ce qui est sain ou pas sain...

P : C'est une hygiène psychique on va dire. Parce que le fait d'abréger comme ça toute émotion, c'est quand même quelque chose qui de fait... on force la nature, mais toujours par

rapport à une protection parce que ce serait trop douloureux de se laisser aller à des émotions avec les patients.

M : Oui, mais à un moment donné il faut faire attention quand même. Il ne faut pas rentrer dans le truc où on se laisse embarquer.

P : Oui oui, mais vous l'avez dit : pourtant vous avez un cœur ouvert, mais jamais quand vous faites le retour sur votre carrière...

M : Des fois quand je sens que l'émotion monte, je me dis : arrête un peu tes conneries, ce n'est pas ta famille, ce n'est pas toi qui souffres.

Q : C'est la différence finalement entre l'empathie et la compassion. La compassion c'est bien de compatir ou c'est de souffrir avec.

M : C'est ça.

Q : L'empathie ce n'est pas de souffrir avec, c'est comprendre que l'autre souffre.

M : C'est ça.

P : Mais parfois, je pense que vous êtes dans la compassion.

M : Oui je pense, bien sûr.

P : Moi ça ne me choque pas la compassion. Après, ce qui est dangereux c'est ce qu'on a déjà dit : c'est l'identification projective, c'est projeter sur l'autre nos propres émotions, notre propre vécu.

M : Peut-être que parfois je suis dans la compassion, c'est possible.

P : Il vous arrive de pleurer parfois avec des patients ?

M : Non avec les patients jamais, enfin non, quand je sens que ça vient... moins maintenant. Quand j'étais en Réa, des fois avec les familles c'était plus compliqué, mais je n'ai jamais pleuré avec des familles, j'ai toujours réussi à m'enfuir avant.

P : D'accord. À vous enfuir avant, mais ça montait.

M : Mais là on était plusieurs comme ça, Q et K étaient comme ça, on était plusieurs comme ça. Des fois en Réa c'est un peu lourdingue.

P : On ne va pas vous prendre plus de temps. Vraiment on vous remercie énormément.

Entretien avec le Professeur G.

P : Bon alors comme je te l'avais dit, je voulais te voir un petit peu pour parler de ce qui est cette partie de votre activité comme médecin qui est, non pas la recherche, non pas le diagnostic et les traitements, mais la relation avec le patient et je voulais savoir un petit peu, quand tu rentres dans la chambre d'un patient, alors pas forcément suivi par tout l'aréopage des étudiants, mais quand tu dois aller voir un patient parce qu'il faut parler avec lui, qu'est-ce que tu cherches à mettre en place ? C'est quoi tes idées pour que l'entretien se passe le mieux possible ?

G : Ce n'est pas facile comme question. Effectivement, c'est deux situations qui sont complètement différentes entre le moment où on fait la visite ensemble et le moment où je vois un patient seul. Bon, ceci dit, l'objectif est quand même le même, c'est de le faire adhérer à ce que j'estime être le plus important pour lui. Donc ça va être plus ou moins compliqué, effectivement. Alors dans un cas, la visite est un peu formelle par ce que je suis avec les étudiants, les internes, etc. dans l'autre cas, on est plus proche du colloque singulier. Mais l'objectif est dans tous les cas le même, c'est de le convaincre d'adhérer à ce qu'on va lui proposer. Alors ça peut être le rassurer sur le diagnostic qu'on a en disant : « Voilà les éléments du diagnostic, maintenant qu'on sait ce que vous avez, on sait comment vous traiter, voilà comment on va vous traiter ». Ça, c'est une situation qui est relativement facile. Une situation plus compliquée c'est quand on n'est pas absolument sûr de nous et qu'on a d'autres examens complémentaires à proposer, dont certains sont éventuellement désagréables comme l'endoscopie, où là on va bien insister sur l'importance de réaliser ces examens parce qu'il y a une application thérapeutique, diagnostique d'abord, thérapeutique ensuite qui est importante. Et on ne dissimule rien au patient en ce qui concerne l'inconfort, voire le désagrément généré par ces examens. Mais de façon générale, on prend le patient comme un adulte, capable de discernement, et non pas comme un débile à qui on dit : « C'est comme ça, et pas autrement ». Et de façon générale, on n'a pas de soucis particuliers.

P : D'accord. Oui tu disais qu'il y a le cas où on a, j'allais dire la solution, car on sait quel type de pathologie on doit traiter et l'idée c'est une fois qu'on a présenté les résultats d'examens au patient, le nom de la pathologie et le traitement qui va bien, somme toute la plupart des individus adhèrent au choix thérapeutique que tu leur proposes.

G : Oui, on n'a pas trop de difficultés. Bon maintenant, il y a des gens pour lesquels ça ne marche absolument pas. Alors à ce moment-là, on essaie de savoir pourquoi ça ne marche pas et quelques fois on arrive à dédramatiser complètement les choses et même à les convaincre d'accepter un traitement. On a très régulièrement des problèmes avec des médicaments qui sont réputés être mal supportés et mal tolérés comme les antibiotiques, ou quand on parle de traitement par antibiotiques, le patient dit tout d'un coup : « Je suis allergique aux antibiotiques ». Donc ça, c'est quelque chose auquel on est confronté très régulièrement et quand on reprend les choses, habituellement, ben l'allergie vraie n'est pas si fréquente que ça, voire même franchement rare, et puis ce que les patients appellent souvent une allergie c'est en fait une intolérance. Et quand on leur explique bien la différence entre les deux, ça ne pose pas de problème.

P : D'accord.

G : Maintenant, on a été confronté il y a pas très longtemps à un cas très particulier qui est anecdotique tellement il est peu fréquent, mais qui quand on y est confronté vraiment est un souci et qui est un peu emblématique, c'est le patient témoin de Jéhovah qui refuse les transfusions. Donc là on a été confronté à ça il y a quelques semaines avec une dame d'un certain âge qui a fait une hémorragie digestive responsable d'une anémie avec une insuffisance coronarienne due à la sévérité de son anémie et qui a refusé de façon très très importante, toute transfusion et on n'a pas réussi à la convaincre d'accepter la transfusion. On a essayé de passer par ses enfants. Ses enfants nous ont dit : « Ça faisait des années que ça dure, on ne s'en sort plus, n'en peut plus, etc. y'a pas moyen ». Donc il n'y a pas eu de transfusion. Réglementairement, on avait la possibilité de passer outre, on ne l'a pas fait, en considérant qu'on allait probablement complètement la buter et qu'on en tirerait rien et qu'on pouvait essayer de s'en passer avec des transfusions de fer qu'elle a acceptées. Et c'est passé comme ça, mais on peut être confronté à ça.

P : D'accord. Tu disais que le cas qui est plus compliqué, c'est lorsque les examens n'ont pas encore donné des résultats suffisamment clairs et satisfaisants et qu'il faut refaire une batterie d'examens et là il va y avoir parfois une résistance chez le patient ?

G : Ben si tu veux, quand le patient vient à l'hôpital ou j'imagine, mais je n'ai pas d'expérience, quand on voit le patient en consultation en ambulatoire en ville, il y a une

relation de confiance qui s'établit. La confiance c'est : « Le docteur sait ce que j'ai, il me traite comme il faut ». Quand manifestement, il voit qu'on n'arrive pas au diagnostic ben quelque part il y a une certaine érosion de cette confiance.

P : Oui.

G : Et quelques fois c'est plus compliqué. Alors c'est souvent là que l'ancienneté et les galons ont un rôle important, parce que quelques fois c'est un patient qui a été vu par l'interne, qui a été vu par l'assistant qui sont jeunes même s'ils ont beaucoup de qualités, qui s'en sortent pas forcément et à ce moment-là on sort le patron qui va dire : « Mais c'est bien comme ça qu'il faut faire, c'est comme ça qu'il faut faire », qui valide en fait ce qui a été fait et qui à ce moment-là souvent remporte la décision.

P : D'accord. Dans les outils de communication que tu emploies et qui viennent de toi, qu'est-ce que tu as appris en cours des années pour créer cette confiance avec le patient, au-delà de, tu parlais des galons, tu parlais de la clarté du discours à avoir ?

G : Je pense qu'un des éléments importants c'est qu'on ne ment pas au patient.

P : D'accord.

G : Et en particulier quand on ne sait pas, on lui dit : « Ben voilà, pour l'instant, on n'a pas trouvé. On n'a pas trouvé, mais on continue à chercher et voilà les pistes dans lesquelles on cherche et voilà les examens qu'on va réaliser ». Ou quand on n'est pas absolument sûrs de notre traitement, en particulier quand on prend un certain risque au niveau des traitements avec un traitement qui a potentiellement des effets secondaires, on explique tout ça au patient avant. Et généralement, on dédramatise complètement les choses et on évite les problèmes.

P : D'accord. Donc c'est une attitude éthique fondamentale qui est cette authenticité...

G : On ne prend pas le patient pour un débile, on se met à son niveau culturel, voire linguistique pour lui expliquer. Il nous est arrivé d'avoir des patients anglophones parlant mal le français auquel on a expliqué en anglais ce qui se passait, donc là encore on évite des billes éventuelles qui pourraient nous gêner, mais on le prend pour quelqu'un capable de discerner, de discernement, de comprendre ce qu'on lui dit et on lui explique, on lui cache rien.

P : D'accord.

G : On lui cache rien. Et quand on est confronté à des patients qui nous disent : « Moi je comprends pas, expliquer à ma femme, à ma fille, etc. », bon bien sûr on va le faire et : « Voilà ce qu'on va lui dire et on va rien lui dire de plus que ce qu'on vous a expliqué à vous ».

P : D'accord.

G : « Éventuellement, tout ce qu'on dira de plus, c'est un certain nombre de détails dont on n'a pas parlé parce que vous n'aviez pas l'air très intéressé par ces détails, mais on va rien vous cacher volontairement par rapport à votre entourage » .

P : D'accord. Donc toi on va dire que tu crées la confiance de façon fondamentale par une attitude honnête vis-à-vis des patients ?

G : Bien sûr.

P : D'accord. Alors, la place des émotions dans la relation avec le patient ? Les émotions du patient ?

G : On va en tenir compte parce que ça va être quelque part aussi, j'allais dire dévié, dans la relation qu'on établit, donc on va en tenir compte. Par contre, mes émotions moi, j'en ai pas.

P : D'accord.

G : Vis-à-vis du patient, encore une fois, dans cette relation de confiance que le patient souhaite avoir avec son médecin, il n'y a pas de place pour les émotions du médecin. C'est un professionnel, j'allais pas dire froid, mais c'est un professionnel qui peut avoir des émotions bien sûr, mais qui les garde pour lui.

P : D'accord.

G : Donc je ne pas vais montrer la moindre émotion.

P : Ouais. Ça veut pas dire que tu n'as pas d'émotions ?

G : Ça ne veut pas dire que je n'ai pas d'émotions. Parce que je peux être confronté à des choses que j'ai déjà vécues, que j'ai éventuellement vécues personnellement, ou j'ai vu dans mon entourage, mais ça c'est mon problème.

P : D'accord. Toi, tu gardes une neutralité.

G : Absolument.

P : Dans ce que tu peux laisser transparaître, y'a rien qui vient signer telle ou telle émotion chez toi ?

G : Bien sûr.

P : D'accord. OK. Mais donc tu es attentif aux émotions du patient ? Comment, quand quelqu'un par exemple pleure, comment est-ce que tu vas... qu'est-ce que tu as, j'allais dire, comme technique ou approche avec quelqu'un qui est dans cette tristesse ?

G : Alors là je vais utiliser des artifices que j'utilise quelques fois même spontanément, avant, avant ça. Par exemple, je vais m'asseoir à sa hauteur au bord du lit, lui prendre la main, des choses comme ça. Donc ça, c'est des choses que je fais très souvent.

P : D'accord. Tu emploies le terme d'artifices, c'est quelque chose qui est construit, qui est réfléchi, qui est...

G : Oui complètement.

P : D'accord. Est-ce que tu pourrais dire, parce que tu as dit tout à l'heure que tu pouvais éprouver des émotions intérieurement même si tu ne laisses rien transparaître, est-ce que tu pourrais dire que tu éprouves de l'empathie un certain moment pour le patient ?

G : Oui.

P : Oui ?

G : Oui.

P : D'accord. Mais tu te fais un devoir de ne pas afficher dans ton attitude ce qui peut être de l'ordre du ressenti, de l'émotion et si tu crées quelque chose qui peut justement donner au patient l'idée que tu as de l'empathie pour lui, c'est quand même quelque chose qui est construit, qui est volontaire ?

G : Absolument.

P : Donc tu mets toujours une espèce de...

G : Une certaine distance oui absolument.

P : D'accord. Ça passe toujours par la réflexion, tu ne te laisses pas aller à tes sentiments.

G : Absolument.

P : D'accord.

G : Non jamais.

P : C'est ça (rires). OK. OK.

G : Alors ça, c'est peut-être aussi mon cursus qui fait ça.

P : Ouais ?

G : Puisque que j'ai passé longtemps en réanimation et aux urgences avec toutes les situations que l'on peut imaginer dans ce contexte aussi bien avec les patients qu'avec leurs familles. Donc c'est peut-être aussi une certaine défense vis-à-vis de ce que j'ai déjà vécu avant. Je ne peux pas faire l'impasse sur ça.

P : D'accord. Est-ce que cette charge émotionnelle que tu peux ressentir de par les situations que vivent les patients, devant une annonce de diagnostic grave pour quelqu'un, on peut imaginer, parfois malheureusement encore jeune, pour les familles qui sont aussi choquées par le devenir d'un des leurs qui en train de partir. Ça, ces éléments-là, est-ce que parfois au sortir d'une journée ça revient en toi comme une espèce de poids que tu dois évacuer ?

G : Donc là aussi j'essaie de ne pas ramener tout ça à la maison. Avec ma femme et ma fille, on parle de façon très exceptionnelle de ce qui se passe à l'hôpital. Ou quand on en parle, c'est pour rapporter des anecdotes amusantes ou des choses comme ça. Mais je ne vais pas leur dire : « Aujourd'hui j'ai passé une journée épouvantable, j'ai annoncé à trois patients qu'ils avaient un cancer à un stade très avancé, j'en ai marre de faire ce métier, j'arrête ».

P : On précise quand même que ton épouse est médecin du travail et que ta fille est en deuxième année de médecine.

G : Absolument.

P : Donc ça pourrait quand même être l'objet de sujets de conversations...

G : Oui, mais encore une fois, j'essaie de dissocier complètement ces deux éléments.

P : Ah oui ?

G : C'est ce que disait Stendhal à propos de la personne et de la personnalité.

P : D'accord. Et donc à la fois tes mails professionnels sont sur ton portable et tu ne vas pas les consulter outre mesure...

G : Non, je fais ça à l'hôpital.

P : Et dans tes entretiens avec tes proches qui sont pourtant dans le domaine médical, tu laisses de côté ces sujets de la journée ?

G : Oui tout à fait.

P : OK. Oui donc ce que tu appelais une certaine schizophrénie ?

G : Oui.

P : OK. Alors troisième question : tu es professeur de médecine depuis combien d'années maintenant ?

G : 2010 donc huit ans.

P : Huit ans. Qu'est-ce que tu cherches à transmettre aux étudiants dans ces domaines de compétences de communication, d'éthique, de relations plus largement aux patients ?

G : Ce qui me semble important, c'est le professionnalisme avec toutes les exceptions du terme. C'est-à-dire que le professionnel c'est un individu qui est compétent, qui a des compétences à plusieurs niveaux, qui a des compétences scientifiques, compétences relationnelles, compétences organisationnelles, compétences pour travailler en équipe, etc., tout ce qu'on voit dans le programme des études de médecine ou qu'on voit dans les autres programmes comme le CanMEDS ou des choses comme ça, donc c'est ça que j'essaie de leur transmettre. Pas forcément là encore de les prendre pour des débiles en leur disant : « Regardez c'est moi qui sais, donc faites comme moi et vous allez voir que si vous faites comme moi, vous allez réussir ». C'est pas ça, cette espèce de compagnonnage péripatéticien, c'est un modèle qui n'est pas fonctionnel. Même si beaucoup y restent attachés, c'est un modèle qui ne fonctionne pas. Ça fait très très longtemps qu'on sait que ce n'est pas un modèle ni efficace ni efficient. Donc ce que j'essaie de leur montrer, c'est qu'il y a un certain nombre de choses qu'il faut faire et d'autres qu'il ne faut pas faire. Il y a un ensemble de choses sur lequel il n'y a pas à transiger, c'est comme ça et pas autrement. La notion d'éthique, de respect, c'est une chose sur laquelle on ne revient pas. Je reprends les étudiants ou je reprends les internes, les internes, j'ai pas besoin de les reprendre parce qu'ils ont compris, les étudiants quelques fois disent : « Je m'occupe de la mamy de la 320 ou du papy de la 321 ». Je leur dis : « Non, tu t'occupes de monsieur X ou madame Y qui a tel âge et qui est chambre 320 ou 321, mais quand tu me le présentes, je ne veux pas que tu me le présentes comme : c'est un homme de soixante-quinze ans qui vient pour, mais : c'est monsieur X qui a

soixante-quinze ans qui vient pour ». Et là aussi, j'insiste là-dessus, mais on en parle dans le couloir et pas devant le patient ou dans un bureau après, j'insiste pour qu'il y ait un respect des patients et que les patients c'est pas des numéros, c'est pas des dossiers, c'est des patients avec tout ce que ça implique. Et quand on va parler de diagnostic ou de thérapeutique, on va insister sur le fait qu'on ne soigne pas la maladie de monsieur X, on soigne Monsieur X qui est malade.

P : D'accord.

G : Et ça c'est vraiment quelque chose qui est très très important. Et j'insiste là-dessus, éventuellement avec des anecdotes ou des points de détails en leur expliquant : « Voilà, ce patient n'a pas de domicile fixe, vous allez le mettre sous anticoagulant, est-ce que vous êtes sûr que telle classe d'anticoagulant est vraiment l'indication la plus adaptée chez lui ? Sachant qu'il n'a pas de domicile fixe, les contrôles biologiques seront certainement très compliqués à faire, si son traitement n'est pas surveillé il sera soit inefficace, soit il y a risque de surdosage et de complication hémorragique, donc est-ce qu'il ne faut pas qu'on fasse quelque chose de plus logique et de plus rationnel, quitte à ce que ça coûte plus cher à la sécu, mais l'objectif quelque part c'est le patient et pas forcément uniquement les comptes de la sécu ».

P : D'accord.

G : C'est une notion vraiment importante.

P : Donc il y aura toujours cette notion d'éthique et de respect de la personne qui, chez toi, passe par une attitude fondamentale dans le discours avec le patient. Quelque chose en fait, j'imagine, que le patient ressent même si tu le dis, tu ne laisses pas transparaître d'émotions, il y a une certaine distance. Mais à travers certainement ton regard, ton devoir, la façon dont tu réponds au patient, il sent cet engagement de ta part, cette rigueur au bon sens du mot, ce sérieux. Et ça, c'est quelque chose qui va le mettre en confiance ? C'est là-dessus que tu joues ?

G : C'est là-dessus que je joue oui. *A priori*, ça marche plutôt bien.

P : Ça marche. D'accord, même si tu n'as pas, voilà, des attitudes méditerranéennes et chaudes ?

G : Je ne suis pas méditerranéen. Non, non, non, absolument pas.

P : Je me posais une question. C'est une des questions que posent souvent les internes aux urgences, c'est de dire : « Si on pose une question au patient au début de l'entretien pour savoir ce qui les amène ici, on risque d'ouvrir la boîte de Pandore et que le patient en vienne à parler de beaucoup de choses, parce que lui fait des liens de corrélation entre tel ou tel problème qu'il a eu, il vient nous apporter des choses de l'ordre du social, de l'ordre du psychologique dont on n'a un peu rien à faire dans un interrogatoire clinique ». Et ça, c'est quelque chose qui les met en difficulté, et donc visiblement, ils essaient de recadrer le patient, de le bloquer et d'aller le centrer sur ce qui est de l'ordre des symptômes pour...

G : Bien sûr, ils ont raison, c'est ce qu'il faut faire.

P : C'est ce qu'il faut faire ? D'accord. Est-ce que ça, tu penses que justement, dans cette première partie de l'entretien pour établir la confiance avec le patient, parfois on dit qu'on peut laisser s'exprimer le patient et ne pas l'interrompre, suivant cette idée qu'on interrompe un patient entre dix-huit et vingt-trois secondes habituellement dans un entretien médical, mais qu'une fois qu'on a laissé la personne s'exprimer et nous dire pourquoi il venait, et bien on pouvait reformuler ce qu'il nous avait donné comme information, même si éventuellement ce n'était pas quelque chose qui regardait notre spécialité, pour que le patient puisse être bien sûr, comme ça il sait qu'il a été entendu, peut-être que certaines choses qui le préoccupent, on peut dire : « Ben il y a une assistante sociale pour ça, il y a un psychologue pour ça », mais est-ce que ça c'est un outil intéressant justement, le fait que dans la première partie de l'entretien, on est d'accord, ça dure une minute, une minute vingt...

G : Oui c'est court.

P : Mais est-ce que ça a du sens ou est-ce que d'après toi, peu importe, il faut faire son interrogatoire clinique et puis on élague un peu toute cette espèce de végétation touffue que le patient apporte et qui n'a pas d'intérêt pour nous ?

G : Alors oui bien sûr on élague. On va élaguer, là encore c'est un peu mon cursus, parce que c'est quelque chose qu'on n'a pas le temps ou le loisir de traiter en réa ou aux urgences, de même que dans une unité d'hospitalisation comme la nôtre. Donc effectivement, on va aller à l'essentiel : « La raison pour laquelle vous venez ? La raison pour laquelle vous avez appelé votre médecin ? »

P : D'accord.

G : Alors là aussi, je reprends régulièrement les internes et surtout les externes sur le motif de l'hospitalisation. Le motif de l'hospitalisation, c'est pas : « Le patient vient pour un AVC, le patient vient pour une hémiplégie, le patient ne vient pas pour une insuffisance cardiaque, il vient pour une douleur thoracique ou il vient pour une dyspnée aiguë et des choses comme ça ». À ce moment-là, là aussi, on reparle du symptôme initial et quelques fois, on revoit avec le patient la raison pour laquelle il a appelé son médecin traitant ou il a appelé SOS médecins ou il est venu aux urgences, et on s'aperçoit quelques fois que ce n'est pas du tout la raison pour laquelle le patient est venu secondairement dans notre unité.

P : Hum.

G : Et donc là il y a déjà un filtre parce qu'on a des patients de seconde main, voire même de troisième main si le médecin traitant a déjà vu le patient avant de l'envoyer aux urgences.

P : D'accord.

G : Donc ça, c'est vraiment quelque chose qui est important. Encore une fois, on va à l'essentiel parce qu'on n'a pas tellement de temps.

P : Hum c'est ça, c'est ça.

G : Ça ne veut pas dire pour autant qu'au cours de l'hospitalisation on ne reviendra pas sur d'autres points.

P : Ouais.

G : Mais initialement au départ, quand on va lancer le patient dans sa dynamique d'exams, de traitement, etc. on va s'intéresser aux points importants.

P : Ouais.

G : Qu'on nous identifie comme importants et qui pour le patient n'est pas forcément le point le plus important et c'est là effectivement que certains patients voudraient aller un petit peu plus loin, mais qu'on va recadrer vers les points importants.

P : D'accord. Ouais. Est-ce que tu comprends que chez certains médecins, ils se disent bon ben je vais... mais alors je voudrais savoir justement comment toi tu le fais, avoir ce regard un peu périphérique sur l'environnement du patient et ça ça va me servir après pour pouvoir appuyer le traitement et le type de prise en charge que je peux faire. Tu citais tout à l'heure le sans domicile fixe, comprendre son environnement, comprendre sur quoi il peut s'appuyer au

quotidien pour pouvoir justement faire sa piqûre d'insuline si besoin, etc., et donc cette première partie de l'entretien qui est un recueil comme ça un peu avec un filet jeté un peu large, qui permet après de reconstruire. Est-ce que ça, ça a du sens ?

G : Oui bien sûr, c'est absolument indispensable parce que quand on fait la visite, un des impératifs qu'on a c'est qu'il faut qu'on libère des lits pour prendre d'autres patients. Donc un des éléments extrêmement importants, c'est : « Est-ce que ce patient va pouvoir sortir ? Dans quelle condition il va pouvoir sortir ? » Donc quand les étudiants présentent leur patient, car les étudiants présentent leur patient, je les ai entraînés à ça et quand je fais cette présentation à la fac, j'insiste là-dessus et je leur donne des exemples, en disant qu'il faut absolument savoir dans quel environnement évolue ce patient, parce que ça va conditionner notre prise en charge et ça peut aller très loin. On a l'exemple, il y a quelques mois d'une dame qui débarque d'Algérie pour une pathologie complexe. Cette dame n'a aucune couverture sociale, donc on se trouve dans la situation où il va falloir qu'on gère à la fois le problème médical, bon on arrive très vite à quelque chose de grave et le problème social. Et donc on s'est organisé pour pouvoir concilier les deux et donc on a pu avoir une prise en charge en urgence pour qu'on ne soit pas limité dans notre prise en charge aussi bien diagnostique que thérapeutique. Pour l'instant, on n'a pas encore été contraint d'interrompre une hospitalisation pour des raisons sociales, mais on y arrivera tôt ou tard. Et donc, quand les étudiants présentent leur patient, ils présentent leur environnement social aussi, on sait que c'est un monsieur qui jusque-là était valide et autonome ou c'est une dame qui avait déjà des aides à domicile ou c'est une dame qui arrive de maison de retraite... Tout ça, c'est des éléments qu'il faut avoir.

P : D'accord.

G : Parce que ça va directement impacter notre prise en charge.

P : Alors je vais... une question qui me... Il y a une façon de faire où on va récupérer ces éléments qui sont importants pour la prise en charge à la sortie de l'hospitalisation, et ça va être d'une certaine façon une check-list, ça va être un interrogatoire et on va pouvoir le rentrer de façon assez précise sur le recueil de données. Est-ce qu'il y a une possibilité, parce que moi je suis psychologue et c'est un peu la façon dont on aborde les choses, où ce genre de choses on peut le récupérer, mais avec une attitude qui fait penser à la personne, à juste titre ou à tort ou à raison, mais qu'on s'intéresse à elle, en disant : « Tiens vous habitez où ? Et vous avez

des enfants ? », mais pas sur un ton où je suis en train de récupérer cette information parce que je sais que ça va servir à mon travail clinique, mais dans cette première partie de l'entretien et j'insiste encore une fois sur le première partie de l'entretien, parce qu'en fait c'est une personne humaine qui rencontre une autre personne humaine et qu'on se présente, voilà vous êtes bien madame untel donc d'une certaine façon, elle se présente aussi, et à partir de là on va faire connaissance et on va établir une relation qui après va aboutir à un contrat puisqu'elle est d'accord pour être soignée par moi. Mais est-ce que ça, est-ce que cette espèce d'horizon éventuellement de créer la confiance aussi par une attitude qui semble empathique ou qui peut l'être vraiment intérieurement, est-ce que ça, ça peut être un objectif intéressant d'apprentissage chez les étudiants en médecine ou est-ce que c'est un supplément d'âme dont on a... à la limite ils l'ont ou ils l'ont pas, ce n'est pas très grave.

G : Ben encore une fois, oui parce qu'ils établissent ou ils établissent pas la confiance et ça va se passer dans les premières secondes de l'entretien.

P : D'accord.

G : Et effectivement, on voit de temps en temps des étudiants avec lesquels ça passe et des étudiants avec lesquels ça passe absolument pas. On a même quelques fois des informations complètement différentes selon qu'on a pris la peine d'établir ce climat de confiance ou pas. Et ça c'est quelque chose qui est vraiment intéressant, alors c'est quelque chose qui est anecdotiquement, à la base du concept du patient standardisé. La légende, alors je ne sais pas si la légende est vraie, veut que le médecin qui a développé ce programme aux États-Unis dans les années 1970 ou 1980 au siècle dernier avait été surpris de passer une épreuve clinique avec un patient alors qu'il était interne, et ça c'était très bien passé, et un de ses collègues qui passe la même épreuve clinique avec le même patient et ça se passe très très mal, le patient donnant des informations complètement erronées parce que ça c'était mal passé sur le plan relationnel. Et donc oui c'est quelque chose qui est important sur lequel, encore une fois, les étudiants sont alertés et ça peut être par des points d'interrogatoire qui sont importants : « Où est-ce que vous habitez ? Comment vous vivez ? etc. », et puis ça peut être aussi des aspects relationnels de communication, des techniques de communication.

P : Oui.

G : On se met à la même hauteur, on est propre sur soi, on a une blouse où il y a le nom, on se présente, enfin des choses basico-basiques mais qui quelques fois ne sont plus utilisées. Et ce n'est pas parce que ces choses sont basico-basiques qu'il ne faut pas les utiliser dans le cadre de l'hôpital.

P : D'accord.

G : Quand on rentre dans une boulangerie, on dit « bonjour, madame ». Pourquoi est-ce qu'on ne dit pas « bonjour, madame » quand on entre dans une chambre d'hôpital ?

P : OK. Donc créer la confiance et utiliser...

G : Ça c'est essentiel. S'il y a pas la confiance, ça ne marchera pas.

P : Et on sait que dans plein de domaines, c'est un des objectifs...

G : Et pour moi, établir la confiance, ça passe par le professionnalisme et ça passe pas par : « Je suis très empathique, je te sers la main, je te fais le bisou, je t'appelle par ton prénom... ». Non c'est pas ça du tout.

P : D'accord. Oui oui.

G : C'est : « Je suis un professionnel de santé, je m'occupe de votre maladie, mais je m'occupe aussi de vous, et je m'occupe surtout de vous qui êtes malade. C'est pas parce que moi je suis le professionnel de santé en bonne santé et que vous êtes malade et couché que je vais vous regarder de haut, mais c'est comme ça et pas autrement. Et quelque part c'est moi qui fixe les règles ».

P : OK. Tu as une question G ?

G : Non.

Entretien avec le Docteur S.

P : Quand tu rentres dans la chambre d'un patient, ce que j'aimerais savoir c'est qu'est-ce que tu as en tête pour que l'entretien se passe bien ? Tes idées ?

S : Tu veux savoir ce qu'il se passe en stratégie ? À l'approche du patient ? Mais pourquoi à domicile tu dis ?

P : Non du tout. C'est vraiment, au quotidien, dans ta clinique, quand tu es aux urgences et tu dois aller voir un patient au box.

S : Moi la première chose qui m'intéresse quand je rentre dans un box, déjà je vais me faire un premier avis malheureusement sur ce que je vais voir : l'état du patient, comment il se tient, comment il est habillé, comment je le vois et ainsi de suite et après, si tu veux, ma première question à chaque fois c'est « Pourquoi il est là ? », toujours, toujours ça en fait. C'est vraiment essayer de savoir pourquoi il est venu aujourd'hui, à cette heure-là, en ce lieu, pour me dire quoi, qu'est-ce qu'il a ? C'est la première chose que je fais aux urgences à chaque fois.

Après dans les services, pour cette constante de savoir pourquoi il est là, on se renseigne avant d'entrer. La grande différence entre la consultation, le domicile, le cabinet et les urgences et ce qu'on peut faire avec les équipes mobiles, c'est que quand on est aux urgences, le premier truc c'est « Pourquoi il est là ? Pourquoi il vient en fait ? » C'est la première chose à laquelle on essaie de penser. Après, en services, on lit d'abord le dossier donc on vient imprégné déjà d'une histoire qui est déjà un peu mâchée par les autres, donc on a déjà une idée dans la tête et c'est d'ailleurs des fois trompeur, parce qu'on peut partir sur des bases accumulées et après on se retrouve dans des situations qui nous font partir dans le mauvais sens ou sur la mauvaise piste. La même chose aux urgences, quand tu regardes le mot de l'IAO, tu y vas avec une façon différente de celle quand tu découvres une personne que tu ne connais pas.

P : Bien sûr. Dans l'entretien médical, il y a un aspect clinique et un aspect relationnel. Dans cette partie relationnelle, qu'est-ce que justement tu...

S : Dans la relation ? Moi par exemple, je suis un médecin de relation, vraiment. C'est ce que je te disais. Je ne pense pas avoir eu la clinique en premier, mais c'est de par ma formation. J'ai fait de l'algologie en premier donc quand on faisait de la douleur, le premier truc qu'on avait en tête c'était de faire la structure psychologique du patient, avant de savoir pourquoi il avait mal, comment ça se passait, etc. Je suis toujours axé à savoir pourquoi il est là, pourquoi il vient, de quelle façon il me présente ce qu'il a, pourquoi il me le présente comme ça, ainsi de suite. C'est le problème de l'empathie. Il y a vraiment une attitude empathique qui intervient très rapidement chez moi. Ce qui n'est pas toujours très bon. Je commence par une empathie et après je pars sur une clinique plutôt qu'une clinique + une empathie.

P : Quand tu parles d'empathie, qu'est-ce que tu dis par ce mot ?

S : L'empathie, comment t'expliquer ce qu'est l'empathie pour moi. On en a souvent parlé donc je ne suis pas neuf dans ce que je te dis, c'est que j'ai horreur de : le pauvre, pauvre patient et ainsi de suite, je ne suis pas du tout dans la sympathie. En fait je me mets à la place du patient et j'essaie d'imaginer pourquoi il est là, ou pourquoi il a mal, ou pourquoi il me présente ça comme ça, ou pourquoi son mari reste à côté, ou pourquoi il arrive à telle heure, souvent l'heure c'est important, pourquoi, pourquoi. C'est toujours pourquoi en fait. Et une fois que j'arrive, alors je le fais automatiquement, je ne peux pas te dire comment ça se passe, ni pourquoi ça procède comme ça...

P : Tu fais une construction de lieu, de temps, d'espace, tu te mets à sa place ?

S : Toujours. Surtout aux urgences. Je te parle des urgences. C'est les urgences ou le reste qui t'intéresse ? C'est partout, mais tu ne te comportes pas de la même façon aux urgences. Quand tu découvres un patient, j'essaie vraiment d'avoir une compréhension de ce patient. Essayer de comprendre. Déjà d'avoir le temps de l'écoute, de savoir quand je vais l'écouter, quand je vais l'interrompre, quand je vais essayer de lui proposer quelque chose, quand je vais donner ça... tu vois tout ça c'est sous-tendu de ce que je ressens par rapport à ce patient en fait.

P : Et donc l'empathie, tu dis, moi je ne dis pas le pauvre, ça veut dire que...

S : Moi je ne suis pas sympathique avec le patient. Tous les patients sont sympas pour moi. Ce que j'ai horreur dans les couloirs c'est quand on dit : celui-là il est sympa. Celui-là il n'est pas plus sympa que l'autre. Il n'y a pas de sympathie. Je n'ai pas d'affection pour le patient. Mais par contre, j'essaie de me mettre dans sa situation et d'essayer de comprendre pourquoi il est là, avec tout ce que j'ai vécu. Peut-être que je projette des trucs qu'il ne faut pas que je projette ou que je fais un melting-pot de moi et de lui et qui n'est pas toujours très bon, mais en fait c'est toujours ça que je vais essayer de faire. Et même pour une merde, même pour une bricole. J'essaie de donner une raison à la demande. Je ne sais pas comme t'expliquer. Ce n'est pas une demande... Il y a le temps de l'écoute qui est super important, il y a le temps du cadre qui est super important, je ne vais pas être plus sympa avec un patient qu'un autre. En fait je me libère avec un patient, parce que je sens que si je me libère ça va libérer quelque chose en face.

P : Quand tu dis je me libère, tu veux dire quoi par-là ?

S : Des fois tu ruses avec le patient. Ce n'est pas de l'affection que tu donnes. C'est une ruse. Tu arrives à tes fins avec le patient peu à peu dans l'interrogatoire, dans la façon de l'approcher, dans la façon de l'interrompre, de lui dire que ce n'est peut-être pas le lieu, peut-être qu'il a mal, peut-être qu'il y a autre chose. Surtout quand on s'approche d'un truc, en fait c'est à mon avantage que j'essaie de faire ça, c'est pour une compréhension.

P : Il y a de l'efficacité dedans. Une recherche d'efficacité ?

S : Je pense qu'il y a une recherche d'efficacité dans le soin que tu vas donner en fait. Mais le soin que tu vas donner n'est pas automatiquement le soin de la demande du patient du départ.

P : Y a-t-il une notion d'alliance ?

S : Avec le patient ? Alors il y a une alliance parce qu'à un moment donné, j'essaie d'être sympathique pour le patient. C'est-à-dire que j'essaie d'être dans sa vision de ce qu'il attend de moi en tant que médecin parce que sinon je n'arrive pas à voir ce qu'il se passe par la suite. Ça m'ouvre. Mais ce n'est pas une alliance si tu veux, mais c'est une alliance de ce que moi je vais essayer de comprendre du patient et moi ce que j'ai de mon vécu, ça va déboucher sur quelque chose, mais il n'y a pas d'alliance avec le patient. Il y a rarement d'alliance avec le patient. J'essaie d'être dans le moule qu'il espère pour essayer d'avoir des informations que je voudrais. Si par exemple, tu es en face d'un jeune qui est distant, qu'il y a les parents dehors, il faut que j'analyse non seulement le patient, mais aussi que je comprenne pourquoi les parents sont là, dehors et pourquoi le patient est tout seul dans le box et qu'il n'y a pas les parents dedans. Tu vois tous ces petits trucs et il va falloir que malgré tout, je comprenne les parents et l'enfant pour essayer, enfin pas de comprendre, mais d'essayer d'appréhender leur approche à tous les deux pour essayer d'aboutir à quelque chose. Mais je ne vais pas prendre que l'enfant. Tu voulais parler de l'empathie. On a essayé de mettre un doigt dessus. Pour moi, l'empathie qu'on a nous les soignants en majorité, c'est de la sympathie. Ils partagent un sentiment avec la personne, ils pleurent avec, mais en fait ça ne t'apporte rien en tant que soignant. Tu peux pleurer ça peut faire du bien, mais ça ne t'apporte rien dans le soin ou dans trouver ce qu'il va se passer ou pourquoi on est là dans le travail que tu es en train d'effectuer. Et souvent moi j'ai de la sympathie, de la compassion, oh le pauvre, souvent on travaille avec la précarité et avec les personnes âgées. Je me suis occupé de douleur, de personnes âgées et de précaires et alors dans ce foyer monumental, tu retrouves les bénévoles qui se soignent

eux-mêmes, qui ont de la compassion, mais pour se soigner eux. C'est pour cela que je te dis souvent qu'il y a des professionnels de santé qui ne doivent pas être des tordus et qui ne doivent pas être des (?) d'examens et ne pas installer un dogme de médecins ni rien, alors ça peut leur rapporter quelque chose dans leur façon de travailler, mais je ne défends pas ça. Je défends des professionnels de santé qui comprennent pourquoi ils sont là et qui essaient de comprendre pourquoi le patient est là.

P : Parfois il arrive que, on va l'appeler comme ça, cette rencontre avec le patient ne se fasse pas pour toi ?

S : Bien sûr. Il y a des fois, ça ne se passe pas. Mais c'est parce que je n'ai pas été bon. Ce n'est pas parce que le patient n'a pas été bon, c'est parce que moi je n'ai pas été bon. Et c'est parce que je suis parti du mauvais côté ou je me suis planté. Souvent on appelle ça le tact que tu peux avoir. Souvent au restaurant on me dit : demande le plat et moi pour les copains je suis un mec qui ne demande pas le plat. Je n'élève pas la voix ou je ne me lève pas. Parce qu'à un moment donné j'ai l'impression que le serveur est dans le jus, que moi j'en rajoute à sa pression par rapport aux autres et que donc je vais demander un plat, mais la demande elle ne sert à rien. Comme toutes les autres demandes, je n'arrive à rien. Donc il vaut mieux que je sois plutôt dans la ruse avec le serveur pour essayer de trouver le moment où il va pouvoir m'apporter le plat plus vite que celui qui l'a demandé depuis une heure et ainsi de suite. Et c'est la même chose avec les patients en fait. C'est le tact qu'il faut. C'est pour cela que je dis que c'est une ruse par ce que des fois, je n'ai pas honte, mais je trouve que c'est malicieux. Malicieux dans le sens pas méchant, pas vicieux.

P : Ce n'est pas une manipulation.

S : Ce n'est pas une manipulation vicieuse. C'est parce qu'à un moment donné, moi je sens ce truc-là, je pense qu'il y a vraiment un problème à ce niveau-là et je vais chercher au maximum à le trouver. Mais pas trouver avec des questions fermées du genre : vous avez mal là hein ? Vous avez mal là ? Le patient, c'est sûr qu'au bout de dix minutes, il va me dire qu'il a mal à l'endroit opposé où il avait mal. Je suis capable d'orienter, mais ce n'est pas ça que j'essaie de faire.

P : Créer une confiance chez le patient ?

S : Ben la confiance, c'est obligé. Il faut même qu'il soit amoureux de toi presque, le patient. C'est presque de la séduction que tu fais sans le faire malicieusement, mais il faut que tu sois la personne qu'il espérait voir là à ce moment-là. Il faut vraiment que tu sois adapté au patient.

P : Alors, fort de ce que tu as dit, quelle est la place de l'émotion ?

S : Alors la place de l'émotion... c'est souvent ce que je te dis. Quand j'ai commencé l'UHCD, il y avait trois décès par jour. Alors on a fait des groupes de paroles, car tout le monde me demandait des groupes de parole, mais j'ai souvent l'impression que, dans ces groupes de parole, il y a une demande des collègues, mais qui est plus du domaine de cette compassion ou de ce partage d'émotions qui à un moment donné des fois m'exaspère. Alors je l'écoute, je prends le temps de l'écouter, mais je n'aime pas abonder dans ce sens. Donc je vais essayer d'avoir une empathie avec mes collègues et d'essayer d'arriver à avoir malgré tout de l'écoute et faire tout ce qu'il faut, mais je vais essayer de remettre un cadre à chaque fois. Alors je peux comprendre, mais remettre un cadre dans notre fonction et dans notre façon de travailler. Si je dois m'arrêter à chaque décès par jour pour chaque personnel pendant six mois, donc tu ne travailles plus dans le service à un moment donné. Après je comprends que ça peut être dur et je comprends que le partage est différent en fonction de soi, mais souvent je retrouve plus du partage d'émotions, mais sans aboutir à quelque chose. Justement, j'ai assisté à des réunions de groupes où vous intervenez et vous êtes meilleurs que moi. C'est-à-dire que vous, vous allez malgré tout passer ce temps d'attente, cette acceptation pour avoir une écoute peut-être plus attentive.

P : Tu as l'impression que certains collègues sont un peu submergés par leurs émotions, n'arrivent pas forcément à faire avec dans la rencontre avec le patient ?

S : Il y a toujours trois types : il y a ceux qui le font en copie, c'est-à-dire parce qu'il faut le faire, parce qu'en ayant cette émotion au bon endroit et au bon moment, ce n'est peut-être pas la majorité ; il y a ceux qui ont une vie un peu compliquée et du coup il y a projection de l'émotion. La projection de l'émotion, c'est fabuleux. Quand toi ce que tu vis et que tu as en face l'équivalent social, tu te projettes et c'est très dangereux, car tu t'associes à un truc et ça peut être très dangereux.

P : Il y a à la fois un phénomène de projection et d'identification ?

S : D'identification oui tout à fait. Souvent tu peux t'identifier.

P : Tu disais il y a une troisième catégorie ?

S : Le troisième, il s'ouvre vraiment et qui va morfler pour les deux autres par rapport à moi. Car en fait, je ne vais peut-être pas pouvoir le prendre en compte comme il faut et toi tu vas le prendre en compte.

P : Toi tu te situerais dans quelle catégorie ?

S : Dans les trois. Je pense que je peux me projeter des fois et m'identifier des fois. Ça peut m'arriver bien que je lutte, je t'assure que je lutte parce que je n'aime pas être comme ça, car ça m'empêche d'être objectif vraiment, d'avoir cette objectivité de base, quand je me projette, je suis plutôt en projection.

P : Donc la place de l'émotion quand tu es avec le patient ? Qu'est-ce que tu éprouves ?

S : Si c'est un enfant de l'âge de ma fille, je vais me projeter, si elle va ressembler à ma femme, je vais me projeter, tu comprends ? Je vais être plus touché, touché en fait.

P : Est-ce qu'il t'arrive de pleurer parfois ?

S : De pleurer ? Non jamais. Le débriefing mental arrivé à la maison, je n'en parle pas. Je ne suis pas un mec qui parle de ce que je fais au boulot. Je n'en parle jamais. On me demande, j'en parle, mais je ne vais pas rentrer à la maison à essayer d'expliquer ce que j'ai pu faire aujourd'hui, même si j'ai eu un gros décès. Après tu peux en parler quand il y a un phénomène, comme quand on a vécu les attentats, tout le monde m'a fait parler, mais j'aurais pu ne pas en parler.

P : Donc, ce qu'on va dire c'est que dans le contact que tu vas avoir avec le patient, tu vas chercher à faire qu'il te trouve sympathique ?

S : Non, ce n'est pas tout à fait ça. Je vais essayer d'être ce qu'il attend.

P : La formulation que j'ai utilisée ne te convenait pas qu'il te trouve sympathique ? Tu vas chercher à ce qu'il te trouve sympathique ?

S : Le problème est que je suis une personnalité qui a de l'empathie en allant chercher le pain ou en allant au restaurant comme je te l'ai expliqué ou avec mes enfants ou avec ma femme. Donc de l'empathie, j'en ai tout le temps. Donc on te trouve toujours sympathique, mais ça ne veut pas dire que tu es sympathique, tu comprends ? Quand il y a empathie, tu n'es pas

sympathique. Tu essaies de l'être pour l'autre, mais ça ne veut pas dire qu'au fond de toi tu as un caractère sympathique.

S : Donc c'est bien de l'adaptation à une situation, tu employais ce mot-là tout à l'heure. De l'adaptation, on l'a dit, c'est aussi un mot qui est venu dans une recherche d'efficacité pour faire ce qui est ton métier qui est de soigner les personnes. Mais tu as compris que s'il n'y avait pas ce climat de confiance qui se créait, tu ne pouvais pas arriver à tes fins mais qui rejoignent l'objectif du patient qui est celui d'être soigné.

S : Tout à fait. Parce que la situation adaptée c'est que lui ait confiance en moi.

P : On est d'accord. Donc il y a cette première phase on va dire qui est nécessaire où tu cherches à comprendre qui tu as en face et une fois que le patient se sent entendu, il va t'écouter, il va t'entendre. Et tu n'as pas d'émotions qui te traversent de façon massive quand tu es avec les patients. Tu as un intérêt pour eux, mais tu n'es pas submergé par des émotions, ou affecté par ce que tu vois.

S : Non pas du tout.

P : Dernière question : que veux-tu transmettre aux étudiants ?

S : J'adorerais transmettre ça. Mais c'est en ça la discussion qu'on a nous. Ça fait très longtemps que je me dis que j'aimerais le transmettre. J'ai envie de te dire que ceux qui m'ont transmis le plus de trucs, ce sont les patients en fait. Je ne sais pas comment l'expliquer, mais à chaque fois que je rencontre un patient différent, j'emmagasine l'expérience du patient qui va me servir pour le patient qui va venir après. C'est pour cela que je te dis que des fois, je ne suis pas du tout sympathique. J'ai créé un truc et même si tu vas acheter une baguette de pain, tu vas te dire : elle va me filer la baguette qui est cuite, pourquoi ? Pourquoi ils ont fait trop cuire le pain ce matin ? Je ne suis pas comme ça, je ne deviens pas fou, mais il y a des trucs instinctifs qui se font dans la relation et qui peuvent être très rapides. Mais ça le transmettre à un étudiant en salle, c'est très compliqué. Car quand tu parles, tu vois, je parle tranquille avec toi aujourd'hui, mais j'en n'ai jamais parlé comme ça. On en parle avec T., car c'est mon pote et on parle de notre façon de travailler. Mais combien de questionnaires j'ai vécu, tu sais où les gens ils sont où il faut qu'ils soient. Ils te répondent ce que tu attends dans les questionnaires. Tout le monde essaie d'être sympa, pas trop mal, de bien soigner les malades... Il n'y a pas un médecin qui va te dire moi je n'aime pas malades ou je n'aime pas

mon métier ou je n'aime pas ci. Les mecs ils vont toujours se mettre, la moitié va se mettre dans la réponse attendue et y'en a d'autres qui s'en foutent et qui vont répondre ce qu'ils veulent, mais tu n'auras jamais ça. Mais moi ce que j'avais dit, pour transmettre c'était de filmer, mais à leur insu presque. En plus quand tu sais que tu es filmé, tu vas te comporter, comme dans les jeux de rôle, tu te comportes en fonction des gens qui sont autour de toi. Moi je disais presque, il faut mettre des caméras et dire : vous êtes filmés, mais on ne sait pas quand, au hasard. Comme ça, ils mettent le temps à oublier et après on analyse et on se revoit. C'est que comme ça que tu vois pourquoi tu as fait ça ou pourquoi tu n'as pas fait ça ou pourquoi tu aurais pu faire ça. Et je pense que c'est ça qui est intéressant parce qu'en salle c'est compliqué. Après je suis sûr que d'expliquer... moi souvent j'essaie de faire la différence entre l'empathie qui est, en fait je ne savais même pas que c'était l'empathie, c'est la compréhension de l'autre, le partage de l'autre que je n'ai pas envie de partager en fait, je n'ai pas envie de partager ni sa vie, ni ses émotions la plupart du temps, j'ai envie de les analyser et de comprendre pourquoi, mais je n'ai pas envie de les partager et la bienveillance de base. Alors l'empathie est tout de même de la bienveillance puisque tu es bienveillant au départ, on est d'accord avec ça. Mais pas cet ersatz d'empathie si tu veux, cette sympathie. Ce partage d'émotions tu en as besoin toi aussi. Je vais pleurer avec le patient, car je ne suis pas bien chez moi et je vais pleurer aujourd'hui, car ce que je vois là, m'aide à pleurer pour moi. Je ne suis pas trop pour ça non plus. Je pense que c'est très bien de le faire, par exemple si on pleure à plusieurs pour un décès je ne suis pas contre, le problème n'est pas là, mais là on n'est pas pour pleurer ensemble. Parce que si je pleure avec lui, je vais passer à côté de trucs en fait.

P : Certains distinguent l'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle. L'empathie cognitive serait la capacité de repérer des émotions chez l'autre et de pouvoir s'adapter dans sa réponse en fonction des émotions de l'autre, être capable de lui reformuler... L'empathie émotionnelle serait avec rajouter cette dimension d'impact, de ressenti, d'écho, de résonance.

S : Alors je suis empathique cognitif par rapport à ce que tu me dis, vraiment. Après des fois, je me sers de l'empathie émotionnelle parce qu'au bout du compte, quand il va falloir en finir, c'est-à-dire la mise en place du diagnostic, le dire, comment le dire ou, ainsi de suite, en général je vais vraiment me coller au patient pour que cette confiance soit vraiment au

maximum et qu'il parte rassuré. Parce que l'important c'est qu'il soit rassuré donc quelquefois, je vais être obligé de rajouter de l'émotion, il va falloir que lui aussi il se projette et qu'il se dise : le mec il est comme moi en fait. Donc pour que ça colle je vais le faire de temps en temps, mais au départ c'est de l'empathie cognitive.

P : D'accord. Donc beaucoup de choses qui sont construites, mais dans une dimension, une dynamique de bienveillance ?

S : Tout à fait. C'est pour ça que je te dis que chaque fois j'essaie, car je suis humain, car quand ça pue et que ça a craché sur la gueule de la moitié du personnel, de rentrer et de se mettre au niveau, pour moi je prends cela plus comme un défi et donc je vais tout faire pour y arriver, mais des fois je ne suis pas bon. C'est pour ça que des fois moi aussi je n'y arrive pas, ce n'est pas le moment, c'est pour ça qu'il faut quelqu'un qui soit encore plus fin que moi. Le problème aux urgences en plus, on va dire aux étudiants c'est bien, mais c'est un problème chronophage tout ça. Ça prend du temps. Alors je le fais depuis très longtemps alors ça va très vite, mais ça prend du temps, de l'énergie, chaque patient c'est un peu la même recherche donc il y a vraiment une envie d'enquête psychique. Enfin je ne sais pas comment te dire, mais ça fait bosser.

P : En même temps, es-tu d'accord que ce temps perdu avec les patients pour établir sa confiance...

S : Il est totalement bénéfique.

S : Et ne le retrouve-t-on pas aussi dans la prise en charge après parce que c'est beaucoup plus fluide et s'il a des questions il va oser te les poser ?

S : Exactement, mais je suis sûr qu'on donne moins de médicaments, qu'on fait moins de tout si tu es comme ça, tu n'as pas besoin de faire de scanners. En fait tu crées un climat de confiance entre toi et ton patient. Il vient pour une céphalée, il tombe avec un externe, un interne ou même un collègue, car ça arrive encore, il va filer au scanner, il va revenir, on va lui dire le scanner est négatif vous pouvez rentrer à la maison, moi je vais y passer un quart heure et je vais lui expliquer : vous êtes vraiment con, il faut rentrer à la maison, ce n'est pas la peine de faire un scanner, mais de prendre un Doliprane. Il va rentrer rassuré de la même façon, mais je n'aurai pas fait de scanner. Tu comprends ? Je ne sais pas comment t'expliquer ça. Après ce n'est pas gravé dans le marbre, mais c'est fréquent, c'est super fréquent. Pas en

déchocage hein. Tu me parlais d'ailleurs de la maison. C'est vraiment le contact avec le patient que tu vois dans un box, c'est ce qu'on fait aux urgences en dehors d'un soin technique qui viendrait où là tu n'as pas besoin d'empathie tant qu'il n'est pas là. Mais ça peut venir après, mais pas là.

P : Pour la formation des étudiants, tu te dis que comme on le voit dans un certain nombre de films à la TV, de reportages où l'on place des caméras dans les services et ce type de rushes pourrait être après repris avec les étudiants pour travailler avec eux, comment s'est comporté le médecin quand il a abordé, d'après vous, les gestes...

S : Pourquoi il est entré comme ça ? Pourquoi il a dit cette phrase en premier ? En fait, c'est de la médecine, mais ce n'est pas de la médecine au sens propre de l'enseignement que l'on va faire, mais c'est de la médecine, car pour moi c'est 80 % de mon boulot. Si tu veux, il y a 20 % de technicité et 80 % de ça.

P : De relationnel.

S : Ce n'est même pas du relationnel, car c'est mon boulot, c'est mon boulot. Je prends cela comme mon travail. Si tu ne le fais pas, c'est dommage, car toute ta vie, tu ne vas pas avoir... parce que moi ça me traite aussi quelque part aussi sûrement de faire ça, car ça me fait du bien. Quand je suis content de ce que j'ai fait ou de ce que je suis arrivé, ça me fait du bien, ça me fait du bien.

P : La distinction entre soins et prendre soin, ça te parle ?

S : Non je prends soin tout le temps tu vois. Moi ce qui me parle, il y avait toujours deux phrases en algologie qui étaient : s'occuper de la maladie du sujet et du sujet de la maladie. Tu vois cette phrase ? C'est un mec qui l'a dite un jour et en fait, c'est exactement ce que l'on fait si tu veux.

P : Tu passes de la douleur au douloureux ?

S : Voilà, tu passes de la douleur au douloureux.

P : Mais tu reviens après à la douleur ?

S : Tu reviens toujours à la douleur. Et je pense qu'aux urgences c'est primordial. Parce que je pense qu'une des raisons pour lesquelles on en arrive à des urgences débordées, c'est qu'un moment donné, notre relation patient/médecin n'est pas bonne, qu'on n'a pas rassuré les gens,

donc ils viennent pour un service, mais on leur rend un service sans leur rapporter un emballage si tu veux. Mais il y a un emballage qui est nécessaire. Il y a un emballage, il y a à rassurer. J'en suis des patients, mais alors ça c'est pas mal : le patient ami. Moi j'en soigne trois par jour des patients amis tu vois. À force d'être empathique, tu en deviens sympathique et tu as beaucoup d'amis et tu soignes presque trois patients amis par jour. Le patient ami, c'est beaucoup plus compliqué. Tu es moins bon avec le patient ami. Tu vois parce que lui, il n'attend pas ça de toi. Je ne sais pas comment t'expliquer, ce n'est pas la même attente. Tu vas trop le rassurer ou il va avoir l'impression que tu le rassures trop parce qu'il te connaît. Il s'est déjà projeté en toi l'ami et donc tu as du mal à revenir, mais je le fais. Ça ne me gêne pas du tout de le faire, mais souvent, on me dit : oui, mais tu t'en fous toujours des petites douleurs, toi tu ne fais pas attention. Tu vois ce que je veux dire ? Je sais qu'avec les amis, je suis moins bon. Pourtant j'essaie d'être objectif justement et de les rassurer avec ce particularisme en plus que je pense qu'ils connaissent et que j'espère que je vais les rassurer plus rapidement que quelqu'un qui ne me connaîtrait pas. Donc je fais peut-être moins d'efforts dans la relation si tu veux et en fait je me plante souvent. Souvent, j'ai des amis qui me disent, mais toi tu t'en fous, tu dis jamais que c'est important. Donc tu vois l'écoute donnée aux amis n'est pas la même que l'écoute donnée aux patients.

P : C'est ça. Alors avec le patient tu es vraiment dans cette recherche dans ce qu'on a appelé d'alliance, de rencontre, de confiance, etc. là tu te dis elle est établie, mais cette impression qu'a le patient que tu t'intéresses à lui vraiment, que tu recherches à travers tous ses gestes, ce regard, etc. L'ami, tu ne l'as pas, car tu es plus sur un ton de partage sympathique et il n'a pas ce feed-back.

S : C'est emmerdant. Oui, mais parce que je pense que je suis trop moi avec lui peut-être aussi ou trop dans le partage. Parce que s'il a mal je vais partager plus d'émotions avec mon ami qu'avec mon patient. Mais je le soigne quand même contrairement à certains de mes collègues qui sont dans l'incapacité... mais d'ailleurs il y en a qui doivent se rendre compte de ça, car souvent on dit je ne veux pas le soigner, car je ne vais pas faire ce qu'il faut. C'est vrai que souvent tu vas minimiser quand tu connais, tu ne vas peut-être pas être à l'écoute, tu vas dire : tu me fais chier tu as mal au cul tous les matins. Donc c'est très compliqué, les amis. Mais je les soigne quand même et en général, je me laisse plus faire par un ami que par un patient. Tu comprends ? Pour une céphalée, je vais lui faire plus facilement le scanner que le

truc. Parce qu'il me connaît et qu'il va dire : tu me le fais pas, car tu penses que je n'ai rien, donc je vais aller dans l'autre sens. Mais c'est chiant. Enfin c'est chiant, c'est moins optimal.

P : M, tu avais une question ?

M : Non là comme ça je n'ai rien qui me vient.

S : Mais c'est rigolo après, ça. Je n'essaie pas de... il y a des bornes quoi et un cadre. Il y a le cadre. D'ailleurs le cadre pour moi, c'est toujours important. J'ai beaucoup de mal à travailler avec les associations. Et pourtant je travaille tous les jours avec le milieu associatif, mais même le monde associatif se rend compte du professionnalisme nécessaire dans la bienveillance associative. Tu vois ?

P : Que l'on ne travaille pas à la tripe, qu'on ne travaille pas à l'émotion, qu'on ne travaille pas à coup de cœur ?

S : Voilà, sinon tu ne remets jamais le cadre en plus. Tu ne peux pas être méchant si tu es trop bon. Je ne sais pas comment... si tu as été trop bon, tu ne peux plus dire à un moment donné stop.

P : Tu t'es grillé, car justement tu cherchais à allier l'autre ?

S : Allier l'autre dans ton sentiment en fait. Voilà, c'est ça qui n'est pas bon. Partager un groupe de sentiments, je ne sais pas comment t'expliquer tu vois, mais ça, ça me semble pas bon parfois.

M : ça rejoint ce que vous disiez, sur le fait que d'être trop empathique, c'est négatif ?

S : Voilà, alors de l'empathie émotionnelle sympathique.

Entretien avec le Professeur V.

P : Je souhaiterais que vous me parliez de la communication avec les patients.

V : *Inaudible* (...) Parce qu'en fait, le problème de l'information, c'est que pour les suites de soins, si les suites de soins ne sont pas faites, le patient perd confiance avec le médecin. Donc, quand les choses ne sont pas graves que la vie n'est pas en danger, je fais une information complète et je lui décris ce qui va se passer. Il en prend trop dans la figure en peu de temps, mais quand je lui dis par exemple il faudra vous greffer la fracture dans trois mois ou dans six

mois ça me permet de lui dire : « je vous avais dit et répété », « ah oui vous me l'aviez dit ça qu'on allait me refaire peut-être une greffe ».

Parce qu'il faut l'opérer deux fois, je lui dis il va falloir faire plusieurs opérations parce que ceci cela. Je me suis aperçu que les patients de traumatologie pensent que l'on peut faire des choses en une seule fois. Et qu'il gardait confiance en l'équipe médicale, s'il y avait des suites de soins longues, donc j'essaie de leur dire voilà on va faire ça ça et ça, puis il va se passer ça ça et ça puis peut-être ça va se consolider du premier coup peut-être il va falloir faire une greffe osseuse, etc. ... Vous avez telle pathologie sachez qu'il y a telle ou telle complication possible habituelle.

Je leur en dis trop peut-être, mais dans le cadre des urgences je le leur dis. Après en consultation je le leur dis autrement parce que sinon il perd confiance.

P : Donc lors du premier entretien, vous êtes complet...

V : Maintenant je n'ai plus de premier entretien parce que je ne fais plus d'urgences, mais lorsque j'en faisais j'essayais d'être assez complet pour leur dire à peu près ce qui allait se passer ; par exemple une fracture du fémur, je leur disais vous avez une fracture du fémur, on va vous mettre un clou, ce n'est pas une fracture complexe, ça devrait se consolider, *a priori* vous n'aurez pas de problème, ce ne sera pas nécessaire de vous faire d'autres opérations, peut-être qu'il faudra vous enlever le clou dans deux ans si ça vous gêne, mais *a priori* on peut espérer un bon résultat.

Dans le cadre de l'urgence, je ne les avertis pas du risque thérapeutique parce qu'ils n'ont pas le temps de le digérer.

P : Ça c'est pour tout ce qui est donc des situations où le risque vital n'est pas engagé. Vous avez une autre approche quand il y a une gravité ?

V : Quand le risque vital est engagé, je dis la vérité à la famille. Pourquoi, lorsque le pronostic vital n'est pas engagé, je leur dis beaucoup de choses ? Je leur disais beaucoup de choses parce que le risque vital n'était pas engagé. Quand le risque vital est engagé, je ne dis rien au patient parce qu'on ne peut pas dire au patient, vous êtes paraplégique, je vais vous opérer. Vous êtes tétraplégique (il y a 30 % de décès chez les tétraplégiques), je vais vous opérer vous avez 30 % de risque de mourir, c'est pas possible. Alors je leur dis on va vous opérer, je suis assez bref, par contre à la famille je leur dis voilà il est tétraplégique, on va l'opérer sachez

que c'est grave que sa vie est en danger, qu'il peut mourir à tout moment, je ne peux pas vous dire s'il va récupérer ou pas. Ça, je le leur dis.

P : Si quelqu'un justement est tétraplégique, enfin il est arrivé un accident, vous avez le sentiment qu'il ne remarquera plus...

V : Dans le cadre de l'urgence, je ne leur en parle jamais, à la famille je le dis. Et en postopératoire, je demande au patient s'il a des questions à poser. S'il dit non je n'ai pas de question à poser, je ne lui dis rien parce que le type qui voit que ses jambes ne bougent pas souvent il ne veut pas être au courant, je le fais consigner sur le dossier « le patient dit qu'il n'a pas de questions à poser ».

P : Est-ce que... On en parlait avec une infirmière... Elle disait avec Monsieur V. les annonces sont assez directes et il va même susciter la réaction du patient pour qu'il puisse avoir de la colère et donc le patient a de la colère vis-à-vis de vous et essaie de vous prouver par le contraire que vous aviez tort...

V : Après souvent les patients quand je leur dis par exemple (dans le cadre de l'urgence, je ne leur dis pas, mais en post opératoire je leur dis), vous savez on va se battre pour vous sauver votre jambe sachant que ce n'est pas du tout sûr qu'on puisse sauver votre jambe et vous allez peut-être être obligé d'avoir une amputation, je leur dis. Alors c'est mal interprété par les patients et surtout ils retiennent simplement que je leur ai dit qu'on allait leur couper la jambe parce que j'ai beaucoup de patients qui viennent après et qui me disent : vous avez vu on ne m'a pas coupé la jambe. Eh bien, je n'ai jamais dit qu'on allait vous couper la jambe, je vous ai dit que vous risquiez l'amputation, mais qu'on va se battre pour la sauver, et ils oublient : on va se battre pour l'éviter.

P : Oui ils ne retiennent qu'un mot, c'est le mot qui est une bombe atomique...

V : Ils retiennent que c'est l'amputation. Ça, je ne le dis pas dans le cadre de l'urgence. De toute façon dans le cadre de l'urgence le patient ne peut pas digérer l'avertissement thérapeutique et l'avertissement physique et puis si on le lui donne il va avoir une telle tension quand il arrive au bloc, qu'il va faire un arrêt cardiaque (sourire). Dans le cadre de l'urgence je ne leur dis rien, mais après quand ils ont été opérés, je fais la visite, je leur dis voilà vous avez ça et ça, c'est grave, il peut se passer ceci, il peut se passer cela, il peut y avoir une infection, il peut même y avoir une gangrène, on peut même être amené à faire des gestes

radicaux sur votre jambe, on va se battre pour éviter l'amputation et ils retiennent que je leur ai dit qu'on allait couper la jambe, mais je le dis quand même...

Je le dis quand même et je parle comme ça et je le fais consigner dans le dossier parce que dans ma jeunesse, je ne disais rien au patient et les patients ne comprenaient pas pourquoi on ne réglait pas en une fois leur problème de jambe. Les amputations c'est souvent pour les jambes et ils ne comprenaient pas pourquoi on ne réglait pas leur problème en une fois. Alors je pense que pour le patient même s'il est en colère contre moi de lui dire que c'est grave, qu'il faudra faire plusieurs opérations, ça lui permet de digérer le fait que des fois on va l'opérer pendant un an ou deux ans successifs... vous comprenez ?

P : Donc vous avez peu à peu construit cette stratégie-là...

V : J'ai construit cette stratégie-là lorsque c'est grave, parce que j'ai remarqué que les patients ne comprenaient pas pourquoi on ne règle pas en une fois leur problème de traumatologie.

P : Qu'est que vous avez fait évoluer d'autre depuis votre pratique du début jusqu'à maintenant ?

V : Je n'annonce pas au patient paraplégique ou tétraplégique pour qui je pense que la paraplégie ou la tétraplégie sera définitive, sauf s'ils me le demandent et je ne leur dis pas : est-ce que voulez savoir si vous allez remarcher ou pas, c'est un peu compliqué.

Quand je pense qu'ils vont rester tétraplégiques ou paraplégiques, je leur dis avez-vous des questions à poser ? Et s'ils posent la question fatidique, je leur dis oui je pense qu'il y a un fort risque que vous restiez comme ça, que j'évalue à... si j'évalue à 100 % je leur dis 90 %... Voyez je laisse une porte d'espoir, voilà quand ils posent la question.

Quand je vois que le patient va récupérer, parce qu'avec l'habitude et avec l'âge, je sais ceux qui vont récupérer ou pas, donc quand je sais que le patient va récupérer et que je lui demande est-ce que vous avez une question à me poser et qu'il me répond non, et bien je lui dis : écoutez je pense que ce sera long, mais on va réussir à vous faire marcher peut-être pas comme avant, mais on va réussir à vous faire remarcher, et ça je ne le dis que si je pense, c'est-à-dire que même s'il m'a dit qu'il ne voulait pas savoir, je le lui dis si je pense qu'il va récupérer, sinon je ne le dis pas.

P : Quand vous entrez dans la chambre du patient, vous avez des trucs que vous avez mis en place ?

V : Quand je rentre dans la chambre du patient, je regarde tout ce qui est dans la chambre, ça apprend beaucoup de choses. Déjà si je vois des photos et des images faites par des enfants, je sais qu'il a un enfant qui vient le voir. Je regarde dans la table de nuit s'il fume et s'il fume, je lui dis qu'il faut qu'il arrête de fumer. Je regarde s'il a des chapelets ou des trucs religieux, je lui dis que c'est bien de prier Dieu et que nous, on n'est pas des dieux, mais qu'on va tout faire pour réussir ; des phrases comme ça toutes cuites. Mais, je n'hésite pas à dire, quand je sais que le traitement va être long et complexe, je n'ai aucune hésitation à le dire au patient parce que le patient il va se révolter contre moi, ça va durer un certain temps, mais après il va accepter le traitement long et complexe et s'il garde sa jambe et qu'il remarque, finalement il comprendra que cela a été difficile. Parce que le problème c'est que le patient peut perdre confiance quand c'est grave, donc, si on ne l'avertit pas que c'est grave et qu'on devra faire des gestes itératifs, en général, il change, il perd confiance, après ça se passe mal, il va à droite et à gauche, il fait de l'errance médicale jusqu'à ce qu'il trouve le bonhomme qui lui dise, qui trouve pas d'ailleurs..., mais jusqu'à ce qu'il trouve quelqu'un qui lui dise voilà, on va essayer de vous guérir. C'est un moyen pour garder la confiance du patient, il perd immédiatement confiance en moi quand je lui dis que c'est grave, mais en pratique, il va garder la confiance dans l'équipe, car finalement on l'a averti que c'était grave et il comprend qu'on va l'opérer plusieurs fois. Je leur dis, il va falloir faire plusieurs opérations, je leur dis tout, les infirmières vous l'ont dit d'ailleurs. Et ils me demandent des pourcentages, je les leur donne, je leur dis c'est difficile, mais je leur dis voilà, c'est soixante-dix chances sur cent pour votre jambe, on a une chance sur deux pour sauver votre jambe, on va se battre. Ils retiennent simplement que je leur ai dit qu'on allait les amputer, c'est systématique.

P : Dans le premier temps de l'entretien quand vous rencontrez le patient pour la première fois...

V : Quand je rencontre le patient pour la première fois, c'est quand je fais la visite (je fais la visite trois fois par semaine) et je dois voir quatorze patients pendant la visite.

P : D'accord...

V : Et pour ces quatorze patients, il faut bien comprendre qu'à l'heure actuelle il y en a huit qui sont grabataires obnubilés avec des troubles de la conscience, ceux-là on ne leur dit rien du tout, ils ne sont pas capables de recevoir le message. Alors c'est des soins conventionnels

sans leur dire, car des fois il y a des gens qui ne comprennent pourquoi on leur fait des soins, alors on dit parce que vous avez une fracture du col du fémur et s'ils ne comprennent pas je leur dis, regardez votre jambe a un pansement, ils ne comprennent pas. Je leur dis : regardez quand je bouge votre jambe, voyez ça vous fait mal à la hanche c'est parce que vous venez d'être opéré, mais j'en dis pas plus parce qu'il ne sert à rien sur une vieille dame semi-consciente de vouloir refaire le monde. Donc sur quatorze, il y en a huit qui ne sont pas très conscients, après il y en a six avec lesquels on peut discuter, sur ces six avec lesquels on peut discuter il y a rarement plus d'un cas grave. Les autres c'est de la banalité, je leur dis voilà vous en avez pour trois mois, ou six mois, quelle est votre profession ben voilà vous pourrez reprendre le travail, vous n'aurez pas de grosses séquelles, ça ira, il faudra peut-être vous enlever le matériel, des banalités et après quand je pars, je leur dis : « je vous dis merde », très souvent je souhaite la merde aux gens parce que ça porte bonheur et là vous en avez neuf sur dix qui vous disent « je vous remercie », et il y en a un sur dix qui vous dit pourquoi vous me dites « merde », parce que ça porte bonheur, la plupart ils comprennent. Mais ça, c'est pour les cas banals, un sur quatorze à peu près est grave et va nécessiter là que je reste plus longtemps...

P : Vous vous asseyez dans ces cas-là ?

V : Des fois je m'assois à côté, mais c'est pas une bonne chose parce que je ne le vois pas quand je m'assois, ce ne sont pas des chaises, mais des gros fauteuils qu'on ne peut pas mobiliser donc des fois je m'assois, mais des fois je reste en face. Je m'assois si je vais rester vraiment longtemps sinon je reste en face de lui pour qu'il me voie et je le regarde dans les yeux.

P : Vous avez du monde autour de vous ou parfois vous dites aux gens...

V : Oui, l'infirmière, l'interne, les étudiants, il y a toujours quatre ou cinq personnes. Mais après quand je les revois la semaine d'après, je leur dis, alors voilà, bon ben voilà, ça va pas si mal que ça, bon on va pouvoir vous faire partir, mais vous savez qu'il va y avoir d'autres gestes.

P : Le fait... Quand vous arrivez dans la chambre... Dans cette première minute... Parce que vous dites bien que votre objectif, c'est qu'il y ait une alliance qui se crée...

V : Mon objectif, c'est de l'avertir pour qu'il comprenne bien que ça va être long et que ce n'est pas parce qu'on est des glands que c'est long, mais parce que c'est compliqué que c'est long.

P : Mais est-ce que vous posez ces questions au départ, il vous arrive parfois de poser une question ouverte, en disant bon voilà qu'est-ce que vous avez compris de ce qui vous arrive ?

V : Oui, je leur dis qu'est-ce que vous savez ? Des fois quand ils sortent du coma, etc. ou qu'ils reviennent d'un autre service, je leur dis qu'est-ce que vous savez de votre état, qu'est-ce que vous voulez savoir, est-ce que vous avez des questions à me poser ?

P : S'ils commencent à dévier sur des choses qui ne sont pas purement cliniques, qui sont de l'ordre de l'inquiétude, de leur vie.

V : Non quand ce sont des choses de leur vie, quand ce sont des artisans, etc. ... d'avoir une fracture de jambe, c'est une catastrophe. Je leur dis oui je sais, mais je ne leur en dis pas plus. Par contre quand ils dévient sur des peccadilles par exemple : « je dois aller chez le notaire la semaine prochaine ou dans trois jours ou je dois aller au mariage de ma cousine ou un autre truc », je leur dis écoutez c'est secondaire, je ne sais pas si vous avez bien compris, on est en train d'essayer de vous sauver la jambe, donc ça devient totalement secondaire. Ou alors quand ils me parlent de rééducation, non ce n'est pas la rééducation là, la rééducation ne va rien vous apporter, il faut faire des opérations, la rééducation on verra plus tard, là il n'y en a pas, il faut que ça cicatrise.

P : Il y a eu des cas où, maintenant avec le temps, vous vous dites, là il y a eu des choses sur le plan éthique qui vous restent en tête, vous vous dites que là, on n'a pas été...

V : Le problème c'est que les gens n'acceptent pas l'information thérapeutique : je me rappelle d'une patiente qui avait plusieurs lésions et devait être transportée à 60 km de Nice, et donc je dis à la patiente : voilà vous avez ça, ça et ça, je tiens à vous dire que c'est très grave, vous allez quitter Nice pour aller là-bas, il faut que vous soyez suivie par un chirurgien... Le problème c'est que c'est un pronostic lourd, de récupération fonctionnelle très lourd parce que ceci parce que cela, je le leur dis et j'ai eu une plainte au Conseil de l'ordre parce qu'une patiente s'est plainte que je ne l'avais pas encouragée et que je lui avais dit, que je lui avais décrit un état grave alors qu'elle venait d'avoir un accident et elle pensait que je devais l'encourager. Dans une plainte au Conseil de l'Ordre, j'ai répondu que je l'ai

prévenue des risques encourus et qu'il me semblait nécessaire que la patiente sache qu'elle ne pouvait pas se balader dans la nature, qu'il y avait des choses à faire, etc. ... Ça s'est arrêté là. Difficile à gérer l'information quand on ne meurt pas. Par contre quand ils doivent mourir en cause certaines fractures métastatiques ou on reçoit des gens qui ont une espérance de vie de deux mois, je ne leur dis rien du tout, je ne leur dis pas qu'ils vont mourir. Je leur dis oh, là là, vous avez (je leur mens quand le pronostic vital est engagé à court terme, je mens au patient) je leur dis vous avez de l'ostéoporose due à votre cancer, on est obligé de vous opérer, maintenant ça va bien, il faut vite que vous retourniez pour être suivi par le cancérologue. Ça veut dire qu'on a fait une opération palliative pour pas qu'il souffre et qu'il n'y en a pas pour longtemps malheureusement. Je ne le dis jamais ça, jamais.

P : Est-ce que le risque c'est pas que si tous les praticiens font chacun de leur côté ce raisonnement de se dire je ne leur dis pas...

V : J'ai vu plusieurs patients avec le cancérologue, nous sommes très forts parce qu'il leur dit qu'ils ont un cancer, qu'il va falloir faire un traitement et quand le patient pose la question fatidique de savoir : est-ce que je vais m'en sortir ou pour combien j'en ai ? Ils ne leur répondent pas, ils leur disent toujours la même chose, c'est un peu difficile à savoir, il faut voir la réponse que vous faites au traitement, je peux pas vous le dire à l'avance... moi, je ne leur dis rien quand ils vont mourir.

Par contre, quand ils ont une maladie grave et sauvable, je suis très ferme par exemple un ostéosarcome, c'est une maladie mortelle...

P : Vous employez ce mot-là ?

V : Oui, on n'est pas dans la dentelle, il va falloir faire le traitement qu'il faut, c'est un traitement d'exérèse massif, vous garderez des séquelles, le but du traitement, ce n'est pas de vous faire marcher comme avant, mais de vous sauver la vie. Donc vous aurez des séquelles...

Par exemple, il y a un petit jeune, j'ai eu deux petits jeunes cet été qui avaient vingt ans et qui avaient chacun un ostéosarcome, je leur ai dit la même chose... La jeune fille m'a dit (mais elle avait été envoyée par le cancérologue) : je ne pourrai plus courir, je ne pourrai plus... Je lui ai dit : mademoiselle j'ai le regret de vous dire que vous marcherez, mais pas comme avant, si vous arrivez à remarcher en boitant, ça sera très bien, on s'en contentera et sachez

que le but de la chirurgie n'est pas de restaurer votre fonction, mais de vous sauver la vie parce que la nana, les deux étaient en même temps, un le matin, l'autre dans la même journée, le but de ce traitement c'est de leur faire comprendre qu'il vont avoir un traitement par chimiothérapie lourd, une chirurgie lourde et après la chirurgie encore de la chimiothérapie. Donc un patient ne peut pas adhérer à un traitement qui va s'étaler sur un an, ça s'est mon opinion, si on ne lui fait pas comprendre que sa vie est en danger. Alors c'est sûr que, quand on a dix-huit ans, qu'on est belle comme un cœur, qu'on a des formes masculines ou féminines de dix-huit ans et qu'un bonhomme qu'on n'a jamais vu vous parle de la maladie qui est mortelle et qu'il va falloir se battre pour lui sauver la vie, c'est sûr que ça passe mal.

P : Dans ces moments-là, vous avez des émotions ?

V : Non, si vous avez des émotions, vous ne pouvez pas faire le métier. On les a les émotions quand on est jeune, après on est obligé de les perdre parce que sinon, vous ne pouvez pas... Reprenons le cas de ces deux ostéosarcomes, un je lui dis je vais enlever la tumeur en entier, vous ne relèverez plus le pied, votre pied ne marchera plus. Il a dix-neuf ans ou vingt ans, comment on peut dire à un patient que je vais l'opérer, lui enlever la tumeur, en enlevant la tumeur je vais enlever volontairement des tissus sains parce que cela fait partie de la règle de la chirurgie et qu'il ne relèvera plus le pied après l'opération, il portera des chaussures orthopédiques, on fera peut-être des opérations palliatives. Si je ne lui dis pas qu'en fait le but, ce n'est pas de le faire marcher ou de lui enlever ses douleurs, mais de lui sauver la vie. Il ne peut pas l'accepter. Le garçon par exemple puisqu'ils ont eu lieu le même jour, le garçon l'a très bien accepté et la jeune fille, elle est partie en pleurant. Alors je lui demande si elle veut voir un psychologue, ils vont voir d'autres médecins qui leur disent la même chose, qu'ils ne veulent pas les prendre en charge, qui les renvoient.

Si je ne lui dis pas ça, si je reste moyen dans l'information et qu'il s'aperçoit que le traitement c'est ça, parce qu'au fur et à mesure, il va s'en apercevoir quand on va lui dire on va vous opérer, on va vous faire la chimio, etc. ... il ne peut pas avoir confiance au premier bonhomme s'il ne lui a pas dit la vérité, qui était dubitative, qui était évidente, si je lui dis je ne sais pas ce qu'on va vous faire bien que le sachant, comment vous voulez que je puisse le prendre en charge par la suite ?

P : Vous avez l'impression que si vous laissiez transparaître des émotions si vous vous laissiez pénétrer par la situation, vous ne seriez plus bon ?

V : Je ne peux être bon et surtout je ne peux pas le vivre, là c'est pour moi, parce que ces deux jeunes gens par exemple... le cas de ces deux jeunes gens sont... Tous les deux en même temps, on les a toujours vus ensemble, ils ont fait leur chimiothérapie ensemble, ils ont été opérés l'un le mardi l'autre le mercredi pour une raison de problème d'horaire... Non, ils ont été opérés le jour même, la biopsie a été faite le jour même et l'opération a été faite le jour même... Ces gens-là on va les suivre X temps, si vous ne leur dites pas la vérité d'emblée, vous ne les prendrez pas en charge...

P : Mais là ça parle de leurs émotions à eux, moi ce qui m'intéresse aussi, c'est vos émotions à vous, pourquoi...

V : Je suis blindé parce que si je ne suis pas blindé, je ne peux pas vivre.

P : Ce serait trop dur ?

V : C'est trop dur parce que le garçon je ne lui ai pas (pour parler vulgairement), je lui ai coupé volontairement le nerf sciatique en le lui disant à l'avance, il se retrouve avec une paralysie de la jambe et en fait je l'ai mutilé ce bonhomme, je l'ai mutilé, il va boiter toute sa vie. Je prends en charge un mec de vingt ans et je le mutile... La fille, pareil, le même âge, belle comme un cœur avec des seins tout ce qui faut comme une fille peut-être belle à vingt ans, on lui fait une cicatrice de vingt ou trente centimètres, on lui met une grande prothèse de genou qui ne donne pas de résultat miraculeux qui faudra changer... Et en plus je lui ai tout dit : votre prothèse vous n'allez pas la garder à vie, il faudra la changer plusieurs fois, et je vous avertis que les changements sont... Je souhaite que vous ayez des changements ça veut dire que vous allez vivre longtemps... mais ça ne donne pas toujours de bon résultat et puis je vous avertis que dans la littérature le risque d'infection après la première opération est de 20 %...

Si tout ça survient et que vous ne l'avez pas avertie à l'avance, le patient n'a plus confiance au médecin même s'il vous en veut pendant 10 jours, une semaine, si tout ce qui est prévisible survient, il y a une chose qui est prévisible à 100 % c'est que autant l'un que l'autre, ils ne vont pas marcher comme avant... Si vous ne l'avertissez pas, il va faire le tour de France pour

savoir pourquoi il est comme ça, il est venu, il avait un bobo au genou, il souffrait pas, on lui a fait une radio il se retrouve à boiter.

D'ailleurs quand on a des gens qui ne comprennent pas le français, je me rappelle par exemple d'une hydatidose de tout le fémur, la maman ne parlait pas le français, elle n'était pas allée à l'école, dans son pays elle n'était pas allée à l'école, elle n'avait aucun moyen de comprendre ce qui se passait même si on prenait des traducteurs, elle ne pouvait pas savoir ce qu'était un kyste hydatique et de la gravité d'un kyste hydatique osseux qui s'appelle vulgairement le cancer blanc de l'os, elle n'a pas les moyens de comprendre tout ça et donc elle n'a rien compris à ce qu'on lui a dit et bien je vais vous raconter la suite, vous allez voir pourquoi ça pose problème. Vingt ans, trisomique 21, nord-africain, ne parle pas et la maman qui surveillait cet enfant depuis la naissance puisqu'il était handicapé ne parle pas un mot de français, il ne va pas à l'école.

Il a une fracture sur kyste hydatique, on sait par expérience que c'est un drame qui va se terminer par le décès du patient. La maman elle ne comprend pas ce qu'on lui fait, je lui dis c'est grave j'appelle des traducteurs qui ne peuvent même pas traduire kyste hydatique et de toute façon elle ne sait pas ce que sait donc le problème il est réglé.

Et bien cette femme m'en a voulu parce que son fils ne guérissait pas. Il a une hydatidose diffuse qui s'est aggravée et elle a changé plusieurs fois de chirurgien tout en restant à l'intérieur du CHU, elle ne me ramenait pas son fils parce qu'elle n'a jamais compris pourquoi elle avait amené un fils sain, elle se trouve avec un fils handicapé qui d'ailleurs est mort d'hydatidose générale au bout de sept ans. La maman ne l'a jamais compris. Elle n'a jamais compris parce qu'elle ne parlait pas un mot de français et qu'elle n'avait aucune instruction lui permettant de comprendre que c'était une maladie grave de l'os.

Pour elle il est tombé, il s'est cassé le fémur donc on n'a pas pu avoir le transfert de communication pour avertir la patiente de la gravité de son fils. Pourtant on a pris des traducteurs, mais ça n'a pas marché, donc ce patient, il a été en errance thérapeutique.

P : Donc l'information telle que vous la faite d'habitude n'a pas pu être faite. Mais moi la question, vous parlez de pas mal de cas d'adolescents, de jeunes. Quand vous soignez ces jeunes-là, cette question vous pouvez ou pas y répondre, est-ce que justement vous avez en tête vos enfants ou des jeunes ?

V : J'ai en tête mes enfants ou des jeunes, mais j'essaie de ne pas y penser parce que on peut avoir de la sympathie, mais la limite entre la sympathie et l'empathie, c'est difficile. On peut avoir de la sympathie pour ce patient, mais il ne faut pas que l'on en souffre, parce que sinon on ne peut pas faire le métier de chirurgien, on peut faire plasticien, esthéticien, refaire des tétons, des trucs comme ça, mais quand on opère des gens qui vont mourir... J'ai fait beaucoup de tétraplégiques et de paraplégiques dans ma vie jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans, je les opérerais tous, tous ceux du CHU pratiquement. Si vous avez une gamine de vingt ans ou un gamin de vingt ans qui est paraplégique ou tétraplégique et que ça pouvait être mon fils et que vous voyez votre fils... C'est pas possible surtout si ça vous arrive une fois tous les deux mois d'en voir un, c'est pas possible, on ne peut être que détaché du patient.

On peut avoir de la sympathie, mais on ne peut pas avoir d'empathie même s'il n'y a pas une grande différence entre les deux.

On peut se dire c'est terrible ce qu'il lui arrive, j'ai conscience de la gravité de son état, des souffrances qu'il va avoir, mais on ne peut pas prendre sur soi les souffrances qu'il va avoir, il ne faut pas que ça retombe sur le thérapeute, c'est pas possible. C'est comme l'infirmière de chirurgie pédiatrique, j'ai vu ça quand j'étais interne, qui aimait un enfant malade et quand l'enfant malade a quitté le service après six mois d'hospitalisation, pleurait, partir en dépression parce qu'elle avait considéré que cet enfant était comme le sien, donc sympathie, mais pas empathie. Vous comprenez ?

Là je viens de voir une vieille dame de quatre-vingts ans qui est tétraplégique à la suite d'un accident. J'ai dit au fils la vérité, je lui ai dit votre maman a une chance sur trois pour récupérer, une chance sur trois pour mourir maintenant assez rapidement puisque qu'elle ne bouge pas, donc à quatre-vingts ans on ne peut pas vivre, et puis elle a une chance sur trois pour s'éteindre tout doucement avec douleurs d'ici cet été. Donc ce qu'il faut souhaiter c'est que Dieu la rappelle si elle ne doit pas guérir et si elle doit guérir et bien que Dieu ne la rappelle pas.

Par contre je vais voir la patiente et je lui dis « Alors ma belle ça va ? » Mais quand c'est grave, je ne le dis jamais au patient sauf si l'acte thérapeutique va être mutilant et ce qu'on va réaliser doit être accepté par le patient, et on ne peut pas faire accepter un acte thérapeutique

mutilant si on ne lui dit pas que sa vie est en danger. Vous comprenez ce que je veux dire ? si on ne lui dit pas, le patient ne comprend pas.

Avant je ne le faisais pas, c'est ça le problème et je perdais des patients. Maintenant ils me haïssent, mais tant pis. Je les perdais parce qu'ils voyaient qu'il y avait eu une hésitation de ma part donc je les perdais.

P : Vous avez fait plusieurs fois référence à la foi des patients, à leur conscience...

V : Non, mais je fais référence à... leurs idéaux... voilà. Il m'arrive très souvent de leur dire : eh bien, ça va, ça s'est bien passé, vous avez eu de la chance... Je leur dis par contre quand ils sont fracassés et qu'ils s'en sont sortis et qu'ils ne sont pas morts, je leur dis vous avez eu de la chance, vous auriez pu mourir avec tout ce que vous avez, vous pouvez porter un cierge à Laghet, mais maintenant on a du travail sur la planche... Mais il ne peut pas comprendre le patient que nous on va avoir du travail, ça va durer un an pour faire toutes les opérations si on ne lui fait pas comprendre au début qu'il aurait pu mourir.

P : Quand ils se sentent agressés, qu'ils ont de la colère vis-à-vis de vous, vous...

V : Ça me passe au-dessous comme une lettre à la poste, je m'en fous complètement...

P : D'accord, parce que vous savez que c'est pour leur bien.

V : Non parce qu'ils ne sont pas agressifs, ils pleurent, mais ils ne sont pas agressifs contre moi. Ceux qui sont agressifs contre les soignants, c'est qu'à la base ce sont des gens angoissés ou qui transforment leur angoisse en agressivité ou des gangsters ou des frappes, parce qu'on a beaucoup de frappes. Ici on en a beaucoup qui ont un syndrome de frustration permanente, cela ils sont agressifs, mais là vous ne pouvez rien y faire. Il y a beaucoup de petites frappes qui ont ce syndrome de frustration, qui sont frustrés de tout et qui ne supportent pas de s'être cassé la jambe, avoir reçu une balle de revolver dans le fémur ou qui ne supportent pas d'avoir eu un accident de la circulation à 3 h du matin avec 1,5 g ou 2 g d'alcool. Donc ils en veulent au monde entier, ils sont agressifs, mais bon que voulez vous y faire, ils ne supportent pas d'avoir bousillé leur vie ou d'être obligés de passer deux ans à l'hôpital ou un an le plus souvent soit d'un point de vue pratique soit parce qu'ils étaient ivres morts à 2 h du matin. Ou alors il y a aussi des gens qui ne supportent pas que quelqu'un les ait renversés, mais ceux-là, c'est rare... L'agressivité des patients, il y a la peine des patients, ils sont peinés par ce qu'on leur dit, mais qu'ils soient agressifs c'est très rare. En général ce sont des frappes, de petits

voyous, ceux-là sont très agressifs. C'est des gens qui ont le syndrome de frustration. Ils sont frustrés de tout. Ils sont frustrés parce qu'ils ne vont pas assez vite en voiture, ils sont frustrés parce qu'on les a dépassés, parce qu'il y a un feu rouge, parce qu'il y a un mec devant eux en vélo qui ne roule pas assez vite, parce qu'ils n'ont pas la femme qu'ils veulent, j'en sais rien, ceux-là sont agressifs, sinon c'est rare l'agressivité des patients et je vous dirais même mieux, c'est que depuis que je fais un avertissement des risques thérapeutiques assez complet, j'ai la tristesse des patients, la détresse psychique des patients, mais on n'a pas d'agressivité envers le corps médical...

P : D'accord, ils ont confiance...

V : Ce n'est pas qu'ils aient confiance, on leur dit que c'est grave donc ils sont tristes qu'on leur dise que c'est grave. Voilà. Après pour le problème des amputations secondaires, en général, on commence à leur en parler progressivement et puis ils se renseignent quand ça ne marche pas les opérations de suite. Ils se renseignent autour d'eux, là on fait une préparation. On leur explique d'aller voir les appareilleurs, voir ce qui va leur arriver s'ils se font couper la jambe, etc., mais bon ça ne se passe pas trop mal. Ça ne se passe pas trop mal, car lorsque ce sont des amputations secondaires, ce sont des choses qui sont digérées par le patient, ils y arrivent tout seuls progressivement. Par contre quelque chose qui se passe bien, qui ne pose pas de problème, c'est paradoxalement les amputations post-traumatiques immédiates. Je pensais qu'on pouvait avoir des problèmes, les gens font des manœuvres de deuil qui durent un ou deux mois, mais après ils se réadaptent assez bien à leur vie. Donc on en arrive au fait que les gens qui sont amputés immédiatement, le soir même ou trois jours après, ont une meilleure vie que ceux qui vont être amputés deux ans après. Il y en a beaucoup comme ça. Là quand ils sont amputés deux ans après en général ils sont complètement désocialisés, ils ont perdu leur travail, ils ont perdu leur femme, enfin il y en a qui ne l'ont pas perdue, ils sont au chômage, parce qu'après un certain nombre d'années, ils sont au chômage donc c'est lourd à... Le problème de l'amputation secondaire, comment on en arrive là et quelle est la détérioration du patient, c'est un gros problème : divorce, chômage et dépression. Ça, c'est les amputations secondaires, c'est-à-dire les gens pour lesquels les opérations n'ont pas réussi à préserver le membre.

L'entretien se termine peu après.

Entretien avec le Professeur K.

P : La première question que je voulais aborder avec toi c'est quand tu dois voir une famille ou un patient, car j'imagine que tu as aussi une activité médicale avant la greffe et le don d'organes, qu'est-ce que tu dis, qu'est-ce que tu veux mettre en place pour entrer en communication avec cette famille ?

K : Qu'est-ce que je veux mettre en place ?

En fait ce que je souhaite déjà pour entrer en communication, c'est donner des explications de ce qui s'est passé, faire un état des lieux de santé aux proches. Donc ma première préoccupation est de savoir où ils en sont de la connaissance de leur proche, de l'évolution et de ce qu'on a pu déjà leur raconter, pour essayer de comprendre dans quel état d'esprit ils sont pour essayer justement d'entrer en contact.

Puisque je pars du principe que si je dois entrer en contact avec eux, il faut que je me mette au même diapason que leurs pensées. C'est ce qu'on fait en clinique, on regarde à qui on a affaire, on ne regarde pas le mode éducatif, mais ce qu'ils comprennent, s'ils percutent vite, si visiblement ils sont complètement anéantis par la situation et que tu peux raconter ce que tu veux et y'a rien qui passera. C'est donc déjà par les quelques premiers mots et des réponses spontanées qu'ils vont faire, que ce soit en termes de paroles ou en termes de comportement, de mimiques, de réactions quand ils sont à plusieurs, etc., essayer d'avoir le plus rapidement possible une perception de : à qui j'ai affaire ? Et quel est son niveau de conscience et de connaissance de la situation ?

Et donc à partir de ce premier instant qui est capital, parce que c'est du non-dit, c'est plein de choses qui s'appuient sur des perceptions objectives ou subjectives qui me permettent de savoir comment je vais entrer en contact avec eux. Et d'une personne à l'autre, ça ne va pas être la même chose, ça va être complètement différent même s'il y a des standards parce qu'on connaît les standards de situations qui déclenchent des standards de réactions. Au-delà de ça ben justement le but c'est de voir où ils en sont.

Et après, dans les instants qui vont suivre, tu vas tester, tu vas continuer à tester les réactions dans une sorte d'interaction, une sorte de ping-pong, de réactions qui vont te permettre de mieux comprendre et de finalement arriver à avoir un certain lien de proximité, puisqu'on est d'abord dans une situation de deux mondes qui ne se connaissent pas *a priori* : le monde de la

santé c'est-à-dire moi professionnel de la santé et le monde de tout le monde qui, quel que soit le niveau intellectuel, n'est pas forcément véritablement en lien ou n'a pas le recul suffisant.

Après, il y a différents types de personnalités, il y a des gens qui vont tout académiser et qui vont tout mettre d'une façon rigoureuse, d'autres qui vont partir dans tous les sens et où tu vas être obligé de leur dire sans arrêt : mais ce n'est pas ça le problème. L'exemple type, c'est quand tu parles de la gravité d'une situation et que les proches vont t'interroger sur ce que tu considères, toi, comme un petit détail : et au fait la température est à 38,5 ou bien elle a baissé ? etc.

Donc c'est cette interaction permanente qui permet progressivement... je pars du principe que c'est moi qui dois entrer dans leur monde parce qu'il n'y a que comme ça, il faut que j'apprenne la langue étrangère spontanément de cette personne pour pouvoir communiquer. C'est pas à eux de venir à moi parce qu'ils n'y arriveront pas et que les circonstances ne s'y prêtent pas.

Donc première étape c'est la prise de contact, de savoir à qui j'ai affaire.

Le deuxième niveau est de leur demander d'exprimer ce qu'ils savent de la situation de leur proche. Alors ils vont donner des tas de choses : on m'a dit que, untel m'a dit ça, etc., et c'est là que tu vas voir quel est le décalage entre ce qu'ils te disent et ce qu'ils ont perçu et ce que moi je considère comme étant la réalité du moment.

Donc en fonction de ça, je serai amené soit à confirmer et réexpliquer avec mes mots, éventuellement des nouveaux mots la même chose que ce qu'ils me racontent. Et ça permet aussi de se mettre d'accord sur la véritable compréhension, on acte la situation. Ou alors de m'apercevoir qu'il y a tout à reprendre et que je vais du coup devoir reprendre tout un cheminement.

C'est pour ça qu'on part du principe que l'entretien, la relation, ça se prépare et elle doit d'abord s'appuyer sur le fait d'avoir une bonne connaissance du sujet, c'est-à-dire du dossier, de savoir tout ce que tu peux gratter comme informations, de savoir comment ça s'est passé d'une manière objective traduite par des documents, des rapports, des trucs, etc. et puis tu vas retranscrire un petit peu tout ça.

Donc à partir de là, en fonction du niveau de compréhension de la gravité, soit pour moi les choses deviennent simples parce que de toute évidence ils ont bien compris que les carottes

étaient cuites, soit tu t'aperçois qu'il y a encore un grand chemin à faire avant qu'ils puissent adhérer à cette réalité. Et donc l'objectif, c'est de réexpliquer le cheminement et éventuellement de compléter l'information qui me semblait manquante par rapport à la réalité du jour.

Voilà un petit peu la façon dont je pense qu'il faut procéder et puis après la plupart du temps ça va être un jeu de questions/réponses parce qu'à partir de ce que j'aurais été capable de faire passer, il va y avoir une multitude de questions qu'ils vont aborder ou de choses qu'ils ont comprises ou pas comprises, etc.

En fait, il y a besoin d'arriver à un moment donné à un stade où on est bien d'accord, où on dit tous ensemble la même chose et on a compris la même chose.

Et ce n'est qu'à partir de cette situation, qu'à ce moment-là, en général, si tu veux par rapport à la notion de don d'organes, il y a un temps d'arrêt qui peut être virtuel, mais qui doit le plus possible être je dirais opérationnel et effectif où quelle que soit les questions qu'on peut me poser sur l'après, j'impose un arrêt à ce niveau-là en disant : attendez, on reverra tout ça après, mais on va auprès du patient.

Et donc à partir d'un entretien qui est censé être non pas dans un couloir, mais dans un cadre adapté, comme un bureau isolé où les gens peuvent exprimer un certain nombre de choses, ne pas être complètement pollués par des mouvements circulants, des bruits, des trucs comme ça, puisque c'est un temps privilégié de relation, qui doit être extrêmement privilégié, que les proches comprennent que tu considères que l'élément important du moment c'est cet entretien, c'est cette relation que l'on essaie de créer et de mettre en place.

Surtout en tant que médecin coordonnateur des prélèvements, où je n'ai pas été médecin thérapeute, où il y a d'autres types de relations qui se sont créées... Donc il y a tout ce temps qui est important, de synthèse du moment et comme je dis d'essayer d'avancer un peu plus loin.

Quand on est bien d'accord sur l'information objective et que les choses semblent, non pas acquises, mais perçues, avec le fait qu'en plus tu es avec plusieurs et qu'ils n'ont pas tous la même perception au même niveau et au même moment, il me semble important de faire ce temps d'arrêt pour aller auprès du patient. On dit : on va aller le voir. Et ce temps après du patient qui bien sûr est intubé, ventilé, etc. me permet d'utiliser je dirais une vision et une

situation objectives pour éventuellement confirmer un certain nombre de choses qui ont pu être évoquées avant : vous voyez, il est dans le coma, il n'entend vraiment plus rien, il n'y a pas de réaction, oui y'a un cœur qui bat, on voit le scope. Oui, mais il est encore chaud. Oui, il est chaud, mais vous voyez, il y a une couverture chauffante. La réalité du terrain est une sorte de point d'orgue pour adhérer au discours, besoin de preuve.

Il m'est arrivé des fois de montrer le scanner en disant : voilà dans la tête il n'y a plus rien, vous voyez c'est tout blanc. Il ne faut pas s'offusquer en tant que médecin, professionnel, etc. que les gens ne croient pas du premier coup ce que tu vas leur raconter. Ça ça me paraît quelque chose d'important et c'est parfois le défaut de certains plus jeunes qui considèrent que leur statut, leur diplôme, leur expérience, etc. devraient faire en sorte que leur parole ne soit pas contestée ou contestable. Et en fait, c'est l'inverse que j'adopte, en disant : bon ben j'essaie de vous montrer que (maintenant vous n'êtes pas obligés de me croire) de toute façon moi, qu'est-ce que je suis au milieu ? Rien, c'est la nature qui décide, c'est votre parent qui décide avec son organisme.

De nombreuses fois j'ai expliqué que nous en médecine on n'était pas là pour guérir, mais qu'on était là pour donner un coup de pouce à l'organisme le temps que celui-ci veuille bien se guérir lui-même et donc nous on est là pour apporter des renforts et c'est pour ça qu'il faut être patient, que ça peut être long en réanimation, etc., etc. Bon c'est une parenthèse, car on n'est plus dans la même situation, mais voilà.

Et une fois que j'ai essayé de confirmer par le visuel le contact, le rapprochement avec le Patient : oui le plus important aujourd'hui c'est lui, ce n'est pas vous, ce n'est pas moi, c'est lui là. Et à partir de là, en général, à ce moment-là, c'est eux qui posent la question : bon ben alors maintenant comment ça va évoluer, qu'est-ce qui va se passer ?

Donc en général, on rajoute une couche en disant : de toute façon il faut qu'on confirme le diagnostic et on ne fait pas ça d'une manière simpliste, on a des arguments, on a de la clinique, on a de la paraclinique, on a besoin de confirmer avec le temps la réalité des choses donc on a besoin de refaire un certain nombre d'examens, etc. Et pour qu'il y ait véritablement une adhésion finalement à cette annonce inexorable qui est de dire : c'est foutu.

Donc en général, maintenant qu'est-ce qui va se passer ? Ben en pratique, dans ces situations qui sont quand même assez rares de mourir dans cette situation et d'avoir un diagnostic de

mort, alors que le cœur bat, alors que la poitrine se soulève, mais bon c'est parce qu'il y a le respirateur, dans ces circonstances, il ou elle aurait pu souhaiter être donneur d'organes, du temps de son vivant il aurait pu exprimer le fait : s'il m'arrivait quelque chose, etc. donc du coup je continue en précisant bien que je ne leur demande pas leur autorisation, que je ne suis pas là pour leur demander leur autorisation, mais que je suis là pour voir avec eux à respecter ses volontés.

Donc voilà en gros le cheminement avec, alors ça c'est en réanimation quand les choses sont cuites, mais justement toute la difficulté de l'annonce anticipée à laquelle tu avais assisté...

C'est pour ça que j'ai fait ce déroulé en disant : il faut avancer pas à pas, voilà les types de phrases, les types de marches qu'il faut emprunter pour aller dans cette direction et ne pas sauter les marches et à chaque marche vérifier que tout est bien intégré, être capable de revenir en arrière si à un moment donné on sent que ça coince par incompréhension ou mauvaise compréhension de la situation.

Voilà ce que je peux te dire.

P : Sur ce que tu appelais le contact...

K : La prise de contact

P : Oui la prise de contact, cette capacité à se faire apprivoiser par le patient, tu l'as acquise comment ?

K : Ou les proches. Et bien certainement avec l'expérience déjà. J'ai toujours été... moi je faisais partie des étudiants qui dès la troisième année était dans le service et comme je dis aux jeunes : il faut bouffer du malade, il n'y a que comme ça que tu apprendras ton métier. Il y a toute l'approche théorique bien sûr, mais il faut vivre toutes les situations et se plonger en immersion permanente du matin au soir. C'est la seule méthode, me semble-t-il efficace et donc tout ce que je te raconte maintenant avec mon recul, est certainement le résultat de tout ce que j'ai appris avec toutes les erreurs que j'ai pu commettre pendant toutes ces années, en termes de contact et de relation.

On a tous vécu 20 000 situations diverses et variées par rapport à ce type de relation. Après on peut se faire des catégories de familles, enfin d'approches psychosociologiques et puis il y a toute une série de modèles.

Il y a le modèle effondré, le modèle rigoureux qui va tout intellectualiser, bref il y a tous les modèles possibles et imaginables de psychologie et de réactions à une agression.

Tu as ceux qui tombent dans le mutisme pendant trois heures, tu essaies d'ouvrir l'huître, mais c'est complètement fermé et tu n'en tires rien. Ce n'est pas grave il faut laisser faire le temps, il faut être à côté, savoir utiliser les silences, ne pas avoir peur des silences et justement, cette période où tu vas aller à côté du patient est une période qui me semble très importante surtout avec ceux qui sont mutiques. Tu restes à côté, tu ne bouges pas, tu attends. Alors il ne sait pas ce que tu attends, toi non plus. Tu attends. Et forcément à un moment donné, il va se passer quelque chose. Il va se passer quoi ? Il y a une aide-soignante qui entre dans la chambre qui vient pour changer le truc, du coup tu dis deux ou trois mots d'explication de ce que l'aide-soignante peut faire ou il ne se passe rien ou du coup c'est la personne mutique qui est complètement fermée qui suit du regard ce qu'elle fait... Tous ses petits détails, quoi. Et donc tu vas essayer de capitaliser et de potentialiser tout ça puisque toutes ces petites choses sont comme quand tu grimpes et que tu fais de l'escalade, des petites aspérités auxquelles tu vas pouvoir t'accrocher.

Alors comment et à qui ?

D'abord je pense que ça vient simplement au départ d'une éducation.

J'ai fait partie d'une promotion ou en deuxième et troisième année, on faisait partie des groupes Balint puisque j'étais à Bobigny, qui était une fac expérimentale à l'époque puisque j'ai fait partie des premières promos de la fac de médecine de Bobigny, de l'hôpital franco-musulman ça s'appelait à l'époque et non pas Avicenne comme maintenant. Mais donc on a été trempé très tôt dans toute la médecine psychosomatique. Et donc par le biais de ses réflexions de la médecine psychosomatique, c'est-à-dire de montrer à quel point le psychisme pouvait imposer ou interférer des signes cliniques et des réelles souffrances et des signes cliniques véritablement objectifs par le biais de l'esprit. Donc très tôt j'ai fait partie de ceux qui étaient sensibilisés à l'importance de la relation dans l'aspect curatif et l'aspect médical, de récupérer et détecter des informations que tu vas pouvoir utiliser pour une meilleure compréhension de la situation, que ce soit à propos des patients eux-mêmes ou dans leur relation avec leurs proches, etc.

Après, dans ma vie j'ai connu toutes les situations, même d'agressions, je me souviens en Réa, il y avait tout un groupe à qui j'annonçais la mauvaise nouvelle et finalement c'est celle que j'avais pas prévue qui m'a tiré un coup de boule, parce qu'ils voulaient pas accepter, partant du principe que finalement je n'avais pas réussi à sauver son frère ou son père, et qui étaient dans une situation de déni et d'agressivité contre le corps médical qui n'avait pas été capable de faire certainement bien son boulot, puisqu'on est dans des situations aujourd'hui où on t'explique tellement que la médecine est capable de tout faire, qu'on en arrive à des gens qui ne comprennent pas qu'on puisse ne pas guérir quelqu'un quoi.

Donc toutes ces expériences accumulées, que ce soit dans le cadre de l'urgence en préhospitalier puisque j'ai fait du préhospitalier, j'ai fait ensuite de la réanimation et ensuite médecin-anesthésiste-réanimateur du service de chirurgie où c'est finalement l'anesthésiste-réanimateur qui est le médecin généraliste de ces services de chirurgie et qui a donc pour vocation de faire la synthèse globale de l'individu, alors que le chirurgien a plutôt tendance à rester sur son intervention et la réussite technique de son intervention... mais pourquoi il ne se lève pas ? Pourtant l'opération a bien réussi... Donc c'est bien les anesthésistes-réanimateurs qui sont en charge d'avoir la prise en charge globale du patient et donc du coup aussi d'expliquer aux proches.

Donc je pense que cette accumulation au fil des années dans différents types de services et différents types de spécialités finit par te donner une sorte de comportement qui fait partie plus des réflexes qu'autre chose et qu'*a posteriori* c'est un peu difficile de savoir d'où ça vient. C'est une accumulation, voilà, une série de grains de sable qui a construit une sorte de mur ou de passerelle.

Et puis après, tu as ta vie personnelle, tu as ta vie professionnelle, tout ça c'est un tout.

C'est certainement un boulot, comme je le dis aux plus jeunes : attention ce n'est pas un choix de métier, c'est un choix de vie, c'est véritablement un choix de vie dans lequel tu engages tout ton entourage, donc il faut que ton entourage adhère à ton choix de vie ou que tu sois en phase et qu'ils comprennent et que c'est un tout. Tu n'es pas médecin de 8 h à 12 h et de 14 h à 16 h. Tu es médecin toute ta vie, H24, parce que même quand tu es en congé et qu'il se passe quelque chose à côté de toi, tu vas forcément être impliqué d'une manière directe ou indirecte, soit parce que tu considéreras que tu dois t'impliquer compte tenu de ce que tu

constates et de tes connaissances, soit parce que ton environnement t'impose de t'impliquer en disant : y a-t-il un médecin dans l'avion ou un truc comme ça. Voilà. C'est véritablement un tout. Ce n'est pas comme d'autres métiers où quand tu sors de l'atelier de forge, *a priori* à l'extérieur, tu ne vas pas être confronté à un problème de forgeron sauf si ta voisine te dit qu'elle veut refaire son balcon.

P : Autre question : la place de l'émotion pour le médecin ?

K : C'est-à-dire ? La question est sibylline. La place de l'émotion ?

P : Qu'est-ce qu'on fait de ses propres émotions ?

K : Ben faut trouver l'équilibre, faut trouver l'équilibre, c'est ce qui va faire...

Bon d'abord je pars du principe qu'elles sont indispensables, elles sont capitales ses émotions et elles font partie du tout. Si tu n'as pas d'émotion, ça ne peut pas marcher. Parce que si tu n'as pas d'émotion, que tu n'es sensible à rien, tu ne pourras même pas exercer un minimum d'empathie.

L'empathie étant cette particularité de s'intéresser un peu aux autres, d'être dans l'extérieur et de prendre en compte ce que l'autre t'exprime. Si tu n'as pas d'émotion, tu ne peux pas de mon point de vue... c'est le principe d'un robot sans émotion. Il pourra très bien répondre aux questions préparées, on arrivera à avoir des logiciels qui font tout cela, mais ça ne va pas forcément bien marcher. Donc il ne faut pas les rejeter, elles sont là et on en a besoin.

Maintenant, après, comment gérer cela ?

Ben il faut trouver un savant équilibre entre le fait de maîtriser ses émotions parce que, comme je dis toujours, on ne peut pas porter le deuil de l'humanité entière, d'abord parce que si elles sont trop envahissantes, elles sont inhibantes, elles t'empêchent de réagir correctement, donc c'est le principe du préhospitalier, de la réa, etc., et de ce refuge vers des actes techniques lorsqu'il y a des actes techniques d'urgence à réaliser.

Donc là tu vas maîtriser ces émotions, tu ne vas pas leur dire qu'elles n'existent pas, tu vas leur dire : pour l'instant, je n'ai pas besoin de toi, tu ne dois pas être là. Je parle à l'émotion comme d'un individu à part : tu ne dois pas être là, là j'ai besoin de toute mon énergie et ma concentration pour être le plus efficace possible sur un raisonnement technique et des actes techniques.

À partir de là, tout dépend, tu vas être obligé de les moduler et de faire intervenir tes émotions en fonction du moment. Les émotions, c'est comme une sorte de carburant, de batterie que tu vas utiliser à certains instants pour te donner des ressources. C'est par le biais des émotions que tu peux comprendre ce que l'autre te raconte. Je pars du principe que pour pouvoir entrer en contact il faut le comprendre, pour le comprendre il faut connaître son langage, connaître son langage étant lui dans l'émotion, j'ai besoin moi à un moment donné d'utiliser une certaine dose d'émotion pour être en phase. Mais il ne faut pas pleurer avec les gens. Pour moi l'émotion c'est un moteur qui te fait comprendre ce que l'autre peut ressentir et donc du coup, de comprendre toi comment tu dois t'adapter et si c'est le moment ou pas de dire ça ou de dire ça, etc.

Donc c'est un savant dosage, mais il ne faut surtout pas les rejeter. Elles peuvent te permettre de détecter des choses que tu n'avais pas perçues, de ce qu'ils vivent quoi.

Donc sinon voilà, je ne sais pas trop quoi te dire de plus.

P : Autre question : dans la transmission aux étudiants de médecine, dans ces capacités relationnelles, comment tu vois la façon de transmettre ? Qu'est-ce qui peut se transmettre, qu'est-ce qui ne peut pas se transmettre ? Quels sont au moins les outils pour les pédagogues que ce sont les médecins seniors ?

K : Je te l'ai dit un peu au départ.

Je veux dire par là que la meilleure transmission, c'est par le vrai tutorat au quotidien, c'est la force de l'exemple et c'est le contact, au-delà des mots. Mon ambition a toujours été de vouloir être un exemple, un modèle en disant : voilà ce que je veux te faire passer. Alors après on peut se poser la question de savoir pourquoi je veux te faire passer ça ? C'est autre chose, c'est un autre sujet, mais pour le faire passer, il faut montrer que c'est faisable et donc il faut le faire soi-même. C'est ce que j'appelle la force de l'exemple, la force de l'exemple qui s'appuie sur toute une série de petits détails, de rigueur, de présence, de façon de répondre aux gens, d'être ponctuel, d'être rigoureux dans la rédaction du document, de ne pas considérer que ça c'est un petit détail, ce n'est pas important, etc.

Je crois que si on veut être un bon médecin, il faut être obsessionnel sur un certain nombre d'éléments, alors ça ne veut pas dire que toute ta vie tu es obsessionnel. Tu as des gens qui sont de très bons médecins et qui font du saut à l'élastique ou qui font n'importe quoi après

dans leur vie personnelle parce que c'est un dévouement au contraire, que c'est une autre part de leur personnalité.

J'essaie de leur expliquer que dans la relation, justement tu parlais des émotions, il ne faut pas être en miroir, il ne faut pas être en principe d'action et de réaction, mais en tant que professionnel en situation de crise, il fallait être une éponge, c'est-à-dire il faut absorber, mais surtout pas renvoyer d'emblée, sinon c'est du tac au tac et c'est comme ça que la mayonnaise monte et qu'on en arrive à des conflits qu'on ne sait plus pourquoi ça a commencé.

Donc par rapport aux émotions, justement ne pas transpirer trop de ces émotions débordantes qui pourraient être délétères, donc garder ça pour toi, mais du coup c'est toi qui gonfle l'éponge qui se gonfle, et après quand tu as fini ton boulot, eh ben tu vas presser l'éponge, tu vas faire ce que tu veux, du saut à l'élastique, de la course à pied, du chant en chorale, n'importe quoi pour justement assécher l'éponge et puis après tu reviens.

Mais dans l'action, tu ne dois surtout pas te comporter en miroir, c'est-à-dire qu'il y a un rayon qui arrive, si automatiquement le rayon repart dans l'autre sens de la manière aussi agressive que ce qui t'a été envoyé pour des raisons compréhensibles, ben ça ne débouchera sur rien. Voilà une autre façon de concevoir ces trucs-là.

Alors, qu'est-ce que je veux transmettre aux jeunes ?

D'abord pour moi le moteur essentiel, c'est d'être passionné, point.

Si tu n'es pas passionné, va faire autre chose.

Donc, comment transmettre une passion ? La passion, ça se transmet par la force de l'exemple.

Parce que les gens finissent par se comprendre, par se poser des questions : mais pourquoi il est comme ça ? Et au bout d'un moment ça déteint. Mais c'est toute la partie non rationnelle de notre boulot qui est aussi important que le fait d'apprendre les signes de l'insuffisance cardiaque ou de la néphropathie. Et c'est ça qui fait tout l'intérêt de notre boulot, en sachant qu'en plus, il y a 20 000 métiers totalement différents en médecine, entre un clinicien qui ne fait que de l'urgence, un autre qui ne fait que du soin palliatif, un troisième qui ne fait que de la réanimation au long cours, un quatrième qui fait de la dermato ou le cinquième qui veut faire de la cardio ou l'autre qui va être anatomopathologiste ou biologiste, ce sont des univers totalement différents qui ne reposent pas sur les mêmes fondations, même si le trait commun

c'est la santé et la médecine. Mais quelles valeurs tu attaches à la santé et à la médecine ? Et avec ces vingt mille boulots, je veux dire il est évident que les motivations ne sont pas du tout les mêmes.

À la fois c'est bien parce que c'est un monde à part, un monde à part entière et non pas à part, à part entière et que tu peux au milieu de tout ça choisir en fonction de ta personnalité et de tes objectifs. Il fallait gagner du fric pour les études, donc j'avais été embauché dans une clinique chirurgicale tenue par un patron chirurgien et l'ensemble du corps hospitalier était la communauté religieuse d'à côté, donc le modèle très traditionnel. Et donc ce docteur, chirurgien, le docteur Lebel, ça remonte à loin, 1969, puisque j'avais fait une candidature spontanée pour travailler à la clinique en disant : voilà je cherche du boulot.

P : T'étais en quelle année ?

K : J'étais en première année de médecine. J'avais passé le truc et j'étais entre la première et la deuxième année. J'avais passé le concours voilà. Et donc, je me souviens encore de sa phrase qui me dit : K., tu veux faire médecine ? Alors, écoute, tu vas commencer par apprendre à faire des lits au carré parce que c'est très important qu'en tant que futur chef de service, tu saches exactement ce que tu demandes à tes employés, donc je t'embauche comme aide-soignant, mais tu feras des lits. J'ai commencé comme ça.

Tout ça pour dire que c'est une des phrases que j'ai retenues de l'époque et puis après, avant de faire anesthésie-réa, comme il fallait que je travaille comme beaucoup d'étudiants, j'ai commencé à travailler pendant deux à trois ans comme aide-soignant, donc là tu apprends à être au contact avec les malades qui te racontent leur vie au moment de la toilette, de ci de ça, etc. Après, je faisais partie d'une génération où à partir de la troisième année, on avait théoriquement l'équivalent du diplôme d'infirmier donc j'ai travaillé comme infirmier, j'ai travaillé comme infirmier de nuit dans les cliniques.

Et puis après quand j'ai grandi, car en tant qu'infirmier tu le touches le malade, les émotions, les ci les là, tu apprends plein de choses-là. Après j'ai fait des remplacements d'infirmiers libéraux dans l'arrière-pays. C'était un autre mode d'exercice, j'étais plus grand, je pouvais commencer à me débrouiller et après j'ai fait des remplacements de médecins généralistes, au fur et à mesure, car il fallait avoir validé l'examen clinique, même sans la thèse on commençait à faire des remplacements de généralistes.

Alors tout ça, ce n'est pas pour te raconter ma vie, mais pour te dire que mon apprentissage de tout ce que tu viens d'évoquer vient de toute cette accumulation de petites choses insignifiantes qui ont construit le système et qui ont fait que quand après j'ai continué les différentes spécialités, ça n'a fait que s'accumuler.

Je te redis ça, car le fait que tu me décrives justement le cursus actuel de ces étudiants, quand je te dis que le seul moyen d'apprendre c'est dans le compagnonnage et le contact de 7 h 30 du matin à 10 h du soir en touchant du malade, c'est ça qui fait le fondamental de nos comportements de médecins, de soignants, d'infirmières, d'aides-soignantes, etc., et donc pour moi c'est ce qui manque. On a des études effectivement, comme je dis toujours n'importe quel bac moyen est capable d'apprendre les signes de l'insuffisance cardiaque, une fois que tu as aligné les 10 items, voilà quoi, ce n'est pas ça le fondamental, il faut l'apprendre.

Donc c'est toujours pareil le savoir, le savoir-faire, le savoir-être.

Il y a une base incontournable de savoir, ça ne sert à rien de discuter pour rien si on ne sait pas de quoi on parle, donc il faut acquérir le savoir, il faut l'ingurgiter et après il faut travailler toutes les stratégies pour savoir comment tu vas adapter ton savoir, c'est ce qu'on appelle le savoir-faire.

Il faut le faire, il faut le faire, il faut le faire, il faut rencontrer plein d'insuffisances cardiaques, de se planter, de ne pas se planter. Là on est toujours dans le savoir savoir-faire, mais qui est du domaine technique et là-dessus, tu vas mettre la couche du savoir-être.

Alors on le met toujours dans cet ordre, mais moi je prétends que ça vient trop tard le savoir-être. En fait, on ne doit pas mettre : savoir, savoir-faire, savoir-être. Le savoir-être doit s'acquérir tout le long, en parallèle, en continu, en continu qui du coup sera d'autant plus efficace qu'il va s'accumuler sur toute une série de grains de sable différents, de petites pierres et c'est l'ensemble de ces petites pierres qui finira par faire le savoir-être.

Mais tu ne peux pas construire un château en disant demain je veux un château, non, il ne sera pas là si pendant 10 ans auparavant tu n'as pas amené les pierres pour construire le château. Et c'est ça, notre problème dans la vision temporelle des choses.

Or justement on a toujours dit et j'ai toujours été attaché à ce concept, on dit : je vais en fac de lettres, en fac de droit, en fac de... Non la fac de médecine ce n'est pas une fac de médecine,

c'est une école de médecine, et j'ai toujours défendu la théorie ancestrale de dire : c'est l'école de médecine qui doit mettre les outils nécessaires sur le plan pédagogique pour répondre aux impératifs d'une école et non pas d'une faculté, comme tu as les écoles d'ingénieurs avec ce sens du groupe.

Or, au fil du temps et des années, on a supprimé plein de choses, la tradition, les rituels... Oui, mais ça participait à cette agrégation et cette volonté d'appartenir à un groupe, qui du coup, quand tu veux appartenir à une collectivité ou un groupe, tu vas acquérir ses valeurs et les valeurs parmi toutes les valeurs, il y a ces valeurs de relations humaines que tu auras accumulées sur plein d'années. Alors que maintenant, elles sont plaquées, ces connaissances et ces perceptions sont plaquées comme une connaissance comme la cardio, la pneumo, etc. non, je pense que, sur le plan stratégique, c'est une erreur.

Or ce que tu es en train de faire, ce que vous êtes en train de réfléchir, ça me paraît effectivement capital et important que de recomprendre, que de comprendre que c'était un cheminement qui partait depuis la première année de médecine et qui doit s'adapter avec les outils correspondant en fonction de ce que l'on apprend sur le plan du savoir, mais qui doit être collé en permanence depuis le début jusqu'à la concrétisation du diplôme.

Et c'est ça les enjeux qui ne se posaient pas avant, parce qu'avant quand tu rentrais en médecine, tu rentrais vraiment dans une école de médecine. Quand tu revois toute l'histoire de la formation des jeunes médecins, quand tu rentrais à l'école de médecine tu rentrais dans une école avec ce tutorat et ce compagnonnage permanents.

Alors après on a essayé de faire des maquettes, des ci, oui, mais ça marchait bien avant. On peut discuter du contenu scientifique, on a rajouté des tas de choses sur le plan scientifique, le plan de la rigueur, la méthode, l'assurance-qualité... Ça n'a rien d'extraordinaire l'assurance-qualité, c'est de la traçabilité, c'est le bon sens.

On est vraiment dans un choc de culture et dans une réflexion. Mais ce n'est pas que pour les apprentis médecins, pour les infirmières c'est pareil. Je suis sans arrêt aux cent coups à m'insurger contre l'apprentissage dans les écoles d'infirmières, les modèles, les ci les ça, oui je suis d'accord il faut structurer, mais on est en train d'oublier l'essentiel quoi, ce fil rouge qui doit démarrer depuis la première année, même si toutes les connaissances théoriques ne sont pas acquises. Ça ne peut se forger que par l'exercice et l'entraînement.

Alors avant quand tu disais je veux être infirmière, je veux être médecin, la soi-disant vocation, oui il y avait une motivation si tu veux. Maintenant, on choisit médecine comme on choisit n'importe quel autre métier parmi toutes les hypothèses d'études, de concours, etc., et t'as plein de médecins on se demande pourquoi ils ont choisi médecine compte tenu de leurs valeurs et leurs inspirations.

Alors une chance justement, la médecine c'est vingt mille métiers différents donc ce n'est pas bien grave, si je veux faire de la biologie j'admets qu'il puisse être médecin, avoir le label de médecin biologiste, mais il ne sera pas en contact avec les patients, il sera rigoureux dans ses analyses, le but est atteint.

Mais ceux qui vont être sur le terrain, attention il faut une formation spéciale, c'est formation commando, particulière et qui doit être briefée, entraînée, et il faut faire le parcours du combattant sinon tu n'y arriveras pas et si tu n'es pas bon sur le parcours du combattant il faut revenir en deuxième semaine. Eh oui.

Et donc il y a aussi un problème de réflexion globale sur les études de médecine.

Entretien avec le Professeur C.

Le professeur est à la veille de prendre sa retraite, il a dirigé le service des urgences du CHU et enseigne l'histoire de la médecine.

P : Depuis toutes ces années de pratique en matière de relations avec les patients, qu'avez-vous établi comme règles, les choses à faire ou à ne pas faire lorsque vous entrez dans une chambre ou lorsque vous rencontrez une famille ?

C : Ce qu'il ne faut pas faire : ne pas regarder le patient, ceci est très important, surtout que maintenant les visites se font avec un ordinateur sur lequel il y a tous les résultats complémentaires et ça nuit à la relation d'homme à homme et si on n'y fait pas attention, on risque de rester à regarder des résultats, à s'adresser à peine au patient et à négliger cette relation humaine.

Après il est sûr que ce qu'apprend l'expérience c'est que premièrement, il ne faut jamais laisser une question sans réponse, toujours s'acharner à essayer de passer une barrière, la barrière intellectuelle parfois, la barrière cognitive, la barrière défensive naturelle d'un individu d'un milieu qu'il peut considérer comme hostile. Il ne faut pas laisser de questions

sans réponse. Et c'est souvent à cause de cela que l'on se rend compte qu'entre un interrogatoire d'un jeune étudiant et l'interrogatoire d'un senior, il y a quelques points extrêmement précis qui déclenchent la réponse que n'ont pas les plus jeunes : peut-être, déjà s'adapter au vocabulaire du patient, ne pas hésiter à parler de façon triviale, peut-être un peu « bête ». Je veux dire par là que s'il ne comprend pas votre jargon, vous n'entrez pas en relation.

Ce qui me paraît le plus important, et j'insiste sur mon cours « vieux con » où l'un de mes conseils aux tout jeunes étudiants de deuxième année est de les prendre ½ heure pour leur expliquer que pour le patient, le médecin représente une certaine image et qu'il faut s'adapter à cette image, qu'il faut avoir une certaine assurance pour établir une bonne relation, qu'il faut se présenter.

Moi je me présente à chaque fois au patient en disant : « Moi je suis le docteur untel, le médecin du service, vous m'avez été confié par votre médecin traitant ou les urgences et c'est moi qui vais m'occuper de vous avec l'aide de mon interne et des étudiants ici présents, etc. ». Donc que les choses soient bien claires et que le patient sache à qui il s'adresse.

Et la deuxième chose est de s'adapter au vocabulaire du patient.

Alors maintenant, on a de moins en moins de patients fonctionnant avec un vocabulaire archaïque du genre « Je ne vais pas du corps », disaient les vieilles dames, autrement dit « Je ne vais pas à la selle » ou « J'ai un souci avec ma nature », les vieilles dames encore, la nature qui était l'appareil génital féminin. On voit comme cela des quiproquos absolument invraisemblables. Bon enfin on ne va vous raconter des histoires de chasse là-dessus, mais une dame âgée s'est retrouvée en psychiatrie parce qu'on la croyait confuse parce qu'elle parlait de sa nature, « la nature me démange » et que visiblement le message ne passait pas.

Donc déjà pas de question sans réponse : qu'est-ce que vous voulez dire par là ? Excusez-moi, je ne comprends pas très bien, de quoi parlez-vous ? Qu'est-ce que vous voulez me dire ? Quitte à faire sortir les autres, moi je trouve très important qu'il y ait un moment de tête à tête avec le patient, qu'il y ait une mise en confiance parce qu'une équipe à la visite est propice à ce genre d'isolement du patient, il y a trop de monde, il ne sait pas à qui s'adresser, il a peut-être peur de passer pour un illettré ou Dieu sait quoi, donc moi il me paraît justement très important de préciser chaque fois, de ne pas laisser passer des trucs comme « Je ne comprends

pas, ça fait rien » et à partir de là, on arrive parfois à redresser des erreurs diagnostiques, car on est parti sur des mauvaises pistes à cause de cela.

P : Est-ce que dans ces premiers temps d'échanges avec le patient, s'il apporte des choses qui ne semblent pas en rapport avec le diagnostic à établir, c'est-à-dire s'il parle de ses soucis de chien resté à la maison ou de problèmes financiers ou autres, y êtes-vous attentif en se disant « ça il va bien falloir que j'en fasse quelque chose » ou vous vous dites « ben ça c'est sa vie »...

C : Non, on ne peut pas faire du tout abstraction de ça.

C'est sûr que vous avez des gens en danger qui sont prêts à signer des décharges parce qu'ils ont leur animal de compagnie tout seul à la maison qui est leur seul aide à vivre et si on n'en tient pas compte, on va dans le mur. Alors bon il faut parfois essayer de parler un peu de cela et souvent la solution ressort du genre « ben oui j'ai la voisine » donc dans ce cas-là on va demander à la surveillante ou l'assistante sociale de passer un coup de fil pour arranger les choses, mais quelques fois c'est totalement insoluble.

La réponse « mais ça, ça ne m'intéresse pas », vous laissez le problème, mais pour lui c'est quelque chose d'important et il ne va pas en sortir surtout quand en plus il n'a pas compris pourquoi il était là, ce qui est souvent le cas. « Pourquoi vous êtes là ? », « Ben c'est mon médecin qui m'a adressé ». Là aussi il ne faut pas rester sur la première réponse.

Je dis souvent aux étudiants « Soyez curieux, mais curieux dans le bon sens. Ne prenez pas les choses comme un fait acquis ». « On m'a adressé à l'hôpital, je ne sais pas pourquoi ». Vous creusez un peu et quand vous essayez de passer cette première réponse un peu automatique, on se rend compte qu'en fait « Oui votre médecin vous a envoyé ici, mais il y avait bien quelque chose qui se passait, pourquoi avez-vous vu votre médecin ? ». C'est aussi bête que ça et là, paf, ça se débloque. En fait ça veut dire « Moi je n'ai pas pris la responsabilité, c'est mon médecin qui a jugé que, mais à l'origine j'avais ça ». Voilà.

P : Quand il faut annoncer quelque chose de grave aux patients, qu'avez-vous comme stratégie ?

C : La stratégie est déjà d'essayer de dire une vérité acceptable.

Je veux dire par là que si on annonce de but en blanc « Vous avez un cancer », non on essaie de dire « Sur votre radio, il y a une image qui mérite qu'on l'explore un peu plus, ça peut être beaucoup de choses ».

Essayer de répondre aux questions si elles sortent, « Oui ça peut être un cancer ou ça peut être autre chose, il est trop tôt pour en parler » et puis après essayer de préparer un peu cette mauvaise nouvelle.

C'est sûr que de l'annoncer de but en blanc, moi je ne me sens pas de le faire en attendant. Si responsabilité il y a, on peut s'aider aussi de la personne de confiance partiellement, car elle saura peut-être quel canal de fréquence il faut utiliser, mais n'aura peut-être pas forcément les mots pour préciser un peu la suspicion « Oui ça peut être grave, mais on n'a pas encore fini les explorations et puis on a quand même des moyens ».

C'est la manière d'annoncer une nouvelle grave.

P : Si le patient est très ému, s'il s'effondre, comment faites-vous ?

C : Déjà, il faut prendre le temps, il ne faut pas donner la nouvelle et partir. Ça, c'est une catastrophe. C'est usant. Ce n'est pas facile. C'est chargé émotionnellement. Ça ne fait plaisir à personne ni d'annoncer ni de recevoir une mauvaise nouvelle. Il faut essayer d'insister sur la prise en charge possible, sur le partage de l'impression diagnostique avec un autre collègue. Ne pas hésiter à dire : « ça peut être ça, mais on va revoir votre problème avec des confrères s'ils partagent mon avis ou pas et puis on s'orientera ». Alors c'est sûr qu'il faut prendre le temps et puis laisser un peu la voile au vent pour voir comment ça vient.

P : Et vous, ça vous arrive d'être ému dans une annonce, dans une relation avec un patient, dans une situation grave ?

C : Oui bien sûr. Bien sûr... Ça ne concerne que moi, mais je vais évidemment tout faire pour le cacher. S'il y a vraiment une nouvelle définitive et irréversible, je crois que ce n'est pas mauvais de montrer un peu de compassion et d'essayer d'insister sur les moyens thérapeutiques possibles et les recours éventuels en leur disant qu'il y a plus savant que moi et qu'on va s'adresser aux plus savants et aux meilleurs et puis on va voir. Mais oui.

P : Il vous est arrivé parfois de pleurer ?

C : Non, non, mais d'en être perturbé et ému, oui, oui. En particulier quand ce sont des patients auxquels on s'attache ou bien des patients très jeunes avec un pronostic fatal, j'ai encore les visages...

P : Cela vous a marqué et votre vie a été jalonnée de visages ?

C : Oui, avant d'être un peu endurci. C'est la période estudiantine. Je me rappelle d'une jeune fille de dix-sept ans avec un cancer des os inopérable qui souffrait, car c'était au niveau de sa colonne vertébrale avec des émergences sciatiques et qui passait un très mauvais moment. Et cette image m'a poursuivie longtemps.

P : Quand vous êtes avec les étudiants, comment arrivez-vous à leur transmettre cet art d'entrée en relation ?

C : Ben de temps en temps, je leur dis dans le couloir, quelques remarques comme « Écoute, ton interrogatoire tu vois là, tu n'as pas été assez curieux. Tu as buté sur la première réponse, tu n'as pas cherché à creuser. Ben oui bien sûr c'est son médecin qui l'a envoyé, mais tu aurais peut-être pu t'intéresser aux symptômes ». Alors en général, on a des patients qui sont déjà triés aux urgences, ce qui n'est pas un contexte idéal pour un interrogatoire fin et pour la qualité de la relation. On est pressé, on a plusieurs malades sur le feu, je sais j'y suis passé, donc ce n'est pas l'idéal, même pour la réflexion que l'on peut avoir, c'est délétère.

Donc moi, j'insiste auprès des étudiants en leur disant « Alors écoute là ton interrogatoire... » ou bien alors quand je vois que l'étudiant me lit son observation et qu'il y a une question qui est restée sans réponse, je l'interromps et je m'adresse directement à la personne en disant « Alors là vous voyez mon jeune collègue dit telle chose, vous pouvez m'en dire un peu plus ? Est-ce que ce symptôme que vous avez ressenti est permanent ? C'est la nuit ? Le jour ? »

Essayez donc de fouiller un peu plus et de temps en temps, dans le couloir, pour ne pas choquer ni l'étudiant, ni le patient qui va penser qu'on l'a confié au premier venu, lui dire « Écoute là, tu n'y es pas. Traiter un vieux monsieur décoré de la Légion d'honneur de papy, c'est gentil, on voit avec quel souci humain tu l'as fait, mais tu as mal ciblé. Après évidemment, tu l'as un peu cabré, il t'a répondu du bout des lèvres, une confiance, ça se capte... ».

P : Et en cours, vous avez repris des éléments comme ça avec les étudiants ? Cela vous arrive justement de parler de cette confiance qu'il faut chercher à établir ?

C : Oui, oui, alors moi j'essaie, mais c'est de la psychologie à la truelle, d'ailleurs j'avais essayé de leur donner des pistes en leur disant : « Vous avez une tribu de gitans aux urgences qui accompagne leur doyen. N'allez pas vous adresser à la petite jeune qui est dans un coin, vous prenez l'homme le plus âgé. Pour l'interlocuteur, vous prenez celui qui a l'air de porter la responsabilité et, dans ces sociétés finalement très hiérarchisées quoiqu'on en pense, il faut cibler la bonne personne pour les accompagnants et pour la personne elle-même... Une grand-mère qui a l'air perdue, il ne faut pas lui hurler dans les oreilles en pensant qu'elle est sourde, il faut essayer d'entrer en relation physique discrète en touchant une main, en serrant la main à quelqu'un en disant bonjour, comment allez-vous ? Ça va ? Vous n'êtes pas trop perdue ? »

Il s'agit de petites questions de bienveillance. Je crois que la bienveillance est toujours payante. Après, vous avez toujours des gens qui sont réfractaires à cela, le type en état alcoolique avancé, mais déjà en évitant les « Taisez-vous, calmez-vous », ce genre de phrases qui font monter la mayonnaise et c'est ce genre de trucs que j'essaie de leur faire passer.

P : Il y a eu des études qui ont dit que l'empathie des étudiants de médecine semblait diminuer, voire s'effondrer, entre la deuxième et la sixième année. Cela vous semble assez logique ? Je parle d'études assez récentes, car on est dans une médecine qui est devenue très centrée sur les symptômes, le diagnostic, le traitement. Donc l'étudiant, semble-t-il, sans que ce soit coupable de sa part, pris dans ce mouvement, ne se rendrait plus compte qu'il est en train de traiter une personne et non un cas. Cela vous apparaît ou bien c'est un peu caricatural ?

C : Je crois que c'est un peu caricatural.

Alors qu'il y ait un épuisement du tout nouveau tout beau, bon, c'est sûr. Quand les étudiants commencent à apprendre le métier auprès des malades, il y a un moment merveilleux d'impression de dominer le sujet, d'avoir des réponses, de trouver les choses.

Après, il y a deux phénomènes.

D'une part il y a pas mal de services dans lesquels ils sont laissés la bride sur le cou, où ils ne sont pas très bien encadrés. Il y a d'ailleurs un hit-parade des services formateurs par les étudiants. Enfin ça on le sait, ça circule sous le manteau. Donc il y a l'encadrement qui n'est pas toujours très motivant.

Il y a le fait qu'en sixième année, ils sont complètement préoccupés par l'examen national classant, leur internat quoi, donc effectivement beaucoup expédient les affaires courantes pour retourner à leurs chères études rapidement. Encore que dans un service, si on sait bien les motiver, leur demander... mais il est vrai que quand même les cinquièmes et sixièmes années sont moins enthousiastes que : ou les tout jeunes qui découvrent la sémiologie, ou les quatrièmes années qui commencent à avoir des responsabilités de diagnostic.

Mais ce n'est pas aussi caricatural qu'on le dit, sauf problème de caractère personnel parce qu'il y a le lot de personnalités schizoïdes en médecine. Ça relève plus de problèmes individuels, peut-être dus d'ailleurs au mode de sélection qui fait des bachoteurs.

Mais il y a cette phase où quand ils ont fini le bachotage de première et deuxième année, ouf on a l'impression qu'ils découvrent, ils entrent dans le vif du sujet, dans la clinique, dans la prise en charge, dans les travaux pratiques si l'on veut et après effectivement, il y a un effet d'émoussement et puis il y a une nouvelle échéance de concours et là ils perdent un peu de leur... mais c'est une impression.

P : Et vous, vous avez appris par compagnonnage cette entrée en relation avec le patient ? Vous avez eu des médecins qui vous ont marqué dans votre cursus ?

C : Oui, quelques-uns, soit par une espèce de clarté à la limite du simplisme vis-à-vis des patients, mais il y a des fois vous vous dites « Quand même c'est un peu trop facile ». Le problème est que ça marche.

Je me rappelle par exemple d'une dame qui avait un cancer de l'estomac qui évidemment n'était pas très bien, car elle vomissait. Bon ben le patron de l'époque lui tapote la main et lui dit « Madame, vous allez voir on va vous donner du Primpéran et ça va aller mieux ». Bon ben c'est pas la panacée, ben voilà, ben oui, grand sourire de la patiente. Déjà, apporter une réponse. Dire que ça ne passe pas en profit et perte, ce que m'ont appris mes patrons, de répondre à une demande, de ne pas laisser quelque chose comme quantité négligeable.

Et puis d'autres qui avaient vraiment des dons relationnels, qui étaient des gens pourtant d'allure au départ drue, mais qui posaient les bonnes questions et qui étaient capables d'un minimum d'empathie. Oui moi ça m'a pas mal aidé. Je me rappelle d'un professeur de cardiologie qui faisait des visites interminables, il avait l'externe préposé à la chaise et l'externe préposé à la serviette et à l'alcool pour qu'il puisse se laver les mains entre chaque

patient. Mais ce type-là, de temps en temps il avait des patients en train d'agoniser d'une insuffisance cardiaque et qui cherchaient l'air, et bien il se penchait et disait « Monsieur, ne vous inquiétez pas, ne vous angoissez pas, ça va aller très bien », mais ça marchait, souvent ça marchait. Alors compassion ? Bourrage de moue ? On peut appeler ça comme on veut. Il n'empêche que ce n'est pas à mépriser systématiquement.

P : Vous ça fait combien d'années que vous êtes dans le métier, en médecine ?

C : Alors, j'ai fait ma première année en 1969, mon premier stage de troisième année en chirurgie et en médecine de quelques semaines seulement en 1972, et en 1973 j'ai commencé à être externe. Ça commence à faire longtemps. Ça fait un bail.

P : On a parlé de la relation avec les patients, le premier abord, ce que vous disiez c'est de ne pas laisser passer des choses en perte et profit et puis l'annonce de la mauvaise nouvelle en disant les choses sans être raide, mais apporter aussi toujours de l'espoir par un traitement, par un « après », ne pas laisser les gens avec simplement une nouvelle qui est insupportable. Et puis la question de l'émotion, pensez-vous qu'il faut mettre à distance ses émotions ? Ce serait quoi la formule alors par rapport à l'émotion chez le praticien ?

C : À distance les émotions ? Non.

P : Non ça ne convient pas. Il ne faut pas les exprimer ? Il faut les vivre, mais pas les exprimer ?

C : Il faut les vivre et puis il faut essayer de... non je crois beaucoup à la compassion, enfin je veux dire quelqu'un qui resterait absolument neutre, bon ben ne serait-ce que de dire « Je vois que ça vous secoue hein »...

P : En fait, vous reformulez. Quand vous dites « Je vois que ça vous secoue », c'est parce que vous vous rendez compte que physiologiquement cette personne est saisie une fois que vous lui avez annoncé quelque chose de difficile ou est-ce que vous-même, intérieurement, il y a un écho émotionnel ?

C : Oui. Je suis mal à l'aise, d'abord parce que c'est sûr qu'on se dit toujours que même si on est un médecin, un vieux de la vieille, ça peut toujours vous arriver à vous, c'est un peu égoïste, mais c'est vrai. Se mettre dans la peau du patient, se dire « Houla, pas drôle ce qu'il a là, ça va pas se passer idéalement, il va avoir un long chemin difficile ».

Donc déjà effectivement, qu'on le veuille ou non, ça vous atteint et puis ensuite et surtout je crois qu'il ne faut pas annoncer et garder le silence. Évidemment, il faut être attentif aux réactions de tout un chacun, car vous avez ceux qui encaissent en apparence et vous vous dites « Là, il n'a pas compris », alors après il faut trouver les mots pour insister en douceur en disant : « Vous savez, c'est quand même une affaire sérieuse, mais on va s'en occuper, c'est pas fichu, mais il faut quand même prendre cela au sérieux ».

Parce qu'il y a aussi cette espèce de déni du genre je fais semblant de ne pas avoir compris ou je n'ai réellement pas compris. Et après vous avez l'écho des familles qui dit « Alors, ça va bien pour mon parent ? » Houla, là vous vous dites que c'est pas bien passé. Donc peut-être le fait de dire « Tiens qu'est-ce que vous en pensez ? Vous avez des questions à me poser ? Vous voulez en savoir un peu plus ? », on a l'impression que ça ricoche...

P : Ce qui est impressionnant quand vous dites tout ça, on voit au niveau de votre visage, des yeux, de votre corps, le mouvement de la tête que tout ça vous l'appuyez quand vous entrez en relation avec le patient, par des choses non verbales, qui font que l'on ressent que vous êtes impliqué là-dedans. Alors la question que je me pose c'est, parce que vous parlez de compassion, vous dites aussi c'est se mettre instinctivement à la place de l'autre, c'est naturel, on se dit ça pourrait m'arriver, quelle différence vous feriez entre empathie, compassion, sympathie ? Comment vous voyez tout cela ?

C : Alors compassion, si on prend le sens étymologique « souffrir avec », c'est peut-être un peu fort. Ça peut arriver quand on voit des gens très marqués, bouleversés, etc. C'est d'ailleurs plus la réaction du patient que la gravité de sa maladie qui est souvent « choquante ». Quelqu'un qui s'effondre, qui part en larmes, qui est atterré, qui commence à paniquer, vous ne vous sentez pas bien, vous essayez de redresser la barre. Donc là il y a compassion. Vous vous dites que là il n'est pas bien.

P : Et ça, c'est quelque chose que vous éprouvez ? Ça vient en vous ? Ça surgit naturellement ?

C : Oui et c'est très patient-dépendant. Il y a des situations que l'on évacue en plaisantant avec les étudiants. Le patient en état de démence avancé, on se dit que c'est pas drôle pour lui. Ce malheureux, que va-t-il espérer de la vie maintenant ? On regarde le scanner et on dit que c'est bien dégagé derrière les oreilles, histoire de casser un peu. On ne va pas le dire au

patient, mais quand il y a une belle atrophie cérébrale, je choisis de l'évacuer comme cela parce que si on engrangeait tout sans humour, c'est à se flinguer tout de suite...

P : Alors ça c'est pour la compassion. C'est vraiment souffrir avec, dans des circonstances qui sont lourdes pour le patient. Mais empathie et sympathie : comment voyez-vous cela ? Est-ce que vous pourriez dire qu'être sympathique avec le patient ça fait partie du métier ? Ça peut arriver parfois ? Vous éprouvez de la sympathie avec certains patients ?

C : Oui, oui, bien sûr. L'après-midi de consultation que j'ai en médecine interne, je dirais que c'est plus des revoyures. Il y a des revoyures quand on n'a pas achevé un bilan et qu'il y a des résultats à donner qui sont des revoyures efficaces, dans le but de faire progresser un diagnostic. Et il y a ensuite des patients à qui on s'attache, avec qui il y a une certaine sympathie. Il y a des gens très différents de moi, avec qui je suis très en sympathie.

P : Et l'empathie alors, vous la situeriez où ? Est-ce que vous vous dites que pour tout patient vous éprouvez de l'empathie ?

C : Non. J'essaie de montrer de l'empathie. Parce qu'il y a des gens qui vous sont spontanément antipathiques. Ou alors c'est St Vincent de Paul...

P : Comment arrivez-vous à montrer de l'empathie alors que, c'est tout à fait légitime, vous n'éprouvez pas de sentiment ou de réel intérêt pour ce patient dans ce qu'il vit, car sans être méchant, vous êtes assez indifférent, vous faites votre métier c'est tout, mais il ne vous fait rien éprouver intérieurement, mais il vous faut quand même lui démontrer de l'empathie... ?

C : Pour moi c'est un principe de montrer de l'empathie. C'est comme ça que je vois le métier.

P : Comment faites-vous alors pour montrer de l'empathie ? Qu'est-ce que c'est et comment vous faites ?

C : Alors j'essaie de ne pas me fier à mes premières impressions. Quelqu'un qui vous pue au nez, enfin qui vous provoque une réaction de défense, de méfiance... et c'est vrai que de temps en temps... vous savez il y a la prière de Maïmonide qui dit « Donne-moi la force de manifester de la bonté pour les malades grossiers et ingrats ». Ça vaut le jus la Prière de Maïmonide. C'est une prière plus qu'un serment médical. C'est souvent assimilé à un serment, mais c'est un certain nombre de principes : « N'éprouve pas ma patience Seigneur

avec les gardes malades qui savent toujours tout, les familles aux mille conseils... » Je trouve que c'est merveilleusement vu. C'est un principe d'approche.

P : Vous êtes donc dans des techniques de communication pour que la personne ait l'impression que vous allez prendre du temps avec elle, sans que vous soyez concerné. Vous avez des trucs là-dessus ?

C : Des trucs là-dessus ? Bon je vous dis d'abord ne pas se laisser repousser par sa première impression. Ensuite, essayer d'aborder, s'il y a des citatrices par ex., « Tiens comment vous vous êtes fait ça ? » Avoir l'air de s'intéresser à la personne, dire « J'ai lu la lettre d'entrée, ce qu'on fait mes collègues et vous qu'est-ce que vous en pensez et qu'est-ce que me racontez là-dessus, car je vais vous demander de répéter pour la dixième fois, mais on m'a dit ça, ça et ça, qu'est-ce que vous en pensez ? »

P : Donc des questions très ouvertes ?

C : Oui, « Qu'est-ce que vous en pensez ? C'est bien la réalité ? Ce malaise que vous avez eu, c'est bien dans telle circonstance ? » Bon alors, le bourru va vous répondre : « J'en sais rien, c'est votre boulot ». « Oui d'accord c'est mon boulot, mais vous savez, il faudrait m'aider un peu, car je ne sais pas tout et je ne suis pas dans votre peau ». Donc peut-être revenir à « Moi je ne suis pas dans votre peau, si vous ne me le dites pas, vous savez moi je fais mon métier, après si vous ne me donnez pas les réponses, je ne vais pas être très efficace... » Il faut un peu responsabiliser les gens et les renvoyer un peu gentiment à leur prévention, enfermement, etc., un peu essayer de retourner le truc et de dire : « C'est votre choix, vous n'avez peut-être pas envie de parler, vous êtes fatigué, vous êtes agacé parce que vous avez passé huit heures aux urgences, puis une nuit dans tel service et maintenant vous vous dites que peut-être ça ne va pas finir... Alors non, vous êtes là pour quelques jours, on a le temps, mais on peut en gagner du temps si vous voulez que l'on soit efficace, ben il faut y mettre un peu du vôtre ». Aide-toi et le ciel t'aidera. Bon je ne suis pas le ciel, mais voilà c'est un exemple.

P : C'est très subtil, car il faut comme vous le dites rendre à l'autre sa part et s'il vous aborde avec cette espèce de ton bourru, ne pas être en miroir et lui répondre du tac au tac « Bon ben, écoutez ! ».

C : Attendez ça arrive parfois. « Écoutez monsieur, là on va arriver à rien, alors, je vous propose que l'on reprenne les choses demain tranquillement. Pour l'instant votre traitement

est assuré, vous avez été vu aux urgences, c'est en cours, reposez-vous et on en reparle demain. De toute façon vous me reverrez demain cher monsieur. »

P : Et la nuit porte conseil...

C : Évidemment s'il y a danger de mort, on va peut-être passer à un ton un peu plus musclé. De temps en temps, je ne dis pas qu'il faut aller jusqu'à : « Écoutez-moi y'en a le docteur qui sait et vous y'en a le malade qui savait pas », mais je crois que de temps en temps il faut aussi marquer son territoire : « Vous savez je suis censé vous soigner alors moi, ça m'est égal, je ne suis pas dans votre peau. Si vous ne voulez pas qu'on vous soigne, je n'y peux rien, je ne peux pas vous forcer, mais quand même ce serait bien de le faire... »

P : D'accord. Vous voyez d'autres choses dans la relation avec les patients ?

C : Dans la relation, le défaut de l'empathie c'est que de temps en temps, vous induisez, je ne dirais pas des dépendances, mais des patients qui vont être un peu trop dans le sentimental.

Je veux dire par là qu'à la limite – ça peut arriver à moi ou à d'autres – mais ils vont faire un transfert et après on n'est plus dans une relation je ne dirais pas saine, mais aimablement professionnelle. Il y a de temps en temps des vieilles dames âgées qui voyant un jeune et fringant médecin qui, bien qu'ayant soixante-cinq ans révolus, ont vingt ans de moins qu'elles, ben disons que non que ce soit gênant, mais je veux dire qu'il ne faut pas non plus bercer les gens d'illusions. « Vous m'êtes très sympathique, je vous soigne et puis... ».

P : Il ne faut pas être dans la séduction ?

C : Voilà oui c'est ça. Parce que ça change les relations et à la limite, on pourrait admettre des allègements aux régimes qui soient préjudiciables au patient. Je veux dire « Oui il a envie d'aller fumer sa cigarette, il a ses perfusions partout, il est bien sympathique ». Alors non quand même.

P : D'accord, ça c'est intéressant.

Entretien avec le Docteur I.

Le docteur I a une trentaine d'années, elle est praticienne hospitalière et travaille au SAMU SMUR de l'hôpital.

P : Je souhaitais qu'on puisse se voir un petit peu, car comme je te le disais, j'aurais bien aimé que tu puisses me parler de ce que tu mets en place quand tu rentres dans un box, quand tu

rencontres un patient pour qu'il puisse y avoir une confiance qui se crée, que tu arrives à faire passer ce que tu as envie de faire passer et qu'est-ce que tu as comme stratégie, qu'est-ce que tu as comme technique, puis qu'est-ce qui t'habites intérieurement quoi ?

I : Ouais. Bon après c'est un peu variable en fonction des patients et des motifs, mais c'est vrai que globalement, ben déjà, bon on regarde toujours pourquoi ils viennent quand même pour savoir un peu pour savoir vers quoi on s'oriente, plus ou moins grave ou pas grave...

P : D'accord.

I : Et après quand c'est des personnes qui sont pas gravissimes, avec qui on peut parler, ceux qu'on a en zone ou pas en zone par exemple, c'est vrai que j'aime bien au départ les laisser parler. C'est-à-dire : « Ben alors qu'est-ce qui s'est passé ? ». Ou si je vois qu'il y a une chute, faire un peu d'humour : « Alors on a fait des galipettes ? Qu'est-ce qui s'est passé ? » Ça fait toujours sourire quand ils ont au départ pas trop mal et que ça se passe bien. Donc du coup, ça permet d'engager la conversation et qu'ils ne se braquent pas avec quelqu'un de froid, complètement fermé en disant : « Bon qu'est-ce qu'il y a ? Vous avez mal là ? » Enfin c'est un peu dommage, moi je n'aimerais pas qu'on arrive comme ça vers moi si j'avais le même problème.

Donc ça, et puis surtout, alors après, mais c'est vrai que pareil, ça dépend des patients en fonction de l'âge, mais à partir d'un certain âge c'est vraiment d'essayer de comprendre l'environnement du patient et du coup, il voit qu'on s'intéresse à autre chose. Moi ce que je fais avec toutes les personnes âgées par exemple c'est de voir : « Mais vous êtes tout seul à la maison ? Et comment ça se passe ? Et les courses, qui c'est qui les fait ? Etc. ». Donc déjà d'avoir une idée de l'environnement et de comment ils vivent, je pense que ça doit aussi leur apporter quelque chose visiblement, parce que quand j'arrive, ils sont contents... Par exemple « Ah non ça je le fais moi-même, ça, c'est ma fille... ». Du coup ça permet de voir un peu l'ensemble, de les prendre dans leur ensemble et puis de voir qu'on ne s'intéresse pas qu'aux gestes techniques.

Je pense que c'est une bonne approche pour démarrer des choses et après faire l'examen clinique en expliquant... parce que c'est vrai que, peut-être de moins en moins, mais en tout cas avant je faisais assez jeune et du coup on pensait pas forcément que je suis le médecin..., donc de le dire maintenant, parce que je n'avais pas l'habitude de le faire avant. Et du coup,

ils pensent répéter dix fois la même chose, parce qu'ils le font à l'accueil, à l'aide-soignante qui les habillent, etc., et rien que de le dire ça permet : « Bon ça y est j'ai le médecin en face de moi. » Ils disent plus de choses au médecin qu'à d'autres personnes. Donc ça aussi je ne le faisais pas avant et c'est un peu dommage, je pense.

P : Pourquoi est-ce que tu ne le faisais pas, ne pas dire que tu étais le médecin ?

I : Ben je pense que c'est lié à ma personnalité. Je n'aime pas me mettre en avant, je n'aime pas en arrivant : « Je suis le médecin ». Voilà. En fait, je n'ose pas le faire tout bêtement. Je n'osais pas le faire. Je le fais un peu plus, mais c'est vrai que ce n'est pas un truc... Pas comme si j'avais honte de le dire, mais la peur de paraître prétentieuse en disant cela, c'est bête, mais... Bon après je pense que c'est lié à la personnalité, tout le monde n'a peut-être pas la même façon, de faire, mais...

P : D'accord. Donc tu arrives, aujourd'hui tu te présentes en déclinant aussi ta fonction, tu vas poser une question assez ouverte, tu vas en particulier pour les personnes âgées, aller du côté aussi de tout ce que sont leurs habitudes de vie, des éléments qui vont aussi permettre au patient de se rendre compte que tu as une attention envers leur personne et que donc ça favorise, ce qu'on disait tout à l'heure, la confiance et visiblement tu as l'impression que ça passe bien...

I : Ouais et puis toujours les rassurer aussi. Leur dire qu'on va prendre en charge leur douleur, qu'on va leur expliquer ce qu'on va faire.

P : Tu veux dire... ça, tu l'as entendu déjà qu'ils étaient douloureux... ?

I : Voilà, c'est ça, parce que c'est vrai qu'en général, quand ils viennent pour une douleur c'est la première qu'ils me disent qu'ils ont mal.

P : Donc tu cherches à les rassurer.

I : Ouais.

P : La question que moi je me pose et que peut-être certains médecins pourraient dire : « Mais attends, t'as le temps de faire tout ça ? ».

I : On peut le faire très rapidement, je pense. C'est des choses qui peuvent être faites, ouais franchement. Même si on n'a pas le temps, quand on prend les trans. À 18 h et qu'il y a 20 milliards de patients qui arrivent, et ben malgré tout, ça empêche rien d'arriver avec un

sourire : « Alors bon qu'est-ce qui vous arrive ? ». OK alors c'est sûr qu'on va peut-être faire un examen moins ciblé sur tout l'organisme, mais sur un truc. OK, mais c'est des questions qui sont rapides à poser finalement. Et après de leur dire : « OK bon, ben très bien, là vous êtes venu pour ça, ça va se passer comme ça, on va vous faire ça, ça et ça. Je vous envoie l'infirmière de suite, on va vous faire la prise de sang, mettre des médicaments pour la douleur »... je pense que ça ne prend pas trop de temps.

P : D'accord. Donc à la fois, si j'entends bien, une fois qu'ils ont fini leur discours, tu reformules puisque « Vous êtes venu pour ça ça et ça ».

I : Ouais.

P : Et ensuite tu vas donner un plan de prise en charge.

I : Exactement, ouais.

P : Pour qu'ils sachent les étapes.

I : Et si ça va être long je leur dis aussi.

P : Et tu donnes une notion de temps avec bien sûr un delta.

I : C'est ça. Et aussi de dire qu'il y a du monde et que s'ils ne voient personne venir vers eux, c'est pas qu'on les a oubliés dans leur box dans leur coin, c'est qu'on est occupé, mais que on sait qu'ils sont là et que...

P : Tu reviens de loin en loin pour redonner cette petite piqûre de rappel pour dire « Je ne vous oublie pas, je suis là, on est à ça, on attend ça », etc. D'accord.

Tu poses ta question ouverte, est-ce qu'à certain moment, parce que tu sais que tu as d'autres dossiers...

I : Je les coupe. Si je vois qu'ils partent à droite et à gauche, ouais je suis obligée de couper là.

P : Tu coupes ?

I : Ouais.

P : D'accord.

I : Ah ouais, parce qu'il y en a certains, on leur demande ce qu'il se passe et : « Bon il y a cinq ans j'ai eu un cancer... ». Non. Alors c'est vrai que ça, c'est pas possible aux urgences.

Donc on a le temps d'interroger, mais quand même sur le problème aigu. Donc je les recentre à ce moment-là : « Mais écoutez, là d'accord on va faire le point sur ce que vous avez eu comme antécédents, j'en ai déjà pas mal, mais là aujourd'hui, maintenant, ce soir, pourquoi vous êtes là ? ».

P : D'accord. Et ça, tu as parlé de sourire tout à l'heure, ce n'est pas quelque chose que le patient ressent comme une frustration ?

I : Ah y'en a si.

P : D'accord.

I : Et d'ailleurs on le ressent, car ils repartent sur ce qu'ils avaient envie de dire.

P : OK, alors...

I : Mais y'en a pas beaucoup finalement.

P : OK. Y'en a pas beaucoup.

I : Ouais parce que la plupart comprennent quand même finalement l'urgence.

P : Alors visiblement, ils ont quelque chose qui leur tient à cœur, ils ont envie de te le partager, ils ont envie de te le dire, ils ont commencé à le faire, toi tu sens qu'il n'y a pas le temps pour pouvoir faire du social entre guillemets. Ça t'arrive parfois quand même si tu as du temps, de laisser un peu filer le discours ?

I : Ah oui, ah oui oui. Si y'a le temps, après je les écoute, je les laisser parler...

P : D'accord.

I : Ah oui, je laisse sortir ce qu'ils ont à dire et après je reviens sur le problème. Ça, c'est vraiment si vraiment y'a pas le temps et si je vois qu'il n'y a aucun rapport. C'est même pas du social, mais moi une fois elle avait été traumatisée par son cancer de l'estomac d'il y a cinq ans, mais qui était réglé, résolu et là c'était pas du tout le problème du soir, y'avait aucun rapport entre les deux, mais elle avait besoin de reparler de cette chose.

P : D'accord. D'après toi, pourquoi est-ce qu'un patient peut faire ça ?

I : Je pense que c'était parce qu'elle avait peur en fait.

P : C'est ça.

I : Qu'on passe à côté ou comme ça avait pu se passer la fois d'avant, donc du coup...

P : Oui c'est ça. Mais ça alors comment est-ce que tu peux, puisqu'on a dit c'est quelque chose qui vient emboliser un petit peu ta prise en charge et tu n'as pas le temps, mais tu sens que chez cette patiente il y a quand même une charge émotionnelle qui est forte, qui est présente et c'est pour ça qu'elle revient dessus, alors que toi tu essaies de la recadrer, comment est-ce que tu peux à la fois ménager ses demandes et... ?

I : Dans ce cas-là moi je lui explique que voilà j'étais pas là il y a cinq ans, je ne sais pas comment les choses se sont passées, mais que voilà, pour le problème qui arrive, j'ai entendu ce qu'elle me disait et qu'on allait essayer de faire au mieux. En gros c'est ça.

P : D'accord.

I : Je critique jamais ce qui s'est passé avant, car comme je le dis : « On n'était pas là, je ne sais pas ce qui s'est passé, je n'ai pas votre dossier, je peux pas intervenir pour ce qui s'est passé, mais voilà aujourd'hui en tout cas on va essayer de faire au mieux ».

P : Elle fait un peu un transfert sur toi de ce qui s'est passé il y a cinq ans ?

I : C'est ça.

P : OK. Alors, deuxième question : en fait, l'émotion des patients et ton émotion, quelle place ça a dans tes entretiens ?

I : Alors je pense qu'on est pas mal blindé quand même.

P : Oui...

I : Et finalement...

Non je dirais pas qu'on n'a pas d'émotions, mais on a moins de transfert. Je pense que si on avait un patient en service qu'on voyait tous les jours, avec qui on commençait à tisser des liens, des choses comme ça...

Après moi ce qui me touche le plus c'est plutôt le truc social. Une des seules fois où j'ai pleuré aux urgences, c'était un pauvre monsieur qui venait et qui était absolument seul au monde, qui n'avait plus de famille, un petit papy seul chez lui qui ne se faisait plus à manger parce qu'il voulait plus sortir de chez lui parce qu'il avait peur. Et voilà, ça, de l'imaginer seul chez lui de pas se faire à manger, il était tout déshydraté, tout pas bien, voilà ça, ça m'a... voilà donc difficile.

P : Tu en es encore touchée aujourd'hui.

I : Ouais, ah ouais il m'a fait de la peine, ça, ça me... J'aime pas. J'aime pas les savoir seuls, pas bien. Après, pour ce qui est de l'annonce diagnostique ou des pathologies, comme on est dans le flux, dans le médical, dans le soin, c'est pas que ça me touche pas, mais voilà je vais être moins démonstrative. Ouais ça va m'embêter, c'est sûr ça va m'embêter. Encore la semaine dernière, un patient qui venait pour un traumatisme, on lui fait un scanner, finalement il n'a pas de traumatisme, on découvre un cancer du rein et là il a fallu lui annoncer. Un patient jeune qui venait pour une chute et qui... « Mais je ne comprends pas ! ». Donc oui, si, ça m'a embêté. On avait bien rigolé, on s'était bien entendu, on avait un très bon contact avec ce monsieur et bon ça fait de la peine, mais pas de là à faire un transfert. Alors après aussi, je pense le fait, je sais pas si c'est que pour les urgences, le fait de faire du SAMU aussi, d'avoir fait, oui j'ai eu pas mal d'inter un peu noires quand j'ai commencé, donc ça m'a un peu... j'en ai pris plein la tête les trois premières années, donc...

P : Qu'est-ce que tu appelles « les inter un peu noires » ?

I : Ah ben l'explosion d'immeuble qui se transforme en fait en infanticide avec une mère qui noie son fils de quatre ans dans un seau d'eau, que je récupère le petit... Les deux jeunes qui sont morts la même semaine de la méningite, qui étaient en fait finalement, y'avait une jeune femme qui a perdu son petit copain le vendredi et le samedi, j'étais de garde aux urgences et j'ai récupéré son frère, les deux sont morts à vingt-trois ans... Les parents qui ont perdu leur petit à Isola dans le chalet qui s'est écroulé... Les parents qui ont vu leur fille brûlée vive à St Isidore dans l'accident où la fille est restée coincée dans la voiture. Ouais j'ai enchaîné pas mal de...

P : D'accord. Et tu disais donc le mot « blindé »...?

I : Ouais. Je sais pas... Il y a une équivalence, en fait, ouais ça existe réellement d'arriver à se... Enfin... Une barrière en fait entre... Je sais pas...

P : Alors, ce que j'ai cru comprendre c'est qu'en fait des patients qui arrivent comme ça aux urgences auxquels on s'attache moins parce qu'il n'y a pas eu cette alliance thérapeutique qui s'est créée dans la durée. Et même pour annoncer des diagnostics graves à des gens jeunes, bon tu arrives à faire les choses sans qu'il y ait un retentissement émotionnel qui te mette en difficulté ou qu'il y ait une invasion émotionnelle.

I : Ouais.

P : Par contre, là on évoquait un monsieur âgé, seul, assez démuné, sans ressources au moins sociales et ça c'est quelque chose qui t'as vraiment touchée.

I : Ouais.

P : Donc il y a des patients, alors peut-être plutôt des pathologies ou des situations de vie qui vont plus t'affecter ?

I : C'est ça, ouais. Ah oui c'est sûr, mais même.... Alors après, voilà, moi je sais qu'il y en a qui par exemple les SDF ça les gonfle de les avoir aux urgences, etc. Moi, je sais que par exemple en hiver, ben même s'il est là aux urgences et qu'il n'a rien à faire là, jamais je me verrais le mettre dehors dans la nuit au froid. Qu'est-ce qu'on en a à faire qu'il soit sur un brancard aux urgences quoi ? C'est des trucs... après je sais pas si c'est de l'humanité ou quoi j'en sais rien, mais il y a des choses qui me paraissent... inconcevables. Donc c'est ça.

Même les petits papys mamys qui doivent rentrer chez eux parce qu'ils ont rien, à deux heures du matin, et ben non, ils sont seuls et on attendra le petit matin qu'il y ait quelqu'un qui puisse être avec eux ou venir les voir. C'est pas possible quoi. Il y a des choses qui sont pas possibles, je pense.

P : Ça te vient d'où ça d'après toi ? Ce que tu appelles cette humanité ?

I : Je sais pas. Un truc bête, mais je me rappelle encore, j'étais au collège, quand on prend conscience un peu de tout ce qu'il se passe dans le monde où j'avais découvert qu'il y avait des SDF et des gens qui ne mangeaient pas, j'ai plus voulu manger pendant une semaine en me disant, mais c'est pas normal que moi je mange et pas eux quoi (rires).

P : D'accord, d'accord.

I : C'est complètement... Donc voilà, après, d'où ça vient je ne sais pas, car j'ai jamais été privée de quoi que ce soit, j'ai pas... je pense de la prise de conscience de l'injustice en fait, qui peut exister entre les gens. Et puis même s'il y a des gens qui vont casser les pieds, moi je me dis toujours qu'on ne sait pas ce qu'ils ont eu dans leur vie, on ne sait pas ce qui s'est passé, on ne sait pas... Il faut pas juger quoi, donc tant qu'ils m'insultent pas et qu'ils sont corrects, je respecte. Après voilà, s'il y a un manque de respect, là c'est sûr que ça change.

P : D'accord.

Annexe 2. Retranscription des entretiens des étudiants avant leur séance.

Contexte.

Dans le but de démultiplier la recherche et le recueil de données, les entretiens ont été menés par un stagiaire de Master I en psychologie clinique au mois de mars et avril 2018, selon une grille d'entretien semi-directif, sous notre direction. Un premier entretien se déroulait à chaud juste après leur expérience. Ils étaient ensuite rappelés pour un second entretien (retour).

À leur demande, les entretiens avec les étudiants s'effectuent avec le tutoiement.

Entretien avant la séance avec Mademoiselle D, interne en hématologie.

B : Tu es étudiante depuis combien d'années ?

Mlle D : six ans d'externat, euh, je suis dans ma dixième année.

B : Et tu es en quelle spécialité ?

Mlle D : En hématologie.

B : As-tu déjà assisté à ces formations ?

Mlle D : Non jamais.

B : Vois-tu une utilité dans ces formations ?

Mlle D : Oui et non, c'est toujours utile d'avoir des formations après y'a rien qui remplace le travail à l'hôpital. Parce que c'est bien beau de jouer et de faire des... mais en vrai ça ne se passe jamais comme ça dans la vie.

B : Tu as déjà fait des jeux de rôles ?

Mlle D : Euh non je déteste ça, j'ai déjà vu des espèces de soirées ou des troupes de théâtre venaient jouer et franchement c'est pas du tout la réalité.

B : D'accord, je vais te poser des questions sur comment tu vois la relation patient/soignant, donc quand tu entres dans une chambre et que tu entres en contact avec un patient, la première fois que tu le vois, qu'est-ce que vous allez essayer de mettre en place avec lui ?

Mlle D : qu'il sache qui je suis, et après qu'il ait envie, qu'il me parle qu'il raconte ce qui lui est arrivé pour essayer de faire le tour de ce dont il a besoin et pourquoi il est là. Essayer surtout de voir ce qu'il a compris et ce qu'il a besoin de comprendre pour la suite, pour le

traitement, pour savoir exactement quoi mettre en place pour que tout se passe au mieux. Qu'il ait compris ce qu'on allait lui faire, les implications, et comment on allait procéder du début à la fin de son traitement... Pour qu'il ne reste pas dans le flou à se dire je sais pas où je suis pourquoi j'suis là... Parce ce que parfois y'a pleins de trucs qui sont dits, les gens sont jamais rentrés dans un hôpital, ne savent pas comment ça fonctionne, ils savent pas ce qu'ils ont comme maladie, ils en ont jamais entendu parlé dans leur vie. Donc mon objectif principal c'est qu'ils comprennent pourquoi, le pourquoi du comment on fait tout ce qu'on fait, après le reste... je pense que c'est l'essentiel.

B : Donc vraiment une bonne information pour que le patient soit au courant de tout ce qui est prévu.

Mlle D : bah surtout pour que le patient comprenne à chaque fois, à chaque étape pourquoi on le fait, qu'il ne soit pas là juste à se faire transporter le... qu'il comprenne qu'est-ce qu'on lui donne comme médicament pourquoi...

B : D'accord, du coup quelle est la place des émotions selon toi dans ce contact ?

Mlle D : Bah on a tous des émotions, tout le monde a une histoire, tout le monde a quelque chose à raconter, donc voilà j'écoute, je peux compatir, mais après je vais pas rentrer chez moi le soir en pensant spécialement à un patient, à ce qui lui arrive parce que tout le monde a une histoire.

Donc y'a toujours quelque chose à entendre chez quelqu'un, donc j'ai pas d'exemple en tête, après y en a qui me touchent plus que d'autre parce qu'on les voit souvent parce que y'a toujours des histoires horribles, mais après... C'est pas tous les jours que je rentre chez moi en me disant « oh le pauvre... », après c'est peut-être l'habitude, c'est que au fur et à mesure du temps on se rend compte que quand on avance, bah oui, y'a des gens qui nous touchent plus que d'autres à qui on s'attache plus que d'autres, et y'a des... Malheureusement après... On est habitué à voir des histoires horribles. En hémato c'est des gens qui n'ont rien et qui le lendemain, du jour au lendemain étaient en bonne santé et du coup sont mourants. Donc en fait c'est tout le temps, si on est touché enfin on est forcément attristé ou interpellé par les histoires, de là à être touché profondément. Pas trop.

B : D'accord donc ça ne va pas jusqu'à ce que l'émotion devienne ingérable.

Mlle D : Non jusqu'à présent jamais.

B : D'accord, est-ce que durant toutes tes études tu as déjà vécu un entretien avec un patient plus compliqué, par exemple une annonce de diagnostic létal ou quelque chose d'assez lourd...

Mlle D : Tout le temps, les gens ils sont jamais..., ils s'attendent jamais à ce qu'on leur dise ce qu'on va leur dire, après c'est pas notre rôle en tant qu'interne, donc c'est pas à nous de faire ça, après on se retrouve forcément à le faire parce que les gens posent des questions et on n'est pas là pour leur mentir, donc... après c'est pas à nous de faire des annonces des maladies, théoriquement ça se passe avec un médecin référent... Après bien évidemment quand on est au début d'examen et que le scanner n'est pas bon et qu'on est les seuls à être là on va être amenés à le dire, mais après...

B : Et dans ces cas là lorsque tu es amenée à le faire, puisque tu me dis qu'il ne faut pas mentir aux patients est-ce que...

Mlle D :... Toute façon il faut que ça soit fait, donc à un moment d'une façon ou d'une autre on en arrive là, on en arrive à dire les choses. Après comment... Est-ce que c'est bien dit, mal dit, je sais pas, les gens en plus entendent ce qu'ils ont envie d'entendre donc c'est toujours compliqué... Y'a des patients ils arrivent là dans le centre cancéreux et qui nous disent « j'espère j'ai pas un cancer ». En fait s'ils sont arrivés là quand même... C'est ce qu'on craint.

Après toujours enrober les choses, jusqu'à arriver au diagnostic, pas arriver brutalement à leur dire quelque chose, mais trouver un moyen... En fait l'objectif, enfin le mien c'est pas celui de tout le monde, c'est d'arriver à leur faire comprendre pour que ça vienne d'eux, c'est eux qui nous disent « en fait c'est un cancer » en fait c'est... Après nous on affirme, mais jamais arriver de but en blanc ; en disant vous avez quelque chose, c'est inquiétant, on a fait des prélèvements, c'est un peu ce qu'on craignait : les cellules sont malades... d'en arriver au fur à mesure du terme, d'arriver au mot « cancer », d'arriver à la maladie grave sans arriver de but en blanc en leur disant... pour qu'il y ait un cheminement en fait, le même cheminement que le diagnostic qu'on a eu, qu'eux ait le même dans leur tête... Vous aviez mal au dos, on a fait une radio, l'os était pas normal, on a regardé un peu partout, on a vu que y avait des images anormales de l'os, on l'a biopsié, la biopsie nous a répondu qu'il y avait des cellules anormales, ces cellules correspondent à une maladie, c'est cette maladie. Mais en fait le

cheminement qu'on a eu nous, j'essaie de leur faire avoir pour qu'ils arrivent à comment j'en suis arrivée là pour que dans leur tête ça vienne pas de but en blanc de j'allais très bien, j'avais juste mal au dos, à j'ai un cancer.

B : D'accord donc c'est vraiment étape par étape...

Mlle D : Moi j'essaie de faire comme ça, enfin après ce n'est peut-être pas tout le monde, mais moi j'essaie de faire un cheminement pour que dans leur tête il y ait une certaine logique à comment on en arrive là.

B : D'accord et il n'y a pas un exemple de patient où ça a été plus compliqué ?

Mlle D : Si j'en ai, j'ai un patient qui arrive aux urgences, vingt ans, pour des adénopathies partout, des ganglions qui ont poussé et moi j'arrive le dimanche matin, il est dans un lit, suspicion de leucémie... Il est avec sa mère et la faut j'aille le voir pour lui dire que oui c'est probablement une leucémie et que oui, il doit aller en réa parce que son rein ne tient pas le coup et qu'il faut qu'il soit dialysé. Mais je suis toute seule, je dois aller vite parce qu'il est attendu en réa, et que la première personne qu'il va voir, ça ne peut pas être le réanimateur, parce qu'il va pas comprendre pourquoi, et là les gens bah... Pour leur annoncer ça en l'espace de trente minutes bah... Après c'est la mère qui me dit : « Bah vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? »... Bah en fait oui je m'en rends compte, mais en fait j'ai pas... Sur le coup, j'avais pas d'autre façon de le faire, parce qu'en fait fallait que ça soit fait tout de suite et fallait juste que je lui explique le pourquoi du comment, donc elle m'avait jamais vue, il est arrivé la nuit via les urgences, il a vu que moi et il est parti en réa, c'est pas un cheminement normal, c'est pas comme ça, mais le problème c'est que dans l'urgence c'est comme ça qui fallait faire, enfin j'avais pas d'autre option... Après, le chef avait pas voulu venir parce qu'il avait autre chose à faire et du coup bah faut leur expliquer que bah peut-être c'est une leucémie, c'est très probable que ce soit une leucémie et que les reins du coup, il faut aller en réa pour la dialyse, mais c'est vrai que les gens qui nous disent : « Vous vous rendez compte de ce que vous me dites ! » En fait techniquement je m'en rends compte, mais c'est vrai que ça peut paraître sorti totalement de façon naturelle parce que effectivement, dans ma tête c'est naturel, mais eux la veille il avait juste des ganglions, il était fatigué, il allait juste aux urgences, ça s'était arrêté là.

B : Je vois, et du coup ça c'est un cas qui...

Mlle D : Bah sur le coup la phrase de : « Vous vous rendez compte de ce que vous me dites ! » c'est toujours marquant parce qu'en fait on s'en rend compte, mais... On s'en rend compte, mais en fait il faut le faire, enfin le dire, et c'est vrai que la façon de dire est peut-être pas optimale, mais... En fait est-ce qu'elle l'est vraiment quand on annonce que votre fils de vingt ans a une leucémie ? Je ne sais pas non plus, j'ai pas la réponse à cette question, donc oui on s'en rend compte, mais c'est vrai que l'interpellation de dire : « Est-ce que vous vous rendez compte ? » bah malheureusement oui, mais... Comment vous dire autrement j'ai pas de bonne façon de vous le dire.

B : Très bien, je comprends bien. Merci beaucoup pour le temps que tu m'as accordé.

Mlle D : Pas de soucis.

Entretien après la séance avec Mademoiselle D, interne en hématologie.

B : La première question est, comment s'est passé la simulation, comment l'as-tu vécue ?

Mlle D : Bah finalement très bien, ça s'est bien passé. Finalement je n'ai pas eu à jouer donc ça s'est bien passé (rires).

B : D'accord, la deuxième question : Est qu'est-ce que tu as ressenti quand tu as vu jouer la scène ?

Mlle D : Euh je n'aurais pas aimé être à leur place... Après c'est moins pire que ce que j'aurais pu imaginer, mais j'aurais quand même pas aimé le faire, c'est pas facile quoi...

B : Ce n'est pas facile par rapport à la situation ou par rapport à autre chose ?

Mlle D : Ah non, juste le faire en fait, on voyait bien que pour T c'était compliqué de faire le patient, faire quelqu'un qui connaît rien quand c'est ta spé c'est un peu compliqué et euh... C'était un peu... enfin E s'en est bien sorti je pense, être à la place d'L c'était plus facile qu'être à la place de T Je trouve qu'être à la place du patient c'était... un peu compliqué.

B : Et est-ce que tu penses que c'était le fait de jouer devant les autres qui était un peu plus compliqué ?

Mlle D : Non finalement c'est le fait de rendre la situation réaliste, je suis pas sûre que le fait qu'il y ait les autres ait rendu ça gênant, mais c'est rendre la situation réaliste, de faire en sorte que ça ressemble au quotidien c'est ça qui est compliqué...

B : Tu trouvais que ça ressemblait quand même un peu ou que c'était encore loin de la réalité ?

Mlle D : Non ça allait.

B : Très bien, le débriefing qu'il y a eu après la simulation t'a-t-il apporté quelque chose ?

Mlle D : Oui, enfin tous les débriefings au final parce que les autres euh... ceux qu'on a fait en fait... Celui-là, c'était un peu une conclusion de ce qu'on a fait avant... Parce qu'au final T a rejoint le rôle du patient qu'il y avait dans la première vidéo, il s'était mis un peu dans le même type de personnage, donc on se retrouvait dans des situations qu'on avait déjà un peu débrieffées, en plus L. avait un peu appliqué ce qu'on avait dit derrière donc ça se voyait que... enfin y avait des choses qui se faisaient parce qu'on avait un peu discuté avant.

B : Maintenant avec un peu de recul, quel intérêt retires-tu de cette expérience ?

Mlle D : Je regarde un peu plus les situations j'ai... enfin quand je le fais moi c'est un peu plus compliqué d'analyser, par contre quand je suis avec quelqu'un qui parle à un patient, c'est vrai que de temps en temps j'essaie de regarder si y a des choses qui peuvent me rappeler ce dont on a parlé. Enfin c'est plus sur ça quoi, de l'analyse, après ce que je mets vraiment en pratique... Je peux essayer des fois inconsciemment hein, mais c'est vrai que je regarde comment font les gens...

B : D'accord, justement les deux dernières questions sont un peu sur l'impact que ça a eu sur ta pratique, est-ce que tu trouves que cette formation a eu pour le moment, même si c'est un peu tôt, un impact dans ta relation avec le patient.

Mlle D : Euh je pense que oui, après c'est peut-être plus inconscient, mais peut être que je fais plus attention à des choses auxquelles je ne faisais pas attention avant.

B : D'accord, et la deuxième question, est-ce que ça change votre regard lorsque vous observez des médecins seniors...

Mlle D : Ouais carrément, là je pense que oui pour le coup oui.

B : C'est ce que tu me disais, étant donné, que tu es en observateur tu as plus le temps d'analyser...

Mlle D : Voilà

B : D'accord et pour finir, la même question que pos par Monsieur Percivalle à la fin de la formation, en un mot ou une idée qu'est-ce que tu retiens le plus de cette formation maintenant ?

Mlle D : Moi étonnement ce qui m'a beaucoup marqué c'est quand on parlait avant, quand il nous a demandé : « Comment vous vous présentez quand vous rentrez dans une chambre ? » Bah tu vois je donnais toujours mon prénom, juste mon prénom. Et d'entendre T bah que lui donnait son nom de famille pour donner plus une figure de médecin, bah tu vois finalement je le fais, je trouve que ce n'était pas con. Enfin moi je donnais que mon prénom, je faisais rien de... Parce que effectivement ça ne m'avait jamais traversé l'esprit de ce que ça pouvait renvoyer de donner son nom ou son prénom, et le fait que lui il dise, qu'il se présente et qu'il donne son nom de famille pour donner un peu plus d'impact à ce qu'il va dire, bah je trouve que c'est pas con. Et en fait je me suis rendu compte que les seniors (? Il y a du bruit) ils me présentaient rarement qu'avec mon prénom en fait... ils donnaient souvent soit prénom nom ; soit mon nom de famille.

B : Du coup vous pensez qu'en donnant votre nom ça vous donne une posture un peu plus...

Mlle D : Bah je pense qu'il a raison quand il dit ça, je pense que C. avait tort quand elle disait que de toute façon on la prenait pour une enfant donc du coup elle donnait que son prénom, je pense qu'elle avait tort parce qu'il a raison et la façon dont on se présente... et de mettre un nom de famille bah, ça a un peu plus d'impact et d'importance. Enfin ça va être un peu rétrograde ce que je dis, mais les infirmières quand elles entrent dans une chambre, elles vont donner que leur prénom parce qu'elles ont une espèce de complicité de relation, et je pense que le fait de donner son nom ça donne une autre approche, et ça rend les choses plus sérieuses. Et ça tu vois j'y ai vachement réfléchi après qu'il l'ait dit et finalement c'est ça, pour l'instant que j'applique le plus par rapport à ce qu'on a discuté.

B : D'accord, merci beaucoup d'avoir répondu à ces questions.

Entretien avant la séance avec Monsieur L, interne en hématologie.

B : Tu es étudiant depuis combien d'années ?

M. L : Euh... en médecine... euh ?

B : Ça fait longtemps (rire).

M. L : huit ans et demi.

B : Ça correspond à combien d'années d'internat ?

M. L : c'est ma deuxième année d'internat.

B : D'accord, est ce que tu as déjà fait des formations avec Monsieur Percivalle ?

M. L : Première.

B : D'accord, tu y vois une utilité ?

M. L : Euh sur le papier oui, après à voir...

B : Ok, maintenant ça va être des questions un peu plus sur ta pratique, donc lorsque tu entres en contact avec un patient pour la première fois, que ce soit en consultation ou dans une chambre qu'est-ce que tu essaies de mettre en place dès le début ?

M. L : Bah, un rapport de confiance, ça c'est le premier point, déjà je me présente, j'essaie de savoir déjà pourquoi il est là puis au fur à mesure je pose des questions sur lui pour me rapprocher un peu, tout en, bien sûr gardant une certaine distance, mais lui il est... l'idée en tout cas dans la relation, c'est d'avoir une confiance pour qu'eux ils puissent se livrer, dire le plus d'informations et aussi, après, accepter la prise en charge, même si on dit que quand même... aujourd'hui c'est... enfin les prises de décisions sont faites par le patient avec une information éclairée et tout ça, enfin la plupart des gens n'ont pas forcément les moyens ni des fois les ressources, donc l'idée c'est ça.

B : Ok donc c'est vraiment un climat de confiance pour que le patient puisse être conscient de ce qui lui arrive et accepter en bonne conscience...

M. L : Voilà.

B : Quand tu dis qu'il faut quand même garder une certaine distance avec le patient, tu fais référence à une distance professionnelle ? Au niveau des émotions ?

M. L : De tout, surtout en hémato et cancérologie où il faut garder... c'est pas facile parce que c'est des gens qu'on va voir longtemps sur des périodes assez longues et qui vont vivre... enfin c'est particulier comme pathologie, c'est pas une action chirurgicale où ça va être réglé rapidement, c'est pas des maladies chroniques qui engagent pas le diagnostic donc euh... Il faut garder une certaine distance parce qu'il faut rester professionnel, il faut pas pleurer avec

le patient parce que c'est pas très rassurant, et puis même eux, ils ont besoin aussi d'avoir quelqu'un sur qui ils peuvent compter donc euh...

B : D'accord, donc du coup, les émotions dans ce rapport avec ce patient, tu trouves qu'elles sont quand même importantes ou qu'au contraire il faut plutôt faire attention et s'en détacher dans cette relation.

M. L : Moi je pense que c'est important, il faut avoir de l'empathie, c'est important on a aussi un rôle de psychologue. Euh parce que déjà d'une on voit ça tous les jours, qu'eux ils voient ça, c'est la première fois que ça leur arrive ou en tout cas pour eux. Donc oui c'est important après il faut pas être trop proche.

B : Il faut donc garder une certaine distance.

M. L : Oui.

B : D'accord et donc dernière question, est-ce que depuis que tu es étudiant en médecine il y a un cas avec un patient en particulier pour lequel tu as eu plus de difficulté à gérer que ce soit dans l'annonce d'un diagnostic grave ou toute autre chose ?

M. L : Oui une fin de vie, c'était un peu compliqué, c'était un monsieur qui avait un cancer de l'œsophage, euh qui s'était dégradé assez rapidement et euh... C'était un patient qui avait pas énormément de ressources, d'entourage, il avait surtout son épouse, il avait pas d'enfant, ils étaient un peu dans une relation fusionnelle, l'épouse était soignante, c'était une sage-femme il me semble et euh en fait souvent, c'est souvent le cas en cancéro, c'est que les gens ils se mettent à dégrader et on se rend bien compte que y'a plus de ressource et euh...

C'était un peu compliqué parce que le médecin était très attaché au couple, il faisait un peu de chimiothérapie compassionnelle en sachant que voilà ça serait pas efficace et aussi... En fait à un moment donné quand il a été hospitalisé et que moi je l'ai pris en charge, c'était la fin et il a fallu annoncer à la famille, enfin à l'épouse et au patient que bah... faudrait arrêter la chimio, que c'était la fin et que maintenant c'était des soins palliatifs, des soins de confort qu'il fallait privilégier et...

La réaction de la femme, alors qui a probablement une personnalité pathologique, même peut être une maladie psychiatrique, mais la femme a eu une réaction assez violente, euh elle a dit qu'on avait tué son mari, elle nous en voulait personnellement... et en fait voilà, moi tous ces éléments-là je les avais pas, je les connaissais pas depuis longtemps et en fait quand on

déroule une... L'épouse elle était totalement attachée, enfin c'était de la sur... Enfin la seule ressource qu'elle avait donc on lui enlevé ça, on lui enlevait même l'idée d'avoir un espoir et c'était... Enfin sincèrement elle était violente, ça s'est très mal passé, moi c'était de loin l'expérience la plus violente parce que du coup même après en réfléchissant on se dit oui c'est contre la maladie... C'est contre euh ce qui lui arrive qu'ils réagissent, mais sur le coup, prendre de la distance pour le coup c'est pas facile...

B : Je vois, merci beaucoup pour m'avoir accordé du temps.

Entretien après la séance avec Monsieur L, interne en hématologie.

B : La première question est, comment s'est passé la simulation pour toi, vu que tu étais acteur comment l'as-tu vécu ?

M. L : Déjà c'est très intéressant, le psychologue, je me souviens plus de son nom...

B : Monsieur Percivalle.

M. L : Ah oui, il a été génial, je le trouvais génial, il m'a appris plein de choses, c'était très instructif. Moi j'ai essayé après de le refaire en pratique, bon ce n'était pas facile, mais euh... pleins de bons conseils, j'ai trouvé ça super intéressant. Après jouer, oui c'était un peu... un peu compliqué parce qu'on n'a pas trop l'habitude, c'est un peu stressant, y'a le regard des autres et tout, mais non ça allait c'était sympa, sincèrement ça va, ça s'est bien passé.

B : D'accord et concrètement qu'as-tu ressenti lorsque tu as joué ce rôle de médecin face à ce patient un peu compliqué ?

M. L : C'est un peu compliqué parce que du coup... ce n'est pas un vrai patient donc y'a quand même un... mais j'ai essayé de jouer le truc à fond et... j'essaie de faire un peu comment je fais au travail et moi je me suis senti plutôt bien... puis après T faisait des efforts pour rendre le patient vivant. Après non Il n'y avait pas trop de difficulté parce que quand même l'échange s'est plus ou moins bien passé et voilà.

B : D'accord, et une fois la scène jouée il y a eu un débriefing, est-ce que tu juges qu'il était important ?

M. L : Ah oui, déjà je me suis rendu compte que je faisais des trucs sans m'en apercevoir, et que y'avait des choses que je dois améliorer aussi, donc oui ça m'a apporté oui. Quand on fait l'entretien et tout, on est en temps réel, donc moi je n'arrive pas à prendre de recul sur le

moment. C'est des choses qu'on fait de manière instinctive, donc c'est toujours bien que quelqu'un de l'extérieur analyse et de voir ce qui fait bien ce qui fait moins bien.

B : Ok super, et du coup est ce qu'il y a des intérêts que tu retiens de cette simulation ?

M. L : Oui, vraiment c'était vraiment très bien, les fameux outils qu'il utilisait j'ai trouvé ça vraiment instructif, et ce qui n'était pas mal c'était le fait qu'il y avait un travail sur la communication, car c'était vraiment intéressant. Et ce n'est pas quelque chose qu'on a l'habitude d'appréhender dans nos études, on fait un peu de psycho... Par exemple y'a des cours sur les personnalités pathologiques et sur les moyens de défense des patients, les mécanismes psychologiques, mais on n'a pas de cours à proprement dit, enfin moi du moins j'en ai pas eu sur les moyens de communication et les outils pour ça. Donc pour le coup c'était vraiment bien, je ne connaissais pas et c'était bien.

B : D'accord, tu m'as dit que tu avais essayé d'utiliser ces outils de communications, donc dans ta pratique est-ce que tu as vu un changement avec les patients ?

M. L : Honnêtement pas trop, je pense que ça ne se fait pas du jour au lendemain et je pense pas que ça soit l'idée du truc. Moi, j'ai compris que déjà ce n'était pas quelque chose d'inné, qu'on pouvait le travailler donc déjà une prise de conscience. Après c'est un peu un travail au quotidien donc peut-être dans le long terme y aura un impact. Parce que je n'ai jamais eu de soucis... Enfin oui y en avait une qui était un peu compliqué y'a quelques semaines, et c'est vrai que je sais pas si ça a débloqué un truc, en tout cas moi personnellement je l'ai mieux vécu, j'ai pris un peu plus de distance et je pense qu'au long terme ça serait efficace et puis aussi il faut faire l'effort de toujours se reposer des questions et de continuer dans cette démarche, mais là c'est un peu tôt...

B : Très bien, mais donc sur le long terme tu penses que cela peut tout de même avoir un impact bénéfique sur la profession de médecin ?

M. L : Oui voilà, et surtout c'est ce que je disais à la fin du debrief, moi y'a des chefs, enfin le chef de mon dernier stage, enfin c'était vraiment des choses qu'après il utilise, reformuler, les temps de pause... Enfin c'est quelque chose que j'aurais pas... En plus c'est quelqu'un qui est très intéressé à la psycho, à ce genre de chose...

B : D'accord ça t'as sensibilisé sur des façons d'agir des médecins seniors où avant la formation tu n'étais pas trop attentif à ça, et maintenant tu arrives à repérer ce genre d'éléments...

M. L : Exactement

B : D'accord, et donc même question que posée à la fin de la formation, en un mot ou une idée que retiens-tu le plus de la formation ?

M. L : En un mot... (rires) On ne peut pas tout résumer en un mot c'est impossible !

Rires

B : La dernière fois tu avais répondu que c'était une prise de conscience...

M. L : Oui je me souviens, je dirais alors une meilleure compréhension des échanges et de la communication... L'idée c'est vraiment analyser et essayer de trouver des outils, enfin vraiment décortiquer un peu les échanges qu'on avait avec les patients, l'idée c'est ça.

Entretien avant la séance avec Mademoiselle C, interne en hématologie.

B : Du coup tu en es à combien d'années d'étude ?

Mlle C : C'est ma neuvième année.

B : Et tu es en quelle spécialité ?

Mlle C : En hématologie.

B : Est-ce que tu as déjà participé à des formations ?

Mlle C : Oui en troisième année.

B : C'était avec Monsieur Percivalle ?

Mlle C : Ce n'était pas ici c'était à Paris.

B : D'accord et c'était également des jeux de rôles ?

Mlle C : Euh c'était de la médecine narrative.

B : Intéressant, et est-ce que tu vois un quelconque intérêt à la formation de cet après-midi ?

Mlle C : Oui je pense qu'en hémato ça peut être intéressant, après faut voir comment c'est fait voilà enfin ça dépend si c'est adapté à chaque personne, après c'est compliqué de faire ça en une après-midi avec des gens qu'on connaît pas je pense que c'est un peu compliqué.

B : Vous ne vous connaissez pas entre les...

Mlle C : Bah, on connaît pas, enfin les gens qui vont nous, enfin on connaît pas M. Percivalle.

B : D'accord, donc on va passer aux questions sur ta pratique depuis que tu es étudiante, donc lorsque tu entres dans une chambre avec un nouveau patient qu'essaies-tu de mettre en place dès le début ?

Mlle C : Euh bah déjà je toque (rire) non après j'sais pas j'lui dis que... bonjour je m'appelle enfin j'me présente, je m'appelle C, je suis l'interne du service, enfin, en bref, j'essaie de le mettre un peu à l'aise, après ça dépend totalement pourquoi il est là parce que ne serait-ce qu'en hémato ou en infectiologie c'est pas du tout la même chose donc en hémato on a vraiment besoin de le rassurer dès le départ, parce que quand ils voient qu'ils sont hospitalisés en hématologie c'est la panique absolue donc euh t'essaies de les rassurer de les mettre un peu en confiance un peu de... J'sais pas, discuter un petit peu avec eux, pour les connaître un petit peu, pour qu'ils se rassurent qu'ils pensent à autre chose.

B : d'accord, c'est très intéressant, et dans cette rencontre est-ce que tu trouves qu'il y a une place pour les émotions ?

Mlle C : Bah de toute façon je pense que t'es obligé d'avoir des émotions, enfin t'es pas un robot, donc euh..., moi je pense qu'il en faut un minimum parce que si le patient voit que tu t'en fous et que t'es totalement froid, surtout en hémato enfin je pense que ça doit être horrible, ça doit être hyper flippant d'avoir un médecin froid, qui t'écoute pas et qui est juste là pour faire sa vie quoi. Mais euh après surtout quand t'as des jeunes, des choses comme ça t'es obligé de ouais t'attacher un petit peu t'es obligé de... Enfin vraiment de..., d'avoir plus d'émotions, je pense enfin oui je pense que c'est important.

B : D'accord et cette émotion tu la relies à l'empathie ou pour toi ce sont deux choses différentes ?

Mlle C : Je pense que ça peut être différent, ça peut être séparé parce que du coup y'a quand même des médecins qui restent froids, mais qui arrivent quand même à comprendre, à se mettre un peu à la place des gens, mais qui justement restent un peu froid pour pas... pour pas s'engager et pour pas donner trop de soi ou quoi, après je pense que c'est sûr que t'as plus d'empathie si tu connais mieux la personne et si tu t'es un petit peu engagé personnellement avec la personne.

B : D'accord, dernière question est-ce que, que ce soit là pendant ton internat ou même avant tu as en tête une situation que tu as vécue de manière plus difficile avec un patient, ou tu as eu plus de mal à gérer la situation ?

Mlle C : Bah ouais quand on a des petits jeunes de vingt-quatre ans qui meurent ouais... pas hyper facile quoi... euh après...

B : C'est une difficulté vis-à-vis de toi en tant que médecin ou par rapport à tout ce que ça implique au niveau des proches...

Mlle C : Bah la famille étonnamment ça a été, enfin ils connaissaient bien donc ça a été enfin ils avaient un peu préparé le coup, mais euh... enfin, c'est j'sais pas c'est pas évident quoi, je pense la difficulté c'est plus par rapport à moi parce que justement tu t'attaches un peu plus surtout si y'a des jeunes et tout, donc euh... surtout qu'on les a longtemps nous on les a six mois les gens en plus donc c'est sûr que tu t'attaches encore plus, mais euh..., tu vois je pense que c'est plus par rapport à moi la difficulté.

B : D'accord et tu pourrais expliquer un peu plus pourquoi, c'est particulièrement les jeunes... ?

Mlle C : Après non y'a même d'autres patients, des gens un peu plus vieux qui pareil dès que tu t'attaches un peu trop que tu passes beaucoup de temps avec eux ça devient plus compliqué.

B : d'accord donc en fait c'est quand les patients, étant donné qu'ils passent beaucoup de temps avec vous, vous avez le temps de les connaître de vous y habituer, c'est l'attachement qui crée une difficulté au moment où hélas...

Mlle C : Ouais je pense, ouais, parce qu'après le soir... Sinon le reste on est quand même habitué à voir ce genre de suite on va dire, on est quand même un peu habitué à ce que les gens meurent (rires) c'est horrible, mais on est quand même, enfin on s'est un peu plus habitué, ça fait quand même deux ans et demi d'internat donc ça commence à... à être plus habituel, mais ouais c'est juste que quand tu es avec des gens pendant six mois...

B : Je comprends bien, merci de m'avoir accordé du temps.

Entretien avant la séance avec Monsieur T, interne en hématologie.

B : Tu es étudiant depuis combien d'années ?

M. T : Six ans.

B : Ah d'accord donc première année d'internat ?

M. T : Non... euh six ans d'internat.

B : Ah donc vous arrivez à la fin !

M. T : C'est mon dernier jour. (rire)

B : Ah oui, d'accord, et est-ce que tu as déjà fait des formations ?

M. T : Non.

B : Donc c'est la première fois. Tu vois une utilité à ces formations ?

M. T : À ce stade-là pas trop... (rire).

B : Tu aurais préféré qu'il y en ait avant ?

M. T : Bah, avant ça aurait été plus logique.

B : Oui je vois c'est compréhensible.

M. T : Mais bon après je suis ouvert à tout ce que ça peut m'apporter...

B : Donc, du coup la première question sur ta pratique, lorsque tu entres en contact avec un patient qu'essaies-tu de mettre en place dès le début ?

M. T : Ouf, euh ça dépend complètement de pourquoi j'entre en contact. Est-ce que j'entre en contact parce que la personne vient pour un problème clinique, de logique, pour un diagnostic déjà connu enfin ?

B : ça dépend de la situation...

M. T : Oui c'est trop vague comme question.

B : Ok mais concrètement, est-ce que par exemple que ce soit pour une consultation ou un patient qui soit déjà en milieu hospitalier ou y'a déjà connaissance du diagnostic, c'est par exemple la première visite, qu'est-ce que tu vas essayer de mettre en place avec lui, peut-être de reprendre avec lui ce qui lui arrive, de le mettre en confiance... ?

M. T : C'est un tout, moi je le..., la base de ma façon de fonctionner c'est d'impliquer le malade, donc mon but c'est qu'il y ait un rapport de confiance et je me base sur la compréhension de ce que j'explique en fait, de ce qu'il a. C'est un parti pris hein, je pense que, et en tout cas j'ai toujours l'impression que ça a marché, que globalement quand on

explique avec des mots simples et qu'on prend le temps de le faire, ça à l'air de marcher et que les gens après... Le climat de confiance s'installe assez vite quand tu leur donnes les tenants et les aboutissants de ce qui leur arrive. Bon après avec des étapes évidemment, mais... Disons que si je dois définir ma façon de fonctionner c'est ça, c'est essayer de les impliquer de ce qui leur arrive par le fait de leur donner les clés pour le comprendre.

B : D'accord donc ils deviennent un peu plus acteur que simplement spectateur de ce qui leur arrive.

M. T : Exactement.

B : D'accord donc, deuxième question. C'est par rapport aux émotions lors de ce contact, est-ce que tu trouves qu'elles ont une place à prendre dans ce contact ou au contraire...

M. T : Après ça dépend où on en est dans le contact clinique, est-ce que c'est un bilan diagnostic, est-ce qu'on est dans une annonce de maladie grave, une annonce de rechute qui est encore peut être une charge émotionnelle supplémentaire pour le malade et pour le médecin, mais euh... de façon générale... Oui sur les annonces y a toujours une part d'émotion c'est évident, mais après elles te chargent, enfin l'émotion te charge, et du coup elle te donne une façon de fonctionner.

B : donc ça n'empêche pas de travailler...

M. T : Ah non pas du tout, bien au contraire pour moi ça décuple l'envie.

B : Et tu penses que ces émotions sont liées à l'empathie ?

M. T : Oui je pense oui, après y'a une euh... Je pense aussi que y'a une motivation dans ce cas-là à bien faire ton boulot, sachant que de toute façon faut en passer par là, et que quelqu'un doit passer par là, donc si c'est toi qui y est, il faut le faire... donc, après... non moi, je le vis curieusement pas comme un problème, au contraire, voilà on a choisi de le faire il faut l'assumer pleinement, sans en faire des tonnes.

B : D'accord et durant toutes tes études, étant donné que tu en es à la fin, y a-t-il une situation que tu as vécue plus difficilement par rapport aux autres ?

M. T : Une en particulier non, après y en a plusieurs différentes avec des complexités différentes, mais globalement... le plus dur c'est quand les gens ont un niveau de formation et de compréhension qui fait qu'ils ont beaucoup anticipé. Du coup faut arriver à sonder ce

qu'ils savent, pour se mettre au niveau donc parfois du coup, on part pas avec la même façon de « procéder », donc à la limite c'est ça le plus dur à adapter...

B : Et ça c'est compliqué dans la prise en charge ou c'est personnellement plus compliqué à...

M. T : non ça va être global parce que c'est des gens qui vont faire moins confiance, qui se posent plus de questions, mais c'est bien hein, au contraire je pense que nous ça nous fait plus réfléchir d'ailleurs..., mais du coup ça veut dire qu'on a tous nos petites recettes pour se mettre dedans et dans ces cas-là il faut plus s'adapter quoi.

B : Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps.

Annexe 3. Séance au Galet : entretien entre un ophtalmologiste, le patient et le fils du patient.

Contexte.

À la Clinique du Galet en 2019, filmé et enregistré sur iPad. L'ophtalmologiste est joué par un senior ; le fils et le patient sont joués par des comédiens de théâtre. Dans la salle, des étudiants regardent la saynète.

Retranscription de la séance.

Trois personnes entrent et s'installent à un bureau.

Ophtalmo : Je vous laisse vous installer, un petit peu, comme ça on va résumer un petit peu, si vous voulez bien la situation.

Tout le monde s'assoit.

Ophtalmo : Vous avez un petit peu compris ce qu'il s'est passé ? On vous a un petit peu expliqué les choses ?

Patient : Non pas du tout, non.

Ophtalmo : Non vous avez pas compris, d'accord. Donc si vous voulez, je vais vous expliquer un peu la situation. Donc en fait, ce qu'il s'est passé au niveau de l'œil gauche c'est ce qui a... on peut dire que c'est un petit peu un infarctus du nerf optique. Un infarctus, vous savez c'est quand on a une artère qui se bouche, d'accord ? Ça peut arriver au niveau du cœur, ça peut arriver au niveau du cerveau, c'est un AVC d'accord ? Mais là en fait c'est au niveau du nerf optique. Donc une artère du nerf optique s'est bouchée et c'est ça qui est à l'origine de la baisse de la vue.

Alors dans ces cas-là si vous voulez, il y a deux grandes causes qui peuvent expliquer cet infarctus du nerf optique. La plupart des cas, dans la plupart des cas, il s'agit en fait de tous les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol, l'apnée du sommeil, etc. Et on va dire dans 5 % des cas, il s'agit d'une obstruction de l'artère d'origine inflammatoire. Et la principale pathologie inflammatoire qui est à l'origine de cette obstruction si vous voulez, c'est ce qu'on appelle la maladie de Horton. La maladie de Horton c'est ce qu'on appelle une vascularite, c'est-à-dire une inflammation des vaisseaux qui touche potentiellement tous les vaisseaux de l'organisme.

Il faut savoir que la maladie de Horton a tendance à toucher plus particulièrement certaines artères, notamment les artères ici temporales, c'est pour ça qu'on a fait une biopsie de cette artère, et donc les artères à destinée du nerf optique. Alors il y a d'autres atteintes qui peuvent se retrouver dans la maladie de Horton, principalement les artères cérébrales, donc il y a un risque potentiel d'accident vasculaire cérébral, et parfois d'autres artères plus périphériques au niveau du corps. Voilà, c'est un petit peu la situation qui s'est passée. Donc c'est cette artère du nerf optique qui s'est bouchée due à cette maladie de Horton et le traitement de la maladie de Horton, comme c'est une pathologie inflammatoire, ça nécessite des traitements anti-inflammatoires. Et dans ces cas-là, le meilleur traitement anti-inflammatoire mis à notre disposition en phase aiguë, c'est la cortisone. C'est pour ça qu'on a commencé les injections de cortisone à forte dose pour premièrement, diminuer le risque que ça touche l'autre œil, c'est la priorité, éviter que ça touche l'autre œil pour éviter que ça touche les artères à destinée du cerveau. Donc ça, c'est le premier but de la cortisone, éviter qu'il y ait d'autres atteintes en rapport avec cette maladie de Horton. Le deuxième objectif, c'est essayer dans la mesure du possible, de récupérer de la vision au niveau du nerf optique qui a été endommagé. Il faut savoir en revanche que lorsque l'atteinte du nerf optique est importante, la cortisone n'est pas synonyme de récupération visuelle. C'est-à-dire que là on a commencé le traitement, il va falloir se laisser quelques semaines pour voir la récupération visuelle. Il est possible qu'il y ait trois scénarii : le premier il y a une récupération totale de la vision, c'est assez improbable, ça se voit assez rarement. Le deuxième scénario c'est qu'on a une récupération de la vision, vision qui soit meilleure que celle actuellement, mais que ça récupère pas jusqu'au niveau initial. Et enfin le troisième scénario, qu'on n'espère pas bien sûr, mais qui est possible, c'est qu'il n'y ait pas d'amélioration de la vision. En tout cas, ce qu'il faut bien comprendre, c'est que la cortisone va empêcher que ça touche l'autre œil, parce que vous en conviendrez, faudrait surtout pas que ça touche l'autre œil parce que là, la gêne serait terrible.

Voilà un petit peu si vous voulez le topo au niveau de l'atteinte de l'œil et de la cause si vous voulez qui en est responsable. Donc nous ce qu'on vous propose, ce qu'on a commencé à faire, c'est de mettre en place le traitement par cortisone par voie intraveineuse et ensuite cette cortisone par voie intraveineuse sera remplacée par de la cortisone par voie orale donc par la bouche. La durée du traitement, c'est sûr elle va être un petit peu longue. Ça peut être de douze ou dix-huit mois, parfois plus, parfois moins. Alors le problème principal qui se pose

avec la cortisone, la cortisone c'est un traitement qui est connu depuis plus de cent ans qui est très bien maîtrisé, c'est un très bon traitement, mais effectivement du coup y'a des effets secondaires. Alors les effets secondaires, si vous voulez c'est lesquels ? Principalement ça va être dans votre cas, le dérèglement de votre diabète, parce qu'on sait que la cortisone peut faire augmenter la glycémie et c'est pour ça qu'il faudra avoir un suivi régulier du diabète. C'est pas une contre-indication la cortisone et le diabète, mais faudra être plus vigilant tout simplement.

Patient : On fait quoi pour être plus vigilant ?

Ophthalmo : Être plus vigilant c'est-à-dire contrôler, vous savez, vous faites régulièrement des contrôles de votre glycémie sur le doigt.

Patient : Ouais.

Ophthalmo : Eh ben ça faudra en faire un peu plus, notamment le matin, pourquoi ? Parce que c'est le matin qu'on va vous donner la cortisone parce que si vous voulez le soir, etc. ça peut vous empêcher de dormir, donc pour vraiment que ce soit un traitement bien toléré, il faut que vous la preniez le matin. Et donc effectivement, la glycémie le matin, ce sera peut-être intéressant d'en faire une le matin à 8 h, une à 10 h et une à midi pour voir un petit peu comment ça se comporte. Il faut que vous sachiez également que c'est surtout au début que ça risque de vous gêner. C'est-à-dire que la cortisone on va la diminuer progressivement, sous contrôle de nos collègues internistes qui vont vous suivre, de médecine interne, c'est des médecins spécialisés dans le suivi de la maladie de Horton, et donc ils vont progressivement diminuer les doses de cortisone. Donc ce problème de glycémie ça sera surtout on va dire les premières semaines, après les choses auront tendance à se régler. Si jamais on voit que la cortisone, ça dérègle trop votre glycémie, qu'on a dû mal, etc. d'adapter les doses de traitement, auquel cas on pourra discuter avec nos collègues de médecine interne effectivement, de vous introduire un autre médicament, d'accord ? Pour essayer de diminuer plus rapidement la cortisone. Ça après, si vous voulez, ce sera un équilibre qu'on trouvera. Là, dans l'urgence, ce qu'il faut c'est traiter la maladie, être agressif avec la maladie pour la calmer. Après, dans un second temps, le dosage si vous voulez on va essayer de l'adapter en fonction de votre tolérance, de votre tolérance à la cortisone et de votre glycémie. Mais ça posera normalement pas de problème majeur.

Fils : Mais là ça fait quand même pas mal de choses. Cette maladie-là c'est quoi c'est apparu comme par magie comme ça là ?

Ophthalmo : Cette maladie, c'est une maladie qui apparaît effectivement toute seule. La cause de la maladie de Horton en fait si vous voulez on la connaît pas, mais on sait que c'est une maladie inflammatoire. Certaines maladies qui sont inflammatoires dans le corps, dans l'organisme, on connaît pas l'origine. Alors ça peut être des causes infectieuses, des causes inflammatoires innées, etc. on sait pas exactement la cause. On va pas vous mentir, on va dire c'est dû à ça ou c'est dû à ça. Ce n'est absolument pas votre faute, ce n'est pas quelque chose que vous avez fait ou quelque chose que vous avez mangé ou un médicament que vous avez pris qui a occasionné ça, c'est une maladie qui de toute façon serait apparue d'elle-même.

Fils : Mais alors quand il a vu son ophtalmo il y a quinze jours, pourquoi il l'a pas vu ce truc-là ?

Ophthalmo : Parce que la maladie de Horton, si vous voulez, comme je vous l'ai dit, le premier symptôme au niveau de l'œil, c'est l'atteinte, l'infarctus du nerf optique. C'est-à-dire que les causes si vous voulez de vision double, y'en a tout un catalogue. Il faut savoir que la maladie de Horton, ça donne rarement de prime abord une vision double comme ça. Là où il faut évoquer la maladie de Horton en priorité, c'est quand justement il y a ses symptômes d'infarctus du nerf optique, vous voyez ? C'est ça le symptôme en général qui fait découvrir la maladie et qui nous fait lancer tous les examens complémentaires qu'on a lancés.

Fils : Ouais, mais pourquoi l'autre y'a quinze jours il a pas pu diagnostiquer, il y était forcément déjà y'a quinze jours.

Ophthalmo : C'est parce que je vous dis qu'il est possible que la maladie ait commencé comme ça, le problème c'est que la vision double elle s'est résolue toute seule, ce qui est pas habituel dans la maladie de Horton. Normalement, les choses, les symptômes, une fois qu'ils sont installés, si vous voulez, durent. Il n'y a pas de raison, si vous n'avez pas pris de cortisone que ça ait régressé comme ça. Donc le diagnostic, moi je dirais qu'il était extrêmement dur à faire il y a quinze jours et que normalement, c'est vrai que nous à l'hôpital on pose le diagnostic de maladie de Horton quand il y a un œdème du nerf optique c'est-à-dire un signe d'infarctus du nerf optique.

Fils : Oui, mais y'avait quand même déjà des symptômes y'a quinze jours, alors pourquoi l'autre il a pas pu... voilà il...

Ophthalmo : C'est ce que je vous dis. Nous je pense qu'à l'hôpital, pour une vision double comme vous aviez, on aurait difficilement fait le diagnostic également. Nous si vous voulez, on est arrivé en seconde ligne comme vous l'avez constaté. Hein vous étiez d'abord y'a quinze jours chez votre ophtalmo, nous on arrive en seconde ligne quand si vous voulez les symptômes se sont installés. C'est toujours, on va dire facile rétrospectivement, de dire oui y'a quinze jours le diagnostic aurait dû être fait, parce nous on n'aurait pas fait mieux y'a quinze jours. Si vous voulez, c'est une fois qu'on a tous les symptômes, toute la triade des symptômes, c'est là qu'on arrive à faire le diagnostic et pour nous c'est vrai que c'est beaucoup plus...

Fils : À ouais, mais non, mais y'avait quand même des symptômes, moi je comprends pas pourquoi y'a quinze jours, là, il peut pas découvrir cette maladie, elle y'était forcément, y'a un problème ou il connaît mal son job, j'en sais rien ou c'est un charlot, je sais pas, mais...

Ophthalmo : C'est ce que je vous dis, c'est ce que je vous dis, c'est difficile de faire le diagnostic, d'autant plus...

Fils : Ben si c'est difficile à ce moment-là qu'il fasse un autre boulot s'il sait pas le faire je sais pas moi.

Patient : Il avait me faire venir à l'hôpital pour vérifier alors.

Ophthalmo : Le problème majeur, c'est ce que je vous dis, tous les examens complémentaires qu'il a faits étaient justifiés. C'est-à-dire qu'il fallait faire le test, vous savez, vous vous souvenez, le test pour vous faire un petit peu voir la direction des muscles de la vision, ce test il était indispensable, il a été fait. Le problème majeur, je vous dis c'est que la vision double on en voit beaucoup et que normalement, quand ça régresse spontanément, c'est souvent des microaccidents vasculaires qui sont dus à de l'hypertension, etc. Normalement, une vision double en rapport avec la maladie de Horton que vous avez, normalement elle ne régresse pas spontanément et c'est pour ça que le diagnostic, je dirais, il était extrêmement difficile à le faire et que nous, on n'a pas eu de mal à le faire dans la mesure où vous avez eu d'autres symptômes qui se sont surajoutés et nous le diagnostic on le porte sur un cortège de symptômes. Il y a quinze jours, vous n'aviez pas ce cortège de symptômes. Quand vous êtes

venus nous voir, vous aviez ce cortège de symptômes qu'on a confirmé avec la biopsie de l'artère temporale.

Fils : Ouais, mais si vous attendez que les patients, ils aient quarante milliards de symptômes pour trouver les maladies, forcément, les traitements après c'est beaucoup plus long. Il y aurait trouvé y'a quinze jours s'il faut ce serait beaucoup plus simple.

Ophtalmo : C'est vrai, c'est vrai. C'est des maladies qui sont difficiles à diagnostiquer. C'est pas si vous voulez comme un rhume ou etc., je veux dire, ça c'est facile à diagnostiquer. Y'a certaines pathologies au niveau de l'œil sont très faciles pour nous de diagnostiquer, mais c'est vrai que les maladies qui touchent l'ensemble du corps, parce que c'est ça que vous avez, c'est une maladie qui touche l'ensemble du corps...

Fils : Mais ça le touche pas, y'a qu'un œil qu'il a le problème, y'a pas de problème ailleurs.

Ophtalmo : Exactement.

Fils : Donc il a eu un problème à l'œil et donc on a été voir un ophtalmo, mais qui a pas été capable de faire son job.

Ophtalmo : Alors y'a pas de problème ailleurs parce qu'on a mis le traitement. Parce que là la maladie elle est crescendo et à partir du moment où ça touche une artère au niveau du nerf optique, ça peut toucher l'autre artère sur l'autre nerf optique, etc. Donc il faut considérer que votre maladie, c'est une maladie des vaisseaux en général et donc c'est une maladie qui est montée progressivement. Peut-être qu'il y a quinze jours elle a commencé, mais il n'est pas exclu que la vision double d'il y a quinze jours soit en rapport avec une autre cause. Alors je suis d'accord avec vous...

Fils : Alors ça c'est facile, comme ça vous prenez la défense de l'autre charlot là et comme ça là...

Ophtalmo : Je suis d'accord avec vous qu'on n'a pas de preuve en soi, mais c'est pas exclu. En tout cas, il faut bien considérer que votre maladie est une maladie générale qui nécessite un traitement général. Ça c'est une certitude.

Patient : Et la suite de tout ça ? Je vais prendre un traitement toute ma vie alors ?

Ophtalmo : Vous allez ? Pardon ?

Patient : Je vais prendre un traitement toute ma vie ?

Ophtalmo : Non, c'est ce qu'on disait, la cortisone, dans la très grande majorité des cas c'est un traitement qui est transitoire. Alors c'est pas un traitement de deux trois mois ça c'est clair, c'est pas suffisant. Y'a des études qui l'ont montré, prendre deux trois mois de cortisone ça suffit pas. Ce qu'il faut, c'est prendre douze à dix-huit mois de traitement. C'est ce qu'on disait...

Fils : (rire jaune)

Ophtalmo : Ça va être un peu contraignant, mais moyennement quoi, ça maîtrise, normalement dans la majorité des cas, les symptômes et la maladie. Après, il y aura un suivi à faire. Mais ce n'est que dix-huit mois.

Fils : Si on avait pu avoir ça y'a quinze jours, t'aurais pas tout ça. Je vais porter plainte contre l'autre charlot qui ne connaît que dalle.

Ophtalmo : Moi, tout ce que je peux vous dire si vous voulez, c'est que le diagnostic il y a quinze jours, c'était impossible de dire si c'était une maladie de Horton ou pas. C'est difficile de...

Fils : Ouais, mais il a pas cherché, quoi c'est tout. Voilà ça s'est rétabli voilà y'a rien à faire, c'est tout bon...

Ophtalmo : C'est vrai que le fait que ça régresse spontanément, c'est un élément qui est un petit peu étrange dans l'histoire. Vous voyez votre infarctus du nerf optique il régresse pas vous voyez, il ne réapparaît pas tout seul, il est pas revenu, il est pas reparti. Il est venu, il s'est installé, il a progressé. Vous voyez ? Donc c'est ça la maladie de Horton. C'est quelque chose qui s'installe et qui continue de progresser. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc l'évolution est...

Patient : Oui, mais donc je vais avoir un traitement un an/dix-huit mois.

Ophtalmo : C'est ça.

Patient : Et après je l'aurai plus ?

Ophtalmo : Et après normalement vous n'aurez plus. Encore une fois...

Patient : Et ça ne reviendra plus ?

Ophtalmo : Normalement, ça revient pas. Encore une fois, je pondère en disant normalement. C'est-à-dire qu'on ne peut pas vous garantir avec certitude que ça durera que douze mois ou

dix-huit mois, à chaque fois il faut adapter le traitement au patient. Chaque patient et chaque maladie est différente, mais on a quand même un certain recul, notamment ici à l'hôpital, les patients qui ont cette maladie-là et qui sont traités par ce traitement qu'on vous propose, c'est vrai que dans la très grande majorité des cas effectivement, ça se passe comme ça, douze à dix-huit mois de traitement pour le moment. Ça ce sera à voir dans les suites, dans les mois à venir. Pour l'instant, y'a pas trop de questions à se poser je dirais, là il faut faire le traitement d'attaque pour vous protéger, protéger le cerveau, protéger l'autre œil et si possible améliorer votre vision de l'œil atteint et là, y'a pas de questions à se poser, il faut le traiter, ensuite la décroissance c'est secondaire je dirais. On va y arriver, on va faire des adaptations, des ajustements, on va y arriver et voilà ce sera un petit long, douze/dix-huit mois, mais ça vaut le coup.

Patient : Et ça veut dire que si je prends ce traitement, je risque plus rien ?

Ophthalmo : Voilà. Normalement...

Fils : Mais faut que t'arrêtes aussi.

Ophthalmo : Non, faudra pas arrêter.

Fils : Déjà que l'autre il nous a fait perdre quinze jours déjà, alors là si t'arrêtes on est dans la merde.

Ophthalmo : Nous on se fierà à deux choses : 1. ce que vous direz, c'est-à-dire on vous demandera toujours si vous prenez le traitement, donc on vous croira, mais on aura aussi des moyens au niveau biologie de savoir si vous prenez le traitement. Vous savez qu'il y a des marqueurs de l'inflammation, si vous prenez le traitement ils vont régresser, si vous le prenez pas ou si la maladie est résistante vous voyez les marqueurs de l'inflammation ne vont pas diminuer. Et nous, en fonction de ça, on adapte les doses. À partir du moment où les marqueurs de l'inflammation ils sont réglés, ils sont normaux, eh ben, là, on pourra commencer la décroissance, etc., mais à chaque fois, on vous demandera si bien sûr vous prenez le traitement, la glycémie si ça va bien et nous à chaque fois on vérifiera sur une prise de sang si ça se passe bien aussi. On prend toujours des sécurités. Voilà un petit peu comment ça va se passer.

Fils : Voilà pendant que tu assures ça, moi je vais m'occuper de l'autre charlot, on va voir ce qu'on peut... Qu'il arrête ces conneries celui-là.

Ophthalmo : Moi c'est tout ce que je peux vous dire.

Patient : J'suis habitué à suivre des traitements, déjà qu'avec la glycémie... alors un peu plus.

Ophthalmo : Ben ça se fera un peu plus, mais vous inquiétez pas, c'est faisable, sinon on vous le proposerait pas. D'accord ? Donc vous inquiétez pas, on se reverra pour voir l'évolution de l'œil gauche, on verra les glycémies, donc on va vous remettre un carnet de glycémies, faudra bien marquer vos chiffres en fonction de l'heure du traitement et à chaque fois on se reverra, on verra l'œil, on verra les glycémies et on verra ensuite comment on adapte les doses. Ne vous inquiétez pas, on va se revoir régulièrement, d'accord, à intervalles fixes et c'est là qu'on verra, qu'on adaptera un petit peu le traitement. D'accord ? Donc on vous laisse pas dans la nature comme ça, ne vous inquiétez pas, on se reverra. Vous verrez aussi nos collègues de médecine interne et bien sûr on enverra un compte-rendu, un rapport à votre médecin traitant, car c'est votre médecin traitant aussi qui sera là pour adapter les doses si jamais vous, vous avez l'impression, sur les glycémies que vous prenez, qu'elles sont trop élevées.

Annexe 4. Quatre étudiants en simulation de consultation : mère, fille, médecin, IDE.

Contexte.

La séance a été menée avec des étudiants en cinquième année, dans la salle de formation de l'hôpital, en avril 2018 et enregistrée sur iPad. L'infirmier diplômé d'État est joué par un étudiant IDE ; la famille et le patient sont joués par des étudiants (volontaires) dans les professions de santé. Le médecin est joué par un étudiant en médecine de cinquième année.

Retranscription de la simulation.

IDE : Bonjour, je suis Clément infirmier.

Mère : Bonjour, maman de Cynthia (serre la main à l'IDE et tout le monde s'assoie).

IDE : Alors, vous vouliez nous voir aujourd'hui en consultation ? (*en montrant le médecin assis à côté de lui*). Qu'est-ce qui s'est passé ? (*il regarde la mère puis Cynthia*).

Mère (*visage grave, penché sur la table, dos voûté*) : Ben donc on sort de réanimation, c'est ça ? C'est le service où y'a tous les tuyaux là ? Parce qu'en fait on a un problème, enfin, moi je suis un peu désemparée, Cynthia elle est diabétique de type 1 depuis l'âge de sept ans, ça a été découvert à l'âge de sept ans, donc elle est censée..., enfin elle prenait toujours très bien son traitement, elle était très bien équilibrée. Et là ça fait un an que ça devient n'importe quoi. Alors je sais pas, c'est un peu les lubies de l'adolescence ? Je sais pas, ben explique Cynthia pourquoi tu prends plus ton traitement ?

Cynthia (*se tient un peu en retrait de sa mère, sourire aux lèvres*) : Parce que ça me saoule, c'est tout, ça me saoule.

Mère : Voilà donc la réponse c'est « ça me saoule », donc c'est pas très très constructif vous voyez, mais on arrive à se retrouver en réanimation à quasiment mettre son pronostic vital en jeu.

Cynthia (*sourit, bouge d'avant en arrière*) : Qu'est-ce que ça peut te foutre de toute façon ?

Mère (*regarde sa fille*) : Si tu meurs ?

Cynthia : Ouais.

Mère (*regarde la table devant elle, s'exprime avec les mains*) : Bon voilà, on en est à questions/réponses qui n'ont pas de... Donc là, le problème c'est qu'on aimerait trouver des

solutions pour avoir un traitement peut-être plus simple j'en sais rien ou bien avoir une prise en charge pour que Cynthia prenne son traitement normalement pour plus en arriver à des problèmes pareils quoi.

IDE : Bon d'accord, et toi Cynthia qu'est-ce qui te saoule dans ce traitement ?

Cynthia : Ben y'a tout qui me saoule ! Y'a le régime, y'a le fait qu'à l'école je dois aller avec l'infirmière plutôt que d'être avec mes copines ou mon chéri, je peux pas faire de sport, je peux pas boire d'alcool, moi ça me saoule, ça me fait mal.

Mère (*parle à sa fille, mais ne la regarde pas*) : Oui bon, mais faut accepter. On n'est pas tous égaux face à la maladie Cynthia. Faut accepter que toi, t'as cette maladie-là et que forcément il en découle des contraintes.

Cynthia : Oui, mais moi, j'ai rien demandé, j'accepte pas, j'ai rien demandé. Ça me saoule.

IDE (*air grave*) : Et qu'est-ce que tu penses de ce qu'il vient de se passer ? Ton passage en réanimation ?

Cynthia (*sourire*) : J'm'en fous.

IDE : Tu t'en fous ?

Cynthia (*sourire*) : Ouais.

IDE : De mettre ta vie en danger ? De blesser potentiellement tes proches, tes amis, ton chéri ?

Cynthia : Ouais ben justement...

Mère : J'ai l'impression qu'elle en retire même limite des bénéfices secondaires parce qu'elle était un peu brouillée avec son chéri et depuis qu'elle est en réanimation, il vient la voir, alors du coup ça la... Pfff on est dans l'impasse quoi (*se tient le front*).

Médecin (*voix très douce*) : Tu peux nous dire Cynthia ce que tu sais un peu sur le diabète ?

Cynthia (*lève les yeux au ciel, sourit, bouge beaucoup sa jambe, ton blasé*) : Pfff ben c'est-à-dire que j'ai trop de sucre dans le sang, du coup je fais des piqûres pour que ça redescende et voilà.

Médecin (*parle avec douceur et lenteur*) : D'accord. Alors en fait, voilà, c'est simple. Le diabète c'est le sucre qui est mal digéré dans ton organisme et pour ça, les piqûres elles vont aider à ce que ton organisme, le sucre soit géré de manière normale.

Cynthia : Non, mais c'est tous les jours les piqûres, ça fait mal !

Médecin : Bien sûr. Après, tu sais que quand le diabète est bien pris en charge, qu'on prend bien ses médicaments et que les piqûres sont donc faites régulièrement, après on vit pratiquement normalement.

Cynthia : Normalement, normalement, euh... pas trop hein.

Médecin : Par rapport à quoi ?

Cynthia : Ben par rapport à tout le monde ! Par rapport à tous mes copains, mes copines, mon chéri. Moi j'ai pas l'impression d'être normale.

Mère (*se tient le front, ne regarde pas sa fille, regarde la table, tourne la tête à l'opposé de sa fille*) : Laissez tomber de toute façon elle a réponse à tout. On pourrait bien dire n'importe quoi, elle a réponse à tout. Ça fait deux ans que c'est n'importe quoi. Son grand-frère il est diabétique de type 1 aussi...

Cynthia : Alors voilà « mon grand frère », voilà, il est parfait !

Mère : Ben le grand frère il est diabétique de type 1, il a dix-neuf ans et lui, il a toujours très très bien suivi son traitement.

Cynthia : Il est parfait !

Mère : Et il est en forme et il vit tout à fait normalement.

Cynthia (*elle applaudit et se penche vers sa mère*) : Ouais ben c'est bon, on peut l'applaudir, bravo mon grand frère bravo !

Médecin (*voix douce*) : Et d'habitude, donc quand tu vas l'infirmerie et que t'as la piqûre, ça dure combien de temps à peu près ?

Cynthia : Ben j'sais pas, cinq minutes, mais bon voilà, y'a dix minutes de récré, ça sert à rien quoi.

Médecin : Ouais.

Cynthia : C'est chiant !

Silence

Médecin : Et donc ça c'est tous les inconvénients qu'il pourrait y avoir par rapport à ça ?

Cynthia : Oui.

Médecin : Est-ce que tu pourrais nous dire quels avantages il pourrait y avoir ?

Cynthia : Dans la maladie ?

Médecin : Non, dans le fait que tu dois aller à l'infirmierie tous les jours.

Cynthia : Ben aucun, aucun avantage.

Médecin : Ben disons que...

IDE (*regarde Cynthia droit dans les yeux*) : En fait, tu as une maladie chronique. Cette maladie, le diabète, tu vas l'avoir toute ta vie. Tu ne vas pas guérir de cette maladie. Tout ce qu'on peut faire c'est la stabiliser. Faut dire les choses telles qu'elles sont. Pour éviter les passages en réanimation où tu mets ta vie en danger inutilement, il faut prendre ce traitement. Alors il y a d'autres options thérapeutiques pour éviter une piqûre tous les jours qu'on propose surtout aux jeunes, on peut mettre des pompes dans le ventre et c'est une piqûre tous les trois jours.

Cynthia (*très étonnée*) : Dans le ventre ?

IDE : Oui.

Cynthia : Une pompe ?

IDE : Oui qui injecte le produit...

Mère : Ça veut dire on ouvre le ventre et on met la pompe à l'intérieur ?

IDE : On met en...

Cynthia : Et je le garde comme ça sur moi ?

IDE : C'est une petite opération chirurgicale pour mettre en place la pompe qui va injecter tout de suite le traitement.

Cynthia : Et plus de piqûres alors ?

IDE : Une piqûre tous les trois jours, c'est un tout petit boîtier.

Cynthia : Mais c'est quoi, c'est un dextro ou l'insuline la piqûre ? Quand vous dites, la piqûre tous les trois jours, c'est quoi ?

IDE : C'est la piqûre d'insuline.

Cynthia : OK. Et le dextro ?

IDE : On fait quand même le dextro pour surveiller le...

Cynthia : Trois fois par jour encore ?

IDE : Oui.

Cynthia (*lève les yeux au ciel*) : Pfff ça fait mal !

IDE : Cynthia tu n'es pas la seule à avoir cette maladie en France.

Cynthia (*lève les yeux au ciel*) : Oui ben je sais y'a mon grand frère.

IDE (*regarde Cynthia dans les yeux*) : Y'a pas que ton grand frère. Aujourd'hui le problème c'est pas ton grand frère. C'est toi qui est passée en réanimation. C'est toi qui a mis ta vie en danger. (Regarde la mère) : Elle est suivie en ville par un pédiatre ?

Mère (*ton monocorde, se gratte l'oreille, regarde la table*) : Ben elle a quinze ans alors de temps en temps elle va voir le médecin généraliste, mais bon elle veut pas faire la queue donc il la voit jamais.

IDE : Et à la maison, y'a d'autres problèmes ? Avec le grand frère ?

Cynthia (*sourit et s'adresse à sa mère en la regardant*) : Ouhlala, ben vas-y je te laisse expliquer la situation maman.

Mère : Ben on n'est pas vraiment là pour parler de ça, mais après...

Cynthia : Ben si le monsieur demande.

Mère (*se tient le front, regarde la table, gesticule de la main, se voûte de plus en plus*) : On est dans une situation compliquée parce que moi j'ai arrêté mon travail pour m'occuper de mes enfants, mon mari il est en train de me quitter, je sais pas avec qui il est en ce moment, ben c'est sûr Cynthia fait n'importe quoi, je prends mon truc, je prends pas mon truc et je me pique et je me pique pas, et je fais de la merde toute la journée

IDE : D'accord.

Mère (*se tient le front*) : J'suis un peu excédé quoi.

Cynthia (*sourit*) : Ben on est deux.

IDE : Y'a un contexte familial qui a l'air un peu difficile en ce moment ?

Cynthia : C'est le moins qu'on puisse dire.

IDE : Toi, tu en as marre ?

Cynthia (*ton énérvé*) : Ah ben oui, j'en ai marre. Ben oui ça me saoule, j'ai envie de me casser de la maison. C'est bon quoi !

Médecin : Après, pour en revenir au diabète et à ce qu'il s'est passé, ce qu'il faut aussi entendre c'est qu'au mieux le traitement sera fait, au moins y'a de risques qu'une chose comme ça puisse revenir. Et sinon, à part les piqûres, est-ce qu'au niveau de l'alimentation tout ça, est-ce que tu...

Cynthia (*sourit et regarde sa mère*) : Ben avec ce qu'on bouffe à la maison...

Médecin : Quels types de repas d'habitude ?

Mère (*se frotte la nuque, se voûte, regarde la table*) : Ben on essaie de faire des repas équilibrés, mais c'est sûr que moi j'ai pas le temps, là je suis en recherche d'emploi donc la plupart du temps c'est Picard quoi...

Médecin : Ben après Picard c'est pas mauvais (*rires*), mais faut juste trouver quelque chose d'équilibré surtout qu'apparemment, votre enfant, l'aîné, il est déjà diabétique donc vous avez sûrement... par rapport à ça...

Mère : Oui oui ben ouais, mais là j'sais pas c'est un problème de communication, alors je sais pas si vous connaissez peut-être, j'sais pas peut-être parler avec un psychologue, je sais pas de quoi elle aurait besoin...

Cynthia (*sourit, balance beaucoup sa jambe*) : Ça y est j'suis folle maintenant, faut que j'aille avec un psy !

IDE (*ton sérieux, regarde alternativement fille et mère*) : C'est pas les fous qui vont voir les psychologues ou les psychiatres. Je pense que le mieux est d'aller voir quelqu'un pour parler, pour évoquer un peu tous ses problèmes, en famille, seule, d'accord ? C'est pas anodin ce qu'il vient de se passer, donc de parler avec un médecin spécialisé ou un psychologue pour tous ses problèmes de la vie de tous les jours pour lesquels ils apportent des solutions, d'accord ?

Mère (*regarde sa fille*) : Voilà, tu vas aller voir un psy.

Cynthia (*regarde sa mère et sourit*) : Merci ben toi aussi tu peux y aller !

Mère : C'est compliqué la discussion.

Médecin : Après, tu sais Cynthia, par rapport aux piqûres et tout ça, les avantages, bon certes tous les inconvénients sont pour toi aussi, mais tous les avantages ils seront pour toi et malheureusement, c'est comme te l'as dit mon collègue, c'est une pathologie qui est chronique, y'a beaucoup de gens qui en sont atteints et beaucoup de gens arrivent à vivre une vie normale très longtemps sans...

Cynthia (*se remet en place sur sa chaise*) : Ouais, ouais... (*lève les yeux au ciel*)

IDE : Là tu as quinze ans, tu vis peut-être une période difficile, mais dans quelques années tu vas grandir, tu vas être adulte, tu vas rentrer dans la vie active, tu vas avoir un métier, tu vas avoir un copain puis un mari puis des enfants (*la mère dodeline de la tête montrant son scepticisme*). C'est tirer un trait sur tout ça si aujourd'hui tu refuses un traitement par ce que tu es dans une période rebelle.

Cynthia (*sourit, lève les yeux au ciel*) : Hum.

Médecin : Tu risques de la regretter, surtout que tu as toujours pris ton traitement jusqu'à il y a quelques jours, c'est dommage.

Silence.

Cynthia : Et la pompe là, vous pouvez la mettre quand ?

Médecin : Ben faut discuter avec d'autres médecins du cas. Bon déjà il faut stabiliser le diabète et donc il faut que tu reprennes le traitement, nous montrer que tu es volontaire pour ce projet.

Cynthia (*lève les yeux au ciel*) : Si je reprends bien mon traitement après on me met la pompe ?

Médecin : Oui.

Cynthia (*voix de petite fille*) : C'est promis ça ?

Médecin : Oui.

Cynthia (*sourire*) : Peut-être alors.

Mère : C'est déjà une avancée hein.

Médecin : Voilà, et bien sûr un suivi avec un psychologue de l'hôpital ou un psychiatre pour discuter un peu de tout ça et du contexte familial, d'accord ?

Mère et fille marquent leur accord en hochant la tête

Cynthia : Hum

Médecin (*s'adressant à la mère*) : Peut-être aussi avec le père si vous arrivez à le faire venir ? C'est important.

Mère (*hoche de la tête, se triture l'oreille*) : Ben on va essayer, mais bon.

Médecin : Y'a des consultations qui sont en groupe, en famille, puis après individuelles pour l'enfant, d'accord ?

Mère et fille se regardent et hochent la tête

Cynthia : Hum.

Annexe 5. Simulation d'un plan blanc. Exercice « cellule de crise 06 » avec l'équipe de direction (19/06/2018).

Contexte.

Des directeurs et des directeurs-étudiants participent à la simulation, ainsi qu'un responsable de pôle, un médecin-chef de service et un cadre supérieur de santé. Deux pièces qui ne peuvent communiquer entre elles que par le téléphone. Les directeurs sont confinés dans la salle de crise en contact avec l'extérieur par le téléphone. Dans une seconde pièce, médecins, cadres, professionnels de santé jouent chacun une dizaine de rôles, passent des coups de téléphone et contactent la cellule de crise. Un logigramme a été élaboré en amont. Le jeu de rôle porte sur la simulation d'un tremblement de terre. La simulation a duré de 16 h 30 à 19 h 15 (durée totale de 2 h 45). Nous menons le débriefing à chaud. Un débriefing à froid s'est déroulé un an plus tard, avec le montage d'extraits de bandes en appui. Nous retranscrivons ici un extrait de la première demi-heure du jeu de rôle. Les initiales AP nous désignent.

Retranscription du jeu de rôle.

DG : Les plans blancs ils sont où ? Ils sont rangés où ?

SAMU1 (barbu) : Le document ?

DG : Oui

SAMU1 : Il est posé sur la table (*montre du doigt*) et il est généralement dans le...

SAMU2 (invisible) : On en a mis un papier ici (*montre la table*).

DG : Mais il est là d'habitude (*montre du doigt*) ?

SAMU1 : Oui.

Femme blonde 1 (FB1) : Il est dans l'armoire.

SAMU2 : Sur chaque nouvel écran, quand vous ouvrez la page sur l'intranet, vous avez la rubrique plan blanc, donc vous pouvez le consulter également avec toutes les fiches de poste des titulaires de la cellule de crise.

SAMU1 : Donc là, il est 16 h 1. Le début de l'exercice est à 16 h 30. Donc vous avez une demi-heure pour vous organiser déjà sur les rôles et c'est bien. En temps réel, ce ne sera pas comme ça.

Les neuf civils sont assis autour de la table avec bouteilles d'eau et plan blanc papier. SS est devant un écran de PC.

Voix off : Le mieux c'est qu'on se répartisse les rôles.

Certains prennent des notes, d'autres écoutent simplement.

DG : Le DIR c'est bon, le CBS c'est bon, le PRM c'est bon, ça on a dit que c'était bon, et le responsable du PPS. Est-ce qu'on a besoin de quelqu'un d'autre ? Dans la liste des gens, DRH ça on a, bureau médical, achat, DSI on a, performance on a, le chef de pharmacie on a.

Voix off : Je me permets, ce que je pense c'est que chacun ait sa « *to do list* » puisque ça a déjà été pensé. Progressivement on va refaire le plan blanc et déjà un premier truc c'est que quand vous tapez plan blanc sur intranet et ben vous n'avez pas le plan blanc (*Rires*).

Le DG feuillette le plan blanc papier et les autres prennent des notes. Mais tout le monde s'arrête, se retourne et sourit sur cette phrase.

Voix off : Parce que le premier truc, c'est que si on s'est réparti les rôles, après y'a la check-list et on déroule chacun notre check-list puis on va se croiser. Donc il y a quelques exemplaires papier. Sinon on va recréer le plan blanc, nous, comme ça et c'est pas ce qui est le plus efficace. Je me permets.

Certains se lèvent vers les PC installés autour de la salle, d'autres restent assis à la table (DG, BB, une femme). Chacun se concentre et cherche ce qu'il faut faire. Le DG regarde son portable.

AA : FF (elle s'adresse à une jeune femme installée devant un PC), vous pouvez trouver ma fiche de poste ?

AA se lève et va se positionner à côté de FF pour feuilleter le plan blanc papier.

Ceux devant les PC se connectent et cherchent le plan blanc et s'entraident. Le DG feuillette toujours le plan blanc papier et boit de l'eau. Les trois autres assis à la table se sont regroupés et discutent à voix basse devant le plan blanc papier. Certains se lèvent, d'autres discutent, d'autres attendent les consignes.

AA (au DG) : Alors moi monsieur, dans cette salle j'ai de mauvais souvenirs.

Le DG feint de ne pas l'entendre.

Voix off : Éva l'a trouvé. Il est sur la planche d'accueil.

Femme brune : C'est quelle version ?

Voix off : 2017

AA se lève et se dirige vers AP qui filme.

AA : On pourrait avoir accès à...

AP se lève et lui laisse la place.

AA : Vous pouvez m'aider à...

AP : Je ne peux pas, je suis désolé, je suis observateur, je n'existe pas, je suis un fantôme.

AA : Mais ça je ne sais pas faire fonctionner.

AA se lève et retourne à la table centrale. Un téléphone fixe sonne, le DG regarde l'heure : C'est pas l'heure-là.

BB est sur un PC. DD et EE sont ensemble sur un autre poste et font défiler le plan blanc.

AA : Sébastien, il faut que vous appeliez l'ensemble des directeurs référents de pôle.

CC devant un PC avec une femme : Non AA, on a tous été appelés là.

AA : Ah bon ?

CC : Sinon, vous ne seriez pas là AA. Là je suis le responsable du bureau des entrées (*en riant*).

AA : Ah oui. Non je vois directeur pôle performance, c'est vous ?

DG : Mais il se rend disponible et joignable.

AA lisant le manuel papier : Très bien. Le directeur référent de pôle pour qu'il assure que les responsables du pôle (*le responsable du BE la rejoint à la table et lit également le manuel*) et le cadre de nuit du garde ont été informés par le standard.

CC (qui s'est approché de AA) : Ça veut dire qu'il y a une imprécision...

AA : Ah ben oui, mais attendez... Parce qu'après c'est à moi de le faire, ça m'est demandé de le faire.

CC : Je pense que déjà à la base, c'est de savoir qui est qui AA. On va commencer par ça.

Le DG les regarde, amusé, et boit de l'eau. CC continue de feuilleter le plan blanc papier à côté de AA qui l'écoute. Tous les autres sont toujours occupés à feuilleter le plan blanc papier ou sur les écrans, certains debout, d'autres assis, certains sur leur téléphone.

CC : Non on va se mettre d'accord sur les rôles sinon on va faire deux fois les choses. Dans la répartition des rôles, y'a des données là. Donc ça veut dire que la priorité c'est qu'on définisse là, dans toute la liste là, qui est qui et qui joue le jeu. Par exemple, qui joue le rôle du pharmacien en chef de la pharmacie centrale, qui joue le rôle du directeur performance, DPI, DSI, DAL, DAM, DRH.

DG : Ben y a deux niveaux, y'a un niveau où ils doivent être là et y'a un niveau où...

CC :... oui on se rend disponible, mais si...

DG : Joignable, mais ça veut pas dire qu'on les convoque.

CC commence à parler plus fort et semble comprendre enfin ce qu'il faut faire.

CC : Oui, mais on a des fiches réflexes, c'est-à-dire que là, derrière le directeur du pôle performance comme le fait justement remarquer AA, il a un job qu'est de dire : j'appelle untel, j'appelle untel et si on ne désigne pas les rôles là...

Un nouveau petit groupe se forme autour de CC et AA debout autour de la table. AA parle, mais personne ne l'écoute.

BB : Sinon tu vas décliner en fait au fur et à mesure tous les rôles.

AA : On fait... (elle est interrompue et personne ne l'écoute)

CC : Non, on se les répartit. Par exemple (*il lit le plan blanc papier*) : le directeur du pôle performance, il prévient les directeurs référents des pôles...

AA : C'est fait

CC : Il s'assure que les responsables des pôles ou le cadre de nuit de garde ont été informés par le standard.

AA (*opinant de la tête*) : Oui, et après allez-y lisez.

CC (*ne regarde pas AA et s'adresse à BB*) : Si tu le fais pas dans ton scénario de jeu, comment ça se passe ? Tu vois, par exemple là ils ont bien mis services de soins, bureau des admissions...

Une femme médecin fait son entrée et dit bonjour en serrant les mains de tout le monde pendant que CC et BB continuent à se parler.

BB (*s'adresse à nouveau à CC*) : Mais ça veut pas dire que... si le PCME n'est pas là, on va jouer le rôle du PCME.

CC : Ben non, déjà il faudrait l'appeler le PCME.

BB : On va l'appeler, on va lui dire de venir, etc., mais c'est ça qui fait jouer. Enfin je pense. Parce que sinon, on va se répartir tous les rôles ?

CC : Non, mais c'est vrai qu'on n'a pas trop dans la...

SAMU3 (*bras dans le plâtre*) : L'annuaire vous permet d'appeler.

Tout le monde commence à se regrouper petit à petit, autour de la table, debout. Certains écoutent l'échange entre CC et BB, d'autres parlent entre eux. Brouhaha.

CC : Oui c'est ça.

Trois femmes parlent entre elles, au-dessus du DG assis à la table.

SAMU3 : Les choses vont s'enchaîner. Le PCME il y est...

CC : C'est pour ça que moi je dis que y'a un médecin-chef de pôle. Le job, c'est de s'assurer que les chefs de pôle sont prêts. Si moi je décline pas la fiche réflexe du directeur du pôle performance...

Une dame brune (avec lunettes) parle de plus en plus fort à une autre personne.

BB : Mais faut que tu le fasses toi.

La dame brune arrête de parler et s'approche également de la table et écoute les échanges. Le DG est toujours assis en bout de table et lit toujours le plan blanc papier.

CC : C'est pour ça que la priorité, c'est de dire, parce que là dans la liste, là j'ai dit OK pour le bureau des admissions, qui joue quel rôle ? Qui joue le rôle du DAM ici ? Si on ne désigne pas un DAM là, on aura des trous dans la...

BB : D'accord oui.

CC : Donc la base c'est qu'on parle de l'installation de la cellule de crise, de ceux qui sont à la cellule de crise, et de ceux qui se rendent disponibles et chacun déroule sa fiche...

BB : C'est pour ça qu'une fois que Sonia a appelé tous les gens absents de la cellule de crise, elle nous dit : voilà, il manque untel, untel et untel.

AA se lève sans rien dire et disparaît de la salle.

CC : Alors non, c'est déjà entre temps, je suis désolé, qui joue le rôle de DAM ici ?

DG : Je pense qu'on a un noyau qui est celui-là et ensuite on se demande donc ça.

BB : Exactement.

Tous ceux qui étaient encore sur les PC autour de la salle approchent de la table, écoutent le DG et opinent du chef (sauf AA qui n'est pas revenue).

DG : Mais c'est pas présumé qu'on a tout ce monde...

CC : D'accord. Si tu te demandes, le directeur du pôle performance, si vous le joignez pas ou on le désigne pas...

DD : Il faut le prévenir.

CC : Dans ce cas-là, il fait pas son job de la fiche réflexe et vous avez aucun chef de pôle prévenu, aucun cadre sup et...

BB : Au début.

AA réapparaît à l'écran, debout, un peu éloignée de la table, elle tient sa feuille dans les mains et sourit de ce qu'elle entend.

CC : Ben c'est pour ça que je dis qu'au début, il faut qu'on détermine qui joue quel...

DG : Je pense qu'il faut établir des priorités, qu'il faut commencer déjà par mettre en place le plan blanc par ce qui est dit là et ensuite faire par cercles et par urgence en fait.

Une sonnerie résonne, le DG sort son téléphone portable et le regarde tout en parlant.

DG : Et ensuite, on décidera de savoir qui on aura...

CC : D'accord, mais en surplus, juste une fois, quand le plan blanc est déclenché, le standard il fait tout son déroulé, il passe les coups de fil.

CC regarde le DG qui lui regarde son téléphone, puis le range.

CC : Le standard, il est pas mis en pression parce que c'est nous qui sommes prévenus, donc ça veut dire que dans le dispositif, le directeur du pôle performance, il serait jamais appelé, puisque le standard ne va pas l'appeler.

AA : Mais regardez la fiche réflexe standard Sébastien, lisez la fiche réflexe standard. C'est des informations croisées. Les chefs de pôle et les cadres sont appelés par le standard, mais nous devons nous assurer, parce qu'ensuite derrière, on décline.

Tout le monde écoute AA.

CC : Ouais, mais je comprends pas parce que du coup, quand est-ce qu'on active, quand est-ce qu'on active les fiches réflexes ?

AA lui coupe la parole.

AA : Mais le fait que le directeur de la performance soit pas là, c'est pas grave puisqu'il faut au moins un DRP...

BB *lui coupe la parole* : Ben les fiches réflexes...

CC *lui coupe la parole* : Quand est-ce que le DAL, le directeur de l'accueil hôtelier des fiches réflexes...

BB : Ben c'est moi qui vais appeler.

CC : Quand ça ?

BB : Maintenant

AA : Ben oui, chacun à sa fiche.

CC : OK.

BB : à 16 h 30 quand le...

Voix féminine : Ça a commencé en fait.

AA *lui coupe la parole* : Alors qui joue le rôle du directeur du patrimoine immobilier ?

BB : Et ben justement, je l'appelle. S'il est là, je lui passe la mission et s'il n'est pas là, il faut que je dise : je suis tombé sur lui ou il est pas chez lui ou il est machin...

DD : Ou il est sur répondeur

BB : Et il faut que je désigne à ce moment-là un suppléant.

CC : D'accord.

DD : Mais qui est déjà désigné dans la fiche.

CC : D'accord.

BB : Il est déjà désigné dans la fiche.

DD : Dans la fiche y'a déjà une hiérarchie.

Le DG coupe la parole, mais seul BB l'écoute.

DG : Ou on cumule les deux.

BB : Hein ?

DG : On cumule les deux.

BB : Oui.

CC : OK, mais je repose la question, car il faut taper dans les coins... Qui joue le rôle du directeur du bureau médical ? Qui joue le rôle du pharmacien ?

BB : Ben ça on va le définir... il faut qu'on voie au moment où on appelle...

CC : C'est le moment du temps de préparation, c'est pour ça qu'il faut le faire.

Tout le monde parle en même temps : brouhaha. CC s'est approché du DG en lui montrant le plan blanc papier. Les autres se regroupent autour d'eux, sauf AA qui fait la même chose avec DD qui l'écoute.

CC : Juste par exemple, le directeur du pôle administration générale, il doit appeler pour sécuriser l'hôpital, d'accord ? Elle est décédée malencontreusement...

DG : On va réaffecter ses tâches sur un autre personnel dans la cellule de crise.

CC s'adressant à BB de très près : C'est ça, c'est bien ce que je dis.

BB : Ah oui, mais on n'a pas encore découvert qu'elle est pas là.

CC : Oui oui, oui oui oui.

Les 2 hommes se font face à face debout, chacun veut avoir raison et finalement chacun rigole et repart de son côté de la salle.

CC : Faut juste qu'on parte tous dans le même sens.

EE ne dit rien, mais rit avec eux. Et pendant ce temps, les autres (dont le DG) discutent et travaillent autour de la table en parlant plus doucement.

AA : Moi j'attends les consignes du directeur de la performance (*en montrant du doigt CC*). Voilà qu'il présente.

Deux médecins apparaissent et donnent des indications au DG.

Médecin femme, *dans un ton très calme, clair et pro* : ...sur les blocs opératoires puisqu'on en aura besoin, sur la réanimation et la salle de réveil. Le DG acquiesce. Donc là je suis passée par hasard, la SAUV y'a déjà trois patients, donc il ne reste plus que deux postes. *S'adressant au médecin homme* : Après si t'es OK, je pense qu'il faut mettre un déchocage au bloc opératoire. *S'adressant à tout le monde* : Et après je vous fais le point sur la réa et comment il faut dégager du per... des patients pour pouvoir... voilà. Le DG acquiesce.

Médecin homme s'adressant au DG : On n'a aucune notion pour l'instant du nombre de décès ? De rien du tout, on sait rien ?

DG : Non, ben on n'a pas posé la question.

Les autres rigolent.

Femme médecin : Ah.

DG : Car on était censé démarrer à trente.

Femme médecin : Non, mais c'est bon, c'est bon.

DG : On est censé... on vient d'arriver, là.

Femme blonde : Je n'ai même pas appelé les autres RSI pour faire un point sur les autres sites, on a rien fait pour l'instant.

DG : Moi j'aimerais quand même bien savoir ce qu'il se passe, mais je ne sais pas si j'ai le droit alors...

Femme brune, lunettes : Mais vous avez tous les droits, vous êtes le directeur général.

Tout le monde sourit.

DG : Mais moi on m'a dit tu dois passer de la fiche 1 à la fiche 42.

Femme brune, lunettes : Qui c'est qui décide ? C'est vous qui décidez.

Tout le monde s'assoit autour de la table et tout le monde parle.

Voix off : Mesdames et messieurs, l'exercice vient officiellement de commencer, la cellule de crise est constituée.

DG : Très bien.

Tout le monde se tait et attend que le DG parle.

DG (*debout*) : Première mesure : retour d'information sur l'état du CHU, etc. Le DG s'assoit et de nouveau un brouhaha : On garde madame ? pour le téléphone (*il montre la femme brune*).

La femme brune lui parle doucement.

DG : deux secondes. Alors, on va essayer de faire dans l'ordre, la fameuse page 12 que j'avais tout à l'heure.

Le DG cherche la page sur son plan blanc papier. Certains sont assis autour de la table (majorité de femmes), d'autres debout (majorité d'hommes) par manque de place ou de chaises.

DG : Donc la cellule est installée, le SAU est en configuration plan blanc, c'est ça (*en regardant le médecin*) ?

Médecin homme : c'est bientôt terminé maintenant.

DG : Ouais. Est-ce que quelqu'un a eu le PPS pour fermer la cour ?

Tout le monde se regarde et ne sait pas quoi répondre.

DG : Non c'est écrit PPS, PPS/sûreté. Est-ce qu'on peut faire les actions fermer la cour et filtrer les entrées ?

BB : Oui.

AA (*presque invisible*) : Oui est-ce que vous pourriez me passer le standard s'il vous plaît.

DG : Que quelqu'un s'en occupe tout de suite.

BB : Je le fais, je le fais.

EE est prêt à écrire au tableau blanc et BB se précipite vers un PC, puis revient, puis prend des feuilles. EE repose son feutre et se rapproche de la table puis s'en éloigne. DD s'approche de la table.

DG : Mais vous, restez, car j'ai des questions à vous poser.

BB, DD et EE ne savent pas où se mettre et quoi faire. Et pendant ce temps AA continue de téléphoner avec son portable et note un numéro.

DG : Informer le secrétariat hors plan blanc, ça c'est le personnel SAU ?

Voix féminine : Comment ?

DG : Secrétariat !

Médecin femme : Oui oui, ça fait partie du pack.

DG : Appeler la police ?

Voix féminine : c'est bon, ils nous envoient une ??????? (*inaudible*).

Le DG donne les ordres. Tout le monde s'active et tout le monde parle en même temps : brouhaha. Et AA raccroche son téléphone portable.

DG : Il faudrait rappeler le responsable du PPS et lui dire de mettre en place les actions qui relèvent de son activité.

BB : Ouais.

DG : Organiser l'entrée des patients hors plan blanc à P2.

Débriefing.

Femme lunettes rouges : ...comment vous avez vu et comment vous voyez la chose comme ça à chaud.

Silence, tout le monde se tait.

Femme lunettes rouges : Allez-y.

Tout le monde se tait et écoute le DG. Femmes lunettes rouges prend des notes.

DG : Je pense que le plus dur c'est de se mettre en place au départ et comprendre qui doit faire quoi avec beaucoup de minutie. Peut-être qu'on aurait dû prendre le temps de s'affecter des rôles plus précis, même si assez rapidement, ça s'est fait. Le tableau on n'a pas dit : ça s'est fait, enfin y'a des choses qu'on aurait sans doute dû mettre en place tout de suite. Si c'était à refaire en temps réel, je pense qu'il faudrait réfléchir à cette définition un peu plus militaire ou désignation de qui fait quoi. Heureusement qu'on avait les relevés médicaux et paramédicaux de terrain qui donnent le change et qui conseillent bien la cellule sur ce qu'elle a à mettre en place, je crois que c'est absolument essentiel. Vous voyez parce que vous avez

évoqué des choses qui ne sont pas... qui ne seraient pas venues à l'esprit, les évacuations ou les choses comme ça. Si on était seul entre nous, je suis pas sûr qu'on aurait pensé ou qu'on aurait été jusque-là et je crois que c'est extrêmement important. Oui, puis peut-être en méthode, un peu plus de temps d'arrêts. On a essayé d'en mettre quelques-uns. Au début, c'était un peu chaotique et après ça c'est structuré. C'était plus... un peu plus calme puisque chacun savait ce qu'il avait à faire et donc on a réussi à faire des points réguliers corrects avec des situations, des updates de situations antérieures. Le plus dur c'est de mettre la première et puis ensuite, on sa cale sur ce qu'on suit et de voir comment on nous suit. C'est plutôt un bon exercice, une bonne expérience je dirais.

Voix off : Vu de l'extérieur puisque nous n'avions pas la vision, la perception que nous avons eue c'est que vous étiez drôlement bien organisés (*certaines sourient*), qu'il y avait une répartition des tâches de chacun puisque vous êtes différents interlocuteurs et d'emblée, c'est quelque chose qu'on a échangé entre nous, en disant : purée ils se sont bien... et c'est appréciable de voir une organisation derrière, voilà, ça partait pas dans tous les sens. Vous vous êtes dit que peut-être il aurait fallu que ce soit mieux fait, en tout cas, de l'extérieur, on s'est dit : ils ont bien anticipé les choses...

Voix off 2 : Pour rebondir un peu sur vos propos, il y a une chose très importante dans la gestion de crise, c'est d'accepter la première demi-heure de débâcle (*tout le monde opine du chef*), mais par contre, il ne faut surtout pas que ça dépasse cette demi-heure, mais d'accepter que pendant une demi-heure, on passe d'un fonctionnement normal à un fonctionnement de crise, donc tout doit se recalculer et qu'il faut accepter que pendant une demi-heure, ça va être le... le bordel, mais que il ne faut pas que ça dépasse cette demi-heure. Rires.

AP : D'autres ressentis ?

Femme robe noire : Moi je trouve que ce qui a été le gage du bon fonctionnement, c'est qu'en fait vous restiez là à tout coordonner. S'adressant au **DG :** En fait à deux ou trois moments, vous êtes partis téléphoner et je me suis dit : mais qu'est-ce qu'il fait en fait ? (*Rires*) Et quand vous êtes parti, en fait, ben on se demandait qui allait donner les ordres, moi je me disais, en fait faut que vous reveniez quoi (*Rires*).

AP : Un rôle de pivot.

DG : Je suis le point de convergence des infos et d'avoir la vision globale de tout (*Rires et tout le monde acquiesce*).

AP : Et il faut dire quelque chose (*Rires*).

DD (*debout contre un bureau et derrière le DG*) : J'ai trouvé que c'était très intéressant et ce que vous avez dit sur la fin, c'est-à-dire qu'on a travaillé des fois à 2 ou trois pour échanger sur la même problématique même quand c'était pas notre secteur d'activité (*le DG acquiesce*) et voilà ça a été vraiment très fructueux d'échanger sur le standard, d'échanger sur la comm...

AP : D'accord, vous alliez même sur des tâches qui ne vous étaient pas forcément dévolues ?

DD : Oui, car certains des sujets avaient besoin des informations des autres, donc on faisait le relais pour aller discuter, j'ai trouvé ça assez intéressant, comme des tortues qui... se multiplient (*Rires*).

AP : D'accord, ça c'est l'image qu'on va garder l'histoire des tortues qui se multiplient... (*Rires*).

CAHIER DES CHARGES MONTAGE EXERCICE SEISME EN MEDITERRANEE - GESTION DE LA CRISE HOSPITALIERE			
Type d'exercice :	Adresse du site de l'exercice : Cellule de Crise du CHU de Nice		Date programmée 19-juin-18
<input type="radio"/> Partiel			Niveau des joueurs de l'exercice : Titulaires de la cellule de crise
<input type="radio"/> Général			
<input type="radio"/> Cadre			
<input type="radio"/> Terrain			
<input type="radio"/> Préparé			
<input type="radio"/> Inopiné	Type de risque : Risque naturel Risque technologique Risque sanitaire Risque sociétal	Plage horaire : Jour/nuit Matin/AM Heure DEBEX : 16h30 Heure FINEX : 19h5	
Thème	Séisme en Méditerranée, suivi d'un tsunami		
Objectifs :	<u>Objectif général</u> : Tester la montée en charge de la cellule de crise	<u>Objectifs intermédiaires</u> : Utiliser les outils de gestion de crise Connaitre son rôle dans la cellule de crise Connaitre le Plan Blanc	<u>Objectifs spécifiques</u> : Main courante, point de synthèse Communication interne et externe
Acteurs :	Animation basse		Animation haute
	Privés :	Journaliste Personnel	
	Publics :	Encadrement des services sensibles Services techniques / IRR, En Chef ...	Prefecture des AM ARS CORRUS
	Autres :		
Cinétique :	<input type="radio"/> Rapide	<input type="radio"/> Lente	<input type="radio"/> Temps compressé
Conditions météo :	<input type="radio"/> Réelles	<input type="radio"/> Fictives	
Communication sur l'exercice	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, qui communique ? Où et quand ? Où auprès des clients
Communication dans l'exercice	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Pression médiatique ++ pression des Autorités
Figurants	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, lesquels et combien ?
Scénario et chronogramme :	<p><u>Grandes lignes et découpage dans le temps :</u> 16h30 : DEBEX Un séisme frappe les côtes méditerranéennes. S'ensuit une réplique et un tsunami. Les dégâts sont important et les Établissements du CHU ne sont pas épargnés. Les équipes de Direction réunies en Cellule de crise vont devoir faire face à des aléas techniques, humains et naturels, mettant en péril la sécurité des établissements, la continuité de service public mais aussi l'image du CHU.</p> <p>1ère étape : Séisme Problématique technique, et de sécurisation des bâtiments + Difficulté d'organiser la mise en œuvre du PB dans ces conditions</p> <p>2ème étape : Réplique et Tsunami Gestion de l'Effondrement d'un bâtiment avec évacuation</p> <p>Mise en place du PB Pédiatrique</p> <p>3ème étape Gestion de la communication et des autorités</p> <p>19h15 : FINEX</p>		
Convention d'exercice :	Toute communication téléphonique passe par la cellule d'animation. La Cellule jouera le rôle des interlocuteurs demandés par les membres de la Cellule de crise		
Logistique :	Téléphones entrant et sortant		
Evaluateurs :			
Observateurs :	A. PERCIVALLE et X. XXXXX		
Retour d'expérience à chaud	Cellule de crise & cellule d'animation 1/2 heure suivant l'exercice		
Retour d'expérience à froid	<input type="radio"/> Oui		
Nom du DIREX	X. XXXXX		
Nom du DIRANIM	X. XXXXX/ X. XXXXX		
Liste des incidents à injecter : (éventuellement)			

Cahier des charges. Montage exercice séisme en Méditerranée. Gestion de la crise hospitalière. 19/06/2018.

Contexte.

Les scenarii suivants sont le résultat d'un travail d'écriture collaborative entre les étudiants (dans le cadre de la narration simulée), des enseignants (médecins, cadres de santé...) et des professionnels de terrain sollicités. Ils ont été élaborés de 2016 à 2020.

1^{re} série. Entretiens cliniques.

1.1 Objectifs : Écouter, faire reformuler à la personne les informations en direct.

Au cabinet médical.

La dame (*se présente avec un papier en main, elle lit*) : J'ai tout écrit, car je perds un peu la tête. Je m'appelle Madame Henriette de Lachaux. J'ai quatre-vingt-six ans. J'ai perdu mon mari Jean il y a une semaine. Je me sens très fatiguée et je pleure beaucoup. Je pense très souvent à lui il me manque, c'est affreux. La nuit je me réveille vers 2 h du matin et je n'arrive pas à me rendormir. J'ai les jambes lourdes, j'ai remarqué que ma jambe gauche est dure, un peu gonflée. Je n'ai plus d'appétit. Quand je me relève du fauteuil, je vois des étoiles et j'ai le cœur qui bat vite. J'ai peur parce que j'ai été hospitalisé il y a six mois. On m'a mis un ballon dans le cœur pour les artères. Ma femme de ménage m'a dit de venir parce qu'elle est inquiète, et voyez là quand je vous parle je manque de souffle.

C'est mon fils, qui est médecin, qui s'occupe de moi, mais il habite en région parisienne, il a un poste important à la Pitié-Salpêtrière, je ne sais pas quoi exactement, mais je crois qu'il est chef. Et je voulais vous dire que j'ai toujours été fragile parce que petite fille j'étais allée me baigner un jour avec mon père et ma sœur et j'ai manqué de me noyer. On m'a réanimée, mais il s'en est fallu de peu. Voilà c'est tout.

1.2. Objectifs : Écouter, reformuler, appeler les secours, rassurer.

Votre voisin de palier **Monsieur X**, quatre-vingts ans, sachant que vous êtes professionnel de santé, vous appelle pour son épouse qui ne se sent pas bien ; madame X, soixante-quinze ans, est debout s'appuyant contre le mur d'une main, tenant sa poitrine de l'autre.

(Madame X vit avec son époux qui a une maladie d'Alzheimer débutante et qu'elle ne peut laisser seul ; elle est traitée pour une hypertension et un diabète non insulino-dépendant, elle

souffre pour la première fois d'une douleur dans la poitrine en barre depuis quinze minutes, ayant débuté en faisant son ménage). Madame X s'oppose à l'alerte, elle ne veut pas voir de médecin, elle veut juste savoir si elle peut prendre le spray d'Isocard® de son époux dans cette situation. (Madame X est inquiète à l'idée de laisser son mari seul, elle ne veut pas risquer d'être hospitalisée).

1.3. Objectifs : Écouter, appeler les secours, rassurer.

Votre voisin de palier **Monsieur X**, trente-cinq ans, sachant que vous êtes professionnel de santé, vous appelle pour son épouse, trente ans, sur le point d'accoucher de son troisième enfant ; ils s'étaient mis d'accord pour un accouchement « naturel » au domicile, mais le moment venu, Monsieur X, inquiet, réclame votre assistance. La patiente veut accoucher chez elle et ne veut pas d'alerte au SAMU (elle a un mauvais souvenir de son dernier accouchement en structure de soin et pense que cela sera plus confortable chez elle) ; l'époux préfère une évacuation sur la maternité.

1.4. Objectifs : Écouter, appeler les secours, rassurer.

Votre voisin de palier **Monsieur X**, soixante-cinq ans, sachant que vous êtes professionnel de santé, vous appelle pour sa mère, quatre-vingt-quinze ans, qui ne se réveille pas ; il lui a parlé la veille au coucher et la retrouve ce matin à plat dos dans son lit, elle ne lui répond pas et respire bruyamment.

(Madame X vit avec son fils, elle est assistée d'une infirmière qui passe matin et soir, elle a un diabète insulino-dépendant, et un cancer du sein poly métastaté responsable d'intenses douleurs osseuses). Le fils ne souhaite pas que l'on alerte le SAMU, son médecin l'a prévenu de l'aggravation prévisible de l'état de santé de sa mère ; il souhaite juste s'assurer qu'elle ne souffre pas, et qu'il n'y a pas de soins d'urgence à réaliser.

1.5. Objectifs : Écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.

Madame C. est âgée de quatre-vingt-trois ans. Ancienne commerçante elle vit seule à domicile, sa fille habite non loin de chez elle. Elle a de l'emphysème et de l'œdème au niveau des jambes, est incontinente ; elle est alitée et se déplace difficilement avec son déambulateur. Elle a été traitée par radiothérapie et en est à sa troisième ligne de chimiothérapie pour

carcinome épidermoïde (muqueuse du vagin). Elle a trois passages d'infirmière par jour. Elle vit mal cette dépendance, les changes de couche après des heures d'attente, le plateau-repas qui traîne, etc.

1.6. Objectifs : *Écouter, reformuler, investiguer les motifs sous-jacents de consultation.*

Aux urgences pédiatriques.

Une dame : Je viens vous voir, car mon petit garçon de trois ans a chuté hier. Il est tombé d'une échelle, de la troisième marche. Nous étions partis chez ma mère, mes parents sont agriculteurs, ils ont des pommiers. Mon père ramassait des pommes et le petit l'a suivi, il ne s'en est pas aperçu et quand il est descendu il l'a fait chuter. C'est un accident, rien de plus... Regardez-le il est tout pale, il n'a pas mangé hier soir. D'habitude quand on rentre de chez mes parents il mange comme quatre. Il m'a dit qu'il avait envie de vomir. Il a mal à la tête et au ventre. C'est notre troisième enfant, mon mari m'a dit de ne pas m'inquiéter, car il a bien dormi. Mais j'aurais dû l'emmener tout de suite aux urgences. Je me demande s'il n'a pas un saignement dans la tête...

2^e série. Entretiens motivationnels.

2.1. Objectifs : *Écouter, reformuler et faire émerger chez le patient l'ambivalence des deux positions.*

Le Patient : Mademoiselle L. B. âgée de trente-six ans est enceinte de douze semaines. Elle a déjà deux enfants de dix-sept et onze ans d'un premier compagnon.

Elle fume actuellement trois cigarettes par jour. C'est un gros effort et elle trouve que c'est déjà un beau résultat. Elle a baissé brutalement de vingt à dix cigarettes par jour quand elle a appris qu'elle était enceinte il y a deux mois puis elle a baissé progressivement jusqu'à trois cigarettes/jour depuis deux semaines, une après le café du matin et une après chaque repas. Elle sent qu'elle est à un palier. En revanche elle a arrêté complètement le cannabis et l'alcool. Avant d'être enceinte, elle fumait vingt cigarettes/jours.

Pour elle, arrêter de fumer, c'est « tout simplement pas possible » alors qu'elle sait bien que c'est mauvais. Elle a entendu parler de « tas de choses » pour arrêter de fumer : les patchs, les gommes, l'hypnose, l'acupuncture... Elle ne sait pas trop quoi faire. Plusieurs de ses amies ont essayé les patchs ou l'hypnose ou l'acupuncture, mais elles ont toutes repris. Vous fumez

depuis trente ans avec une première cigarette dès le matin après votre café. Le flash de la première bouffée est un régal. Vous punctuez votre journée de travail de pauses cigarette qui vous aident à juguler le stress de votre profession.

Bien sûr votre budget tabac ampute quelque peu votre pouvoir d'achat sur des postes plus importants.

L'initiation au club d'œnologie n'a pas été géniale et l'œnologue vous a conseillé de stopper le tabac pour mieux apprécier les vins fins. Enfin l'odeur de tabac froid de votre voiture vous écœure parfois et vous songez à diminuer ou interrompre votre tabagisme.

2.2. Objectifs : Écouter, reformuler et faire émerger chez le patient l'ambivalence des deux positions.

Le Patient : Monsieur Jacques Tapie, quarante-sept ans, DRH chez Véolia antenne de Nice, est divorcé depuis sept ans. Il vit seul, mais a une amie régulière qui ne fume pas. Il consulte un médecin anesthésiste, car il doit être opéré une nouvelle fois de son genou. En 1987, à l'âge de vingt ans il a eu un grave accident de moto avec fractures multiples du genou gauche. Depuis il a subi sept interventions et aujourd'hui, la solution qui lui est proposée est une prothèse totale du genou. Il déclare fumer actuellement un paquet et demi de cigarettes/jour. En fait, quand on le lui fait préciser il s'agit de paquets de trente cigarettes. Il fume donc quarante-cinq cigarettes/jour. Il a une consommation de cannabis occasionnelle, souvent seul pour dormir. Il a arrêté l'alcool seul en 2008 quand il a perdu son permis. À l'époque, il buvait entre six et huit pastis par jour. « J'ai arrêté l'alcool tout seul quand j'ai perdu mon permis. Vous voyez que j'ai de la volonté. Pour le tabac, j'ai tout essayé, l'acupuncture, l'hypnose, les patches la cigarette électronique, il n'y a rien qui marche ! » « Arrêter de fumer, ça, ce n'est pas possible. Tant pis ».

2.3. Objectifs : Écouter et faire émerger chez le patient l'ambivalence des deux positions.

Vous sortez de l'hospitalisation en cardiologie après une douleur de la poitrine suspecte qui est une première alarme sérieuse d'après le cardiologue. Votre cardiologue de ville vous « rappelle à l'ordre » tous les trois mois sur la nécessité de diminuer les « sucreries » à cause de votre diabète qui n'est que rarement équilibré. Vous avez un entretien avec le médecin du service.

Votre consommation quotidienne de chocolat semble être la cause de ce dérèglement et vous n'avez pas la ferme intention de la stopper. Vous avez cinquante ans et un collègue est décédé dernièrement, ce qui vous amène également à réfléchir sur votre état de santé.

2.4. Objectifs : *Écouter et faire émerger chez le patient l'ambivalence des deux positions.*

Votre femme qui vous a accompagné à la consultation demande au médecin de vous prescrire une prise de sang, car elle pense que vous consommez des bières avec excès.

Vous vous sentez piégé face au médecin, vous buvez vos bières en compagnie de vos amis (quatre ou cinq demis), chacun paye sa tournée et c'est un moment agréable dans votre vie. Il est dommage que cela pose un problème à votre femme, mais c'est à votre liberté que l'on attende.

3^e série. Annonces.

3.1. Objectifs : *Écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.*

Madame T vient consulter, car son ami l'a frappée. Elle se plaint d'avoir reçu des coups sur le visage et sur le corps. Elle dit ne pas avoir perdu connaissance. Elle présente des marques rouges et des érosions cutanées. Elle veut déposer une plainte et a besoin d'un certificat médical.

3.2. Objectifs : *Écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.*

Monsieur A, vingt-sept ans, vit chez sa mère. A une petite amie, travaille en cuisine collective. Intoxication OH, deux bouteilles de rosé quotidiennes minimum, tabagique vingt à trente cigarettes par jour. Début juillet premiers symptômes : altération de l'état général, ictère (jaunisse), acite (ventre gonflé). Hospitalisation : découverte d'un Carcinome hépatique. Chirurgie d'exérèse. Après l'opération il présente une fatigue excessive, des troubles du comportement, des sautes d'humeur, de la colère, il continue à boire. Il est choqué par le diagnostic, ne supporte pas qu'on en parle, refuse d'écouter le projet thérapeutique de proposition de chimiothérapie.

3.3. Objectifs : *Écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.*

Aux urgences accueil d'un **adolescent** accompagné de la mère. Il présente une blessure importante à la main droite, dit être tombé sur la main au football. Pendant l'entretien, la mère sort boire un café et l'enfant confie : « ma mère m'a planté ! » (Possibilité : Dans un deuxième temps, la mère revient).

3.4. Objectifs : *écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.*

Une dame de soixante-sept ans, suivie dans un service d'oncologie pour sarcome fin septembre 2016. Chimiothérapie per-opératoire, chirurgie et amputation du membre inférieur droit, chimiothérapie post opératoire. Finalement elle doit alors être accompagnée en soins palliatifs.

3.5. Objectifs : *Écouter, reformuler les dires du patient et l'état émotionnel, envisager ensemble la suite.*

Monsieur G. quarante-deux ans se rend aux urgences avec sa femme sur la demande de son médecin généraliste, car il se plaint de douleurs intracrâniennes résistantes à des traitements analgésiques classiques. Après le passage du neurochirurgien le médecin lui annonce à l'imagerie la découverte d'une masse importante qui est opérable en urgence.

4^e série. Collaborations entre professionnels.

4.1. Objectifs : *Préparer ensemble l'entretien, être complémentaire dans l'intervention, envisager ensemble la suite.*

MedGé/IDE : Patiente atteinte de trouble cognitif vivant à domicile (chez son fils) avec auxiliaire de vie et qui présente une lombalgie chronique devenue invalidante (canal lombaire étroit) : gestion de la douleur difficile et aggravation de la dépendance.

4.2. Objectifs : *Préparer ensemble l'entretien, être complémentaire dans l'intervention, envisager ensemble la suite.*

MedGé/IDE : Patient diabétique de type 2 insulino-requérant. À l'arrivée de l'IDE, le patient décrit une plaie (ou plaie observée à la toilette). Appel du médecin. Le MT vient en plus de

recevoir la HbA1C qui est déséquilibrée. Monsieur, déséquilibre des glycémies depuis un mois, inertie thérapeutique.

4.3. Objectifs : Préparer ensemble l'entretien, être complémentaire dans l'intervention, envisager ensemble la suite.

MedGé/IDE : Couple de personnes âgées. Le mari s'occupe habituellement de sa femme qui a des problèmes cognitifs. Le mari a été hospitalisé pour un AVC. Il garde quelques séquelles neurologiques, notamment mémoire immédiate et léger trouble de l'équilibre. Le patient rentre à la maison. Le jour même, l'IDE est présente et prend connaissance du RSI (résumé soins infirmier de l'hôpital) et appelle le médecin traitant pour envisager la suite.

Annexe 7. Grille de débriefing proposée par David Crookall in Crookall, D. (2010).

Une "check list" pour conduire une séquence de débriefing

Voici un outil pour vous aider à conduire un débriefing. Il est composé d'un certain nombre de questions relatives aux différentes étapes composant la séquence de débriefing.

Premières impressions, sentiments et réactions

Quelle a été votre première réaction pour cette activité ?

Comment vous sentiez-vous pendant l'activité ? Comment vous sentez-vous maintenant ? Etc.

Analyse et explicitation de l'expérience

Que s'est-il passé ?

Pourquoi est-ce arrivé ?

Etc.

Application à d'autres expériences, à la vie quotidienne et dans d'autres contextes

De quoi traite cette activité ? Quelles situations vous rappelle-t-elle ?

Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation similaire ? Quelles sont les différences entre cette simulation et votre expérience antérieure ?

Etc.

Apprentissage

Qu'avez-vous appris sur vous-même ? Sur les autres ? À propos de ce genre de situation ?

Etc.

Futur

Que feriez-vous différemment dans ce genre de situation à l'avenir ?

Etc.

Crookall, D. (2010). Le débriefing, clé du processus d'apprentissage dans les pédagogies ludiques, Actualité de la formation permanente. 224-225 (21-24), p. 23.

Annexe 8. Grille de débriefing utilisée au sein des écoles de santé de Nice, élaborée par Alain Percivalle, avec la collaboration du Pr. Grimaud, mai 2017.

Servez-vous des questions suivantes pour aborder ce qui vous a semblé intéressant ou à interroger dans cette séance de simulation.

Durant le jeu de rôle, n'hésitez pas à noter sur un papier les expressions qui vous marquent et les remarques qui vous viennent.

- Quelles émotions, quels sentiments avez-vous éprouvés pendant le jeu de rôle ?
- Comment s'est passé la première minute de l'entretien : position des acteurs, premières paroles prononcées, première question ?
- Quels ont été comportements et les paroles qui vous ont marqué ? Par exemple le regard, le silence, les questions ouvertes, l'interruption du discours, la reformulation des propos...
- Quel était votre objectif dans l'entretien ? Avez-vous le sentiment qu'il a été atteint ?
- Vous êtes-vous senti écouté ? Entendu ?
- Entre professionnels de santé y a-t-il le sentiment d'avoir œuvré ensemble ? Pourquoi ?
- Une tension s'est-elle dissipée ? a-t-elle persisté ? a-t-elle vu le jour ? Pourquoi d'après vous ?
- Que pourriez-vous faire de manière différente la prochaine fois ?
- Dans l'activité réelle : Quels parallèles pouvez-vous faire avec le travail quotidien ?

Titre: L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales. Examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation.

Mots clés: éthique médicale, approche par compétences, sensibilité éthique, éthique des vertus, empathie émotionnelle, simulation en santé, communication

Problématique : La recommandation d'introduire une formation explicite à l'éthique en formation médicale initiale fait l'objet d'un large consensus. Pour autant, les repères conceptuels et opérationnels permettant de penser concrètement l'éthique comme objet de formation sont extrêmement protéiformes, énoncés parfois de façon confuse, en lien avec des champs sémantiques et lexicaux imprécis. **Objectif :** Contribuer à la caractérisation de l'éthique en tant qu'objet de formation en médecine, à partir d'une explicitation des mécanismes psychologiques à l'œuvre dans la relation clinique, en lien avec deux prémisses : 1) les émotions sont des ressources essentielles à envisager dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage de l'éthique médicale, au regard d'une conception d'un agir éthique en situation dans la perspective de l'éthique des vertus ; 2) il est pertinent de mobiliser,

pour ce faire, des dispositifs pédagogiques recourant à la simulation. **Développement :** La partie théorique argumente la légitimité épistémologique d'un tel positionnement. La partie empirique en documente la viabilité éducationnelle, à partir de dispositifs mis en œuvre à la Faculté de médecine de Nice. La troisième partie reformule la proposition à partir d'une mise en correspondance critique de ces deux approches. **Conclusion :** Sous certaines conditions, des dispositifs pédagogiques recourant au jeu de rôle peuvent constituer un espace individuel et collectif de formation, contribuant à développer chez les futurs médecins des vertus de sensibilité morale, d'écoute, de professionnalisme, de compassion, de courage et d'humilité, constitutives d'une capacité à agir éthiquement en situation.

Title: Ethics as an object of training during medical studies. Critical epistemological and methodological examination of an educational approach centered on the psychology of emotions and on the use of simulation as methodology.

Keywords: medical ethics, competency-based approach, ethical sensitivity, ethics of virtues, emotional empathy, health simulation, communication

Abstract : **Problem:** The recommendation to introduce explicit training in ethics during initial medical training is the subject of a broad consensus. However, the conceptual and operational benchmarks, making it possible to concretely think of ethics as an object of training are extremely variable. Sometimes these are even stated in a confused manner, in connection with imprecise semantic and lexical fields. **Objective:** To contribute to the characterization of ethics as an important part of medical training, stemming from an explanation of the psychological mechanisms at work in the clinical relationship, in connection with two premises: 1) emotions are essential resources to be used in the context of teaching and learning medical ethics from the viewpoint of acting ethically in a situation from the perspective of the ethics of virtues;

2) it is pertinent to use educational methodologies that are found in simulation. **Development:** The theoretical part argues the epistemological legitimacy of such positioning. The empirical part documents its educational viability, based on measures implemented at the Faculty of Medicine of Nice. The third part reformulates the proposition based on a critical mapping of these two approaches. **Conclusion:** Under certain conditions, educational methods found in role play can provide individual and collective training opportunities, helping to develop in future doctors the virtues of moral sensitivity, listening, professionalism, compassion, courage and humility, constituting the capacity to act ethically in situations.