

## De l'art dramatique à l'art de l'entrevue médicale : retour d'une expérience auprès d'étudiants en médecine

*From the art of acting to the art of medical interview: feedback from medical students*

Grégory PUGNET<sup>1,2,\*</sup>, Brice CARAYOL<sup>3</sup>, Sarah FOURAGE<sup>3</sup>, Philippe ARLET<sup>1,2</sup>, Laurent SAILLER<sup>1,2</sup>, Charles-Henri HOUZE-CERFON<sup>1,4,5</sup>, Thomas GEERAERTS<sup>1,4,6</sup>, Fabrice MUSCARI<sup>7,8</sup>, et Ivan TACK<sup>7,9</sup>

<sup>1</sup> Université Toulouse III, 31062 Toulouse, France

<sup>2</sup> Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>3</sup> Compagnie Machine Théâtre, Montpellier, France

<sup>4</sup> Institut toulousain de simulation en santé, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>5</sup> Pôle de médecine d'urgences, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>6</sup> Pôle d'anesthésie-réanimation, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>7</sup> Département de pédagogie en santé, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>8</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

<sup>9</sup> Service des explorations fonctionnelles physiologiques, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 5 août 2019 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 18 janvier 2020 ; accepté pour publication le 27 mars 2020.

**Résumé - Contexte :** Tant l'enseignement du savoir-faire que celui du savoir-être, en particulier la communication médecin-patient peuvent être améliorés. **Objectifs :** Décrire et documenter l'intérêt des étudiants pour des dispositifs de formation à la communication et à la relation médecin-patient associant l'art dramatique et la simulation. **Méthodes :** Trente-trois étudiants en médecine (diplôme de formation approfondie en sciences médicales 1 et 2) ont participé à des ateliers de communication associant successivement une approche théâtrale comportant plusieurs exercices et une mise en situation professionnelle de communication en situation de consultation avec un patient simulé. **Résultats :** La grande majorité (92 %) des étudiants ayant participé à ces ateliers ont estimé que l'expérience leur a été bénéfique tant sur le plan du savoir-faire que du savoir-être et 94 % ont validé l'intérêt de ces ateliers pour leur pratique ultérieure. Les exercices théâtraux les plus plébiscités étaient l'histoire en cercle, l'histoire à plusieurs et l'histoire avec contrainte. **Conclusion :** L'association d'outils pédagogiques contextualisants, comme l'expérience théâtrale, le recours aux patients simulés en situation de problématiques cliniques fréquentes ou complexes, à des étudiants observateurs, le recours à la vidéo, et le débriefing entre les différents acteurs, recueille une très forte adhésion et détermine un grand bénéfice ressenti auprès des apprenants. Les résultats très positifs de cette expérience nous encourageant à étendre cette approche pédagogique intégrative à l'ensemble des étudiants du deuxième cycle des études médicales.

**Mots clés :** communication, théâtre, simulation, patient simulé, annonce

**Abstract. Purpose:** Teaching doctor-patient communication needs improvement, in the medical curriculum, both in terms of skill and attitudes. **Objectives:** The objectives were to describe and evaluate the students' interest in doctor-patient communication training, using teaching tools combining acting technics and simulation. **Methods:** Thirty-three medical students (fourth- and fifth-years) participated in these communication workshops starting with a theatrical approach and then a medical consultation simulation with standardized patients. **Results:** The majority of the students (92%) who participated at these workshops felt that the experience improved their skills and their know-how. Ninety-four percent validated the influence of these workshops on their future practice. **Conclusion:** This form of teaching using a theatrical approach and

\* Correspondance et offprints: Grégory PUGNET, Service de médecine interne, CHU Toulouse-Purpan, France; Faculté de médecine de Toulouse, France.  
Mailto: [pugnet.g@chu-toulouse.fr](mailto:pugnet.g@chu-toulouse.fr).

standardized patient, which embodies frequent or complex clinical problems, using video, student observers and debriefing between all the participants, gather a very strong adherence and a great benefit for the learners. The positive results of this experience encourage us to extend this teaching to all fourth- and fifth-year medical students.

**Keywords:** communication, theater, simulation, standardized patient, announce

## Introduction

Une des compétences indispensables au métier de médecin est sa capacité à communiquer avec autrui : le patient bien sûr, mais aussi son entourage, l'équipe soignante et ses confrères. Cette communication est primordiale pour développer la relation médecin-patient nécessaire à une prise en charge optimale.

Spontanément, nous n'avons pas tous d'égales capacités à communiquer. En France, aucun enseignement formalisé n'y est consacré durant le deuxième cycle des études médicales. Pourtant, la communication et ses différentes techniques peuvent s'apprendre. Il est urgent d'améliorer cet état de fait parce que le constat est préoccupant : les médecins interrompent leurs patients en moyenne au bout de 18 secondes et, dans près de la moitié des consultations, ils ne les interrogent pas sur leur plainte principale et n'arrivent donc pas à répondre à leur demande [1]. Les associations de patients critiquent la performance des médecins du point de vue de la communication et réclament la mise en place de programmes de formation permettant une réelle acquisition de cette habileté [2-5].

Le théâtre entretient depuis toujours des liens étroits avec la médecine [6-11]. Il existe en effet une similitude entre l'art du comédien et « l'art » de l'entrevue médicale. Les notions d'altérité, d'écoute, de langage verbal et non verbal font le cœur de métier du comédien mais sont aussi d'une importance majeure pour tout médecin cherchant à établir une relation médecin-patient efficiente.

Le théâtre peut ainsi contribuer à améliorer l'enseignement de la communication médicale. En effet, le comédien est le parfait candidat pour incarner un patient simulé, de par ses compétences d'interprétation, d'improvisation et de communication des émotions. Au-delà, grâce à son savoir des techniques respiratoires, d'expression corporelle, de diction, de charisme et d'écoute du public, il peut décortiquer les différents aspects et temps de la relation interhumaine verbale et non verbale, afin d'en faire prendre conscience aux étudiants en médecine [12-14], et de les aider à développer leur habileté en communication [15-17].

Fort de ce constat, nous avons proposé des ateliers de théâtre et de communication médicale aux étudiants en cours de première et deuxième années du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM1 et -2), qui constituent respectivement les quatrième et cinquième années du cursus prégradué des études médicales en France. Les objectifs de ce dispositif pédagogique étaient que les étudiants maîtrisent les étapes de la consultation médicale en termes d'interactions humaines et qu'ils sachent :

- mobiliser les techniques de communication verbale et non verbale ;
- identifier les dimensions psycho-sociales de la relation médecin-patient ;
- explorer le vécu émotionnel d'un patient ;
- annoncer une maladie, sa prise en charge et ses conséquences ;
- identifier les clés verbales et non verbales de l'annonce diagnostique ;
- reconnaître les difficultés communicationnelles de l'annonce d'une maladie chronique.

L'objectif principal du présent travail est de décrire et documenter l'intérêt des étudiants pour un dispositif de formation à la communication et à la relation médecin-patient associant l'art dramatique et la simulation.

## Méthodes

### Dispositif pédagogique mis en œuvre

L'expérience pédagogique s'est déroulée en quatre ateliers de deux demi-journées chacun, réalisés auprès de quatre groupes d'étudiants, entre janvier 2017 et mars 2018. Les étudiants étaient en stage dans le service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Toulouse-Purpan. Au total, 33 étudiants ont participé, sept étaient en DFASM1 et 26 étaient en DFASM2.

Pour répondre aux objectifs, nous avons choisi de mettre en œuvre des ateliers, en commençant par une approche théâtrale qui combine, au cours de plusieurs exercices, l'expression orale (diction, tonalité, intensité, rythme, émotion), l'expression corporelle (regard, port, présence) et l'improvisation, puis en proposant une mise en situation professionnelle de communication avec patient simulé en consultation [18].

### Approche théâtrale

La première partie, par approche théâtrale de la communication, était déclinée sur plusieurs exercices d'expression orale :

- « l'exercice du regard », au cours duquel l'étudiant prend en compte l'importance de son regard porté sur l'autre. Sans les mots ni les gestes, on travaille à regarder et être regardé ;
- « l'exercice du cercle aveugle », au cours duquel l'étudiant, les yeux fermés, doit se connecter avec la personne en face de lui, physiquement et verbalement ;
- « l'exercice des histoires en cercle », au cours duquel les apprenants doivent raconter une histoire cohérente, ensemble, en la faisant circuler d'un individu à l'autre par le regard et le corps ;

- « l'exercice des histoires face au groupe avec différentes contraintes », au cours duquel l'étudiant doit se mettre en scène et intéresser son public en inventant une histoire, cet exercice étant compliqué par l'ajout de contraintes émotionnelles ou techniques ;
- « l'exercice du gromelot traducteur », au cours duquel les gromeloteurs, grâce à une langue imaginaire à base d'onomatopées, libèrent leur corps et leur voix, et doivent se servir d'autres habilités non verbales pour tenter de se faire comprendre et faciliter l'exercice des traducteurs ;
- « l'exercice de l'annonce à la famille » : chacun passe devant le groupe, représentant la famille, pour faire une annonce de son choix. Le groupe peut intervenir pour tenter de déstabiliser l'étudiant. De même, les enseignants peuvent intervenir pour éliminer les scories, aller à l'essentiel. Il s'en suit un travail de « direction d'acteur » sur le corps, la diction, le niveau sonore, le rythme, le regard, l'axe, l'énergie, etc. [15,16].

### Approche par patient simulé

La deuxième partie de l'atelier a utilisé la simulation humaine [19] en santé à type de jeu de rôle d'exploration classique, avec observateur [20], *via* la mise en situation de consultations menées par l'étudiant en médecine de deuxième cycle devant un patient simulé, joué par le comédien (Brice Carayol – BC).

Les dispositifs pédagogiques suivaient un canevas type qui visait un ou plusieurs objectifs pédagogiques en s'appuyant sur des situations cliniques, simples ou complexes. Chaque dispositif pédagogique était préalablement testé auprès des apprenants, afin de vérifier sa faisabilité et sa pertinence. Ils suivaient tous le même plan :

- description du poste (titre, population cible) ;
- description du scénario ;
- informations sur le contexte du patient simulé ;
- consignes pour le patient simulé (phrase de départ, anamnèse actuelle, histoire médicale du patient, antécédents familiaux, signes cliniques) ;
- exposition de l'étudiant à la situation de départ.

Chaque séance s'est déroulée selon un schéma comprenant quatre phases distinctes :

- le briefing, qui permettait à l'enseignant de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis, le rôle des observateurs apprenants, et les types de feedback attendus ;
- le déroulement du scénario de simulation ;
- le feedback individuel pendant lequel le patient simulé (BC) faisait part de son feedback à l'apprenant, le formateur (Grégory Pugnet – GP) faisant ensuite, à son tour, part de son feedback à l'apprenant ;
- le débriefing en groupe en présence de tous les apprenants [21], animé par l'enseignant et le patient simulé.

Cela permettait à l'enseignant de revenir sur le déroulement du scénario, selon un processus structuré (phase descriptive, phase d'analyse et phase de synthèse) [22] afin de dégager avec les apprenants les messages pédagogiques et indiquer comment ces apprentissages pourront être transposés utilement dans leur exercice professionnel. Cette rétroaction portait spécifiquement sur l'analyse des performances lors du déroulement du scénario mais permettait aussi de cerner les aspects affectifs et les ressentis des participants.

### Ressources et moyens

Les ressources humaines nécessaires à la réalisation de ces ateliers consistaient en un comédien-metteur en scène (BC) de la compagnie Machine Théâtre et un enseignant (GP).

Les moyens matériels comportaient un box de consultation reconstitué, une salle de débriefing, un système audiovisuel pour visionner en direct et enregistrer les sessions.

Les ateliers se sont déroulés à l'Institut toulousain de simulation en santé (ItSimS).

### Déroulement d'un atelier

Chaque atelier s'est déroulé sur deux matinées, chacune divisée en deux temps avec d'abord les exercices théâtraux (1 h 30) puis les mises en situation avec patient simulé (2 h 30). L'objectif était que chaque apprenant passe une fois devant le patient simulé.

### Évaluation du dispositif

Pour évaluer le bénéfice perçu par les apprenants et leur adhésion à ce dispositif pédagogique, nous avons développé un questionnaire auto-administré et réalisé, en fin d'atelier, une enquête anonyme auprès de chaque apprenant. Nous leur avons demandé d'évaluer l'intérêt de chaque exercice théâtral et celui de la séance de simulation selon une échelle de réponse de type Likert à cinq niveaux décroissants allant de A (totalement en accord) à E (pas du tout en accord), en fonction du degré d'accord avec chaque item. Nous leur avons également demandé d'évaluer l'apport de ces ateliers pour leur pratique future ainsi que leur appréciation globale de l'atelier.

La seconde partie du questionnaire comportait des questions ouvertes, visant à identifier des pistes pour améliorer nos ateliers et, de façon plus globale, à estimer les bénéfices tirés d'un tel enseignement ainsi que les difficultés identifiées en lien avec la relation médecin-malade. Une synthèse globale de ces avis a été réalisée.

Pour chaque item du questionnaire, nous avons calculé un taux de satisfaction (nombre de réponses « A » divisé par le nombre total de réponses à la question) et nous l'avons représenté graphiquement ou sous forme de tableau.

## Résultats

### Point de vue des étudiants sur leur apprentissage

La grande majorité des étudiants (92 %) ayant participé à ces ateliers estime l'expérience bénéfique tant sur le plan du savoir-faire que du savoir-être et 94 % ont jugé qu'elle revêtait de l'intérêt pour leur pratique.

La majorité (85 %) des apprenants a rapporté que les exercices théâtraux leur ont été bénéfiques sur le plan du savoir-faire et du savoir-être ainsi que 70 % pour leur pratique (figure 1).

Tous les étudiants estiment que les mises en situation par simulation humaine avec patient simulé leur ont été bénéfiques sur le plan du savoir-faire et du savoir-être (100 %), ainsi que pour leur pratique (100 %).

L'essentiel des étudiants (96 %) a estimé que les situations cliniques proposées étaient formatrices. Les feedbacks par le patient simulé, l'enseignant et par le groupe de pairs ont été jugés bénéfiques (plus de 94 % et 91 % respectivement) (tableau I).

Au regard des réponses formulées aux questions ouvertes, la principale difficulté rencontrée par une majorité des étudiants était l'exercice théâtral du regard. Lors de la mise en situation clinique, les principaux obstacles rapportés étaient « Comment gérer les silences ? », « Comment annoncer un diagnostic ? » et « Comment conclure une consultation ? ».

Les étudiants indiquent également avoir plus clairement perçu les exigences du déroulement du « tête-à-tête » médecin-patient, l'importance de la communication non verbale, la nécessité de respecter des temps d'écoute pour laisser de la place au patient de s'exprimer.

### Intérêt de ces enseignements et adhésion en fonction de l'année d'étude en fonction de l'année d'étude

L'analyse des résultats ne montre pas de différence significative dans l'intérêt et l'appréciation globale de ces ateliers en fonction de l'année d'étude. L'adhésion à ces ateliers d'enseignement par la simulation est très forte et très appréciée (figure 2). Toutefois, certaines séances ont été perçues comme plus difficiles pour les étudiants en DFASM1, notamment certaines situations cliniques (annonce de maladie chronique ou de mauvaises nouvelles). C'est ce que reflète le tableau I.

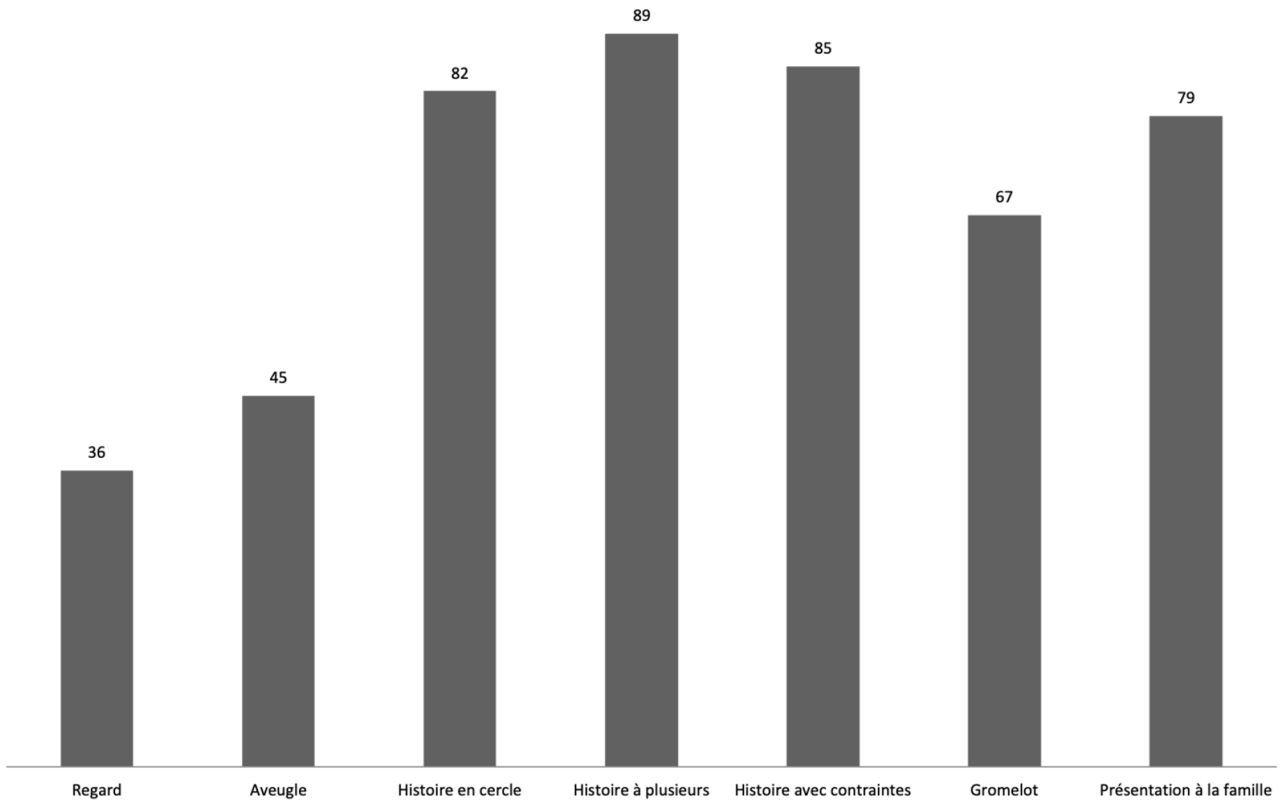
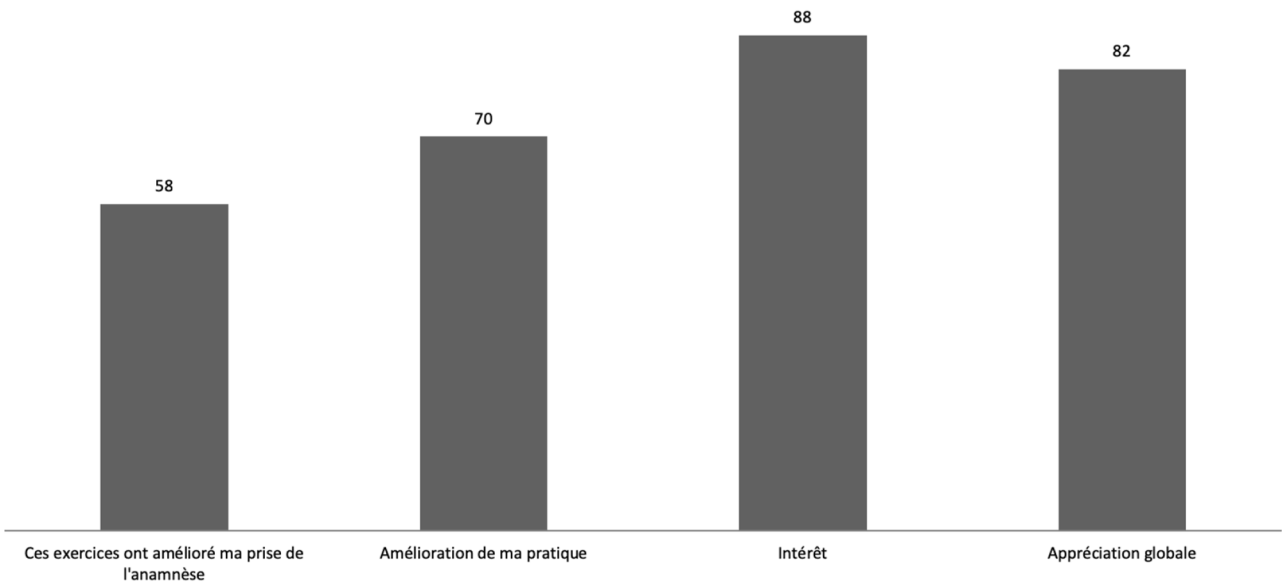
## Discussion

Cette étude met en évidence le retour très positif des étudiants vis-à-vis de l'apprentissage de la communication médicale par une approche alliant théâtre et simulation. L'impact positif de la formation a été documenté au niveau 1 de l'échelle de Kirkpatrick [23] et les étudiants déclarent un bénéfice sur leurs pratiques dans 100 % des cas. Les étudiants ont fortement adhéré à ces séances et en ont rapporté l'utilité. Fort de cette expérience, ils soulignent que l'absence de tels enseignements représente une lacune dans leur formation. Ces résultats confirment le bénéfice important de tels ateliers rapporté par les apprenants dans d'autres études [24–26].

La médecine est omniprésente au théâtre [8], tant sur le plan thématique classique ou contemporain [7,9], que du point de vue des dispositifs, alors qu'elle semble pourtant éloignée des préoccupations purement dramaturgiques. Le médecin puise aussi dans les ressources de la mise en scène théâtrale les moyens d'une représentation efficace de sa mission de soins. Le rituel des consultations et des oracles conférait à la médecine antique une dimension religieuse, sacrificielle et spectaculaire, proche des origines du théâtre. Réciproquement, les théoriciens du théâtre, comme les dramaturges et les comédiens, ont pu s'emparer du discours du médecin, et exploiter les pathologies et les symptômes du malade pour penser et concevoir le spectacle vivant, depuis la *catharsis* aristotélicienne jusqu'aux transes décrites par Artaud dans « *Le Théâtre et son double* », en passant par « *Le Malade imaginaire* » de Molière ou « *Knock* » de Jules Romains. Comme au théâtre, le matériau premier et incontournable de la médecine demeure le corps, traversé par ses symptômes et ses maux parfois non identifiés, la difficulté à les exprimer, et l'art de les interpréter. D'où l'hypothèse que le théâtre serait un outil pédagogique en santé utile et contextualisant. Bonnot-Antignac *et al.* rapportent que l'intégration dans le cursus des études de médecine de programmes qui développent les techniques de communication, notamment en s'appuyant sur l'art dramatique tel que le « théâtre-forum », permettent de travailler les questions de communication, de relation et permettent aussi une réflexion des étudiants sur les notions de transfert, de contre-transfert et d'identification à l'œuvre, comme dans toute relation médecin-patient [27].

Plus encore, une revue récente de la littérature montre que le recours au théâtre est une stratégie remarquable pour améliorer la communication et favoriser l'interaction inter-humaine. Le théâtre améliore les connaissances et les compétences des apprenants au-delà des capacités communicationnelles. Enfin, la pratique du théâtre permet une remise en question de ses anciennes pratiques, préalable indispensable à l'apprentissage et donc au développement de nouvelles compétences [28]. L'originalité de notre étude repose sur la combinaison dans la même séquence pédagogique des procédés théâtraux et des dispositifs de simulation, qui permettent d'en potentialiser les effets respectifs.

Au cours de la formation pédagogique que nous avons délivrée, le théâtre, en préservant une approche ludique (jeux de rôles, improvisations), en permettant de décortiquer les différentes composantes de la communication interhumaine, permet non seulement d'acquérir ou d'améliorer les compétences en communication nécessaires au dialogue entre le patient et son médecin, mais aussi de favoriser l'adaptation en temps réel de l'interaction médecin-patient, comme en attestent des études sociolinguistiques [29]. L'intérêt de cette approche théâtrale en préambule des mises en situation avec patient simulé est de mettre en exergue les outils indispensables à la relation à l'autre et d'en identifier les composantes : le corps, la voix, la diction, le regard, l'engagement physique. Leur ensemble permet d'établir un environnement propice à l'entretien

**A****B**

**Figure 1.** A) Évaluation par les étudiants de chaque exercice théâtral (exprimé en pourcentage). B) Perception globale à l'égard de la séquence des exercices théâtraux par rapport à leur pratique future (exprimé en pourcentage).

médecin-patient. Même s'il ne s'agit pas de jouer la comédie, il y aura toujours la question de devoir se mettre en scène en conscience de son corps dans l'espace, comme l'acteur qui cherche, à travers le texte qu'il interprète, tous les rouages et les subtilités permettant

de jouer au plus juste la situation. Le médecin devra lui aussi décrypter le langage verbal, non verbal et les symptômes décrits par son patient pour alimenter son raisonnement clinique et générer des hypothèses diagnostiques.

**Tableau I.** Intérêt des mises en situation de consultation avec patient simulé au cours des études médicales et impact de l'année d'étude.

	DFASM1 ( <i>n</i> = 7)	DFASM2 ( <i>n</i> = 26)	Total ( <i>n</i> = 33)
Mise en situation individuelle (%)	100	100	100
Situations cliniques (%)	100	88	91
Feedback patient simulé (%)	100	92	94
Feedback en groupe (%)	86	93	91
Intérêt (%)	100	100	100
Appréciation globale (%)	100	100	100

DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales.

La communication efficace avec les patients a un impact démontré sur de nombreux indicateurs de santé [30]. Une entrevue médicale de qualité permet au médecin de construire son raisonnement clinique et de générer des hypothèses diagnostiques fiables. Il peut ensuite proposer et expliquer la prise en charge thérapeutique la mieux adaptée à la demande du patient [31]. Par ailleurs, la satisfaction du patient, la perception qu'il peut avoir de la compétence du médecin et son investissement actif dans les soins sont fortement corrélées à ses compétences communicationnelles [32].

Alors que la communication est un outil essentiel de la pratique clinique médicale, celle-ci est très peu enseignée. La majorité des étudiants ne s'estiment pas bien préparés à mener ce type d'entretien. Ce constat renforce la nécessité de ce type d'enseignement dans le cursus médical. Les étudiants sont trop souvent confrontés, seuls, à leur premier entretien médical lors du stage de maîtrise clinique ou trop souvent au début de leur externat au lit du malade. Un enseignement consacré à l'apprentissage des habiletés de communication permettrait de faire progresser les étudiants [33,34] en améliorant leur attitude, leur langage, leur organisation intellectuelle, leur prise en compte de l'autre [28,29].

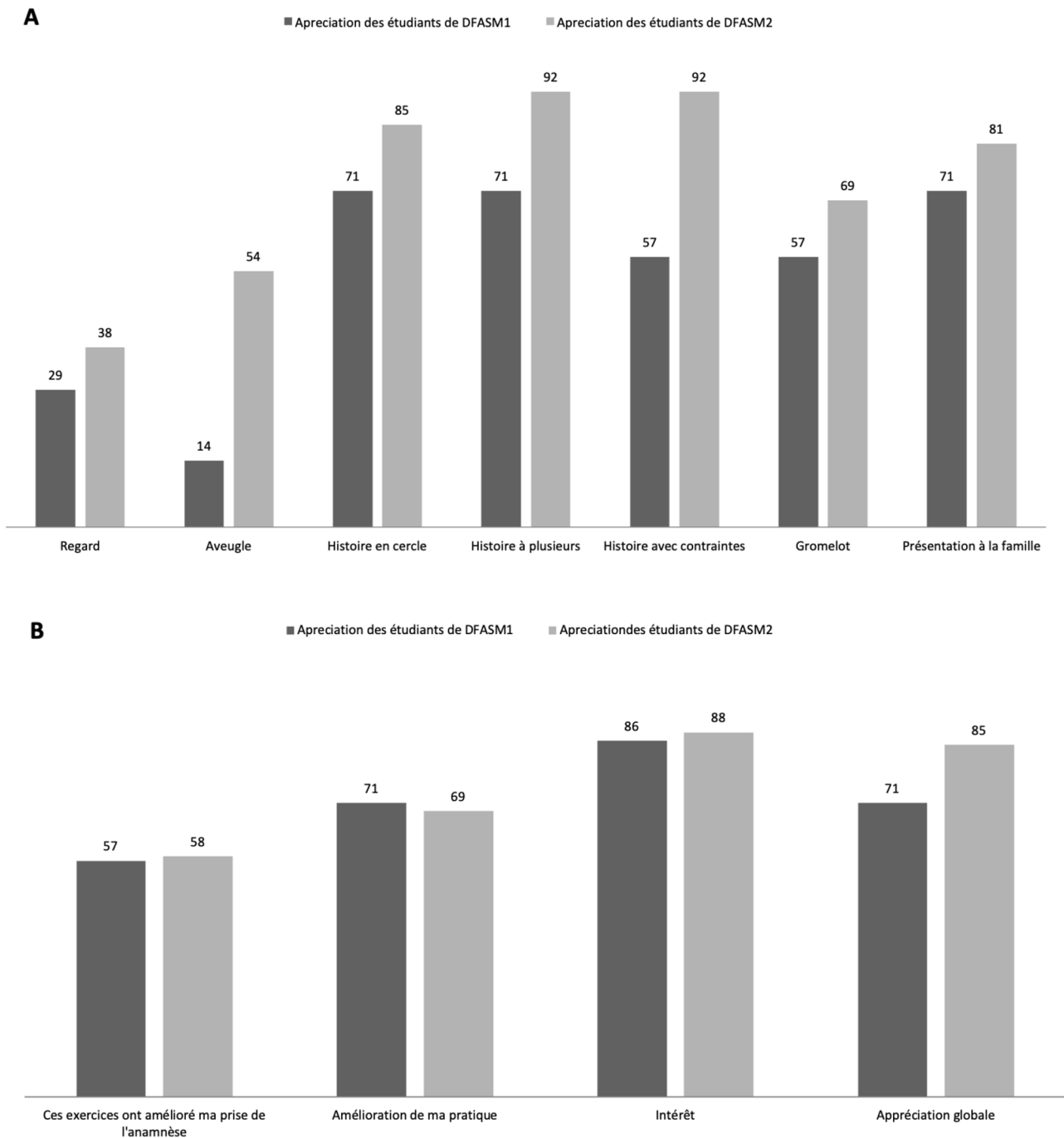
Notre expérience suggère, en s'appuyant sur le retour aux questions ouvertes des apprenants, que la mise en place d'ateliers combinant théâtre et patient simulé permet de découvrir le déroulement du « tête-à-tête » médecin-patient qui est un temps indispensable à la création d'une relation de qualité. Nos résultats sont cohérents avec ceux de plusieurs autres équipes pédagogiques qui ont utilisé des exercices de consultation avec patient simulé [35–37].

L'absentéisme des étudiants aux cours magistraux et l'émergence d'approches pédagogiques par classe inversée incitent à considérer de telles approches dans l'arsenal des outils pédagogiques modernes, parce que ces méthodes sont fortement contextualisantes, relativement ludiques et qu'elles puisent dans les capacités d'interaction humaine. L'utilisation du théâtre, comme celle du jeu de rôle avec patient simulé, permettrait d'améliorer la motivation des apprenants [28] et semble capable de restaurer l'intérêt et l'adhésion des apprenants en médecine [38].

Notre étude souligne aussi l'importance que chaque étudiant pratique le jeu de rôle avec un patient simulé car il en retire un bénéfice direct. Il convient de ne pas se contenter du passage de quelques étudiants actifs mis en situation pendant que le reste du groupe reste en observateur par écran interposé. Kaufman *et al.* rapportent que les étudiants qui ont mené l'entretien estiment en tirer un plus grand bénéfice sur le plan de la confiance en soi que les étudiants observateurs [39]. Il est donc critique d'organiser le dispositif d'enseignement en conséquence, en gardant bien sûr en tête les importantes contraintes humaines, organisationnelles et matérielles de ce type d'enseignement.

Par ailleurs, ces acquis en communication méritent d'être entretenus et réévalués tout au long du cursus médical. En effet, la littérature indique que la rémanence de ces aptitudes s'étiole au fur et à mesure des études médicales. Les étudiants apprennent à reconstituer l'histoire de la maladie et à résoudre des problèmes de plus en plus complexes aux dépens de l'intégration des situations individuelles et, de fait, leur comportement empathique diminue [37,40,41]. La situation d'incertitude créée par la complexité de la pathologie et la nécessaire objectivation de la maladie leur font trop souvent perdre de vue l'importance de la relation avec le patient dans leur décision diagnostique ou thérapeutique. Craig [42] conclut à la nécessité d'une formation, répartie pendant tout le cursus des études médicales, permettant à l'étudiant de consolider les acquisitions de la phase pré-clinique et de les intégrer à sa future pratique professionnelle.

On notera que ce travail de simulation humaine s'est révélé enrichissant pour tous les protagonistes : le comédien, le clinicien enseignant et les étudiants. Le comédien-patient a perçu la participation active des jeunes médecins comme valorisante. Les étudiants ont apprécié cette association innovante et fortement contextualisante d'outils pédagogiques, qui leur a permis d'entrer en contact avec un patient abordé « à blanc » au cours de situations relevant du quotidien de la pratique médicale. Mais c'est sans doute le clinicien-enseignant qui mesure le mieux l'apport du patient simulé dans son enseignement : il est pour lui un collaborateur hors pair qui illustre son enseignement et lui confère une dimension « *in vivo* ».



**Figure 2.** A) Évaluation par les étudiants en fonction de leur année d'externat de chaque exercice théâtral (exprimé en pourcentage). B) Perception globale, en fonction de leur année d'externat, à l'égard de la séquence des exercices théâtraux par rapport à leur pratique future (exprimé en pourcentage).

Les dispositifs pédagogiques utilisés ne sont toutefois pas exempts de limites : coût matériel et humain élevé, et réticence de certains enseignants. Il faut également noter que cette expérience préliminaire n'avait pas pour objet de mesurer l'acquisition des habiletés de communication des étudiants. Il serait d'ailleurs intéressant d'ajouter une exploration qualitative, par exemple en utilisant une grille d'évaluation type Calgary-Cambridge [43]. Cette étape d'évaluation des compétences acquises devra faire l'objet de travaux complémentaires.

## Conclusion

Pour l'acquisition des compétences en communication chez les étudiants en médecine, la combinaison de différents dispositifs pédagogiques interactifs et contextualisants, en particulier l'art dramatique et le recours au patient simulé, génère un bénéfice ressenti rapporté par les apprenants et une forte d'adhésion à ces enseignements. Ces résultats nous encouragent à pérenniser et étendre cette approche pédagogique. Cette dimension originale

associant art dramatique et simulation mérite d'être explorée et son bénéfice, y compris pour les patients, d'être évalué.

## Contributions

Grégory Pugnet a conçu le protocole de recherche, participé au recueil des données, à l'interprétation des résultats, à l'analyse statistique, à l'écriture et à la révision du manuscrit. Brice Carayol a participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'interprétation des résultats, à l'écriture et à la révision du manuscrit. Ivan Tack a participé à la conception du protocole de recherche, à l'écriture et à la révision du manuscrit. Sarah Fourage a participé à l'écriture et à la révision du manuscrit. Laurent Sailler, Charles-Henri Houze-Cerfon, Fabrice Muscari et Thomas Geeraerts ont participé à la révision du manuscrit.

## Approbation éthique

Non sollicitée.

## Liens d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

## Références

- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-70.
- World Health Organization, Division of Mental Health. Doctor-patient interaction and communication. World Health Organization, 1993 [On-line]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60263>.
- Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Report 3 of the Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999.
- Frank JRE. The CanMeds 2005 Physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better are. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76:390-3.
- Molière. Le malade imaginaire (Édition de C Joubaire). Paris: Flammarion, 2018.
- Molière. Le médecin malgré lui (Édition de C Joubaire & S Gaudefroy). Paris: Flammarion, 2016.
- Tchekhov AP. Platonov (Trad. Markowicz A & Morvan F). Arles: Actes Sud, 2014.
- Romains J. Knock : ou le triomphe de la médecine. Paris: Gallimard, 1996.
- Wasylo Y, Stickley T. Theatre and pedagogy: using drama in mental health nurse education. *Nurse Educ Today* 2003;23:443-8.
- Harris DM. Amateur theatre and mental health services – a fruitful collaboration to enhance clinical supervision. *Aust Nurs Midwifery* 2015;22:40-3.
- Himida T, Nanjappa S, Yuan S, Freeman R. Dental students' perceptions of learning communication skills in a forum theatre-style teaching session on breaking bad news. *Eur J Dent Educ* 2019;23:95-100.
- Neilson SJ, Reeves A. The use of a theatre workshop in developing effective communication in paediatric end of life care. *Nurse Educ Pract* 2019;36:7-12.
- Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ* 2014;29:704-8.
- Stanislavskij KS. La formation de l'acteur. Paris: Payot & Rivages, 2001.
- Lecoq J. Le corps poétique : un enseignement de la création théâtrale. Arles: Actes Sud, 2016.
- Boal A. Théâtre de l'opprimé. Paris: La Découverte, 2014.
- Haute Autorité de santé. Simulation en santé. 2019 [On-line]. Disponibles sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante).
- Chiniara G, Cole G, Brisbin K, Huffinan D, Cragg B, Lamacchia M, et al. Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Med Teach* 2013;35:e1380-95.
- Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005;6:178-85.
- Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as 'nonjudgmental' debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc* 2006;1:49-55.
- Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: a critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simul Healthc* 2016;11:209-17.
- Boet S, Bould MD, Fung L, Qosa H, Perrier L, Tavares W, et al. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. *Can J Anaesth* 2014;61:571-82.
- Anderson HA, Young J, Marrelli D, Black R, Lambreghts K, Twa MD. Training students with patient actors improves communication: a pilot study. *Optom Vis Sci* 2014;91:121-8.
- Lurie SJ, Mooney CJ, Nofziger AC, Meldrum SC, Epstein RM. Further challenges in measuring communication skills: accounting for actor effects in standardised patient assessments. *Med Educ* 2008;42:662-8.
- Tait L, Lee K, Rasiah R, Cooper JM, Ling T, Geelan B, Bindoff I. Simulation and feedback in health education: a mixed methods study comparing three simulation modalities. *Pharmacy (Basel)* 2018;6:41.
- Bonnaud-Antignac A, Grenier M-H., Mouzard A, Amar M. Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants de médecine à partir de la méthode du théâtre-forum. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:510-6.
- Mabakutuvangilanga-Ntela S-D, Ishoso Katwashi D, Ahouah M, Tshimungu Kandolo F, Rothan Tondeur M, Margat A. Le théâtre, une méthode pédagogique au profil du changement de comportement dans les soins: revue systématique de la littérature. *Educ Therap Patient* 2019;11:20201.
- Pilnick A, Trusson D, Beeke S, O'Brien R, Goldberg S, Harwood RH. Using conversation analysis to inform role play and simulated interaction in communications skills training for healthcare professionals: identifying avenues for further development through a scoping review. *BMC Med Educ* 2018;18:267.



30. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
31. Alroy G, Ber R, Kramer D. An evaluation of the short-term effects of an interpersonal skills course. *Med Educ* 1984;18:85-9.
32. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med* 1986;9:389-99.
33. Guigot M, Menard J-F., Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de deuxième année. *Pédagogie Médicale* 2002;3:8-13.
34. Guigot M, Menard J-F., Lechevallier J, Weber J. Confirmation de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à communiquer d'étudiants en médecine de deuxième et troisième années. *Pédagogie Médicale* 2004;5:200-3.
35. Aspegren K. BEME guide No. 2: teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21:563-70.
36. Maguire GP, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Med Educ* 1977;11:175-82.
37. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004;54:119-21.
38. Hamdi S, Bressan Y. Du théâtre à l'amphithéâtre : pour une extension du concept d'adhésion à la neuroscience éducative. *Neuroéducation* 2013;2:1-86.
39. Kaufman DM, Laidlaw TA, Macleod H. Communication skills in medical school: exposure, confidence, and performance. *Acad Med* 2000;75:S90-92.
40. Barrows HS. Simulated patients in medical teaching. *CMAJ* 1968;98:674-6.
41. van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ* 1989;23:55-61.
42. Craig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1992;26:276-81.
43. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003;78:802-9.

**Citation de l'article :** Pugnet G., Carayol B., Fourage S., Arlet P., Sailer L., Houze-Cerfon C.-H., Geeraerts T., Muscari F., Tack I. De l'art dramatique à l'art de l'entrevue médicale : retour d'une expérience auprès d'étudiants en médecine. *Pédagogie Médicale* 2019;20:131-139