

INSPE Académie de Limoges
Master Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation
Mention Pratique et ingénierie de la formation
FOFA

2019/2020

**LES APPORTS DU THEÂTRE FORUM
ET DU JEU DE RÔLE
DANS LA FORMATION DES ETUDIANTS
SOIGNANTS POUR L'APPRENTISSAGE
DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE**

PIOLOT Cédric

Directeur de mémoire
ALONSO Patricia
MCF-HDR en sciences de l'éducation

Stage effectué du 2 mars au 16 mars 2020
IFMS du LOT encadré par NAVAL Nathalie
Formatrice – IFMS du LOT



Remerciements

En premier lieu je remercie Mme Patricia Alonso, ma directrice de mémoire, pour m'avoir laissé l'autonomie dont j'avais besoin pour avancer.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de ce Master pour la richesse de leurs enseignements.

Je tiens à remercier ma compagne Paula pour avoir mené de front son Master et m'avoir accompagné durant le mien.

J'adresse toute ma gratitude à mes collègues de l'IFMS qui ont participé soit en se portant volontaires pour mon étude, soit en m'aidant dans les moments les plus surchargés. Une pensée particulière pour Jean-Pierre Barthe pour m'avoir soutenu dans ce projet de Master et Lydie Montal ma collègue de la première heure des séances sur la relation soignant soigné.

Et enfin, merci à mes compagnons du Master : Marie Line, Christine, Elisabeth, Nicolas et Myriam pour vos marques de solidarité dans ce contexte sanitaire ô combien particulier.

« ... un écrit ne fait rien d'autre que présenter, sous une forme qui prétend être originale, des idées que d'autres ont déjà défendu avec parfois bien plus de talent » Jacques Audran. (2010)

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	8
1. Approche contextuelle.....	9
1.1. La situation d'appel.....	9
1.2. Emergence d'une problématique	10
1.3. Formulation de questions de départ.....	10
2. Cadre théorique	11
2.1. Dispositif	11
2.2. De la compétence relationnelle à la relation soignant soigné.....	11
2.2.1. Professionnalisation et compétence	12
2.2.2. Compétence relationnelle.....	13
2.3. Réflexion et réflexivité	15
2.4. Simulation, jeu de rôle et théâtre forum	16
2.4.1. Le jeu	16
2.4.2. La simulation	16
2.4.3. Le jeu de rôle	17
2.4.4. Le théâtre forum.....	18
2.4.5. Conclusion	20
2.5. Participation, engagement, implication, motivation	21
2.5.1. Définitions et éclairages.....	21
2.6. Synthèse du cadre théorique	23
2.7. Question de recherche	23
3. Méthode.....	24
3.1. Description des outils	24
3.1.1. Les questions fermées	24
3.1.2. Les questions ouvertes	25
3.2. Le terrain et population.....	25
3.2.1. Le terrain	25
3.2.2. L'observation.....	26
3.2.3. La population	27
3.3. Déroulement de l'étude	27
3.3.1. L'organisation de l'étude en amont	27
3.3.2. Les étapes de l'étude	28
3.4. Analyse des données de l'enquête	29
4. Présentation des résultats et analyse.....	31
4.1. Présentation des caractéristiques individuelles de la population.....	31
4.2. Evaluation des dispositifs	33
4.2.1. Niveau de participation	33
4.2.2. Satisfaction.....	36
4.2.3. Objectifs pédagogiques	37
4.2.4. Motivation.....	38
4.3. Les formateurs	42

4.4. Les acteurs	43
4.5. Ce qui a marqué les étudiants	44
4.6. Avantages perçus par les étudiants	45
4.7. La situation problématique	46
4.8. Le débriefing.....	47
4.9. A l'avantage du TF	48
4.10. A l'avantage du JR	48
4.11. Inconvénients perçus par les étudiants	49
5. Limites et discussion	50
5.1. Limites	50
5.2. Discussion.....	51
Conclusion.....	54
Références bibliographiques	55
Annexes	58

Table des illustrations

Figure 1 - Disposition de la salle.....	26
Figure 2 - Participation « théâtre forum »	34
Figure 3 - Participation « jeu de rôle »	34
Figure 4 - Groupe 6 - Participation	35
Figure 5 - Groupe 5 - Analyse/Connaissance.....	37
Figure 6 - Résultats Question 13 - Théâtre forum.....	37
Figure 7 - Résultats Question 13 - Jeu de rôle	37
Figure 8 - Résultats Question 14 – Conditions de motivation	38
Figure 9 - Résultats Question 14 – Conditions de motivation – Séances 1-2-6 versus Total ..	40
Figure 10 - Caractéristiques individuelles – Contraste entre Séances 2--6 versus Totaux	41
Figure 11 - Occurrences	46

Table des tableaux

Tableau 1 - Compétence relationnelle.....	14
Tableau 2 - Caractéristiques individuelles - Partie 1	32
Tableau 3 - Caractéristiques individuelles - Partie 2.....	33
Tableau 4 - Participation	35
Tableau 5 - Satisfaction	36
Tableau 6 - Occurrences posture versus dispositif.....	45
Tableau 7 - Occurrences	45
Tableau 8 - Situation améliorée versus situation problématique.....	47
Tableau 9 - Inconvénients perçus par les étudiants	49

Introduction

Les référentiels de la formation infirmière (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015) et aide-soignante (Ministère de la santé et des sports, 2010) sont articulés autour de l'acquisition de compétences, requises pour l'exercice des différentes activités de ces professions. La compétence relationnelle, telle qu'elle est écrite dans les référentiels, est l'une de ces compétences. En tant que référent des unités d'enseignement liées à cette compétence dans notre institution, nous souhaitons réfléchir sur l'amélioration continue de notre pratique de formateur dans le cadre de l'apprentissage de la relation soignant soigné auprès des étudiants soignants.

Le cheminement de notre travail a débuté lorsque nous nous sommes confrontés à des retours d'insatisfaction ainsi que des freins à participer à des exercices de simulations relationnelles.

L'exercice du soignant, quel que soit le lieu où il exerce, ne peut faire abstraction de la relation avec le patient. C'est un métier qui relève de l'humain où l'aptitude à communiquer est importante, particulièrement dans des situations complexes. Dans un souci d'efficacité, les équipes pédagogiques proposent des méthodes susceptibles d'être complémentaires à la pratique en stage telle que la simulation et ses déclinaisons. Nous croyons en l'efficacité de ces outils, par ailleurs les étudiants renvoient des difficultés pour s'y lancer.

Les modèles pédagogiques classiques consistant essentiellement en une transmission dite « verticale » des connaissances ne sont pas adaptés. Il est donc nécessaire d'adopter des méthodes pédagogiques partant du contexte, incitant à la participation, l'échange et la réflexion. Car si ces derniers permettaient d'améliorer la participation, cela aurait-il un impact sur le contenu et la qualité des échanges ? Voire sur la réflexivité ? Les étudiants, seraient-ils plus en capacité d'utiliser leurs acquis sur les prochains stages ?

Dans un premier temps, nous relaterons une approche contextuelle éclairant notre questionnement. Nous poursuivrons par une approche théorique qui nous conduira à formuler notre question de recherche. Nous présenterons ensuite une enquête réalisée sur le terrain et nous analyserons les données recueillies. Dans une dernière partie nous aborderons les limites de notre travail, puis la discussion laissera entrevoir les évolutions et les axes d'améliorations possibles.

1. Approche contextuelle

1.1. La situation d'appel

La pratique des soins relationnels est un apprentissage assez long. A travers leurs analyses de pratiques professionnelles (APP), nos étudiants en soins infirmiers (ESI) et aides-soignants (EAS) font régulièrement remonter des difficultés, rencontrées en stage, face à des patients complexes. Ces situations difficiles peuvent avoir une entrée technique (pansement, soin d'hygiène, prise de sang ...), mais ce qui fait problème relève la plupart du temps du relationnel. Pour nos enseignements en soins relationnels, nous utilisons régulièrement la simulation ou le jeu de rôle comme outil pédagogique. C'est un apprentissage par l'action qui nous semble correspondre à la formation des infirmier(e)s diplômés d'état (IDE) et des aides-soignants (AS). Néanmoins, nous constatons lors de ces séquences un frein chez les étudiants dans la participation, que cela soit en tant qu'acteur ou observateur. Le formateur doit alors pallier à ce défaut de participation en changeant de rôle : soit en passant de l'animateur de la séance à l'acteur ou l'observateur, soit en imposant aux étudiants de participer (c'est-à-dire en les désignant). Il devient alors très interventionniste. Cela va en contradiction avec les besoins qu'ils expriment, c'est à dire les aider à améliorer leurs postures dans des situations relationnelles complexes. Ces situations font souvent appel au champ émotionnel, difficile d'accès. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il est difficile de s'exposer devant un groupe, que cela soit en jouant un rôle ou pour donner son point de vue.

Néanmoins, l'outil de simulation ou jeu de rôle est adapté à la formation des adultes, car il part de l'action et s'appuie sur l'expérience. Il fait réfléchir, la réflexivité est un levier de la compétence : « La réflexivité est donc au cœur de l'agir avec compétence » (Guillaumin, 2009). Ce travail se situera dans le champ des soins relationnels, axe incontournable du métier du soignant et de sa compétence relationnelle.

De ce constat, des discussions et des recherches nous ont amené vers un dispositif, dont l'origine n'est pas la formation professionnelle, mais le théâtre. Il s'agit du théâtre participatif appelé aussi « théâtre forum ». Nous avons transféré certains principes de cet outil pour l'appliquer à une séance pédagogique sur la compétence relationnelle, où habituellement nous utilisons des jeux de rôle classiques. Sans trop y croire, dans la précipitation et avec la réticence à se positionner comme acteurs, nous sommes deux formateurs en présence d'un groupe de 15 étudiants. L'un des formateurs est acteur, l'autre est dans un rôle d'animateur.

L'expérience vécue s'est montrée rapidement très différente. Les interactions sont devenues plus intenses et plus nombreuses. L'action de participer, de devenir acteur s'est faite sans être imposée. Nous avons eu le sentiment d'accompagner la réflexion et la construction des savoirs et savoirs agir pour une posture adaptée en situation relationnelle. Nous avons vécu une expérience très satisfaisante.

1.2. Emergence d'une problématique

Les étudiants posent la complexité de leur posture face à des situations relationnelles complexes et montrent des freins à les travailler en formation.

1.3. Formulation de questions de départ

Comment accompagner les étudiants soignants à travailler sur les situations relationnelles complexes rencontrées sur le terrain et leur permettre d'avoir une posture adaptée ?

En quoi, des dispositifs comme le théâtre forum et le jeu de rôle sont-ils efficaces pour construire la compétence relationnelle ?

2. Cadre théorique

2.1. Dispositif

Pour commencer ce cadre théorique nous souhaitons clarifier le sens du terme « dispositif », largement utilisé dans ce travail.

Les définitions les plus classiques parlent du dispositif en tant qu'organisations structurelles ou bien structures organisationnelles.

Agamben (2007) cite les travaux de Foucault pour décrire le dispositif de la manière suivante : il est autant les éléments qui le composent que le « réseau » entre ces éléments (« du dit aussi bien que du non-dit »), il s'inscrit « dans une relation de pouvoir et de savoir ». Même s'il se veut utile pour lui, un dispositif exerce des contraintes sur l'homme.

Dans la situation pédagogique décrite plus haut, nous avons été en présence de plusieurs étudiants, dans un lieu et un espace-temps donné et dans un but précis. Cela rappelle le triangle pédagogique de Houssaye (Ministère de l'éducation nationale, s.d.) dans lequel chaque situation pédagogique vit dans un milieu, dans un contexte et dans un dispositif.

Tout dispositif tend à se reproduire (Agamben, 2007) mais il n'est pas figé, il peut se décliner et devenir un autre dispositif.

Nous retiendrons que dans la situation pédagogique que nous avons vécue, le théâtre forum ou le jeu de rôle sont des dispositifs car ils ne seraient plus théâtre forum ou jeu de rôle si leurs conditions et leurs aménagements propres étaient absents de l'outil pédagogique utilisé.

Néanmoins la particularité des dispositifs est de renvoyer à un espace de liberté et de contraintes (Audran, 2010). Tout comme dans un appartement, il est possible d'y aménager des modifications, à partir du moment où celles-ci respectent les contraintes de surface ou d'espace qu'imposent le dispositif.

2.2. De la compétence relationnelle à la relation soignant soigné

Notre approche de la notion de compétence était, jusqu'à ce jour, limitée à la définition : « savoir ; savoir-faire ; savoir-être ». Nous allons tenter de cadrer plus précisément ce que nous entendons par « compétences relationnelles » mais surtout « compétences ».

2.2.1. Professionnalisation et compétence

Devenir un professionnel de santé est un processus ayant pour finalité d'exercer un métier, celui de soignant. Le métier est décrit comme une « Habilité, savoir-faire dans la production ou l'exécution manuelle ou intellectuelle acquise par l'expérience » (Métier, s.d.). Il apparaît aussi comme un « Rôle social, intellectuel, politique joué dans la société » donc un moyen d'exister, de participer dans une société donnée.

Selon Wittorski (2007) « une profession est un métier socialement organisé et reconnu ». Ce qui est le cas de la profession infirmière et aide-soignante. Concernant les liens entre « compétences » et « professionnalisation » nous retiendrons les travaux de Wittorski (2007). Il s'est intéressé à la diversité des voies de professionnalisation, mettant l'accent sur les dynamiques de transformation des personnes dans l'action et des transformations de leurs compétences. Il donne deux sens à la professionnalisation :

- La « professionnalisation des activités » : ce qui va construire la profession soignante (ses valeurs, ses codes, son référentiel, sa formation ...). Elle passe par un processus de négociation pour l'ingénierie de la formation. Cela a été le cas de la formation infirmière en 1992 puis en 2009, et très prochainement pour les aides-soignants.
- La « professionnalisation de l'acteur ». L'acteur est dans un enjeu identitaire. Avant sa formation il est un individu lambda. La formation doit transformer cet individu en professionnel.

La professionnalisation passe par l'action (le travail, la tâche à accomplir) mais aussi par la formation qui prend une responsabilité importante sur quel professionnel l'apprenant sera plus tard.

Toujours à partir des travaux de Wittorski (2007), dans le champ de la professionnalisation gravitent des notions voisines : le savoir (« énoncé communicable socialement validé »), la connaissance (« processus d'intériorisation, de compréhension et de mémorisation », elle se construit par l'activité), la capacité (disposition à agir), et la professionnalité (ensemble de compétences reconnues par une profession).

Le terme « savoir » est un terme largement employé. Pour compléter l'idée de l'acquisition de savoirs, nous ne la percevons pas dans une dimension « je te donne et tu prends » mais dans la dimension décrite par Bion (Blanchard-Laville, 2013) où l'identité de soi est en jeu ainsi que la découverte de l'autre. En formation et dans l'acquisition des savoirs, le formateur n'est plus transmetteur mais accompagnateur (Blanchard-Laville, 2013, p. 134).

Les concepts de professionnalisation et de compétence, comme le souligne Wittorski sont étroitement liés. Il ne suffisait pas de plaquer « savoir ; savoir-faire ; savoir-être » au terme

compétences mais les penser de manière combinée et combinable. Pour aller plus loin sur la compétence nous retiendrons les travaux de Le Boterf (2004), il explique que la compétence est « la capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles ». Elles existent à partir d'une combinaison de « savoir agir, de vouloir agir et pouvoir agir ». Cette combinaison pourrait entrer en action à partir de motivation, dans un climat de confiance et un sentiment de sécurité. Le tout dans un contexte donné.

Intentions pédagogiques :

Le formateur aura pour mission de créer les conditions pour que cette combinaison s'opère en utilisant des pédagogies différenciées, définies entre autres par Perrenoud (1997).

Ainsi, dans notre formation de soignants, l'apprentissage sera centré sur le développement des capacités de l'étudiant à réfléchir au regard de situations de soins et de théories et non pas sur une application de la théorie vers la pratique.

Plusieurs intentions pédagogiques sont possibles avec des « outils de l'alternance optimaux » notamment la simulation et le jeu de rôle (Oudet, 2015).

2.2.2. Compétence relationnelle

Pour la caractériser, prenons la compétence relationnelle, telle qu'elle est écrite dans le référentiel de la profession infirmière, « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » (annexe 1.1).

Le soignant doit être capable de répondre aux besoins du patient, peu importe leurs dimensions (biologiques, psychologiques ou bien socio-environnementaux). Bien que la réalisation des actes techniques doit être maîtrisée, le patient repère souvent le professionnalisme du soignant dans sa posture et ses paroles. Afin de clarifier cette compétence, le tableau 1 en reprend les mots clés (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015).

Tableau 1 - Compétence relationnelle

Verbes d'action	Termes usuels	Termes liés à l'évaluation de la compétence relationnelle
Accueillir	Personne	Pertinence
Ecouter	Entourage	Cohérence
Instaurer	Communication	Justesse
Rechercher	Climat de confiance	
Informier	Alliance thérapeutique	
Identifier	Consentement	
Conduire	Contexte	
	Besoins	

Que cela soit à travers les verbes d'action ou bien les termes usuels, la dimension relationnelle fait appel à de réelles capacités. Les termes liés à l'évaluation de la compétence relationnelle montrent la précision et l'adaptabilité dans lesquelles celle-ci doit se réaliser. Dans les indicateurs d'évaluation nous trouverons aussi l'importance des capacités d'analyse : « la situation relationnelle doit être analysée en fonction des personnes et du contexte » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015).

Cependant une question doit se poser : est-ce que toute relation avec un patient est un soin ?

La dimension relationnelle accompagne les divers soins réalisés par les IDE (soins techniques, soins de nursing, ...). Elle est parfois formelle, informelle voire spontanée. Elle met en relation deux sujets au minimum : un patient ou son entourage avec un soignant.

Hervé Ménaut (2009), cadre de santé formateur, explique que notre référentiel d'activité laisse « planer un double doute totalement contradictoire : celui de l'inexistence des soins relationnels, et celui de leurs omniprésences ». Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que « les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade », la dimension relationnelle du soin existe donc.

Cependant vouloir définir le soin relationnel est complexe. Hervé Ménaut (2009) explique que le soin relationnel « est une relation qui a la prétention de soigner, faisant appel à des compétences professionnelles et pas seulement des aptitudes communicationnelles et mettant

en présence deux personnes ». La relation soignant-soigné est donc un enjeu du soin relationnel afin que ce dernier soit « pertinent, cohérent et juste ».

L'idée de cadrer davantage le terme « compétence », concept polysémique, pour recentrer notre objet de recherche vers la relation soignant-soigné, était un passage obligatoire. Parallèlement, lorsque nous faisons un soin technique nous y intégrons malgré nous des éléments relationnels. De plus si nous réalisons un soin relationnel, nous devons appliquer une certaine technique. Pour qu'une relation soignant-soigné soit adaptée nous devons la réfléchir avant, pendant et après. A ces conditions, le soignant démontrerait une aptitude à entrer dans le soin par une relation soignant-soignée adaptée, c'est-à-dire se composant de conditions nécessaires au patient « pour avancer dans son champ émotionnel et intellectuel » (Menaut, 2009).

Cela nous amène progressivement vers l'importance de la réflexivité dans le travail de la relation soignant-soigné.

2.3. Réflexion et réflexivité

Le terme réflexion est issu du latin *reflexionis* « action de tourner en arrière, de retourner ». Provenant du verbe d'action « réfléchir » : l'acte réflexif ou l'analyse réflexive s'utilise dans des champs comme la philosophie, la psychologie ou les sciences humaines et s'apparente à : « propre au retour de la conscience sur elle-même » (Rey, 2012). La réflexion et la réflexivité sont deux termes reliés faisant appel à la prise de recul sur une activité ou une action. Nous retrouvons là un objectif du travail de la relation soignant soigné. Cette réflexivité peut-être un ensemble d'interrogations sur une action, se souciant de ce qui est fait, comment c'est fait, tout en introduisant l'idée que cela pourrait être fait autrement (Herrerros, 2019), donc améliorable. Il y a un réel intérêt à susciter la réflexivité pour améliorer la relation soignant-soigné. L'action ou « l'agir » devient le support pouvant faire l'objet d'une réflexivité.

Nous retiendrons aussi les travaux de Schön qui explique que la réflexion dans l'action permet au sujet de penser consciemment à ce qu'il fait et de réagir en cas d'imprévu. Alors que la réflexion du sujet sur l'action passée, lui permet d'analyser et mesurer les effets de ses actions (Bouissou & Brau-Antony, 2005).

Comme nous avons pu le voir plus haut, les outils du type simulation et jeu de rôle sont valables pour travailler la relation soignant soigné. La réflexivité est une opération délicate remettant en cause profondément l'individu qui souhaite se former. Elle lui fait prendre le risque, celui de la transformation, du changement de soi. Son implication pour y entrer pourrait être délicate. Dans

le théâtre forum et le jeu de rôle nous serions dans un va et vient entre « réflexion dans l'action » et « réflexion sur l'action ». Ces outils sont probablement propices à la réflexivité.

2.4. Simulation, jeu de rôle et théâtre forum

D'où vient notre souhait d'utiliser la simulation et le jeu de rôle en formation IDE ou AS ? Les formations IDE ou AS sont des formations en alternance. Ces outils permettent de faire vivre un peu plus l'alternance en formation durant l'école, après les stages.

Il faut mettre en avant l'importance de la diversité dans les approches enseignantes afin de favoriser la pédagogie différenciée. Ainsi, il est important de rendre visible la diversité des méthodes pédagogiques (jeux de rôle, théâtre forum, ateliers de simulation...). (Jovic, et al., 2014)

Pour nous permettre de clarifier ces notions et d'en repérer des spécificités, nous nous appuyerons essentiellement sur les écrits de Chamberland G. et Provost G. pour la simulation et le jeu de rôle. Pour le théâtre forum, les ouvrages de Boal A. seront le socle de notre cadre théorique.

2.4.1. Le jeu

Selon Winnicott (2015), dans le jeu un objet peut être « détruit et restauré ; blessé et réparé ; sali et nettoyé ; tué et ramené à la vie ». Le jeu active « l'activité créatrice et la quête du soi ». Le jeu laisse une place unique à celui ou ceux qui jouent. La place de créer, essayer, se tromper, recommencer, réussir mais surtout se découvrir et participer à la construction même de soi.

2.4.2. La simulation

Le terme « Simulation » vient du verbe simuler : « représenter exactement, copier, imiter » avec l'idée dans le domaine technique de « reproduire artificiellement ». (Rey, 2012). En sciences humaines l'action de simulation se précise par « Méthode, technique permettant de produire de manière explicite (en général formalisée) un processus quelconque » (Simulation, s.d.). La simulation se définit aussi comme une « Reproduction d'une situation constituant un modèle simplifié mais juste d'une réalité » (Chamberland & Provost, 1996, p. 55)

La simulation part de la réalité. L'apprenant y joue son propre rôle dans une séance suffisamment réaliste pour être efficace sur le plan des enseignements et atteindre les objectifs pédagogiques prévus. « Les habiletés reliées à la communication y sont mises à contribution » (Chamberland & Provost, 1996, p. 61), ce qui nous laisse penser qu'elle devient un outil pertinent du travail sur la relation soignant-soigné.

Ces auteurs mettent en avant deux points :

- La simulation engage l'apprenant dans son apprentissage
- Sa valeur variera selon la qualité des interventions de l'animateur tout au long de la séquence.

2.4.3. Le jeu de rôle

Le jeu de rôle consiste à « faire assumer un rôle prédéfini à une personne pour analyser son comportement » (Rey, 2012). A l'origine à visée thérapeutique et issue du psychodrame, c'est au sociologue et psychiatre Jacob Levy Moreno (1889-1974) que l'on attribue son invention. Le participant y est « l'acteur de sa propre personne » (Chamberland & Provost, 1996, p. 77). Il est très utilisé dans le champ de l'éducation et de la formation et considéré comme une pédagogie active (Raynal & Rieunier, 2014). Van Ments (Chamberland & Provost, 1996, p. 79) distingue plusieurs fonctions du jeu de rôle dont celle de réfléchir. Il le considère particulièrement utile pour atteindre « l'acquisition d'habiletés techniques visées » (comme des habiletés relationnelles) et « la compréhension de faits » (aptitudes à décrire et analyser une situation). La finalité pouvant être de modifier sa façon d'exercer sa fonction (sa posture) (Dortier, 2004, p. 379).

Dans le jeu de rôle (Chamberland & Provost, 1996, pp. 86-89) il existe un « risque que certains apprenants soient trop gênés pour participer efficacement ». Il est donc conseillé « d'éviter de forcer qui que ce soit à participer ». Cependant, Le jeu de rôle est « motivant et procure un environnement propice à l'expression des idées et des émotions ». Il permettrait donc de créer un espace durant lequel les participants seront participatifs et ouverts à la réflexion et au débat sur leur propre pratique. Il doit d'ailleurs « être complété par une discussion afin de faire ressortir les éléments clés de l'objet d'étude ».

En résumé, le jeu de rôle propose un cadre moins rigide que la simulation, il met l'accent sur la compréhension et la réflexion de la pratique. L'apprenant-acteur incarne un rôle, néanmoins il peut être aussi « l'acteur de sa propre personne » (Chamberland & Provost, 1996, p. 77).

2.4.4. Le théâtre forum

Chamberland et Provost intègrent le théâtre forum dans les techniques de jeu de rôle lorsque celui-ci est utilisé en formation.

Le théâtre forum (Boal, 2007) est une des techniques du théâtre de l'opprimé, méthode élaborée par le Brésilien Augusto Boal dans les années 1970. Augusto Boal est dramaturge et metteur en scène. Il a inventé plusieurs formes de théâtre en réponse à l'oppression exercée par le pouvoir politique de l'époque au Brésil, son pays d'origine. Le principe du théâtre de l'opprimé est de « transformer le spectateur en protagoniste d'action théâtrale et, par cette transformation, de tenter de modifier la société et non se contenter de l'interpréter » (Boal, 1997).

Principes :

Le principe du TF est de discuter d'une situation concrète, problématique ou bloquée, rencontrée par un ensemble de personnes. Cette situation est mise en scène par des acteurs de manière claire et comportant au moins un des blocages. Ensuite les spectateurs peuvent intervenir et jouer leur proposition afin de changer le cours de la « vision du monde » et faire évoluer favorablement l'histoire. Le but n'est pas de trouver des solutions mais de réfléchir et débattre la discussion : « il vaut mieux arriver à un bon débat, qu'une bonne solution » (Boal, 1997).

Le théâtre forum trouve son intérêt en pédagogie car il permet la disparition du « 4° mur » (mur imaginaire séparant la scène du spectateur) et propose une organisation où le spectateur devient « spect-acteur » (Badache, 2019). Pour Boal, personne ne reste spectateur dans le théâtre forum, « décider de ne rien dire c'est déjà agir » (1997).

La régulation se fait par un animateur que l'on nomme le « Joker ». Celui-ci est garant du cadre, il peut « paralyser l'action » (Badache, 2019) si nécessaire et demander au « spect-acteur » d'expliquer le sens de son action. Il oriente le débat vers la voie du changement : « il doit faire en sorte que ceux qui savent, s'expliquent et ceux qui osent, montrent leurs capacités » (Boal, 1997). Le Joker n'influence pas les réponses mais pousse au questionnement, donc à la prise de recul sur la pratique et à la réflexion. Boal fait référence au terme « socratique » pour illustrer sa posture.

Un autre personnage important du dispositif est l'acteur, celui qui réalise la première scène et continue à jouer avec les « spect-acteurs ». Il doit « savoir donner, recevoir, dialoguer, se retenir, s'effacer » (Boal, 1997). Extérieur au groupe de personnes formées, il n'est pas animateur mais tient une place essentielle car il joue et interagit en fonction des propositions des « spect-acteurs ».

Il semblerait que, tout comme les jeux de rôle en général, le théâtre forum propose un environnement permettant de mettre en lumière les points de vue, les émotions des participants mais aussi de prendre en compte ceux des autres. En effet le groupe a son importance, il bouge constamment : « le groupe tout entier se penche sur la recherche de la meilleure stratégie à adopter en tenant compte des conséquences et en passant par des ressentis et des affects » (Badache, 2019). Vous pourrez trouver annexe 2 une présentation des étapes principales d'une séance utilisant le théâtre forum comme dispositif.

Le théâtre forum en formation d'adulte :

En 2017, une thèse en médecine a cherché si le théâtre forum pouvait contribuer à développer la compétence relation - communication chez les étudiants en médecine de 4ème année (Saint Cricq, 2017). Le corpus d'étudiant était conséquent (388) et a montré une note moyenne de satisfaction de 7,76/10 (la note médiane était de 8). Les caractères « pratique et réaliste » ont été mis en avant lors des résultats. Parmi les inconvénients nous trouvons le caractère « caricatural » de certaines scènes : « cas souvent grossis, caricaturaux (mais c'est ce qui donne matière à analyser) ». Ce qui nous intéresse dans cette recherche c'est le caractère motivant du dispositif « les incitant à participer en donnant le meilleur d'eux-mêmes ». La thèse utilise les critères de motivations développés dans une grille réalisée par Rolland Viau (2000). Cette grille évalue « la capacité de l'enseignement à susciter la motivation des étudiants ». La thèse note que « pour huit des dix critères, plus de 70% des étudiants ont estimé qu'ils étaient toujours ou souvent remplis. Les deux autres critères l'étaient pour plus de 50% des étudiants ».

Les travaux de cette thèse, au regard de la taille de l'échantillon étudié, nous semblent pertinents pour s'intéresser au caractère motivant de ce dispositif. Pourrait-il l'être autant dans le travail sur la relation soignant soigné.

La place de l'animateur :

En simulation, en jeu de rôle et en théâtre forum, la fonction d'animateur est caractérisée comme étant centrale. Particulièrement parce qu'il est question, dans la réflexion, du niveau émotionnel des participants. Celui-ci étant toujours délicat à être évoqué et à le réfléchir.

Le jeu de rôle axé sur les attitudes, particulièrement sur la réceptivité aux idées des autres, exige un certain doigté de la part de

l'animateur. Son rôle dans la présentation, l'animation et l'exploitation du jeu est capital. Lorsqu'il est question d'émotions et de sentiments, une attention constante doit être portée quant à leur pertinence au jeu et à la poursuite des objectifs identifiés. (Chamberland & Provost, 1996, p. 83)

C'est donc une place délicate et capitale qu'est celle de l'animateur dans ces dispositifs. Nous pourrions dire que le succès d'un dispositif pédagogique, comme le jeu de rôle ou le théâtre forum, tient de la motivation à participer de la part des apprenants mais aussi aux capacités d'animation du formateur responsable du cadre de la séance. Si l'on prend le théâtre forum, l'organisation et la présentation de cette méthode proposerait davantage de leviers pour actionner la motivation des participants. Au vu de leur importance dans ce travail, nous devons aussi tenir compte de la motivation des animateurs, qui sont dans notre cas les formateurs.

2.4.5. Conclusion

Ces pratiques pédagogiques sont « des formules pédagogiques qui misent sur l'expérience de l'étudiant comme principal moment d'apprentissage. Elles permettent donc à l'étudiant de découvrir par lui-même les concepts reliés à l'objet d'étude, car il est appelé à rechercher activement l'information plutôt que d'attendre qu'elle lui parvienne » (Chamberland & Provost, 1996, p. 27).

Ces pratiques pédagogiques nous permettent d'apprendre à apprendre donc à réaliser un travail de réflexion sur soi. Elles sont particulièrement adaptées aux exercices où l'affect est en jeu, cela va dans le sens de situations relationnelles où des phénomènes comme l'identification, le transfert, le contre-transfert sont mis en jeu dans la distance thérapeutique à avoir dans la relation soignant soignée. Nous sommes dans un apprentissage expérientiel, celui qui nous intéresse puisqu'il développe « des habiletés dans les domaines des relations interpersonnelles, de la prise de décision et de la communication. » (Chamberland & Provost, 1996, p. 24). La relation soignant-soigné entre tout à fait dans cette dynamique.

Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de l'engagement et de la participation dans ce type d'exercice (Chamberland & Provost, 1996, p. 34). La thèse écrite par Saint Cricq (2017) parle de caractère motivant mais aussi d'une satisfaction importante de la part des étudiants. Il nous semble maintenant important d'éclaircir ces termes.

2.5. Participation, engagement, implication, motivation

Améliorer la relation soignant-soigné, au sein de la formation des soignants, est l'objectif de ce travail de recherche. Cette amélioration passe par une réflexion sur sa pratique. Le jeu de rôle et le théâtre forum en seraient des outils. Nous avons vu que Chamberland et Provost mettent en évidence certains mots clés : « motivant » « participation ». Dans la simulation ils évoquent « l'engagement », ce dernier est souvent confondu avec celui d'implication. Au premier abord, la distinction de tous ces termes semble complexe sans avoir tenté de les délimiter. Notre objectif dans cette partie est de les définir afin d'utiliser le terme le plus adapté à notre recherche.

2.5.1. Définitions et éclairages

La participation relève d'une « implication subjective et personnelle dans son activité et dans l'analyse de ses comportements. La participation est à la fois une action et le résultat d'une action. Elle sollicite l'adhésion de l'apprenant dans son processus de formation » (Participation, s.d.). L'action de participer est davantage une notion quantitative.

S'engager est l'idée « d'entrer en action », « au service d'une promesse ou d'une cause » (Rey, 2012). Ou bien « d'être mis en gage » (Engagement, s.d.). Il y aurait dans l'engagement une composante temporelle non négligeable laissant penser à une durée. Il existe dans l'engagement un investissement fort, Philippe Breton (2015) explique qu'étymologiquement « l'engagement est lié, comme son nom l'indique, aux « gages » que l'on donne, mais aussi à une notion de « perte de liberté ». Alors que « l'implication est un terme moins fort qui désigne l'entrelacement, parfois l'embarras. ».

L'engagement se traduisant dans les actes (ex : militantisme), l'implication s'étudie plus dans les rapports que le sujet établit avec son environnement professionnel (Mias, 2013), voire l'institution (Monceau, 2019). Monceau, en référence à l'analyse institutionnelle (Monceau, 2010), distingue l'implication de l'engagement et explique que « l'implication n'a de sens que dans son analyse et celle-ci est nécessairement interminable ». Nous sommes donc impliqués de fait dans les institutions. L'intérêt étant dans « comment nous sommes impliqués ».

Bien qu'il soit nécessaire de délimiter ces deux termes, car largement employés et souvent sous-entendus dans notre fonction de formateur et proche de notre problématique, ces deux termes ne nous conviennent pas complètement au regard de ce que nous cherchons. En effet ce qui nous intéresse c'est « ce qui fait que cela pousse à... ». Autrement dit, si nous avons besoin d'agir, si nous avons besoin d'intervenir, comment le faisons-nous ?

C'est apriori dans le terme motivation que nous pourrions trouver les réponses.

Il existe de nombreuses théories sur la motivation. Sa définition est instable. Les éclairages issus du champ de la psychologie expliquent qu'au départ la motivation « recouvre tout ce qui pousse à agir, volontairement ou non ». « Ce qui pousse » pouvant résulter de facteurs internes et externes à la personne (Dortier, 2004).

Selon Fenouillet (2009), les théories cognitives ont beaucoup étudié la question de la motivation en utilisant l'instinct comme origine de travaux. Elle déclenche et impacte, alors, les efforts que produit un individu pour se mettre en action, et aurait aussi un impact sur la direction que l'individu donnera à son action. La psychologie sociale met en avant le fait qu'être observé peut-être un levier d'action à l'effort et à l'atteinte d'objectif (ex : le sport).

Piaget voit la motivation comme « l'énergétique des conduites, la force qui provoque un comportement vers un but » (Raynal & Rieunier, 2014). Quant à Bandura, la motivation résulte « d'avoir choisi sans contrainte et de croire en ses capacités » (Raynal & Rieunier, 2014).

Il est complexe de théoriser la motivation, tant ses « facteurs sont multiples et changeants » (Dortier, 2004). Nous pouvons retenir qu'actionner la motivation serait mettre l'apprenant dans un niveau d'implication active où il chercherait à atteindre un objectif qu'il s'est approprié.

Pour bien comprendre et évaluer la motivation, il est préconisé d'utiliser un outil pouvant mobiliser « tour à tour tel ou tel facteur » liés à la motivation (Raynal & Rieunier, 2014).

Nous pouvons alors retenir les travaux de Rolland Viau (2000). Ils permettent d'étayer la motivation selon différentes conditions. Pour lui la motivation n'est pas statique mais dynamique (annexe 3). Dans ce cas, un « étudiant motivé » :

- Serait capable de juger bonne l'activité pédagogique qui lui est proposée (perception de la valeur de l'activité pédagogique),
- Devrait se sentir capable de réaliser cette activité et de relever le défi (sentiment d'efficacité personnelle ou, la perception de sa compétence)
- Devrait avoir l'impression d'être responsabilisé durant l'activité (perception de contrôlabilité).

Il faudrait donc que des conditions sécurisantes soient créées lors de l'activité pour que le groupe et l'individu puissent agir. De plus l'animateur et le groupe devront envoyer les feedbacks nécessaires pour signaler si l'individu y arrive ou pas.

Nous retenons le terme motivation comme un élément clé de notre questionnement de recherche. En effet au regard des lectures réalisées, il a bien été question de motivation, mais surtout des conditions de motivation, dans notre situation d'appel. Ces dernières ayant peut-être permis d'actionner une dynamique que nous n'avions jusque-là pas encore vécue.

2.6. Synthèse du cadre théorique

Travailler sur la compétence relationnelle c'est travailler sur la dimension relationnelle dont il est la plupart du temps question dans la relation soignant soigné. Le travail de réflexion est essentiel pour progresser la relation soignant soigné.

Les outils comme la simulation, le jeu de rôle et le théâtre forum seraient des outils pertinents pour travailler les approches relationnelles, ils créeraient une bascule quasi-automatique vers la réflexion, notamment dans la formation médicale. Qu'en est-il dans la formation des soignants ?

Une limite du jeu de rôle serait le risque que certains apprenants soient « trop négatifs, trop gênés ou trop frivoles pour participer efficacement » (Chamberland & Provost, 1996, p. 87). Ce qui ne semblerait pas le cas avec le théâtre forum.

La motivation ne peut pas s'évaluer sur un seul aspect, mais à partir de plusieurs facettes. La meilleure manière de comprendre et d'évaluer si la motivation est présente est de repérer si ses conditions sont actionnées lors de l'activité pédagogique. Si étudier les conditions de motivation chez les étudiants soignants pour améliorer la relation soignant soigné nous intéresse, nous pourrions aussi nous intéresser à l'animateur (dans notre contexte : le formateur). Mais dans ce cas, lui-même est une condition de motivation à travers son engagement. Là, nous avons plusieurs objets de recherche. Ne pouvant pas mener en même temps deux objets de recherche, nous préférons nous centrer sur les étudiants sans oublier l'importance de l'animateur.

Regarder uniquement la participation dans une étude est un peu réducteur. Par contre, le repérage des éléments favorisant l'activation des conditions de motivations dans une séance pédagogique utilisant le jeu de rôle ou le théâtre forum paraît nettement plus pertinent. Le but de cette séance serait d'activer l'analyse et la réflexion nécessaire pour l'amélioration de la posture soignante dans la relation soignant soigné.

2.7. Question de recherche

En quoi le théâtre forum et le jeu de rôle, en formation soignante, développent-ils la réflexivité sur le travail de la relation soignant soigné ?

3. Méthode

Les étudiants soignants sont en difficultés pour se questionner sur les situations relationnelles complexes qu'ils rencontrent dans le cadre de leur pratique professionnelle. Comment les accompagner à travailler sur ces situations et leur permettre d'avoir une posture adaptée ?

Nous avons été en mesure de faire émerger la question de recherche suivante :

En quoi le théâtre forum (TF) et le jeu de rôle (JR), en formation soignante, développent-ils la réflexivité sur le travail de la relation soignant soigné ?

Les objectifs de notre enquête sont les suivants :

- Tester les dispositifs TF et JR auprès d'une population d'étudiants soignants
- Repérer pour chaque outil les éléments favorisant les niveaux suivants : participation – satisfaction – réflexion - motivation
- Envisager la construction d'un outil pouvant associer les éléments complémentaires de ces deux dispositifs.

Pour cette étude, le choix s'est porté sur une méthodologie hybride quantitative et qualitative. Nous avons tenté de justifier ces choix afin d'éclairer la pertinence de notre analyse.

L'étude a consisté à la réalisation de 6 séances pédagogiques : trois ont utilisé les principes du théâtre forum (TF) et trois ont utilisé ceux du jeu de rôle (JR).

Pour analyser ces séances nous avons fait appel au questionnaire. C'est un outil de recueil de données pour une approche quantitative, qui a évalué des critères précis sur les thématiques soulevées par notre problématique. Nous avons associé des questions fermées à des questions ouvertes dans lesquelles nous avons pu aussi cibler des comportements et des opinions. Cette approche a permis d'amorcer l'analyse des données. Un total de 95 questionnaires a été diffusé à la fin des séances, 95 ont pu être récupérés.

3.1. Description des outils

3.1.1. Les questions fermées

A travers ce questionnaire les étudiants ont été d'abord invités à répondre à des questions portant sur leurs caractéristiques individuelles (Farrugia, Pelaccia, Pottecher, & Ludes, 2012) puis sur leur niveau de participation (acteur ou pas, prise de parole) (annexe 4).

Ensuite leur niveau de satisfaction « à chaud » vis-à-vis de l'enseignement a été évalué par des critères empruntés au niveau 1 de la méthode Kirkpatrick (Le Louarn & Pottiez, 2010).

Dans la partie suivante les étudiants ont pu choisir, à partir d'une liste, les objectifs auxquels ils leur semblaient avoir été sensibilisés. Les objectifs retenus correspondent à une partie des critères d'évaluation de la compétence 6 de la profession infirmière (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015, p. 38) et du module 5 de la profession aide-soignante (Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 34) (annexe 1.2). La question est inspirée de l'enquête menée auprès d'étudiant en médecine (Saint Cricq, 2017).

Et enfin, les conditions de motivation suscitées par l'enseignement ont été évaluées, selon les critères développés par Rolland Viau (2000) (annexe 7).

3.1.2. Les questions ouvertes

Cette partie se compose en 2 sous-parties : « acteur » et « observateur » (annexe 5). Les étudiants ayant eu l'expérience de passer en tant qu'acteur ont pu donc s'exprimer sur ce qu'ils avaient fait, ce qu'ils pensaient faire et ce qu'ils ont ressenti. Ensuite les étudiants ont pu s'exprimer sur ce qui les avaient le plus marqué et citer les avantages et inconvénients de la méthode pédagogique.

Nous n'avons pas souhaité nous limiter à la seule approche quantitative. C'est pour cette raison que nous y avons associé une approche qualitative à type ethnographique pour repérer des marqueurs conscients et inconscients des membres des groupes étudiés. Pour cela nous avons utilisé l'observation directe, non participante, retranscrite par une prise de note. Cette approche a permis d'asseoir l'analyse des données.

L'association de ces deux approches permettra d'apporter un caractère comparatif (par l'approche quantitative) et contrastif (par l'approche qualitative) au corpus de données recueillies.

3.2. Le terrain et population

3.2.1. Le terrain

L'enquête s'est déroulée dans l'institut de formation des métiers de la santé (IFMS) où nous sommes formateurs référents des unités d'enseignement sur les soins relationnels. Nous exerçons dans cet institut depuis 9 ans. Les soins et la posture relationnelle ont une place importante dans le discours et les représentations de l'équipe. Le niveau d'exigence est parfois haut. L'ambiance de l'équipe peut être qualifiée de bonne. Nous dirions que nous sommes assez prudents en terme d'échange pour ne pas nous blesser lorsque nous émettons un avis sur le travail de l'autre. Les problèmes se gèrent rapidement, la solidarité s'actionne si jamais un

élément de l'équipe en a besoin. Le travail de notre mémoire a été très respecté, les autres membres de l'équipe ont tenté d'être facilitateurs à l'égard de notre travail.

Cette enquête s'est déroulée sur une journée et demie réservée aux séances de travaux pratiques (TP). Les étudiants ont, durant ces journées, exploré plusieurs champs d'activités tels que : les soins relationnels, les soins de nursing, les soins techniques, etc... Ceci en groupes restreints allant de 8 à 18 étudiants.

L'enquête s'est déclinée en 6 séances de 2h chacune, dans la même salle. Cette salle peut accueillir jusqu'à 35 étudiants, elle est confortable et spacieuse, nous l'apprécions particulièrement par sa clarté et sa géométrie carrée. Le seul bémol est un poteau placé au milieu. La disposition de la salle s'est faite en amont respectant un nombre de chaises suffisantes, de l'espace pour la scène, du matériel pour améliorer et accompagner le réalisme des scénarios de la séance (figure 1).



Figure 1 - Disposition de la salle

3.2.2. L'observation

La décision de réaliser des observations est apparue pour deux raisons : nous disposions d'un nombre satisfaisant de formateurs pour mener les séances. Nous n'avions donc pas de caractère obligatoire dans notre participation active aux séances. De plus, ayant un parti-pris pour le TF à ce moment-là de notre travail de recherche, nous avons donc conscience que nous ne serions pas à la bonne place si nous animions la séance. Le risque de créer un biais était présent. Etant mal à l'aise avec cette place nous avons décidé de nous exclure et de profiter de cette liberté pour compléter notre enquête par une prise de note issue d'observations. Chaque séance étant « un espace circonscrit » (Arborio & Fournier, 2003) l'observation a été adaptée.

3.2.3. La population

Ont été présents les étudiants, en tenue « blanches » car les TP imposent le port de la tenue de travail. Une majorité féminine chez les étudiants et exclusivement féminine chez les formateurs. Nous avons choisi de cibler une population au regard de notre question de recherche : la population en formation soignante. Cette population comprend les étudiants infirmiers (ESI) et les étudiants aides-soignants (EAS). Les étudiants infirmiers sont des étudiants de seconde année (promotion 2018-2021) et les étudiants aides-soignants sont ceux de l'année scolaire en cours (2019-2020).

Concernant la population ESI et EAS il apparaît, dans les résultats de l'étude, des différences entre ces deux populations. Ces deux populations sont différentes par leur fonction au lit du malade, mais similaire par leurs objectifs sur la relation soignant-soigné. Mais notre objectif a été de tester les deux dispositifs au regard de la population des apprenants soignants. Cette distinction n'a pas été une priorité dans notre étude.

Autre population que nous avons prise en compte dans l'étude : les formateurs. Un questionnaire d'évaluation de l'outil leur a été proposé (annexe 6).

3.3. Déroulement de l'étude

3.3.1. L'organisation de l'étude en amont

En terme de faisabilité cette étude nous a imposé d'intégrer rapidement, dans les plannings des étudiants, des plages de cours. Mais aussi de solliciter des formateurs pour animer les séances. Nos plannings sont généralement remplis 6 mois à l'avance. Néanmoins les formateurs se sont proposés volontairement pour cette expérience. Ils sont au nombre de 5. Leurs années d'expérience sont supérieures aux nôtres, mis à part un des formateurs dont l'expérience est de 2 ans.

Nous les retrouvons selon l'organisation ci-dessous :

- ✓ Séance 1 : TF - population EAS avec formateur 1 et formateur 2
- ✓ Séance 2 : JR – population EAS – formateur 3
- ✓ Séance 3 : TF – population ESI – formateur 4 et formateur 2
- ✓ Séance 4 : JR – population ESI – formateur 5
- ✓ Séance 5 : TF – population ESI – formateur 4 et formateur 2
- ✓ Séance 6 : JR – population ESI – formateur 5

Le formateur 2 est le formateur « comédien ». N'ayant pu avoir de formateur supplémentaire, nous lui avons donné la réplique dans les séances TF.

Nous avons décidé la répartition des formateurs de la manière suivante : les formateurs « JR » doivent être différents des formateurs « TF » afin d'éliminer un biais.

3.3.2. Les étapes de l'étude

- Etape 1 :

Cette étude a démarré par une intervention introductive auprès des 2 promotions de notre part. Le but était d'expliquer l'objet de notre étude, son objectif et de solliciter un petit groupe d'étudiants volontaires pour cibler les situations les plus emblématiques qu'ils avaient rencontrées sur les terrains de stage.

Lors de cette rencontre nous avons pu cibler, avec les ESI et EAS, des situations relationnelles complexes. La question posée était : « Pourriez-vous me donner des éléments caractéristiques de situations relationnelles complexes, rencontrées en stage, que vous qualifieriez d'emblématique. ».

- Etape 2 :

Nous avons réalisé deux fiches « provisoires » explicatives des séances.

- Etape 3 :

Nous avons organisé une rencontre avec les formateurs pour leur présenter les fiches. Une collaboration a pu se mettre en place pour réaménager les scénarios. Les 2 scénarios permettaient de montrer diverses réactions possibles de soignants. Ces réactions étaient plutôt inadaptées face à une situation relationnelle complexe, c'est à dire qu'elles ne répondaient pas aux besoins du patient au moment où il les exprimait.

Il y avait 1 situation de douleurs aiguë (ESI) et 1 situation de patient opposant (EAS) (annexes 8).

- Etape 4 : les séances

En début de séance, une intervention introductive de notre part à tous les étudiants a été organisée afin de réexpliquer l'objectif de l'étude : « adapter l'enseignement au plus près des besoins des étudiants pour améliorer la relation soignant-soigné » ainsi que son caractère scientifique (annexe 9). Nous avons alors conscience que nous exerçons une sorte de pression sur les acteurs de l'expérience, mais à ce moment-là il nous a semblé important de poser un cadre clair et éthique sur l'utilisation des données recueillies.

Chaque groupe s'est composé de 16 ou 17 étudiants. Chaque étudiant a assisté à une séance de deux heures. L'ordre des séances a varié selon les groupes.

Pour le scénario TF, la scène a été d'abord jouée exclusivement par les comédiens. Pour le scénario JR, la scène a été jouée par deux étudiants volontaires. Les 2 scénarios ont mis en

scène un soignant à l'attitude caricaturale. Les étudiants ont été ensuite invités à intervenir, pour faire état de leurs observations et proposer une posture alternative vis-à-vis du patient.

Afin d'apporter un aspect réaliste au dispositif, du mobilier a été placé dans la pièce pour reproduire la chambre du patient. Une fiche à l'attention des formateurs leur a été distribuée lors de l'étape 2, afin qu'ils ne soient pas perdus dans ce dispositif (annexe 10). La pièce a été réaménagée de la même manière par nous avant que chaque séance reprenne.

Les formateurs ont eu pour rôle d'expliquer le déroulement de la séance, d'inviter des étudiants à se porter volontaires pour être acteurs, puis à l'issue des scénarios : accueillir, entendre, reformuler les différents points de vue pour les clarifier. Ils ne devaient pas influencer.

Lors des séances, les formateurs ont été généralement en face du groupe. Nous concernant, après avoir donné la réplique au formateur 2, nous nous sommes mis sur le côté en prenant soins de changer à chaque séance. Nous avons pris des notes et arrêté nos interventions jusqu'à la fin de la séance.

Les étudiants ont pu s'exprimer sur la scène qu'ils avaient vu jouer. Les acteurs ont pu également intervenir pour donner leur avis.

A l'issue de chaque séance, des questionnaires ont été distribués aux étudiants afin de recueillir leurs réactions et leurs avis sur la séance. Les questionnaires ont été récupérés à la fin de la séance.

3.4. Analyse des données de l'enquête

Pour notre méthodologie d'analyse, nous avons choisi dans un premier temps de nous centrer sur les prises de notes des observations, puis les questions ouvertes et enfin les questions fermées. Bien que le questionnaire soit central dans les données à analyser, nous avons souhaité réaliser, en premier, une lecture flottante de notre prise de note issue des observations. Car « dès la première lecture flottante, des intuitions qu'il convient de formuler en hypothèses peuvent surgir » (Bardin, 2013, p. 66). Ces différentes intuitions ont servi de supports aux données issues des questionnaires. Nous avons ensuite poursuivi par l'analyse des questions ouvertes du questionnaire. Avec le même principe de la lecture flottante, car il est important « de se mettre en contact avec les documents d'analyse, de faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations » (Bardin, 2013, p. 126). Nous avons catégorisé des groupes de mots (annexe 11) puis quantifié leur nombre d'apparitions en retranscrivant l'intégralité des questions ouvertes sur le logiciel Word. Enfin, nous avons dépouillé les questions fermées du questionnaire. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Sphinx (exemple de questionnaire analysé en annexe 12).

Dans un second temps nous avons croisé les données et dégagé les points convergents et divergents des deux dispositifs afin de percevoir s'il ressortait des points clés pouvant être remobilisés dans un outil pédagogique futur.

4. Présentation des résultats et analyse

Dans cette partie nous nous attachons à décrire et analyser les données recueillies. Nous faisons appel et référence aux résultats de nos questionnaires et de nos observations. Nous rappelons que nous avons opté pour une méthodologie croisée (quantitative et qualitative) et que les résultats que nous présentons s'entrelacent. Cette méthodologie nous permet de distinguer régulièrement les résultats des séances TF et JR afin de mettre en avant les écarts et les contrastes. Elle nous permet également de réunir des données propres aux comportements, des sourires, des silences, des détails que seules la vue et l'ouïe perçoivent. Afin d'être exhaustif nous proposons une synthèse des observations en annexe 13.

4.1. Présentation des caractéristiques individuelles de la population

Parmi les étudiants ayant répondu au questionnaire il y avait 88.4% de femmes, proportion importante mais représentative des formations soignantes. Nous pouvons constater que 76.3% de la population à moins de 25 ans. Cependant cette proportion varie selon les séances (séance 1 : 58.8% et séance 4 et 6 : 86.7%).

Le nombre de redoublants est très peu significatif, 7.1% en séance 6 (taux le plus élevé).

Notons que plus de 60% des étudiants ont exercé auprès de patients avant d'entrer en formation et 31.6% ont une activité professionnelle en dehors de la formation, cette dernière ne permettant pas de distinguer s'il s'agit d'une activité auprès des patients. Néanmoins, nous avons une proportion non négligeable d'étudiants ayant une expérience supplémentaire au lit du malade. Cette expérience se retrouve plus fortement dans les séances TF (66% contre 53.3% en JR).

Les taux issus des données concernant les modes d'entrée en formation soignante montrent un équilibre entre le cursus « post-bachelier » (40%) et celui de la formation ou reconversion professionnelle (38.9%). Mais là encore la proportionnalité varie selon :

- Le dispositif :
 - TF : 29.2% en post-bac et 45.9% en formation/reconversion prof.
 - JR : 51.1% en post-bac et 31.9% en formation/reconversion prof.

- Les séances :
 - Taux le plus important de post-bac est en séance 6 (73.3%)
 - Taux le plus important de formation/reconversion prof. est en séance 3 (56.3%)
 - Taux le moins important de post-bac en séance 1 (17.6%)
 - Taux le moins important de formation/reconversion prof. en séance 6 (20%)

Tableau 2 - Caractéristiques individuelles - Partie 1

	ÂGE	SEXE	FORMATION	REDOUBLANT	DISCIPLINE LA PLUS SOUHAITEE APRES LA FORMATION
Séance 1	< 25 ans = 58,8%	F. = 88,2% H.= 11,8%	EAS	6,70%	SLD (47,1%)
Séance 3	< 25 ans = 78,6%	F. = 93,8% H.= 6,3%	ESI	0%	SCD (62,5%)
Séance 5	< 25 ans = 80%	F. = 93,3% H.= 6,7%	ESI	0%	SCD (64,3%)
Total TF	< 25 ans = 71,7%	F. = 91,7% H.= 8,3%	ESI et EAS	2,20%	SCD (46,8%) SLD (21,3%)
Séance 2	< 25 ans = 70,6%	F. = 88,2% H.= 11,8%	EAS	6,70%	SCD (41,2%) PSY (29,4%)
Séance 4	< 25 ans = 86,7%	F. = 80% H.= 20%	ESI	0%	SCD (42,9%) DOM et SLD (21,4%)
Séance 6	< 25 ans = 86,7%	F. = 86,7% H.= 13,3%	ESI	7,10%	SCD (57,1%)
Total JR	< 25 ans = 80,9%	F. = 85,1% H.= 14,9%	ESI et EAS	4,50%	SCD (46,7%) PSY et SLD (20%)
TOTAL	< 25 ans = 76,3%	F. = 88,4% H.= 11,6%	ESI = 64,2 % EAS = 35,8 %	3,3%	SCD (46,7%) SLD (20,7%)

- SLD : Soins longue durée
- SCD : Soins courte durée
- DOM : Domicile
- PSY : Psychiatrie

Tableau 3 - Caractéristiques individuelles - Partie 2

	ONT EXERCE 1 ACTIVITE PROF. AVANT LA FORMATION	ONT 1 ACTIVITE REMUNEREE PENDANT LA FORMATION	POST-BAC	RECONVERSION ET FORMATION PROF.
Séance 1	81,30%	29,40%	17,60%	52,90%
Séance 3	56,30%	37,50%	37,50%	56,30%
Séance 5	60%	40%	33,30%	26,60%
Total TF	66%	35,4	29,20%	45,90%
Séance 2	76,50%	5,90%	29,40%	47%
Séance 4	46,70%	40%	53,30%	26,70%
Séance 6	40%	40%	73,30%	20%
Total JR	55,30%	27,70%	51,10%	31,90%
TOTAL	60,6%	31,6%	40%	38,90%

4.2. Evaluation des dispositifs

4.2.1. Niveau de participation

La notion de participation nous intéresse particulièrement dans les contrastes que nous pourrions mettre en évidence entre le TF et le JR. La figure 2 et la figure 3 présentent deux données concernant l'action de :

- Prendre la place d'acteur
- Participation des étudiants (volontaire ou non).

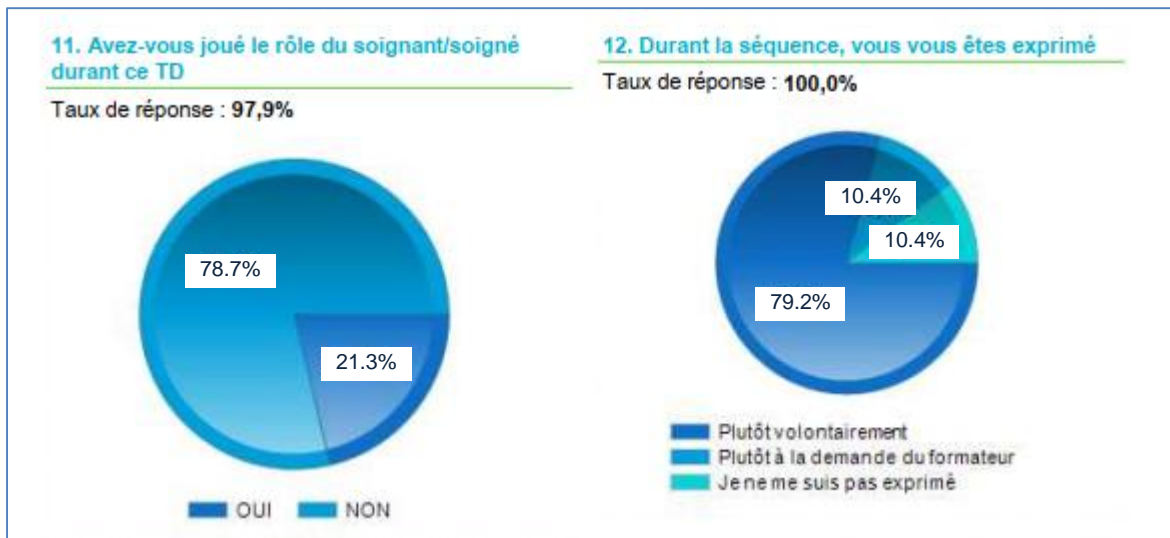


Figure 2 - Participation « théâtre forum »

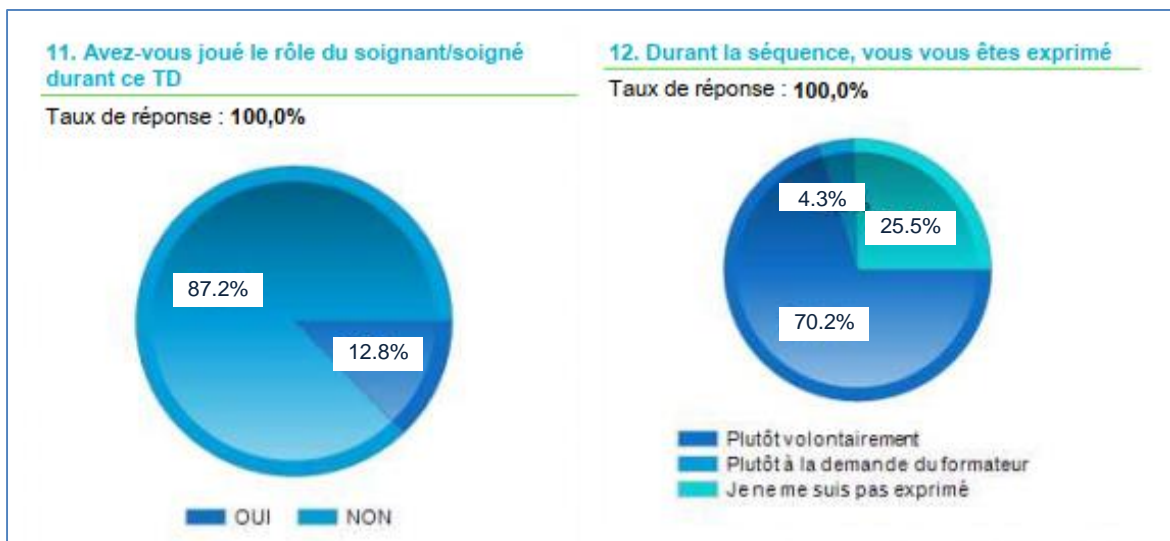


Figure 3 - Participation « jeu de rôle »

Dans les séances JR, les acteurs se désignent au début de la séance, ensuite aucun autre étudiant ne peut prendre la place de l'acteur. C'est ce qui explique le taux plus important d'acteur dans le dispositif du TF.

Bien que les taux de participation, volontaires ou à la demande du formateur, soient importants nous avons un écart de 15.1% de participation en plus dans le dispositif TF (tableau 4).

Tableau 4 - Participation

	Exprimé		Pas exprimé
	Volontaire	A la demande	
Théâtre forum	79.2%	10.4%	10.4%
Jeu de rôle	70.2%	4.3%	25.5%

Les questions ouvertes ont mis en évidence un contraste similaire. Les occurrences du groupe 6, sur la participation, sont plus nombreuses pour le TF (figure 4)

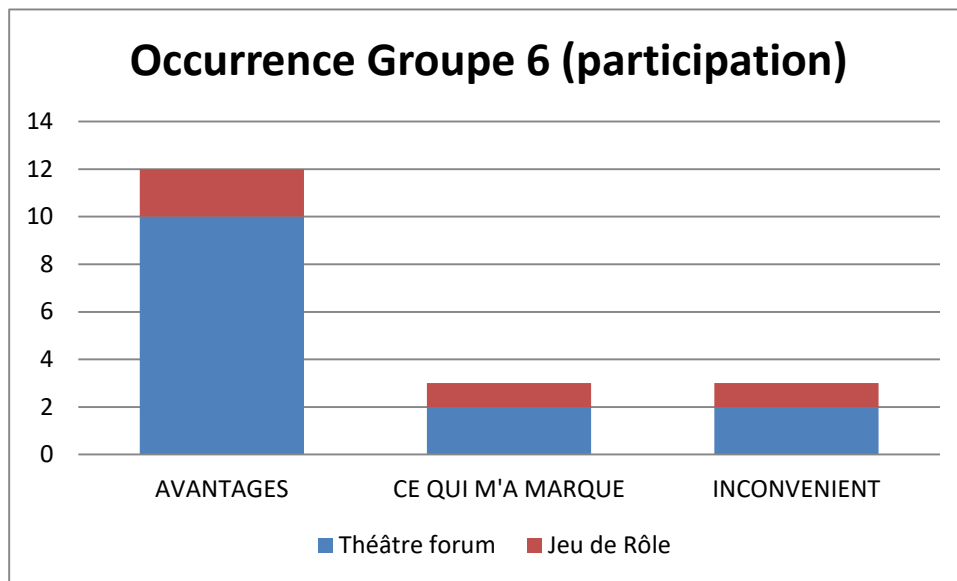


Figure 4 - Groupe 6 - Participation

A partir des croquis réalisés lors de nos prises de notes (annexe 14), nous avons quantifié le nombre de participants auquel correspondait les zones de participation repérées lors de chaque séance. La participation comptabilisée correspond à la prise de parole et à la prise de note. Le résultat produit par le TF donne un chiffre de 32, ce qui met ce dispositif en position plus avantageuse que le JR qui produit un chiffre de 24.

Plusieurs notes dans mon carnet font état de sourires, de rires, particulièrement durant les jeux du début de séance dans le TF où certains étudiants ont parfois triché. Les étudiants ont davantage participé.

Ce sont donc plus d'étudiants en action de participer dans le dispositif du théâtre forum, mais le jeu de rôle obtient des résultats satisfaisants. Nous devons réfléchir à ce qui a pu produire ces résultats. Les données qui suivent permettront peut-être de nous éclaircir.

4.2.2. Satisfaction

Selon la méthodologie de Kirkpatrick (Le Louarn & Pottiez, 2010) et afin d'analyser ce critère, distinguons les résultats des questions 12 en deux catégories :

- Satisfaction globale pour : « je suis satisfait du cours »
- Satisfaction du contenu pour : « ce cours a amélioré ma connaissance – ce cours est pertinent par rapport à ma future fonction – je recommande ce cours »

Sur l'ensemble des réponses à la question 12, plus de 80% des étudiants ont estimé qu'ils étaient d'accord ou tout à fait d'accord dans les deux dispositifs. Nous pouvons confirmer que ces dispositifs suscitent un réel intérêt dans le travail de la relation soignant soigné.

Le taux de satisfaction est donc important pour les deux dispositifs. Nous pouvons remarquer que pour les séances JR, le critère « ce cours a amélioré ma connaissance » est plus élevé de 12,3%.

Tableau 5 - Satisfaction

		Théâtre forum	Jeu de rôle
Satisfaction Globale	je suis satisfait du cours	93,6%	100%
Satisfaction du contenu	ce cours a amélioré ma connaissance	81,3%	93,6%
	ce cours est pertinent par rapport à ma future fonction	98,0%	95,8%
	je recommande ce cours	91,7%	97,9%

Cet écart peut nous amener à penser qu'il y a eu, lors des séances JR, une accroche plus forte de la part des étudiants à relier le contenu de la séance à leurs connaissances déjà acquises sur la relation soignant soigné. Les occurrences du groupe 5 (analyse/connaissance) montrent en effet un résultat assez similaire (figure 5).

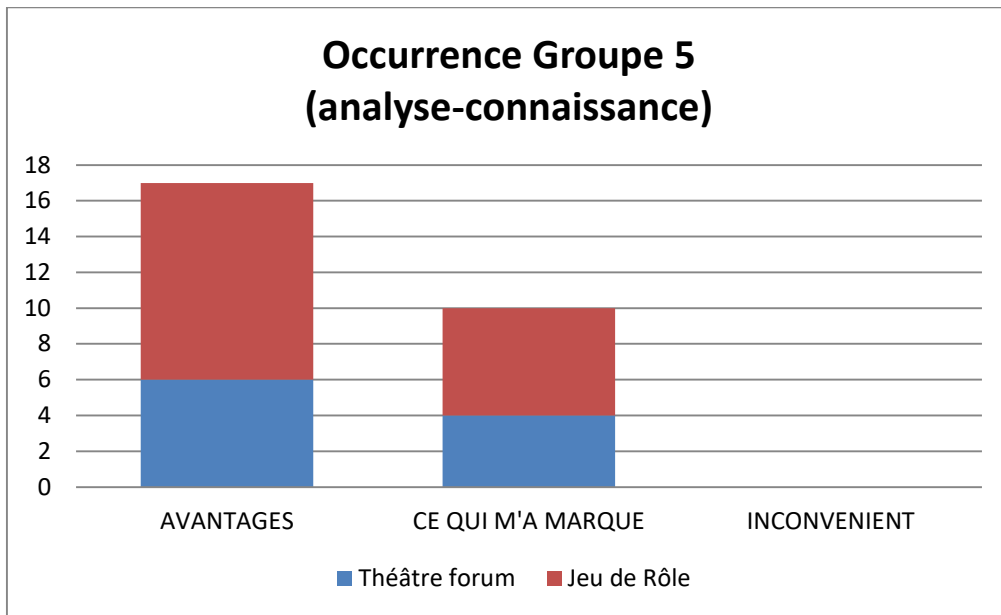


Figure 5 - Groupe 5 - Analyse/Connaissance

4.2.3. Objectifs pédagogiques

Sur l'ensemble des objectifs pédagogiques proposés, plus de 74% des étudiants ont estimé que les séances y ont répondu.

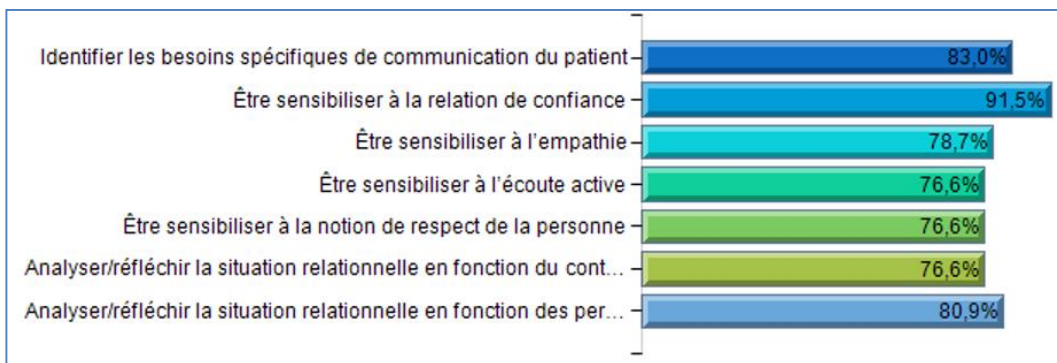


Figure 6 - Résultats Question 13 - Théâtre forum

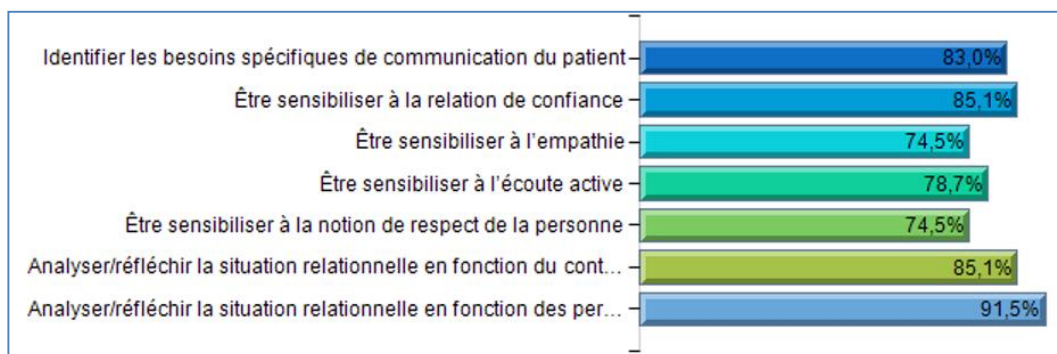


Figure 7 - Résultats Question 13 - Jeu de rôle

La comparaison entre la figure 6 et la figure 7 montre un écart. Sur les deux derniers critères interrogeant l'analyse et la réflexion : lors des séances JR, 9.5% et 10.6% d'étudiants ont été sensibilisés en plus. Nous retrouvons cette tendance dans les résultats du groupe 5 (figure 5).

Au cours des observations, nous avons noté que l'étape « débriefing » était le moment le plus propice aux échanges mais surtout à la réflexion. A plusieurs reprises les étudiants réagissent à partir de leurs expériences professionnelles vécues lors des stages, servant d'exemple aux échanges, ceci particulièrement dans les séances JR.

Les résultats sont très satisfaisants en matière d'analyse et de réflexion pour les deux dispositifs. Le débriefing semble être l'étape la plus propice à cet exercice. Les références aux situations vécues sont plus nombreuses en JR et laissent penser que la réflexion est plus approfondie.

4.2.4. Motivation

Afin de montrer la tendance générale, prenons l'histogramme de la figure 8.

Les réponses à la question 14, qui évaluaient la capacité de l'enseignement à susciter de la motivation chez les étudiants, montrent une perception de ce dernier comme efficace. Plus de 75% des étudiants ont répondu pour 8 des 10 critères, qu'ils étaient toujours ou souvent remplis. Néanmoins les résultats sont inférieurs à 45% dans les deux autres critères : « constituer un défi » et « engagement cognitif ».

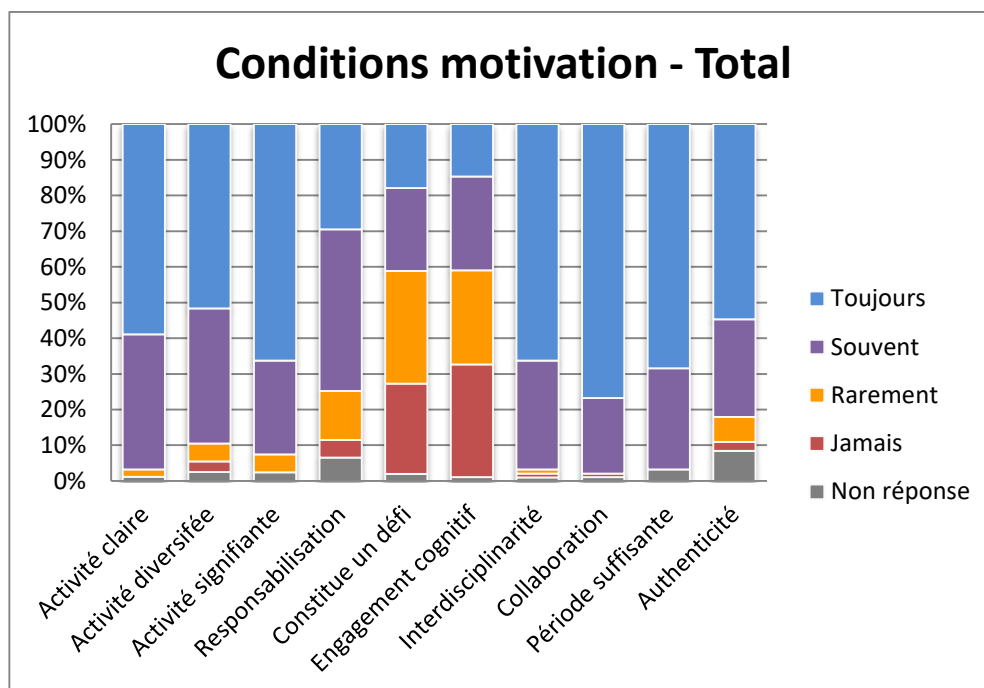


Figure 8 - Résultats Question 14 – Conditions de motivation

En comparant l'histogramme « Total » avec ceux du théâtre forum et du jeu de rôle, nous constatons qu'ils présentent les mêmes tendances (annexe 15). Deux conditions de motivation ne sont que partiellement remplies. Nous allons détailler davantage les données.

Nous pouvons apercevoir des différences plus importantes sur trois des séances (figure 9) :

Séance 1 (TF)

Les données issues de cette séance **accentuent la tendance** par rapport aux résultats de la figure 7, du critère « **constitue un défi** ». Nous avons 70,6% d'étudiants en séance 1 (29,4 + 41,2) répondant que ce critère n'est « jamais ou rarement » rempli, contre 56,9% en Total (31,6 + 25,3). **Soit 14,3% de plus.**

Séance 2 (JR)

Les données issues de cette séance **sont à l'opposé de la tendance** par rapport aux résultats de la figure 7, du critère « **constitue un défi** ». Nous avons 35,3% d'étudiants en séance 2 (5,9 + 29,4) répondant que ce critère n'est « jamais ou rarement » rempli, contre 56,9% en Total. **Soit 21,6% de moins.**

Les données issues de cette séance **sont à l'opposé de la tendance** par rapport aux résultats de la figure 7, du critère « **engagement cognitif** ». Nous avons 23,5% d'étudiants en séance 2 (5,9 + 17,6) répondant que ce critère n'est « jamais ou rarement » rempli, contre 58,8% en Total. **Soit 35,3% de moins.**

Séance 6 (JR)

Les données issues de cette séance **accentuent la tendance** par rapport aux résultats de la figure 7, du critère « **constitue un défi** ». Nous avons 73,4% d'étudiants en séance 6 (26,7 + 46,7) répondant que ce critère n'est « jamais ou rarement » rempli, contre 56,9% en Total. **Soit 16,5% de plus.**

Les données issues de cette séance **accentuent la tendance** par rapport aux résultats de la figure 7, du critère « **engagement cognitif** ». Nous avons 66,7% d'étudiants en séance 2 (40 + 26,7) répondant que ce critère n'est « jamais ou rarement » rempli, contre 58,8% en Total. **Soit 8% de plus.**

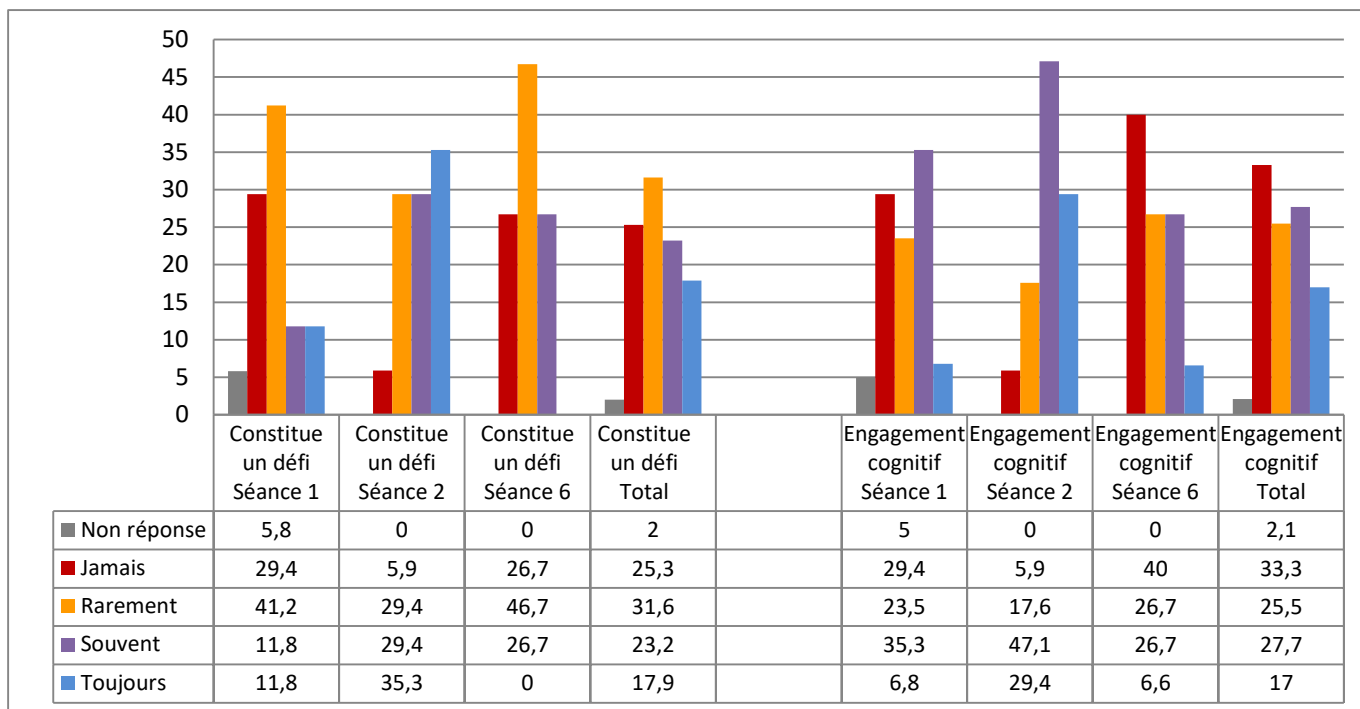


Figure 9 - Résultats Question 14 – Conditions de motivation – Séances 1-2-6 versus Total

Il est aussi très intéressant de remarquer les écarts des séances entre elles.

La séance 2 montre des résultats particulièrement différents de la tendance globale. Nous pouvons faire plusieurs hypothèses quant à l'origine de cet écart : les caractéristiques des étudiants de la séance 2 sont-elles différentes des autres séances ? Le comportement des formateurs animant ces trois séances influence-t-il différemment les conditions de motivation ?

Caractéristiques des étudiants

Si nous observons de plus près les caractéristiques des étudiants de cette séance à l'aide du tableau 2, les étudiants de cette séance ont le plus fort taux d'étudiants n'ayant pas d'activité professionnelle en dehors de la formation mais un des taux les plus forts d'étudiant ayant, avant leur formation, travaillé au lit d'un malade. Ces taux sont plus équilibrés dans la séance 6, mais c'est la plus forte proportion de post-bac de toutes les séances (figure 10). Cela pose la question d'équilibrer dans les groupes les étudiants au regard de leur expérience professionnelle pour améliorer ces deux critères.

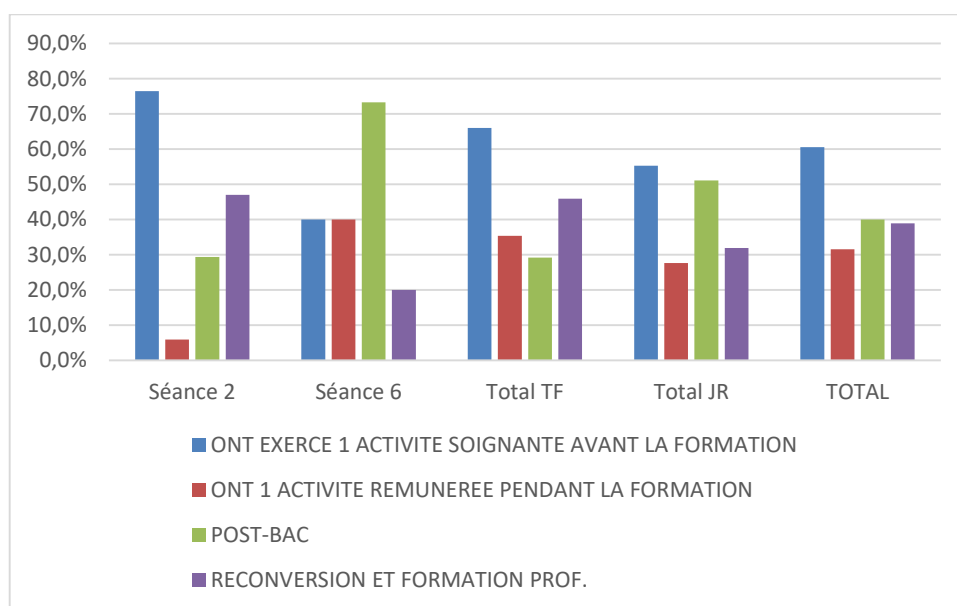


Figure 10 - Caractéristiques individuelles – Contraste entre Séances 2--6 versus Totaux

A propos des formateurs 2, 6 et 1 :

Au travers des échanges lors de l'étape 2 et de nos observations, nous avons pu dégager trois profils différents en ce qui concerne les aprioris d'avant séance :

Le formateur séance 2 a semblé plutôt à l'aise, et n'avait pas d'apriori négatif avant de commencer :

« J'adore ces méthodes, j'aime travailler en live », « ça me plaît »

Le formateur séance 6 demande plusieurs fois quand il pourra avoir la fiche descriptive de la séance :

« Pour y travailler avant de se lancer, ça me rassurera », « je serai plus tranquille ».

Quant au formateur séance 1, il précise :

« C'est un défi pour moi car je ne maîtrise pas ces outils, j'appréhende ».

Dans les séances 1 – 2 et 6, les étudiants présentent davantage de caractéristiques homogènes, telles que l'expérience ou l'inexpérience d'avant la formation. Le formateur de la séance 2 est particulièrement positif à l'idée d'animer sa séance. Il n'exprime pas d'appréhension contrairement aux autres formateurs. Ces deux éléments pourraient influencer certaines conditions de motivation.

4.3. Les formateurs

L'intégralité des commentaires des formateurs, à l'issue des séances, est en annexe 16. Les formateurs ont attribué une note moyenne de 8 (écart-type 0.63) à cet enseignement. La note minimale est de 7 et la maximale de 9. La note médiane est de 8.

Nous pouvons relever aussi dans les commentaires les phrases suivantes :

Pour le TF :

« Ludique et impliquant, en revanche je me suis sentie en difficulté par rapport à mon inexpérience » (formateur séance 1)

« Impression que de nombreux concepts ont été mobilisés » (formateur séance 3)

« Avoir un co-animateur me semble réellement complémentaire et apporte une plus-value aux savoirs » (formateur séance 3 et 5)

« La mise en chauffe est un élément indispensable pour favoriser l'esprit de groupe et ensuite la participation orale » (formateur séance 5)

« Sentiment d'avoir été plus efficace le matin que l'après-midi » (formateur séance 5)

Pour le JR :

« Le sujet a été abordé en amont et explicité » (formateur séance 2)

« Une méthodologie qui respecte le temps de parole » (formateur séance 2)

« A nécessité pour moi un travail de préparation pour s'approprier les différentes étapes » (formateur séance 4)

« En fait l'animation est plus difficile quand un groupe participe moins » (formateur séance 6)

Grace aux observations nous avons remarqué une reprise en main du dispositif par des formateurs au moment du débriefing. Ils deviennent moins agités, prennent plus la parole et font référence aux objectifs de la séance (ex. : empathie, confiance, ...). Comme s'ils retrouvaient leur milieu naturel. C'est donc pour eux une partie dans laquelle ils apparaissent soulagés. Ce soulagement est plus visible dans les séances TF.

Nous avons pu remarquer aussi que les formateurs des séances JR s'approprient plus rapidement le dispositif. Quant aux séances TF, les formateurs ont eu plus tendance à sortir du cadre du dispositif. Le formateur est peut-être plus en difficulté dans le TF car plus inhabituel

pour lui. Parallèlement, les silences des étudiants ont été anxiogènes pour les formateurs. Ces derniers ont eu tendance à remplir les silences par des questions :

« Pas d'idée ? »

« Et si vous étiez bientôt à sa place »

« Vous voulez essayer ? »

Au même moment les étudiants restent muets.

Nous pouvons constater que cette expérience a été vécue globalement comme étant très positive pour les formateurs. Néanmoins, est-ce que la proposition de co-animation en TF peut être interprétée comme un sentiment d'avoir été en difficulté sur cette séance ? Sur sa seconde séance, ce même formateur se perçoit plus efficace.

4.4. Les acteurs

Les étudiants-acteurs ne sont pas soumis aux mêmes règles dans les deux dispositifs.

Dans le TF, la première scène est jouée par les formateurs, les étudiants peuvent entrer en scène pour améliorer la situation. Ils ont écrit pour la plupart, qu'ils avaient tenté d'améliorer la situation, ressentis des émotions similaires à une situation réelle, et le tout en étant plus ou moins gênés par la présence du public (annexe 17).

« J'ai fait de façon spontanée mon rôle de soignant »

« J'ai ressenti du stress mais j'ai vite oublié les autres étudiants et je me suis concentré sur la patiente »

« J'ai rectifié la situation initiale »

« J'ai ressenti de l'empathie et malgré que ce soit une scène j'ai été touché et je me suis projeté comme si nous étions dans une vraie situation »

Dans le JR, les étudiants-acteurs sont les protagonistes de la première scène qui est imposée. Dans une seconde scène ils peuvent améliorer la situation avec les actions de leur choix. Les étudiants-acteurs jouant le soignant ont tous mis en avant la difficulté de jouer un soignant « caricatural ».

« J'ai ressenti de la frustration de n'être pas authentique »

« J'étais mal à l'aise avec la prestation que j'ai réalisé, je me sentais troublée par la façon dont je devais me comporter j'en ai d'ailleurs indirectement et involontairement raccourci la situation »

Pour autant les étudiants-acteurs jouant le rôle du patient ont été marqués par l'implication des soignants dans un rôle aussi antipathique.

« J'ai ressenti le manque d'empathie du soignant qui a provoqué chez moi un manque total de confiance et des réactions plutôt agressives qui n'étaient même pas prévues par le rôle de base ».

Nous avons pu noter aussi que les étudiants-acteurs des séances JR ont très peu participé aux échanges.

Malgré leur caractère fictif, la plupart des étudiants-acteurs a ressenti des émotions lors des scènes. Ils ont aussi analysé ce qu'ils avaient ressenti. Néanmoins la gêne ressentie par les acteurs des séances JR et leur participation très faible soulèvent une question d'éthique : doit-on les exposer autant ? Rappelons qu'ils ont fait eux-mêmes le choix de passer. Mais après s'être désignés ils ne connaissaient pas la situation à jouer.

4.5. Ce qui a marqué les étudiants

Les données issues de la question « qu'est-ce qui vous a marqué au cours de ce TD ? » sont retranscrites en annexe 18.

Nous pouvons remarquer deux tendances dans les propos recueillis (tableau 6) :

- Sur des éléments centrés sur le dispositif : ex. « le fait de refaire la situation pour l'améliorer et trouver la bonne façon de faire » - « les échanges qu'il y a pu avoir au sein du groupe » - « les exercices d'échauffement première partie » - « les temps de parole pour débriefing »
- Sur la posture soignante : ex. : « l'absence d'empathie du soignant envers la patiente » - « que selon nos attitudes et nos réponses, la réaction du patient est totalement différente » - « que le manque d'empathie et d'écoute active peut mettre le patient dans un état de stress » - « l'évolution de la patiente à la base très craintive puis au fur à mesure plus calme ».

Tableau 6 - Occurrences posture versus dispositif

	TF	JR
Occurrences liées à la posture et au patient	18	14
Occurrences liées au dispositif du TD	21	24

Lors de ces séances, les étudiants ont été interpellés par le dispositif (contenant) et les effets de ce dispositif sur leur pratique (contenu). Le contenant ayant pris sensiblement l'avantage sur le contenu. Les étudiants ont été interpellés par une méthode pédagogique inhabituelle sans pour autant laisser de côté les objectifs pédagogiques.

4.6. Avantages perçus par les étudiants

Dans la partie 2 du questionnaire (annexe 5), les étudiants pouvaient répondre et s'exprimer sur ce qui les avait marqué dans la séance mais aussi citer trois avantages. Les termes réunis pour construire les huit groupes d'occurrences sont en annexe 11. Les résultats obtenus sont détaillés dans le tableau 7, ainsi qu'une traduction des résultats dans la figure 11.

Tableau 7 - Occurrences

	Ce qui vous a marqué		Avantages	
	TF	JR	TF	JR
Groupe 1	9	2	20	9
Groupe 2	3	5	8	12
Groupe 3	8	13	10	30
Groupe 4	8	2	16	4
Groupe 5	4	6	6	11
Groupe 6	2	1	10	2
Groupe 7	1	2	8	4
Groupe 8	1	1	7	1

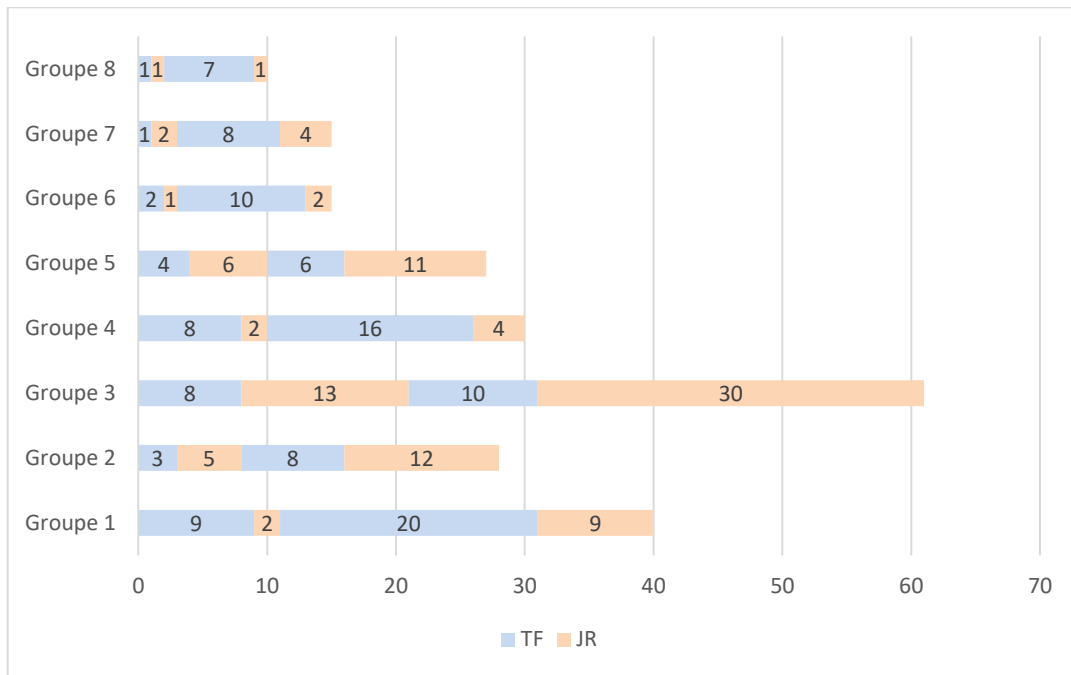


Figure 11 - Occurrences

Certaines occurrences, lorsqu'elles sont élevées dans un dispositif, sont en même temps plus faibles dans l'autre. Particulièrement pour les cinq premiers groupes d'occurrence. Il y a donc des points forts propres à chacun des deux dispositifs. Cela nous permet de penser qu'un outil pédagogique « hybride », réunissant ces points forts, est possible.

4.7. La situation problématique

A partir des mots utilisés par les étudiants, lors des séances, nous observons un fort contraste entre la situation problématique et les situations améliorées (tableau 8). Nous constatons également 10 étudiants plébiscitant la première scène dans les réponses de la question « ce qui m'a marqué ».

« La première mise en scène avait l'air très réelle »

« Ce qui a marqué la première situation car je pense que cela existe »

« Ce qui me marque : pouvoir voir les défauts de la première scène jouée de se rendre compte de l'importance du non-verbal »

Tableau 8 - Situation améliorée versus situation problématique

Occurrences de mots apparaissant lors des échanges à propos des situations jouées		
	Situation améliorée	Situation problématique
S'adapter	4	0
Empathie	3	0
Respect	3	0
Ecoute	3	0
Disponibilité	3	0
Authenticité	3	0
Intime	2	0
Bienveillance	2	0
Confiance	1	0
Angoisse	0	3
Non-respect	0	3
Intrusif	0	2
Brusque	0	2
Peur	0	1
Gêne	0	1

A la lecture du tableau 8 nous nous apercevons du caractère interpellant de la situation problématique. La situation problématique semble avoir été un moteur pour démarrer et amener les étudiants à discuter et réfléchir. Cette analyse s'applique aux deux dispositifs.

4.8. Le débriefing

Dans toutes les séances nous avons observé une évolution dans le discours des étudiants lors des prises de parole. Cette évolution s'est entendue dans les pronoms personnels utilisés par les observateurs à l'égard des acteurs. Au début des échanges et des débats, le « tu as dit » ou « tu as fait » laisse progressivement la place à « il/elle a dit » ou « il/elle a fait ». C'est dans la partie débriefing où le « je » devient omniprésent dans les discours.

Ce constat nous intéresse car il met en avant deux points importants : l'implication des étudiants et la prise de conscience de ce qu'ils proposent. Cela démontre qu'au fur et à mesure de la séance, les étudiants deviennent capables de réfléchir sur leur propre posture.

4.9. A l'avantage du TF

Un dispositif ludique

C'est le premier avantage renvoyé par les étudiants (figure 11). En effet dès le début des séances TF pendant les exercices d'échauffement beaucoup de sourires, de rires ont pu être observés.

Caractère pratique et réaliste

Les séances TF ont permis aux étudiants de s'immerger plus souvent en conditions presque réelles et donc s'entraîner en faisant cette expérience avec le formateur acteur. Cette tendance est renforcée par un nombre plus important d'étudiants-acteurs (figure 2).

Dispositif participatif et motivant

Nous avons vu dans la partie « participation » que les dispositions à participer sont très favorables au TF. Les occurrences du groupe 6 renforcent la tendance (figure 4). Nous avons pu observer une prise de parole plus importante quantitativement dans les séances du TF. Nous sommes néanmoins sur des aspects quantitatifs et non qualitatifs. Les aspects qualitatifs nous intéressent pour la notion de réflexion. Nous avons observé, dans les débats des séances TF, que les prises de parole ont été les plus nombreuses. Concernant les séances JR, c'est dans le débriefing que les échanges ont augmenté. Ils ont permis d'évoquer davantage de situations personnelles.

Caractère sécurisant

Certains mots comme « non-jugement » - « respect » - « parole libre » montrent un sentiment de sécurité plus présent lors de la prise de parole. L'association du caractère ludique et motivant disposent, peut-être, les étudiants dans un climat plus sûr.

4.10. A l'avantage du JR

Le groupe - l'échange - l'analyse

C'est le point fort mis en avant par les étudiants. Le « groupe » apparaît comme étant à la fois un espace où le travail se réalise et un outil par lequel la réflexion se construit. D'autres résultats issus des données montrent que les opérations cognitives (analyser, réfléchir, se questionner, ...) sont plus repérables par les étudiants dans les séances JR :

- Résultats de la question 13 (figure 7)
- Résultats de la condition de motivation « engagement cognitif » (annexe 15)

Cela sous-entend qu'il y a un levier stimulant la réflexivité dans le JR : au vu de ce que nous avons pu repérer plus haut, cela pourrait être le débriefing. Celui des séances JR se montre qualitatif par l'émergence de situations personnelles vécues sur les lieux de stage plus nombreuses.

4.11. Inconvénients perçus par les étudiants

Après une première lecture, les réponses des étudiants font ressortir certaines répétitions. Elles sont regroupées dans le tableau 9, par ordre décroissant.

Tableau 9 - Inconvénients perçus par les étudiants

	Inconvénients		
	TOTAL	TF	JR
Aucune Pas de réponse	44	23	21
Passer	9	4	5
Timide / Intimidant	6	4	2
Stress	5	2	3
Grand groupe	4	1	3
Peur	3	2	1
Pas de volontaire	3	2	1
Temps	3	0	3
Gêne	2	2	0
Long	2	1	1
Court	1	1	0
Connaissance	1	1	0
Rébarbatif	1	1	0

Sur les 95 étudiants interrogés, 44 (soit 46%) ne citent pas d'inconvénient, la répartition entre TF et JR est presque égale. Cela démontre la perception positive des séances par les étudiants. Dans les autres réponses des étudiants, les items d'ordre émotionnels (intimidant, stress, peur, gêne) sont souvent associés au verbe « passer... » (« ...devant le groupe, ... pour faire l'acteur, ... pour jouer »). La complexité de s'exposer ou d'exposer sa manière de pratiquer devant un groupe d'observateurs semble la préoccupation première des étudiants. Parallèlement la tendance est moins forte quand il s'agit seulement de s'exprimer devant le groupe. S'exposer devant un groupe en se mettant en action et en montrant sa pratique reste toujours un exercice compliqué. La place d'acteur est générateur d'émotions, que l'on soit acteur ou bien que l'on s'imagine en tant qu'acteur. Passer le pas est un risque à prendre pour lequel le TF donnerait plus de sécurité si l'on regarde les résultats de la figure 11 (groupe 8).

5. Limites et discussion

A l'origine de ce mémoire, nous avons l'objectif d'améliorer notre pratique de formateur pour que la relation soignant soigné, dans la formation, soit proche de la pratique des étudiants en essayant de mettre le moins de freins possible à leur participation. Nous avons l'intuition que le théâtre forum pouvait les amener vers la professionnalisation. Au-delà de la compréhension de ce dispositif, le jeu de rôle s'est aussi montré largement à la hauteur de nos attentes. Notre étude a enrichi nos connaissances sur le sujet et nous a orienté vers la complémentarité de ces deux dispositifs plutôt que ce qui les éloigne. Avant d'approfondir la discussion, il est nécessaire de présenter les limites de ce travail.

5.1. Limites

Concernant l'étude sur le terrain, nous n'avons pas assez questionné les étudiants sur la partie débriefing. Cette étape est pourtant essentielle aux dispositifs. Nous ne pouvons donc pas avoir des éléments ciblés. Il n'y a que le vécu des formateurs qui permet de percevoir que le débriefing du JR est peut-être plus facile à utiliser. Le formateur étant plus à l'aise, le débriefing est sûrement plus performant. Mais cette réflexion ne peut être étayée car les données sont trop pauvres.

Les situations problématiques ne sont pas les mêmes selon les séances pour EAS ou pour les ESI. Cela a probablement produit des effets différents nécessitant une prise de recul lors de l'analyse contrastive.

Nous avons constaté des confusions dans les réponses aux questions ouvertes du questionnaire. Des acteurs n'ont pas répondu à la partie 2 alors qu'ils y étaient conviés. La formulation a donc manqué de clarté (7 sur 14 – 2 sur 8 en TF et 5 sur 6 en JR). Comme nous l'avons dit plus haut, la dichotomie est difficile mais l'idée qu'il y a eu un effet sur les acteurs du JR, peu participatifs à la fois en séance et dans le questionnaire pourrait se discuter.

Cette étude a montré que les deux dispositifs nécessitent une organisation importante et mobilisent du temps et des formateurs. En effet, malgré une quantité satisfaisante de formateurs, nous avons dû être acteur le temps des situations problématiques des séances TF. Nous avons donc occulté les visages et le non verbal des étudiants pendant cette scène. Ces données auraient été pertinentes.

Autre limite importante, peu de données concernant les formateurs. Certes notre objet de recherche n'était pas centralisé sur eux, mais nous avons vite remarqué leur importance dans

l'activation des conditions de motivation des étudiants. Rappelons les travaux de Chamberland et Provost (1996, p. 83) qui explique que le formateur, à travers son animation, influence la séance. Nous avons pu le constater dans les résultats de chaque séance.

Autre paramètre non étudié : c'est le climat de la classe entre les étudiants. Les étudiants de chaque promotion se connaissent, un groupe est un élément en plus à prendre en compte, une entité à part entière : « Le groupe est un organisme vivant indépendamment des individus qui le forment. Il a des humeurs et des réactions, un esprit, une atmosphère, un climat » (Foulkes & Anthony, 1969).

5.2. Discussion

A l'origine de notre travail nous avons constaté la difficulté des étudiants à s'exposer pour aborder leur pratique dans les situations relationnelles complexes. Exposer sa manière de pratiquer, même dans une situation fictive, est une opération délicate. Les acteurs de JR « soignants » se sont vus à contre-courant de leur personnalité et se sont sentis mal à l'aise.

Lors d'une prise de parole ou d'une action « simulée » devant un public, parler ou se montrer différent, c'est accepter d'être un autre. Après avoir changé sa manière d'être ou de faire, un changement s'opère alors en nous (Wittorski, 2007). Cette professionnalisation engendre certaines résistances, c'est naturel. Le levier ludique, actionné par le TF, favorise la prise de parole et la participation. Le jeu peut se montrer un allié puissant pour se professionnaliser. Rappelons que Winnicott montre que le jeu accompagne la quête de soi (2015).

Chamberland et Provost explique que la force du JR se situe dans la réflexion qu'il génère, mais à partir du moment où il y a discussion (Chamberland & Provost, 1996, pp. 86-89). Le débat, les échanges sont des moteurs et alimentent cette réflexion. Les deux dispositifs montrent de très bonnes dispositions pour amener les étudiants à la réflexion. Il est étonnant et intéressant de voir comment ont évolué les pronoms personnels au fur et à mesure de la séance : au début le « tu » puis « il/elle » pour finir par le « je ». L'utilisation du « je » dans le discours nous permet de faire le lien avec les travaux de Hagège (2017), où l'utilisation du « je » est caractéristique d'une prise de conscience. Cette étape est nécessaire pour évoluer vers la responsabilisation. Pourquoi prend-t-on conscience dans ces deux dispositifs ? L'émotion arrive par une situation complexe, elle peut parfois nous faire agir à l'opposé de nos valeurs. Il faut un « déclencheur », cela peut-être une « sensibilisation à .. », « un échange avec .. », en bref un élément qui met le doute et fait réfléchir : ici c'est la situation problématique de début de séance. A partir de là le sujet pourrait commencer à prendre conscience de « ce qu'il sait ou de ce qui

ne sait pas ». Il agira avec des buts nouveaux. Hagège (2017) précise que ce qui amène un sujet à la responsabilité, c'est la réflexion sur les combinaisons de fonctionnement qu'il met en route : pour nous l'étape du débriefing devient alors centrale.

Pour Boal (2004) personne ne reste spectateur dans le TF, effectivement nous l'avons relevé plusieurs fois : la quantité de prise de parole est plus importante dans le TF. L'absence de 4^o mur (Badache, 2019) montre que le caractère pratique et réaliste est davantage élevé dans ce dispositif. C'est aussi ce que le travail de Saint-Cricq (2017) avait montré. Un enseignement doit motiver les étudiants, le fait d'être dans un enseignement où les étudiants peuvent rapidement relier celui-ci à leur future pratique produit un caractère motivant.

Motiver un étudiant c'est aussi lui permettre de relever un défi. C'est une insuffisance dans notre étude. Cela reste une énigme. L'enseignement était-il trop simple ? Ou trop complexe ? Les formateurs n'ont-ils pas assez challengé les étudiants ? Ou bien n'ont-ils pas suffisamment fait de retours et de feedbacks pour leur dire s'ils y arrivaient ou pas ? Nous sommes dans une limite de notre travail. Pourtant la séance 2, qui obtient des résultats inverses à la tendance, a montré un formateur ayant peu pris la parole, laissant les étudiants partir sur les pistes qu'ils ont choisies. Il a néanmoins tenu le cadre du dispositif mais de manière plus souple que les autres formateurs. C'est d'ailleurs une remarque que nous lui avons faite quelques jours après l'étude. Il nous a répondu que de toute façon « il les rattraperait bien ». La piste est-elle là ? Ne pas trop parler, ne pas trop occuper le terrain ? Le formateur de la séance 2 a largement utilisé le silence. Par l'humour ou pas, il a régulièrement reformulé les évaluations et les positions prises par les observateurs. Ainsi il propose souvent des feedbacks. Cette posture explique peut-être le bon résultat du critère « doit constituer un défi » selon Viau (2000).

Toujours selon Viau, l'enseignement doit exiger un engagement cognitif de l'étudiant, c'est-à-dire que l'étudiant doit utiliser des stratégies d'apprentissage qui l'aident à comprendre, à faire des liens. C'est la seconde insuffisance. Cette condition touche à la perception que l'étudiant a dans ses capacités à réussir les activités de la séance. Dès le départ nous avons décidé de construire une situation emblématique, plutôt générale. Pour la construire nous avons assemblé plusieurs éléments évoqués lors de l'étape 1 et peut-être rendu cette situation trop complexe dans les éléments pathologiques qui les constitue. Les étudiants ont peut-être eu trop de liens à faire eux-mêmes, sans aide puisque le formateur avait consigne de ne pas influencer ou aider les étudiants dans leurs réponses.

Le nombre de propositions d'améliorations jouées est plus important en TF qu'en JR : cela reste un avantage non négligeable. Nous disons souvent qu'il faut privilégier la qualité à la quantité. Il n'y a rien à redire sur cette évidence. Pourtant le fait de multiplier les propositions jouées permet d'alimenter régulièrement le fruit de la réflexion du groupe. L'erreur peut aussi être plus importante, mais bien reprise par le formateur, elle devient un levier de discussion puissant.

En relation soignant soigné, les soignants sont en interaction avec des enjeux majeurs en terme identificateur, transférial mais aussi éthique. Un soignant dans une situation complexe relationnelle va être confronté à des résonances, des émotions, amenant des contre-attitudes possibles. Nous évoquons plus haut à quel point l'enjeu identitaire est important dans la professionnalisation. Par l'ensemble des résultats produits par ces dispositifs nous pouvons mettre en avant deux points importants :

- Ils poussent à déconstruire pour reconstruire. Et donc pousseraient également à une reconstruction de soi ou simplement à la construction de soi. Il faut tenir compte de l'importance de l'animateur de la séance qui doit avoir une posture « garante » du cadre de cette séance afin que cela soit sécurisant et que cela marche.
- Le second point. Ces dispositifs accompagnent les étudiants à prendre conscience de leur pratique. L'utilisation du « je » en est une illustration. Lorsqu'un individu utilise le « je », il prend conscience de ce qu'il dit. Il atteint un niveau de responsabilisation et de distanciation suffisante pour ensuite s'améliorer car il se responsabilise.

Conclusion

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons proposé deux activités pédagogiques basées sur deux dispositifs : le jeu de rôle et le théâtre forum. L'observation du déroulement des séances et un questionnaire nous ont permis de mettre en évidence des taux de satisfaction et de motivation très satisfaisants. Nous retrouvons des résultats proches de l'étude menée par Saint-Cricq (2017). Cependant, ces études concernaient une population d'étudiants en médecine face à des situations de cancérologie et d'annonces diagnostic. Pourtant nous pensons qu'il y a un réel intérêt à utiliser ces dispositifs pour travailler la relation soignant soigné dans la formation des soignants. En effet, nos hypothèses concernant cet intérêt sont validées bien que nous apercevons des effets dépendants du type d'animation des formateurs, voire de leur appréhension dans l'utilisation de ces dispositifs. De même, certains effets sont dépendants des profils d'étudiants présents lors des séances et du groupe qu'ils constituent. Comme exprimés au début de ce travail il n'y a pas de dispositif meilleur qu'un autre, mais à partir des deux dispositifs étudiés nous pourrions associer leurs forces pour en construire un nouveau. Dans cette perspective nous pourrions associer les exercices de préparation et la situation problématique du TF (cette dernière est jouée par les formateurs acteurs pour ne pas trop exposer les étudiants acteurs) avec le débriefing du JR. Tout en gardant les principes du forum, nous demanderions aux formateurs d'intervenir le moins possible. Pour compléter, nous proposerions aux étudiants une fiche sur les pathologies étudiées pour ne pas que les connaissances sur la pathologie soient une limite. Et enfin, nous proposerions de créer des groupes plus équilibrés entre les post-bac et les formations professionnelles. Ces améliorations pourraient permettre d'optimiser l'atteinte des objectifs pédagogiques, mais nous pensons qu'une séquence de plusieurs séances à distance les unes des autres rendraient, soit y ajouter un caractère répétitif, donneraient des résultats plus intéressants.

Ce travail nous a permis d'être plus scientifique, réflexif et rigoureux dans notre pratique pédagogique. Nous sommes à ce jour convaincus d'être sur la bonne voie pour aller plus loin dans l'accompagnement de nos étudiants soignants dans l'apprentissage de la relation soignant soigné.

Références bibliographiques

- Agamben, G. (2007). *Qu'est ce qu'un dispositif*. Paris: Payot Rivage.
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2003). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris: Nathan VUEF.
- Audran, J. (2010, 12 1). *Dispositifs et situations*. Récupéré sur hal.archives-ouvertes.fr: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01345875/document>
- Badache, R. (2019). *Théâtre forum dans Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse : ERES.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Blanchard-Laville, C. (2013). Du rapport au savoir au enseignants. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 3(1), pp. 123-154. doi:10.3917/jpe.005.0123
- Boal, A. (1997). *Jeux pour acteurs et non acteurs*. Paris: La découverte.
- Boal, A. (2007). *Théâtre de l'opprimé*. Paris: La découverte.
- Bouissou, C., & Brau-Antony, S. (2005). *Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques*. Récupéré sur halshs.archives-ouvertes.fr: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01254478/document>
- Breton, P. (2015). *L'engagement est un risque*. Récupéré sur Questions de communication: <http://journals.openedition.org/>
- Chamberland, G., & Provost, G. (1996). *Jeu, simulation et jeu de rôle*. Presse de l'université du Québec.
- Dortier, J.-F. (2004). *Le dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre: Editions sciences humaines.
- Engagement. (s.d.). Récupéré sur ATilF: <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?11;s=1119694545;r=1;nat=;sol=0;>
- Farrugia, A., Pelaccia, T., Pottecher, T., & Ludes, B. (2012). *Évaluation préliminaire de la motivation d'étudiants en cours d'externat à remplir les formulaires d'évaluation en ligne des stages hospitaliers*. Récupéré sur semanticscholar.org: <https://pdfs.semanticscholar.org/a569/476fe6a5404d26e4f9c01f25566f2358874e.pdf>
- Fenouillet, F. (2009). Motivation. Dans M. Formarier, & L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 218-220). Lyon: Editions Mallet conseil.
- Foulkes, S.-H., & Anthony, E.-J. (1969). *Psychothérapie de groupe, approche psychanalytique*. Paris: Epi.
- Guillaumin, C. (2009). La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation. *Cahiers de sociolinguistique*(14), 85-101.

- Hagège, H. (2017). Education à la responsabilité. Dans J. L.-G. Dans A. dans Barthes, *Dictionnaire critique des enjeux et concepts des "éducations à"* (pp. 186-193). Paris: L'Harmattan.
- Herreros, G. (2019). *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse: Eres.
- Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Editions d'organisation.
- Le Louarn, J.-Y., & Pottiez, J. (2010). *Validation partielle du modèle d'évaluation des formations de Kirkpatrick*. Récupéré sur agrh.fr: <https://www.agrh.fr/assets/actes/2010lelouarn-pottiez.pdf>
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*(101), 78-83.
- Métier. (s.d.). Consulté le Décembre 27, 2019, sur ATILF: <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?19;s=3960702840;?b=0;>
- Mias, C. (2013). *Implication professionnelle*. Consulté le Février 16, 2020, sur Cairn: <https://www-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429-page-161.htm>
- Ministère de la santé et des sports. (2010, Mai). Profession Aide-Soignant. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation conduisant au diplôme d'état*. Sedi équipement.
- Ministère de l'éducation nationale. (s.d.). *Le triangle pédagogique*. Récupéré sur eduscol.education.fr: <https://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/libre/qualification/q3a.php>
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2015). Profession infirmier. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession*. Levrault, Berger.
- Monceau, G. (2010). *Analyser ses implications dans l'institution scientifique : une voie alternative*. Récupéré sur [revispsi.uerj.br](http://www.revispsi.uerj.br): <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a03.pdf>
- Monceau, G. (2019). *Analyse institutionnelle*. Consulté le Février 16, 2020, sur Cairn: <https://doi-org.ezproxy.unilim.fr/10.3917/eres.vande.2019.01.0594>
- Oudet, S. (2015). *Alternances et professionnalisation, Les dossiers des sciences de l'éducation*. Consulté le Janvier 8, 2020, sur [journals.openedition.org](http://journals.openedition.org/dse/928): <http://journals.openedition.org/dse/928>
- Participation. (s.d.). Récupéré sur ATILF: <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?44;s=1119694545;r=2;nat=;sol=1;>
- Raynal, F., & Rieunier, A. (2014). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*. Paris: ESF éditeur.

- Rey, A. (2012). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.
- Saint Cricq, E. (2017, Novembre 27). Le théâtre-forum dans l'apprentissage de la relation-communication en santé en deuxième cycle des études médicales. Angers, France. Récupéré sur <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007429/2017MDEMG8410/fichier/8410F.pdf>
- Simulation. (s.d.). Consulté le Janvier 7, 2020, sur ATILF: <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1270098390;>
- Viau, R. (2000). *Des conditions à respecter pour susciter la motivation des élèves*. Récupéré sur Centre collégial de développement de matériel didactique: <http://correspo.ccdmd.qc.ca/index.php/document/connaitre-les-regles-grammaticales-necessaire-mais-insuffisant/des-conditions-a-respecter-pour-susciter-la-motivation-des-eleves/>
- Winnicott, D. (2015, Février). Notes sur le jeu. (P. U. France, Éd.) *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 5(2), 37-42.
- Wittorski, R. (2007, 09 17). *la professionnalisation en question*. Consulté le Décembre 9, 2019, sur Hal archives ouvertes: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172707/document>

Annexes

Annexe 1. Compétence relationnelle – formation IDE et formation AS.....	59
Annexe 1.1. Formation IDE.....	59
Annexe 1.2. Formation AS	60
Annexe 2. Etape d’une séance utilisant le théâtre forum comme dispositif.....	61
Annexe 3. Représentation schématisée du modèle de la dynamique motivationnelle. R. Viau (2000).....	62
Annexe 4. Questions fermées	63
Annexe 5. Questions ouvertes	66
Annexe 6. Questionnaire formateur.....	68
Annexe 7. Conditions de motivation – R. Viau (2000)	69
Annexe 8. Situations relationnelles complexes	70
Annexe 8.1. Douleur aigüe pour les ESI.....	70
Annexe 8.2. Patient opposant pour les EAS	71
Annexe 9. Introduction des séances	72
Annexe 10. Fiches formateurs	73
Annexe 10.1. Théâtre forum	73
Annexe 10.2. Jeu de rôle.....	76
Annexe 11. Groupes d’occurrences des questions ouvertes.....	78
Annexe 12. Exemple de questionnaire analysé – Echantillon total.....	79
Annexe 13. Synthèse des notes prises lors des observations.....	83
Annexe 14. Croquis salle.....	84
Annexe 15. Conditions de motivation	85
Annexe 16. Commentaires des formateurs.....	86
Annexe 17. Commentaires des acteurs.....	87
Annexe 18. Ce qui vous a marqué.....	89

Annexe 1. Compétence relationnelle – formation IDE et formation AS

Annexe 1.1. Formation IDE

Profession Infirmier

Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1 – Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne;
2 – Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte;

3 – Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4 – Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique;
5 – Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement;
6 – Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité;
7 – Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

Critères d'évaluation : <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?</i>	Indicateurs : <i>Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?</i>
1 – Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte; - Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées; - Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.
2 – Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre; - Une attention est portée à la personne; - La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient; - Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne; - La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant – soigné et vise au respect de la personne.
3 – Justesse dans la recherche du consentement du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

Module 5 Relation – Communication

COMPÉTENCE : ÉTABLIR UNE COMMUNICATION ADAPTÉE À LA PERSONNE ET SON ENTOURAGE.

Objectifs de formation :

- Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, être capable de :
 - écouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement ;
 - s'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion ;
 - expliquer le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel et apporter des conseils sur les actes de la vie courante ;
 - faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin ;
 - apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le respect du règlement intérieur ;
 - identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation.

Savoirs associés :

❖ Théoriques et procéduraux :

Le développement psychosociologique de l'homme, les relations humaines, l'insertion dans la société, le lien social.

Relation et communication :

- les valeurs et les principes : respect, discrétion, écoute sans jugement, confidentialité ;
- les facteurs influençant la communication.

Information et droits des patients :

- la charte du patient hospitalisé ;
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade ;
- le secret médical, le secret professionnel ;
- le rôle de l'aide-soignant dans l'information du patient ;
- la maltraitance : prévention, repérage des signes et transmission aux personnes compétentes.

Soins palliatifs et accompagnement des personnes en fin de vie :

- concept de mort : approche culturelle et religieuse ;
- psychologie et personne en fin de vie ;
- soins palliatifs, soins d'hygiène et de confort des personnes en fin de vie ;
- prise en charge des personnes décédées et soutien de la famille et de l'entourage ;
- notions législatives et réglementaires.

Les techniques de communication :

- observation ;
- entretien ;
- communication verbale et non verbale ;
- le jeu et l'animation.

Règles et procédures de communication dans un contexte professionnel. Démarche d'information et d'éducation.

❖ Pratiques :

Accueil et information de la personne et de son entourage.

Écoute et reformulation.

Communication verbale et non verbale.

Adaptation de la communication aux différentes situations rencontrées dans les soins.

Accompagnement d'une personne en fin de vie et accompagnement de son entourage.

Éducation d'une personne pour favoriser ou maintenir son autonomie.

Participation à la démarche éthique.

Niveau d'acquisition et limites d'exigence :

Les techniques de base de la communication sont développées.

Un travail approfondi et personnalisé est réalisé sur le comportement au travail et spécifiquement en relation avec les personnes soignées.

Les situations de maltraitance ou présentant des difficultés dans la communication sont analysées.

Évaluation :

Critères de résultat :

- une relation de confiance est établie ;
- la communication est adaptée en fonction de l'état de santé de la personne ou de sa douleur ;
- l'information donnée est comprise par la personne et par son entourage ;
- les attentes de la personne sont écoutées, entendues avec respect et prises en compte ;
- des limites sont posées dans les situations d'agressivité, de crise ou de violence.

Critères de compréhension :

- les points forts et les points faibles sont identifiés dans une situation de relation donnée ;
- les difficultés rencontrées dans les situations relationnelles difficiles et les moyens pour y répondre sont explicités ;
- la notion de respect de la personne est commentée.

Annexe 2. Etape d'une séance utilisant le théâtre forum comme dispositif

La présentation d'un théâtre-forum se déroule en plusieurs étapes (Boal, 1995) :

Etape 1 : Présentation des règles du jeu et de la problématique

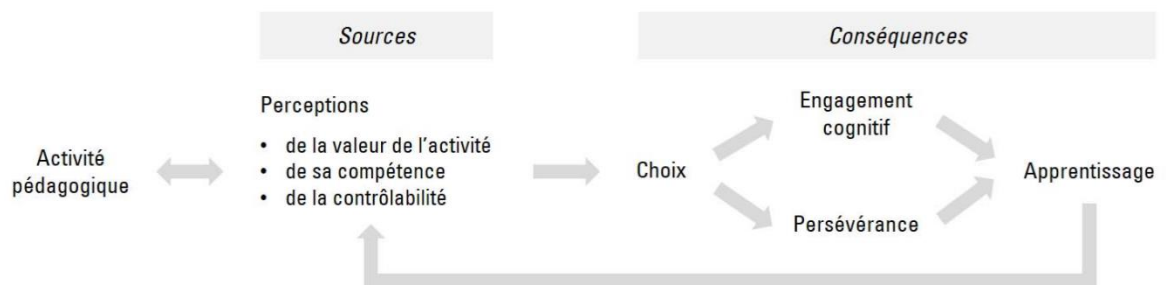
Etape 2 : Exercices de préparation : pour le bon déroulé de l'exercice, Boal (2007) suggère de ne pas commencer par ce qui est « étranger » aux participants (techniques théâtrales) mais par le corps même des personnes. L'objectif est en quelque sorte un échauffement pour une prise de conscience de son corps pour le rendre expressif, une stimulation des cinq sens, reliés entre eux car l'individu est une globalité. Ces exercices ont pour but le « développement de l'individu et du groupe ». Cela doit participer grandement à « l'atmosphère » sécurisante nécessaire à la réussite de l'exercice.

Etape 3 : la situation problématique est jouée.

Etape 4 : Le forum et les remplacements peuvent commencer.

Etape 5 : Une fois le forum terminé, Boal propose de construire « un modèle d'action future » (1995), sorte de capitalisation collective.

Annexe 3. Représentation schématisée du modèle de la dynamique motivationnelle. R. Viau (2000)



QUESTIONNAIRE D'ETUDE DU TRAVAIL DIRIGE

SATISFACTION

10 Avez-vous joué le rôle du soignant/soigné durant ce TD

- OUI
 NON

11 Durant la séquence, vous vous êtes exprimé

- Plutôt volontairement
 Plutôt à la demande du formateur
 Je ne me suis pas exprimé

12 Évaluez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec les déclarations suivantes

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis satisfait du cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce cours a amélioré ma connaissance du sujet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce cours est pertinent par rapport à ce que je devrais faire dans ma future fonction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je recommanderais ce cours à d'autres élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

13 La méthode pédagogique utilisée, le jeu de rôle/le théâtre forum, a-t-elle permis selon vous de répondre aux objectifs pédagogiques suivant (plusieurs réponses possibles)

- Identifier les besoins spécifiques de communication du patient
 Être sensibiliser à la relation de confiance
 Être sensibiliser à l'empathie
 Être sensibiliser à l'écoute active
 Être sensibiliser à la notion de respect de la personne
 Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction du contexte
 Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction des personnes

QUESTIONNAIRE D'ETUDE DU TRAVAIL DIRIGE

14

En général, trouvez-vous...

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Que ce TD vous a été suffisamment expliqué pour que vous sachiez comment vous y prendre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD a exigé de vous que vous accomplissiez différentes tâches (observation, prise de parole, action, réflexion ...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD a un rapport avec ce qui vous intéresse professionnellement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que, en pratiquant ce TD, vous avez eu la possibilité de faire des choix ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD a comporté un défi à relever ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD a nécessité que vous travailliez fort pour réussir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD a exigé que vous vous serviez des connaissances acquises dans d'autres cours (de soins relationnels, de communication, de relation d'aide, d'écoute, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que ce TD s'est déroulé en collaboration avec vos collègues de classe ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que, dans le cadre de ce TD, on vous a laissé assez de temps pour que vous fassiez du bon travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que le travail que vous avez fait dans le cadre de ce TD a présenté un intérêt autre que pour celui de l'enseignant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 5. Questions ouvertes

QUESTIONS OUVERTES :

Partie 1 :

Si vous avez été acteur dans ce TD (dans le cas contraire passez directement à la partie 2) :

Précisez ce que ...

Vous avez fait : ex. « Quand je suis passé dans le rôle du soignant/soigné j'ai ... » - -	Vous avez ressenti : ex. « Quand j'étais acteur je me suis senti ... » - -
---	--

Il y a-t-il eu des différences entre « ce que vous pensiez jouer » lorsque vous vous êtes proposé et « ce que vous avez réellement joué » ?

OUI

NON

Si « OUI », quelles sont ces différences ?

- - -

Partie 2 :

Si vous avez été observateur dans ce TD :

Qu'est-ce qui vous le plus marqué au cours de ce TD ?

Donnez 2-3 mots pour résumer les avantages et inconvénients de la méthode pédagogique utilisée pour ce TD (jeu de rôle ou théâtre forum)

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">•••	<ul style="list-style-type: none">•••

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION
JE VOUS SOUHAITE BONNE CONTINUATION.**

Annexe 6. Questionnaire formateur



FICHE FORMATEUR

|

Heure de début :

Heure de fin :

Indiquez votre niveau de satisfaction vis-à-vis de la méthode utilisée pour aborder la relation soignant-soigné dans le tableau ci-dessous :

(1 très insatisfaisant ; 10 très satisfaisant)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vos commentaires

Annexe 7. Conditions de motivation – R. Viau (2000)

	En général, trouvez-vous...	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
1.	que les activités vous ont été suffisamment expliquées pour que vous sachiez comment vous y prendre ? (<i>être claires</i>)				
2.	qu'elles ont exigé de vous que vous accomplissiez différentes tâches ? (<i>être diversifiées</i>)				
3.	qu'elles avaient un rapport avec ce qui vous intéresse dans la vie ? (<i>être significantes</i>)				
4.	que, en les pratiquant, vous avez eu la possibilité de faire des choix ? (<i>rendre l'élève responsable</i>)				
5.	qu'elles ont comporté un défi à relever ? (<i>représenter un défi</i>)				
6.	qu'elles ont nécessité que vous travailliez fort pour réussir ? (<i>exiger un engagement cognitif</i>)				
7.	qu'elles ont exigé que vous vous serviez de connaissances acquises dans d'autres cours (d'éducation physique, de philosophie, de littérature, etc) ? (<i>avoir un caractère interdisciplinaire</i>)				
8.	qu'elles se sont déroulées en collaboration avec vos collègues ? (<i>permettre l'interaction et la collaboration</i>)				
9.	que, dans le cadre de ces activités, on vous a laissé assez de temps pour que vous fassiez du bon travail ? (<i>se dérouler sur une période suffisante</i>)				
10.	que les travaux que vous avez faits dans le cadre de ces activités pourraient être présentés à juste titre à d'autres personnes que les enseignants ? (<i>avoir un caractère authentique</i>)				

Annexe 8. Situations relationnelles complexes

Annexe 8.1. Douleur aigüe pour les ESI

Cette situation se déroule dans un service de chirurgie orthopédique. La patiente, Mme L, 40 ans, travaille dans une entreprise en tant que chef comptable. Est entrée dans le service 5 jours plus tôt pour une fracture du plateau tibiale. Cette patiente est arrivée via les urgences, elle s'est fait renversée par une voiture devant chez elle, par sa voisine, en arrivant dans le service sa jambe présentait de nombreuses phlyctènes, la pose de matériel (plaque, vis..) était donc impossible.

Un fixateur externe a donc été mis en place le lendemain de son arrivée, Mme L n'a pas l'appui pendant 1 mois, le temps de voir si la fracture se ressoude, et on pourra retirer le fixateur.

Au niveau psychologique Mme L va très bien, elle n'en veut pas à sa voisine qui vient la voir régulièrement rongée par les remords. Elle est en chambre seule, son mari et ses enfants (8 ans et 5 ans) viennent la voir tous les jours.

Cependant, ce mercredi, lors du premier tour de l'après-midi, je passe voir Mme L afin de savoir comment elle va, lorsque j'entre dans la chambre je me rends compte qu'elle n'est pas comme à son habitude, souriante et enjouée. Je m'approche d'elle en lui demandant comment elle se sent, si tout va bien pour elle, c'est à ce moment-là qu'elle se met à fondre en larmes.

Informations complémentaires pour les acteurs :

Il s'agit d'une situation exprimant de la détresse et de la souffrance. Beaucoup de signaux passent par le non-verbal et l'infirmier(e) ne voit rien et n'écoute pas. Utilise des expressions inquiétantes : « le pansement va coller », « ça a bien saigné », « c'est pas joli ». Au total l'infirmier(e) n'est pas empathique. Il fait et dit des choses maladroitement. Mais ne se met pas en colère. Chez la dame il y a à ce jour une inquiétude sur son devenir et une image de soi perturbée. Elle a très mal et ressent une fatigue physique et morale importante. Elle est lasse de trop voir sa voisine.

Aide pour le formateur :

« écouter » pour montrer sa **disponibilité** chercher à **clarifier**,
« aider » le patient à mobiliser **ses ressources pour qu'il trouve lui-même ses réponses**

- **Phase d'approche** : écoute + observation
- **Phase de collaboration et approfondissement** : identifier et verbaliser les craintes
- **Phase active** : exploration des ressources du patient
- **Conclusion** : résume les décisions prises par le patient

Reformulation sur les faits, pensées et émotions

Utiliser un vocabulaire/des expressions adaptées (bienveillante, positive)

Savoir décoder la souffrance, identifier la plainte qui est parfois implicite ou cachée par une manifestation hostile

Annexe 8.2. Patient opposant pour les EAS

Cette situation se déroule dans un service de long séjour. Il est aux alentours de 18h lorsqu'une patiente se montre insultante et agitée, il a été impossible de l'approcher, elle crie. Mme V. est de plus en plus agitée, agressive verbalement et physiquement, elle refuse notre présence et nos sollicitations. C'est une dame qui est entrée dans l'unité il y a quelques mois pour altération de l'état général avec majoration des troubles comportementaux et cognitifs sur démence de type Alzheimer. Ceci rendant la vie à domicile impossible, c'est une personne totalement dépendante pour les actes de la vie quotidienne.

Les aides-soignants le signalent à l'infirmière, qui en parle au médecin gériatre. Ce dernier a étudié le cas et a prescrit un antipsychotique indiqué pour les états d'agitation et d'agressivité. L'infirmière a préparé le traitement. L'aide-soignante prend alors le comprimé dans le pilulier et va pour le donner à Mme V. avec de la compote. Une fois dans la chambre Mme V. s'énerve, elle crie et refuse le traitement.

Informations complémentaires pour les acteurs :

Il s'agit d'une situation exprimant le conflit et le désaccord. Mme V. est *fatiguée. Elle est au fauteuil depuis 14h, le change complet est saturé.* Le soignant s'oppose, il insiste pour la prise de traitement tout d'abord en parlant trop puis insiste de manière ferme voir autoritaire. Il emploie trop de mots et d'explications : c'est l'escalade, il ne se rend pas compte. Il attire par n'importe quel moyen l'attention de Mme V. (dans la parole et dans les gestes).

Aide pour le formateur :

S'il n'y a **pas accès au langage**, alors ne pas être dans l'explicatif car les mots n'ont pas de sens. Ce qui compte c'est le ton et le comportement.

Le toucher est un bon outil en tant que communication mais des choses sont à éviter, par exemple : les zones sensibles tel que le visage, l'intimité.

Les angoisses vespérales (moment de l'approche de la nuit) sont plus importantes chez la personne âgée, les enfants, et en santé mentale.

Si je veux inciter quelqu'un à faire quelque chose sans en avoir l'air, je peux poser une question alternative (consentement) : **Ex : Vous prendrez votre traitement avec de l'eau ou du jus d'orange ?**

Chercher à identifier la cause de l'agitation : analyse systémique des besoins fondamentaux : ici le change complet est saturé et elle est au fauteuil depuis 14h d'où fatigue.

Avoir une attitude bienveillante, apaiser le patient. Si « échec », alors demander de l'aide. Face à un comportement violent se protéger, ne pas rester seul, sécuriser la situation, attendre et revenir plus tard.

Annexe 9. Introduction des séances



Madame, Monsieur, |

Dans le cadre d'un mémoire de recherche Master 2 - Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation (MEEF) - Mention pratiques de l'ingénierie de la formation à l'INSPE de Limoges, j'effectue une recherche sous la direction de Patricia ALONSO Maître de Conférences en Sciences de l'éducation et de la formation à l'université de Limoges.

Ce mémoire a pour objectif d'étudier deux dispositifs pédagogiques en situation de travaux dirigés ayant pour objectif le travail sur la relation soignant soigné.

Cette étude consiste à remplir un questionnaire à la fin de la séance pédagogique. Elle est menée dans un but uniquement scientifique. Pour participer à cette étude vous devez être majeur et en capacité de comprendre le français. Toutes les données que vous fournirez demeureront strictement confidentielles et seront traitées de façon anonyme.

Aucune des informations données qui pourraient permettre de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera révélée ou publiée. De plus, votre participation est entièrement volontaire, vous pouvez donc l'interrompre à tout moment sans aucune justification ni conséquence.

Pour cela, je vous remercie du temps que vous vous apprêtez à accorder à ce travail.

PIOLOT Cédric
Cadre de santé formateur
Institut de formation des métiers de la santé
Site Cahors

Annexe 10. Fiches formateurs

Annexe 10.1. Théâtre forum

PROMOTION : AS et IDE		Destinataires :	
		<input checked="" type="checkbox"/> Formateurs	
Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin			
Méthodes pédagogiques Théâtre forum	Relation soignant soigné Auteur(s) de la modalité pédagogique : CP	Date	Cahors
		Durée	2H
Salle(s)			
<input checked="" type="checkbox"/> TD			
Objectif(s) pédagogique(s) du cours :			
<p>Identifier les besoins spécifiques de communication du patient Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction du contexte Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction des personnes Etre sensibiliser à la relation de confiance, l'empathie, l'écoute active et respect de la personne</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Prérequis à l'enquête : 2 temps ont été déjà réalisé : <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontre avec 4 étudiants volontaires pour identifier des situations relationnelles répondant au nom de « situation de soins où la relation soignant soigné est complexe » 2. Rencontre avec les formateurs participants pour présentation des 2 fiches TD et répartition de chacun dans les TD 			
<u>Description du déroulé :</u>			<u>Chronologie</u>
<p>Posture du Formateur : (3 formateurs présents)</p> <p><u>Formateur 1 :</u> Le formateur est l'animateur de la séance. Il accueille, entend, reformule les différents points de vu pour les clarifier. Il ne doit pas influencer. Il doit être capable de reformuler des points de vu divergeant en piste de réflexion. Il s'efface et fait abstraction de son jugement. Il doit être prêt à accepter que ceux-ci explorent différentes façons d'appliquer leurs connaissances et qu'ils s'éloignent parfois du cadre prévu. Il doit faire patienter avec tact le spectateur qui souhaite intervenir ou bien savoir choisir le bon moment s'il suspend les scénettes pour interroger le public. Le formateur doit rester dans son rôle d'animateur tout le long de la séquence.</p>			

<p><u>Formateur 2 et 3</u> : Ce sont les <u>formateurs acteurs</u> : Ils jouent la première scénette dans le rôle du patient et du soignant. Ils interagissent et réagissent en fonction des propositions jouées par les ESI. Ils permettent ainsi à ce dernier de se confronter à une réalité dans un premier temps puis de réfléchir et d'analyser dans le second temps.</p>	10 min
<p>Etape 1 : présentation des règles du jeu (1) et de la problématique (2) par le formateur animateur</p> <p>(1) « Nous allons travailler et discuter d'une situation concrète posant problème ou bloquée, que l'on pourrait tous rencontrer à un moment donné. Cette situation va être mise en scène par des acteurs. Ensuite vous pourrez intervenir et jouer vos propositions afin de faire évoluer favorablement l'histoire. Le but n'est pas de trouver des solutions mais de réfléchir et débattre ensemble (Boal, 2004) sur cette relation soignant soigné. Je serai l'animateur de cette séquence. »</p> <p>(2) Titre de la situation</p>	20 min
<p>Etape 2 : exercices de préparation</p> <p>Pour le bon déroulé de l'exercice, Boal (Théâtre de l'opprimé, 2007) suggère de commencer par le corps même des personnes. L'objectif est en quelque sorte un échauffement pour une prise de conscience de son corps pour le rendre expressif. Ces exercices ont pour but le « développement de l'individu et du groupe ». Cela doit participer grandement à « l'atmosphère » sécurisante nécessaire à la réussite de l'exercice.</p> <p>1- La croix et le cercle : chaque personne (assis ou debout) commence par faire un cercle avec la main droite, tout le monde le fait et stop. Puis avec la main gauche, tout le monde le fait et stop. Ensuite une croix avec la main droite, tout le monde le fait et stop. Puis la même chose avec la main gauche. Pour terminer chaque personne fait, en même temps un cercle avec une main et une croix avec l'autre pendant 1 min.</p> <p>2-Au ralenti : Celui qui gagne est le dernier arrivé, il faut avancer avec une règle : jamais les 2 pieds en même temps par terre et un pied devant l'autre.</p> <p>3-Jeu des méninges et du corps : Les étudiants sont en cercle, ils regardent vers le centre. 1 mime une action (joue au tennis), l'étudiant 2 d'à côté demande « Que fais-tu ? », le 1 répond « je mange », le 2 prend la suite et mime « je mange » et répond à l'étudiant 3 « je conduis » Fais ce que je dis et pas ce que je fais.</p> <p>4-Le memory visuel : Distribuer des papiers portant des noms d'animaux mâles et femelles. Chaque participant en tire un. Pendant 10 min ils essaient de donner une représentation uniquement physique et corporelle de l'animal. (Pas de parole et pas de bruit). Chacun cherche son mâle ou sa femelle, quand ils sont convaincus de former un couple, ils quittent la scène. Le jeu se fini quand tout le monde a trouvé soin partenaire.</p>	10 min
<p>Etape 3 : la situation problématique est jouée</p>	10 min

<p>Les 2 acteurs jouent la scénette. L'acteur soignant adoptera à plusieurs reprises des postures inadaptées à la situation.</p>	
<p>Etape 4 : Le forum et les remplacements peuvent commencer A l'issu de cette 1^{ère} scénette le formateur animateur questionne les étudiants sur des pistes de réflexion et d'amélioration et invite un participant volontaire à venir jouer sa proposition à la place du soignant. La scénette est rejouée. L'histoire prend un autre court. L'animateur choisit le moment où il suspend les scénettes, invite les étudiants à réagir pour échanger à nouveau. D'autres propositions peuvent émerger et un nouveau volontaire vient jouer sa proposition.</p>	50 min
<p>Etape 5 : Débriefing : Retour et réflexion sur les expériences pour l'ensemble des acteurs afin de permettre de réaliser une synthèse sur ce que l'on a appris de ce qui s'est passé.</p> <p>D'après les lectures que j'ai réalisé une fois le forum terminé, Boal propose de construire « un modèle d'action future » (Boal, Jeux pour acteurs et non acteurs, 2004), sorte de « capitalisation collective » : Etablir des liens entre les connaissances, les techniques et principes dans la relation à l'autre et les situations travaillées. Dresser les pistes d'action pour permettre la transférabilité. Le formateur peut s'aider de la stabilisation pour approfondir les réflexions.</p>	20 min
<p>Etape 6 : Remercier les étudiants pour leur participation et remettre le questionnaire à remplir avant de terminer le TD</p>	
<p>Etape 7 : Remplir le document formateur</p>	20 min

Annexe 10.2. Jeu de rôle

PROMOTION AS et IDE		Destinataires : <input checked="" type="checkbox"/> Formateurs	
Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin			
Méthodes pédagogiques Jeu de rôle	Relation soignant soigné Auteur(s) de la modalité pédagogique : CP	Date	Cahors
		Durée	2H
<input checked="" type="checkbox"/> TD		Salle(s)	
<p>Objectif(s) pédagogique(s) du cours :</p> <p>Identifier les besoins spécifiques de communication du patient Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction du contexte Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction des personnes Etre sensibiliser à la relation de confiance, l'empathie, l'écoute active et respect de la personne</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Prérequis à l'enquête : 2 temps ont été déjà réalisé : <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontre avec 4 étudiants volontaires pour identifier des situations relationnelles répondant au nom de « situation de soins où la relation soignant soigné est complexe » 2. Rencontre avec les formateurs participants pour présentation des 2 fiches TD et répartition de chacun dans les TD 			
<p><u>Description du déroulé :</u></p> <p>Posture du Formateur : Le formateur est l'animateur de la séance. Il accueille, entend, reformule les différents points de vu pour les clarifier. Il ne doit pas influencer. Il doit être capable de reformuler des points de vu divergeant en piste de réflexion. Il s'efface et fait abstraction de son jugement. Il doit être prêt à accepter que ceux-ci explorent différentes façons d'appliquer leurs connaissances et qu'ils s'éloignent parfois du cadre prévu. Il doit faire patienter avec tact le spectateur qui souhaite intervenir. Le formateur doit rester dans son rôle d'animateur tout le long de la séquence.</p> <p>Etape 1 : présentation des objectifs à atteindre (1) des moyens pour y arriver et des règles (2), puis de la problématique (3)</p> <p>(1) Identifier les besoins spécifiques de communication du patient</p>		<p><u>Chronologie :</u></p> <p>10 min</p>	

<p>Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction du contexte Analyser/réfléchir la situation relationnelle en fonction des personnes Etre sensibiliser à la relation de confiance, l'empathie, l'écoute active et respect de la personne</p> <p>(2) « Nous allons travailler et discuter d'une situation concrète posant problème ou bloquée, que l'on pourrait tous rencontrer à un moment donné. Cette situation va être mise en scène par des volontaires-acteurs à l'aide d'un scénario. Ensuite vous pourrez intervenir et faire vos propositions afin de faire évoluer favorablement l'histoire dans une seconde phase. Un débriefing aura lieu en suivant. Le but n'est pas de trouver des solutions mais de réfléchir et débattre ensemble. Je serai l'animateur de cette séquence. »</p> <p>(3) Titre de la situation</p> <p>(4) S'assurer que tous les étudiants ont compris</p>	
<p>Etape 2 : répartition des rôles Demander à deux étudiants volontaires de se présenter, l'un pour le rôle du soignant l'autre du soigné. Les étudiants volontaires peuvent s'isoler et prennent connaissance de leur contexte et scénario respectif. Le formateur peut rester avec eux pour répondre à leurs questions Les autres étudiants seront observateurs de la situation.</p>	10 min
<p>Etape 3 : La situation problématique est jouée Lorsqu'ils sont prêts les 2 étudiants jouent – les observateurs observent, ils peuvent prendre des notes. Le formateur suspend le jeu au bout de 10 min.</p>	10 min
<p>Etape 4 : Discussion A l'issue de cette 1^{ère} scénette le formateur questionne les étudiants sur des pistes de réflexion et d'amélioration. Il les invite à faire des propositions parmi lesquelles l'acteur-soignant fait son choix. La scénette reprend. Le formateur arrête le jeu au bout de 10 min.</p>	50 min
<p>Etape 5 : Débriefing : Retour et réflexion sur l'expérience pour l'ensemble des étudiants afin de permettre de réaliser une synthèse sur ce que l'on a appris de ce qui s'est passé. Réaliser le débriefing selon le déroulé suivant (Chamberland & Provost, 1996) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La catharsis (libération des émotions) ; 2. La description (ce qui s'est passé, quand, comment) ; 3. L'analyse (la relation entre l'activité et le monde réel) ; 4. La généralisation (focus sur la réalité et les principes qui la caractérisent). <p>Le passage d'une étape à l'autre, dans la séquence, doit se faire le plus naturellement possible, mais c'est la responsabilité de l'animateur d'aider le groupe à bien cheminer.</p>	20 min
<p>Etape 6 : Remercier les étudiants pour leur participation et remettre le questionnaire à remplir avant de terminer le TD</p> <p>Etape 7 : Remplir le document formateur</p>	20 min

Annexe 11. Groupes d'occurrences des questions ouvertes

GROUPE 1	Jeu - amusant - ludique - vivant - agréable intéressant - dynamique - attractif - pertinent - enrichissant - convivial
GROUPE 2	Groupe - collectif - équipe - collaboration - partage - ensemble - mise en commun - entraide
GROUPE 3	Communication - échange - interactif - écoute
GROUPE 4	Adaptation - prêt à faire - entraîne - réel - concret - formateur - pratique
GROUPE 5	Réflexion - analyse - questionner - connaissances - cours mobiliser les capacités - rappelle différentes notions - argumentation - savoir
GROUPE 6	Participation - implication - engagement - motivation prise de parole - volontariat - volontaire - spontané
GROUPE 7	Comprendre - apprendre - observer
GROUPE 8	Non jugement - non jugé - respect - parole libre

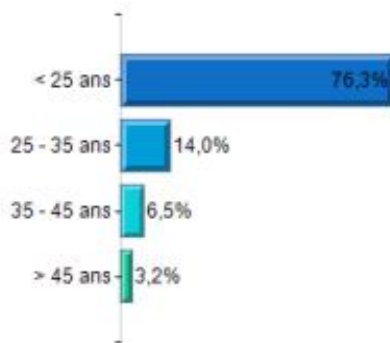
Annexe 12. Exemple de questionnaire analysé – Echantillon total

Questionnaire M2 PIF MEEF FOFA
1 / 4

Echantillon total
Nombre d'observations : 95

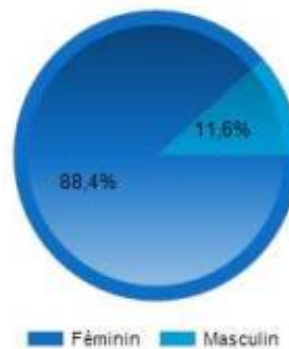
1. Votre âge

Taux de réponse : 97,9%



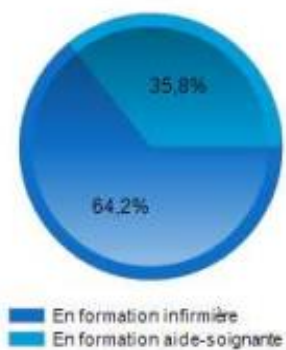
3. Votre sexe

Taux de réponse : 100,0%



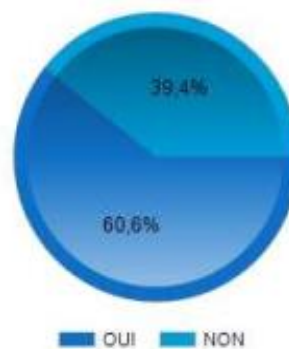
5. Êtes-vous

Taux de réponse : 100,0%



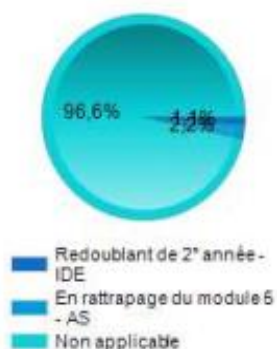
6. Avant votre formation actuelle, avez-vous eu une activité professionnelle auprès du public « patient/résident » ?

Taux de réponse : 98,9%



4. Êtes-vous

Taux de réponse : 93,7%



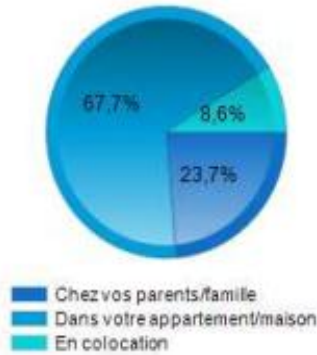
7. Avez-vous une activité rémunérée, en dehors des stages, pour financer vos études

Taux de réponse : 100,0%



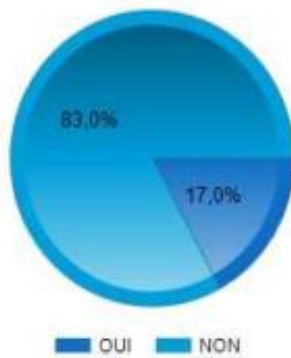
8. Vous habitez en semaine

Taux de réponse : 97,9%



11. Avez-vous joué le rôle du soignant/soigné durant ce TD

Taux de réponse : 98,9%



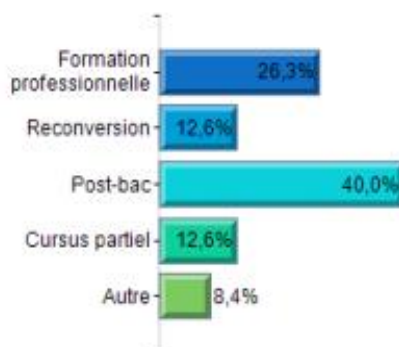
12. Durant la séquence, vous vous êtes exprimé

Taux de réponse : 100,0%



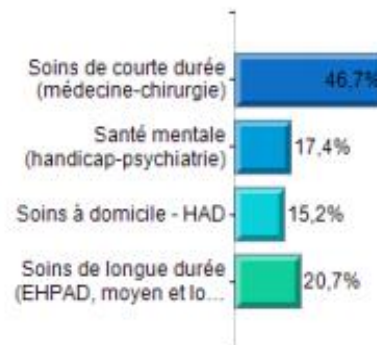
9. Votre cursus d'entrée en formation

Taux de réponse : 100,0%

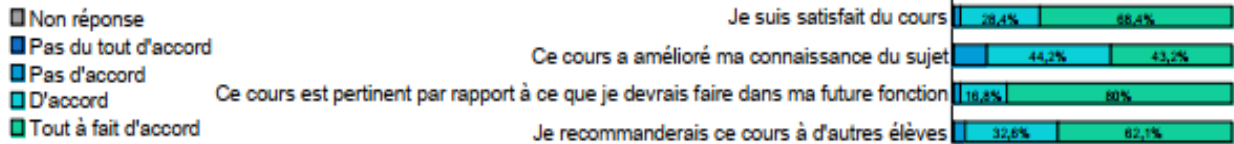


10. A l'issue de votre formation dans quelle discipline souhaiteriez-vous exercer

Taux de réponse : 96,8%

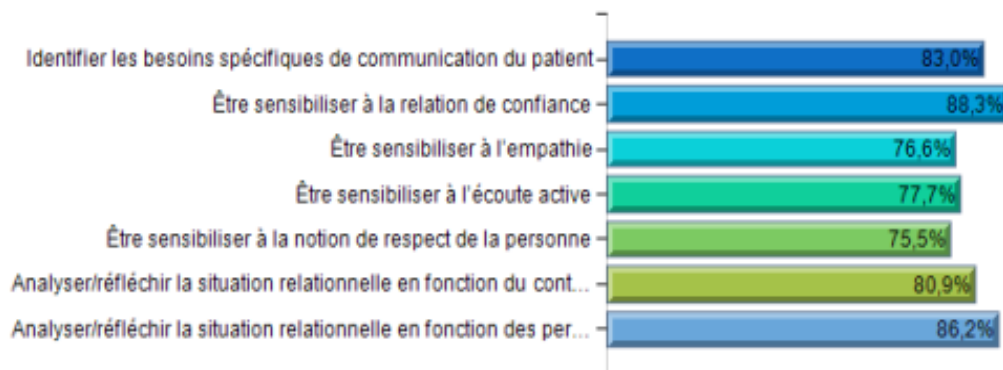


Évaluez dans quelle mesure vous êtes d'accord

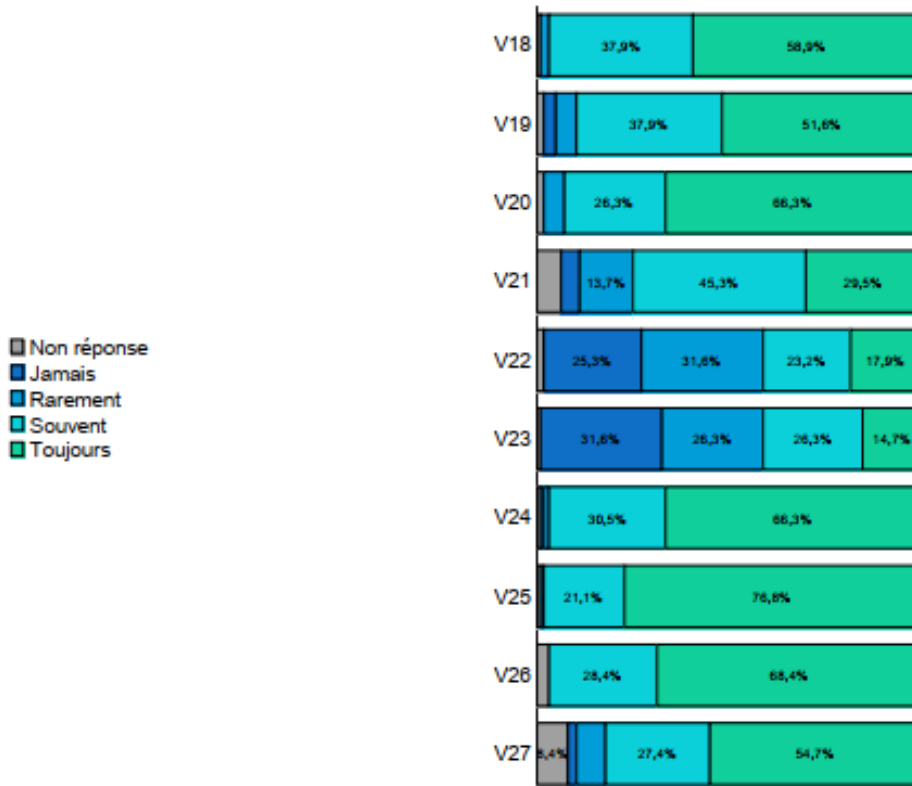


17. La méthode pédagogique utilisée, le jeu de rôle/le théâtre forum, a-t-elle permis selon vous de répondre aux objectifs pédagogiques suivant (plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : 98,9%



En général, _trouvez-vous__



En général, _trouvez-vous__

	Non réponse	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Que ce TD vous a été suffisamment expliqué pour que vous sachiez comment vous y prendre ?					
Que ce TD a exigé de vous que vous accomplissiez différentes tâches (observation, prise de parole, action, réflexion ...) ?					
Que ce TD a un rapport avec ce qui vous intéresse professionnellement ?					
Que, en pratiquant ce TD, vous avez eu la possibilité de faire des choix ?					
Que ce TD a comporté un défi à relever ?					
Que ce TD a nécessité que vous travailliez fort pour réussir ?					
Que ce TD a exigé que vous vous serviez des connaissances acquises dans d'autres cours (de soins relationnels, de communication, de relation d'aide, d'écoute, etc.) ?					
Que ce TD s'est déroulé en collaboration avec vos collègues de classe ?					
Que, dans le cadre de ce TD, on vous a laissé assez de temps pour que vous fassiez du bon travail ?					
Que le travail que vous avez fait dans le cadre de ce TD a présenté un intérêt autre que pour celui de l'enseignant ?					

Annexe 13. Synthèse des notes prises lors des observations

Les jeux du début des séances TF ont généré beaucoup de sourires, de rires, de remarques et de réactions, voire de tricherie.

Il y a une prise de parole plus importante quantitativement dans les séances du TF.

Les séances JR se sont plus rapidement appropriées par les formateurs. Quant aux séances TF les formateurs ont eu plus tendance à sortir du cadre du dispositif.

L'assurance ou l'appréhension des formateurs s'est transmise aux étudiants, la conséquence en a été la résistance pour passer devant un public en tant qu'acteur. Les silences des étudiants sont anxiogènes pour les formateurs.

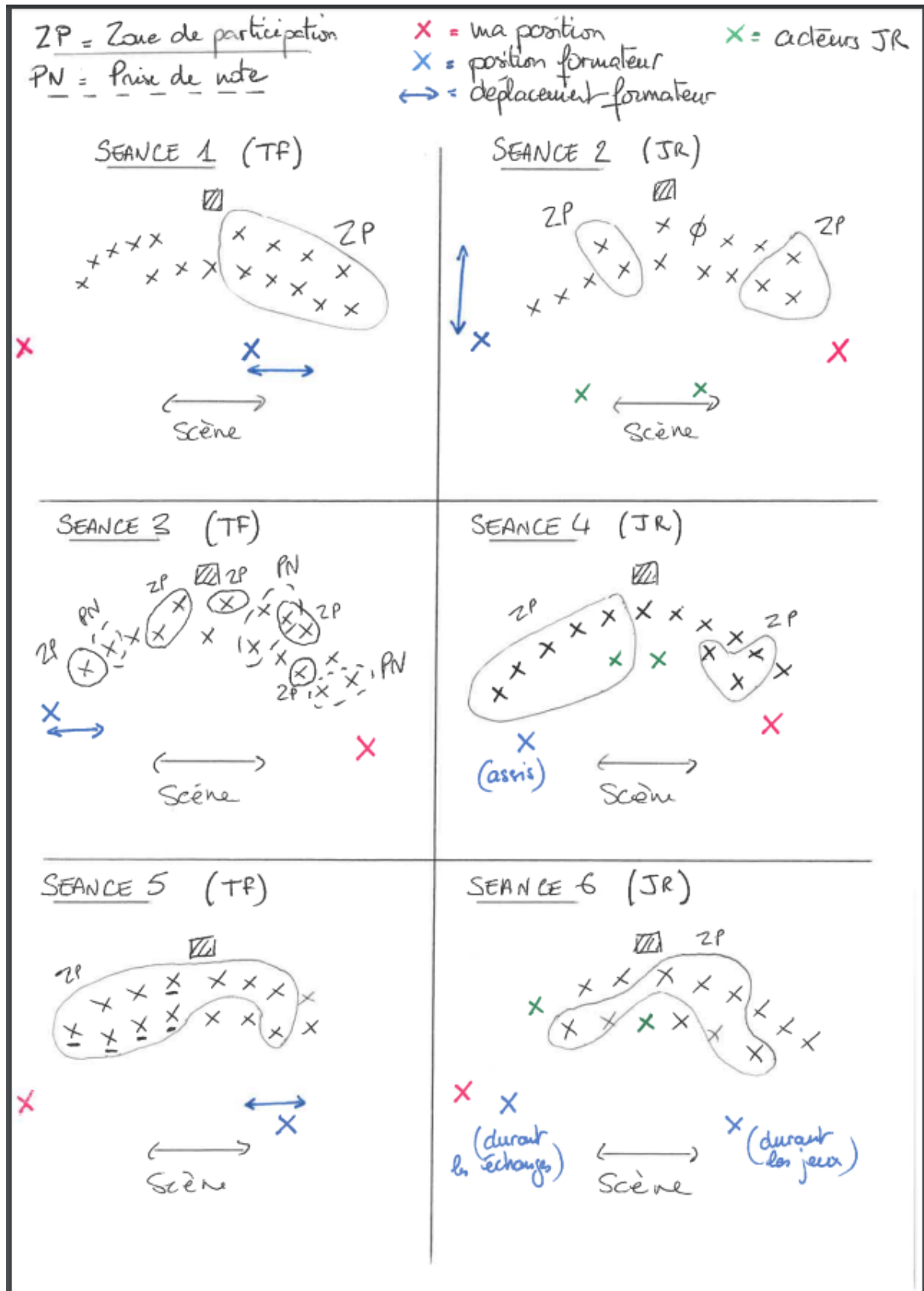
Le débriefing correspond à une reprise en main des formateurs du dispositif. Ils deviennent moins agités, utilisent un vocabulaire plus propre à la pédagogie, ils font référence aux termes des objectifs de la séance (ex. : empathie, confiance, ...). C'est une partie dans laquelle ils apparaissent soulagés. Un des formateurs passe sur un mode co-animation avec le formateur-acteur en TF. Ce soulagement est plus visible dans les séances TF. Cette partie est repérée aussi comme importante par les étudiants, elle permet de stabiliser ce qui a été mobilisé dans le TD.

Dans toutes les séances j'ai entendu une évolution dans le discours des étudiants lors des prises de parole. Cette évolution s'est entendue dans les pronoms personnels utilisés par les observateurs à l'égard des acteurs. Au début des échanges et des débats, le « tu as dit » ou « tu as fait » laisse progressivement la place à « il/elle a dit » ou « il/elle a fait ». Et c'est dans la partie débriefing où le « je » devient omniprésent dans les discours.

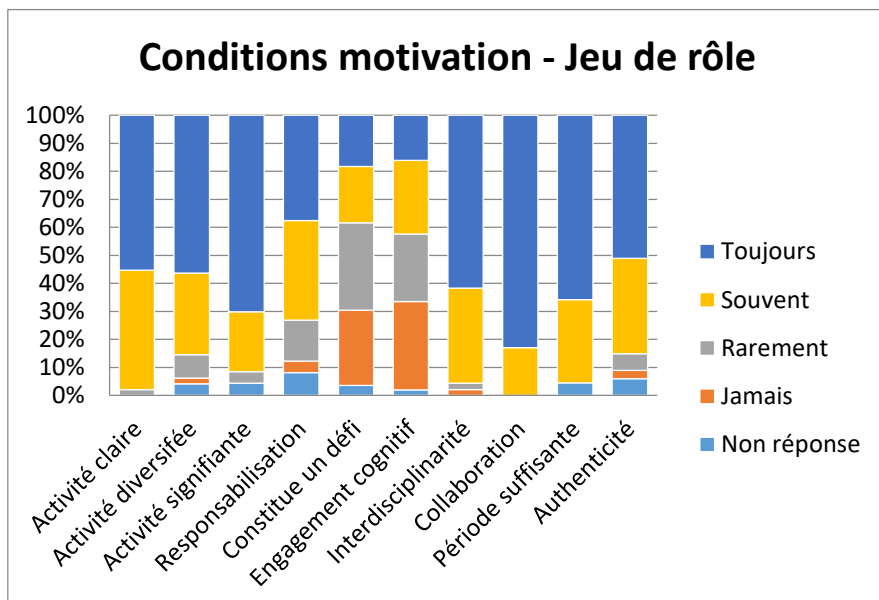
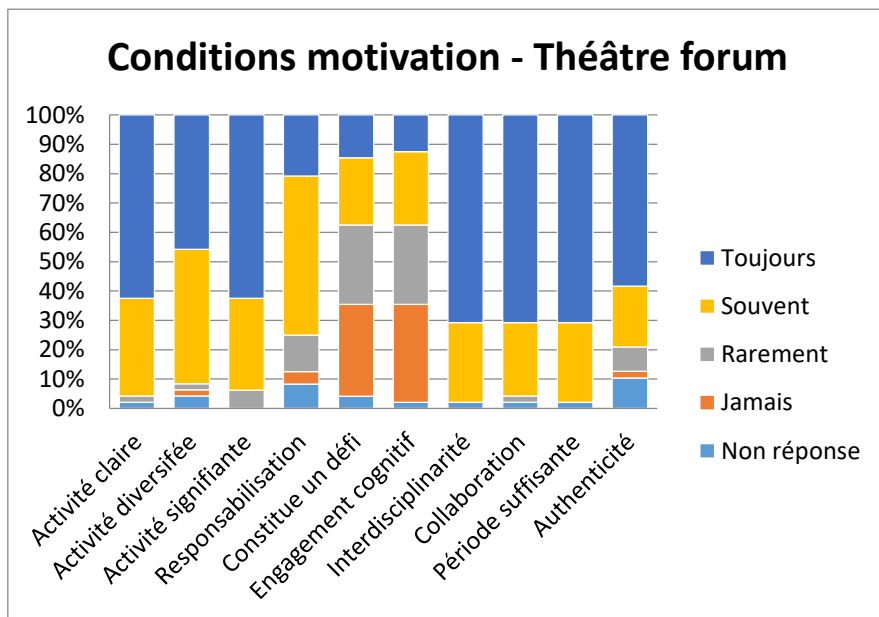
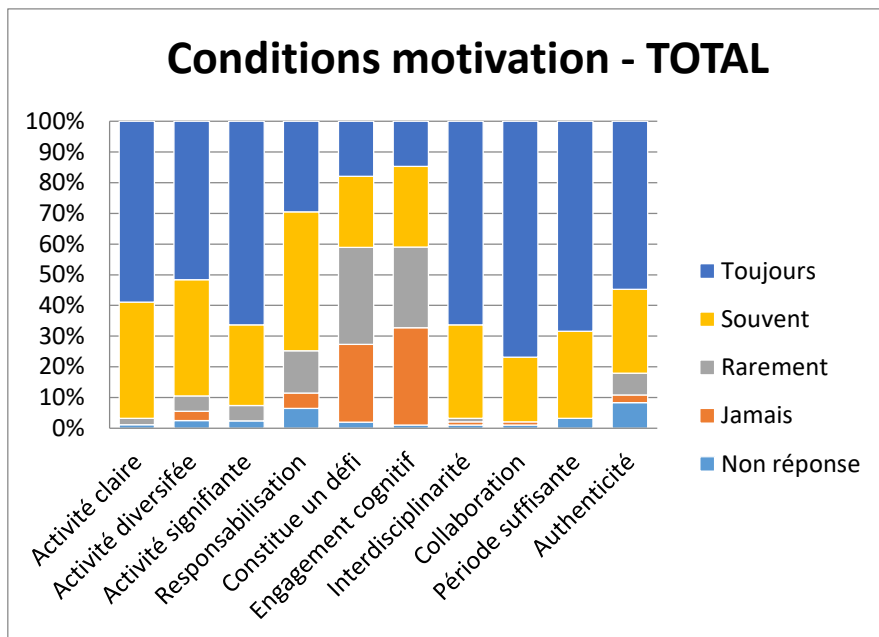
Les acteurs des séances JR sont très silencieux pendant les échanges, ils participent peu. Ils disent souvent que ça ne représente pas ce qu'ils sont dans la vraie vie.

Un contraste ressort entre la situation problématique et les situations d'amélioration. Les mots à l'égard de la première sont dans un style négatif (intrusif, brusque, peur...) et à l'égard du second dans un style plus positif (confiance, authenticité, respect, ...).

Annexe 14. Croquis salle



Annexe 15. Conditions de motivation



Annexe 16. Commentaires des formateurs

Les commentaires ont été retranscrits en l'état. La syntaxe et l'orthographe n'ont pas été corrigés.

Séance 1 – TF : Note = 7/10

La méthode est intéressante pour la relation soignant-soigné car elle permet de faire des essais et de mesurer leur impact. Elle est ludique et impliquante, en revanche je me suis sentie en difficulté par rapport à mon inexpérience dans l'animation de cette méthode. Nous ne trouvons pas toujours le bon positionnement pour inciter à favoriser les échanges sans juger.

Séance 2 - JR : Note = 9/10

Le sujet a été abordé en amont et explicité et j'ai pu poser toutes les questions y afférent. Les conditions matérielles sont satisfaisantes, le temps imparti est satisfaisant, l'outil pédagogique = compter avec une méthodologie qui respecte le temps de parole.

Séance 3 – TF : Note = 8/10

Méthode pédagogique très intéressante, beaucoup d'interventions et d'échanges avec les étudiants. Impression que de nombreux concepts ont été mobilisés ou du moins abordés lors de cette séquence. Voir peut-être la disposition du fauteuil de la patiente car ne permet pas d'observer le visage de l'étudiant alors que beaucoup d'émotions passent à travers le visage. Voir pour une co-animation à deux si cela peut être enrichissant.

Séance 4 – JR : Note = 8/10

Peu habitué à animer ce type de TD, ce n'est pas ma zone de confort mais l'expérience m'a beaucoup intéressé et a nécessité pour moi un travail de préparation pour s'appropriier les différentes étapes et imaginer des questions pouvant correspondre à ses étapes. Tout s'est relativement bien déroulé jusqu'au moment où j'ai été totalement déstabilisée par le récit d'une étudiante d'une situation de fin de vie particulièrement riche en émotions, j'ai eu l'impression de perdre pied et je n'arrivais plus à me recentrer sur les objectifs du TD. Mon rôle d'animateur à la fin a donc été un peu difficile.

Séance 5 – TF : Note = 8/10

La mise en chauffe est un élément indispensable pour favoriser l'esprit de groupe et ensuite la participation orale des étudiants. Avoir un co-animateur me semble réellement complémentaire et apporte une plus-value aux savoirs développés. Pour la même situation jouée, les réflexions des étudiants n'ont pas été les mêmes : est-ce que le groupe n'a pas été interpellé par certaines choses ? Est-ce que la scène n'a pas été jouée de la même façon ? Sentiment d'avoir été plus efficace le matin que l'après-midi.

Séance 6 – TF : Note = 8/10

Groupe moins participatif cet après-midi, les situations évoquées était plus banales et les éléments relevés moins riches, c'est peut-être uniquement un ressenti. Plus de difficultés à amener à rechercher les éléments clés et transférables. En fait l'animation est plus difficile quand un groupe participe moins un groupe qui participe beaucoup, même si dans les deux cas on a peur de passer à côté des éléments importants et d'oublier de les relever.

Annexe 17. Commentaires des acteurs

Les commentaires ont été retranscrits en l'état. La syntaxe et l'orthographe n'ont pas été corrigés.

Séance 1 - TF

N°7 beaucoup d'observation geste doux regard intonations de ma voix j'ai ressenti de l'empathie - non

Séance 2 - JR

N°29 j'étais agité et j'ai joué le rôle d'une patiente Alzheimer j'étais bien j'aimerais faire des jeux de rôle - non

N°31 j'ai essayé de me mettre dans ma bulle pour le premier passage pour le deuxième je me suis remise en question grâce à mes camarades j'ai été stressée pour le deuxième j'ai observé - oui j'ai été invité alors que je voulais être calme je n'ai pas été en écoute active

Séance 3 - TF

N°37 j'ai joué la scène de l'entrée j'étais à l'aise - non

N°42 j'ai joué la situation de manière différente j'ai observé les patients stress : passer devant les autres étudiants n'est pas facile - non

N°48 je me suis positionné proche de la patiente à sa hauteur ouverture sécurité relation de confiance j'ai posé des questions qui peuvent paraître intimes mais selon moi indispensable pour comprendre la situation et surtout avoir une prise en charge globale je me suis senti parfois désemparé - non

N°50 quand je suis passé dans le rôle du soignant j'ai fait de façon spontanée mon rôle de soignant je me suis sentie très observé est un peu déstabilisée - non

Séance 4 - JR

N°62 j'ai joué le rôle de la patiente j'ai joué une dame triste et fatiguée j'ai fait semblant de pleurer et j'ai réagi face à un soignant très peu empathique j'ai ressenti le manque d'empathie du soignant qui a provoqué chez moi un manque total de confiance et des réactions plutôt agressives qui n'était même pas prévu par le rôle de base - oui agressivité face aux propos du soignant une réelle surprise face à certains propos vraiment non adaptés

N°64 j'ai utilisé des expressions observer lors des stages et accentuer les traits du personnage antipathique fait preuve d'authenticité dans la seconde partie - j'ai ressenti de la frustration de n'être pas authentique - non

Séance 5 - TF

N°68 je suis passé dans le rôle du soignant pendant une scène d'un échange entre le soigné et le soignant qui a permis l'écoute active j'ai ressenti du stress mais j'ai vite oublié les autres

étudiants et je me suis concentré sur la patiente - oui je pense avoir été essayer de trouver des solutions mais visiblement j'ai laissé la patiente s'exprimer et trouver des solutions tout seul

N°69 j'ai rectifié la situation initiale mettre une relation de confiance en place rassuré le patient et lui proposer des solutions l'aider à se projeter dans l'après soins pour mieux vivre ce dernier phase d'acceptation et projection j'étais à l'aise immergée dans les soins – non

N°78 car je suis passé dans le rôle du soignant j'ai dû jouer une scène où le soignant ne pouvais pas rester je vais essayer de partir et reprogrammer le soin relationnel j'ai approuvé j'ai ressenti de l'empathie et malgré que ce soit une scène j'ai été touché et je me suis projetée comme si nous étions dans une vraie situation - oui je pensais que ça serait plus facile

Séance 6 - JR

N°87 J'ai essayé de jouer au mieux la situation d'être crédible j'étais un peu gêné - oui je pensais donner plus de détails de la situation

N°93 dans une première partie j'ai dû me forcer à faire soigne en observant maltraitant inadapté déplacer dans une seconde partie j'ai joué impatient modèle qui était à l'écoute et adopter une posture bienveillante j'étais mal à l'aise avec la prestation que j'ai réalisé je me sentais troublée par la façon dont je devais me comporter j'en ai d'ailleurs indirectement et involontairement raccourci la situation cette situation et plus facile à jouer de par le personnel auquel je devais m'accorder qui était plus naturel à jouer pour moi - non

TF : 8 passages : 8 propositions d'amélioration

JR : 6 étudiants : 1 situation caricaturale puis 1 situation améliorée (total 3)

Annexe 18. Ce qui vous a marqué

Les commentaires ont été retranscrits en l'état. La syntaxe et l'orthographe n'ont pas été corrigés.

Séance 1 – TF (Sans réponse : 1-2 et 11)

3 : De voir que j'ai déjà vécu cette situation intérieurement sans savoir comment m'y prendre, je m'aperçois que depuis que je suis en formation j'ai appris beaucoup et qu'avec l'expérience que j'ai vécu dans les stages j'aurais probablement mieux appréhender une telle situation au stade de ma formation.

4 : Ce qui m'a le plus marqué c'est qu'il est important de prendre du temps lors des situations compliquées

5 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'évolution physique et mentale du résident lors d'une meilleure prise en soin

6 : Rien ne m'a marqué

7 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'importance des 4 piliers d'humanité dans la pathologie de démence

8 : Ce qui m'a le plus marqué prendre le temps

9 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'évolution de la patiente en relation de confiance en fonction de l'attitude du soignant

10 : Ce qui m'a le plus marqué le bien-être les gestes le ton la posture sont très importants pour la personne qu'on a en face de nous de pas la brusquer

12 : Ce qui m'a le plus marqué c'est le fait de refaire la situation pour l'améliorer et trouver la bonne façon de faire

13 : Ce qui m'a le plus marqué les échanges avec le groupe

14 : Ce qui m'a le plus marqué c'est le comportement que je peux avoir avec la patiente en fonction du dialogue et des gestes effectués

15 : Ce qui m'a marqué c'est l'évolution de la patiente à la base très craintive puis au fur à mesure plus calme

16 : Ce qui m'a marqué les différents échanges qu'il y a eu entre nous et avec les professeurs et intervenants

17 : Ce qui m'a le plus marqué le fait que le mimétisme puisse marcher et la première mise en scène avait l'air très réel

Séance 2 – JR (Sans réponse : 23 – 30 – 31)

18 : Ce qui m'a le plus marqué c'est la communication il se fait à travers la scène de soignant-soigné et qui se fait entre les enseignants et les élèves

19 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'échange dans le débriefing des idées de chacun interprétation pour pouvoir faire une analyse la remise en question générale de soi

20 : Ce qui m'a marqué c'est la relation de mise en confiance entre le soignant et le soigné

21 : Ce qui m'a marqué le refus total de la patiente

22 : Ce qui m'a marqué les échanges que nous avons eu entre collègues

24 : Ce qui m'a marqué un échange constructif de nos expériences respectives

25 : Ce qui m'a marqué c'est une mise en scène et donc pas forcément naturel pour les personnes qui passe devant tout le monde qui nous regarde

26 : Ce qui m'a marqué que l'on peut être vite déstabiliser suite à une situation compliquée que l'on ne connaît pas

27 : Ce qui m'a marqué la bienveillance de nous observateurs au niveau des acteurs ainsi que l'échange d'expérience de stage

28 : Ce qui m'a marqué le moment d'échange dans l'ensemble de la classe il prouve

l'importance du travail d'équipe

29 : Ce qu'il a marqué l'entraide entre collègues la bienveillance de la classe

32 : Ce qu'il a marqué relation soignant-soigné empathie pas de jugement beaucoup de stress

33 : Ce qui va marquer j'ai beaucoup apprécié les échanges qu'il y a pu avoir au sein du groupe

34 : Ce qui a marqué observer en tant qu'acteur le comportement que l'on peut adopter

Séance 3 – TF (Sans réponse : 37 – 48 et 50)

35 : Ce qui m'a marqué l'écoute mutuelle bon interaction entre les participants sûrement favorisé par les jeux pour se mettre en condition mobilisation des connaissances de manière agréable et enrichissante

36 : La première simulation et les réajustements

38 : Ce qui m'a marqué le travail de groupe afin d'améliorer la situation

39 : Ce qui m'a marqué l'attitude de chacun le fait qu'en groupe on arrive à débattre et trouver les bonnes solutions aux problèmes

40 : Ce qui a marqué la première situation car je pense que cela existe

41 : Ce qui m'a marqué les jeux de rôle

42 : Ce qui m'a marqué la douceur des personnes mais pas doser de la même façon

43 : Ce qui m'a marqué toute la réflexion à prendre en considération avant de répondre au patient car chaque mot peut avoir une conséquence positive ou négative envers le patient rester notre

44 : Ce qui m'a marqué que le manque d'empathie et d'écoute active peut mettre le patient dans un état de stress

45 : Ce qui m'a marqué que selon le comportement du soignant le soigner n'est plus du tout dans la même posture

46 : Ce qui va marquer l'attitude dans la relation soignant-soigné est primordiale

47 : Ce qui m'a marqué l'attitude du soignant conditionne la relation de confiance

49 : Ce qui m'a marqué les exercices d'échauffement première partie cela était convivial

Séance 4 – JR (Sans réponse : 60 – 62 – 64)

51 : Ce qui m'a marqué l'importance des mots

52 : Ce qui m'a marqué le premier jeu d'acteur avec notamment l'utilisation de l'humour

53 : Ce qui m'a marqué la situation numéro 1 avec plutôt un manque de respect le fait de prendre la situation à la légère

54 : Ce qu'il a marqué écouter les émotions des autres collègues dans les situations vécues

55 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'attitude de l'acteur soignante la première fois qui est affreuse cela montre que selon notre attitude on impacte différemment un patient on le met en confiance sécurité ou non

56 : Ce qui m'a le plus marqué c'est l'attitude du soignant qui a montré qu'à l'issue de ce TD l'écoute et la relation de confiance sont primordial dans le soin relationnel

57 : Ce qui m'a le plus marqué la partie analyse et échange sur les situations vécues des autres étudiants avec le formateur

58 : Ce qui m'a le plus marqué la première partie où l'infirmier n'était pas rassurant qui n'avait pas connaissance de la patiente son vocabulaire qui n'était pas adapté l'échange qui a permis de connaître les avis de chacun

59 : Ce qui m'a le plus marqué les expériences des autres étudiants

61 : Ce qui m'a marqué c'est plus interactif qu'1 CM

63 : Ce qui m'a marqué nos différentes situations avec nos émotions et notre ressenti

65 : Ce qui m'a marqué les temps de parole pour débriefer réflexion de groupe

Séance 5 – TF (Sans réponse : 69 – 70)

- 66** : Ce qui m'a marqué l'évolution de la situation et de la personne au cours du TD chaque personne a une idée différente et personnel qui se complémente
- 67** : Ce qui m'a marqué bon jeu de rôle bon exploration de la Scène
- 68** : Ce qui m'a marqué les jeux du début innovant situation improvisé
- 71** : Ce qui m'a marqué le volontariat le libre échange l'apprentissage par le biais des autres
- 72** : Ce qui m'a marqué les acteurs joue bien le rôle
- 73** : Ce qui m'a marqué que selon nos attitudes nos réponse la réaction du patient est totalement différente
- 74** : Ce qui me marqué pouvoir voir les différentes façons de communication et comment agir afin de pouvoir le reproduire
- 75** : Ce qui m'a marqué la difficulté de répondre aux attentes du patient j'ai compris qu'il était préférable D'aider le patient à se questionner et à trouver une réponse
- 76** : Ce qui m'a marqué le patient s'adapte aux soignants qu'il est en face le jeu d'acteur a permis de se mettre réellement dans la situation mais aussi de se confronter à de réels attitude qui peuvent se retrouver en service c'est un exercice qui permet de réfléchir au soignant qu'on veut devenir
- 77** : Ce qui m'a marqué bon jeu d'acteur qui a permis de se plonger dans la situation et d'avoir une bonne réflexion sur le comportement à avoir plus adaptation de la patiente aux différentes remarques les jeux d'échauffement nous ont permis de nous mettre à l'aise et débiter le TD
- 78** : Ce qui m'a marqué l'absence d'empathie du soignant en vers la patiente
- 79** : Ce qui m'a marqué le changement d'attitude du patient selon l'attitude du soignant le patient est différent d1 soignant à l'autre écoutez disponibilité du soignant sont très important
- 80** : Ce qui m'a marqué la difficulté du soignant à réajuster sa posture devant la souffrance morale du patient et ainsi pouvoir bien porter le soutien et la spécificité nécessaire

Séance 6 – JR : (Sans réponse : 87 – 90 – 93 et 95)

- 81** : Ce qui m'a marqué la bienveillance utiliser les concepts mobilisés en permis de faire amélioration pouvoir mettre davantage en application ce qui a été dit
- 82** : Ce qui m'a marqué l'échange d'expérience en tant que formateur et élève qui a permis de questionner sa pratique relationnelle pour pouvoir améliorer
- 83** : Ce qui a marqué les situations vécues de chacun des étudiants les différences entre la première scène jouer et la deuxième
- 84** : Ce qui m'a marqué la transition entre un comportement et l'impact majeur que peut engendrer tel ou tel comportement dans un contexte médical ou la confiance est primordial et à quel point elle peut changer selon un paramètre le ton
- 85** : Ce qui m'a marqué la première scène cela permet de voir des comportements de certain soignants possible mais si même si c'était exagéré le débat avec toutes les expériences différentes qui sont parfois choquant et nous font prendre conscience de notre rôle
- 86** : Ce qui m'a marqué changement de situation
- 88** : Ce qui m'a marqué la distinction entre les deux situations qui a bien montré le contraste entre 1 soignant dans l'empathie et l'accompagnement et un soignant non impliqué à la réalisation des soins
- 89** : Ce qui me marque pouvoir voire les défauts de la première scène jouée de se rendre compte de l'importance du non-verbal
- 91** : Ce qui va marquer la souffrance et l'incompréhensions de la patiente le fait qu'elle se sente démunis face à la réaction complètement inadaptée que les réactions du soignant l'affectent ou l'attristent
- 92** : Ce qui m'a marqué la situation de base
- 94** : Ce qu'il a marqué la situation 1 la mauvaise situation qui avait pour but de marquer avec le jeu d'acteur le comportement l'attitude la distance la manière de parler le temps.

Les apports du théâtre forum et du jeu de rôle dans la formation des étudiants soignants pour l'apprentissage de la relation soignant soigné

La relation soignant soigné est au cœur de la pratique soignante. Dans la relation avec le patient, le soignant est son propre outil de soins. En tant que formateur en Institut de Formation des Métiers de la Santé, nous avons remarqué les freins exprimés par les étudiants à s'exposer et à réfléchir sur ces situations relationnelles, où leur pratique est en jeu. Dispositifs pédagogiques dynamiques et motivants, le théâtre forum et le jeu de rôle montrent des avantages pour accompagner les étudiants dans cet apprentissage. Cet écrit est donc une étude mettant en contraste ces deux dispositifs.

Mots-clés : Théâtre forum, Jeu de rôle, Participation, Relation soignant soigné, Réflexivité

What forum-theatre and role play adds to healthcare students' training in the learning of carer-patient relationship

Carer-patient relationship is at the heart of caring practice. In the carer-patient relationship, the carer is his own care tool. As a trainer in a Healthcare training institute, we have noticed reticence expressed by students when exposing themselves and having to reflect upon these relational situations where their own practice is put into play. Being dynamic and motivating teaching methods, forum-theatre and role play show advantages in supporting students in their learning process. This study puts into contrast these two learning methods.

Keywords : Forum-theatre, Role play, Participation, Carer-patient relationship, Reflexivity

