

ETUDE DE L'ENTRETIEN ENTRE UN MALADE ET UN  
MEDECIN.

ETUDIANTS DE DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES  
PREMIERE ANNEE.

JEUX DE ROLES ET MAGNETOSCOPE.

J.L. ROUY

(U.E.R. Bobigny 1981)

Les futurs médecins ont beaucoup de choses à apprendre. Qui (sauf eux-mêmes ...) pourrait s'en plaindre ? Les auteurs du " Dictionnaire des constantes biologiques et physiques (édition 1980) sont justement fiers des 2.240 pages de leur ouvrage. Ils rappellent qu'en 1943, ce n'est pas si vieux, il n'y avait que 200 pages.

L'augmentation du nombre des connaissances utiles aux médecins pose quelques problèmes pédagogiques : - il faut apprendre quoi, et à qui ? - Quelles sont les données de base nécessaires aussi bien à un chirurgien qu'à un psychiatre ou à un généraliste pour pouvoir s'occuper des patients et se comprendre entre médecins ?

L'enseignement étant confié, actuellement, aux spécialistes, une partie de leur énergie va servir à déterminer ce qui ne sera pas enseigné, dans chaque spécialité, à ceux qui ne la pratiqueront pas plus tard. C'est un tri difficile et nécessaire qui ne peut être validé que de façon pluri-disciplinaire.

Donc il y a beaucoup de choses à savoir, et un certain nombre à savoir faire : tout le monde est d'accord là-dessus, médecins et utilisateurs .

éventuels de la médecine.

Tout le monde paraît d'accord également sur l'importance des facteurs psycho-affectifs dans toute activité de prévention ou de soins. L'expérience quotidienne montre à l'évidence que des mesures précises, des diagnostics " simples ", des traitements " standard " (" conduite à tenir devant ..."), s'adressent à certaines situations rencontrées par les médecins, en particulier généralistes, mais certaines seulement. Les autres ne sont ni précises, ni simples, ni susceptibles de " guérison " par une thérapeutique sans problème. Autrement dit, malgré l'augmentation rapide de son bagage de connaissances, le médecin se trouve souvent dans des situations de semi-impuissance, voire d'impuissance complète : quand on a un Dictionnaire des Constantes de 2.240 pages, c'est vexant. C'est difficile à supporter.

Bien entendu, on peut toujours se sortir de cette difficulté en invoquant l'avenir : " ce que je ne comprends pas aujourd'hui, les chercheurs m'aideront à le comprendre demain ". C'est certainement vrai. En partie.

En attendant l'âge d'or de la " biologie-qui-peut-tout-expliquer ", il faut donc bien se pencher sur l'irritant problème des facteurs psycho-affectifs en médecine. Irritant parce qu'il paraît tout à fait important à tous les gens un peu objectifs, parce qu'il est bien difficile à cerner, à mesurer, et peut-être surtout parce qu'il concerne tout le monde, médecins compris. En schématisant, disons que la question peut être abordée à trois niveaux :

- LE MALADE : - c'est l'abord traditionnel par la psychologie et la psychiatrie : le patient reste un objet d'étude, extérieur au médecin qui peut ne pas se sentir trop concerné personnellement. Le courant dit " psychosomatique " s'est ajouté à ce

chapitre, non sans apporter aussi une certaine ambiguïté.

- LE MEDECIN : - la façon dont un médecin réagit vis-à-vis de la santé, de la maladie, de la mort, dépend de ses caractéristiques personnelles de culture, d'intelligence, d'affectivité. Même s'il possède une armure de connaissances et de techniques, il lui est difficile d'éliminer complètement ses propres sentiments, d'empêcher son angoisse d'apparaître, en bref de fonctionner comme une machine. A la limite, si la prise en compte des facteurs psycho-affectifs dans son métier risque de le perturber professionnellement, voire personnellement, il peut être tenté d'élucider ses problèmes par une psychothérapie, analytique ou autre. Il s'agit là d'une démarche individuelle, et l'on imagine mal le passage " obligé " de tout futur médecin sur le divan d'un analyste.

- LA RELATION MALADE-MEDECIN : - c'est le mérite de Michael Balint d'avoir contribué à explorer cette terre mal connue, c'est espace qui se crée entre un malade et " son " médecin, et ce avec un fil conducteur : l'amélioration des capacités diagnostiques et thérapeutiques du médecin. Les facteurs qui font, dans cette relation, que les choses se passent bien ou mal sont nombreux, parfois rationnels, souvent irrationnels et difficiles à cerner : c'est le matériel habituel de travail dans un groupe Balint.

La question qui nous occupe ici est justement de savoir s'il est possible, et utile, de commencer à " étudier " cette relation malade-médecin pendant les années de Faculté, au même titre que l'embryologie ou la thérapeutique par exemple. Bien entendu, comme chaque fois que des phénomènes affectifs, plus ou moins conscients, sont en cause, les avis des pédagogues sont réservés, parfois prudents, parfois passionnels. On pourrait

résumer les données du problème, très schématiquement, de la façon suivante : - compte tenu de l'évolution de la personnalité d'un futur médecin entre son entrée et sa sortie de la faculté, comment lui faire acquérir la capacité de prendre en compte, dans son travail quotidien, les facteurs psycho-émotionnels, et ceci sans qu'il soit amené à plaquer sur son exercice de simples connaissances psychologiques plus ou moins digérées (ce qui serait inutile et/ou dangereux), et sans qu'il se trouve, d'une façon ou d'une autre, " vacciné " contre une formation psychologiques ultérieure, peut-être plus approfondie ?

Il existe un certain nombre de réponses, souvent partielles, à cette question complexe. Les responsables de l'enseignement, dans ce domaine des comportements et des facteurs psycho-affectifs, sont souvent assez partagés : - certains estiment, par exemple, que les futurs médecins ont besoin d'une bonne formation médicale technique, " traditionnelle ", avant qu'on leur permette de " douter " de la toute-puissance médicale. Il est vrai que tout enseignement qui fait appel aux notions d'affectivité, d'inconscient, etc... a tendance à relativiser, aux yeux des étudiants, certaines données " scientifiques ", parfois présentées, ou perçues comme très solides, voire définitives. D'autres enseignants, au niveau des techniques pédagogiques, pensent que les moyens un peu élaborés (vidéo ou autre) n'apportent rien de plus que le classique travail en petits groupes, plus directement inspiré des groupes Balint. Ils pensent même parfois que ces techniques, avec ou sans jeux de rôles, pourraient n'être que des " écrans de fumée ". Derrière la fumée, allez donc savoir si ce qui se passe est bon, mauvais, ou nul ...

Il y a encore bien d'autres avis.

Quoi qu'il en soit, la formation psychologique

des futurs médecins reste un champ pédagogique à peine défriché. Ce qui suit voudrait être une contribution au défrichage.

- L'EXPERIENCE CANADIENNE.

Les étudiants en médecine de l'Université Laval à Québec, ont à leur programme les " aspects psychologiques et sociaux de l'exercice de la médecine ". Cet enseignement, sous une forme ou sous une autre, existe depuis longtemps. Il trouve sa place au cours de toutes les années, et s'adresse, de façon obligatoire, à tous les futurs médecins (avec des nuances, toutefois, pour les " groupes Balint " de Résidents en Médecine de Famille). D'une façon générale, les Américains du nord passent pour être plutôt pragmatiques. Dans ce domaine précis de " l'enseignement " de la relation médecin-malade, ils ont des objectifs limités, qui tournent autour de l'idée suivante : - lorsqu'un médecin est en face d'un malade qui vient le consulter, ce qu'il dit ou ne dit pas, la façon de le dire, le type des questions mais aussi l'utilisation des silences, les moyens d'aider le patient à s'exprimer, tout ceci va contribuer à la qualité (bonne ou mauvaise), de la relation qui s'installe. On peut donc penser que si l'examen physique obéit à certaines règles techniques, l'entretien, qui précède le plus souvent cet examen, obéit lui aussi à des règles techniques. C'est ce que les Canadiens appellent les " techniques d'entrevue ". Ils estiment que le fait de les aborder avec les futurs médecins ne peut que favoriser leur travail ultérieur, même s'il s'agit d'un abord limité de ce phénomène complexe qu'est la relation entre un malade et un médecin.

L'intitulé de cet enseignement, " techniques d'entrevue " laisse penser que le fil conducteur fait référence à un certain comportementalisme.

Les tenants d'une méthode plus " freudienne " feront remarquer (non sans raison), qu'à la plainte d'un patient : " j'ai mal à la tête ", il ne suffit pas de répondre : " parlez-moi de ça ". Il faut aussi pouvoir entendre ce que le patient veut dire. Ceci étant, il s'agit d'un certain nombre de réflexes à acquérir. Même s'ils ne suffisent pas à fonder à eux seuls une bonne relation thérapeutique, ils sont sans doute souvent utiles.

C'est la méthode (jeux de rôles et vidéo) qui a été retenue ici, plus que les objectifs définis par les enseignants canadiens. Cette technique d'étude de la relation malade-médecin a donc été utilisée, à l'U.E.R. de Bobigny, pendant les années 80-81, avec des étudiants de D.C.E.M.I.

#### DESCRIPTION DE LA METHODE

- PRINCIPE : - il s'agit d'un jeu de rôle classique, un " malade " venant consulter un " médecin " à son cabinet. Mais la scène est enregistré en studio, devant une caméra de télévision, et la bande peut être utilisée aussitôt après, ou plus tard, pour une discussion avec l'ensemble du groupe. La technique ne se préoccupe donc pas d'être originale, elle cherche seulement à savoir si elle est à la foi non toxique et efficace : c'est ce qu'on lui demande.

- LES PARTICIPANTS : - contrairement à leurs collègues canadiens qui passent tous par cet enseignement, les quinze étudiants de Bobigny étaient des volontaires, puisqu'il s'agissait d'une Unité de Valeur optionnelle de la Filière " médecine praticienne ". Pour être précis, disons que quelques uns d'entre eux avaient choisi une autre U.V., plus orientée vers la discussion de cas. Il se sont trouvés, de par les programmes, un peu " obligés " de suivre cette U.V., et il semble bien qu'ils aient

participé aussi activement que s'ils avaient choisi cette technique un peu particulière. Tous les étudiants étaient en D.C.E.M.I. : ceci veut dire que leur expérience de la relation entre un malade et un médecin, pour être éventuellement très concrète (en tant qu'infirmier, de parent de malade, voire en tant que malade), se situait surtout dans une sorte " d'idéologie médicale ". On peut dire que le groupe d'étudiants travaillera surtout sur le contenu de cette idéologie : un " bon " médecin doit faire ceci, pas cela. La prévention c'est telle chose, pas telle autre. Ce n'est pas cet homme qu'il faut soigner : c'est la Société, Etc...

- LE JEU DE ROLE : - le texte correspondant au " malade " était remis à un(e) étudiant(e) volontaire, une semaine avant l'enregistrement. Il semble que ce délai soit utile pour se mettre dans la peau du personnage. Mais il faut bien observer que les étudiants se sont toujours très facilement identifiés aux malades, ce qui n'est pas surprenant à ce stade de leurs études. Il avait été entendu, dès le début de l'U.V., que les " cas " de malades joués par les étudiants seraient soit des malades " réels ", connus et suivis par l'animateur, soit des cas " types ", à la demande des étudiants : - annonce d'une maladie grave à un malade, envoi à un psychiatre, annonce d'une amputation, le médecin devant une tentative de suicide, etc... (cette liste est l'oeuvre des étudiants). Il se trouve que jamais les cas " types " ne furent réclamés par personne : tous les " malades " étaient donc bien réels, au moins dans l'esprit de l'animateur.

Il va de soi que les observations utilisées (cf. annexe 1), permettent de ne pas se noyer dans des problèmes de diagnostics compliqués, ou de thérapeutiques savantes : certes, il

s'agit d'avoir une certaine cohérence dans la démarche diagnostique, voire dans le " contrat thérapeutique " proposé, mais ce n'est pas le centre de l'U.V. ; - en D.C.E.M.I., les notions de sémiologie, etc... sont encore fragmentaires. Par contre, les étudiants ont des idées très solides sur le " bon " médecin, mais aussi le " bon " malade (cf. ci-dessus, les remarques au sujet de l'idéologie médicale).

Le terme d' " entrevue " entre un malade et un médecin correspond assez bien à ce que pense un étudiant à ce stade de ses études : c'est ce dialogue, inaugural d'une relation ultérieure, entre un médecin et un malade qu'il voit pour la première fois. Les étudiants résument leur rôle à peu près de cette façon : " Monsieur X., que je n'ai jamais vu, vient me consulter. Il m'expose son problème. Je l'aide à préciser certains points ; je l'examine ; je fais un diagnostic ; je lui donne le traitement approprié ". Ils ont quelques années devant eux pour s'apercevoir qu'il s'agit d'un schéma.

En ce qui concerne le rôle du médecin, il était prévu, là aussi, que les étudiants se désigneraient eux-mêmes. Mais il semble bien que les choses se soient passées d'une façon plus proche que prévu de la réalité, les " malades " choisissant leurs " médecins ", ce qui est logique.

- L'ENREGISTREMENT : - il faut noter tout de suite que les conditions de prises de vue (studio, horaires, qualité du matériel), mais aussi et surtout la compétence et la gentillesse des techniciens, sont des facteurs déterminants pour le déroulement d'une U.V. de ce type : les étudiants ne sont pas habitués à se retrouver seuls devant une caméra, quelque peu aveuglés par des projecteurs. L'ambiance qui entoure la prise de vue est donc importante pour leur permettre de se décontracter. Dans le cas présent, les membres du Département audio-

visuel de l'U.E.R. de Bobigny ont compris tout de suite ce que l'on attendait d'eux et permis le déroulement optimum de l'U.V.

Le jeu de rôle lui-même se déroule sans contrainte imposée de temps. Il se trouve que les entrevues durent toujours environ de dix à vingt minutes, comme un " vrai " entretien. Le fait, pour les acteurs, de ne pas être distraits par les autres membres du groupe (qui sont dans une autre pièce), semble leur permettre de se concentrer mieux sur ce qu'ils font.

Quant à la crainte (mais pourquoi cette crainte ?) que certains étudiants ne prennent pas trop " au sérieux " toute cette mise en scène, elle s'est avérée sans fondement. Ceux-là mêmes qui paraissaient un peu distants étaient des acteurs très convaincants.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'enregistrement, tout important qu'il soit, n'était que le support de la discussion ultérieure du groupe. Mais il est plus agréable de travailler avec un film en couleur de bonne qualité qu'avec un matériel discutable. Voir en annexe II des extraits du premier jeu de rôle, correspondant à l'observation citée en annexe 1.

- LA DISCUSSION : - il a semblé à tout le monde préférable que chaque enregistrement soit discuté par l'ensemble aussitôt après avoir été filmé : les deux acteurs, en particulier, étaient en général aussi impatients qu'anxieux d'aller se soumettre au feu des critiques du groupe.

Les participants se plaçaient à peu près en cercle, la télévision occupant un point quelconque du cercle, l'animateur, avec une télécommande, un point opposé à la télévision. Le jeu de rôle se déroulait donc sur l'écran, et pouvait, à tout moment, être interrompu par l'animateur, ou à la demande d'un participant.

La possibilité de revenir en arrière, pour revoir telle ou telle phase du jeu existe aussi, mais s'avère peu souvent utile.

Comme convenu dès le départ, la ligne directrice de la discussion était la description de ce qui se passe entre les acteurs : " que se passe-t-il à ce moment de l'entretien ? ". Il ne s'agit là que d'une forme classique de toute démarche scientifique : avant d'essayer de comprendre et de tirer des lois, il faut décrire ce que l'on observe. En fait, dans le cas présent, les étudiants devaient en somme se décrire eux-mêmes, ce qui présente quelques difficultés.

Comme il était prévisible, et il est certain que le fait de se voir soi-même sur l'écran accentue les réactions, les discussions avec ce type de technique s'avèrent passionnées, voire volcaniques : à ce stade (précoce) des études, il est rare de se sentir aussi directement concerné, et précisément au niveau de l'image que l'on a de soi-même en tant que médecin, alors qu'il ne s'agit pourtant " que d'un jeu ".

Dans ces conditions, l'animateur n'a guère besoin d'animer. Il doit plutôt calmer, modérer, replacer les événements dans leur cadre médical, tout en " permettant " les fuites dans l'idéologie, etc...

- EVALUATION : - ce terme pris dans le vocabulaire de la pédagogie, n'est utilisé ici que pour rappeler qu'il vaudrait mieux pouvoir évaluer tout travail qui vise à un enseignement et/ou à une formation. En fait, une très grande modestie s'impose ici : il faudrait pouvoir mesurer les " changements (dans le " bon sens ") survenus chez chaque étudiant, dans sa façon de prendre en compte les paramètres psycho-affectifs, chez son patient et chez lui-même ".

L'entreprise, ébauchée par la " supervision " des étudiants canadiens en fin d'études, paraît singulièrement difficile avec des étudiants de

D.C.E.M.I.

Toutefois, observer des étudiants jouer des rôles de médecins permet de voir que certains paraissent à l'aise dans " leur rôle ", et d'autres, moins. C'est d'ailleurs moins important pour l'animateur que pour l'étudiant lui-même : s'il en a la capacité, ce dernier va pouvoir " s'auto-évaluer " et en tirer les éventuelles conséquences.

Le questionnaire (annexe III), est donc sans autre prétention que d'essayer de percevoir comment les étudiants ont " supporté " l'U.V.

Accessoirement, il permet à ceux qui parlent peu de s'exprimer par écrit à la fin de l'enseignement.

Dans le cas présent, un seul des quinze étudiants n'a vraiment jamais ouvert la bouche ni joué un rôle. Sur son questionnaire, à propos du nombre des séances, il répondait ceci : " le nombre des séances n'est pas l'argument principal. Ce qui compte, c'est ce qui reste en fin de séance. Plusieurs séances se sont achevées avec un point d'interrogation, et on aurait pu continuer pendant longtemps la discussion car, sur certains points, l'on possède des idées bien arrêtées, et l'on n'en change pas si vite ".

Il n'est pas utile de détailler toutes les réponses du questionnaire. Quelques points cependant :

- presque tous les étudiants disent souhaiter recommencer ce type de travail plus tard ;
  - tous estiment que des cours sur ce sujet ne leur paraissent pas adaptés, et qu'il n'était pas utile de dire, chaque fois, " ce qu'il faut faire ou ne pas faire ". (Plusieurs ont qualifié cette dernière question de " débile " non sans raisons.)
  - presque tous estiment que jouer devant une caméra n'est pas si facile que cela.
- Disons que ce questionnaire est peut-être

utile, sans plus.

#### DEROULEMENT DES SEANCES

L'unité de Valeur " Etude de l'entrevue malade-médecin " comprenait huit séances de deux heures, à raison d'une séance par semaine.

Les deux premières séances étaient destinées :

- à faire connaissance ;
- à se mettre d'accord sur les méthodes, les objectifs, la validation ;
- à s'habituer au rituel des prises de vues : répétition sommaire au Département d'audio-visuel ;
- à se familiariser avec la discussion devant un écran et un magnéscope (film de M. Sapir : " le malade coronarien ").

Les cinq séances suivantes commençaient par l'enregistrement du jeu de rôle, la discussion venant immédiatement après. A noter que le temps qui restait pour la discussion, après la prise de vue, soit une heure et demie environ, semblait être amplement suffisant, compte tenu de l'intensité de la séance.

La huitième et dernière séance servait à faire le bilan de l'U.V., séance tout à fait nécessaire pour aborder plus calmement certaines des tensions, parfois violentes, manifestées au cours des séances précédentes.

Quant à la validation de cet enseignement, il était entendu que seule une présence effective pouvait servir à quelque chose. Il était entendu aussi qu'il n'y aurait pas " d'appels ", mais que tout étudiant qui éprouverait une difficulté devant ce type de travail pourrait s'en expliquer avec l'animateur.

## COMMENTAIRES

Il n'est pas question de reprendre ici tout ce qui a été publié sur l'utilisation soit des jeux de rôle, soit de l'audio-visuel, soit des deux, dans l'enseignement des futurs médecins. Au chapitre suivant, celui de l'animateur, l'on verra que les réponses aux questions du début, sur l'efficacité et l'absence de " toxicité " de la méthode, sont actuellement en suspens, ne serait-ce justement qu'en fonction du rôle de ce même animateur.

Pour l'instant, contentons-nous de souligner quelques uns des points marquants de cette U.V. plutôt d'ailleurs sous forme de questions :

- L'INTERET SOUTENU DES ETUDIANTS : - la participation massive et constante des étudiants est un sujet d'étonnement : un certain plaisir dans le travail en groupe est-il un gage automatique d'une évolution positive ? La réponse n'est pas simple. Lors de la dernière séance, plusieurs participants ont fait observer (à titre de boutade ?) qu'ils étaient venus chaque fois parce que ce n'était pas obligatoire ...

- LE JEU DE ROLE : - bien que les étudiants aient choisi les cas réels et non pas les cas-types, on peut se demander si certaines situations un peu plus désincarnées ne leur permettrait pas, de temps en temps, de prendre une certaine distance vis-à-vis du cas présenté, ce qui serait plus " confortable ". Par contre, et lors de chaque discussion de cas, les questions sur le devenir de tel ou tel patient n'ont jamais manqué, permettant de rester dans le concret, ce qui est plutôt positif.

Il y aurait beaucoup à dire sur le contenu de l'ensemble des dialogues enregistrés. Disons seulement que les " malades " se plaignaient

volontiers que les autres médecins ne les écoutaient pas, ou qu'ils ne comprenaient rien dans leur cas (rien de tel n'était suggéré dans les petits textes qu'ils recevaient), et que les "médecins", peu préoccupés de faire des diagnostics savants, s'occupaient tout naturellement de la vie des patients, de leur famille, de leurs goûts, etc ...

- UNE METHODE AGRESSIVE ? - à deux reprises, un étudiant jouant le rôle de malade s'adressa à son "médecin", lui disant : "toi, je n'irais certainement pas te voir comme médecin !" (les deux fois à la fin d'un enregistrement).

Au cours d'une entrevue avec un patient obèse et menacé d'artérite, le "médecin", réellement très en colère, lui dit : "Mais, Monsieur, c'est un problème de vie ou de mort !" (c'était vrai.).

Il y a bien d'autres exemples de ce genre.

Entre autres, les étudiants ayant joué les premiers rôles se sont plaints d'avoir été très critiqués par les autres, qui, par la suite "n'avaient pas fait mieux".

Alors, faut-il ménager ces étudiants comme s'ils étaient fragiles ? Faut-il attendre quelques années qu'ils aient acquis une personnalité professionnelle plus affirmée ? C'est à voir.

- L'IDEOLOGIE MEDICALE : - comme on l'a vue, elle était présente tout au long de ces huit séances. Il n'est pas surprenant que la "demande d'avortement", formulée par une "malade" qui n'était pas trop sûre de vouloir avorter, ait donné lieu à des prises de position extrêmement vives sur le rôle supposé du médecin, c'est-à-dire de chacun des étudiants présents. Les échanges étaient également assez tranchés au sujet des "limites" du médecin : - ceci, ce n'est pas pour moi, c'est pour le psychologue, ou pour les services sociaux de la mairie, ou, de

toute façon, ce n'est pas vraiment un malade. A noter, là aussi, que l'animateur étant généraliste, et les cas discutés étant " ses patients ", l'équilibre entre des idées trop générales et la pratique quotidienne était peut-être plus facile à trouver.

- L'ANIMATEUR : - la question, posée précédemment sur l'innocuité et l'efficacité de la méthode, est incomplète si l'on n'y inclut pas le rôle de l'animateur. Disons que la question, de cette façon, se complique encore. En effet, il faut reconnaître à cette méthode faisant appel à l'audio-visuel et au jeu de rôle un côté assez " décapant ". Or, l'objectif n'est pas de faire s'agiter les affectivités des étudiants pour rien, mais de tenter de leur faire percevoir, même " a minima ", que dans la relation qu'ils auront avec leurs malades, un certain nombre de facteurs déterminants concernent, dans le domaine psychologique, non seulement le malade, mais aussi eux-mêmes, médecins. On peut donc supposer que la même méthode, utilisée par des animateurs différents, donnera des résultats variés . Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse qui mériterait au moins qu'on l'approfondisse. En tout état de cause, on se heurte là aussi, au problème soulevé plus haut de l'évaluation.

---

Pour toutes sortes de raisons évoquées dans cet exposé, il est presque impossible de tirer une conclusion.

Céder à l'impression d'euphorie dégagée par ce groupe d'étudiants reviendrait à dire : " la méthode, la voici " en oubliant que quelques

étudiants seulement avaient choisi cette U.V. tous les autres s'étant précipités plutôt vers les filières dites " d'internat ", ce qui a le mérite de rendre plus réaliste. A l'inverse, la facilité avec laquelle ce petit groupe d'étudiants a pu aborder, sans y être spécialement préparé, tous les problèmes les plus difficiles de l'exercice médical, la vie, la mort, les droits et les devoirs des médecins, etc... cette facilité (qui n'a jamais été de la légèreté) laisse penser qu'il serait peut-être dommage d'attendre indéfiniment une " maturité " qui, bien souvent, est déjà là.

Nous ne pouvons donc conclure que sur une question, une de plus, empruntée à M. Sapir, qui parle du bilan des groupes Balint, vingt ans après, dans le tome 22 de la revue de Médecine Psychosomatique (hiver 1980) : il s'agit de groupes plus directement inspirés des groupes Balint : " Les groupes de cas sont très répandus dans les Facultés, comme appoint à l'enseignement de la psychologie médicale. L'imprégnation qu'ils suscitent est-elle une préparation à quelque chose de plus approfondi, une édulcoration, une récupération ? "

Bien que la technique du jeu de rôle avec magnéscope soit éloignée des groupes de cas, nous pouvons terminer sur la même interrogation.

---

- ANNEXE I -

- U.E.R. de Bobigny
- Etude de l'entrevue malade-médecin
- M. Georges T. - 44 ans
- Il consulte pour " mauvais sommeil et énervement "
- Il est marié. Trois enfants de 18, 16 et 15 ans.

Ce qui l'a décidé à venir, c'est une émission à la télé sur l'infarctus du myocarde. Il est employé de bureau dans une banque et, autour de lui, plusieurs personnes viennent d'avoir des "ennuis de coeur".

Justement, il se trouve, depuis quelques temps, des symptômes d'infarctus : il a mal dans le thorax tout le temps, il s'essoufle en montant les escaliers, et surtout, il est très énervé et il a " beaucoup de difficultés pour s'endormir le soir ".

Il ajoute aussitôt qu'il sait très bien qu'il n'a pas une vie " comme il faudrait " : - il ne fait pas attention à ce qu'il mange, fume deux paquets de cigarettes par jour, et ne fait aucune espèce de sport. De plus, il ne prend pas de vacances et sait qu'il travaille beaucoup trop.

Quelques jours avant (avant l'émission de télé), il a fait un bilan : examens de sang, radio du thorax, électrocardiogramme : tout est normal. Mais il n'est pas rassuré : on a dit à la télé que l'électro pouvait être normal " même en cas de menace d'infarctus ".

## - ANNEXE II -

- Extraits du jeu de rôle correspondant au texte cité en annexe I.

C'est un étudiant qui joue le rôle du malade. Une étudiante celui du médecin. (A noter qu'à la stupéfaction générale, le " malade " a mis une cravate : " on en met une quand on va chez le médecin ").

- Elle : - je n'ai rien trouvé de bien anormal, mais par mesure de sécurité, je vais vous envoyer faire un électrocardiogramme chez un cardiologue... mais il ne faut absolument pas que vous vous angoissiez pareillement : ce n'est pas parce que

vous avez vu une émission télévisée qu'il faut vous faire tant de souci !

- Lui : - oui, mais c'est tout de même scientifique.

- Elle : - bien sûr, mais les cas que vous avez vus étaient très précis.

- Lui : - mais c'était peut-être la même chose que moi.

- Elle : - il y a des tas de rhumatismes qui font mal à droite et à gauche.

- Lui : - je me fais vieux.

- Elle : - mais non ! 45 ans, ce n'est pas vieux !

- Lui : - croyez-vous que je devrais prendre plus de vacances ?

- Elle : - il faudrait que vous essayiez de savoir ce dont vous avez envie, il faut que vous vous ressaisissiez !

- Lui : - je vais essayer, mais j'ai deux collègues qui sont morts du coeur.

- Elle : - et vous ne pensez pas que le fait de penser tout le temps à ça peut vous induire quelques petites douleurs ? Il faut me promettre de vous détendre un peu. Faites de la gymnastique.

- Lui : - il faudrait que j'ai le temps.

- ANNEXE III -

- D.C.E.M. (I) - étude de l'entrevue malade/médecin -

- 1981 -

- questionnaire d'évaluation.

	: Désaccord	: Désaccord	: Accord	: Accord	: Pas	: Commentaires éventuels
	: total	: partiel	: partiel	: total	: d'avis	:
	: (1)	: (2)	: (3)	: (4)	: (5)	:

---

1) Ce type d'enseigne- :	:	:	:	:	:
ment devrait être obli- :	:	:	:	:	:
gatoire pour tout :	:	:	:	:	:
futur médecin :	:	:	:	:	:
2) Personnellement je :	:	:	:	:	:
souhaiterais pouvoir :	:	:	:	:	:
répéter cette expé- :	:	:	:	:	:
rience plus tard :	:	:	:	:	:
3) Le nombre de séances :	:	:	:	:	:
a été suffisant :	:	:	:	:	:
4) Il aurait fallu plus :	:	:	:	:	:
de séances :	:	:	:	:	:
5) 4 ou 5 séances :	:	:	:	:	:
suffiraient :	:	:	:	:	:
6) J'ai été très aidé(e) :	:	:	:	:	:
en voyant que les :	:	:	:	:	:
autres avaient des :	:	:	:	:	:
problèmes voisins des :	:	:	:	:	:
miens :	:	:	:	:	:
7) J'aurais appris au- :	:	:	:	:	:
tant avec des cours :	:	:	:	:	:
sur ce sujet :	:	:	:	:	:
8) J'aurais appris :	:	:	:	:	:
plus si l'on m'avait :	:	:	:	:	:
dit chaque fois " ce :	:	:	:	:	:
qu'il faut faire ou :	:	:	:	:	:
ce qu'il ne faut pas :	:	:	:	:	:
faire :	:	:	:	:	:

9) Il serait intéress-	:	:	:	:	:
sant de revoir " plus	:	:	:	:	:
tard " les mêmes	:	:	:	:	:
enregistrements	:	:	:	:	:
10) Les séances ne	:	:	:	:	:
m'ont été utiles que si:	:	:	:	:	:
je jouais moi-même	:	:	:	:	:
le rôle	:	:	:	:	:
11) Les séances m'ont	:	:	:	:	:
été aussi utiles en	:	:	:	:	:
participant sans jouer	:	:	:	:	:
de rôle	:	:	:	:	:
12) Les séances m'ont	:	:	:	:	:
été aussi utiles quand	:	:	:	:	:
j'ai joué le rôle du	:	:	:	:	:
malade que celui du	:	:	:	:	:
médecin	:	:	:	:	:
13) J'ai trouvé qu'il	:	:	:	:	:
est difficile de jouer	:	:	:	:	:
un rôle devant une	:	:	:	:	:
caméra, et je comprends:	:	:	:	:	:
très bien qu'on ne le	:	:	:	:	:
fasse pas	:	:	:	:	:
14) J'ai trouvé peu dif-	:	:	:	:	:
ficile de jouer un rôle:	:	:	:	:	:
devant une caméra	:	:	:	:	:
15) Il est plus inté-	:	:	:	:	:
ressant de pouvoir	:	:	:	:	:
discuter d'un enregis-	:	:	:	:	:
trement aussitôt après	:	:	:	:	:
l'avoir fait	:	:	:	:	:

---

ENTREVUE MALADE-MEDECIN, JEUX DE ROLE

---

ET MAGNETOSCOPE.

---

- Revue Française d'Education Médicale
- Tome IV - N° 8 - Nov. Déc. 1981.

BIBLIOGRAPHIE

---

- P.B. Schneider et de Perrot : - Le jeu de rôle comme instrument d'enseignement à l'étudiant en médecine de la relation médecin-malade. Revue Médicale Psychosomatique. 12 (1970).
- Royal College Of General Practitioners. (1972). The Future General Practitioner - Learning and Teaching. London. British Medical Journal.
- E. de Perrot : - A propos du jeu de rôle : Communication et langage dans la relation médecin-malade. Revue de médecine psychosomatique. Tome 18. N° 4 - 1976.
- M.L. Dowiakowski, J. Janssens, R. Listik, M. Soutis, A. Van Dijck. : - Sensibilisation aux attitudes contre-transférentielles par la technique du jeu de rôle. Revue de médecine psychosomatique. Tome 20. N° 1 - 1978.
- Jeu de rôle et enseignement clinique. Claude Grunberg, Jean-François d'Ivernois. Revue Française d'Education Médicale. II. 6. 1979.
- Teaching with audiovisual recordings of consultations. R.H. Davis. M. Jenkins. S.A. Smail. N.C.H. Stott. J. Verby. B.B. Wallace. Journal of the Royal College Of General Practitioners. June 1980.