



S'identifier au patient pour le comprendre

«Stand-up Design of Instruction» (STUDI): le stand-up comme modèle pédagogique en santé mentale

Charles Bonsack^a, Jérôme Favrod^b, Alexandre Berney^c, Marc Sohrmann^d, Laurent Frobert^b, Alexandra Nguyen^b

^a Service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse; ^b Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source, HES-SO, Lausanne, Suisse; ^c Service de psychiatrie de liaison, département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse; ^d Unité de pédagogie médicale, Université de Lausanne, Lausanne

Introduction

Alors que le vécu de la maladie est reconnu comme un élément essentiel des soins, l'enseignement en santé se borne souvent à traiter l'objet de la maladie plutôt que le sujet malade. Il existe en effet une forte volonté en médecine d'adopter une posture scientifique, objective, qui permet de partager des connaissances communes sans ambiguïté et de manière généralisable. C'est, par exemple, l'objectif des manuels diagnostiques et statistiques DSM ou CIM: des critères descriptifs de signes et de symptômes, partageables, permettant de classer les troubles de santé de

manière taxonomique. Les études de médecine elles-mêmes entraînent à adopter une distance scientifique par rapport à l'objet d'observation, même s'il s'agit d'un humain. Dans cette perspective, la capacité des étudiants à éprouver de l'empathie et à s'identifier au vécu de la personne malade risque de diminuer au cours des études [1-2]. Une étude faisant le constat – alarmant – d'une possible baisse de l'empathie des étudiants en médecine dans la deuxième partie du cursus de leurs études [1] a été largement citée au cours de la dernière décennie. Des données plus récentes semblent montrer une réalité

plus nuancée, avec une dimension affective de l'empathie qui baisserait effectivement dans certains groupes «à risque» – des hommes avec des capacités empathiques basses au départ et orientés vers des disciplines techniques – mais une dimension cognitive de l'empathie (capacité à se mettre dans la perspective du patient) qui reste stable ou s'améliore [3]. Quoiqu'il en soit, ces études ont le mérite de questionner la façon d'encadrer les étudiants, pour préserver et si possible potentialiser des capacités empathiques qui peuvent être «aplaties» par le stress et la charge de travail en milieu clinique, ou par

des attentes explicites ou implicites des formateurs encourageant une distance affective, voire un détachement émotionnel [2]. C'est dans cette perspective que des développements visant à intégrer des formations centrées sur la communication et la relation médecin-malade dans le cursus des études ont eu lieu aux États-Unis et en Europe [4].

Or, pour bien comprendre un problème de santé, a fortiori un problème de santé mentale, l'objectivation de la maladie n'est pas suffisant: le clinicien doit devenir capable d'effectuer un va-et-vient indispensable entre la perception empathique du vécu du sujet malade et l'observation de l'objet maladie [5-6]. Le praticien ne peut pas se contenter d'une relation amicale de sujet à sujet – auquel cas il deviendrait incapable de diagnostiquer et de soigner l'objet maladie. Il ne peut pas non plus être seulement le réparateur de l'objet maladie dans une relation de sujet à objet, au risque de déshumaniser le patient. Le clinicien se trouve ainsi confronté à un paradoxe: il est nécessaire qu'il isole l'objet maladie (c'est la démarche diagnostique); mais il est aussi tout aussi nécessaire qu'il ne réduise pas la personne à l'objet de son diagnostic (c'est un aspect central de la médecine qui n'est pas nommé, ou de manière un peu annexe comme la relation médecin-malade). Dans ce contexte, il est facile et naturel d'enseigner l'objet maladie: c'est le processus normal de la démarche scientifique et l'apprenant y est très sérieusement entraîné dès le début de ses études. Il est plus difficile d'enseigner l'approche et la compréhension du sujet malade, comme si cet aspect essentiel de la

médecine était subversif: la preuve que la médecine n'est pas une science, mais honnêtement subjective. Cette double approche de l'objet maladie et du sujet malade est le centre de la vision intégrative des soins en santé mentale de psychiatrie et psychothérapie. Comment aider les apprenants à intégrer à la fois la dimension scientifique objective et la dimension subjective, sensible au vécu du sujet? Historiquement, la pédagogie a tenté d'approcher ces dimensions par la présentation de patient en auditoire ou en tour de salle, pratiques qui ne sont aujourd'hui plus acceptables sur le plan éthique. La rencontre d'experts du vécu ou de pairs aidants constitue une autre possibilité actuelle, avec le défi alors d'équilibrer la forte dimension du vécu avec l'acquisition de connaissances scientifiques.

La formation médicale se focalise sur l'acquisition de compétences et les méthodes pédagogiques sont variées pour y parvenir [7]. Certaines théories pédagogiques mettent l'accent sur l'expérience vécue dans l'enseignement et sur le rôle actif de l'apprenant qui est amené à s'impliquer par son engagement, sa participation et sa réflexion [6]. Pour les fondateurs des approches expérientielles en éducation, l'individu apprend quelque chose lorsque l'expérience implique un changement et si celui-ci est chargé de signification [8]. La valeur et la fécondité de l'expérience tiennent à la manière dont l'individu agit sur l'expérience et aux conséquences de cette expérience sur lui-même [9]. Il s'agit donc pour le pédagogue d'organiser un environnement formateur qui comprenne non seulement des

expériences professionnellement pertinentes, mais également des moyens qui les rendent significatives pour les apprenants. Dans ce courant pédagogique et suite à ses études sur les styles et stratégies d'apprentissages de l'adulte, D. Kolb propose un modèle pédagogique qui organise un processus créatif de connaissances à partir de l'expérience vécue, d'analyse et d'observation, de conceptualisation et d'expérimentation [10]. Ce modèle a été utilisé pour le développement d'interventions thérapeutiques ou pour la formation des thérapeutes [11-12]. Dans certaines conditions, l'expérience de l'apprenant peut s'avérer «mimétique» [13] lorsqu'elle repose sur une situation fictive qui met en jeu des métaphores; celles-ci sont considérées comme des catégories originales de signes et de modes de production de significations. Elles structurent l'expérience et permettent un changement de perspective chez l'apprenant en modifiant ses référentiels. Les recherches en éducation se sont intéressées à la vidéoformation et à sa faculté mimétique lorsqu'un dispositif recourt à l'enregistrement filmé comme médiation entre une situation professionnelle de référence, l'apprenant et les transformations potentielles du travail [14]. L'expérience, et la confrontation des apprenants à des métaphores en vidéoformation constituent les fondements du dispositif STUDI.

La méthode pédagogique STUDI utilise des vidéos dans un format dérivé du stand-up. Elle a pour objectif d'engager d'abord les apprenants dans une identification subjective empathique au vécu des problèmes de santé, pour ensuite les analyser de manière objective avec les outils de la science médicale. Dans cette perspective, l'étudiant apprend à identifier et analyser ses propres émotions en écho de l'expérience vécue de la personne malade. Le but est d'aider les étudiants à retrouver leur capacité d'identification empathique, de les amener à en prendre conscience, et de les accompagner dans une méthode analytique qui enrichit leur perception du sujet malade sans nuire à leur capacité diagnostique et thérapeutique de l'objet maladie. Le stand-up («stand-up comedy» en anglais) est une forme de performance durant lequel un personnage seul, sans décor, ni costume, ni accessoire, s'adresse directement au public de manière familière. Contrairement au théâtre, la performance est dans une forme dialogique: elle n'a pas lieu devant un public, mais avec le public [15]. Le comédien engage une relation intime de confiance avec le public. Cette relation l'amène à verbaliser de manière explicite des dimensions sociales

Abstract

Mental health education faces several challenges in a traditional format: how to share people's lived experience and adapt to students' new ways of learning? The stand up design of instruction (STUDI) aims to turn these challenges into benefits by engaging the student in a brief online video format. Stand-up comedy is a performance by a single actor, without props or set, that establishes an intimate relationship of familiarity with the audience and reveals social unspoken things about topics such as sex or money. Mental health is part of a common social experience that nevertheless remains taboo and stigmatized: the video stand-up format reveals it in an empathetic and explicit way: it exposes a mental health problem by starting from the experience. It is followed by exercises that include questions on objective and subjective understanding of the problem, acquisition of knowledge necessary to solve the problem, application of skills in analyzing the problem, and avenues for using the acquired skills in a real situation. The objective is to present a pilot experiment using this training model. The expected results are a better understanding of the experience of mental health problems, the acquisition of subjective and objective analysis skills, transdisciplinary access to training, de-stigmatization of mental health problems, increased attractiveness of mental health knowledge, and awareness of the psychological and social dimensions of health.

Keywords: Medical education; mental health; experiential learning; educational innovation

«tacites» cachées [16], c'est-à-dire que tout le monde connaît, mais dont on ne parle pas, comme le sexe, l'argent ou toute autre pensée inavouable. Dans cette perspective, bien que le stand-up soit en général un spectacle d'humour, le comédien met à jour des tensions qui pourraient susciter la terreur ou l'horreur, si elles n'étaient pas relâchées par le rire [15]. Comme un ethnologue qui nous observerait, le comédien de stand-up révèle les non-dits de notre propre société [16]. Ce format est donc particulièrement approprié pour ouvrir une discussion sur les sujets intimes de santé mentale, stigmatisés ou cachés, comme le burn-out, le suicide ou les délires et les hallucinations. La position de l'enseignant face aux apprenants est analogue au format du stand-up, et certaines techniques du stand-up pourraient inspirer les pédagogues, notamment pour engager la participation des étudiants dans de grands groupes [17]. McCarron dénonce en particulier l'idée qu'un enseignement en petit groupe est nécessaire pour garantir la participation des étudiants: selon cet auteur, l'anonymat du grand groupe et la multiplicité des interlocuteurs permettent au contraire de mieux utiliser l'énergie du public avec des techniques propres au stand-up comme le non-dit ou la trahison [17].

Le but de cet article est de présenter la conception du dispositif pédagogique STUDI, ainsi que l'évaluation de la phase pilote de développement d'une méthode pédagogique dérivée du stand-up dans l'enseignement en santé mentale.

Le «stand-up design of instruction» (STUDI) est une méthode d'apprentissage basée sur un problème à résoudre, qui est présenté dans une forme dérivée du stand-up. L'enseignement utilise le modèle des cinq «first principles of instruction» [18]: (1) engagement dans la résolution d'un problème réel; (2) activation d'une expérience antérieure; (3) démonstration de compétences; (4) application de compétences; (5) intégration de ces compétences dans des activités concrètes. Dans une vidéo de trois minutes environ, une personne s'adresse directement au spectateur et présente le problème à résoudre. Le but de la vidéo est d'interpeller le spectateur par une expérience vécue problématique qui active sa propre expérience antérieure. Les objectifs pédagogiques sont indiqués au début de la vidéo et comprennent en général trois domaines d'objectifs: comprendre, analyser et intégrer les compétences en situation concrète.

La compréhension visée dans la première étape est à la fois une compréhension objective (factuelle) et subjective (émotionnelle)

du problème, et s'appuie sur les éventuelles connaissances préalables de l'étudiant et son expérience vécue. L'analyse implique l'acquisition de compétences par des éléments tiers à la vidéo comme des articles, chapitres de livres ou cours en présence ou dématérialisés. L'intégration des compétences en situation réelle peut être réalisée dans une activité clinique ou à défaut dans un travail d'introspection personnelle de l'étudiant, selon le sujet. Une illustration d'un enseignement est présentée dans l'annexe de cet article.

Concrètement, après une brève introduction de la thématique enseignée, l'enseignant projette la vidéo STUDI. Puis, les étudiants échangent en petits groupes durant quelques minutes. Ensuite, l'enseignant anime une discussion sur la base des expériences personnelles vécues et des connaissances antérieures des étudiants. L'enseignant apporte alors les savoirs théoriques à acquérir et prolonge ses apports lors d'un échange sur les applications possibles et les transferts de connaissances dans la pratique. Des suggestions d'animations et le corrigé sont préparés avec les tuteurs ou présentés dans des articles [19]. Le visionnement seul de la vidéo constitue une sensibilisation au problème.

La vidéo est conçue comme la ressource première et principale du dispositif. Elle vise à faire éprouver une expérience concrète aux étudiants et constitue le cœur du dispositif. Elle dure environ trois minutes dans un format dérivé du stand-up. Une personne seule, sans accessoires, interpelle le spectateur en le tutoyant pour lui présenter le problème à résoudre en racontant une expérience vécue fictionnelle à la deuxième personne («tu sors de chez toi, quelle joie de retrouver le soleil»). Le «tu» permet d'interpeller directement les étudiants dans une forme d'intimité afin d'activer leurs expériences antérieures pour leur permettre de comprendre le problème. Le scénario est construit de façon à favoriser une identification initiale à la situation, puis à provoquer une discordance pour comprendre l'expérience vécue du problème. Il est inspiré de situations réelles, qui sont travaillées comme des fictions (mimesis) pour répondre aux objectifs pédagogiques. Le scénario ne transmet pas directement des connaissances: il met en scène un problème qui nécessite des connaissances spécifiques pour le résoudre. Le scénario concentre dans un temps bref tous les éléments du problème que les étudiants doivent analyser. Par exemple, dans une vidéo sur les troubles de la personnalité, le vécu de la personne, les critères descriptifs du trouble et des pistes pour motiver un changement seront présentés.

L'évaluation de cette première phase de développement ne s'est pas concentrée sur l'acquisition de connaissances, mais plutôt sur la faisabilité du modèle dans différents contextes et l'appréciation des étudiants dans des domaines de compétences stimulés par la pédagogie expérientielle: comprendre le vécu, gérer l'incertitude et développer la motivation intrinsèque [6].

Méthode

Déroulement de la phase pilote

Populations cibles

La méthode pédagogique STUDI a été développée en 2018 et expérimentée depuis lors dans différents formats d'enseignement et pour différents sujets. La méthode pédagogique a été adaptée au fur et à mesure des retours des apprenants. Les formats ont été des conférences à des publics de professionnels et non-professionnels de la santé (congrès, conférences publiques, formation de professionnels de toutes catégories de l'assurance-invalidité), petits groupes (médecins généralistes, médecins en formation postgraduée de psychiatrie, personnes concernées, infirmiers en master de pratique avancée), cours ex cathedra de formation prégraduée de médecine et de soins infirmiers.

Evaluation

Quatre enseignements dans lesquels la méthode pédagogique STUDI a été intégrée ont été évalués: formation prégraduée de psychiatrie (Université Aix-Marseille) et de psychothérapie TCC (Université de Genève), formation prégraduée de médecine (Université de Lausanne), ainsi que formation continue de médecins généralistes (Société Vaudoise de Médecine et Université de Lausanne). L'évaluation a été réalisée par l'unité pédagogique du Centre Hospitalier Universitaire (CHUV) et de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne, sur la base d'un questionnaire d'évaluation standard des enseignements avec une partie de questions fermées évaluées selon le degré d'accord (oui, plutôt oui, plutôt non, sans avis, sans réponse) et une partie de commentaires libres sur le format de la vidéo et sur les points forts et les points à améliorer de l'enseignement. Aux questions fermées standards ont été ajoutées des questions spécifiques sur la compréhension du vécu des problèmes de santé mentale, sur la déstigmatisation des troubles de santé mentale, ainsi que sur l'ancrage des connaissances acquises.

Thématiques

Une vingtaine de thématiques ont été abordées dans des domaines de psychiatrie sociale (stigmatisation, approche des sans-abri souffrant de problèmes de santé mentale, housing first, soutien individuel à l'emploi, dévoilement ou non d'un problème de santé mentale, etc.), de psychiatrie et psychothérapie générale (troubles de la personnalité divers, suicide, premier épisode psychotique, urgence psychiatrique à domicile, engagement difficile dans les soins, etc.).

Résultats

Appréciation de l'enseignement

Les premières expériences-pilotes in situ auprès d'équipes pluridisciplinaires de psychiatrie, de médecins et infirmiers et d'infirmiers en formation prégraduée, post-graduée et continue, ainsi que de personnes concernées et du public montrent un intérêt et une curiosité pour le format de la vidéo, ainsi qu'une attention maintenue durant l'entier de la vidéo. Les apprenants s'identifient aisément à l'expérience vécue de la situation présentée. Ils ont une compréhension subjective intuitive du problème et partagent spontanément leurs expériences personnelles. Le mode de présentation suscite une motivation intrinsèque pour acquérir des connaissances supplémentaires visant à résoudre le problème, et stimule une riche discussion pour anticiper l'utilisation des compétences acquises en situation réelle.

Questionnaire fermé

Globalement, l'enseignement a très bien répondu aux attentes des participant-e-s (aucune question n'obtient >20% de désaccord). Selon la majorité des répondant-e-s, les objectifs de l'enseignement ont été présentés et ce dernier était adapté à leurs connaissances préalables (89% et 94% d'accord aux questions 1 et 3). Par ailleurs, pour la plupart d'entre eux/elles, l'enseignement était bien structuré (82% d'accord à la question 2). Les questions liées à la vidéo ont guidé l'apprentissage de la plupart des participant-e-s et tou-te-s ont pu analyser la situation proposée à l'aide de leurs connaissances théoriques (83 et 94% d'accord aux questions 4 et 5, aucun désaccord). 80% ont pu analyser la situation proposée à partir de leur propre expérience de vie (15% de désaccord à la question 6). Globalement, la plupart des répondant-e-s ont apprécié le format de la vidéo (94% d'accord à la question 7). L'enseignement a permis à une majorité des participant-e-s d'approfondir

leurs connaissances préalables et leur réflexion a été stimulée (80% et 87% d'accord aux questions 8 et 11). Il leur a également permis de mieux comprendre l'expérience vécue de personnes souffrant de troubles de santé mentale et d'augmenter leur ouverture face aux problèmes de santé mentale (86% et 87% d'accord aux questions 9 et 10). Pour la majorité des répondant-e-s, l'encadrement était adéquat et, pour tou-te-s, l'intervenant a accepté volontiers les questions ou l'expression d'opinion de la part des participant-e-s (90 et 95% d'accord aux questions 12 et 13). Globalement, la plupart des répondant-e-s ont apprécié cet enseignement (89% d'accord à la question 14).

Commentaires libres

50 apprenants sur 125 (40%) ont laissé un commentaire libre sur le format de la vidéo. Respectivement 32 (43%) et 36 (48%) apprenants sur 75 ont commenté les points forts et les points faibles de l'enseignement. Tous les commentaires ont été regroupés par thème. Certains commentaires portent sur d'autres parties d'un enseignement dans lequel l'expérience pédagogique STUDI a été intégrée; il s'agit d'appréciations générales positives des cours (14), de l'enseignant (2), ou sur l'articulation de STUDI avec la partie théorique (25).

Le format de la vidéo est apprécié comme une innovation pédagogique qui surprend, maintient l'attention et stimule la réflexion (32 commentaires).

– Exemple de verbatim: «Approche originale, innovante, permet de maintenir l'attention plus facilement et donc de mieux apprendre et réfléchir aux thèmes abordés.»

Les informations sont données sur un temps bref et nécessitent une bonne qualité de son et une grande attention des étudiants. La plupart des apprenants apprécient la brièveté de l'exposition du problème, mais certains aimeraient une expérience plus longue (4 commentaires) ou la répétition de la vidéo (1 commentaire). Par contre, une deuxième visualisation après la partie théorique semble inutile aux étudiants lorsqu'elle a été réalisée (6 commentaires). Les apprenants apprécient pour la plupart l'interactivité et la stimulation de l'échange, en particulier lorsque l'échange est stimulé entre les participants, plutôt qu'avec l'enseignant (12 commentaires). Deux commentaires préfèrent un cours sans discussion.

– Exemples de verbatim: «Très incitatif pour l'échange, le dialogue entre les participants.» «Former de petits groupes [...]

pour qu'on en discute plus entre nous qu'avec le prof.»

25 commentaires insistent sur la nécessité de bien articuler la partie STUDI avec la présentation théorique. Ces commentaires proviennent principalement du cours prégradué de médecine, pour lequel l'enseignant avait ajouté une partie STUDI à un cours déjà existant sans le modifier. Partager le vécu du patient fait l'objet de 22 commentaires. 16 commentaires estiment que l'identification au patient permet de mieux comprendre le vécu de son point de vue et d'ancrer les connaissances.

– Exemples de verbatim: «Permet de vivre et comprendre ces patients et pas juste acquérir des bases théoriques.» «De petits détails insignifiants peuvent avoir un rôle important dans la vie d'un patient instable.»

Trois commentaires montrent la difficulté, l'inconfort, voire l'aspect déroutant de s'identifier à une situation de problème de santé mentale, et trois auraient préféré un témoignage direct d'un patient. Trois commentaires auraient souhaité une explication théorique préalable à la vidéo.

Pour les lecteurs intéressés, les résultats de la phase-pilote sont présentés de manière plus approfondie dans un autre article [20].

Discussion

La médecine, et en particulier le domaine de la santé mentale, a besoin de méthodes pour enseigner le «sujet malade» autant que «l'objet maladie». L'enseignement classique en auditoire se cantonne souvent à «l'objet maladie», car les méthodes pédagogiques pour aborder le «sujet malade» dans ce contexte sont rares. STUDI tente donc de donner une alternative simple à l'enseignement ex cathedra de santé mentale, accessible à un large public pluridisciplinaire, dans un format bref d'enseignement par expérience [10]. Basé sur les premiers principes de l'enseignement de Merrill [18], il part d'un problème, active les compétences préalables, vise à de nouvelles compétences et à les appliquer, puis prépare le transfert dans le monde réel.

La phase-pilote de développement montre que la méthode d'enseignement STUDI est faisable, acceptable, appréciée par la majorité des étudiants, et utilisable dans différents contextes pour des publics divers. L'objectif principal de comprendre le vécu des problèmes de santé mentale par une identification de l'apprenant est atteint. Le format du stand-up permet d'établir une relation de familiarité intime entre les apprenants et la situation

présentée, ce qui mobilise leur identification et l'empathie avec le vécu de la situation [15]. La discussion entre apprenants permet d'identifier les émotions vécues, de les formuler explicitement et de les analyser dans un deuxième temps. L'expérience vécue est nécessaire pour comprendre les troubles de santé mentale de manière non stigmatisante et pour construire une relation de sujet à sujet plutôt que de sujet à objet. La compréhension de l'expérience vécue développe l'empathie, permet d'entrer en relation, de comprendre l'ambivalence face aux traitements, de trouver des accès pour développer l'alliance thérapeutique. Le format pédagogique entraîne plusieurs dimensions de l'empathie [2]: l'identification à l'autre, la réflexivité sur ses propres émotions, l'analyse et la dénomination explicite des émotions ressenties, et enfin le retour verbalisé à autrui par les discussions de groupe. Sur le plan éthique, s'identifier à l'expérience vécue permet de trouver les approches bienveillantes favorisant la coopération et de mieux prendre en compte les effets potentiellement indésirables des interventions thérapeutiques (par exemple, dans le domaine de la contrainte, des effets indésirables des médicaments, etc.) pour évaluer les risques de manière proportionnée, ainsi que les mesures à prendre. Considérer l'autre comme soi-même évite la stigmatisation et l'iniquité de traitement ou l'irrespect des droits fondamentaux en raison des troubles psychiatriques.

Le format pédagogique mobilise la motivation intrinsèque des apprenants, et ancre les connaissances dans une expérience vécue par identification. Il interroge la relation à l'autre, l'éthique, la communication et mobilise la capacité à résoudre un problème de manière autonome à partir de ses propres connaissances [6]. Par les exemples mis en acte par le stand-up, l'audience peut être amenée à comprendre quelque chose de ce que représente le fait d'être handicapé par les règles sociales imposées à la sexualité ou au statut de minorité [16]. Le format s'adapte aux nouvelles manières d'apprendre des étudiants: réponses aux problèmes accessibles en tout temps sur Internet, capacité d'attention limitée dans la passivité, nécessité de participer de manière active à la résolution de problèmes brièvement exposés.

Le format du stand-up permet de lier les aspects affectifs et cognitifs dans l'enseignement [17]. Dans le modèle STUDI, il ne s'agit toutefois pas d'une recette d'animation de groupes pour faire passer un contenu pédagogique. Au contraire, le rapport intime et direct avec les apprenants constitue le centre de

l'objectif pédagogique: comprendre le vécu et ancrer les connaissances à partir de ce vécu. Avec la guidance de l'enseignant, le groupe d'étudiants est en général capable de résoudre l'énigme présentée par la vidéo en faisant appel aux émotions qu'ils ont ressenties et à leurs propres expériences vécues. Les étudiants retrouvent collectivement par leur propre raisonnement les éléments théoriques qui leur seront présentés dans la quatrième partie de la leçon. Trois minutes de vidéo condensent suffisamment d'informations pour animer des discussions nourries entre les apprenants. Contrairement à l'enseignement académique habituel, qui commence par l'acquisition de savoirs et se poursuit par son implication dans la pratique, l'enseignement STUDI commence par l'expérience vécue, comme dans la vie, mais de manière condensée, accélérée, focalisée sur le problème spécifique de santé.

Dans l'enseignement de grands groupes, il existe des besoins, mais peu de méthodes pédagogiques pour développer la compréhension du vécu et l'empathie et favoriser la participation active des étudiants. Le format pédagogique proposé montre que l'enseignement en petit groupe n'est pas une condition nécessaire pour développer la compréhension du vécu et l'empathie des étudiants. «L'acteur du stand-up préfère s'adresser à 400 personnes plutôt qu'à 10.» Dans ce contexte, le grand groupe permet au contraire de s'exprimer plus librement en restant anonyme, multiplie les angles de vue et d'analyse, donnant ainsi une appréhension globale multifacette du vécu présenté [17].

Contrairement aux modèles où l'enseignant utilise directement la technique du stand-up dans son enseignement [17], STUDI ne demande pas de talent d'acteur au moment de l'enseignement. Le stand-up est le format vidéo dans lequel est exposé le problème, et reste ainsi séparé de l'animation de la formation.

Par contre, pour que les étudiants bénéficient pleinement de l'enseignement, un clinicien expérimenté doit pouvoir les accompagner dans l'identification empathique au vécu des problèmes de santé mentale, ainsi que dans la dénomination des émotions et des comportements identifiés, puis dans la formulation d'une attitude.

Limitations

14 vidéos sur 20 ont été réalisées par l'auteur de la méthode. Pour assurer la généralisation de la méthode, il sera nécessaire de développer des scénarios et des tournages dans des contextes divers, avec des acteurs différents et

en collaboration avec les étudiants. La méthode a été expérimentée avec une dizaine de formateurs différents. Il sera nécessaire d'expérimenter plus largement en formant des formateurs et d'explorer le potentiel de généralisation du modèle pédagogique. Les résultats en termes d'acquisition de compétences n'ont pas été évalués. Il s'agit d'un enseignement par problème, donc les connaissances sont amenées par des ressources tierces (articles, livres, cours) ou directement par le tuteur. L'avantage est que le problème est présenté de la même façon pour toutes les disciplines, et ce sont les questions ou la manière de les traiter qui sont spécifiques aux disciplines.

Certains apprenants sont dérangés par l'identification à la personne malade: «on ne sait plus qui est qui.» C'est notamment le cas lorsque l'expérience est particulièrement étrange et stigmatisée (comme dans la psychose), ou lorsque l'apprenant a vécu des expériences personnelles en lien avec le sujet (par exemple le suicide d'un proche). STUDI peut rappeler des expériences personnelles de troubles de santé mentale. Dans les petits groupes, la force de l'identification à la situation peut amener à des révélations intimes qui doivent être gérées dans le groupe par l'animateur. Par exemple, dans une formation avancée de soins infirmiers sur le burn-out, de nombreux participants ont révélé dans le cadre de la formation leur propre expérience du burn-out.

Le format de fiction induit néanmoins un certain détachement pour les apprenants, qui leur permet de parler de leurs expériences vécues de manière spontanée, comme si elles concernaient d'autres personnes: expérience de burn-out pour des soignants expérimentés, idées suicidaires à l'adolescence pour une adulte. STUDI développe à la fois l'empathie (entrer en résonance avec le vécu d'autrui tout en restant soi-même), la méthode pour analyser le savoir issu de l'empathie à partir de ses propres émotions et de son propre vécu (description du vécu de l'autre au travers de ses propres émotions) et développer un savoir empathique (une formulation explicite du vécu de l'autre).

L'évaluation de la phase-pilote est restée sommaire: il n'y a pas eu d'enregistrement préalable de l'étude, les commentaires brefs ont été récoltés par écrit et il n'y a pas de comparaison avant-après.

Recherche future

Un enjeu à ce stade de développement est de transformer le projet pédagogique d'un enseignant en un modèle pédagogique trans-

férable et généralisable, grâce à une analyse en profondeur d'ingénierie pédagogique: expliciter la formation des enseignants dans différents contextes pluridisciplinaires, formaliser la construction des scénarios, la direction d'acteurs et le tournage des vidéos, l'utilisation du matériel pédagogique dans les cours et les techniques d'animation pour les apprenants. Une formation en ligne est actuellement en développement. Le modèle pourrait être élargi à d'autres disciplines des soins pour sensibiliser au vécu des personnes et comprendre la distance entre l'objet malade et le sujet malade dans la relation soignant-malade. Les résultats de l'enseignement devraient être évalués avec une méthodologie qualitative et quantitative plus approfondie dans différentes dimensions telles que l'acquisition de connaissances, mais aussi les aspects éthiques ou la capacité à gérer de manière autonome des problèmes nouveaux. Plus spécifiquement, il s'agirait d'étudier l'impact de l'enseignement sur l'empathie des étudiants, en particulier pour des troubles fortement étrangers au sens commun ou stigmatisés comme la psychose.

Conclusion

L'intégration du patient comme sujet et comme objet de soins dans une perspective biopsychosociale est centrale pour le futur de la psychiatrie et psychothérapie. La psychiatrie ne doit ni se détacher de son ancrage médical et scientifique ni s'appauvrir de sa dimension psychothérapeutique: une discipline médicale où le corps et le vécu de la personne sont également considérés de manière indissociable. La proposition de stand-up permet de faire évoluer les pratiques pédagogiques de présentation de patients dans une perspective plus actuelle et plus éthique. Les modèles d'enseignement et d'évaluation de l'enseignement doivent ainsi être adaptés pour se rapprocher de cet objectif plutôt que de s'en éloigner.

Annexe: illustration d'un enseignement Studi

La description ci-après sera illustrée par des extraits d'un enseignement sur la stigmatisation des troubles mentaux (à visionner sous https://youtu.be/xXD_SbtRCwA). La vidéo comprend plusieurs phases qui accompagnent l'expérience de l'étudiant de sorte à générer un vécu sur lequel reposent les étapes d'échange, de discussion et d'enseignement: (1) identification, (2) dissonance, (3) exposé des éléments d'analyse (4) acmé, (5) chute du récit.

Le début du scénario vise à établir une relation d'intimité positive et de connivence avec les étudiants afin de produire une identification à la situation.

«C'est cool de savoir au premier coup d'œil si quelqu'un est une bonne personne ou pas. Tous les détails comptent. Comme quand tu achètes une voiture d'occasion. Tu ne t'es jamais fait rouler, tu as l'œil. Pour les humains, c'est pareil: les habits, le teint, la couleur de cheveux, la mine, les oreilles, les yeux; tous ces détails comptent. Ça va au-delà de l'analyse. C'est une intuition immédiate qui te saute aux yeux. Une sorte d'instinct qui te protège comme un chien craint un serpent. Tu ne t'es jamais trompé et du coup, tu n'as jamais eu d'embrouilles.»

Le problème est amené progressivement et provoque une dissonance avec l'identification initiale de l'étudiant à la situation. Dans les spectacles de stand-up, cette technique est nommée «trahison»: le comédien engage une relation avec son public dans une atmosphère de connivence, puis le trahit en exprimant à haute voix des non-dits qui sont en général honteux, tabous ou cachés [17]. Le relâchement de la tension peut provoquer le rire. Cette identification et cette dissonance visent à susciter l'identification ou l'empathie de l'étudiant pour l'expérience vécue et activent les connaissances préalables de l'étudiant dans sa propre expérience vécue pour comprendre émotionnellement la situation. La compréhension de l'expérience vécue est directe et intuitive: elle permet de stimuler dans un second temps l'analyse du problème. «Bien sûr, il faut savoir reconnaître les exceptions. Tu as des amis noirs. Ça ne change pas tes préjugés, ce sont tes amis qui font exception. Les autres, tu ne les connais pas, et tu n'as pas envie de les connaître mieux. Ce sont des paresseux, des dealers, des prédateurs qui en ont après tes filles et les aides sociales. Les fous, c'est pareil. Tu t'en méfies, ils sont imprévisibles, ils te font peur et tu préfères t'en écarter. La moitié sont irrécupérables et bons pour l'asile. L'autre moitié, des simulateurs qui profitent du système.»

Le scénario est construit de façon à exposer tous les éléments nécessaires à l'analyse dans un minimum de temps. Par exemple, le scénario stigmatisation présente les éléments essentiels du mécanisme de stigmatisation et de l'auto-stigmatisation décrits dans la littérature. Il comporte des éléments de vécu qui peuvent en partie être observés de manière «objective», par exemple pour classer un trouble, mais également d'autres éléments «subjectifs», comme des pensées ou opinions du sujet.

«Ça, c'était ta vie confortable d'avant. Des certitudes rassurantes, un monde simple divisé entre des bons qui ont l'air gentils et des mauvais qui ont l'air méchants. Des gens comme toi d'un côté et d'un autre côté, eux, des autres, à laisser à l'écart, plus proches de la vermine que de l'humain.

Maintenant, tu t'es mis à douter, et tu ne sais pas si c'est mieux ou pire. C'est comme si ta cuirasse s'était brisée. Tu te sens plus tendre, plus vulnérable, mais aussi plus touché par les autres. Le monde te paraît plus humain. Il faut dire que tu es passé du côté des paresseux qui profitent de l'aide sociale. Enfin, c'est ce que tu t'es demandé au début. C'était dur d'accepter l'idée d'avoir une dépression. Tu n'es pas fou! Et la dépression, c'est pour les faibles! Ça t'a foutu en rogne contre ton médecin qu'il te dise un truc pareil. Tu ne te reconnaissais pas dans ses paroles. Tu as toujours été tenace, courageux, engagé dans ton travail. Ça ne pouvait pas correspondre. Tu as essayé de t'en sortir tout seul, de tenir le coup.»

Le scénario évolue progressivement vers une acmé avec un maximum de dissonance avec l'expérience antérieure des étudiants.

«Tu es resté chez toi, à bouffer des économies sans énergie, sans envie, sans plaisir, anéanti. Au moment où tu pensais que tu étais foutu, ton médecin t'a hospitalisé en psychiatrie. Tu n'avais plus la force de t'opposer. Curieusement, ça t'a soulagé qu'on s'occupe enfin de toi, tout en te disant: «Ça y est, je suis passé du côté des lâches et des paresseux. Je n'ai plus ma place au travail, dans la société. Je suis bon pour l'asile.»

Il se termine par une chute qui favorise l'empathie face à la situation, de manière respectueuse des personnes, et de façon à stimuler la recherche de solutions au problème présenté.

«Les gens que tu as rencontrés là ne correspondent pas à cette image. Ils ont l'espoir de se rétablir, de retrouver un travail, de construire leur vie auprès de leurs proches, de jouer un rôle dans la société. Certains militent dans des associations. Maintenant tu es en colère. Pourquoi cette injustice? Pourquoi cette double peine d'être à la fois malade et banni de la société?»

Les exercices

Les exercices sont basés sur les premiers principes d'instruction décrits par Merrill [18]. Ils comprennent quatre niveaux de questions: (1) la description de l'expérience vécue du problème, (2) l'acquisition des compétences nécessaires pour résoudre le problème, (3) l'application des compétences pour

analyser le problème, (4) la recherche de pistes d'intervention concrètes dans le contexte d'activité de l'étudiant.

Exercices:

- décrire le vécu de stigmatisation d'autrui et d'auto-stigmatisation;
- analyser le processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation;
- discuter les voies pour surmonter la stigmatisation et l'auto-stigmatisation.

1. Décrire le vécu de stigmatisation d'autrui et d'auto-stigmatisation

Cette première étape vise à décrire l'expérience vécue en faisant appel à l'expérience personnelle des étudiants pour décrire et comprendre le problème. Dans cette première phase, les étudiants sont invités à discuter deux à deux pour échanger sur leur vécu et répondre aux questions. Cette étape est essentielle pour favoriser la participation des étudiants, développer leur motivation intrinsèque et chercher à résoudre l'énigme présentée de manière autonome à partir de leur vécu et de leurs connaissances préalables. La vidéo stimulant l'empathie et l'identification, les étudiants font spontanément référence à leurs expériences personnelles. Cette première étape permet de s'assurer que les étudiants ont bien compris le sujet, l'ont rattaché à leur propre expérience, et ont identifié les éléments principaux qui seront analysés dans la deuxième étape.

2. Analyser le processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation

La deuxième étape vise à acquérir les compétences nécessaires pour analyser le problème durant la troisième étape. La démonstration des connaissances se fait par la lecture d'articles, de chapitres de livres, par des cours en ligne ou en présentiel. La lecture d'articles ou de chapitres de livres est favorisée pour développer l'autonomie dans l'acquisition des connaissances et respecter les rythmes individuels.

- Lecture d'article Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmate de la 'folie': de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse*. 2013;9(377):588-92.

3. Discuter les voies pour surmonter la stigmatisation et l'auto-stigmatisation

La dernière étape vise à rechercher des pistes d'intervention et initier «l'intégration des compétences dans des activités concrètes» dans le cadre de travail de l'étudiant. Avec l'aide du tuteur, l'étudiant examine comment il peut appliquer les compétences acquises dans le cadre de ses activités.

Préparation pour les tuteurs

Le corrigé de l'exercice est destiné aux tuteurs. Il reprend le texte dactylographié du stand-up et en extrait les éléments d'analyse et de compréhension.

Correspondance

Charles Bonsack
Département de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Site de Cery
CH-1008 Prilly-Lausanne
[Charles.Bonsack\[at\]chuv.ch](mailto:Charles.Bonsack[at]chuv.ch)

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
- 2 Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, M. Wirtz, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009.
- 3 Smith K E, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ*. 2017;51(11):1146-59.
- 4 Berney A and Bourquin C. Individual Supervision to Enhance Reflexivity and the Practice of Patient-Centered Care: Experience at the Undergraduate Level. *J Cancer Educ*. 2019;34(2):363-5.
- 5 Docherty JP, Marder SR, Vankammen DP, Siris SG. Psychotherapy and Pharmacotherapy - Conceptual Issues. *Am J Psychiatr*. 1977;134(5):529-33.
- 6 Verduin ML, Boland RJ, Guthrie TM. New directions in medical education related to psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(3):338-46.
- 7 Bart P, Monti M, Gachoud D, Félix S, Turpin D, Marino L, et al. PROFILES: portrait-type de nos futurs médecins! *Rev Med Suisse*. 2020;6(678):133-7.
- 8 Dewey J. *Expérience et éducation*. Paris, Colin; 1968
- 9 Dewey J. *Démocratie et éducation: suivi de Expérience et Education*. Armand Colin; 2018.

10 Kolb AY, Kolb DA. *Experiential Learning Theory*. Encyclopedia of the Sciences of Learning. N. M. Seel. Boston, MA, Springer US. 2012. p. 1215-9.

11 Nguyen A, Frobert L, Kollbrunner A, Favrod J. An Evaluation of an Online Training Platform for Teaching Positive Emotions for People With Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2022;13:8.

12 Nguyen A, Frobert L, McCluskey I, Golay P, Bonsack C, Favrod J. Development of the Positive Emotions Program for Schizophrenia: An Intervention to Improve Pleasure and Motivation in Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016; 7:13.

13 Durand M, Goudeaux A, Horcik Z, Salini D, Danielian J, Frobert L. Expérience, mimésis et apprentissage. *Expérience, activité, apprentissage*. Presses Universitaires de France. 2013. p. 39-64.

14 Leblanc S, Bouchot H, Secheppet M. Modélisation théorique de l'expérience mimétique et cours d'action: analyse de situations de formation en enseignement, santé, et sport. *Activités*. 2021;18-1.

15 Brodie I. Stand-up Comedy as a Genre of Intimacy. *Ethnologies*. 2008;30(2):153-80.

16 Koziski S. The Standup Comedian as Anthropologist - Intentional Culture Critic. *J Popular Culture*. 1984;18(2):57-76.

17 McCarron K, Savin-Baden M. Compering and comparing: stand-up comedy and pedagogy. *Innovations in Education and Teaching International*. 2008;45(4):355-63.

18 Merrill MD. First principles of instruction. *Etr&D-Educational Technology Research and Development*. 2002;50(3):43-59.

19 Bonsack C, Nguyen A, Frobert L, Favrod J. Saillance aberrante et production délirante. *Santé mentale*. 2020; 253:42-7.

20 Bonsack C, Favrod J, Berney A, Sohrmann M, Frobert L, Nguyen A. Stand-up-comedy inspired experiential learning for connecting emotions and cognitions in healthcare education: A pilot study. *Innovations in Education and Teaching International* (in press).



Charles Bonsack

Service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse