



UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

# THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation de l'intérêt de l'utilisation d'une représentation théâtrale  
dans le développement de la relation médecin-patient : une revue  
systématique de la littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai à 18h  
au Pôle Formation de l'Université de Lille Henri Warembourg  
**Par Elric BUREAU**

---

**JURY:**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

---

## **Avertissement :**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.





# Sommaire

Avertissement .....	2
Remerciements.....	3
Sommaire .....	5
Glossaire.....	7
Introduction .....	8
Méthodes .....	11
I. Stratégie de Recherche .....	11
II. Aspects éthiques et réglementaires.....	12
III. Selection des articles.....	13
IV. Extraction des données .....	14
V. Évaluation méthodologique des articles .....	15
1. Études quantitatives.....	15
2. Études qualitatives .....	15
Résultats.....	16
I. Diagramme de flux.....	16
II. Caractéristiques des interventions.....	18
A. Origines géographique et dates de publication.....	18
B. Mise en œuvre des interventions .....	19
C. Lieux des interventions .....	21
D. Population des échantillons et modes de recrutement .....	21
E. Objectifs des interventions .....	24
III. Qualité méthodologique des articles.....	25
1. Qualité méthodologique des études quantitatives .....	25
2. Qualité méthodologique des études qualitatives .....	28
IV. Synthèse des résultats .....	30
1. Résultats des études quantitatives .....	30
2. Résultats des études qualitatives .....	43
Discussion .....	54
I. Synthèse des principaux résultats .....	54
II. Biais méthodologiques des études incluses .....	57
III. Forces et limites de l'étude .....	60
A. Forces de l'étude .....	60
B. Limites de l'étude .....	60
IV. Comparaison avec la littérature .....	62

V. Perspectives .....	64
Conclusion .....	66
Financement et conflits d'interet : .....	67
Annexe I : Équation de recherche.....	68
Annexe II : Résumé complet des études quantitatives .....	72
Annexe III : Résumé complet des études qualitatives .....	87
Annexe IV : Outils d'évaluation méthodologique.....	95
Annexe V : Outils de mesures standardisés .....	97
Bibliographie .....	103

# Glossaire

<b>AAQ-S</b>	<i>Acceptance and Action Questionnaire - Stigma</i>
<b>BAOP</b>	<i>Beliefs About Obese Persons scale</i>
<b>CAHPS</b>	<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
<b>ConQual</b>	<i>Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research</i>
<b>D-MISS</b>	<i>Day's - Mental Illness Stigma Scale</i>
<b>Emtree</b>	<i>Embase Subject Headings</i>
<b>EVA</b>	<i>Echelle Visuelle Analogique</i>
<b>JBI-QARI</b>	<i>Joanna Briggs Institute's - Qualitative Assessment and Review Instrument</i>
<b>JGIM</b>	<i>Journal of General Internal Médecine</i>
<b>JSE</b>	<i>Jefferson Scale of Empathy</i>
<b>MERSQI</b>	<i>Medical Education Research Study Quality Instrument</i>
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>MICA</b>	<i>Mental Illness Clinician's Attitudes scale</i>
<b>NATOOPS</b>	<i>Nurse' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale</i>
<b>NC</b>	<i>Non Communiqué</i>
<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
<b>SRQR</b>	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>

# Introduction

La relation médecin-patient occupe une place centrale dans la pratique médicale et sa bonne facture constitue un prérequis indispensable à l'obtention de résultats thérapeutiques optimaux. Son action bénéfique s'observe à de nombreux niveaux qui vont au-delà d'une meilleure observance ou de l'effet placebo et dont l'impact se retrouve dans de nombreux indicateurs de santé aussi bien objectifs que subjectifs (1–3).

Les compétences entrant en jeu dans cette relation sont nombreuses et dépassent les seules connaissances scientifiques et pratiques requises pour apporter une réponse à un problème biomédical. Selon l'Académie Nationale de Médecine les principaux facteurs permettant du côté du médecin d'instaurer, de développer et de maintenir ce lien sont ainsi : l'écoute, l'empathie, le respect mutuel, la décision partagée, la communication ainsi que la dispensation d'informations claires et sincères (4).

Pourtant, malgré les preuves de son importance dans la pratique médicale, les ressources allouées à développer ces compétences dans la formation initiale et continue restent pauvres en France (4–7). Dans le même temps, des études rapportent que les problèmes d'ordre relationnels constituent une part prédominante des causes d'insatisfaction des patients à l'issue de leurs rencontres avec les médecins (8,9). Communication compliquée, manque d'écoute, absence de prise de perspective, manque de liberté dans les décisions sont ainsi autant d'éléments qui peuvent amener le patient à s'estimer insatisfait ou incompris (9).

Ces mésententes dans le partenariat de soin sont problématiques car elles peuvent, en plus d'être une source d'erreurs, aboutir à des comportements inadaptés vis-à-vis d'un problème de santé (baisse de l'observance, dégradation de l'autogestion). Le patient peut également hésiter à se confier sur son état de santé et même dans certains cas retarder voire renoncer à consulter un médecin (2). Les conséquences d'une mauvaise relation thérapeutique ne se concentrent pas uniquement sur le patient : il a également été démontré qu'une mauvaise communication augmentait la charge mentale du praticien et ainsi le risque de burn-out (10).

Dans l'ambition de remédier à ces problèmes et d'améliorer le rapport professionnel entre médecin et patient, de nombreuses méthodes pédagogiques ont vu le jour (11,12). Si de nombreux chercheurs reconnaissent que les documents écrits ou les cours magistraux ne constituent pas toujours une stratégie d'apprentissage efficace, il n'existe actuellement pas de consensus sur la façon la plus appropriée d'améliorer ce lien ou de développer les aptitudes humaines qui lui sont nécessaires (11,13–15).

L'une des méthodes à l'étude propose d'adopter une perspective utilisant le théâtre (16–19). L'approche consiste à proposer dans un but pédagogique à des étudiants et professionnels de santé d'assister à une pièce de théâtre qui dépeindrait des situations et des problématiques variés concernant le patient, sa santé et le système de soins (20–22).

Dans cette intervention la pièce exposée intègre une mise en scène et une interprétation ayant été spécifiquement étudiée dans le but de développer la réflexion et la transmission des connaissances relationnelles telles que l'empathie, la communication ou l'écoute (23–25).

Le principe de base de cette idée est d'utiliser les concepts et qualités essentielles qu'offrent le théâtre et ses méthodes pour impacter le spectateur tout en permettant de toucher un public nombreux.

Dans une revue de portée canadienne de 2022, Johnston et Jafine (26) ont pu illustrer cette méthode par un recueil non exhaustif des initiatives de cette nature en Amérique du Nord pour lequel le terme « théâtre appliqué » est fréquemment utilisé.

S'il fait état d'un essor de l'utilisation de pièces de théâtre représentées à des fins d'éducation médicale, il n'existe cependant pas à ce jour de synthèse objective quant à l'évaluation de leur efficacité dans l'amélioration des interactions entre médecin et patient.

### Question de recherche :

L'utilisation d'une pièce de théâtre à destination des professionnels de santé peut-elle constituer une intervention efficace pour améliorer la relation médecin-patient ?

L'objectif de l'étude est d'évaluer s'il est possible de développer la relation entre patients, médecins et futurs praticiens en exposant à ces derniers une pièce de théâtre qui aurait été spécifiquement conçue dans cette ambition.

A travers une revue systématique de la littérature scientifique, cette recherche aspire à établir un recueil des articles originaux ayant évalué ce type d'intervention en santé dans le développement d'aptitudes et de compétences relationnelles impliquées dans la construction d'une relation médecin-patient de bonne qualité.

# Méthodes

Pour répondre à l'objectif de travail une revue systématique de la littérature scientifique internationale a été réalisée.

## I. Stratégie de recherche

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, EMBASE, Web of science, Cochrane Library, PsycInfo, PsycArticles, ERIC et EDP sciences ont été consultées pour la réalisation de ce document.

Une première recherche bibliographique dans la base de données Medline via Pubmed a permis d'établir un répertoire initial d'études pertinentes se référant à l'utilisation des arts et du théâtre à des fins de pédagogie médicale. Ce recueil a permis un ciblage de termes et de mots clés adéquats ainsi que leurs synonymes afin d'être utilisées dans l'élaboration de l'équation de recherche. Ces derniers ont été regroupés en trois grands concepts (Tableau 1a).

**Tableau 1a : Concepts et mots clés de l'équation de recherche.**

<b>Concept 1 : Intervention</b>		<b>Concept 2 : Population cible</b>		<b>Concept 3 : Objectifs</b>
<b>Mots clés</b> <b>Theatre(-er)</b> <b>(ethno/socio/psycho)</b> <b>Drama</b> <b>(ethno/socio/psycho)</b> <b>Scene/show</b> <b>Dramatist/dramaturg</b> <b>ist/Playwright</b>	<b>AND</b>	<b>Mots clés</b> <b>Health/Medical/Nurse(-ing)</b> <b>Personnel/Trainee/Student/</b> <b>Pupil</b> <b>Practitioner</b> <b>Provider</b> <b>Health(-care) professional</b> <b>Undergraduate/Student</b> <b>Nursing/Medical Education</b>	<b>AND</b>	<b>Mots clés</b> <b>Behavior</b> <b>Patient-</b> <b>Profesional/clinician/</b> <b>psysician/doctor/prac</b> <b>-titioner</b> <b>relation(ship)</b> <b>Empathy</b> <b>Patient Centered Care</b> <b>Humanism/Altruism</b> <b>Emotion</b> <b>Compassion</b> <b>Professionalism</b> <b>Trust</b> <b>Personhood</b> <b>Communication</b> <b>Pedagogic</b> <b>Awareness</b> <b>« Living with »</b>

La formulation de l'équation a, par la suite, été établie par l'auteur en collaboration avec une bibliothécaire du service de documentation de l'université de médecine de Lille Warembourg. Différentes syntaxes de cette formule ont successivement été testées dans Pubmed à partir d'une combinaison de ces termes sous la forme de mots clés libres ou de descripteurs MeSH/Emtree. L'équation retenue détaillée et ses traductions au plus proche dans les différents moteurs de recherche scientifiques sont consultables en annexe I.

La date limite de publication pour lequel les articles ont été recherchés a été fixée au 01 août 2023 sans restriction de date antérieure.

## **II. Aspects réglementaires et éthiques**

Cette revue a été menée conformément aux lignes directrices de la norme PRISMA (27). Le protocole a été établi à priori de la recherche, sans modifications ultérieures. Ce dernier n'a pas fait l'objet d'une inscription à un registre. Compte tenu de la nature du travail, aucun avis éthique n'a été requis.

### **III. Sélection des articles**

La sélection s'effectuait dans un premier temps sur la lecture du titre puis du résumé. Si ce dernier remplissait les critères d'inclusion et d'exclusion, alors une dernière étape de sélection avait lieu après examen détaillé du texte intégral. La sélection, l'inclusion et l'évaluation des études ont été réalisées de manière indépendante par deux investigateurs. Le choix de retenir un article ainsi que son évaluation a nécessité l'unanimité des deux chercheurs. En cas de désaccord une discussion s'opérait jusqu'à obtention d'un consensus.

La sélection des articles a été réalisée du 01/08/2023 au 06/01/2024. La gestion de la bibliographie ainsi que l'identification des doublons ont été réalisées à l'aide du logiciel Zotero.

#### **Tableau 1b : critères de sélection**

---

##### **Critères d'inclusion :**

---

- Les articles doivent être des études interventionnelles.
- L'intervention doit consister dans l'utilisation seule d'une représentation théâtrale, exposée à la population cible dans une fin didactique.
- La population cible doit être des étudiants ou des professionnels de santé, ceux-ci, en position de spectateurs ne devant pas prendre un rôle actif dans la performance théâtrale.
- La représentation doit avoir pour thème une ou plusieurs problématiques ayant trait aux patients dans leur condition humaine et/ou dans leur rapport avec le milieu de la santé.
- Les articles doivent inclure une évaluation quantitative ou qualitative de l'intervention, portant sur l'amélioration, dans la population cible, d'une ou de plusieurs compétences entrant en jeu dans la construction d'une relation médecin-patient de bonne qualité. (Empathie, respect mutuel, information claire et sincère, communication, partenariat et décision partagée)

---

##### **Critères d'exclusion :**

---

- Articles non disponibles en langue française ou anglaise (langues maîtrisées par les investigateurs).
  - Articles indisponibles en intégralité.
  - Articles n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs.
  - Les articles évaluant de façon conjointe plusieurs méthodes pédagogiques relatives au théâtre et/ou à ses techniques. (Par exemple : une représentation théâtrale associée à des ateliers de formation ou à des cours magistraux.)
-

Les articles se référant au théâtre des lecteurs (*Reader's theatre*) bien que parfois qualifié de sous genre théâtral n'ont pas été inclus. La raison est que cette méthode implique une narration seule, ce qui exclut le dialogue, la mise en scène et l'interprétation vivante propre au genre théâtral.

Du fait de l'absence de consensus définissant le critère « empathie », la définition largement acceptée issue de Mercer et Reynolds (28) sera utilisée. Celle-ci définit le terme comme la capacité à comprendre la situation, le point de vue et les sentiments d'une personne, à lui communiquer cette compréhension et à agir en conséquence de manière utile et thérapeutique.

#### **IV. Extraction des données**

Pour chaque article retenu, les caractéristiques extraites ont été les suivantes : (dans la limite des données fournies).

- (1) **Informations de référence** : Titre, Auteur, Date de publication, Pays source et revue de publication.

##### Population cible :

- (2) **Caractéristiques de l'échantillon** : Taille de(s) l'échantillon(s), Caractéristiques socio-démographiques, Niveau d'étude ou diplôme si professionnel, Méthode de recrutement des participants, Taux de réponse (nombre de participants à la pièce ayant complété l'étude parmi les spectateurs.).

##### Intervention :

- (3) **Modalités de l'intervention** : Thème et court résumé descriptif de l'intervention, Lieu de réalisation, Durée de l'intervention, Nombre et fréquence, Caractéristiques des intervenants.
- (4) **Modalités de l'évaluation** : Design de l'étude et outil(s) d'évaluation.
- (5) **Objectifs de l'étude.**

##### Résultats :

- (6) **Résultats.**

##### Qualité de l'étude :

- (7) **Évaluation de la qualité méthodologique** : Score MERSQI ou JBI-QARI.

## V. Évaluation méthodologique des articles

### 1. Études quantitatives

La qualité des articles a été évaluée à l'aide du score MERSQI « *Medical Education Research Quality Study Instrument* ». Il s'agit d'un outil conçu pour évaluer la qualité méthodologique des études expérimentales, quasi expérimentales et observationnelles issues de la recherche quantitative en éducation médicale (29). Développé en 2007, ce score est depuis couramment utilisé et possède une validité démontrée ainsi qu'une très bonne fiabilité inter et intra-évaluateur (30–32). L'instrument se constitue en 10 items reflétant 6 domaines d'évaluation de la qualité d'une l'étude (voir annexe IV).

**Tableau 1c : description du MERSQI**

Domaine	Nombre d'items
1. Conception de l'étude :	1 item
2. Échantillonnage :	2 items
3. Type de données (subjectives ou objectives) :	1 item
5. Analyse des données :	3 items
6. Résultats :	1 item
<b>Score total.</b>	

Chaque item est évalué sur un score allant de 1 à 3 pour un total compris entre 5 (le moins bon) et 18 (le meilleur). Le score total est ajusté au dénominateur standard (18) pour la comparaison entre articles si du fait de l'architecture de l'étude un élément de cette échelle se retrouve non évaluable (précisé « non applicable »).

### 2. Études qualitatives

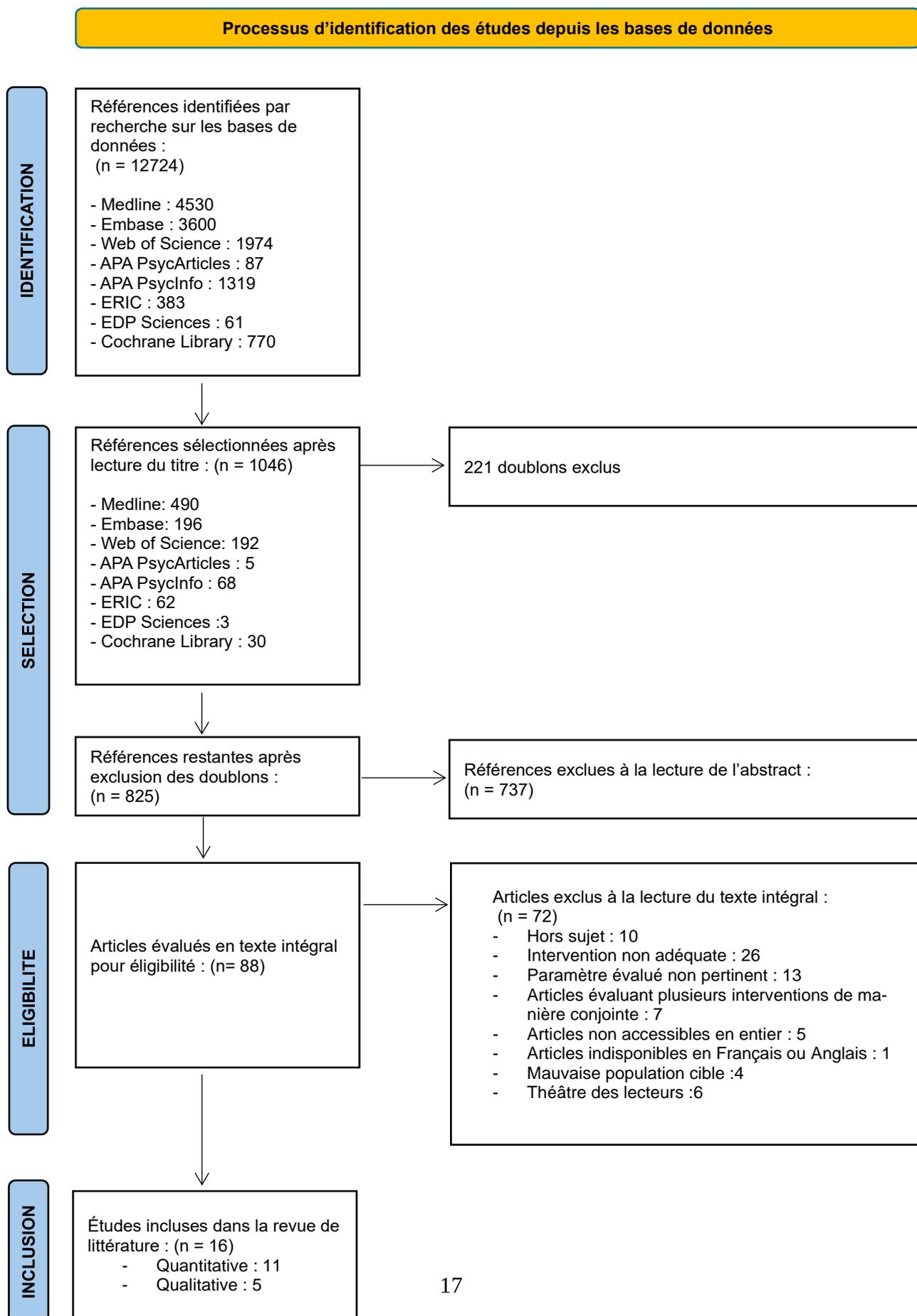
Le JBI-QARI « *Joanna Briggs Institute's - Critical Appraisal Checklist for qualitative Research* » sera utilisé pour évaluer la qualité des études qualitatives (33). Il s'agit d'un instrument standardisé consistant en une grille 10 questions (voir annexe IV) développé par l'institut Joanna Briggs pour les revues systématiques qualitatives (34).

# **Résultats**

## **I. Diagramme de Flux**

Les différentes étapes du processus de sélection de la recherche bibliographique sont détaillées dans le diagramme de flux (voir figure 1).

**Figure 1 : Diagramme de flux**



L'ensemble des données extraites de chaque article inclus, classés par date de publication, est disponible annexe II et III.

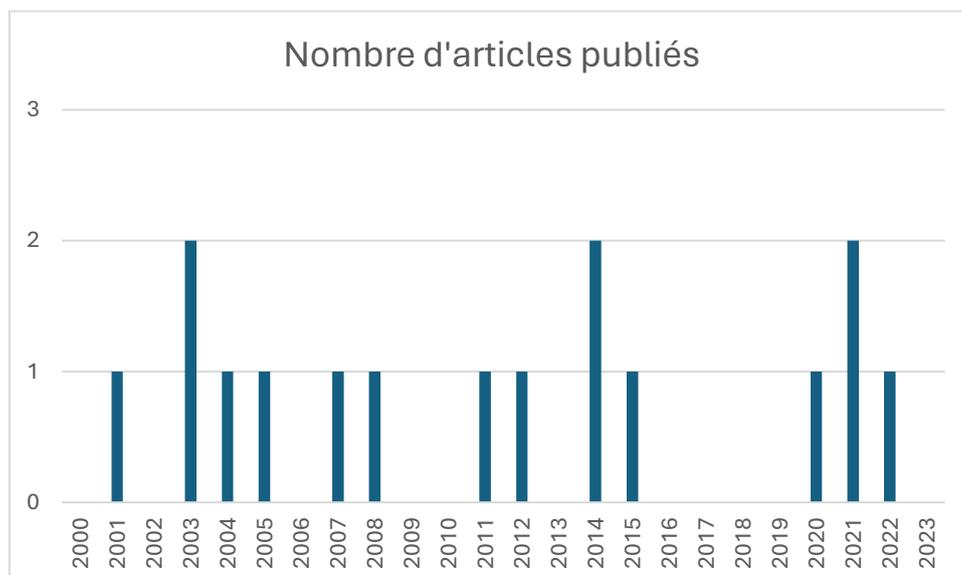
## II. Caractéristiques des interventions

### A. Origines géographique et dates de publication

Au niveau des pays de publication, la grande majorité des études 13 (81%) ont été menées en Amérique du Nord (Canada n=6 ; États-Unis n=6 ; dans les deux pays n=1), deux (13%) ont été réalisées en Europe, au Royaume-Uni (Irlande du Nord n=1 ; Angleterre n=1), et une (6%) en Asie (Corée du sud n=1).

Malgré l'absence de facteur limitant l'inclusion dans une date antérieure, aucun article publié avant les années 2000 n'a rempli les critères de sélection. Le nombre de publication des études incluses dans la revue par année est représenté figure 2.

**Figure 2 : Nombre d'articles inclus par année de publication dans le monde jusqu'en aout 2023.**



## **B. Mise en œuvre des interventions**

### a) Interprétation théâtrale professionnelle :

La création de l'intervention théâtrale a dans la majorité des cas été réalisée par un metteur en scène professionnel en collaboration avec une équipe de chercheurs (n=13). Dans cette catégorie, seule la pièce « Wit » utilisée dans 2 études (23,35) est issue du divertissement grand public et n'a pas été conçue initialement dans un objectif pédagogique. L'interprétation de ces pièces a été effectuée par des acteurs professionnels dont la plupart avait une expérience dans le rôle de patients ou de professionnels de santé. Dans celles-ci, 3 études : Shapiro (36) (VIH/Cancer), Hawke (37) et Michalak (38) (Trouble bipolaire) employaient des acteurs touchés par la maladie dépeinte. De manière relativement similaire, les trois articles de Wasmuth (2020) (39) (2021) (40) (2022) (24) utilisaient des interprètes professionnels issus de la classe populationnelle défavorisée concernée par l'étude (respectivement les femmes noires, les personnes transgenres et les individus toxicomanes).

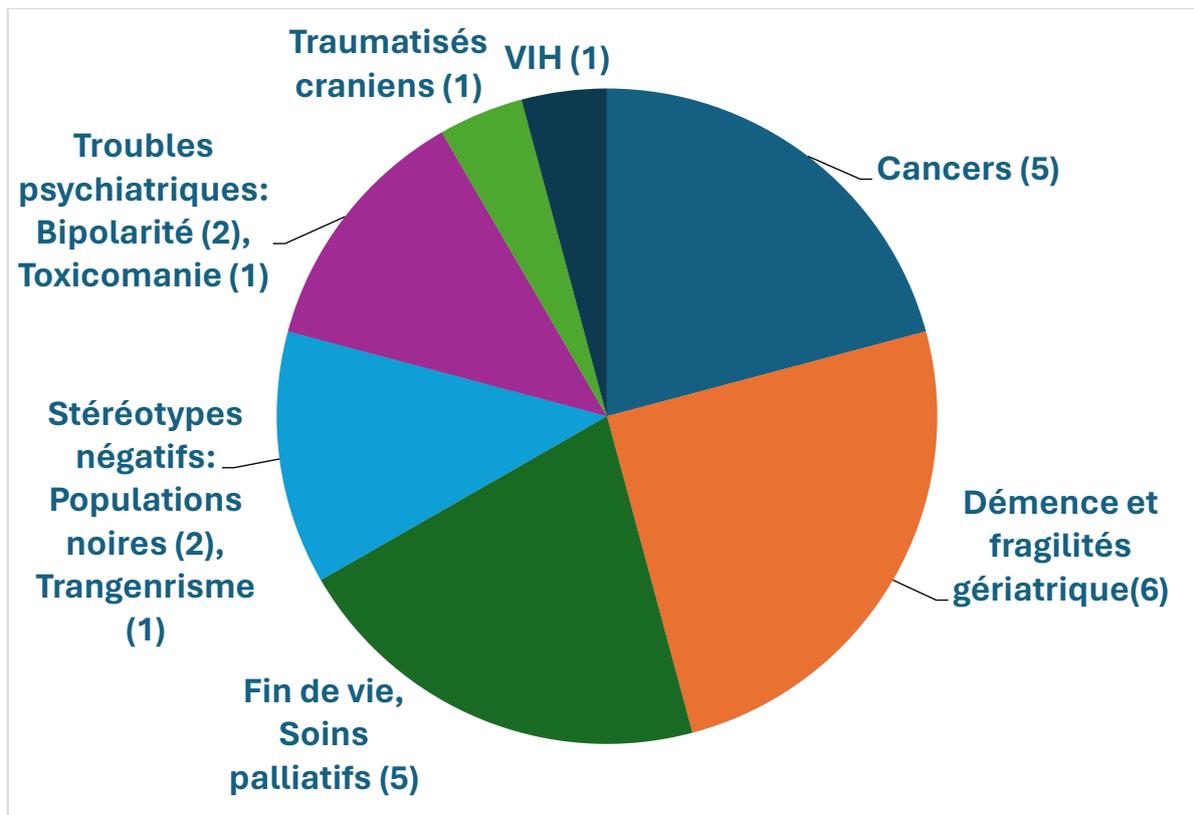
Dans leur déroulement, cinq pièces se présentaient dans un format de monologue (24,36–38,40) et n'impliquaient contrairement aux autres interventions qu'un seul intervenant.

### b) Interprétation théâtrale amateur :

A contrario de ces représentations professionnelles, deux études faisaient usage de pièces amateurs et n'ont pas utilisé d'acteurs expérimentés : Van Winkle (41) a ainsi recouru à 2 étudiants volontaires dans un duo (qui ne participaient pas à l'étude) et Deeny (42), dont les scènes ont été jouées par deux professeurs en sciences infirmières. Ces deux dernières interventions, essentiellement destinées à des étudiants dans le cadre de leur formation universitaire, étaient les plus courtes répertoriées dans cette revue. (Respectivement 10 et 20 minutes contre des durées allant de 30 minutes à 1h30 pour les pièces "professionnelles".)

Les principaux thèmes abordés par les pièces de théâtres sont représentés figure 3.

**Figure 3 : Thèmes principaux abordés par les interventions théâtrales des études incluses et nombre d'occurrence :**



c) Débat en fin de performance :

Chaque intervention était suivie d'une discussion post-performance entre le(s) acteur(s), l'audience et l'équipe organisatrice à l'exception de Wasmuth (2022) (24) et de Lorenz (35) pour une des universités participantes.

Quatre études (37,38,41,43) précisent que la discussion a eu lieu après l'évaluation pour ne pas influencer les résultats.

Dans l'intervention de Shapiro (36) sur le VIH et celle de Deloney (23), des groupes pluridisciplinaires de médecins en lien avec les domaines thématiques dans l'intervention ont été intégrés dans les discussions après représentation (professionnels travaillant dans le milieu du VIH dans le premier groupe et une équipe médicale pluridisciplinaire liée aux soins palliatifs pour le second groupe).

### **C. Lieux des interventions**

La majorité des études quantitatives étaient multicentriques (n=8). Les interventions se sont déroulées dans des lieux variés :

- Quatre pièces se sont tenues dans des universités à destination de participants essentiellement étudiants.
- Lorsque les professionnels étaient impliqués, le lieu de travail (hôpital n=1), un congrès (n=1) ou des théâtres de proximité (n=5) étaient choisis comme lieu de représentation.
- Trois études ont combiné des lieux différents pour leurs interventions : théâtres de ville, universités et hôpitaux pour Lorenz (35), théâtres et hôpitaux pour Wasmuth (2020) (39) et hôpital, congrès et universités pour Colantonio (43).

Trois représentations théâtrales ont été exposées sous forme de vidéos : Michalak (38) dans divers lieux de projection collectives, ainsi que Wasmuth (2021) (40) et (2022) (24) qui ont quant à eux utilisé des monologues filmés accessibles dans un webinaire. Ce type de format a été justifié par la nécessité de distanciation sociale liée au covid19 et par les avantages que cela offrait en termes de possibilités de dissémination.

### **D. Population de l'échantillon et mode de recrutement**

Les différentes populations composant les échantillons des études et les proportions entre médicaux et paramédicaux sont résumés tableau 2a.

Dans les études ayant un échantillon constitué de professionnels, la présence de médecins n'était rapportée que dans seulement 4 des 11 articles répertoriés. Leur nombre n'est pas mentionné dans des proportions exactes dans trois d'entre elles.

Cette faible présence du milieu médical dans les interventions à destination des professionnels ne se retrouve pas au niveau étudiant ou ils constituent la population cible dans 3 des 5 articles concernés de cette revue. Les initiatives à destination des étudiants sont majoritairement destinées aux premières années et servent le plus souvent de module d'introduction.

Tableau 2a : Population des études			
Etude	Population de l'échantillon.	Discipline et proportion de médicaux/paramédicaux.	Recrutement
Deeny (2001)	Étudiants	Infirmiers	Obligatoire
Deloney (2003)	Étudiants	<b>Médecine</b> , 1 <sup>e</sup> année	Obligatoire
Lorenz (2004)	Étudiants	<b>Médecine</b> , niveaux d'étude variés	Obligatoire
Van Winkle (2012)	Étudiants	<b>Médecine</b> et pharmacie, 1 <sup>e</sup> année	Obligatoire
Suh (2021)	Étudiants	Infirmiers	Volontariat (QL)
Shapiro (2003)	Mixte (dont patients et proches)	<u>Groupe VIH</u> : 1/3 Etudiants en <b>médecine</b> . Personnel universitaire et professionnels de santé dont <b>médecins</b> (Proportions NC) ; 5/12 Patients et proches.  <u>Groupe Cancer</u> : 2/3 Etudiants en <b>médecine</b> 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> année, internes, universitaires et professionnels de santé dont <b>médecins</b> (Proportion des médecins NC) ; 1/3 Patients et proches.	Volontariat, enregistrement nécessaire
Jonas-Simpson (2011)	Mixte	Professionnels de santé et étudiants en sciences infirmières.	Volontariat (QL)
Hawke (2014)	Mixte	Infirmiers, psychologues et autres professionnels de santé dont étudiants en science infirmières et psychologie.	Volontariat, enregistrement nécessaire.
Dupuis (2016)	Mixte	Professionnels de santé et étudiants en sciences infirmières.	Volontariat (QL)
McKay (2005)	Professionnels de santé	Paramédicaux et <b>médecins</b> (Proportions NC)	Volontariat (QL), congrès payant
Kontos(2007)	Professionnels de santé	Paramédicaux	Volontariat (QL)
Colantonio (2008)	Professionnels de santé	Paramédicaux dont <b>médecins</b> (Proportion et spécialité des médecins NC)	Volontariat
Michalak (2014)	Professionnels de santé	Professionnels de santé dont <b>psychiatres</b> (7,2%)	Volontariat
Wasmuth (2020)	Professionnels de santé	Professionnels de santé. (Proportions et professions NC)	Volontariat
Wasmuth (2021)	Professionnels de santé et membres de communauté.	Professionnels de santé (Proportions et professions NC)	Volontariat
Wasmuth (2022)	Professionnels de santé	Paramédicaux et « autres » (« autres » en proportion NC)	Volontariat, enregistrement nécessaire.

Les professions du milieu médical sont surlignées en gras. (QL : études qualitatives)

Les études concernant exclusivement des étudiants étaient de nature obligatoire à l'exception de Suh (44) dont l'évaluation utilisait des focus groupes et était donc volontaire. Les auteurs de ces études ont précisé qu'aucune intervention n'avait d'impact sur l'évaluation ou l'appréciation des étudiants dans leur cursus.

Les représentations ouvertes et semi-ouvertes<sup>1</sup> ont bénéficié de divers moyens de publicité (contact direct à travers diverses institutions ; publicité sur les réseaux sociaux, dans les médias ou sur les lieux de représentation etc.). La plupart des participants pouvaient choisir de venir assister à la représentation au dernier moment hormis trois pièces qui nécessitaient un enregistrement au préalable (24,36,37).

Dans les études quantitatives, seul Deeny (42) a utilisé une méthode d'échantillonnage par grappe. Celle-ci a été employé pour homogénéiser la population religieuse de leur échantillon. (Un groupe issu d'une zone à majorité protestante et un second provenant d'une zone à majorité catholique.) Aucune étude n'était randomisée.

Trois études ont adjoint à leur analyse des questionnaires provenant de personnes ayant assisté à la pièce mais n'appartenant pas à la population étudiée. Si cette proportion est moindre dans Colantonio (43) (9% de l'échantillon) elle est conséquente dans Shapiro (36) (patients et proches représentent ainsi 5/12 du groupe VIH et 1/3 du groupe cancer) et dans Wasmuth (2021) (40) (59.5% des participants issus de la communauté transgenre, non professionnels de santé).

<sup>1</sup>. Accessibles librement, sans recrutement actif des participants, limités (semi ouvertes) ou non (ouvertes) aux professionnels de santé.

## E. Objectifs des interventions

Les objectifs des études ont été regroupés en fonction de leur appartenance ou de leur rapprochement à un des éléments conceptuels de la relation médecin-patient tels qu'énoncés dans la méthode. Par exemple, plusieurs études visaient le développement de l'empathie en d'autres termes comme la compréhension de la perspective du patient, de ses sentiments ou l'amélioration de la relation compassionnelle.

Certains objectifs complémentaires tels que l'appréciation de la qualité esthétique de la pièce, le niveau de satisfaction global ou l'acquisition de connaissances générales en lien avec la maladie n'ont pas été répertoriés dans la synthèse.

L'empathie est le critère le plus souvent recherché et était dans la grande majorité des études associé à d'autres objectifs. Le respect mutuel était retrouvé comme visée dans 5 études, essentiellement dans le cadre de la lutte contre les stéréotypes négatifs chez le personnel de santé à l'égard de certaines populations de patients.

<b>Tableau 2b : Objectifs des interventions</b>	
<b>Objectifs :</b>	<b>Articles concernés :</b>
<b>Empathie</b> : 9 (QN :6 ; QL :3)	<b>Deeny, Deloney, Lorenz, Shapiro, Colantonio, Van Winkle, Kontos, Suh, Mc Kay</b>
<b>Respect mutuel</b> : 5 (QN : 5 ; QL :0)	<b>Hawke, Michalak, Wasmuth (2020) (2021) (2022)</b>
<b>Communication</b> : 4 (QN :2 ; QL :2)	<b>Deeny, Colantonio, Kontos, Suh</b>
<b>Décision partagée</b> : 4 (QN :3 ; QL :1)	<b>Deloney, Lorenz, Colantonio, Mc Kay</b>
<b>Information claire et loyale</b> : 3 (QN :2 ; QL : 1)	<b>Deloney, Lorenz, Suh</b>

QN : Recherche quantitative      QL : Recherche qualitative

### **III. Qualité méthodologique des articles**

#### **1. Qualité méthodologique des études quantitatives**

##### a) Score MERSQI :

Le Score MERSQI moyen pour les études quantitatives est de 9,37 (médiane :10 ;  $\sigma$  : 2.42) avec un minimum de 5 et un maximum de 12,5. L'ensemble des scores obtenus par chaque article, ainsi que le détail de la notation par domaine sont présentés tableau 3.

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur les valeurs seuils définissant la qualité basse, moyenne ou élevée pour le MERSQI, la plupart des revues de littérature considèrent des scores allant de 5 à 9 comme étant de qualité faible, entre 9,5 et 13 de qualité modérée et de 13.5 à 18 de haute qualité (45,46). Ces valeurs limites seront utilisées pour établir le niveau de qualité des articles quantitatifs. Les études incluses dans cette revue sur la base du score MERSQI ont ainsi été classées de qualité faible (n=5) à modérée (n=6).

A titre comparatif, le score moyen des études publiées dans la revue JGIM (*Journal of General Internal Médecine* sur l'éducation médicale (portant sur les étudiants en médecine et la formation médicale continue des médecins et du corps professoral) était de 10.7 (47). Un score assez similaire à celui de Reed et al. (29) de 10, retrouvé sur un échantillon de 210 études publiées dans 13 revues à comité de lecture spécialisée en médecine générale et d'autres spécialités médicales (2,29).

##### b) Architecture des études :

La conception des études reposait essentiellement sur deux types de design : une architecture transversale post-test à un groupe pour 6 des études (parmi lequel 5 ont été classées de faible qualité) et un design prospectif comparant les résultats obtenus en pré-test à ceux post-test au sein d'un groupe unique pour les 5 autres études. Parmi ces dernières, trois, Hawke (37) (à J0 et 1 mois), Van Winkle (41) (à J0 et 3-4 mois), et Michalak (38) (à J0) et 3-4 mois) ont adopté un design séquentiel en post-test afin d'évaluer la persistance des effets de l'intervention sur l'échantillon à moyen terme.

Aucune étude dans son protocole de recherche n'a comparé leurs résultats à un deuxième groupe de référence ou à un groupe contrôle.

c) Mode d'évaluation :

Le mode d'évaluation dans toutes les études était exclusivement subjectif avec une appréciation reposant sur l'auto-évaluation des participants via des grilles plus ou moins élaborées. Les modalités de ces dernières reposaient exclusivement sur des questionnaires avec des items basés sur des échelles de Likert allant de 1 ("Pas du tout d'accord") à 5 ou 7 ("Tout à fait d'accord") évaluant l'opinion, l'attitude ou les perceptions selon un degré d'accord à une affirmation.

Seul Deeny (42) n'a pas utilisé d'échelle de Likert mais a eu recours de manière alternative à une EVA allant de 0 à 100mm (0 mm correspondait à « Pas du tout » et 100mm à « Tout à fait ») pour évaluer le niveau d'accord. Dans cette étude, les résultats ont été rapportés en taux de « réponses positives » correspondant à un curseur placé entre 50 et 100mm.

Aucune étude n'a donné de précisions quant à la présence d'explications ou de définitions concernant les éléments présents dans les questionnaires. Seulement 5 études sur les 11, ont explicitement mentionné un anonymat dans les réponses. Il n'est pas possible de dire s'il s'agit d'une absence de report pour celles-ci et un seul article, Deeny (42), affirme n'avoir pas pu anonymiser les questionnaires en raison du mode d'évaluation nécessitant des mesures par une EVA.

d) Outils de mesures standardisés :

Hormis le design, l'élément méthodologique qui différenciait les études au score supérieur à 10 du reste des articles est l'utilisation d'un outil de mesure psychométrique validé par rapport à des questionnaires développés par les auteurs. Ces derniers, conçus exclusivement dans le contexte de leur étude, n'étaient accompagnés d'aucunes informations sur leur validité et fiabilité.

Dans ces outils standardisés, l'échelle JSE « *Jefferson Scale of Empathy* » pour mesurer l'empathie a été utilisée à une reprise (41). L'AAQ-S « *Acceptance and Action Questionnaire - Stigma* » pour l'évaluation des attitudes stigmatisantes est retrouvé à deux reprises (24,40). Le D-MISS « *Day's - Mental Illness Stigma Scale* » conjointement au MICA-4 « *Mental Illness Clinician's Attitudes scale* » spécifiques aux préjugés et aux attitudes stigmatisantes dans le domaine de la psychiatrie sont employés dans 2 études (37,38).

(Voir détails annexe V.)

**Tableau 3 - MERSQI Score des domaines et des items pour les études incluses.**

Domaine	Items	Notation											Moyenne ( $\sigma$ )	Taux	
		Deeny (2001)	Deloney (2003)	Lorenz (2004)	Shapiro (2003)	Colantonio (2008)	Winkle (2012)	Hawke (2014)	Michalak (2014)	Wasmuth (2020)	Wasmuth (2021)	Wasmuth (2022)			
MERSQI	Score Total (Maximum 18)														
Design de l'étude (maximum 3)	Étude transversale ou post-test à un groupe (1)	1	1	1	1	1				1				1,23 (0,24)	55% (6)
	Pré-test et post-test à un groupe (1,5)						1,5	1,5	1,5		1,5	1,5			45% (5)
	Étude non randomisée à deux groupes (2)														0%
	Étude randomisée contrôlée (3)														0%
Échantillon: Institutions, n (maximum 3)	1 (0,5) ou non applicable (-)		0,5		0,5		0,5						1,18 (0,39)	27% (3)	
	2 (1)							1						9% (1)	
	>2 (1,5)	1,5		1,5		1,5		1,5		1,5	1,5	1,5		64% (7)	
Échantillon: Taux de réponse (maximum 1,5)	Non applicable (N/A)			N/A		N/A							1,22 (0,31)	18%(2)	
	< 50% (0,5)				0,5					0,5				18% (2)	
	50-74% (1)										1			9% (1)	
	≥75% (1,5)	1,5	1,5				1,5	1,5	1,5	1,5				55%(6)	
Echantillon: Mode d'évaluation (maximum 1,5)	Subjectif, autoévaluation (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100% (11)	
	Objectif (3)													0%	
Validité de l'instrument de mesure. (maximum 3)	Non applicable (N/A)												1,81 (1,33)	0%	
	Contenu (1)	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		64% (7)	
	Structure interne (1)	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		64% (7)	
	Relations avec d'autres variables (1)	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		55% (6)	
Analyse des données. Sophistication (maximum: 2)	Descriptive (1)	1	1	1	1	1				1			1,45 (0,50)	55% (6)	
	Au delà de l'analyse descriptive (2)						2	2	2		2	2		45% (5)	
Analyse des données, Appropriation (maximum 1,5)	Inappropriée ou pas d'analyse statistique (0)	0	0	0	0	0				0			0,45 (0,50)	55% (6)	
	Appropriée (1)						1	1	1		1	1		45% (5)	
Résultats (maximum: 3)	Satisfaction, attitudes, perceptions (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100% (11)	
	Connaissances, habilités (1,5)													0%	
	Comportements (2)													0%	
	Indicateurs/résultats de santé (3)													0%	
TOTAL		9/18	7/18	6,54/18	5/18	6/18	11,5/18	12,5/18	12/18	10/18	11,5/18	12/18	<b>9,37/18</b>		

## 2. Qualité méthodologique des études qualitatives

<b>Tableau 4. Score des études incluses pour les items du JBI-QARI</b>					
<b>Items</b>	McKay (2005)	Kontos (2007)	Jonas-Simpson (2011)	Dupuis (2016)	Suh (2021)
1/ Existe-t-il une congruence entre la perspective philosophique énoncée et la méthodologie de recherche ?	Non	Oui	E	Oui	Oui
2/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la question ou les objectifs de recherche ?	E	Oui	Non	Non	Oui
3/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour collecter les données ?	E	Oui	Oui	Oui	Oui
4/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la représentation et l'analyse des données ?	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
5/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats ?	Oui	Non	Non	Oui	Oui
6/ Le contexte culturel ou théorique du chercheur est-il énoncé ?	Non	Non	Non	Non	Non
7/ L'influence du chercheur sur la recherche, et vice versa, est-elle abordée ?	Non	Non	Non	Non	Non
8/ Les participants et leurs voix sont-ils correctement représentés ?	Oui	Oui	Non	Oui	E
9/ La recherche est-elle éthique selon les critères actuels ou, pour les études récentes, existe-t-il des preuves d'approbation éthique par un organisme approprié ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
10/ Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse ou de l'interprétation des données ?	E	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Total</b>	<b>4/10</b>	<b>7/10</b>	<b>3/10</b>	<b>6/10</b>	<b>7/10</b>

E : Equivoque

### a) Stratégies d'analyse des données :

Trois études se rapportaient d'une approche thématique déductive et deux autres d'une approche phénoménologique interprétative. Ces deux derniers articles étaient contigus et évaluaient l'effet d'une même intervention à deux temps différents. En premier lieu Jonas-Simpson (48) compare ainsi les synthèses issues de l'analyse de deux séries de focus groupe, l'une ayant eu lieu avant et l'autre après la représentation théâtrale « I'm still Here ».

Dans un second temps, Dupuis (49) annonce, dans la suite de cette première étude comparer les résultats retrouvés initialement, aux données qualitatives récupérées sur le même échantillon à 6 semaines et 1 an à l'aide d'interviews semi-structurés.

Suh (44) adopte de son côté une analyse thématique tandis que Mc Kay (50) ne donne, quant à elle, pas d'informations quant à son approche méthodologique. Cette dernière consiste en une analyse descriptive de documents (réponses écrites) pour laquelle une synthèse est fournie avec citation d'exemples. Jonas-Simpson (48) manque de clarté quant à son approche phénoménologique et identifie des thèmes de changement plutôt que de donner un récit cohérent du vécu de l'expérience.

b) Positionnement des auteurs dans la recherche :

Aucune étude ne donne d'informations sur la position du ou des chercheurs ni de leur influence sur la recherche.

## **IV. Synthèse des résultats**

### **1. Résultats des études quantitatives**

Seules 5 études ont effectué une analyse statistique de leurs résultats. Les 6 articles restants, dont 5 ont été évalués comme étant de faible qualité méthodologique, se sont limités à une analyse descriptive de leurs données quantitatives. Ces dernières ont présenté leurs résultats sous forme de moyenne avec écart-type pour chaque affirmation ayant été évaluée à l'aide d'une échelle de Likert (« Pas du tout d'accord » =1 et « Tout à fait d'accord » =5).

#### **A. Empathie :**

Une seule étude de qualité moyenne, menée par Van Winkle (41) a mis en évidence une augmentation significative de l'empathie chez des étudiants de première année de médecine et de pharmacie mesurée par l'échelle JSE, immédiatement après avoir assisté à la pièce. Celle-ci est jugée comme étant de faible importance et ne s'est pas maintenue dans le temps. Ainsi les scores d'empathie mesurés à distance de l'intervention à J7 (pour le groupe pharmacie) et J26 (pour le groupe médecine) sont retournés à leur niveau initial pour les deux groupes.

Dans les analyses descriptives issues d'études de qualité méthodologique basse. Shapiro (36) a observé un score moyen de 4,81 (4 étant « D'accord » et 5 « Toujours d'accord ») quant à l'augmentation de l'empathie envers les malades chez les participants après la représentation.

Les interventions ont ainsi mené à une meilleure compréhension de l'expérience du patient (5,00 groupe VIH et 4.70 groupe cancer), une amélioration de la capacité à percevoir les sentiments du patient, les aspects personnels et problématiques subjectives (émotionnelles, psychologiques) liés à sa maladie : (4.78 ; 4.91 groupe VIH et 4.91 ; 4.70 groupe cancer).

Deeny (42), dans une population d'étudiants en sciences infirmières, a également retrouvé des résultats positifs. Entre 80 et 84% des participants de l'échantillon ont ainsi perçu la représentation théâtrale sur le cancer et les soins palliatifs comme un moyen efficace d'acquérir des connaissances sur les situations de fin de vie. Également 80 à 90%

d'entre eux ont trouvé que la pièce les avait aidés à appréhender le point de vue du patient et leurs avaient permis de se sensibiliser d'avantage aux émotions que peuvent traverser le patient (80-90%), ou ses proches (65-70%).

Dans Deloney (23) et Lorenz (35) les membres de l'échantillon affirment avoir gagné en réflexion sur l'importance de prendre en charge adéquatement la souffrance des patients tant sur le plan physique : (4.48) / (4.21) qu'émotionnel et spirituel : (4.35) / (4.26).

Shapiro (36) rapporte que l'intervention a amené les participants à réfléchir différemment aux problématiques liés au VIH et à d'autres maladie chroniques : (4,56).

### **B. Information claire, loyale et décision partagée :**

Deux études classées de qualité méthodologique faible, Deloney (23) et Lorenz (35), évaluant toutes deux l'effet de la pièce « Wit » dans le thème du cancer et des soins palliatifs rapportent avoir sensibilisé les étudiants en médecine sur l'importance de communiquer avec le patient au sujet de son pronostic :(4.40) / (4.23) et sur la nécessité de discuter des souhaits et directives concernant la fin de vie avec ce dernier : (4.33) / (4.29).

### **C. Respect mutuel :**

Cinq études ont recherché l'amélioration du respect dans les interactions entre patients et professionnels en visant l'atténuation des stéréotypes pouvant exister vis-à-vis de certaines maladies psychiatriques ou de certaines populations. Celles-ci ont été classées de qualité méthodologique moyenne sur le MERSQI.

Wasmuth (2021) (40) (sur les stéréotypes visant les populations toxicomanes) et Wasmuth (2022) (24) (sur ceux envers les populations atteintes de toxicomanies, les personnes transgenres et les femmes noires) ont mis en évidence une diminution significative des scores sur l'AAQ-S, qui évalue les croyances stigmatisantes des participants. Hawke (37) a de la même façon observée, dans son intervention sur la bipolarité, une baisse des scores de stigmatisation à l'égard de ces patients chez les professionnels de santé. Cette baisse concerne quatre éléments du D-MISS (Anxiété, Traitabilité de la maladie, Rupture sociale et Efficacité perçue des professionnels) mais ne

se constate pas au sein de la sous population d'étudiants de l'échantillon. Ce changement est maintenu à 1 mois à l'exception d'un domaine qui est celui de la traitabilité.

Michalak (38), qui a utilisé la même pièce théâtrale et outils que Hawke retrouve des résultats proches. Une diminution du D-MISS est ainsi constatée dans les cinq domaines évalués avec une tendance dans le temps à la détérioration.

Dans un deuxième temps, ces deux études sur la bipolarité (Hawke (37) et Michalak (38)) ont utilisé de manière parallèle le score MICA-4 davantage axé sur les préjugés dans les soins mais n'ont pas retrouvé de différences significatives liées à l'intervention sur ce critère.

Wasmuth 2020 (39) est la seule des cinq études sur le respect mutuel à ne pas utiliser d'outil validé pour son évaluation. Ses résultats indiquent que les participants étaient en moyenne d'accord que la pièce a améliorée leur conscience de l'existence d'inégalités et leur compréhension (4.19). Ceux-ci ont également affirmé qu'ils allaient implémenter un changement vis-à-vis des comportements pouvant y contribuer. Les résultats étaient cependant moins francs quant à un accroissement dans la prise de conscience de leurs propres biais (3.46) et neutres sur leur implication dans ces inégalités (2.89). Dans la partie discussion, les auteurs attribuent ce dernier constat au caractère « déjà avertis » du public qui est souvent mentionné dans les commentaires libres associés aux questions.

#### **D. Communication :**

Deux études classées de faible qualité méthodologique ont recherché une amélioration de la communication.

Deeny (42) a retrouvé 75% à 80% d'opinions favorables parmi les réponses des participants à ce que l'intervention allait les aider, à parler avec les patients en situation de fin de vie et à utiliser des techniques de communication comme le toucher pour exprimer leur empathie envers eux (80% de réponses favorables).

Colantonio (43) a affirmé avoir orienté sa pièce afin de rendre compte de l'importance de soins centrés sur le patient, de la communication, de la recherche du consentement et de la participation active du patient dans les prises de décisions. Dans ses résultats, les participants, professionnels de santé, ont affirmé à des moyennes d'approbation élevées (3.7 à 4.7) avoir « Appris quelque chose de nouveau » et que les connaissances apprises

et la qualité de la pièce allaient affecter la façon dont ils prennent en charge et interagissent avec leurs patients (4.0 à 4.3).

**Tableau 5a. Récapitulatif des résultats pour les études quantitatives classés de qualité méthodologique moyenne (MERSQI 9.5-12.5)**

Informations de référence	Population de l'étude	Design	Objectif(s)	Outil(s)	Résultats	Qualité (MERSQI)
<p><b>Van Winkle et al. (2012) (41)</b></p> <p><b>Etats-Unis (Michigan)</b></p>	<p><b>Étudiants en médecine (n=187) et pharmacie (n=183).</b></p> <p>Première année</p>	<p>Étude prospective séquentielle à un groupe comparaison pré/post-test.</p> <p>Post-test à J0 et J7 pour le groupe pharmacie et J26 pour le groupe médecine.</p> <p>Monocentrique</p> <p><u>Thème(s)</u>: Gériatrie, difficultés liées aux déficiences sensorielles.</p>	<p><b>Empathie.</b></p> <p>- Améliorer l'empathie des étudiants en médecine et pharmacie. Déterminer si cette évolution se maintient dans le temps.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p>- <b>Questionnaire standardisé évaluant l'empathie :</b> (Voir annexe V)</p> <p>- <b>JSE (version S et HPS)</b></p>	<p>A J0 immédiatement après la performance :</p> <p>- <b>Augmentation significative mais non substantielle de l'empathie sur le JSE dans les 2 groupes d'étudiants.</b> (p&lt;0,05)</p> <p>A J7 (pharmacie) et J26 (médecine) :</p> <p>-<b>Pas de différence significative dans les 2 groupes entre les scores mesurés par rapport aux valeurs pré-test.</b> (p&lt;0,05)</p>	<p><b>11.5/18</b></p>

<p><b>Hawke et al. (2014) (37)</b></p> <p><b>États-Unis (Arkansas)</b></p>	<p><b>Professionnels de santé (n=32) et étudiants en santé (n=28).</b></p> <p><b>Professionnels :</b> Infirmiers : 53,1% Psychologues : 9.4% Autres :37.6%</p> <p><b>Étudiants :</b> Science infirmières : 53.1% Psychologie : 39.3%</p>	<p>Étude prospective séquentielle à un groupe pré/post-test.</p> <p>Post-test à J0 et à 1 mois.</p> <p>Monocentrique</p> <p><u>Thème(s) :</u> Le trouble bipolaire.</p>	<p><b>Respect mutuel : lutte contre les stéréotypes en santé.</b></p> <p>- Diminuer les stéréotypes vis à vis des personnes atteintes de troubles bipolaires chez les étudiants et professionnels de santé.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p><b>2 questionnaires standardisés évaluant le niveau de stigmatisation :</b> (Voir annexe V)</p> <p>1. <b>D-MISS</b></p> <p>2. <b>MICA-4</b></p>	<p><b>- Diminution significative du D-MISS pour le groupe « professionnels »</b> sur 4 éléments (<i>Anxiété, Traitabilité, Rupture sociale et Efficacité des professionnels</i>) (<math>p&lt;0.05</math>)</p> <p>Changement maintenu à 1 mois à l'exception de l'élément Traitabilité. (<math>p&lt;0.01</math>)</p> <p><b>- Pas de différence significative sur le MICA-4.</b> (<math>p&gt;0,05</math>)</p> <p><b>- Pas de modification pour le groupe « étudiants »</b> du D-MISS et du MICA-4. (<math>p=0,27</math>)</p>	<p><b>12.5/18</b></p>
<p><b>Michalak et al. (2014) (38)</b></p> <p><b>Canada</b></p>	<p><b>Professionnels de santé (n=87).</b></p> <p>Large panel de professionnels de santé dont 16 infirmiers (19.3%) et 6 psychiatres (7.2%).</p>	<p>Étude prospective séquentielle à un groupe pré/post-test.</p> <p>Post-test à J0 et à 3 et 4 mois.</p> <p>Multicentrique</p> <p><u>Thème(s) :</u> Le trouble bipolaire.</p>	<p><b>Respect mutuel : lutte contre les stéréotypes en santé.</b></p> <p>- Diminuer la stigmatisation envers les patients atteints de troubles bipolaire et étudier l'évolution des effets retrouvés à moyen terme.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p><b>2 questionnaires standardisés évaluant le niveau de stigmatisation :</b> (Voir annexe V)</p> <p>1. <b>D-MISS</b></p> <p>2. <b>MICA-4</b></p>	<p><b>- Diminution significative du D-MISS sur le score total et sur les 5 sous échelles.</b> (<math>p&lt;0.001</math>)</p> <p>Tendance à l'érosion de ce changement dans le temps mesuré à 3 et 4 mois.</p> <p><b>- Pas de différence significative sur le MICA-4.</b> (<math>p=0,123</math>)</p>	<p><b>12/18</b></p>

<p><b>Wasmuth et al. (2020) (39)</b></p> <p><b>États-Unis, (Michigan)</b></p>	<p><b>Professionnels de santé et/ou membres d'une communauté (n= 118).</b></p>	<p>Étude transversale à un groupe post-test (J0).</p> <p>Multicentrique</p> <p><u>Thème(s)</u> : Les disparités dans l'accès aux soins et les différences de traitement des femmes de couleur noire.</p>	<p><b>Respect mutuel : lutte contre les stéréotypes en santé.</b></p> <p>- Réduire les inégalités en matière de soins chez les femmes noires en diminuant les stéréotypes et comportements stigmatisants à leur égard.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p>- <b>Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>5 items évalués sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <p><b>Les participants étaient en moyenne « d'accord » que la pièce a amélioré :</b></p> <p>- Leur compréhension des inégalités : 4.57 (<math>\sigma</math> :0.82).</p> <p>- Leur conscience de l'existence d'un problème récurrent d'inégalité : 4.54 (<math>\sigma</math> :0.94).</p> <p>- La probabilité qu'ils implémentent après la pièce un changement vis à vis des comportements pouvant contribuer à ces inégalités : 4.19 (<math>\sigma</math> :0.94).</p> <p><b>En moyenne « pas d'accord » :</b></p> <p>- Que la pièce est accrue la conscience de leur propre biais : 2.89 (<math>\sigma</math> :1.14) ou de leur implication dans ces inégalités : 3.46 (<math>\sigma</math> :1.18).</p>	<p><b>10/18</b></p>
---	--	--	--	---	---	---------------------

<p><b>Wasmuth et al. (2021) (40)</b> <b>États-Unis</b></p>	<p><b>Professionnels de santé et non professionnels (n=42).</b>  17 (40.5%) professionnels de santé et 25 (59.5%) membres de communautés.</p>	<p>Étude prospective à un groupe post-test (J0).  Multicentrique.  <u>Thème(s)</u> :  Les discriminations des personnes transgenres dans l'accès aux soins et dans d'autres situations quotidiennes.</p>	<p><b>Respect mutuel : lutte contre les stéréotypes</b>  - Réduire les croyances stigmatisantes et les stéréotypes vis à vis des personnes transgenres pour améliorer leur bien être dans le recours au soin.</p>	<p><b>Autoévaluation</b>  - <b>Questionnaire standardisé évaluant le niveau de stigmatisation :</b> (Voir annexe V)  - <b>AAQ-S</b></p>	<p><b>Diminution significative du score AAQ-S.</b> (<math>p &lt; 0,0001</math>)  <b>Pré-test:</b> Moy: 79,93 (<math>\sigma</math>:12,62) <b>Post-test:</b> Moy: 69,74 (<math>\sigma</math>:12,77)</p>	<p><b>11.5/18</b></p>
<p><b>Wasmuth et al. (2022) (24)</b> <b>États-Unis</b></p>	<p><b>Professionnels de santé (n=89).</b>  Ergothérapeutes (100%)</p>	<p>Étude prospective à un groupe pré/post-test (J0).  <u>Thème(s)</u> :  Les discriminations envers les femmes noires, les personnes transgenres et des personnes toxicomanes dans les soins et dans la vie quotidienne.</p>	<p><b>Respect mutuel : lutte contre les stéréotypes en santé.</b>  - Sensibiliser et faire prendre conscience aux soignants de l'existence de biais implicites vis à vis de certaines populations dans le but d'améliorer l'équité dans les soins psychiatriques.</p>	<p><b>Autoévaluation</b>  - <b>Questionnaire standardisé évaluant le niveau de stigmatisation :</b> (Voir annexe V)  - <b>AAQ-S</b></p>	<p><b>Diminution significative de l'AAQ-S.</b> (<math>p &lt; 0.0001</math>)  <b>Pré-test:</b> Moy :75,51 (<math>\sigma</math> :11,83) <b>Post-test:</b> 61,86 (<math>\sigma</math> :11,28)  Observation similaire sur l'analyse en sous-groupe en fonction des différentes familles de monologues utilisés. (<math>p &lt; 0.001</math>)</p>	<p><b>12/18</b></p>

**Tableau 5b. Récapitulatif des résultats pour les études quantitatives classés de qualité méthodologique faible (MERSQI ≤9)**

Informations de référence	Population de l'étude	Design	Objectif(s)	Outil(s)	Résultats	Qualité (MERSQI)
<p><b>Deeny et al. (2001) (42)</b></p> <p><b>Royaume Uni (Irlande du Nord)</b></p>	<p><b>Étudiants infirmiers (n= 110)</b></p> <p>Première année</p>	<p>Étude prospective à un groupe post-test (J7).</p> <p>Monocentrique</p> <p><u>Thème(s)</u>: Cancer/soins palliatifs.</p>	<p><b>Empathie et communication.</b></p> <p>- Aider les étudiants à réfléchir aux différentes façons de gérer une situation de fin de vie, à faire face au décès d'un patient.</p> <p>- Mettre en évidence les différents types de réponses émotionnelles vis-à-vis d'un décès que peuvent exprimer les patients, leurs familles mais aussi celles des soignants.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p>- <b>Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>21 questions évaluées par une échelle visuelle analogique. (100mm de longueur) ; 18 items concernant les opinions et le ressenti, 2 items reliés à des détails biographiques.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <p>- <b>Les étudiants</b> : (% de réponses favorables correspondant à une EVA entre 5 et 10)</p> <p>→ Ont perçus la pièce comme un moyen d'acquérir des connaissances sur la fin de vie et voient cette intervention comme une bonne façon d'appréhender et de mieux comprendre la perspective du patient (80-84%).</p> <p>→ Ont répondu que le drame allait les aider dans les apprentissages (80%), qu'ils avaient appréciés le drame comme méthode pour aborder les problématiques liés fin de vie (85 à 90%).</p> <p>→ 80 à 90% ont trouvé que la pièce allait les aider à comprendre comment un patient, ou ses proches (65-70%), pouvaient se sentir dans une situation de fin de vie.</p> <p>→ 75% à 80% de réponses favorables que la pièce allait les aider à parler avec les patients en situation de fin de vie et à utiliser des techniques de communication comme le toucher pour exprimer leur empathie envers eux (80%).</p>	<p><b>9/18</b></p>

<p><b>Deloney et Graham (2003) (23)</b></p> <p><b>Etats-Unis (Arkansas)</b></p>	<p><b>Étudiants en médecine (n=138)</b></p> <p>Première année.</p>	<p>Étude transversale à un groupe post-test (J0).</p> <p>Monocentrique</p> <p><u>Thème(s) :</u> « <b>Wit</b> » Cancer, soins palliatifs.</p>	<p><b>Empathie, information claire et loyale, décision partagée.</b></p> <p>- Augmenter l'empathie et la compassion.</p> <p>- Encourager la réflexion sur les attitudes dans la gestion des interactions de soins avec les patients en situation de fin de vie.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p><b>- Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>22 questions cotables sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p> <p><u>Dimensions des questions :</u> Caractéristiques générales et esthétiques de la pièce, utilité par rapport à d'autres formes d'apprentissage. Façon dont la représentation sensibilise sur l'importance de la communication et à d'autres éléments de la prise en charge dans les soins palliatifs.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <p><b>- Les étudiants ont évalué que la pièce les a fait réfléchir sur :</b> (moyenne)</p> <p>→ L'importance de prendre en charge la douleur physique des patients : (4,48).</p> <p>→ L'importance de répondre à la souffrance émotionnelle et spirituelle des patients : (4,35).</p> <p>→ L'importance de communiquer avec le patient : de son pronostic : (4,40) et de ses souhaits concernant sa fin de vie : (4,33).</p>	<p><b>6/18</b></p>
---	--	--	---	--	---	--------------------

<p><b>Lorenz et al. (2004) (35)</b></p> <p><b>Canada et États-Unis</b></p>	<p><b>Étudiants en médecine (n=1401)</b></p> <p><u>1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> année :</u> 930</p> <p><u>3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année :</u> 250</p> <p><u>Internes :</u> 201</p> <p><u>Formation post-doctorale :</u> 21</p>	<p>Étude transversale à un groupe post-test (J0).</p> <p>Multicentrique</p> <p><u>Thème(s) :</u> « <b>Wit</b> » Cancer, soins palliatifs.</p>	<p><b>Empathie, information claire et loyale, décision partagée.</b></p> <p>- Améliorer la relation compassionnelle avec le patient sur différents aspects des soins concernant des situations de fin de vie.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p><b>- Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>22 questions cotables sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p> <p><u>Dimensions des questions :</u></p> <p>Caractéristiques générales et esthétiques de la pièce, utilité par rapport à d'autres formes d'apprentissage Façon dont elle sensibilise sur l'importance de la communication et à d'autre éléments de la prise en charge dans les soins palliatifs.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <p><b>- Les étudiants ont évalué la capacité de la pièce à les faire réfléchir sur :</b> (moyenne)</p> <p>→ L'importante de prendre en charge la douleur des patients : (4.21).</p> <p>→ L'importance de répondre à la souffrance émotionnelle et spirituelle des patients :(4.26).</p> <p>→ L'importance de discuter avec le patient de son pronostic : (4.23) et de ses souhaits concernant sa fin de vie : (4.29).</p>	<p><b>6,54/18 (6/16,5)</b></p>
--	---	---	---	--	--	--------------------------------

<p><b>Shapiro et Hunt (2003) (36)</b></p> <p><b>États-Unis, (Michigan)</b></p>	<p><b>Étudiants en médecine et professionnels de santé (n=150)</b></p> <p><u>Groupe VIH :</u> (n=70)</p> <p>1/3 étudiants en médecine, personnel universitaire et professionnels de santé dont médecins. (Proportion des médecins NC)</p> <p><u>Groupe Cancer :</u> (n=80)</p> <p>2/3 étudiants en médecine 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année, internes, universitaires et professionnels de santé dont médecins. (proportion des médecins NC)</p>	<p>Etude transversale à un groupe post-test (J0).</p> <p>Multicentrique</p> <p><u>Thème(s):</u> <b>“Living in the Bonus Round”</b> : VIH.</p> <p><b>“Deep Canyon”</b> : Cancer de l’ovaire.</p>	<p><b>Empathie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l’empathie des étudiants en médecine, soignants et médecins.</li> <li>- Favoriser la compréhension du point de vue du patient et de son expérience.</li> </ul>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p><b>- Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>7 items utilisant une échelle de Likert de 1 à 5 évaluant la valeur éducative de la performance.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs concluent sur l’efficacité de l’intervention comme méthode complémentaire pour améliorer l’empathie des étudiants.</li> <li>- Les participants rapportent : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une meilleure compréhension de la part des participants de l’expérience des patients vivants avec le VIH : (5,00) ou du cancer de l’ovaire : (4,70 <math>\sigma</math> : 0,45).</li> <li>→ Une augmentation de l’empathie envers les personnes atteint du VIH : (4,67 <math>\sigma</math> : 0,61) et du cancer de l’ovaire : (4,81 <math>\sigma</math> : 0,28).</li> <li>→ Une meilleure perspective des problèmes émotionnels et psychologiques liés à la maladie néoplasique : (4,70 <math>\sigma</math> : 0,33).</li> <li>→ Une réflexion nouvelle quant aux problèmes liés au VIH et à d’autres maladies chroniques : (4,56 <math>\sigma</math> : 0,58) et qu’ils se voient capables d’incorporer les connaissances acquises de la performance dans leurs interactions avec les patients : VIH (5,00) ; Cancer de l’ovaire (4,80 <math>\sigma</math> : 0,31).</li> </ul> </li> <li>- Le format a été jugé comme une méthode efficace d’aborder les aspects personnels et subjectifs liés au VIH : (4,78 <math>\sigma</math> : 0,42) et du cancer de l’ovaire : (4,91 <math>\sigma</math> : 0,35).</li> </ul>	<p><b>5/18</b></p>
--	---	---	--	--	---	--------------------

<p><b>Colantonio et al. (2008) (43)</b></p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p>	<p><b>Professionnels de santé (n = 283)</b></p> <p>255 soignants : médecins, infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, gestionnaires de cas. (Proportions NC)</p> <p>28 personnes issues d'un large panel de professions non liées aux soins.</p>	<p>Étude prospective à un groupe post-test (J-0).</p> <p>Multicentrique</p> <p><u>Thème(s)</u> : Les traumatisés crâniens, la rééducation et les troubles du comportement.</p>	<p><b>Empathie, communication, décision partagée.</b></p> <p>- Vise une meilleure compréhension des patients traumatisés crâniens et de leur expérience ainsi que la transmission de connaissances utiles à de meilleures pratiques quant à une prise en charge centrée sur le patient.</p>	<p><b>Autoévaluation</b></p> <p>- <b>Questionnaire développé par les chercheurs.</b></p> <p>5 items évalués sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p> <p>3 questions portant sur les apprentissages liés à la pièce, 2 questions recueillant les avis concernant la méthode pédagogique.</p>	<p><i>Analyse descriptive uniquement</i></p> <p>- <b>Les participants ont jugé : (Professionnels expérimentés) / (Non expérimentés)</b></p> <p>→ Que la pièce leurs avaient appris quelque chose de nouveau : (4,6 <math>\sigma</math> : 0,74) / (3,7 <math>\sigma</math> : 0,95)* et que les connaissances apprises allaient impacter la façon dont ils interagissent avec les patients traumatisés crâniens et leur famille : (4,3 <math>\sigma</math> : 0,88) / (4,0 <math>\sigma</math> : 0,86)*.</p> <p>→ Qu'ils avaient améliorer leur compréhension de la perspective des aidants de patient cérébrolésés : (4,3 <math>\sigma</math> : 0,88) / (4,0 <math>\sigma</math> : 0,85)*.</p> <p>* Différences significatives avec un score moyen plus haut dans le groupe sans expérience.</p> <p>→ L'intervention comme utile pour la prise en charge des patients cérébrolésés : (4,5 <math>\sigma</math> : 0,83) et que la qualité de celle-ci allait affecter positivement leur apprentissage : (4,3 <math>\sigma</math> : 0,84).</p>	<p><b>6/18 (5,5/16)</b></p>
--	---	--	---	--	---	-----------------------------

## **1. Résultats des études qualitatives**

Quatre des cinq études abordaient des problématiques autour de la démence dans un échantillon de professionnels de santé, sauf Suh (44), dont le thème était centré sur le cancer et la fin de vie avec une population essentiellement constituée d'étudiants infirmiers.

### **A. Empathie :**

Les participants de la plupart des interventions ont exprimé à travers les transcriptions une meilleure compréhension de la maladie et de la manière dont celle-ci peut être vécue différemment selon les individus (44,48).

Dans Suh (44), les étudiants ont dénoté que la progression de la pièce théâtrale, qui suivait les grandes étapes de l'évolution de la maladie, leur ont permis d'avoir une vision d'ensemble de celle-ci.

Cette meilleure compréhension de l'expérience du patient et de sa pathologie de par la pièce est un des thèmes les plus récurrents au travers des analyses. Ainsi, le fait d'avoir assisté à des scènes difficiles pour la personne démente, d'être témoin de manière plus intime de sa souffrance, de ses angoisses ou de ses difficultés a permis au spectateur de percevoir la perspective émotionnelle du patient face à celle habituellement plus rationnelle du professionnel. Cet angle a pu susciter de l'empathie, ce qui a été rapporté de différentes manières dans les différents articles (44,49).

*« J'ai une compréhension beaucoup plus profonde du comportement des personnes, je prends du recul, j'écoute sans interrompre et fait preuve de patience. » (50)*

Dupuis (49) note que la prise de conscience dans l'instant, liée à la pièce, a également pu créer des liens avec les expériences professionnelles, ce qui a pu entraîner une réflexion critique sur certaines pratiques, qui du fait de l'habitude, sont rarement reconsidérées.

*« En regardant la pièce vous voyez certaines choses que vous faites par habitude, parce que je sais que je fais certaines choses de manière automatique. » (49)*

Suh (44) et Jonas-Simpson (48) ont ainsi des exemples où les professionnels et les étudiants ont reconsidéré une situation passée ou changé d'avis sur une attitude ou un comportement vis-à-vis de patients qu'ils ont soignés. L'intervention a également pu suggérer certaines idées sur la façon de changer sa pratique.

*« Tu dois prendre le temps et donner une chance de mieux comprendre ce qu'ils pensent et de chercher quel pourrait être le problème. » (48)*

*« Je m'efforce de rassurer les proches et de leur montrer que je comprends leurs sentiments, leurs inquiétudes. » (48)*

Dans les interviews menés par Dupuis (49) à distance de la représentation (6 semaines et 12 mois) les participants ont rapporté être plus patients, moins portés sur le jugement et être plus ouvert à la compréhension et aux sens des comportements.

*« J'essaye de lire ce qu'ils essayent réellement de me dire. Quel est le message derrière tel sentiment. Qu'elle est le message derrière la colère. Qu'est ce qui a pu la provoquer ? N'allons pas à se laisser dire que c'est une personne colérique, essayons d'aller chercher le sens caché derrière les émotions. » (49)*

## **B. Respect mutuel :**

Les études qualitatives ayant eu pour thème la démence, ont relevé de nombreux ressentis autour de l'humanité des patients que faisait ressortir les représentations (15,48,49). Jonas-Simpson (48) établit ainsi le passage d'un point de vue centré sur la pathologie à celui centré sur l'humanité de la personne comme l'un des grands axes de changements phénoménologique mis en évidence entre les deux focus groupes.

Les transcriptions décrivant le patient, d'abord orientées sur les aspects primaires comme l'alimentation, l'hygiène et sur la maladie se sont ainsi modifiées en adoptant un vocabulaire et une portraiture plus en lien avec son vécu, ses sentiments et sa présence en tant que personne.

*« Cela me rappelle qu'ils sont des êtres humains à part entière, qui ont vécu une vie entière et que même si leur communication est réduite ils restent des personnes à part entière et on ne sait pas à quel niveau elles savent ce qui se passe. » (48)*

*« Ils ont toujours des sentiments » (48)*

Ce sont des éléments qui persistent à 6 semaines et 1 an dans l'analyse complémentaire de Dupuis (49). L'article partage la façon avec laquelle des professionnels se sont engagés davantage dans leurs moments en présence du patient, comme un moyen de moins les dépersonnaliser.

*« J'ai appris que, bien que les personnes atteintes de démence perdent de nombreuses capacités, elles ne sont pas l'entité invisible souvent dépeinte, comme « la victime de la démence ». » (49)*

En prolongation des constats de Jonas-Simpson (48) il évoque également que la pièce a pu convaincre les spectateurs de la possibilité pour les patients atteints de démence de mener une vie de bonne qualité malgré la maladie.

### **C. Décision partagée :**

Jonas-Simpson (48), qui a étudié les changements entre deux séries de focus groups entourant la pièce, a identifié dans ses axes une attitude moins paternaliste vis-à-vis des personnes démentes. Cela se ressentait à la fois dans le vocabulaire employé et dans une volonté affichée d'être plus proche et plus impliqué avec la personne.

*« Quand elle a dit que nous jugeons tout – oui, nous les observons et à chaque petit geste, oh regarde ce qu'ils font...il le font parce qu'ils recherchent ceci ou cela. Mais peu importe, automatiquement, nous attribuons un sens de notre propre chef sans chercher à leur demander ou à découvrir pourquoi. Nous jugeons tout le temps. » (48)*

Il s'agit d'éléments également présents dans les réponses obtenues par McKay (50), où les participants se disaient plus volontaires à chercher le consentement de la personne démente, à communiquer avec elle, ou à impliquer son entourage.

*« La pièce a montré à quel point il est facile de tomber dans le piège consistant à parler des patients atteints de démence comme s'ils n'étaient pas là. J'accorde désormais une attention particulière à parler aux patients et à les impliquer dans leurs soins autant que possible. » (50)*

*« Je suis plus soucieux d'obtenir le consentement soit vocal soit écrit ou au moins par contact visuel ou par langage corporel [...] j'ai été plus précautionneux d'obtenir son consentement, par exemple lors de la prise des photos. » (50)*

#### **D. Communication :**

Dans Dupuis (49), les participants rapportent avoir identifié de nouvelles façons de communiquer, qu'ils ont pu mettre par la suite en pratique ainsi qu'être plus patient et plus à l'écoute. Notamment, ils essaient de se souvenir de ralentir, de se mettre au rythme de la personne et de réfléchir à la qualité de leurs interactions et aux sens de l'échange.

*« J'écoute plus. Je ne prends pas ce qu'ils me disent uniquement au sens propre, de façon mécanique. J'essaie de comprendre ce qu'ils essaient réellement de me dire. » (49)*

Suh (44) dénote que les étudiants ont reconnu de manière récurrente, du fait de la représentation, l'importance d'utiliser des compétences de communication thérapeutique dans le soutien émotionnel et empathique.

L'observation d'une mise en pratique des techniques de communication à travers les différentes scènes de la pièce est vu pour certains comme une opportunité de les acquérir plus naturellement.

Les étudiants ont aussi déclaré que l'intervention a pu les aider à comprendre certaines situations difficilement appréhendables par des cours magistraux.

*« Ce qui m'a impressionné, c'est que les infirmières ont montré de l'empathie envers les patients, ont établi un contact visuel avec le patient et la famille, ont tenu la main, et les infirmières elles-mêmes ont été capables de contrôler leurs propres émotions, montrant ainsi une forte capacité à ne pas se laisser emporter par les émotions des patients et celles des membres de la famille. » (44)*

*« Lorsque je recevais une formation basée sur la simulation, j'étais occupé à apprendre les techniques, donc je ne pouvais pas du tout fournir de soins émotionnels, mais en voyant les acteurs le faire, j'ai eu l'impression de pouvoir percevoir les choses d'un point de vue holistique, et je pense que c'est mieux pour s'en souvenir. » (44)*

Kontos (15) met en avant la connexion de la pièce avec l'expérience des professionnels dans la reconnaissance d'éléments de communication :

*« En nous permettant de « voir » les comportements et les réactions des soignants, la pièce s'est avéré être un excellent outil éducationnel pour identifier les mauvaises habitudes et renforcer les bonnes. » (15)*

*« Cela m'a donné des idées sur la façon dont les personnes atteintes de démence peuvent exprimer leur personnalité et sur la manière dont nous, en tant que professionnel, devons être plus ouvert d'esprit quant à notre approche des soins lorsque nous sommes confrontés à des comportements difficiles. » (15)*

Ces derniers concluent que l'intervention a permis de sensibiliser aux différentes façons par lesquelles les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent s'exprimer. Conclusion également établie par McKay (50), qui rapporte que cela a incité certains participants à chercher des moyens de mieux se documenter sur la communication.

## **E. Absence d'effet :**

Les réponses de nature neutre ou négative étaient minoritaires voire absentes dans les transcriptions rapportées parmi les cinq articles.

Dupuis (49) note ainsi, que certains participants, dans leurs entretiens téléphoniques individuels à distance de l'évènement n'ont pas rapporté de changement faisant suite à la représentation.

En cela, les messages présents dans la pièce auraient surtout réaffirmé les valeurs et les croyances au sujet de la démence que les spectateurs possédaient déjà.

Les auteurs de l'article présentent cela comme un « changement inchangé ». Ils estiment que ces participants, se considérant en adéquation avec les idées véhiculées par la pièce, ont néanmoins fournis des exemples où ils auraient modifié une attitude du fait de l'influence de celle-ci.

McKay (50) qui a étudié les impressions écrites autour de la pièce au sein d'un congrès sur la démence a noté 2% de commentaires négatifs parmi les 100 avis recueillis.

Ces derniers exprimaient être déçu du caractère subjectif de la méthode proposé et auraient préférer acquérir des connaissances plus pratiques.

*« J'étais venu en voulant plus de connaissances sur les personnes atteinte de démence comme le développement de la maladie, les options de traitements. Peut-être que ces aspects pourraient être approfondis lors de journées d'étude supplémentaires pour compléter cette session. » (50)*

*« Toutes mes questions n'ont pas trouvé réponse aujourd'hui donc je suis déçu. J'aurais aimé aborder les tests cognitifs, les médicaments, les services disponibles. Je dispose de peu d'informations concrètes à partager avec mes collègues médecins généralistes sur la manière dont nous pouvons améliorer notre pratique. » (50)*

Suh (44) ne rapporte pas d'avis négatifs dans les transcriptions des étudiants infirmiers sans en préciser la raison.

**Tableau 6 : Récapitulatif des résultats pour les études qualitatives**

Informations de référence	Population de l'étude	Méthodologie	Objectif(s)	Résultats	Qualité (JBI-QARI)
<p><b>McKay et Bright (2005) (50)</b></p> <p><b>Royaume-Uni (Angleterre)</b></p>	<p><b>Échantillon : (n≈100)</b></p> <p>Large panel de professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et administratifs) impliqués directement ou non dans les soins.</p> <p><b>Recrutement :</b> Echantillonnage par convenance.</p> <p>Questionnaire remplissable en fin d'évènement dans lequel l'intervention était proposée puis à J0 et à 4 mois par courrier postal.</p> <p><b>Taux de réponse :</b> 38% (à 4 mois)</p>	<p><b>Design :</b> Etude qualitative prospective avec analyse de documents.</p> <p><b>Thème(s) :</b> La démence.</p> <p>Analyse de documents (Questionnaires remplis à J0 et à 4 mois).</p> <p>Méthodologie de l'analyse non décrite. Transcription de réponses dans l'article.</p> <p>Questionnaires dissemblables : questions ouvertes à J0 et à 4 mois.</p>	<p><b>Empathie, décision partagée, communication.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les connaissances de base sur la démence.</li> <li>- Apprécier les problèmes liés à la démence du point de vue du patient et des aidants.</li> <li>- Améliorer la collaboration interdisciplinaire et permettre une discussion entre professionnels sur les problèmes liés aux situations de démence.</li> </ul>	<p><b>A J0 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 98% de réponses positives en fin d'évènement selon les auteurs.</li> <li>- 2 % de réponses insatisfaites vis-à-vis de la performance. Une approche d'avantage portée sur des éléments biomédicaux aurait été souhaité.</li> </ul> <p><b>A 4 mois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 68 % des répondants ont affirmé avoir modifié leur pratique.</li> <li>- Il est rapporté une meilleure confiance dans la pratique, une sensibilité, une empathie et une ouverture d'esprit accrues envers les personnes atteintes de démence.</li> <li>- Les participants affirment avoir enrichi leur communication et se disent plus enclin à chercher le consentement de la personne et à impliquer son entourage proche.</li> </ul>	<p><b>4/10</b></p>

<p><b>Kontos et Naglie (2007) (15)</b></p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p>	<p><b><u>Échantillon</u> : (n=43)</b></p> <p>Panel de professionnels de santé paramédicaux dans le milieu gériatrique.</p> <p><u>Sexe</u> : F : 43 (100%)</p> <p><b><u>Recrutement</u> :</b> Echantillonnage raisonné.</p> <p>Sélection par contact téléphonique depuis une liste de professionnels éligibles établie par des administrateurs et des chefs d'équipes de services de gériatrie.</p>	<p><u>Design</u> : Etude qualitative transversale avec analyse thématique inductive.</p> <p><u>Thème(s)</u> : La démence. <b>“Expressions of Personhood in Alzheimer’s”</b></p> <p>Analyse thématique inductive.</p> <p>Focus groups avec guide semi-directif.</p>	<p><b>Communication, empathie.</b></p> <p>- Explorer l'importance des modes d'expression non verbaux chez les personnes atteintes d'Alzheimer sévère et l'efficacité de la pièce pour les mettre en valeur, favoriser leur perception, dans le but d'améliorer les soins centrés sur la personne.</p>	<p><b>3 principaux thèmes ressortant de l'analyse :</b></p> <p>- Sensibilisation aux différentes façons dont les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent s'exprimer.</p> <p>- Connexion de la pièce à l'expérience des participants dans la reconnaissance des éléments de communication non verbaux.</p> <p>- Sensibilisation à l'importance des rituels et des cérémonies quotidiennes chez ce type de patient.</p>	<p><b>7/10</b></p>
---	--	--	---	---	--------------------

<p><b>Jonas-Simpson et al. (2011) (48)</b></p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p>	<p><b><u>Échantillon : (n=58)</u></b></p> <p>Large panel de professionnels de santé (n=50) et étudiants en sciences infirmières (n=8).</p> <p>46 (79%) personnes travaillantes ou ayant travaillé avec des personnes atteint de démence, 12 (21%) indirectement.</p> <p><u>Sexe</u> : F :46 (79%) H :12 (21%)</p> <p><u>Années d'expérience</u> : 6 mois à 23 ans.</p> <p><b><u>Recrutement</u></b> : Echantillonnage raisonné avec critères de variation maximale.</p>	<p><u>Design</u> : Étude qualitative avec analyse phénoménologique en focus groups avant/après.</p> <p><u>Thème(s)</u> : La démence. « <b>I'm still Here</b> »</p> <p>Analyse thématique et phénoménologique.</p> <p>Deux séries de focus groups. Une avant et une après l'intervention.</p> <p>Guide semi-directif dissemblable entre les 2 séries.</p> <p>Méthode d'extraction synthèse, identification des thèmes convergents et divergents et comparaison entre ceux émergents avant et après l'intervention.</p> <p>Evolutions thématiques dénommés changements phénoménologiques.</p>	<p><b>Empathie, respect mutuel, décision partagée.</b></p> <p>- Explorer l'influence d'un ethnodrame dans la compréhension personnelle de la démence, dans le changement des perceptions et des pratiques vis-à-vis de cette affection et des personnes qui en sont atteintes.</p> <p>.</p>	<p><b>3 changements phénoménologiques mis en évidence entre les 2 séries de focus groupes :</b></p> <p>- Changement des perspectives vis-à-vis de la personne atteinte de démence, meilleure conscience de son humanité et passage d'une vision centrée sur la pathologie et les besoins primaires de la personne à une vision plus holistique.</p> <p>- Passage d'une relation paternaliste, automatique, parfois spéculative basée sur des connaissances fixes à une prise en charge plus attentive, plus sur l'écoute et moins porté dans le jugement.</p> <p>- D'une vision restreinte de la vie avec la démence à une vision optimiste des perspectives futures.</p>	<p><b>3/10</b></p>
---	---	---	---	---	--------------------

<p><b>Dupuis et al. (2016) (49)</b></p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p>	<p><b>Échantillon : (n=58)</b></p> <p>Large panel de professionnels de santé (50) et étudiants en sciences infirmières (8).</p> <p>46 (79%) personnes travaillantes ou ayant travaillé avec des personnes atteint de démence, 12 (21%) indirectement.</p> <p><u>Sexe</u> : F :46 (79%) H :12 (21%)</p> <p><u>Années d'expérience</u> : 6 mois à 23 ans</p> <p><b>Recrutement :</b> Echantillon ayant participé à la première étude recontactée par téléphone à 6 semaines et 1 an (échantillonnage initial par critère de variation maximal).</p> <p><u>Taux de réponse</u> : A 6 semaines : 57/58 (98,3%). A 1 ans : 47/58 (81%)</p>	<p><u>Design</u> : Étude qualitative prospective avec analyse phénoménologique.</p> <p><u>Thème(s)</u> : La démence « I'm still Here »</p> <p>Analyse phénoménologique</p> <p>Entretiens individuels téléphoniques avec questionnaire semi-directif à 6 semaine et à 1an de l'intervention. (Voir Jonas-Simpson et al. (2011) (48))</p> <p>Transcription écrite et analyse descriptive et synthétique de l'expérience par regroupement de thèmes.</p>	<p><b>Empathie, communication, respect mutuel.</b></p> <p>- Explorer l'influence d'un ethnodrame dans la compréhension personnelle de la démence, dans le changement à court et à long terme des perceptions et des pratiques vis-à-vis de cette affection et des personnes qui en sont atteintes.</p>	<p><b>Liens interconnectés « persistants » de changements rapportés, liés à la représentation à 6 semaines et 12 mois :</b></p> <p>- Avoir assisté à une représentation dépeignant des situations de souffrance chez la personne atteinte de démence, a permis une augmentation de l'empathie et une réflexion critique sur les pratiques par connexion des professionnels avec leurs propres expériences.</p> <p>- Avoir acquis, de l'intervention, de nouvelles façons de communiquer, d'interagir, d'être plus ouvert à la personne. Se donner la possibilité de ralentir, de suivre la personne à son rythme, d'être à l'écoute et attentif aux signes non verbaux, de chercher les sens et d'être moins dans le jugement.</p> <p>- Voir à présent les possibilités d'une vie satisfaisante avec la démence, réfléchir à apporter de la qualité de vie en limitant les conduites deshumanisantes.</p> <p>- A réaffirmé ou confirmé la volonté d'améliorer les attitudes des professionnels vis-à-vis des personnes atteintes de démence.</p>	<p><b>6/10</b></p>
--	---	---	--	--	--------------------

<p><b>Suh et al. (2021) (44)</b></p> <p><b>Corée du Sud</b></p>	<p><b><u>Échantillon</u> : (n=51)</b></p> <p>Étudiants en sciences infirmières.</p> <p><u>Niveau d'étude</u> : 1e année</p> <p><b><u>Recrutement</u> :</b> Participation obligatoire à la représentation lors d'un cours universitaire mais volontariat pour la participation à l'étude.</p> <p><u>Taux de réponse</u> : 51/67 (76 %)</p>	<p><u>Design</u> : Étude qualitative transversale avec analyse thématique.</p> <p><u>Thème(s)</u> : Cancer/Soins palliatifs.</p> <p>5 groupes focus avec guide semi directif et analyse thématique.</p>	<p><b>Empathie, communication, information claire et loyale.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer et comprendre les expériences des étudiants ayant participé à un cours dispensé sous la forme de scènes théâtrales.</li> <li>- Améliorer l'empathie des étudiants infirmiers et leur offrir une représentation d'un modèle d'infirmier expérimenté, réalisant des soins centrés sur le patient afin, de leur permettre de se projeter sur le plan professionnel.</li> </ul>	<p><b>3 thèmes identifiés en lien avec l'intervention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Compréhension de la vie des patients de maladies sévères et celles de leurs familles.</b> Son expérience, celles de son entourage, ses souffrances et son ressenti.</li> <li>- <b>Observer un modèle de soin centré sur le patient.</b> Reconnaître l'importance d'un soutien émotionnel et empathique, l'emploi de compétences communicationnelle dans un but thérapeutique.</li> <li>- <b>Se projeter en tant que futur professionnel.</b> Réflexion sur sa pratique future et sur ses observations en stage.</li> <li>- Les auteurs concluent que l'intervention a aidé les étudiants à comprendre de manière holistique les patients et leurs familles et qu'ils ont pu assimiler indirectement des compétences et aptitudes en communication thérapeutique et conseil.</li> </ul>	<p><b>7/10</b></p>
---	---	---	--	--	--------------------

# **Discussion**

Cette revue systématique a identifié 16 articles ayant évalué l'utilisation de représentations théâtrales dans l'amélioration d'aptitudes et de compétences relationnelles vis-à-vis des patients.

La totalité de ces études conclut sur une influence positive de leur intervention sur les participants avec une grande hétérogénéité dans les résultats. Néanmoins, d'importantes lacunes méthodologiques ont des répercussions préjudiciables sur le niveau de fiabilité et de transposabilité de leurs résultats.

Aucune des études incluses n'a utilisé d'échelle multidimensionnelle pour mesurer la qualité de la relation entre patients, médecins ou soignants se concentrant plutôt sur un, plusieurs aspects ou sur une appréciation très générale de celle-ci.

## **I. Synthèse des principaux résultats**

L'empathie a été l'objectif prépondérant dans la majorité des articles analysés. Cependant il ressort de la synthèse que cet aspect a été évalué de manière plutôt superficielle, principalement par des études classées comme ayant une méthodologie faible. A ce titre, une seule étude de méthodologie moyenne est dénotée et rapporte une amélioration significative mais peu substantielle de l'empathie. La faible amplitude de cet effet est à relativiser et pourrait être attribué à la brièveté et au caractère sommaire de l'intervention. La faible durée de celle-ci, une dizaine de minutes, et l'interprétation par des étudiants non expérimentés a pu éventuellement diminuer son impact (41).

Le respect mutuel, et plus précisément la réduction des stéréotypes envers certaines populations de patients, est le second élément le plus évalué. Il s'agit également du paramètre d'étude de la majeure partie des articles de qualité méthodologique moyenne relevée et semble ainsi avoir été le mieux étudié des critères (4 des 5 articles de cette catégorie). Les résultats indiquent une réduction des considérations stigmatisantes à travers les différentes échelles utilisées, à l'exception notable des scores obtenus sur le MICA dans les deux études sur la bipolarité et sur la sous population étudiante de Hawke (37).

Ce dernier outil se concentre davantage sur les attitudes discriminatoires dans la prise en charge des professionnels de santé, tandis que le D-MISS (utilisé de manière conjointe) est plus orienté sur les croyances négatives « générales » envers ces mêmes personnes. Les considérations évaluées par ce dernier score, pouvaient, de manière objective ou selon le point de vue des participants ne pas se traduire nécessairement par un comportement discriminatoire dans la pratique des soins. Il est possible que la pièce, en illustrant des situations quotidiennes, ait contribué à atténuer des préjugés relatifs aux personnes liés cette affection mais que ceux-ci ne soient pas jugés comme exerçant une influence dans l'esprit des participants sur leur prise en charge. Une pièce plus spécifiquement centrée sur des comportements inadaptés des soignants dans les soins aurait peut-être eu plus d'effet.

Concernant l'absence d'effets retrouvés dans la sous-population d'étudiants de la cohorte de Hawke (38), la seule de cette catégorie à en comporter, elle est expliquée par les auteurs par un contenu possiblement inadéquat avec leur tranche âge et par une redondance du message. Ceux-ci expriment avoir apprécié, la valeur divertissante de la pièce mais ont rapporté avoir déjà participé à ce type d'intervention à message humaniste dans leur cursus et que par conséquent celle-ci ne leur avait rien apporté de nouveau. Il est possible qu'il y ait eu un décalage entre les attentes des étudiants, qui assistaient à la pièce dans un contexte de prise de cours et l'objectif de cette dernière. Il y a peut-être des similitudes avec les commentaires négatifs rapportés dans McKay (50), de la part de participants qui s'attendaient à un autre type de contenu, plus orienté vers le domaine biomédical.

Dans ces deux études sur la bipolarité, la représentation était également un moyen de fournir du matériel à la discussion post-performance. A ce sujet les chercheurs avaient invité des spectateurs atteints de troubles bipolaires pour permettre un partage d'opinion et d'expérience avec les participants professionnels de santé. Le postulat de base des auteurs étant que des contacts répétés avec la population concernée soit une des clés à la réduction des stéréotypes (53). Dans ce cas-ci l'intervention a pu avoir un impact supplémentaire non pris en compte par les questionnaires dont le remplissage a été effectué immédiatement après la performance.

Il semble que la transmission et l'enseignement de connaissances dans le domaine de la communication et le partage décisionnel n'aient pas été envisagés comme des objectifs de premier plan par les différents auteurs. Bien que cette finalité soit parfois affichée, elle

est rarement retrouvée dans les questionnaires d'évaluation. Colantonio (43) allègue, dans la conception de la pièce, une volonté de transmettre des connaissances dans ce domaine pour améliorer la prise en charge des patients traumatisés crâniens. Toutefois, cette intention se reflète peu dans les évaluations où les quelques affirmations sont trop imprécises pour être interprétées dans ce contexte.

De manière générale, il est probable que les formateurs en communication favorisent à cette fin, des approches plus interactives d'apprentissage tels que les jeux de rôles ou des simulations (54,55). Dans ce sens, il est possible de se reporter à une revue systématique réalisé par Landry-Wegener en 2023 (56). 33 études ayant utilisés l'entraînement théâtral dans l'amélioration de la communication d'étudiants en sciences médicales, y ont été examinées. Parmi elles, 83% comportaient des exercices d'improvisation, 30% utilisaient du théâtre forum tandis que seulement 10% incluait une performance dramatique ce qui corrobore l'hypothèse d'une prédilection pour les méthodes ayant recours à de la mise en pratique.

Dans le domaine de la communication, il semble que cela soit les recherches qualitatives qui aient apportées le plus d'informations, avec des thèmes concernant les personnes atteintes de démence. Les observations semblent indiquer que les participants ont établi des liens entre la pièce et leur expérience personnelle ; ce qui a favorisé l'adaptation de leur communication dans leurs interactions avec les malades.

En ce qui concerne la durabilité des changements, les trois études qui ont évalué à moyen ou long terme, constatent toutes une érosion des effets initialement observés. Ce manque de persistance des effets n'est pas surprenant, et est à relativiser du fait qu'il est usuel, dans un processus d'apprentissage ou suite à une expérience, que les effets ou acquis s'estompent s'ils ne sont pas entretenus ou renforcés. De la même manière, les mauvaises habitudes peuvent être tenaces et nécessiter une répétition sur la durée pour être changées (57). Il est également décrit que des interventions à impact modeste et transitoire peuvent contribuer à se renforcer et petit à petit, aboutir à un changement plus large (21).

Les transcrits recueillis à distance par les études qualitatives sont plutôt positifs dans les répercussions à moyen et long terme. De nombreux professionnels rapportent ainsi

s'être souvenus de passages de la pièce dans certaines situations au travail. D'autres témoignent avoir modifié certaines de leurs attitudes après avoir assisté à la représentation.

L'ampleur de l'effet des études est difficile à évaluer du fait que les auteurs mesuraient des résultats différents avec une grande hétérogénéité dans les méthodes et dans les outils de mesures.

## **II. Biais méthodologiques des études incluses**

Les études comprenaient des biais à de multiples niveaux.

### a) Biais de confusion et de sélection :

Tout d'abord au niveau de l'échantillonnage, les groupes étudiés ont été constitués sans processus de randomisation, avec un risque important de biais de sélection. Le recrutement s'est ainsi basé dans la plupart des cas par convenance, sur volontariat, après que les participants ont été mis au fait de l'initiative via divers moyens de médiatisation. Il est probable dès lors que le public constitué soit en amont particulièrement réceptif au théâtre et d'autre part soit déjà sensibilisé aux problématiques et aux conditions des patients abordées dans la pièce, ce qui peut amener à une surestimation de son effet. Cette tendance se note parfois au niveau des commentaires ouverts qui ont pu être associés aux questionnaires avec des remarques telles que « *Cela n'a fait que renforcer ce que je pensais.* » ou « *Je l'étais déjà.* ».

La composition de certains échantillons peut également poser un problème de transposabilité du fait de la présence de participants ne correspondant pas à la population cible. En effet, certaines représentations étaient accessibles à un public élargi comprenant notamment patients, proches ou tout autre personne intéressée et dont les réponses ont parfois été incluses dans les résultats sans distinction de traitement. Si dans ces études concernées, cette proportion était en général minoritaire, cela ne l'était pas pour Wasmuth 2022 (24) dont la part de non professionnels de santé de 60%, peut nuire à l'extrapolation des conclusions.

Au niveau de leur architecture, aucune des études de cette revue n'a inclus de groupe contrôle ou témoin, ce qui aurait permis de limiter l'impact d'éventuels facteurs de confusion. A défaut, seulement la moitié des articles ont confronté leurs résultats à des données recueillies sur l'échantillon avant l'intervention. De ce fait une partie des études de la revue n'ont pas une validité scientifique suffisante leur permettant d'émettre des conclusions.

b) Biais de mesure :

Sur le plan de la méthodologie d'évaluation, la principale lacune résidait dans l'outil de mesure. Du fait de la nature complexe et plus ou moins subjective que peuvent revêtir les objectifs de recherche, il n'existe pas d'instruments ou de façons consensuelles de les mesurer. De ce constat, une partie des auteurs a fait le choix de concevoir un questionnaire spécifique à leur étude. Ces derniers outils se sont avérés dans leur ensemble peu élaborés alors que des échelles éprouvées existantes auraient pu être utilisées. Le ou les critères de jugement ont ainsi souvent été appréciés d'une manière minimaliste sur une base de seulement une ou quelques questions. De surcroît, ces items se sont avérés parfois peu spécifiques ou vague dans leur formulation. Il en résulte un manque de précision et de profondeur dans les résultats de ces études qui peut remettre en question leurs conclusions et amoindrir le niveau de preuve.

c) Biais de déclaration :

Le caractère subjectif des mesures basées sur l'auto-déclaration des participants peut également être une source d'erreur mais peut se trouver difficile d'abstraction dans le cadre de modalités d'évaluation volontairement peu exigeantes pour le spectateur. Il faut de ce fait tenir compte du niveau de désirabilité sociale important pour lequel certains concepts comme celui de l'empathie ou des stéréotypes sont soumis. (Un individu aura plus de mal à émettre un avis négatif que positif). Un élément important dans cette condition d'auto-jugement est de s'assurer que les énoncés soient clairs et que les définitions des termes susceptibles de poser problème soient précisées, ce qui n'a pas été rapporté dans les articles.

Les représentations ayant eu lieu à un niveau universitaire, intégrées en tant que module obligatoire peuvent également poser un problème de lien hiérarchique dans les

déclarations, même si elles présentent l'avantage de s'exonérer d'un risque d'auto-sélection des participants. S'il est précisé que la participation au cours n'avait pas d'impact sur la scolarité des étudiants seulement une seule des études rapporte avoir anonymisé les questionnaires.

Il peut d'agir d'une simple absence de report. Dans le cas contraire, le risque est que l'étudiant, conscient de participer à une expérience, ne se sente pas totalement libre dans ses réponses.

Au niveau des études phénoménologiques, certains guides de groupes de discussion comportaient des questions à libellé suggestif, susceptibles d'induire des réponses. Par exemple, Dupuis (49) et Jonas-Simpson (48), qui cherchaient à identifier des changements au moyen de focus group réalisés avant et après, ont formulé des questions orientées suggérant leur survenue telles que : « *Qu'est ce qui a changé pour vous ?* » ou « *Quelles images de la démence ont changées ?* » Cette particularité présente le risque de ne pas développer ou encourager des réponses neutres ou négatives.

d) Influence des auteurs sur les études :

Au niveau des études qualitatives, aucun article n'a satisfait aux questions 6 et 7 du JBI-QARI. Ce constat témoigne d'un manque d'informations sur la position du ou des chercheurs et de l'implication possible que cela a pu avoir sur recherche, ce qui peut sembler manquer de transparence. En effet, les auteurs investigaient les effets en lien avec des pièces qu'ils avaient en grande partie élaborées et dont ils étaient parfois promoteurs.

e) Pertinence des résultats :

Pour terminer, la plupart des études portaient sur des pensées, des perceptions ou des opinions, et il est difficile de présumer si la modification de ceux-ci aboutira à un changement effectif dans les pratiques ou comportements envers les patients, ni même si cela amènera à une meilleure satisfaction de ces derniers (58).

Une évaluation externe des patients dans un contexte pratique est plus complexe à mettre en place surtout dans le cadre de première entrée en matière, comme cela était souvent le cas ici pour ces études.

### **III. Forces et limites de l'étude**

#### **A. Forces de l'étude**

Cette étude est à ma connaissance, la seule revue existante explorant ce type d'intervention pédagogique dans le milieu de la santé. Elle a abouti à un nombre significatif d'études, si l'on considère le caractère peu répandu de ce genre d'intervention.

L'exhaustivité de la recherche est un des points forts de l'étude. L'équation de recherche a ainsi inclus un très grand nombre de mots clés et a aboutit à une sélection très large d'articles afin d'être le plus complet possible et dans ce sens aucune date n'a limité l'inclusion des articles. Il s'agit d'un élément important à prendre à compte dans le « théâtre appliqué » auquel s'apparente la recherche car il existe un manque d'indexation cohérente dans le domaine qui accroît la possibilité d'omettre un article pertinent (59). Sur ce dernier point, le recours à une bibliothécaire spécialisée pour l'élaboration de l'équation de recherche et la sélection menée indépendamment par un deuxième investigateur ont permis de limiter le risque d'erreur aléatoire. Cette double investigation a également amélioré la fiabilité de l'analyse en uniformisant la compréhension des données et l'évaluation.

#### **B. Limites de l'étude**

Plusieurs limitations sont à noter.

##### **a) Limites dans la sélection des articles :**

Tout d'abord, en ce qui concerne la sélection, les articles inclus devaient nécessairement être en langue française ou anglaise. Cela a pu écarter un certain nombre d'études moins ethnocentrées qui auraient pu apporter une dimension supplémentaire aux conclusions (60). Cette exigence explique en partie la prédominance nord-américaine des articles, bien qu'elle ne soit pas étonnante du fait de la différence de volume de publication avec les autres pays dans le domaine des sciences médicales et sociales (61). De plus la revue n'a inclus que les interventions qui se limitaient à la représentation théâtrale seule, ce

qui a pu exclure les méthodes pédagogiques mixtes mêlant par exemple, ateliers, débats ou genres théâtraux intégratifs comme le théâtre forum.

Au niveau du contenu, la plupart des pièces de théâtre n'ayant pas été enregistrées ou n'étant pas disponibles sur internet il n'a pas été possible de connaître leur contenu en détail, au-delà des courts descriptifs fournis par les articles. De ce fait, il n'a pas été faisable de faire de distinctions entre elles ou de discuter de l'adéquation des pièces avec leurs objectifs.

b) Limites des instruments d'évaluation méthodologique :

Sur le plan des instruments d'évaluation, si le MERSQI est un outil validé pour évaluer les preuves d'efficacité, il ne prend pas en compte la puissance statistique des études incluses, nécessaire pour bien établir des niveaux de preuves, ni la pertinence du cadre conceptuel. En ce qui concerne études qualitatives, les scores mesurés des études sur le JBI-QARI ont en grande partie été dépendant de la qualité et l'importance du rapport, qui a pu être simplement affecté par la nécessité d'un format « article » restrictif, plus qu'à de réelles carences méthodologiques.

c) Pertinence de l'évaluation critique des études qualitatives :

Des débats et des divergences d'opinion continuent d'exister quant à la vertu de l'évaluation critique ou de la qualité méthodologique dans les études qualitatives (33).

Certaines revues exigent une évaluation critique tandis que d'autres ne l'exigent pas et de nombreux outils comme le SRQR s'évertue davantage à élaborer des lignes directrices qu'à se promouvoir d'une vocation d'appréciation (51).

Nous avons ici utilisé le JBI-QARI pour avoir un aperçu de la qualité méthodologique mais il n'existe pas de valeurs « cut-off » catégorisant les études de faible ou de bonne qualité méthodologique.

A titre indicatif lorsqu'un niveau de preuve est souhaité, une part des revues qui utilisent le JBI-QARI a recours à un outil complémentaire à celui-ci : le ConQual « *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research* » qui se base sur une estimation de la fiabilité et de la crédibilité (52).

Dans cette instrument la fiabilité est alors appréciée à l'aide des questions 2,3,4,6,7 tandis que la crédibilité se base sur la congruence des données et l'interprétation de l'auteur (sans équivoque/équivoque/non pris en charge).

En appliquant ces recommandations, le niveau de preuve pour les études incluse serait de faible à très faible mais l'outil semble inadapté aux objectifs des méthodes basés sur la phénoménologie qui constituent ici la grande partie des articles inclus.

#### **IV. Comparaison avec la littérature**

Dans la littérature scientifique sur l'éducation médicale ou en santé, de nombreuses et très hétérogènes interventions ont été testées. Celles-ci partagent à divers degrés, les objectifs énoncés dans les articles de cette revue, tout en faisant un usage varié des techniques théâtrales ou d'autres formes d'expression artistique (55).

##### a) Utilisation de films dans l'amélioration de la relation patient-professionnel :

L'approche la plus superposable à celle de cette recherche est l'utilisation, à des fins similaires, de séquences vidéo ou de films allant de quelques minutes jusqu'à l'utilisation d'œuvres cinématographiques longues. A cet égard, il est possible de citer Molloy et al. (62) dont l'objectif était d'atténuer les biais négatifs envers les patients en situation d'obésité, chez des étudiants infirmiers, par l'utilisation de courtes séquences filmés appelées « trigger films ».

Leur étude retrouve une diminution des stéréotypes sur 2 échelles standardisées le NATOOPS « *Nurse' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale* » et le BAOP « *Beliefs About Obese Persons scale* » juste après l'intervention par rapport aux données recueillies en pré-test. Ce résultat obtenu avec une méthodologie similaire est conforme à ce qui est retrouvé pour la bipolarité, avec une tendance également à une légère détérioration dans le temps à un mois.

Kommalage (63) a également utilisé des vidéos pour améliorer de son côté l'empathie des étudiants en médecine. Dans celle-ci les patients et leurs proches décrivaient leurs maladies et les problèmes de santé et socioéconomiques qui leurs étaient associés (nb :

L'hémophilie et la thalassémie). L'intervention n'a retrouvé de résultats significatifs sur le JSE que dans la population féminine. Du fait, de l'origine sri lankaise de l'étude, il est possible que des aspects culturels soient entrés en jeu.

b) Comparaison entre interventions en temps réel et filmés :

Ces formats vidéo offrent un avantage en termes de possibilités et facilités de dissémination, mais pourrait également présenter des inconvénients. Faigin et Stein (64) ont ainsi comparé les effets d'une représentation théâtrale en temps réel à ceux d'une version enregistrée, dans le but d'améliorer les attitudes et les comportements stigmatisants envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères.

Si dans l'étude, les deux groupes d'étudiants de niveau secondaire ont montré une amélioration par rapport à un groupe témoin, les résultats se sont avérés plus significatifs chez ceux ayant assisté à la performance en direct.

Cette différence n'est toutefois pas observée par Clément et al. (65) qui a comparé trois formats - en direct, filmé et écrit - visant le même objectif auprès d'étudiants infirmiers. L'intervention consistait en des récits non dramatisés de professionnels de santé et de patients relatant leurs expériences vis-à-vis de la stigmatisation dans le domaine de la psychiatrie. Aucune différence significative n'était retrouvée entre les versions en direct et DVD sur trois échelles spécifiques (dont le MICA) mais une supériorité a été constatée par rapport à la lecture.

## V. Perspectives

### a) Perspectives dans l'amélioration du schéma expérimental :

Sur le plan de l'évaluation, il est notable que beaucoup d'études à analyse simplement descriptive de cette revue auraient pu faire l'objet d'une méthodologie plus rigoureuse afin d'établir un meilleur niveau de preuve. Dans ce but, l'intégration de mesures initiales et le recours à des échelles standardisées, relativement simples à implémenter, pourraient sensiblement améliorer la validité des travaux.

Pour aller plus loin, l'adoption d'une méthode de randomisation comme ce qui a été fait avec Clément et al. (65), l'utilisation d'un groupe témoin adéquat ou la réalisation de mesures externes plus objectives permettrait également d'améliorer la pertinence des constatations sur ce type d'intervention. Ces derniers prérequis peuvent sembler plus complexes à mettre en place mais il est possible sur ce point de s'inspirer d'études existantes. Par exemple, Zhou et al. (11) et Keifenhien et al. (55) dans deux revues systématiques, ont fait état d'une grande diversité de méthodes d'hétéroévaluation pour l'amélioration en médecine de l'empathie et de la communication dans l'entretien médical, le plus souvent à l'aide d'un observateur direct ou, indirectement, à l'aide d'une revue vidéo. De manière plus élaborée, des mesures via l'appréciation des patients eux-mêmes à l'aide d'échelles adaptées seraient également possibles. Cela pourrait donner un aperçu plus pertinent de l'efficacité d'une formation concernant la relation médecin-patient. Aux Etats unis, l'agence pour la recherche et la qualité du système de santé met ainsi à disposition des outils comme le CAHPS (58) (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) pour mesurer l'expérience de soin par le patient. Des domaines comme les comportements positifs et négatifs en communication du professionnel de santé, la prise de décision partagée, l'équité du traitement et la confiance sont évalués.

b) Perspectives dans la conception de l'intervention, en fonction des objectifs :

Du fait de la mixité des métiers de santé dans les échantillons il est probable que les situations professionnelles mises en scène dans les pièces aient été très variées. Il est possible de se demander si des circonstances propres à une profession aurait d'avantage d'impact sur la population concernée avec des résultats plus spécifiques. Ainsi dans le cadre de ce travail, davantage d'études ciblant les médecins et les situations de consultations auraient été souhaitables.

Il faut également prendre le compte l'orientation de l'étude, le positionnement souhaité et la population à laquelle on souhaite s'adresser. L'absence de réponse par les étudiants dans Michalak (38) suppose que ce type d'intervention pourrait ne pas convenir dans toutes les situations ni à tous les sujets. Il faut ainsi toujours se demander dans quelle population ou sur quel thème l'intervention serait la plus adapté et où son bénéfice serait le plus significatif.

Dans ces cas-ci, la multiplicité des formats d'apprentissage présente un intérêt, car elle augmente la possibilité de toucher une personne qui ne serait pas sensible à tel ou tel type d'intervention, tout en permettant de renforcer un message, soit par la reformulation soit par la répétition. Sur ce dernier point il est possible de s'appuyer sur les conclusions de la méta-analyse de Glasman et Albarracin (66) pour qui: le fait de témoigner continuellement (à travers la performance) et de réfléchir (à travers les rencontres et la discussion post-représentation) aux attitudes, aux croyances et aux comportements assimilés à une pratique, facilite son changement en continu.

## Conclusion

Cette étude visait à explorer le potentiel de l'usage d'une représentation théâtrale dans l'amélioration de la relation entre médecins et patients.

Pour y parvenir une revue systématique de la littérature a été réalisée et a abouti à un recueil de 16 articles portant sur des populations très hétérogènes d'étudiants et de professionnels de santé.

A l'issue de l'analyse il a été retrouvé des preuves de qualité modérée suggérant l'efficacité d'interprétations théâtrales dans la réduction des attitudes stigmatisantes des professionnels de santé envers les patients et, dans une moindre mesure, une amélioration de l'empathie. Il n'a pas été retrouvé de comparaisons avec d'autres méthodes pédagogiques, mais sous réserve d'études plus robustes méthodologiquement, cette approche se montrerait efficace comme intervention dans une stratégie de développement de la relation médecin-patient sur ces aspects.

D'autres éléments rentrant en jeu dans la relation médecin tel que le développement d'habiletés communicationnelles et de l'aptitude à partager les décisions dans l'alliance thérapeutique ont également été étudiés dans les publications scientifiques de cette revue. Cependant les articles en question manquaient de rigueur méthodologique pour permettre de générer des conclusions transposables.

**Financements et conflits d'intérêt :**

Cette revue de la littérature n'a pas bénéficié de financement. Les investigateurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer sur le sujet.

## ANNEXE I : Équation de recherche

### **MEDLINE (via PUBMED)**

(Bloc 1 : intervention)

((Theat\*[Title/Abstract] OR (Drama\*[Title/Abstract] OR (drama[MeSH Terms]) OR (ethnodrama\*[Title/Abstract] OR (sociodrama\*[Title/Abstract] OR (psychodrama\*[Title/Abstract] OR (ethnoheat\*[Title/Abstract] OR (psychoheat\*[Title/Abstract] OR (scen\*[Title] OR (show\*[Title] OR (Playwright\*[Title/Abstract] OR (dramatist\*[Title/Abstract] OR (dramaturg\*[Title/Abstract] OR (psychodrama[MeSH Terms]) OR (arts[MeSH Terms]) NOT («state of art»[Title/Abstract] NOT (dramatically [Title/Abstract] NOT (operat\*[Title/Abstract])))

**AND** (Bloc 2 : population cible)

(health personnel[MeSH Terms]) OR («Medical Student\*»[Title/Abstract] OR («Health Student\*»[Title/Abstract] OR («Nurse Student\* »[Title/Abstract] OR («Nursing Student\* »[Title/Abstract] OR («Medical trainee\*»[Title/Abstract] OR («Health trainee\* »[Title/Abstract] OR («trainee nurs\*»[Title/Abstract] OR («Medical pupil\*»[Title/Abstract] OR («pupil nurs\*»[Title/Abstract] OR (undergraduate\*[Title/Abstract] OR (provider[Title/Abstract] OR («health personnel»[Title/Abstract] OR («health professional\*»[Title/Abstract] OR («healthcare professional\*»[Title/Abstract] OR (practitioner\*[Title/Abstract] OR («nursing education» [Title/Abstract]))

**AND** (bloc 3 : Critères d'évaluation)

(Behavior and Behavior Mechanisms [MeSH]) OR (education [MeSH]) OR (Professional-Patient Relations [MeSH]) OR (education [MeSH]) OR (Communication [MeSH]) OR (behavior\*[Title/Abstract] OR (empathy[Title/Abstract] OR (Patient-Centered Care [MeSH]) OR (humanism[Title/Abstract] OR (emotion\*[Title/Abstract] OR (compassion[Title/Abstract] OR (altruism[Title/Abstract] OR (patient-relationship[Title/Abstract] OR (patient-relation[Title/Abstract] OR (personhood[Title/Abstract] OR (professionalism\*[Title/Abstract] OR (Trust[Title/Abstract] OR (pedagogic\*[Title/Abstract] OR (awareness[Title/Abstract] OR ("living-with"[Title/Abstract] OR (Physician-patient[Title/Abstract] OR (doctor-patient[Title/Abstract] OR (Practitioner-patient[Title/Abstract] OR (patient-physician[Title/Abstract] OR (patient-doctor[Title/Abstract] OR (patient-practitioner[Title/Abstract] OR (patient-clinician[Title/Abstract]))

## ANNEXE I : Équation de recherche (suite)

### **WEB OF SCIENCE**

(Bloc 1 : intervention)

((((((((((((((((((((TS=(Theat\*)) OR TS=(Drama\*)) OR TS=(ethnodrama\*)) OR TS=(sociodrama\*)) OR TS=(psychodrama\*)) OR TS=(ethnoheat\*)) OR TS=(psychoheat\*)) OR TI=(scene)) OR TI=(show)) OR TS=("arts based")) OR TS=(Playwright\*)) OR TS=(dramatist\*)) OR TS=(dramaturg\*)) NOT TS=(dramatic)) NOT TS=(dramatically))))))

**AND** (Bloc 2 : population cible)

((((((((((((((((((((TS=("health personnel")) OR TS=("Medical Student")) OR TS=(«Health Student\*»)) OR TS=(«Nurse Student\* »)) OR TS=(Nursing Student\*)) OR TS=(«Medical trainee\*»)) OR TS=(«Health trainee\*»)) OR TS=(«trainee nurs\*»)) OR TS=(«Medical pupil\*»)) OR TS=(«pupil nurs\*»)) OR TS=(undergraduate\*)) OR TS=(provider)) OR TS=(« health personnel »)) OR TS=(« health professionnall »)) OR TS=(«healthcare professional\*»)) OR TS=(practitioner\*)) OR TS=(«Medical education») OR TS=(«nursing education») OR TS=(« clinician ») OR TS=(« healthcare personnel ») OR TS=(« medical personnel »)))

**AND** (bloc 3 : Critères d'évaluation)

((((((((((((((((((((TS=(Behavior\*)) OR TS=(empathy)) OR TS=(humanism)) OR TS=(emotion)) OR TS=(compassion)) OR TS=(altruism)) OR TS=("patient-relationship")) OR TS=("patient-relation")) OR TS=(personhood)) OR TS=(professionalism\*)) OR TS=(Trust)) OR TS=(pedagogic\*)) OR TS=(awareness)) OR TS=("living-with")) OR TS=(Communication)) OR TS=(« Physician patient ») OR TS=(« doctor patient ») OR TS=(« patient physician ») OR TS=(« patient doctor ») OR TS=(« patient practitioner ») OR TS=(« patient clinician ») OR TS=(« Practitioner patient »))))

## ANNEXE I : Équation de recherche (suite)

<b>EMBASE</b>
(Bloc 1 : intervention)
('theat*':ab,ti OR 'drama*':ab,ti OR ethnodrama*':ab,ti OR sociodrama*':ab,ti OR playwright*':ab,ti OR dramatist*':ab,ti OR dramaturg*':ab,ti)
<b>AND</b> (Bloc 2 : population cible)
('student'/de OR 'trainee'/exp OR pupil* OR 'practitioner*' OR 'education'/de OR 'health personnel' OR 'provider':ab,ti OR 'health professional':ab,ti OR 'healthcare professional':ab,ti)
<b>AND</b> (Bloc 3 : critères d'évaluation)
('health personnel attitude'/de OR 'human relation' OR 'behavior'/exp OR 'empathy'/exp OR 'humanism'/exp OR 'emotion' OR 'compassion'/exp OR 'altruism'/exp OR 'patient relationship*' OR 'patient relation*' OR 'personhood'/de OR professionalism* OR trust* OR pedagogic* OR awareness OR 'living-with' OR 'patient physician' OR 'patient doctor' OR 'patient clinician' OR 'communication') NOT 'operating theatre' NOT 'dramatically'

<b>ERIC/ PsycINFO/ PsycARTICLES (Via EBSCO)</b>
(Bloc 1 : intervention)
AB ( theatre or theater or drama ) OR AB « performing arts » OR AB ethnodrama OR AB sociodrama OR AB psychodrama OR AB ethnotheater OR AB psychotheater OR AB scene OR AB « arts based research » OR AB playwright OR AB dramatist OR AB dramaturgy OR AB dramaturgist OR TI acting OR TI show
<b>AND</b> (Bloc 2 : population cible)
AB «healthcare personnel» OR AB («health personnel») OR AB practitioner OR AB «healthcare profesionnal» OR AB «health profesionnal» OR AB ( physicians or doctors ) OR AB « healthcare workers » OR AB providers OR AB nurses OR AB ( «medical students » or « medicine students » or « students in medicine » ) OR AB (« nursing students » or « student nurses » or « undergraduate») OR AB « medical education » OR « nursing education » OR AB «health students » OR AB «healthcare students» OR AB pupils OR AB «nurse trainee» OR AB «medical trainee» OR AB «health trainee» OR AB provider
<b>AND</b> (Bloc 3 : critères d'évaluation)
AB (empathy or compassion or sympathy or caring ) OR AB ( behaviour or behavior or behavioural or behavioral ) OR AB emotion OR AB ( altruism or altruistic ) OR AB relationships OR AB communication OR AB « patient centered care » OR AB relation OR AB professionalism OR AB ( trust or trusting or trustworthiness or trustworthy ) OR AB personhood OR AB «living with» OR AB awareness OR AB pedagogic or AB pedagogical

## **ANNEXE I : Équation de recherche (suite)**

<b>Cochrane Library</b>
(Bloc 1 : intervention)
<u>Title; Abstract; Keywords</u> (theat* OR drama OR ethnodrama OR *drama OR *theater OR theatre* OR Playwright* OR dramatist* OR dramaturgists*)
<b>AND</b> (Bloc 2 : population cible)
<u>Title; Abstract; Keywords</u> (personnel OR Student OR Nurse OR trainee OR pupil OR undergraduate OR provider OR professional OR practitioner OR «nursing education» OR « medical education »)
<b>AND</b> (Bloc 3 : critères d'évaluation)
<u>Title; Abstract; Keywords</u> (Behavior OR education OR Relation OR Communication OR empathy OR humanism OR emotion OR compassion OR altruism OR relationship OR personhood OR professionalism OR Trust OR pedagogic OR awareness OR "living-with")
<b>EDP Sciences</b>
Bloc unique :
Théâtre ou drama ou theater

## ANNEXE II : Résumé complet des études quantitatives

Informations de référence.	Population de l'étude.	Intervention et méthode.	Objectif(s) et outil(s) de mesure.	Résultats.	Qualité de l'étude : Score MERSQI
<p><b>Deeny et al. (2001)</b> (42)</p> <p>Drama as an Experimental Technique in Learning How to Cope with Dying Patients and their Families.</p> <p><b>Royaume Uni (Irlande du Nord)</b></p> <p>Teaching in Higher Education</p>	<p><b>Échantillon :</b> (n= 110) 2 groupes : A (n=35) et B (n=75) Présence d'un groupe C (n=25) ayant servi pour l'étude pilote.</p> <p>Étudiants infirmiers</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Niveau d'étude :</u> Première année d'étude en sciences infirmières.</p> <p><u>Sexe</u> F : 91 % H : 9 %</p> <p><u>Age :</u> 19 à 30 ans (Moy : 21ans)</p> <p><u>Origine :</u> Groupe A issue d'une zone à prédominance catholique, protestante pour B.</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> <b>Pièce de théâtre de 20 minutes (2 actes de 10 min).</b></p> <p><u>Thème(s) :</u> Cancer/Soins palliatifs.</p> <p>2 actes présentant des scénarios traitant de problématiques et de difficultés en lien avec les situations de fins de vie (cancers) : la relation patient-professionnel, la dispensation de l'information, les rapports hiérarchiques entre professionnels.</p> <p><b>Acte 1 :</b> Situation d'annonce de cancer compliquée. Protagoniste étudiante infirmière.</p> <p><b>Acte 2 :</b> Gestion compliquée de l'entourage du patient en fin de vie avec situation de déni. Aborde le ressenti émotionnel de la professionnelle suite au décès.</p>	<p><b>Empathie et communication.</b></p> <p>- Aider les étudiants à réfléchir aux différentes façons de gérer une situation de fin de vie et de la manière dont faire face au décès d'un patient.</p> <p>- Mettre en évidence les types et gammes de réponses émotionnelles associés à la mort vécues par les patients, leurs familles mais également celles des professionnels soignants.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Outil développé par les auteurs en collaboration avec un panel de médecin et d'infirmiers. Basé sur une revue de littérature. (67)</p>	<p>Les étudiants : (% de réponses favorables avec un EVA entre 5 et 10)</p> <p>- Ont perçu la pièce comme un moyen d'acquérir des connaissances sur la fin de vie et voient cette intervention comme une bonne façon d'appréhender et de mieux comprendre la perspective du patient (80-84%).</p> <p>- Ont répondu favorablement à l'assomption que le théâtre les a fait réfléchir sur leur propre comportement vis-à-vis de la fin de vie et de la mort (80%), que le drame allait les aider dans les apprentissages (80%), qu'ils avaient apprécié le drame comme méthode pour enseigner des problématiques de fin de vie (85 à 90%).</p> <p>- 80 à 90% de réponses s'accordaient que la pièce allait les aider à comprendre comment un patient, ou ses proches (65-70%), pouvaient se sentir dans une situation de fin de vie.</p>	<p>9/18</p>

	<p><b>Recrutement :</b></p> <p>Obligatoire au sein d'un programme universitaire.</p> <p>Multicentrique.</p> <p>Echantillonnage par grappe :</p> <p>Étudiants provenant de 3 établissements de formation en sciences infirmières tirés au sort sur les 6 inclusibles.</p> <p>Non randomisé.</p>	<p>Protagoniste infirmière titulaire.</p> <p>A noter la présence d'éléments religieux catholiques dans la mise en scène.</p> <p>Discussion post-performance.</p> <p><b>Interprétation :</b></p> <p>2 professeurs en sciences infirmières.</p> <p><b>Design :</b></p> <p>Étude prospective à un groupe post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b></p> <p><b>Auto-évaluation par questionnaire</b> à 1 semaine de l'intervention. Non anonymisé.</p>	<p>→ Questionnaire constitué de 21 questions évaluées sur une échelle visuelle analogique (100mm de longueur) :</p> <p>18 items concernant les opinions et le ressenti, 2 items reliés à des détails biographiques.</p>	<p>- 75% à 80% de réponses favorables que la pièce allait les aider à parler avec les patients mourants et à utiliser des techniques de communication comme le toucher pour exprimer leurs sentiments envers eux (80%).</p> <p>Pas de différence selon l'âge, le sexe ou la religion.</p>	
<p><b>Deloney et Graham (2003)</b> (23)</p> <p>Wit: Using Drama to Teach First-Year Medical Students about Empathy and Compassion</p> <p><b>États-Unis (Arkansas)</b></p> <p><i>Teaching and Learning in Medicine: An International Journal.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n = 138)</p> <p>Étudiants en médecine</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>Niveau d'étude :</b></p> <p>Première année d'études médicales.</p> <p><b>Données socio-démographiques :</b> NC</p> <p><b>Recrutement :</b></p> <p>Promotion entière (100 %) dans le cadre d'un module de cours obligatoire visant à favoriser l'empathie.</p> <p>Monocentrique</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b></p> <p>« Wit »</p> <p><b>Issue du film homonyme Prix Pulitzer 1999 de Margaret Edson, 1h30.</b></p> <p><b>Thème(s) :</b> Cancer/soins palliatifs.</p> <p>La pièce relate l'histoire de Vivian Bearing, une professeure de littérature de 50 ans atteinte d'un cancer de l'ovaire stade 4, de l'annonce du diagnostic en début de pièce jusqu'à son décès. Au cours de son histoire elle délivre des exemples démontrant l'importance du professionnalisme médical, de la communication médecin-patient</p>	<p><b>Empathie, Information claire et loyale, décision partagée.</b></p> <p>- Augmenter l'empathie et la compassion. Encourager la réflexion sur son attitude dans la gestion les interactions de soins avec les patients en situation de fin de vie.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Questionnaire élaboré par les 2 auteurs et constitué de 22 questions cotables sur une échelle de Likert de 1 (« Pas du tout d'accord ») à 5 (« Tout à fait d'accord »).</p>	<p>- Les étudiants ont évalué à la capacité de la pièce à les faire réfléchir sur : (Moyenne)</p> <p>→ L'importante de prendre en charge la douleur physique des patients : (4,48).</p> <p>→ L'importance de répondre à la souffrance émotionnelle et spirituelle des patients : (4,35).</p> <p>→ L'importance de communiquer avec le patient : de son pronostic : (4,40) et de ses souhaits concernant sa fin de vie : (4,33).</p> <p>- Les étudiants ont estimé que la pièce les a impactés émotionnellement (4,08).</p>	<p><b>6/18</b></p>

		<p>et relate son expérience avec passion et humour de son vécu de la maladie.</p> <p>Précédée d'une brève lecture par un des investigateurs et suivie d'une discussion post performance animée par un corps professoral multidisciplinaire et un groupe de patient en rémission de cancer.</p> <p><b>Interprétation :</b> Dans un théâtre local. Par une troupe d'acteurs professionnels.</p> <p><b>Design :</b> Étude prospective à un groupe post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b> <b>Auto-évaluation par questionnaire</b> post performance (J0) Anonymisé.</p>	<p><b>Dimensions des questions :</b> → Appréciation globale de la pièce (1 item). → Façon dont la pièce illustre : les émotions, la communication entre patients et professionnels (4 items). → Façon dont la pièce a fait réfléchir les participants (5 items) et les a impactés émotionnellement (1 item). → L'utilité de la performance comparée à d'autres formes d'apprentissages et si cette dernière était pertinente par rapport aux soins qu'ils prodiguent aux patients. (11items)</p>	<p>- La pertinence de la pièce vis-à-vis des soins qu'ils prodiguent aux patients a été évalué à 3,63.</p> <p>- La performance globale a été noté à 3,94.</p>	
<p><b>Lorenz et al. (2004) (35)</b></p> <p>End-of-Life Education Using the Dramatic Arts: The wit Educational Initiative.</p> <p><b>Canada et États Unis</b></p> <p><i>Academic Médecine.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n = 1401)</p> <p>Étudiants en médecine</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>Niveau d'étude :</b> Étudiants en médecine. 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> année : 930 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année : 250 Internes :201 Formation post-doctorale : 21</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « Wit » <b>Issue du film du Prix Pulitzer 1999 de Margaret Edson, 1h30.</b></p> <p><b>Thème(s) :</b> La pièce relate l'histoire de Vivian Bearing une professeure de littérature atteinte d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique en début de pièce jusqu'à son décès dans un centre de lutte avec le cancer.</p>	<p><b>Empathie, information claire et loyale, décision partagée.</b></p> <p>- Améliorer la relation compassionnelle avec le patient sur différents aspects des soins dans des situations de fins de vie chez les étudiants en médecine. (ici 5 points).</p>	<p>- Les étudiants ont évalué la capacité de la pièce à les faire réfléchir sur : (Moyenne)</p> <p>→ L'importante de prendre en charge la douleur des patients : (4.21).</p> <p>→ L'importance de répondre à la souffrance émotionnelle et spirituelle des patients :(4.26).</p> <p>→ L'importance de discuter avec le patient de son pronostic : (4.23) et de ses souhaits concernant sa fin de vie : (4.29).</p>	<p><b>6,54/18 (6/16,5)</b></p>

<p><u>Sexe :</u> ≈ 50 %H / 50 % F</p> <p><u>Origine ethnique :</u> ≈3/4 Caucasienne.</p> <p><b><u>Recrutement :</u></b></p> <p>Non précisé, modalités à la réserve des 27 universités de médecine participantes de l'initiative lancée par les auteurs. Questionnaires centralisés par l'équipe de chercheurs pour analyse.</p> <p><u>Taux de réponse :</u> Non applicable individuellement (27/32 sites ont renvoyés des questionnaires) Non randomisé. Multicentrique.</p>	<p>L'œuvre est centrée sur le ressenti du protagoniste et de ses interactions avec le personnel de soignant. Discussion post-performance pour 26 des 27 facultés.</p> <p><b><u>Design :</u></b> Étude prospective à un groupe post-test.</p> <p><b><u>Interprétation :</u></b> Dans des théâtres ou auditoriums d'hôpitaux. Par des acteurs professionnels.</p> <p><b><u>Mode d'évaluation :</u></b> <b>Auto-évaluation par questionnaire</b> standardisé post performance (J0), recueillis depuis 27 sites qui ont participé entre 02/00 et 01/02 à l'initiative mené par les auteurs. Anonymisés.</p> <p>Les chercheurs informent qu'ils n'ont pas de précisions sur la manière dont a été intégré la pièce hormis qu'il y a eu 26 discussions post performance sur les 32 sites. Ils ont fourni le questionnaire ainsi que des lignes directrices et conseils sur la façon d'organiser et de monter l'intervention.</p>	<p>- Aborder la douleur physique (1), émotionnelle et spirituelle (2) du patient. -Discuter avec le patient du pronostic (3) et de des souhaits de fin de vie (4) ainsi que les aider à vivre le plus longtemps possible. (5)</p> <p><b><u>Outil d'évaluation :</u></b> Questionnaire élaboré par les 3 auteurs et constitué de 22 questions évaluables par une échelle de Likert de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord)</p> <p><b><u>Dimensions des questions :</u></b> → Appréciation globale de la pièce (1 item), → Façon dont la pièce illustre : les émotions, la communication entre patient et professionnels (4 items) → Façon dont la pièce a fait réfléchir les participants (5 items) et les a fait bouger émotionnellement (1 item) → L'utilité de la performance comparée à d'autres formes d'apprentissage et si cette dernière était pertinente par rapport aux soins qu'ils prodiguent aux patients (11items).</p>	<p>- 85% des étudiants ont estimé que la pièce les a affectés émotionnellement.</p> <p>- 95% de réponses favorables sur la qualité globale du programme.</p>	
--	--	---	--	--

<p><b>Shapiro et Hunt (2003)</b> (36)</p> <p>All the world's a stage: The use of theatrical performance in medical education.</p> <p>États-Unis (Californie)</p> <p>Médical Education.</p>	<p><b>Échantillon :</b> (n = 150) Etudiants en médecine, universitaires et un panel de professionnels de santé dont des généralistes et des patients.</p> <p><b>Groupe VIH (n=70)</b> <b>Groupe cancer de l'ovaire (n=80)</b></p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>(Pièce sur le VIH)</b> <b>Profession/études :</b> Etudiants en médecine :1/3 Personnel universitaire : ¼ Autres, dont professionnels de santé dont médecins dans le domaine du VIH, proches et amis : 5/12 <b>Sexe :</b> ≈ F :50 % H : 50 % <b>Age :</b> moy :33,58 ans (Etendue : 20aine à 50aine) <b>Ethnie :</b> Majorité caucasienne.</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> <b>2 pièces de théâtre (monologues de 1h).</b></p> <p><b>“Living in the Bonus Round”:</b> <b>Thème(s) :</b> VIH Prise de perspective réalisé par un metteur en scène et chanteur professionnel dans lequel il narre à travers des histoires et des chansons son expérience en tant que personne vivant avec le VIH.</p> <p><b>« Deep canyon »</b> <b>Thème(s) :</b> Cancer de l'ovaire Performance dans lequel l'actrice narre : son parcours médical, du diagnostic à sa rémission ainsi que son quotidien spirituel en tant que survivante d'un cancer.</p> <p>Suivi d'une discussion entre le public, l'acteur et 2 cliniciens experts (pour le VIH) et avec le président d'un groupe de travail sur l'oncologie psychosociale d'un centre de lutte contre le cancer (pour le cancer de l'ovaire.)</p> <p>Discussion post performance.</p> <p><b>Interprétation :</b> Interprétation et mise en scène par des professionnels ayant été atteint par les maladies thématiques.</p>	<p><b>Empathie.</b></p> <p>Augmentation de l'empathie des étudiants en médecine, soignants et médecins en particulier la compréhension du point de vue du patient et de son expérience.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Questionnaire développé par l'équipe de chercheurs et constituée de 7 items utilisant une échelle de Likert de 1 à 5 évaluant la valeur éducative de la performance.</p> <p>→ Si le participant a amélioré sa compréhension de la perspective des patients atteint du VIH/Cancer. → Si la pièce a permis une réflexion sur les problèmes liés à ces maladies et aux autres pathologies chroniques. → Si l'empathie du participant envers les personnes avec le VIH/Cancer a augmenté. → Sur l'utilité du format comme moyen d'apprentissage.</p>	<p>Les auteurs concluent sur l'efficacité de l'intervention comme méthode complémentaire pour augmenter l'empathie des étudiants en médecine envers les patients.</p> <p>Le questionnaire rapporte :</p> <p>→ Une meilleure compréhension de la part des participants de l'expérience des patients vivants avec le VIH (5,00) ou le cancer de l'ovaire (4,70 <math>\sigma</math> : 0,45). → Une augmentation de l'empathie envers les personnes atteint du VIH (4,67 <math>\sigma</math> : 0,61) et du cancer de l'ovaire (4,81 <math>\sigma</math> : 0,28). → Une meilleure perspective des problèmes émotionnels et psychologiques lié à la maladie néoplasique (4,70 <math>\sigma</math> : 0,33).</p> <p>- Les participants rapportent que l'intervention les a fait réfléchir d'une nouvelle manière aux problèmes liés au VIH et à d'autres maladie chroniques (4,56 <math>\sigma</math> : 0,58) et qu'ils se voient capable d'incorporer les connaissances acquises de la performance dans leurs interactions avec les patients VIH (5,00) ; Cancer de l'ovaire (4,80 <math>\sigma</math> : 0,31).</p> <p>- Le format a été jugé comme une manière utile d'appréhender les aspects personnels et subjectifs lié à l'infection au VIH (4,78 <math>\sigma</math> : 0,42) et au cancer de l'ovaire (4,91 <math>\sigma</math> : 0,35). Il a suscité de l'intérêt pour un événement similaire dans le futur : groupe VIH (4,89 <math>\sigma</math> : 0,28) ; groupe cancer de l'ovaire (4,80 <math>\sigma</math> : 0,22).</p>	<p><b>5/18</b></p>
--	--	---	--	--	--------------------

	<p><b>(Pièce sur le cancer de l’ovaire)</b>  <u>Profession/études :</u>  - Étudiants en médecine de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année : 2/3  - Universitaires : 20  - Nombreux internes et praticiens affiliés à la faculté, infirmières et personnel affiliés à un centre de lutte contre le cancer.  - Patients, membres de familles ou amis : 1/3  <u>Age :</u> moy :49,1 ans (Etendue : 20aine à 80aine)  <u>Recrutement :</u>  Monocentrique  Pas de méthode d’échantillonnage.  Enregistrement pour assister à la pièce, questionnaire remis aux participants pour participation à l’étude.  Date d’intervention coïncidant avec la fin des enseignements portant respectivement sur les 2 pathologies.  <u>Taux de réponse :</u>  Questionnaires remplis par les participants :  Pièce sur le VIH : 47/80 (58.8%)  Pièce sur le cancer de l’ovaire : 22/70(36,4%)</p>	<p><b><u>Design :</u></b>  Etude transversale à un groupe post-test.  <b><u>Mode d’évaluation :</u></b>  <b><u>Auto-évaluation</u></b> des participants par questionnaire standardisé post performance (J0).</p>	<p>→ Si le patient serait capable d’intégrer des connaissances issues de cette pièce dans ses interactions avec ces patients.  → Si le participant aurait de l’intérêt pour un événement similaire dans le futur.</p>		
--	---	--	---	--	--

<p><b>Colantonio et al. (2008)</b> (43)</p> <p>After the Crash: Research-Based Theater for Knowledge Transfer.</p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p> <p><i>Journal of continuing education in the Health Professions.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n= 283)</p> <p>Professionnels de santé.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Professions :</u> 255 soignants (docteurs, infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, gestionnaires de cas)</p> <p>28 personnes issues d'un large panel de professions non liées aux soins.</p> <p><u>Années d'expérience :</u> moyenne : 6,4 ans (Etendue : 0 à 34 ans).</p> <p>60 % (n=172) de l'échantillon avait une expérience du travail avec des patients traumatisés crâniens contre 27,5 % (n= 66)</p> <p><b>Recrutement :</b></p> <p>Dans un hôpital de MPR, 2 congrès sur les traumatisés crâniens et dans une université. Représentations libres et publicité sur le lieu même.</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> <b>1 pièce de théâtre (50 minutes).</b></p> <p><u>Thème(s) :</u> Large variété de sujets dont les troubles du comportement chez les traumatisés crâniens, les défis et les gratifications des patients et de leur famille dans le processus de rééducation, l'intérêt d'une communication adaptée et efficace et la transmission de connaissances pour de meilleures pratiques dans la prise en charge des patients cérébrolésés. Insiste sur importance des soins centrés sur le patient, le respect et la participation active de celui-ci dans les décisions. Contenu basé sur les résultats de 6 focus group ainsi que sur des recommandations de la littérature scientifique (sans précisions). Discussion post performance.</p> <p><b>Design :</b> Étude transversale à un groupe post-test</p> <p><b>Interprétation :</b> Interprétation par 4 acteurs professionnels. Représentation sur les lieux de recrutement. Mise en scène par un professionnel.</p>	<p><b>Empathie, communication, décision partagée.</b></p> <p>- Vise une meilleure compréhension des patients traumatisés crâniens, de leur expérience et la transmission de connaissances utiles à de meilleurs pratiques quant à la prise en charge centrée sur le patient.</p> <p>(Cible particulièrement le personnel peu ou non habitué à travailler avec ce type de population.)</p> <p>Comparaison entre le groupe avec et sans expérience avec ce type de patient.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b> Questionnaire développé par les auteurs constitué de 5 questions utilisant une échelle de Likert de 0 à 5. 3 questions portant sur les apprentissages liés à la pièce, 2 questions recueillant les avis concernant la méthode pédagogique.</p>	<p>- Les participants ont jugé : (Groupe personnel sans expérience vs Groupe avec)</p> <p>→ Que la pièce leur avait appris quelque chose de nouveau (4,6 <math>\sigma</math> : 0,74) vs (3,7 <math>\sigma</math> : 0,95)* , que les connaissances apprises allaient impacter la façon dont ils interagissent avec les patients traumatisés crâniens et avec leur famille (4,3 <math>\sigma</math> : 0,88) vs (4,0 <math>\sigma</math> : 0,86)*.</p> <p>→ Qu'ils avaient amélioré leur compréhension de la perspective des aidants de patients cérébrolésés (4,3 <math>\sigma</math> : 0,88) vs (4,0 <math>\sigma</math> : 0,85)*.</p> <p>Différence significative avec un score moyen plus haut dans le groupe sans expérience. (p&lt;0,001)</p> <p>- L'échantillon de participants a jugé l'intervention comme effective dans la prise en charge des patients cérébrolésés (4,5 <math>\sigma</math> : 0,83) et que la qualité de celle-ci allait affecter positivement leur apprentissage (4,3 <math>\sigma</math> : 0,84).</p>	<p><b>6/18 (5,5/16)</b></p>
--	--	--	---	--	-----------------------------

	Volontariat pour participer à l'étude proposée avant la représentation. Multicentrique, Pas de méthode d'échantillonnage.  Taux de réponse : NC	<b>Mode d'évaluation :</b> <b>Auto-évaluation</b> par questionnaire post intervention (J0) et avant la discussion.			
<b>Van Winkle et al. (2012) (41)</b>  Impact of a Workshop About Aging on the Empathy Scores of Pharmacy and Medical Students  <b>États-Unis (Michigan)</b>  American Journal of Pharmaceutical Education.	<b>Échantillon (n= 370)</b>  <b>2 Groupes :</b> Étudiants en médecine (n=187) et pharmacie (n=183)  <b>Caractéristiques :</b>  <b>Niveau d'étude :</b> Première année de médecine ou de pharmacie (91 % et 89 % de la promotion).  (Données décrites pour 80 étudiants en médecine et 105 en pharmacie.)  35 participants avec comme pour projet la médecine générale.  <b>Sexe :</b> Médecine : (F :54 % H :64%) Pharmacie : (F :63 % H : 47%)	<b>Intitulé de la pièce et thème :</b> <b>Pièce unique de 10 min.</b>  Par groupe de 20 à 40 dans une salle de cours de l'université.  <b>Thème(s) :</b> Les fragilités gériatrique. Dépeint les difficultés liées aux déficiences et les préoccupations des personnes âgés.  2 individus face à face. L'un jouant un directeur d'institution pour personnes âgées au caractère exigeant voir grincheux. Ce dernier se trouve plus enclin à parler du fonctionnement et du règlement de l'établissement plutôt que d'être à l'écoute des préoccupations et des difficultés de la personne âgée présente en face de lui.  Le second étudiant joue le senior et a été muni préalablement de bouchons d'oreilles ainsi que de verres de lunettes recouvertes de vaseline	<b>Empathie.</b>  - Améliorer l'empathie des étudiants en médecine et pharmacie. Déterminer si cette évolution se maintient dans le temps.  <b>Outil d'évaluation :</b>  Jefferson Scale of Empathy ( <b>JSE</b> ). (Voir annexe V)	- <b>Augmentation significative mais non substantielle (0,19) de l'empathie mesurée sur le JSE des 2 groupes d'étudiants directement après la performance et retournant à J7 et J26 à son niveau initial pour chacun des groupes</b> (Post-test1 > prétest =post-test 2 (p<0,05).  <b>Groupe Pharmacie</b> (JSE moyen ; effectif total) : Pré-test: 110,8 ± 12;1 vs post-test :113,2 +/-13,5 (p<0,01)  <b>Groupe Médecine :</b> (JSE moyen ; effectif total) : Prétest : 111,9+/-11 vs Post-test : 112,9+/-10.9 (p<0,01)  - Tendance similaire dans les analyses en sous-groupe pour le genre, et la spécialité convoitée (généralistes vs autres spécialités).	<b>11,5/18</b>

	<p><b>Recrutement :</b> Obligatoire au sein d'un enseignement universitaire. Par groupe de 20 à 40. Monocentrique.</p> <p><b>Taux de réponse :</b> <b>Médecine :</b> (J0, J7, J26) : 89 % ; 96 % ; 84 %. <b>Pharmacie :</b> (J0, J7, J26) : 91 % ; 99 % ; 92 %.</p> <p><i>(Seulement 79 % (n :148) du groupe pharmacie et 46 % (n :85) pour le groupe médecin ont laissés les identifiants requis pour appareillage)</i></p>	<p>pour simuler les déficiences de la personne.</p> <p>Suivi d'une discussion de 30 minutes.</p> <p><b>Interprétation :</b> 2 étudiants volontaires ne participants pas à l'étude.</p> <p><b>Design :</b> Etude prospective séquentielle à un groupe pré/post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b> <b>Auto-évaluation</b> par questionnaire avant l'intervention, immédiatement après (J0), mais avant discussion puis à (J7) pour le groupe pharmacie et (J 26) pour le groupe médecine. Anonymisé.</p>			
<p><b>Hawke et al. (2014) (37)</b></p> <p>Reducing stigma toward people with bipolar disorder: Impact of a film theatrical intervention based on a personal narrative.</p> <p><b>Canada</b></p>	<p><b>Échantillon (n= 60)</b></p> <p><b>2 groupes :</b> Professionnels de santé : (n=32) et étudiants en santé : (n=28).</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>Professionnels de santé :</b> <b>Profession :</b> Infirmiers : 53,1% Psychologie : 9,4% Autres : 37,6 % <b>Sexe :</b> F :87,5 %</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « That just Crazy Talk » <b>Version filmée, 50 min.</b></p> <p><b>Thème :</b> Le trouble bipolaire. Met en exergue comment les préjugés implicites ou explicites agissent sur la vie d'une personne bipolaire. Discussion post performance.</p> <p><b>Interprétation :</b> Monologue individuel interprété par une actrice professionnelle elle-même atteinte de bipolarité type I. Filmé et exposé lors de plusieurs projections collectives.</p>	<p><b>Respect mutuel.</b></p> <p>- Diminuer les stéréotypes vis à vis des personnes atteintes de troubles bipolaires chez les étudiants et professionnels de santé.</p> <p><b>Outils d'évaluation :</b> 2 échelles standardisées d'évaluation du niveau de stigmatisation.</p> <p>Days Mental Illness Stigma Scale (<b>D-MISS</b>) (Voir annexe V)</p>	<p>- Diminution significative des scores de stigmatisation pour les professionnels de santé sur 4 éléments du D-MISS (Anxiété, Traitabilité de la maladie, Rupture sociale et Efficacité des professionnels) maintenue à 1 mois à l'exception de Traitabilité.</p> <p><b>Pas de modification du MICA-4.</b> (p&gt;0,05)</p> <p><b>D-MISS</b> Moyenne (Ecart type) <b>Anxiété:</b> Pré-test: 2,36 (σ:1,03); Post-test 1: 1,85 (σ:0,91); Post-test 2: 1,78 (σ:0,74) p=0,006</p>	12,5/18

<p><i>International journal of societal Psychiatry.</i></p>	<p>H :12,5 %  <u>Age moyen</u> : 48,9 ans (σ :11,1)  <u>Années d'expérience</u> : 17,9 (σ :14,1)  80,6 % travaillant en contact direct ou indirect avec des personnes bipolaires.</p> <p><b>Étudiants en santé :</b>  <u>Discipline</u> :  Sciences infirmières : 60,7 % et psychologie 39,3 %  <u>Sexe</u> : F :89,3 %  H :10,7 %  <u>Age moy</u> : 21,2 ans, σ : 13,7</p> <p><b>Recrutement :</b>  Participants recrutés par des moyens variés pour le visionnage et la participation à l'étude (courriers, mails institutionnels de centres de soins, via des groupes de soutiens, visiteurs médicaux)  Multicentrique.  Enregistrement nécessaire.  Pas de méthode d'échantillonnage.</p> <p><u>Taux de réponse</u> : (à 1 mois), 73 % (42/60).</p>	<p><b>Design :</b>  Etude séquentielle à groupe unique pré/post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b>  <b>Autoévaluation</b> par questionnaire avant intervention (pré/test), immédiatement après (post-test1, avant la discussion) et à 1 mois (post-test2).</p>	<p>Mental Illness : Clinician's Attitudes Scale Version 4 (<b>MICA-4</b>) (Voir annexe V)</p> <p>(Des scores élevés signifient un niveau de préjugés plus important.)</p>	<p><b>Efficacité des professionnels :</b>  Pré-test : 3,03 (σ :1,43) ; Post-test 1 : 2,25 (σ :0,95) ; Post-test 2: 2,06 (σ:0,98) p=0.010</p> <p><b>Rupture sociale:</b>  Pré-test: 2,92 (σ:0,99); Post-test 1: 2,53 (σ:0,95); Post-test 2: 2,30 (σ:0,95) p=0,011</p> <p><b>Traitabilité:</b>  Pré-test : 2,17 (σ :0,95) ; Post-test 1 : 1,57 (σ:0,61) ; Post-test 2: 1,89 (σ:0,69) p&lt;0,001</p> <p><b>Pas de modification pour le groupe « étudiants » du D-MISS et du MICA-4. (p=0,27)</b></p>	
---	---	---	---	---	--

<p><b>Michalak et al. (2014)</b> (38)</p> <p>Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder.</p> <p><b>Canada</b></p> <p><i>International Journal of Bipolar Disorder.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n= 87) Professionnels de santé.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>Profession :</b> Infirmiers : 16 (19,3%) Psychologues : 8 (9,6%) Psychiatres : 6 (7,2%) Ergothérapeute : 5 (7,2%) Assistant social : 4 (4,8%) Autres disciplines : 38 (45%)</p> <p><b>Moyenne d'activité :</b> 12,1 ans. (σ :11,9)</p> <p><b>Sexe :</b> H :38 (16%) F:127 (84%)</p> <p><b>Age :</b> Moy : 40,2 ans (σ :12,9) E :23-74ans</p> <p><b>Recrutement :</b> Multicentrique (2 salles de villes différentes). Pas d'échantillonnage. Volontariat pour assister à la pièce et participer à l'étude.</p> <p><b>Taux de réponse :</b> <b>A T1 et T2 :</b> (n=84) <b>A T3 :</b> (n=42 ; 51,2 %) ont remplis le D-MISS et (n=40) pour le MICA-4.</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « That just Crazy Talk » <b>Pièce de théâtre de 50 minutes.</b></p> <p><b>Thème(s) :</b> Le trouble bipolaire.</p> <p><b>Interprétation :</b> Monologue individuel par une actrice professionnelle elle-même atteinte de bipolarité type 1. Discussion post performance.</p> <p><b>Design :</b> Étude prospective séquentielle à un groupe pré/post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b> <b>Auto-évaluation par questionnaire.</b> Dans les 7j avant (<b>T1</b>) immédiatement après la performance (<b>T2</b>) puis à 3-4 mois (<b>T3</b>).</p>	<p><b>Respect mutuel.</b></p> <p>- Diminuer la stigmatisation envers les patients atteints de troubles bipolaire et étudier son évolution à moyen terme.</p> <p><b>Outils d'évaluation :</b></p> <p>2 échelles standardisées d'évaluation de la stigmatisation (voir annexe V) et un questionnaire créé par les auteurs, constitué de quelques questions d'ordre global sur la perception de l'intérêt et de l'impact de la pièce.</p> <p>→Days' Mental Illness Stigma Scale (<b>D-MISS</b>)</p> <p>→Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale Version 4 (<b>MICA-4</b>)</p> <p>(Des scores élevés indique un niveau plus important de stigmatisation.</p>	<p>- <b>Amélioration des attitudes après la performance à T2 avec diminution significative du D-MISS sur le score total et sur les 5 sous échelles (p&lt;0.001) mais tendance à l'érosion de ce changement dans le temps à T3.</b></p> <p>- <b>Pas de différence significative sur le MICA-4.</b> (p=0.123)</p> <p><b>D-MISS :</b> Moyenne (écart type) T1 : 2,29 (σ : 0,65) T2 : 2,07 (σ : 0,60) t-test (83) = 5,55 p&lt;0,001 T3 : 2,19 (σ : 0,60)</p> <p>MANOVA F (1.45, 59.33) = 5.28, p =0.015 ;</p> <p><b>MICA-4</b> T1 : 29,4 (σ : 5,82) T2 : 27,58 (σ : 5,83) t-test : (81) = 1,56 p = 0,123 T3 : 29,85 (σ : 6,47)</p> <p>MANOVA F (2,78) = 4,31 p =0.017 ;</p> <p>- 98% des participants ont décrit le spectacle comme étant bon ou excellent. - 85% ont jugés que la performance avait une action sur les stéréotypes.</p>	<p>12/18</p>
---	---	---	--	--	--------------

<p><b>Wasmuth et al. (2020)</b> (39)</p> <p>A Mixed-method Analysis of Community Engaged Theatre Illuminates Black Women's Experiences of Racism and Addresses Healthcare Inequities by Targeting Provider Bias</p> <p><b>États-Unis, (Michigan)</b></p> <p><i>Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n= 118)</p> <p>113 professionnels de santé et/ou membres d'une communauté.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Professions :</u> 28 soignants. (25%)</p> <p><u>Caractéristiques démographiques :</u>NC</p> <p><b>Recrutement :</b> Multicentrique. Pas de méthode d'échantillonnage. Volontariat pour le visionnage de la pièce et la participation à l'étude lors des 2 représentations chacune sur le lieu de travail des participants (hôpital public ou théâtre de ville).</p> <p><u>Taux de réponse :</u> 96% (113 sur les 118 individus ayant vu la pièce).</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « <b>Black women's: Stories of Inequity</b> »</p> <p><u>Thème(s) :</u> Les disparités dans l'accès aux soins et les différences de traitement des femmes de couleurs noires. Mise en scène de situations diverses, abordant 5 différents thèmes mis en évidence dans une analyse thématique d'interviews réalisés avec un échantillon de femmes noires. (Être ignoré (1), Être critiqué (2), Être pris de haut (3), Peur d'être blessé (4) ou d'avoir mal. (5))</p> <p>Discussion post performance.</p> <p><b>Interprétation :</b> Acteurs et metteur en scène professionnels.</p> <p><b>Design :</b> Etude transversale à un groupe post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b> Auto-évaluation par questionnaire post-test (J0).</p>	<p><b>Respect mutuel.</b></p> <p>- Réduire les inégalités en matière de soins chez les femmes noires en diminuant les stéréotypes et comportements stigmatisants à leur égard.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Questionnaire développé par les auteurs, constitué de 5 items évalués sur une échelle de Likert coté de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Parfaitement d'accord).</p> <p>Sujets des questions :</p> <p>- Si la personne comprend le concept d'iniquité.</p> <p>- Si la personne pense que l'inégalité d'accès au soin est un problème dans la société.</p> <p>- Si le visionnage de la pièce a éclairé la personne sur les biais existant vis à vis de certains groupes.</p> <p>-Si la pièce a pu rappeler au participant un moment où il a pu être discriminant et s'il allait changer la façon dont il interagit avec les autres.</p>	<p>- Les participants étaient en moyenne « d'accord » que la pièce a amélioré : (moyenne)</p> <p>→ Leur compréhension des inégalités 4.57 (<math>\sigma</math> :0.82).</p> <p>→ Leur conscience de l'existence d'un problème récurrent d'inégalité 4.54 (<math>\sigma</math> :0.94).</p> <p>- La probabilité qu'ils implémentent après la pièce un changement dans leur vie en regard des comportements qui contribuent à ces inégalités 4.19 (<math>\sigma</math> :0.94).</p> <p>- Les participants étaient en moyenne « Pas d'accord » que la pièce a amélioré : (moyenne)</p> <p>Leur conscience de leur propre biais 2.89 (<math>\sigma</math> :1.14) ou de leur implication dans les inégalités 3.46 (<math>\sigma</math> :1.18).</p> <p>- Pas de différence significative entre professionnels de santé et non professionnels (W = 960,5, P=0,302).</p>	<p><b>10/18</b></p>
--	---	---	--	---	---------------------

<p><b>Wasmuth et al. (2021)</b> (40)</p> <p>Supporting occupational Justice for TG and Gender-Non-Conforming People Through Narrative-Informed Theater: A mixed-methods Feasibility Study.</p> <p><b>États-Unis</b></p> <p><i>The American Journal of Occupational Therapy</i></p>	<p><b>Échantillon</b> (n= 104)</p> <p>Professionnels de santé :40,5% (n=17) et non professionnels de santé : 59,5% (n=25)</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Sexe</u> : F : 38 (90,5%) H :4 (9,5%) Transgenres :7,5 % (3) /Non transgenres :92,5 % (n=37)</p> <p><u>Age</u> : &lt;35 ans :18 (43,9%) 35-44 ans : 7 (17,1%) 45-55 : 7 (17,1%) &gt;55 ans : 9 (22%)</p> <p><u>Origine ethnique</u> : Caucasien : 95,2% ; Afro-américain :9,8 % ; Hispanique : 4,8 %</p> <p><u>Niveau d'étude</u> : Inférieur au bac : 7,1 % ; Bachelor : 28,6 % ; Master : 26,2 % , Doctorat :38,1 %</p> <p><b>Recrutement :</b> Via des publicités d'invitation ciblant les professionnels de santé sur les réseaux sociaux durant la période de la pandémie Covid19 (Avril 2020).</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « <b>This Authentic Person</b> »</p> <p>Pièce de théâtre divisée en de multiples scènes courtes pour une diffusion en ligne dans un format webinaire.</p> <p><i>(Identity Development Evolution and Sharing: IDEAS)</i></p> <p><u>Thèmes</u> : Difficultés rencontrés dans l'accès aux soins et dans d'autres situations quotidiennes des personnes transgenres.</p> <p>Script issue de l'analyse qualitative d'interviews narratifs mené avec des personnes transgenres illustrant les difficultés ressenties par cette population dans différentes situations.</p> <p>Discussion post performance.</p> <p><b>Interprétation :</b> Mise en scène par des professionnels et interprétation par acteurs transgenres professionnels.</p> <p><b>Design :</b> Étude prospective, groupe unique. Pré/post-test.</p> <p><b>Mode d'évaluation :</b> Autoévaluation par questionnaire pré-intervention et en post intervention immédiate.</p>	<p><b>Respect mutuel.</b></p> <p>- Réduire les croyances stigmatisantes et les stéréotypes vis à vis des personnes transgenres pour améliorer leur bien être dans le recours au soin.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Acceptance and Action Questionnaire Stigma (<b>AAQ-S</b>) (voir annexe 3) : Score standardisé évaluant l'inflexibilité ou la flexibilité des stéréotypes et calculé à partir de 21 items chacun coté de de 1 (toujours exact) à 7 (jamais exact).</p>	<p><b>- Diminution significative du score AAQ-S</b></p> <p><b>Pré-test:</b> Moy=79,93; <math>\sigma</math>:12,62 <b>vs Post test:</b> Moy: 69,74 <math>\sigma</math>:12,77 t (41) = 8,18 (p&lt;0,0001, d=80)</p>	<p><b>11,5/18</b></p>
--	---	---	---	--	-----------------------

	<p>Accès libre. Participants au visionnage informés de la possibilité de participation à l'étude. Pas de méthode d'échantillonnage.</p> <p><u>Taux de réponse :</u> Participants remplis le questionnaire après visionnage 40,4% (n=42).</p>				
<p><b>Wasmuth et al. (2022)</b> (24)</p> <p>Bridging the Humanities and Health care with Theatre: Theory and Outcomes of a Theatre-based Model for Enhancing Psychiatric care via Stigma Reduction.</p> <p><b>États-Unis</b></p> <p><i>American Psychological Association.</i></p>	<p><b>Échantillon (n= 89)</b> Professionnels de santé.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Profession :</u> Ergothérapeutes et autres professionnels volontaires.</p> <p><u>Niveau d'étude :</u> Bachelor :8 (15%) Master : 32 (62,75 %) Doctorat : 9 (17,65%) Licence : 2 (3,92%)</p> <p><u>Sexe :</u> F :48 (94%) ; H :2 (4%) ; Non binaire :1 (2%)</p> <p><u>Age :</u> 18-24 ans : 4 (7,84%) 25-34 :ans 34 (66%) 35-54 ans : 6 (11,76%) 55-64 ans : 4 (7,84%) 55-64 ans : 3 (5,88%)</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> <b>Collection de monologues théâtraux issues de 3 pièces de théâtre et filmés sous la forme de monologue.</b></p> <p><i>(Identity Development Evolution and Sharing: IDEAS)</i></p> <p>Chaque participant a visionné les monologues d'une seule des 3 pièces. (n=59)</p> <p><b>Black women's: Stories of Inequity.</b> <u>Thème(s) :</u> Inégalités d'accès aux soins des femmes noires) (n=13)</p> <p><b>This Authentic Person.</b> <u>Thème(s) :</u> Discriminations envers les personnes transgenres. (n=19)</p>	<p><b>Respect mutuel.</b></p> <p>- Sensibiliser et faire prendre conscience aux soignants de l'existence de biais implicites vis à vis de certaines populations (ici population noire, transgenres et personnes en situation de dépendance) pour améliorer l'équité dans les soins psychiatriques.</p> <p><b>Outil d'évaluation :</b></p> <p>Acceptance and Action Questionnaire Stigma (<b>AAQ-S</b>) (Voir annexe III) : Score standardisé évaluant l'inflexibilité ou la flexibilité des stéréotypes. Calculé à partir de 21 items, chacun coté de 1 (toujours exact) à 7 jamais exact).</p>	<p><b>- Diminution significative du score AAQ-S</b> Score moyen post-test : 61,86 (<math>\sigma</math> :11,28) vs pré-test : 75,51 (<math>\sigma</math> :11,83)</p> <p>T=11.32, df=50, M=13.65 Intervalle de confiance 95 % : [11.32, 15.97]), p &lt; 0.0001</p> <p>- Observation similaire sur l'analyse en sous-groupe en fonction des 3 différentes familles de monologues utilisés.</p> <p><b>- Stories of Inequity:</b> Score moyen pretest: 72.46 (<math>\sigma</math> : 9.27) vs 60.00 (<math>\sigma</math> : 12.96)</p> <p>t = 5.62, df = 12, M = 12.46, Intervalle de confiance (95%) : [7.63, 17.29], p = .0001</p>	12/18

<p><u>Origine ethnique :</u> Caucasien : 90 %</p> <p><b><u>Recrutement :</u></b> Multicentrique. (cliniques ayant eu recours aux monologues filmés/) Pas de méthode d'échantillonnage. Volontaires pour le visionnage proposés par l'établissement de santé des participants et pour la participation à l'étude. Enregistrement externe pour les professionnels intéressés non liés aux cliniques participantes.</p> <p><u>Taux de réponse :</u> 59/89 (56,2%)</p>	<p><b>« I'm going to do this for the rest of my life ».</b> <u>Thème(s) :</u> Expériences de personnes en situation d'addiction. (n=19)</p> <p><b><u>Interprétation :</u></b> Par une compagnie d'acteur professionnelle. Vidéos fournies par les auteurs aux différentes cliniques requérantes. Pas d'informations si présence de discussion post performance.</p> <p><b><u>Design :</u></b> Étude prospective à un groupe. Pré/post-test</p> <p><b><u>Mode d'évaluation :</u></b> Auto-évaluation par questionnaire en pré et post intervention.</p>			<p><b>- I'm going to do this for the rest of my life:</b> Score moyen pretest: 79.16 (<math>\sigma</math> : 11.03) vs 63.58 (<math>\sigma</math> : 10.97)</p> <p>t = 7.60, df = 18, M = 15.58, Intervalle de confiance (95%) : [11.27, 19.88], p &lt; 0.0001</p> <p><b>- This Authentic Person :</b> Score moyen pretest: 73.95 (<math>\sigma</math> : 13.65) vs 61.42 (<math>\sigma</math> : 10.75)</p> <p>t = 7.00, df = 18, M = 12.53, 95% Intervalle de confiance (95%) : [8.77, 16.29], p &lt; 0.0001</p>	
--	--	--	--	--	--

## ANNEXE III Résumé complet des études qualitatives.

Informations de référence.	Population de l'étude.	Intervention et méthode.	Objectifs et outil(s) de mesure.	Résultats.	Qualité de l'étude. (Score JBI-QARI)
<p><b>McKay et Bright (2005)</b> (50)</p> <p>Dementia care: Learning through drama.</p> <p><b>Royaume-Uni (Angleterre)</b> <i>Practice Development in Health Care</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n≈100)</p> <p>Large panel de professionnels de santé impliqués directement ou non dans les soins.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Profession :</u> Médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, représentants et membres de groupes sur la démence, gestionnaires et superviseurs de structures de soins. (Proportion NC)</p> <p><u>Données sociodémographiques :</u> NC</p> <p><b>Recrutement :</b> Volontariat pour la participation à l'intervention et à l'étude. Questionnaire remplissable en fin</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b></p> <p><b>Une pièce de théâtre séparé en 3 actes d'une scène.</b></p> <p>Représentation au sein d'un événement d'une journée rassemblant des experts et des professionnels de santé sur le sujet de la démence.</p> <p><u>Thème(s) :</u></p> <p><b>1<sup>e</sup> scène :</b> Aborde les difficultés liées à l'apparition des symptômes de démence, leur reconnaissance parfois insidieuse et difficile ainsi que la perplexité et le déni que cela peut engendrer chez la personne.</p> <p><b>2<sup>e</sup> scène :</b> Aborde les difficultés d'allier les points de vue de l'entourage familial lors des décisions à prendre.</p> <p><b>3<sup>e</sup> scène :</b> Aborde les difficultés de trouver des limites entre les contraintes nécessaires à la sûreté et la liberté des patients.</p>	<p><b>Empathie, décision partagée, communication.</b></p> <p>- Améliorer les connaissances de bases sur la démence. - Apprécier les problèmes liés à la démence du point de vue du patient et des aidants. - Améliorer la collaboration interdisciplinaire et permettre une discussion entre professionnels sur les problèmes liés aux situations de démence.</p> <p><u>Questionnaires écrits :</u></p> <p>Premier questionnaire : 3 éléments qu'ils ont appris de la performance.</p>	<p><b>A J0 :</b></p> <p>- Les réponses en fin d'évènement sont d'après les auteurs largement positives. Dans les exemples cités les répondants envisagent de travailler à l'éducation des professionnels et à l'acquisition des connaissances pour une meilleure relation avec les personnes atteintes de démence.</p> <p>- 2 % sont insatisfaits de la performance et auraient préféré aborder des éléments plus concrets, dans le sens orienté vers le biomédical.</p> <p><b>A 4 mois :</b> 68 % (26) des répondants ont affirmé que leur pratique a changé en citant des exemples.</p> <p>- Les participants ont rapporté une meilleure confiance dans leur pratique, une sensibilité,</p>	7/10

	<p>d'évènement Congrès payant de 2 jours (100£).</p> <p><u>Taux de réponse :</u> A J0 (au terme de l'étude) : NC A 4 mois : 38/100 questionnaires remplis récupérés (38%).</p>	<p><b><u>Interprétation :</u></b> Élaboration de la pièce par des chercheurs, sur les constats d'une étude qualitative non publiée en collaboration avec une compagnie de théâtre locale ayant déjà travaillé avec des professionnels de santé (CragRats). Interprétation par cette même compagnie.</p> <p><b><u>Design :</u></b> Analyse de documents. (Questionnaire remplis à la fin de l'évènement et deuxième questionnaire dissemblable envoyé par voie postale à 4 mois à tous les participants.</p>	<p>Deuxième questionnaire : « Votre pratique a-t-elle changé à la suite de ce que vous avez appris ou vécu lors de l'évènement de formation sur la démence ? »</p> <p>Pas d'informations sur l'analyse et le traitement des données.</p>	<p>une empathie et une ouverture d'esprit plus grandes envers les personnes atteintes de démence.</p> <p>- Ils affirment avoir cherché à améliorer leur communication et se disent plus enclins à chercher le consentement de la personne et à impliquer son entourage proche.</p> <p>-Les auteurs accompagnent leur affirmation par des transcription écrites des réponses et concluent : L'utilisation du théâtre est appropriée et efficace pour stimuler la discussion et l'apprentissage sur des sujets tels que la démence.</p>	
<p><b>Kontos et Naglie (2007)</b> (15)</p> <p>Expressions of Personhood in Alzheimer's Disease: An evaluation of Research based Theatre as Pedagogical Tool.</p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p> <p><i>Qualitative Health research.</i></p>	<p><b><u>Échantillon :</u></b> (n=43) Professionnels de santé.</p> <p><b><u>Caractéristiques :</u></b></p> <p><b><u>Professions :</u></b> 16 infirmières 10 ergothérapeutes 8 physiothérapeutes. 9 aides-soignants.</p> <p><b><u>Secteur de travail :</u></b> 67 % Soins gériatriques de longue durée. 27 % Psychogériatrie. 7% Soins de suite et réadaptation. <b><u>Sexe :</u></b> F : 43 (100%)</p>	<p><b><u>Intitulé de la pièce et thème :</u></b></p> <p><b>“Expressions of Personhood in Alzheimer's” (30 minutes)</b></p> <p><b><u>Thème(s) :</u></b> L'expression non verbale des patients atteints de démence et les attitudes parfois dépersonnalisantes que les soignants peuvent avoir à leur égard.</p> <p><b><u>Interprétation :</u></b> Mise en scène de 5 situations observées lors d'une recherche ethnographique menée au sein d'une unité d'Alzheimer.</p>	<p><b>Communication, empathie.</b></p> <p>- Explorer l'importance des modes d'expression non verbaux chez les personnes atteintes d'Alzheimer sévère et l'efficacité de la pièce pour les mettre en valeur, favoriser leur perception dans le but d'améliorer les soins centrés sur la personne.</p> <p>Transcription et analyse par 2 chercheurs indépendants avec</p>	<p><b>- Les axes principaux d'analyse du texte ont été :</b></p> <p>→ La sensibilisation aux différentes façons dont les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent s'exprimer.</p> <p>→ La connexion de la pièce à l'expérience des participants dans la reconnaissance des éléments de communication.</p> <p>→ La Sensibilisation à l'importante pour ces patients des rituels et des cérémonies quotidiennes.</p>	4/10

	<p><u>Caractéristiques démographiques</u> :NC</p> <p><b><u>Recrutement</u></b> :</p> <p>Echantillonnage raisonnée</p> <p>Recrutement depuis une liste de professionnels éligibles établie par les administrateurs et chefs d'équipes/de services travaillant dans 4 établissements de santé de l'Ontario. Accord des participants après contact téléphonique.</p> <p>Echantillonnage avec l'objectif affiche d'obtenir une large diversité d'expérience en incluant des soignants de disciplines et d'expérience variés.</p>	<p>Sur le lieu de travail des participants. Par metteur en scène et acteurs professionnels.</p> <p><b><u>Design</u></b> : Analyse thématique standard, inductive.</p> <p>Focus group, six sessions d'environ 60 minutes avec 6-8 spectateurs chacun.</p> <p>Guide semi-directif avec questions concernant la perception de la pièce par les participants ainsi que sur leur compréhension des moyens d'expressions et du caractère déshumanisant de certaines interactions dépeintes.</p>	<p>analyses intermédiaire au fur et à mesure des groupes focus pour confirmation ou modification des thèmes émergents.</p> <p>Ajout à l'analyse qualitative d'un questionnaire quantitatif de 5 questions notable de 1 à 5 sur une échelle de Likert sur l'efficacité de la pièce en termes d'apport de connaissances notamment dans la communication non verbale et si la pièce serait efficace pour éduquer le personnel soignant sur les soins centrés sur les patients dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.</p>	<p>- Le questionnaire retrouvait :</p> <p>83 % de réponses positives sur : « la prise de conscience par les participants des différents moyens d'expression non verbaux par lequel les personnes atteintes d'Alzheimer s'expriment » et 92 % de réponses favorables à « la pièce a permis aux professionnels de mieux se rendre compte des façons dont ils interagissent avec ces patients ».</p> <p>- Les auteurs concluent sur l'efficacité de la pièce dans l'amélioration de la compréhension parmi les professionnels de santé des différentes façon non verbales par laquelle les patients atteints de démences s'expriment.</p>	
--	--	---	---	--	--

<p><b>Jonas-Simpson et al. (2011) (48)</b></p> <p>Phenomenological shifts for healthcare professionals after experiencing a research-based drama on living with dementia.</p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p> <p><i>Journal of Advanced Nursing.</i></p>	<p><b>Échantillon (n=58)</b></p> <p>Large panel de professionnels de santé (50) et étudiants en sciences infirmières (8).</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><u>Secteur de travail :</u>  Programme de repos : 2  Service volontaire : 4  Consultants régionaux : 3  Éducateurs : 7  Médecine de famille : 1  Agence d'abus sur personnes âgées : 2  Travailleurs sociaux : 1  Soin palliatif : 1  Soins à domicile : 1  Centre d'accès aux soins communautaires : 3  Membre d'une association de soutien à Alzheimer : 7  Membre de fondation : 1  Travailleurs d'EHPAD : 17</p> <p><u>Sexe :</u> F :46 (79%) H :12 (21%)  <u>Années d'expérience :</u>  6 mois à 23 ans</p> <p><b>Recrutement :</b>  2 représentations organisés par 4 sociétés de lutte contre la maladie d'Alzheimer dans leurs villes respectives de la région Ontario.</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b>  « I'm still Here »</p> <p><u>Thème(s) :</u>  La démence dans toute sa complexité (la perte, les défis, la qualité de vie, les perspectives, la joie, la tristesse) à travers de multiples histoires de différentes personnes vivant avec la démence et de leur entourage du diagnostic initial à la vie en institution.</p> <p><b>Interprétation :</b>  Ethnodrame développé sur 16 mois par l'équipe de chercheur avec un metteur en scène et une équipe d'acteurs professionnels jouant la scène.  La pièce a été conçue afin de diminuer les souffrances inutiles subies par les personnes atteintes de démences et de leur entourage notamment celles liés au jugement, à la mécompréhension et aux idées reçues.</p> <p><b>Design :</b> Analyse thématique dans la première série de focus groupe puis phénoménologique dans une deuxième série de focus groupe à J0</p> <p>8 groupes focus mené par 2 chercheurs, l'un animant la discussion, le second ayant le rôle d'assistant, menés avant, puis de nouveau après l'intervention</p>	<p><b>Empathie, respect mutuel/libre décision.</b></p> <p>- Explorer l'influence d'un ethnodrame dans la compréhension personnelle de la démence, dans le changement des perceptions et des pratiques vis à vis de la démence et des personnes qui en sont atteintes.</p> <p><u>Guide semi directif :</u></p> <p>Focus groupe pré-intervention :  - sur la signification de la démence en termes de souffrance, d'évolution, de la qualité de vie ainsi que sur la routine des participants au contact des personnes atteintes de démences et leur relation avec ces derniers.</p> <p>Focus group post-intervention :  - sur ce qui a changé avec le visionnage de la pièce, sur les images que les participants ont de la démence après la représentation.</p>	<p><b>Trois changements phénoménologiques ont été mis en évidence entre les 2 séries de focus groupes :</b></p> <p>I/ Changement de perspective vis-à-vis de la vie de la personne atteinte de démence, avec une meilleure conscience de son humanité et passage d'une vision centrée sur les besoins primaires et sur la maladie à une vision plus holistique.</p> <p>II/ D'une relation paternaliste, automatique, parfois spéculative (c'est-à-dire basée sur ce que l'on pense savoir) à une prise en charge plus attentive, moins dans le jugement, plus sur l'écoute.</p> <p>III/ D'une vision restreinte de la vie avec la démence à la vision de perspectives optimistes.</p>	<p>6/10</p>
---	---	---	---	---	-------------

	<p>Personnes inscrites pour assister à une représentation ont été informées de la possibilité de participer à l'étude et recontactées par téléphone si d'accord. Le personnel de ces établissements a également pu contacter directement certains professionnels de santé pour participation. Les volontaires ont intégré une liste avant d'être sélectionnés par échantillonnage raisonné avec critères de variation maximale.</p> <p>Taux de réponse : Participation focus avant et après :100 %.</p>	<p>Méthode d'extraction synthèse menée individuellement par chacun des chercheurs.</p> <p>Identification des thèmes convergents et divergents et comparaison entre ceux émergeant avant avec ceux émergeant après l'intervention.</p> <p>Les évolutions thématiques entre les 2 séries de focus groupes sont dénommées changements phénoménologiques Validité et crédibilité contrôlées dans un groupe focus de 17 participants d'une des représentations.</p>	<p>- sur ce qui a changé dans la compréhension de la démence, ainsi que sur les changements de vision concernant le sens la vie et l'avenir des patients atteints de démence. - comment le visionnage de la pièce pourrait changer leurs attitudes et la façon dont ils interagissent avec ce type de patient.</p>		
<p><b>Dupuis et al. (2016) (49)</b></p> <p>Igniting Transformative Change in Dementia Care Through Research-based Drama</p> <p><b>Canada (Ontario)</b></p> <p><i>The gerontologist.</i></p>	<p><b>Échantillon (n=58)</b></p> <p>Large panel de professionnels de santé (50) et d'étudiants en sciences infirmières (8) A 6 semaines puis à 12 mois.</p> <p><b>Caractéristiques :</b> <u>Sexe</u> : F :46 (79%) H :12 (21%) 46 (79%) personnes travaillantes ou ayant travaillé avec des personnes atteintes de</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b> « I'm still Here »</p> <p><u>Thème(s) :</u> La démence dans toute sa complexité (la déficience, la prise de conscience des changements liés à la démence et ses répercussions sur la qualité de vie, les défis, les perspectives, les tristesses, les joies à travers de multiples histoires de différentes personnes vivant avec la démence et de leur entourage, du diagnostic initial à la vie en institution.</p>	<p><b>Empathie, communication, respect mutuel.</b></p> <p>- Explorer l'influence d'un ethnodrame dans la compréhension personnelle de la démence, dans le changement à court et à long terme des perceptions et des pratiques vis à vis de la démence et des personnes qui en sont atteintes.</p>	<p><b>Les auteurs rapportent 4 liens interconnectés « persistants » de changement depuis la représentation :</b></p> <p>- Le fait d'avoir assisté à une représentation dépeignant des situations de souffrance chez la personne atteinte de démence a permis de mieux comprendre les différentes dimensions de celle-ci, de ce que la personne peut ressentir et a ainsi créé de la compassion.</p>	3/10

	<p>démence. 12 (21%) indirectement.  <u>Années d'expérience</u> ;  6 mois à 23 ans.  (médiane : entre 11 et 15 ans.)</p> <p><b><u>Recrutement :</u></b></p> <p>2 représentations organisés par 4 sociétés de lutte contre Alzheimer dans leurs villes respectives de la région Ontario  Les personnes inscrites pour assister à une représentation ont été informées de la possibilité de participer à l'étude. Le personnel de ces établissements a également pu contacter directement certains professionnels de santé pour participation. Les volontaires ont intégré une liste avant d'être sélectionnés par échantillonnage raisonné avec critères de variation maximale. Les participants aux focus groupes ont été contactés par téléphone à 6 semaines et à 1 an.</p> <p><u>Taux de réponse :</u>  A 6 semaines : 57/58 (98,3%).</p>	<p><b><u>Interprétation :</u></b>  Ethnodrame développé sur 16 mois par l'équipe de chercheur avec un metteur en scène et une équipe d'acteurs professionnels jouant la scène.</p> <p><b><u>Design : Analyse phénoménologique.</u></b></p> <p>Entretiens téléphoniques à 6 semaines et à 1 an de la représentation théâtrale pour comparaison avec les résultats qualitatifs des 8 groupes focus de 60-90 min groupe ayant eu lieu avant et après (détaillés dans Jonas-Simpson et al. (2011)).</p> <p>Guide d'entretien par questionnaire semi-dirigé.  Transcriptions écrites.  Identification des unités de signification et des expressions communes convergentes ou divergentes reflétant l'expérience.  Analyse descriptive et synthétique de l'expérience par regroupement de thèmes.  Analyse individuelle par les 6 chercheurs avec réunion bimensuelle pour recoupage et identification des changements phénoménologiques. Vérification des analyses identifiants les changements phénoménologiques et comparaison de ceux identifiés avant la performance de ceux</p>	<p><u>Entretien téléphonique avec questionnaire semi-directif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qu'ils ont retenu de la pièce, sur les aspects mémorables de la pièce.</li> <li>- S'ils ont ressenti une différence sur leur pratique après l'intervention et si la pièce a joué un rôle ou a influencé leur attitude.</li> <li>- Si la pièce a changé leur façon de voir ou de comprendre les personnes atteintes de démence.</li> <li>- S'ils ont des commentaires et suggestions à partager de leur expérience de la pièce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette prise de conscience a permis une réflexion critique sur les pratiques par une connexion des professionnels avec leur propre expérience.</li> <li>- Cela a permis de créer ou de réaffirmer une volonté d'améliorer les attitudes des professionnels vis-à-vis des personnes atteintes de démence.</li> <li>- L'impact émotionnel de la pièce est toujours présent à 6 semaines/12 mois. Les participants rapportent avoir appris de nouvelles façons de communiquer, d'interagir, d'être plus ouvert à la personne, et de les avoir mis en pratique. Ils se donnent la possibilité de ralentir, de suivre la personne à son rythme d'être à l'écoute et d'être attentifs aux signes non verbaux, de chercher les sens et d'être moins dans le jugement.</li> <li>- L'analyse rapporte que les participants ont plus facilement admis qu'une patiente démente pouvait avoir une vie satisfaisante, et leur a permis de voir ce qu'ils peuvent faire pour améliorer cette qualité de vie en les dépersonnalisant moins.</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

	A 1 an : 47/58 (81%).	émergents à 6 semaines et 12 mois. Présentations des liens mis en évidence aux participants d'un des sites pour vérification et commentaires.		- Pour certains, la pièce avait juste validé leurs connaissances et leur vision dans ce domaine mais selon l'étude, une partie des individus émettant cet avis ont fourni des exemples de ce qui a changé après avoir assisté à la pièce.	
--	-----------------------	--	--	---	--

<p><b>Suh et al. (2021) (44)</b></p> <p>The Development and Application of Drama-Combined Nursing Educational Content for Cancer Care</p> <p><b>Corée du Sud</b></p> <p><i>International Journal of Environmental research and Public Health.</i></p>	<p><b>Échantillon :</b> (n=51)</p> <p>Étudiants en sciences infirmières.</p> <p><b>Caractéristiques :</b></p> <p><b>Niveau d'étude :</b> 1e année</p> <p><b>Recrutement :</b> Participation obligatoire au sein d'un cours universitaire mais volontariat pour la participation à l'étude.</p> <p><b>Taux de participation :</b> A J0 : 51/67 (76 %).</p> <p><b>A 4 mois :</b> 38/100 questionnaires remplis récupérés (38%).</p>	<p><b>Intitulé de la pièce et thème :</b></p> <p><b>5 scènes théâtrales de 10 minutes.</b></p> <p><b>Thème(s) :</b></p> <p>Les scènes représentent une situation entre l'équipe soignante et 2 patients, l'un atteint d'un cancer du poumon, l'autre du sein, à des moments clés de la prise en charge : l'annonce diagnostique, la période post-opératoire, la chimiothérapie, la rechute et les soins palliatifs. L'accent est mis sur l'aptitude à communiquer de manière adaptée et empathique.</p> <p><b>Interprétation :</b></p> <p>Mise en scène par un professionnel en collaboration avec un professeur en sciences infirmières et 3 infirmiers. Interprétation par 6 acteurs professionnels.</p> <p>Chacune des scènes est précédé d'une courte lecture de 5 min fournissant des informations d'ordre général sur le cancer en lien avec la scène.</p> <p><b>Design :</b> Analyse thématique.</p> <p>5 focus groupes de 9 à 12 étudiants conduits immédiatement après l'intervention et animé par un doctorant et un professeur (durée d'environ 1h). Guide semi directif. Transcriptions anonymisés.</p>	<p><b>Empathie, communication, Information claire et loyale.</b></p> <p>- Explorer et comprendre les expériences des étudiants ayant participé à un cours dispensé sous la forme de scènes théâtrales.</p> <p>- Améliorer l'empathie des étudiants en science infirmières, leur offrir une représentation d'un modèle d'infirmier réalisant des soins centrés sur le patient pour leur permettre de se projeter professionnellement.</p> <p><b>Analyse thématique.</b></p> <p>Vérification des transcrits par un des chercheur et validation des transcriptions résumées par des participants. Analyse et vérification de l'adéquation des données recoupées entre membres des équipes de recherche.</p>	<p><b>3 thèmes identifiés :</b></p> <p><b>- Comprendre la vie des patients atteint de maladies sévères et celles de leurs familles :</b></p> <p>Comprendre l'expérience du patient et de sa maladie, ses attitudes négatives. Percevoir l'individualité du patient en tant qu'humain. Comprendre la souffrance des patients et des familles.</p> <p><b>- Observer un modèle de soin centré sur le patient :</b></p> <p>Reconnaître : l'importance d'un soutien émotionnel et empathique, l'emploi de compétences communicationnelle dans un but thérapeutique.</p> <p><b>- Se projeter en tant que futur professionnel :</b> Comparer les infirmiers observés dans la pratique et ceux dépeints dans les scénarios. Réfléchir à sa pratique clinique. S'imaginer en tant que futur infirmier compétent.</p> <p>Les auteurs concluent que l'intervention a aidé les étudiants à comprendre de manière holistique les patients et leur famille et qu'ils ont pu assimiler indirectement des compétences et attitudes en communication thérapeutique et en dispensation de conseils.</p>	<p>7/10</p>
---	---	---	--	---	-------------

## ANNEXE IV : Outils d'évaluation méthodologique

### MERSQI (Medical Education Research Study Quality Instrument):

Domain: item	Response options: scores <sup>b</sup>	Operational definitions
<b>MERSQI<sup>a</sup></b>		
Study design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Single-group cross-sectional or single-group posttest only: 1</li> <li>• Single-group pretest and posttest: 1.5</li> <li>• Nonrandomized, 2 group: 2</li> <li>• Randomized controlled trial: 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey studies are cross-sectional.</li> <li>• Case-control and cohort studies (2 or more defined cohorts) are considered 2-group nonrandomized.</li> </ul>
Sampling: institutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 institution: 0.5</li> <li>• 2 institutions: 1</li> <li>• 3 or more institutions: 1.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Number of institutions refers to origin of study participants (not study authors).</li> </ul>
Sampling: response rate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not applicable</li> <li>• &lt; 50% or not reported: 0.5</li> <li>• 50%–74%: 1</li> <li>• ≥ 75%: 1.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Response rate is the proportion of those eligible who completed the posttest or survey. For intervention studies, this is the proportion of those enrolled who completed the intervention evaluation.</li> <li>• Use "not applicable" only if a response rate truly does not apply (e.g., data obtained from a medical record or professional organization database).</li> </ul>
Type of data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment by study participant: 1</li> <li>• Objective: 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observer ratings are considered objective.</li> </ul>
Validity evidence for evaluation instrument scores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not applicable</li> <li>• Content: 1</li> <li>• Internal structure: 1</li> <li>• Relationships to other variables: 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevant content evidence would include using theory, guidelines, experts, and existing instruments to identify or refine the instrument.</li> <li>• Relevant internal structure evidence would include all reliability (internal consistency, interrater, interstation, and test-retest) and factor analysis.</li> <li>• Relevant evidence of relationships to other variables would include expert-novice comparisons and concurrent or predictive correlation with other variables.</li> <li>• Use "not applicable" only if the study does not measure a psychological construct <i>and</i> there is no instrument to rate (e.g., gender as the sole outcome); should be used very rarely.</li> </ul>
Data analysis: sophistication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptive analysis only: 1</li> <li>• Beyond descriptive analysis: 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptive analyses include frequency, mean, and median.</li> <li>• Any test of statistical inference is considered "beyond descriptive."</li> </ul>
Data analysis: appropriate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data analysis appropriate for study design and type of data: 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considered "no" if there is a statistical error or if authors failed to analyze data at all.</li> </ul>
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction, attitudes, perceptions, opinions, general facts: 1</li> <li>• Knowledge, skills: 1.5</li> <li>• Behaviors: 2</li> <li>• Patient/health care outcome: 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General facts include participant demographics.</li> <li>• Knowledge/skills are in a test setting (paper, computer, simulation, or patients in a nonauthentic setting).</li> <li>• Behaviors are physician actions with real patients in a clinical context, or other activities in a real context.</li> <li>• Patient/health care outcomes are actual effects on real patients, programs, or society.</li> </ul>

**JBI-QARI (Joanna Briggs Institute's - Qualitative Assessment and Review Instrument):**

Item	Oui	Non	Indéterminé	Inapplicable
1/ Existe-t-il une congruence entre la perspective philosophique énoncée et la méthodologie de recherche ?				
2/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la question ou les objectifs de recherche ?				
3/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour collecter les données ?				
4/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la représentation et l'analyse des données ?				
5/ Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats ?				
6/ Le contexte culturel ou théorique du chercheur est-il énoncé ?				
7/ L'influence du chercheur sur la recherche, et vice versa, est-elle abordée ?				
8/ Les participants et leurs voix sont-ils correctement représentés ?				
9/ La recherche est-elle éthique selon les critères actuels ou, pour les études récentes, existe-t-il des preuves d'approbation éthique par un organisme approprié ?				
10/ Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse ou de l'interprétation des données ?				

## ANNEXE V : Outils de mesure standardisés

### **D-MISS (*Day's - Mental Illness Stigma Scale*):**

Score d'automesure évaluant les attitudes stigmatisantes d'une personne vis à vis de la maladie psychiatrique. Outil constitué de 28 items repartis en 7 sous catégories : *Anxiété interpersonnelle* (Angoisse au contact de ces personnes), *Rupture relationnelle* (Asociabilité), *Hygiène* (Mauvaises habitudes d'hygiène), *Visibilité* (Individus facilement identifiables à leur apparence), *Traitabilité* (Traitement du trouble inefficace), *Efficacité professionnelle* (Prise en charge par les professionnels inadaptée et inefficace), et *Rétablissement* (Impossibilité de guérison).

Chaque élément est mesuré par le participant sur une échelle de Likert allant de « Complètement en désaccord » (1) à « Complètement d'accord » (7) Plus le score est élevé plus il traduit un niveau important de stéréotype négatifs chez l'individu questionné. (68)

#### Day's Mental Illness Stigma Scale

Factors are noted at the end of each item. Brackets indicate where illness names can be interchanged to present various mental illness conditions. Please indicate the extent to which you agree or disagree with the statements listed below using the following scale:

1	2	3	4	5	6	7
<i>completely disagree</i>						<i>completely agree</i>

- \_\_\_ 1. There are effective medications for [mental illnesses] that allow people to return to normal and productive lives. (Treatability)
- \_\_\_ 2. I don't think that it is possible to have a normal relationship with someone with [a mental illness]. (Relationship Disruption)
- \_\_\_ 3. I would find it difficult to trust someone with [a mental illness]. (Relationship Disruption)
- \_\_\_ 4. People with [mental illnesses] tend to neglect their appearance. (Hygiene)
- \_\_\_ 5. It would be difficult to have a close meaningful relationship with someone with [a mental illness]. (Relationship Disruption)
- \_\_\_ 6. I feel anxious and uncomfortable when I'm around someone with [a mental illness]. (Anxiety)
- \_\_\_ 7. It is easy for me to recognize the symptoms of [mental illnesses]. (Visibility)
- \_\_\_ 8. There are no effective treatments for [mental illnesses]. (Treatability; reverse-scored)
- \_\_\_ 9. I probably wouldn't know that someone has [a mental illness] unless I was told. (Visibility; reverse-scored)
- \_\_\_ 10. A close relationship with someone with [a mental illness] would be like living on an emotional roller coaster. (Relationship Disruption)
- \_\_\_ 11. There is little that can be done to control the symptoms of [mental illness]. (Treatability; reverse-scored)
- \_\_\_ 12. I think that a personal relationship with someone with [a mental illness] would be too demanding. (Relationship Disruption)

## D-MISS (*Day's - Mental Illness Stigma Scale*) (2e partie):

- \_\_\_13. Once someone develops [a mental illness], he or she will never be able to fully recover from it. (Recovery; reverse-scored)
- \_\_\_14. People with [mental illnesses] ignore their hygiene, such as bathing and using deodorant. (Hygiene)
- \_\_\_15. [Mental illnesses] prevent people from having normal relationships with others. (Relationship Disruption)
- \_\_\_16. I tend to feel anxious and nervous when I am around someone with [a mental illness]. (Anxiety)
- \_\_\_17. When talking with someone with [a mental illness], I worry that I might say something that will upset him or her. (Anxiety)
- \_\_\_18. I can tell that someone has [a mental illness] by the way he or she acts. (Visibility)
- \_\_\_19. People with [mental illnesses] do not groom themselves properly. (Hygiene)
- \_\_\_20. People with [mental illnesses] will remain ill for the rest of their lives. (Recovery; reverse-scored)
- \_\_\_21. I don't think that I can really relax and be myself when I'm around someone with [a mental illness]. (Anxiety)
- \_\_\_22. When I am around someone with [a mental illness] I worry that he or she might harm me physically. (Anxiety)
- \_\_\_23. Psychiatrists and psychologists have the knowledge and skills needed to effectively treat [mental illnesses]. (Professional Efficacy)
- \_\_\_24. I would feel unsure about what to say or do if I were around someone with [a mental illness]. (Anxiety)
- \_\_\_25. I feel nervous and uneasy when I'm near someone with [a mental illness]. (Anxiety)
- \_\_\_26. I can tell that someone has [a mental illness] by the way he or she talks. (Visibility)
- \_\_\_27. People with [mental illnesses] need to take better care of their grooming (bathe, clean teeth, use deodorant). (Hygiene)
- \_\_\_28. Mental health professionals, such as psychiatrists and psychologists, can provide effective treatments for [mental illnesses]. (Professional Efficacy)

## MICA-4 (Mental Illness Clinician's Attitudes scale - version 4):

Score d'automesure de l'attitude des professionnels de santé envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Outil constitué de 16 affirmations pour lequel il est demandé au participant de noter son niveau d'approbation par une échelle de Likert allant de « Fortement d'accord » (1) à « Fortement en désaccord » (6). Plus le score est élevé plus il traduit un niveau important de stéréotypes négatifs chez l'individu questionné. La version 4 est destinée aux infirmiers, professionnels de santé ou travailleurs dans le domaine social. (69)

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale		MICA-4					
Note to researchers distributing this scale: please only use after reading instructions in "Manual for Researchers".							
<b>Instructions:</b> for each of questions 1-16, please respond by ticking <b>one box only</b> . Mental illness here refers to conditions for which an individual would be seen by a psychiatrist.							
		Strongly agree	Agree	Somewhat agree	Somewhat disagree	Disagree	Strongly disagree
1	I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.	<input type="checkbox"/>					
2	People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.	<input type="checkbox"/>					
3	Working in the mental health field is just as respectable as other fields of health and social care.	<input type="checkbox"/>					
4	If I had a mental illness, I would never admit this to my friends because I would fear being treated differently.	<input type="checkbox"/>					
5	People with a severe mental illness are dangerous more often than not.	<input type="checkbox"/>					
6	Health/social care staff know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members or friends.	<input type="checkbox"/>					
7	If I had a mental illness, I would never admit this to my colleagues for fear of being treated differently.	<input type="checkbox"/>					
8	Being a health/social care professional in the area of mental health is <b>not</b> like being a real health/social care professional.	<input type="checkbox"/>					
9	If a senior colleague instructed me to treat people with a mental illness in a disrespectful manner, I would <b>not</b> follow their instructions.	<input type="checkbox"/>					

## MICA-4 (Mental Illness Clinician's Attitudes scale - version 4) (2<sup>e</sup> partie):

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale		MICA-4					
<p>Note to researchers distributing this scale: please only use after reading instructions in "Manual for Researchers".</p> <p><b>Instructions:</b> for each of questions 1-16, please respond by ticking one box only. Mental illness here refers to conditions for which an individual would be seen by a psychiatrist.</p>							
		Strongly agree	Agree	Somewhat agree	Somewhat disagree	Disagree	Strongly disagree
10	I feel as comfortable talking to a person with a mental illness as I do talking to a person with a physical illness.	<input type="checkbox"/>					
11	It is important that any health/social care professional supporting a person with a mental illness also ensures that their physical health is assessed.	<input type="checkbox"/>					
12	The public does <b>not</b> need to be protected from people with a severe mental illness.	<input type="checkbox"/>					
13	If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain) I would attribute it to their mental illness.	<input type="checkbox"/>					
14	General practitioners should <b>not</b> be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.	<input type="checkbox"/>					
15	I would use the terms 'crazy', 'nutter', 'mad' etc. to describe to colleagues people with a mental illness who I have seen in my work.	<input type="checkbox"/>					
16	If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.	<input type="checkbox"/>					

## **JSE (Jefferson Scale of Empathy):**

Instrument très largement répandu de mesure de l'empathie chez les étudiants et professionnels de santé. La version S a été conçue pour les étudiants en médecine et la version HPS pour les étudiants des autres disciplines de santé. L'outil se compose en 20 questions chacune évaluée sur une échelle de Likert allant de 1 (« Fortement en désaccord ») à 7 (« Fortement en accord ») et explore 3 dimensions :

- *La prise de perspective. "Perspective Taking"*
- *Les soins compatissants ou bienveillants. "Compassionate Care"*
- *La capacité à se mettre à la place du patient. "Standing in the patient's shoes"*

Un score plus élevé traduit un niveau d'empathie plus important (70).

Intitulé des questions non retranscrits car non autorisé par l'organisme propriétaire des droits d'auteur.

## **AAQ-S (Acceptance and Action Questionnaire - Stigma) :**

Score développé par un groupe de recherche en science comportementale dans le milieu de la santé de l'université d'état de l'Utah. Il s'agit d'un outil de mesure évaluant la flexibilité ou l'inflexibilité des stéréotypes et se calcule à partir de 21 items, chacun côté de 1 (« Toujours exact ») à 7 (« Jamais exact »).

Un score élevé traduit un niveau plus important de stéréotypes négatifs (71).

## AAQ-S (Acceptance and Action Questionnaire - Stigma) (2<sup>e</sup> partie):

1	2	3	4	5	6	7
never true	very seldom true	seldom true	sometimes true	frequently true	almost always true	always true
1. My biases and prejudices affect how I interact with people from different backgrounds.	1	2	3	4	5	6 7
2. I feel that I am aware of my own biases.	1	2	3	4	5	6 7
3. My negative thoughts about others are never a problem in my life.	1	2	3	4	5	6 7
4. I need to reduce my negative thoughts about others in order to have good social interactions.	1	2	3	4	5	6 7
5. When I evaluate someone negatively, I am able to recognize that this is just a reaction, not an objective fact.	1	2	3	4	5	6 7
6. I stop doing things that are important to me when it involves someone I don't like.	1	2	3	4	5	6 7
7. I have trouble letting go of my judgments of others.	1	2	3	4	5	6 7
8. I feel that my prejudicial thoughts are a significant barrier to me being culturally sensitive.	1	2	3	4	5	6 7
9. I have trouble not acting on my negative thoughts about others.	1	2	3	4	5	6 7
10. I am aware when judgments about others are passing through my mind.	1	2	3	4	5	6 7
11. It's OK to have friends that I have negative thoughts about from time to time.	1	2	3	4	5	6 7
12. I don't struggle with controlling my evaluations about others.	1	2	3	4	5	6 7
13. When I am having negative thoughts about others, I withdraw from people	1	2	3	4	5	6 7
14. When I'm talking with someone I don't like, I'm aware of my evaluations of them.	1	2	3	4	5	6 7
15. When I have judgments about others, they are very intense.	1	2	3	4	5	6 7
16. When talking with someone I believe I should act according to how I feel about him/her, even if its negative.	1	2	3	4	5	6 7
17. I'm good at noticing when I have a judgment of another person.	1	2	3	4	5	6 7
18. I rarely worry about getting my evaluations towards others under control.	1	2	3	4	5	6 7
19. I accept that I will sometimes have unpleasant thoughts about other people.	1	2	3	4	5	6 7
20. I often get caught up in my evaluations of what others are doing wrong.	1	2	3	4	5	6 7
21. The bad things I think about others must be true.	1	2	3	4	5	6 7

## **Bibliographie**

1. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* 10 mars 2001;357(9258):757-62.
2. Riedl D, Schüssler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother.* juin 2017;63(2):131-50.
3. King A, Hoppe RB. “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *J Grad Med Educ.* sept 2013;5(3):385-93.
4. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 oct 2021;205(8):857-66.
5. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d’internes en médecine générale. *Médecine.* 1 oct 2011;7(8):381-5.
6. Lapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. [Thèse d’exercice]. [France]: Toulouse III Paul Sabatier; 2018.
7. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II--Most young doctors are bad at giving information. *Br Med J Clin Res Ed.* 14 juin 1986;292(6535):1576-8.
8. Daussy D. L’insatisfaction dans la relation médecin-malade: le point de vue du malade [Thèse d’exercice]. [France]: Faculté de Montpellier-Nîmes; 2018.
9. Bourcereau G, Dépalle CP. Peut-on prévenir le conflit en médecine générale? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord [Thèse d’exercice]. [France]: Grenoble Alpes; 2012.
10. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* juill 2016;31(7):755-61.
11. Zhou YC, Tan SR, Tan CGH, Ng MSP, Lim KH, Tan LHE, et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 22 mai 2021;21(1):292.
12. Mata ÁNS, de Azevedo KPM, Braga LP, de Medeiros GCBS, de Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, et al. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2021;19(1):30.
13. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* août 2003;78(8):802-9.
14. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* oct 2005;61(7):1516-28.
15. Kontos PC, Naglie G. Expressions of personhood in Alzheimer’s disease: an evaluation of research-based theatre as a pedagogical tool. *Qual Health Res.* juill 2007;17(6):799-811.
16. Eisenberg A, Rosenthal S, Schluskel YR. Medicine as a performing art: what we can learn about empathic communication from theater arts. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2015;90(3):272-6.
17. Arveklev SH, Wigert H, Berg L, Burton B, Lepp M. The use and application of drama in nursing education--an integrative review of the literature. *Nurse Educ Today.* juill 2015;35(7):e12-17.
18. Dow AW, Leong D, Anderson A, Wenzel RP, VCU Theater-Medicine Team\*. Using Theater to Teach Clinical Empathy: A Pilot Study. *J Gen Intern Med.* 1 août 2007;22(8):1114-8.

19. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 1 déc 2011;33(12):e663-9.
20. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Herwaldt LA. In their own words: presenting the patient's perspective using research-based theatre. *Med Educ*. juin 2005;39(6):622-31.
21. Rossiter K, Kontos P, Colantonio A, Gilbert J, Gray J, Keightley M. Staging data: Theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research. *Soc Sci Med*. janv 2008;66(1):130-46.
22. D'Alessandro P. Research-Based Theater in the Pediatric Oncology Setting: Balancing Ethical Tensions. *Qual Inq*. févr 2023;29(2):305-13.
23. Deloney LA, Graham CJ. Wit: using drama to teach first-year medical students about empathy and compassion. *Teach Learn Med*. 2003;15(4):247-51.
24. Wasmuth S, Pritchard KT, Belkiewitz J. Bridging the humanities and health care with theatre: Theory and outcomes of a theatre-based model for enhancing psychiatric care via stigma reduction. *Psychiatr Rehabil J*. 2022;46(4):285-92.
25. Mitchell GJ, Jonas-Simpson C, Ivonoffski V. Research-based theatre: The making of I'm Still Here! *Nurs Sci Q*. juill 2006;19(3):198-206.
26. Johnston B, Jafine H. Applied Theatre and Drama in Undergraduate Medical Education: A Scoping Review. *McGill J Med*. 6 juill 2022;20(2).
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
28. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. oct 2002;52(Suppl):S9-12.
29. Reed DA, Cook DA, Beckman TJ, Levine RB, Kern DE, Wright SM. Association between funding and quality of published medical education research. *JAMA*. 5 sept 2007;298(9):1002-9.
30. Reed DA, Beckman TJ, Wright SM. An assessment of the methodologic quality of medical education research studies published in *The American Journal of Surgery*. *Am J Surg*. sept 2009;198(3):442-4.
31. Cook DA, Reed DA. Appraising the quality of medical education research methods: the Medical Education Research Study Quality Instrument and the Newcastle-Ottawa Scale-Education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2015;90(8):1067-76.
32. Smith RP, Learman LA. A Plea for MERSQI: The Medical Education Research Study Quality Instrument. *Obstet Gynecol*. oct 2017;130(4):686-90.
33. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *JBIEvid Implement*. sept 2015;13(3):179.
34. Martin J. © Joanna Briggs Institute 2017 Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research [Internet]. 2017 [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf)
35. Lorenz KA, Steckart MJ, Rosenfeld KE. End-of-life education using the dramatic arts: the Wit educational initiative. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mai 2004;79(5):481-6.
36. Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Med Educ*. oct 2003;37(10):922-7.
37. Hawke LD, Michalak EE, Maxwell V, Parikh SV. Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2014;60(8):741-50.
38. Michalak et al. Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. janv 2014;2(1):1-12.
39. Wasmuth S, Pritchard K, Milton C, Smith E. A Mixed-method Analysis of Community-Engaged Theatre Illuminates Black Women's Experiences of Racism and Addresses Healthcare Inequities by Targeting Provider Bias. *Inq J Health Care Organ Provis Financ*. janv 2020;57:1-10.
40. Wasmuth S, Leonhardt B, Pritchard K, Li CY, DeRolf A, Mahaffey L. Supporting Occupational Justice for Transgender and Gender-Nonconforming People Through Narrative-Informed Theater: A Mixed-Methods Feasibility Study. *Am J Occup Ther*. 1 juill 2021;75(4):1-12.

41. Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a Workshop About Aging on the Empathy Scores of Pharmacy and Medical Students. *Am J Pharm Educ.* 10 févr 2012;76(1):9.
42. Deeny P, Johnson A, Boore J, Leyden C, McCaughan E. Drama as an experiential technique in learning how to cope with dying patients and their families. *Teach High Educ.* 2001;6(1):99-112.
43. Colantonio A, Kontos PC, Gilbert JE, Rossiter K, Gray J, Keightley ML. After the crash: research-based theater for knowledge transfer. *J Contin Educ Health Prof.* Summer 2008;28(3):180-5.
44. Suh EE, Ahn J, Kang J, Seok Y. The Development and Application of Drama-Combined Nursing Educational Content for Cancer Care. *Int J Environ Res Public Health.* 20 sept 2021;18(18).
45. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH. Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *J Gen Intern Med.* mars 2011;26(3):317-25.
46. Bogetz JF, Rassbach CE, Bereknyei S, Mendoza FS, Sanders LM, Braddock CHI. Training Health Care Professionals for 21st-Century Practice: A Systematic Review of Educational Interventions on Chronic Care. *Acad Med.* nov 2015;90(11):1561.
47. Reed DA, Beckman TJ, Wright SM, Levine RB, Kern DE, Cook DA. Predictive Validity Evidence for Medical Education Research Study Quality Instrument Scores: Quality of Submissions to JGIM's Medical Education Special Issue. *J Gen Intern Med.* juill 2008;23(7):903-7.
48. Jonas-Simpson C, Mitchell GJ, Carson J, Whyte C, Dupuis S, Gillies J. Phenomenological shifts for healthcare professionals after experiencing a research-based drama on living with dementia. *J Adv Nurs.* 2012;68(9):1944-55.
49. Dupuis SL, Mitchell GJ, Jonas-Simpson CM, Whyte CP, Gillies JL, Carson JD. Igniting Transformative Change in Dementia Care Through Research-based Drama. *The Gerontologist.* 2016;56(6):1042-52.
50. McKay M, Bright S. Dementia care: learning through drama. *Pract Dev Health Care.* mars 2005;4(1):18-23.
51. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med.* sept 2014;89(9):1245-51.
52. Munn Z, Porritt K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Med Res Methodol.* 20 sept 2014;14(1):108.
53. Dalky HF. Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. *West J Nurs Res.* juin 2012;34(4):520-47.
54. Gao L, Peranson J, Nyhof-Young J, Kapoor E, Rezmovitz J. The role of "improv" in health professional learning: A scoping review. *Med Teach.* 4 mai 2019;41(5):561-8.
55. Keifenheim K, Teufel M, Ip J, Speiser N, Leehr E, Zipfel S, et al. Teaching history taking to medical students: a systematic review. *BMC Med Educ.* 28 sept 2015;15.
56. Landry-Wegener BA, Kaniecki T, Gips J, Lebo R, Levine RB. Drama Training as a Tool to Teach Medical Trainees Communication Skills: A Scoping Review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 juill 2023;98(7):851-60.
57. Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned.* New York, NY, US: Oxford University Press; 2012. x, 230 p. (Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned).
58. Weech-Maldonado R, Hall A, Bryant T, Jenkins KA, Elliott MN. The Relationship between Perceived Discrimination and Patient Experiences with Health Care. *Med Care.* sept 2012;50(9 0 2):S62-8.
59. Rieger KL, Chernomas WM, McMillan DE, Morin FL, Demczuk L. Effectiveness and experience of arts-based pedagogy among undergraduate nursing students: a mixed methods systematic review. *JBHI Database Syst Rev Implement Rep.* nov 2016;14(11):139-239.

60. McKinlay J, Link C, Arber S, Marceau L, O'Donnell A, Adams A. How Do Doctors in Different Countries Manage the Same Patient? Results of a Factorial Experiment. *Health Serv Res.* déc 2006;41(6):2182-200.
61. Schneider B, Alexander J, Thomas P. Publications Output: U.S. Trends and International Comparisons | NSF - National Science Foundation [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://nces.nsf.gov/pubs/nsb20206/publication-output-by-field-of-science>
62. Molloy MA, Sabol VK, Silva SG, Guimond ME. Using Trigger Films as a Bariatric Sensitivity Intervention: Improving Nursing Students' Attitudes and Beliefs About Caring for Obese Patients. *Nurse Educ.* févr 2016;41(1):19-24.
63. Kommalage M. Using videos to introduce clinical material: effects on empathy. *Med Educ.* mai 2011;45(5):514-5.
64. Faigin D, Stein C. Comparing the effects of five and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness. *J Ment Health.* déc 2008;17(6):594-606.
65. Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Flach C, Lazarus A, de Castro M, et al. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2012;201(1):57-64.
66. Glasman LR, Albarracín D. Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychol Bull.* 2006;132(5):778-822.
67. S.Litwin M. How to Measure Survey Reliability and Validity. Vol. 7. Thousand Oaks, CA, US: SAGE Publications, Inc.; 1995. 87 p.
68. Day EN, Edgren K, Eshleman A. Measuring Stigma Toward Mental Illness: Development and Application of the Mental Illness Stigma Scale1. *J Appl Soc Psychol.* 2007;37(10):2191-219.
69. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(2):153-61.
70. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ.* 2018;23(5):899-920.
71. Levin ME, Luoma JB, Lillis J, Hayes SC, Vilaridaga R. The Acceptance and Action Questionnaire – Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *J Context Behav Sci.* janv 2014;3(1):21-6.

**AUTEUR : BUREAU Elric**

**Date de soutenance : 21 mai 2024**

**Titre de la thèse : Évaluation de l'intérêt de l'utilisation d'une représentation théâtrale dans le développement de la relation médecin-patient : une revue systématique de la littérature.**

**Thèse - Médecine - Lille « 2024 »**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : DES de Médecine générale**

**Mots-clés : Relation médecin-patient, Théâtre, Empathie, Communication**

**Résumé :**

**Objectif :** L'objectif de ce travail est de déterminer l'efficacité d'une représentation théâtrale à destination des professionnels de santé dans l'amélioration de la relation médecin-patient.

**Méthode :** Une revue systématique mixte de la littérature scientifique internationale a été conduite pour laquelle 8 bases de données ont été consultées (MEDLINE, EMBASE, Web of science, PsycInfo, PsycArticles, EDP Sciences, ERIC et Cochrane Library). La période limite d'inclusion a été fixée à août 2023, sans restriction de date antérieure. Les critères d'inclusions sont : études interventionnelles consistant en l'utilisation d'une intervention théâtrale, représentée à une population de professionnels de santé, dans un objectif d'amélioration d'une ou de plusieurs compétences entrant en jeu dans la relation médecin-patient.

Les critères d'exclusions sont : articles indisponibles en français, en anglais ou dans leur intégralité ; études associant de façon conjointe plusieurs méthodes pédagogiques. La qualité méthodologique des articles quantitatifs et qualitatifs a été évalué en utilisant respectivement les instruments MERSQI et JBI-QARI.

**Résultats :** 16 études, publiées de 2001 à 2022, ont été incluses. Aucun de ces articles n'a évalué la qualité de la relation-médecin patient dans son ensemble mais se sont focalisés sur un ou plusieurs aspects relationnels de cette dernière. Les articles quantitatifs ont présenté un niveau de qualité de preuve scientifique sur le MERSQI allant de faible (5 études) à modérée (6 études). Dans cette dernière catégorie, quatre études ont mis en évidence une diminution des attitudes stigmatisantes envers les patients tandis qu'une étude retrouve une amélioration de l'empathie.

Trois articles ont évalué l'influence de l'intervention à moyen terme et soulignent une détérioration partielle des effets initialement observés.

Dans l'ensemble, la proportion de médecins et d'étudiants en médecine dans les échantillons était faible.

**Conclusion :** Il a été retrouvé des preuves de qualité modérée suggérant l'efficacité à court terme d'une intervention théâtrale dans la réduction des attitudes stigmatisantes envers les patients et dans une plus faible mesure une amélioration de l'empathie. Sous réserve d'études plus robustes scientifiquement cette approche se montrerait efficace comme méthode de développement de la relation médecin-patient.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENTIN**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jan BARAN**