

## FGSM3 – UE Sciences Sociales et Humanités médicales Module « Jeux de rôle » au S5 (module B1)

Responsables : Jérôme Goffette, Edouard Leaune

### Ce module comprend deux volets :

- La lecture de ce document expliquant ce qu'est un jeu de rôle en médecine
- La participation aux Enseignements Dirigés (ED) de jeux de rôle

### Validation du module B1 « Jeux de rôle » :

- La validation du module se fait par la présence à l'ED.  
Veillez à ce que vous soyez bien indiqué·e·s comme présent·e sur la liste de présence de l'enseignant·e de votre groupe, en particulier si vous arrivez en retard.  
(Vous êtes aussi validé·e si vous donnez un justificatif d'absence au secrétariat)

### Présentation : médecine, compétence et mise en situation

En médecine, pour être un compétent, il ne suffit pas de savoir : il faut surtout faire son travail de façon satisfaisante **dans les situations concrètes** avec les patient·e·s ou avec les autres professionnel·le·s du soin. Ce but, qu'il ne faut jamais perdre de vue, explique pourquoi l'enseignement médical adopte de façon privilégiée une pédagogie **par compétences**.

En médecine, différents référentiels de compétences ont été élaborés : CanMEDS (Canada), SCLO (Suisse), The Scottish Doctor (Écosse), CNGE (France), etc. Parmi les compétences requises, tous indiquent **la capacité à communiquer et à entrer en relation de façon humaine avec une autre personne**. Tous mentionnent aussi l'importance d'**une bonne coopération**, tant avec les patient·e·s (pour une alliance thérapeutique satisfaisante) qu'avec les autres professionnel·le·s du soin.

Dans cette perspective, concernant la relation entre soigné·e et soignant·e, le meilleur apprentissage repose sur un va-et-vient entre apports théoriques, stages, et **jeux de rôle**. Ces derniers sont un outil pédagogique pour intégrer, en situation, les savoirs, les stratégies, la dynamique émotionnelle, etc.

Pour Jacques Tardif :

« Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. »

Référence : Tardif, J. (2006) : *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*, Montréal : Chenelière Education.

Si nous prenons le cas particulier de la médecine, le référentiel de compétence CanMEDs indique six registres de compétences dont ces deux-là : **communicateur** et **collaborateur**.

Chacun comprendra donc que pour être un médecin compétent, il ne suffit pas d'avoir lu des documents sur la communication et la collaboration. Il faut être capable, au moment-même d'une situation, de mobiliser des ressources adaptées pour parvenir à un soin efficace et satisfaisant.

Dans cette perspective, le jeu de rôle est une modalité pédagogique particulièrement intéressante :

- Il place l'étudiant·e dans une **situation** et non devant une page de texte.
- Il permet à l'étudiant·e qui joue le rôle du médecin d'agir, sans porter le poids de la responsabilité face à une situation réelle (**se tromper est d'ailleurs très instructif**).

- Il permet de prendre conscience de la **complexité** du savoir-agir requis.
- Il permet, **pour l'étudiant-e jouant le rôle du soigné-e**, de saisir ce qui peut être vécu, donc de mieux le comprendre par la suite. Par exemple, des réactions qui, de l'extérieur, peuvent paraître irrationnelles, sont en fait assez logiques lorsqu'on les vit.

Ce module vous prépare aux jeux de rôle que vous allez faire en ED. Ceci vous permettra, le jour J, d'en tirer le meilleur profit.

## L'importance de l'ambiance dans les jeux de rôle

---

Les **jeux de rôle** en formation médicale sont avant tout un outil d'apprentissage.

L'aspect « évaluation » doit y être minimisé, voire totalement neutralisé. Le but n'est pas de passer un examen, mais d'apprendre.

De ce fait, l'enseignant et les étudiants doivent entretenir une ambiance de **bienveillance**.

Disons-le même clairement : c'est le bon moment pour se tromper, car aucun patient n'en subira les conséquences. Il est même possible de rembobiner pour essayer de faire autrement. Donc : lancez-vous, essayez des choses, regardez les effets que cela a, essayez autrement, demandez une pause pour avoir un conseil si vous vous sentez « coincé », etc.

Sachez aussi que tous vos enseignants médecins ont fait, eux aussi, des erreurs, ou se sont sentis parfois dans l'impasse. D'ailleurs, n'hésitez pas à leur demander d'évoquer quelques erreurs qu'ils ont faites. Cela peut être utile à tous, et cela dédramatisera les jeux de rôle.

L'important n'est pas de bien faire, mais avant tout de faire et d'apprendre.

Donc, nous comptons sur vous pour être volontaire.

À ce propos, sachez qu'il est très instructif, aussi, de jouer un-e patient-e (ou un-e conjoint-e).

Bien sûr, tout cela est très sérieux, mais la dimension ludique n'est pas négligeable.

## Les trois temps d'un jeu de rôle en médecine

---

Un jeu de rôle en formation médicale comprend trois temps :

- La préparation
- L'action
- L'analyse-discussion

La préparation peut parfois être très courte.

L'analyse-discussion dure souvent aussi longtemps que l'action.

### Le temps 1 : la préparation

---

#### *Un décor*

Pour des jeux de rôle concernant des étudiants en début d'études médicales, on peut souvent se contenter d'un décor minimaliste : **une table et deux chaises font une bonne simulation de bureau**. Ici, cela suffira.

#### *Deux acteurs*

Lors de la préparation, l'enseignant-e demande **deux volontaires** (au minimum) : un-e étudiant-e qui jouera le rôle « médecin », un-e autre qui jouera le rôle « patient-e ».

L'enseignant-e donnera à l'**étudiant-e « médecin »** un petit synopsis qui détaille la situation de départ telle qu'elle se présente côté médecin. Cet-te étudiant-e devra prendre le temps de se mettre dans la peau du personnage à incarner, c'est-à-dire de se projeter dans la situation pour la vivre la plus naturellement possible. Parfois, on invitera l'étudiant-e à réfléchir à ce qu'il ou elle projette de faire, etc. Il n'y a donc pas un texte à réciter, comme au théâtre. Ce synopsis est une situation de départ, à partir de laquelle l'étudiant-e-médecin va construire la consultation. Pour que ce soit réaliste, l'étudiant-e n'a pas connaissance du synopsis de l'étudiant-e-patient-e. Comme dans la réalité, il y aura donc une part d'incertitude et d'imprévu.

De façon symétrique, l'enseignant-e donnera à l'**étudiant-e « patient-e »** un petit synopsis qui détaille la situation de départ telle qu'elle est côté patient-e. L'étudiant-e sera invité-e à se placer dans la pseudo salle d'attente. À noter : il peut être intéressant pour un-e étudiant-e de jouer le rôle d'une personne âgée ou en situation de handicap, ou pour un-e étudiant masculin de jouer le rôle d'une femme ou l'inverse, etc.

### *Des observateurs/observatrices*

Pendant que les deux acteurs ou actrices finissent de se préparer mentalement et d'endosser leurs rôles, l'enseignant-e va s'adresser aux **étudiant-e-s qui vont observer la scène** :

- Durant l'action, ces étudiant-e-s ne doivent pas interférer par des sourires, des bruits, des gestes perturbateurs, même fugaces ou discrets.
- Pendant l'action, il peut être intéressant, éventuellement, d'inciter certain-e-s à observer plutôt le côté patient-e ou le côté médecin, à observer les différentes postures (le non-verbal), à prendre note des phases de l'action et des changements qui la modifie, à noter les mots précis utilisés par l'un-e et l'autre (le verbal), à s'intéresser à la dimension émotionnelle et à son évolution, etc.
- Le cas échéant, l'enseignant-e peut confier à un-e ou deux étudiant-e-s la charge d'animer l'analyse-discussion (cela s'avère nécessaire quand il y a plus de groupes d'étudiant-e-s que d'enseignant-e-s).

Remarque importante : **observer n'est pas intuitif**. Cela s'apprend. Les anthropologues et les éthologues ont d'ailleurs des techniques et des méthodologie pour bien observer.

L'observation « naïve » ne nous fait souvent voir que ce que nous nous attendons à voir.

Si vous voulez en avoir la démonstration – impressionnante – regardez sur internet la vidéo « **The Monkey Business Illusion** » ou « Movie Perception Test - Conversation ». Vous découvrirez à quel point notre attention peut être focalisée et notre conscience totalement inattentive à des aspects pourtant importants dans notre champ perceptif.

Enfonçons le clou : les études de médecine façonnent votre attention et vous rendent inattentifs à bien des choses alors que votre compétence doit être complexe et globale.

Pour être compétent-e, il est important, **selon les moments** :

- d'**être très focalisé-e-s** (sur un geste, un raisonnement, etc)
- d'**être autrement focalisé-e** sur le patient (Quel est l'état émotionnel du ou de la patient-e ? Quels sont les mots exacts qu'il ou elle vient de prononcer ? Etc.)
- d'être aussi capable de **se focaliser partiellement sur soi** (Pourquoi suis-je agacé-e ? Pourquoi ai-je une sensation d'échec ? Etc.)
- d'**être dé-focalisé-e-s ou non-focalisé-e-s** à d'autres moments (Y a-t-il un motif de consultation caché ? Quelle est ma perception globale ?)

Pour en savoir plus, documentez-vous sur l'**Approche Globale** ou l'**Approche Centrée Patient**, par exemple, ou lisez un ouvrage comme celui de Michael Balint : *Le Médecin, le malade et sa maladie*. Cet ouvrage a plus de 50 ans, mais il a toujours de fortes résonances sur la pratique médicale.

## Le temps 2 : l'action

---

La consultation se déroule. Les deux acteurs/actrices la jouent. Les autres étudiant-e-s observent. En général, l'action commence par une entrée du type « Bonjour, etc. ». Elle se clôt par « Au revoir ».

Au cours de l'action, **trois méta-outils** peuvent être utilisés, si cela est pertinent :

- **Pause** : l'enseignant-e ou l'étudiant-e-médecin peut interrompre momentanément le jeu de rôle pour avoir un temps de réflexion, ou donner un conseil, suggérer une question, ou répondre à une interrogation, ou proposer un changement de stratégie, etc.
- **Rembobiner** : l'enseignant-e ou l'étudiant-e-médecin peut demander à revenir en arrière dans le jeu, afin par exemple de réfléchir à la façon dont les étapes sont franchies, ou afin d'essayer autre chose.
- **Permuter** : si l'un l'étudiant-e-médecin est dans une impasse, il est possible d'intervenir en demandant aux deux acteurs/actrices d'échanger momentanément leurs personnages et de reprendre la scène là où elle en était. Ensuite, chacun-e reprend son rôle.

En règle générale, ces méta-outils ne sont à utiliser que s'ils sont pertinents. Ils ont l'inconvénient d'interrompre le jeu de l'action. Il faut donc qu'il y ait un intérêt à le faire.

## Le temps 3 : l'analyse-discussion

---

Aussi appelé « Debriefing », le temps de l'**analyse-discussion** est un moment crucial.

Il permet de **prendre conscience** de ce qui s'est passé :

- Il permet de saisir la situation telle qu'elle a été **vécue par l'étudiant-e-patient-e**.
- Il permet de saisir la situation telle qu'elle a été **vécue par l'étudiant-e-médecin**.
- Il permet de croiser les observations et interprétations des étudiant-e- s qui **observaient**.
- Il permet de saisir les différentes **phases** de la consultation, comment un nœud s'est dénoué ou comment la consultation a changé d'objectif à un moment, ou comment l'interaction émotionnelle s'est transformée, etc.
- Il permet de saisir la différence des **enjeux**, des **motivations**, du rapport au **passé** et à l'**avenir** par patient-e et médecin.

Il permet de **discuter** de la séquence :

- Il permet dans ce temps « de l'après » de se poser, d'approfondir, de faire un exercice de **réflexivité** qui apportera des enseignements utiles.
- Il permet d'interroger les **mots** utilisés et le sens qui leur est donné, ou les malentendus.
- Il permet de penser une meilleure **stratégie**, ou l'utilité de changements d'approches, le passage de questions fermées à des questions ouvertes ou vice-versa, etc.
- Il permet aussi, parfois, de parler de la **charge émotionnelle**, qu'il s'agisse de sidération, d'agressivité, de fuite, de pudeur, d'agacement, etc. Mais les émotions ne sont pas forcément négatives. Elles peuvent aussi être un aiguillon, une motivation, un élément constructeur comme le montrent les sentiments d'alliance, d'aide, de légitimité, d'écoute, d'empathie, etc.

### 1. Ce qu'a vécu l'étudiant-e-patient-e

Classiquement, l'**analyse-discussion commence par l'interrogation de l'étudiant-e-patient-e**, un peu à la façon de la maïeutique socratique : faire parler pour révéler ce qui a été vécu :

- Comment as-tu vécu cette consultation ?
- Dans quel état d'esprit étais-tu au tout début ?

- Dans quel état d'esprit étais-tu à la fin ?
- As-tu le sentiment d'avoir été entendu·e et écouté·e ?
- Qu'as-tu compris ?
- As-tu l'impression d'avoir été bien aidé·e face au problème que tu rencontrais ?
- Y a-t-il eu un point de bascule dans cette consultation ?
- Si tu prolongeais le jeu de rôle encore un peu, jusqu'au moment où tu rentres chez toi, à quoi penserais-tu ?
- À quoi penserais-tu, ce soir, après t'être couché·e pour dormir ?

Ces questions (et bien d'autres possibles) ont pour but de révéler ce qui se passe dans l'esprit d'un·e patient·e. Ainsi, tout le groupe apprend beaucoup et peut prendre conscience de la complexité et de la densité de ce que vit un·e patient·e. Cela permet de s'apercevoir qu'un comportement qui, de l'extérieur, peut paraître aberrant, irrationnel ou bizarre, a souvent des explications sensées.

## 2. Ce qu'a vécu l'étudiant·e-médecin

De même, classiquement, **l'analyse-discussion continue par l'interrogation de l'étudiant·e-médecin**, pour révéler ce qui a été vécu :

- Comment as-tu vécu cette consultation ?
- Dans quel état d'esprit étais-tu au tout début ?
- Dans quel état d'esprit étais-tu à la fin ?
- Comment « sens-tu » ce/cette patient·e ?
- Comment te « sens-tu » avec ce/cette patient·e ?
- As-tu le sentiment d'avoir été efficace ?
- As-tu le sentiment que vous vous êtes compris·es ?
- As-tu l'impression d'avoir apporté l'aide qui convenait ?
- Y a-t-il eu un point de bascule dans cette consultation ?
- Si tu prolongeais le jeu de rôle encore un peu, vas-tu repenser à cette consultation par la suite ?
- Comment vois-tu la suite pour ce/cette patient·e ?

Ces questions (et bien d'autres possibles) montrent qu'un·e médecin n'est pas un simple robot à faire des diagnostics et à établir des traitements. L'art médical et la compétence médicale font appel à toute notre dimension humaine.

Savoir qu'on a bien aidé un·e patient·e est une source de légitimité professionnelle, c'est-à-dire une émotion qui est importante et apporte de la motivation et de l'estime de soi.

Savoir qu'on a fait une erreur, mais qu'on l'a comprise et qu'on ne la refera pas, et aussi une façon de se projeter positivement dans l'avenir et d'éviter d'être usé·e par un métier difficile (difficile parce qu'il vous fait côtoyer quotidiennement la souffrance, les problèmes, et vous confronte souvent à la mort).

La **réflexivité** peut donc permettre un retour très instructif pour mieux intégrer toutes les dimensions du métier, qu'il s'agisse de la capacité d'écoute ou de la maîtrise de ses savoirs, par exemple.

## 3. Les observations de étudiant·e-s qui ont observé

Troisième temps de l'analyse-discussion, il est intéressant de **faire parler celles et ceux qui ont observé le jeu de rôle** :

- Qu'avez-vous vu, perçu, pensé, qu'il serait intéressant de partager ?

Si l'enseignant·e a spécialisé les étudiant·e-s qui observaient, il est intéressant que chacun·e apporte les

observations de son registre :

- Les postures
- Les intonations et la vibration des voix
- Les mots
- La clarté des explications
- Les non-dits et les silences
- Les émotions qui paraissent s'exprimer

## Conclusion

---

Alors qu'en apparence le jeu de rôle peut paraître un exercice facile et superficiel, il est en fait reconnu comme une pratique pédagogique permettant un apprentissage très efficace. Il est particulièrement pertinent pour tout ce qui ne se cantonne pas à la pure acquisition de connaissances.

Nous vous souhaitons l'expérience la plus enrichissante possible.

Souvenez-vous : peu importe si vous vous trompez, l'essentiel est de progresser.

## Pour en savoir plus

---

Boet S., Granry J. C., Savoldelli G., *La simulation en santé : de la théorie à la pratique*, Springer, 2013.

Girard G., Clavet D., Boulé R., « Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage », *Pédagogie médicale*, 2005, 6(3) : 178-85.

Simpson M. A., « How to use role-play in medical teaching? », *Medical Teacher*, 1985, 7(1) : 75-82.

Ziv A., Wolpe P. R., Small S. D., Glock S., « Simulation-based medical education: an ethical imperative », *Simulation in Healthcare*, 2006, 1(4) : 252-6.