

Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage

Gilles GIRARD*, Diane CLAVET*, Richard BOULÉ*

Messages clés

• Le jeu de rôle est un outil pédagogique qui exige le respect de règles rigoureuses, à la fois lors de sa planification et des trois étapes de son déroulement : avant, pendant et après le jeu. • L'animateur doit clairement garder à l'esprit la fonction du jeu de rôle qu'il se propose de mettre en œuvre : permettre à l'apprenant d'expérimenter une procédure à maîtriser (jeu de rôle procédural) ou lui permettre d'explorer un aspect du savoir être professionnel (jeu de rôle d'exploration). • L'animateur doit sélectionner les modalités de jeu de rôle appropriées au contexte et à l'expérience des participants. Il doit par exemple décider entre une scène unique ou des scènes multiples, le type de rôle à confier aux participants et les consignes spécifiques qui seront fournies à chacun des protagonistes. • Le jeu de rôle collectif est notamment utilisé lorsqu'il importe que les participants apprivoisent la modalité pédagogique. Le jeu de rôle « un à un », pour sa part, est utilisé comme complément de la supervision clinique. • Dans tous les cas, l'animateur doit préparer le matériel avec soin et animer spécifiquement les phases avant, pendant et après le jeu, de façon à ce que l'apprenant soit en confiance et s'investisse personnellement dans l'exercice. Pour ce faire, l'animateur de jeu de rôle doit avoir une formation appropriée.

Mots clés

Jeu de rôle ; animation de groupe ; éducation médicale.

Key Messages

• Role playing is an educational tool which requires the compliance with rigorous rules, either during its planning or at the three stages of its unfolding: before the play, during the play and after the play. • From the conception to the conclusion of the role playing, the leader must keep in mind if the exercise is elaborated to allow the learner to master a procedure or to explore an aspect of the professional attitude. • The leader chooses the appropriate modalities in accordance with the context and the experience of the participants, such as selecting either a single scene or multiple scenes, the type of role handed to the participants and the specific instructions that will be given to each of the protagonists. • The leader considers collective role playing especially to allow the participants to become more familiar with this educational tool. The « one to one » role playing is used to complete the clinical supervision. • Whatever the context or the chosen modality, the leader prepares the material with care and conducts the three separate phases: before the role playing, during the role playing and after the role playing. In this way, the learner personally gets involved in the exercise with confidence. For this to be achieved, the leader of role playing needs to be trained appropriately.

Key words

Role playing; group facilitation; medical education.

Pédagogie Médicale 2005; 6: 178-185

*Département de médecine de famille - Faculté de médecine - Université de Sherbrooke.

Correspondance : Gilles Girard - Département de médecine de famille - Faculté de médecine - Université de Sherbrooke.

3001 12^e Avenue Nord - Sherbrooke, Québec - Canada J1H 5N4 .

Téléphone : (819) 346-1110, extension : 14273 - Télécopieur : 564-5386 - mailto: ggirard.clscsher@ssss.gouv.qc.ca

Introduction

Le jeu de rôle est un outil pédagogique où l'apprenant expérimente une situation professionnelle simulée lui permettant d'exercer des habiletés de communication ou d'essayer différentes façons d'intervenir et d'en percevoir les effets, le tout dans un contexte protégé et non préjudiciable au patient. Bien que certains auteurs¹⁻⁸ aient formulé diverses recommandations sur l'utilisation du jeu de rôle en contexte de formation professionnelle, nous constatons qu'en formation médicale, il est régulièrement proposé aux étudiants d'une façon plus ou moins improvisée, sans planification ni encadrement adéquats.

Le propos de cet article est de revoir les usages et les règles d'utilisation de cet outil pédagogique à partir des recommandations de la littérature et de notre expérience d'animation et de formation d'animateurs de jeux de rôle. Nous définirons deux types de jeux de rôle en fonction du type d'apprentissage privilégié, pour présenter ensuite les diverses modalités d'application parmi lesquelles le formateur aura à faire des choix. Enfin, nous mettrons en évidence, à travers les étapes de l'animation du jeu de rôle, les conditions à respecter pour en faire une utilisation pédagogique optimale.

Deux objets d'apprentissage au moyen du jeu de rôle

Nous trouvons utile de distinguer deux types de jeux de rôle en fonction de leur cible d'apprentissage : le jeu de rôle procédural, qui vise l'acquisition d'une habileté (savoir faire) et le jeu de rôle d'exploration, dont l'objectif est de mieux se connaître et de s'ajuster comme intervenant (savoir être). Dans les deux cas, le rôle du patient peut être joué par un autre participant, par l'animateur ou l'expert, ou bien par une personne extérieure entraînée pour jouer ce rôle en fonction d'un scénario spécifique (patient standardisé). Ces différentes possibilités seront commentées plus loin.

L'utilisation du jeu de rôle procédural suppose que l'habileté à maîtriser soit d'abord décrite, idéalement illustrée au moyen d'une démonstration et qu'une grille d'observation soit mise à la disposition des participants. Celle-ci rappelle les étapes de la procédure à pratiquer et décrit même souvent des comportements illustrant une maîtrise adéquate ; ces éléments permettent aux observateurs de préparer une rétroaction (ou *feedback*) spécifique. Le

rôle du patient est habituellement prédéfini par écrit. Il est construit avec la double préoccupation de bien représenter la réalité clinique au cours de laquelle cette habileté sera utilisée et d'être raisonnablement maîtrisable par l'apprenant, selon son niveau d'apprentissage.

Le jeu de rôle d'exploration est une démarche où le participant utilise la latitude disponible pour s'investir personnellement dans l'interprétation du rôle. L'animateur l'invite à prendre conscience de son vécu professionnel plutôt qu'à mettre l'accent sur une performance spécifique. Le fait d'être appelé à jouer alternativement son propre rôle professionnel et celui du patient peut être utile à la prise de conscience dans certains cas. Il sera pertinent, suivant le contexte et le type d'exploration visée, de travailler soit à partir d'un canevas des rôles, soit en demandant aux protagonistes d'improviser.

Les jeux de rôle proposés aux apprenants sont souvent mixtes. La composante procédurale ou d'exploration domine, selon les circonstances, et est complétée par l'autre volet. L'animateur doit être au clair à tout moment avec l'objet de l'exercice de façon à guider le *feedback* alternativement vers les éléments pertinents par rapport à chacune des deux formes de jeu de rôle.

Un choix à faire parmi différentes modalités

Le jeu de rôle classique met en scène deux apprenants, qui jouent respectivement le rôle du professionnel de façon spontanée et du patient en fonction d'un scénario prédéfini, dans une séquence d'entretien simulé choisie pour donner l'occasion de pratiquer l'habileté visée ou d'effectuer l'exploration souhaitée. Les autres apprenants du groupe sont appelés à formuler leurs commentaires lors des arrêts de jeu ou à la fin de l'exercice, à partir de consignes d'observation qui les amènent eux aussi à vivre une expérience d'apprentissage. Plusieurs variantes de cet exercice sont à la disposition du formateur et il est invité à faire un choix stratégique parmi différentes modalités selon le contexte, les apprentissages visés et l'expérience des apprenants. Nous discuterons ces options dans les lignes qui suivent pour ensuite développer deux modalités de jeux de rôle que nous considérons comme particulièrement utiles et qui font rarement l'objet d'une description détaillée, à savoir le jeu de rôle « collectif », utilisable en groupe, et le jeu de rôle « un à un », intégré à la supervision clinique individuelle. Le tableau 1 attire l'attention

Références

Tableau 1 : Distribution des participants en fonction des modalités d'application du jeu de rôle				
Modalités	Répartition des participants (N) en fonction des rôles de :			Commentaires
	médecin	patient	observateur	
Scène unique* : simple (un à un)	1	1	N-2	Forme classique
simple, avec assistant	1 + 1 (1 + expert, animateur)	1	N-3 (N-2)	Un participant, désigné comme assistant et placé près du médecin, intervient au besoin (variante où l'animateur fait office d'assistant)
simple, suivi d'inversion	1	1	N - 2	Médecin et patient sont invités, par moments, à changer de rôle pour mieux percevoir l'impact de leurs interventions
simple, à relais	quelques, un par un		N-2	Quelques participants se succèdent dans le rôle du médecin
Scènes multiples : simultané simple	N/3 (N/2)	N/3 (N/2)	N/3 (aucun)	Tous participent à un trio (variante en duo, sans observateur)
simultané rotatoire	tous (tous)	tous (tous)	tous (aucun)	Le jeu se répète trois fois ; les participants jouent alternativement les trois rôles au sein du trio (en duos, sans observateur, le jeu se répète deux fois)
Scène unique en demi-cercle : collectif	N ou N - 1	animateur ou 1	tous ou N - 1	Le patient, joué le plus souvent par un animateur, interagit avec les participants (7 à 8 au maximum) qui interviennent tour à tour comme s'ils étaient un même médecin, tout en étant observateurs
Collectif face au groupe	5 à 6	animateur	N - 5 à 6	Un sous-groupe du grand groupe met en scène le jeu de rôle collectif (<i>fishbowl</i>)

* Un enregistrement vidéo du jeu peut être utilisé pour revoir les séquences pertinentes lors de la discussion avec les participants suite au jeu de rôle. Ceci est particulièrement utile pour mettre en évidence les « points aveugles » (différences entre ce qu'on croit faire et ce qu'on fait) des protagonistes.

sur la distribution des participants dans les différents rôles en fonction de chacune des modalités de jeu de rôle utilisées pour l'apprentissage en groupe.

Scène unique ou scènes multiples

Lors de la planification d'un jeu de rôle, il importe d'abord de choisir entre une scène de jeu unique, face au reste du groupe en position d'observation, ou des scènes multiples, créées en subdivisant le groupe en trios de participants comprenant chacun les deux protagonistes et un observateur. Cette seconde formule est privilégiée lorsqu'un jeu procédural est utilisé pour susciter l'apprentissage d'habiletés de base clairement balisées par un outil d'observation détaillé. Le jeu se déroule alors simultanément au sein des différents trios, une seule fois ou de façon répétée, en variant le scénario du patient par exemple, de sorte que chaque participant expérimente les trois rôles. La scène unique est, en revanche, un bon choix lorsque l'exercice est plus complexe et que l'animateur doit utiliser plusieurs arrêts de jeu pour faire travailler le groupe sur différentes options d'intervention.

Scénario linéaire ou scénario séquentiel, inversion des rôles ou rôles à relais

Lors des arrêts de jeu, on peut choisir d'inverser les rôles ou de demander à un autre participant de prendre le relais pour jouer le rôle du professionnel. Chaque fois, il faut choisir et bien préciser si l'exercice sera repris au début, pour explorer un autre style d'intervention ou si le nouvel intervenant poursuivra l'entretien là où on l'avait interrompu, pour expérimenter les suggestions formulées par le groupe. On peut aussi imaginer que le contexte a évolué (en donnant les détails pertinents de cette évolution) et qu'on reprend plus tard (en fin d'entretien ou lors d'une consultation subséquente par exemple) afin d'expérimenter un autre volet de l'intervention. Il est toutefois souhaitable d'aviser les protagonistes de cette possibilité de jeu à relais dès le début de l'exercice afin d'éviter qu'ils ne se sentent désavoués dans leur performance lorsqu'ils sont remplacés. Certains formateurs prévoient que le participant qui joue le rôle du médecin soit assisté par un collègue, qui se place un peu en retrait et l'aide au besoin, ou par un expert qui prend en quelque sorte la position d'un souffleur. Cette modalité de jeu de rôle est plus délicate à animer et rend le réalisme de la situation plus difficile à recréer.

Rôles spontanés ou rôles scénarisés

Chaque participant à un jeu de rôle reçoit des consignes qui doivent faire l'objet d'une décision éclairée et d'une planification minutieuse de la part du formateur. Il pourra jouer son rôle ou futur rôle professionnel spontanément, comme il le ferait en pratique, ou à partir d'un scénario qui le guide pour lui faciliter certains éléments de la procédure à pratiquer ou pour l'amener à expérimenter une approche qui ne lui serait pas naturelle. Il pourra jouer le patient, avec un canevas de base à partir duquel il improvise ou en tentant de calquer un patient qu'il imagine ou qu'il a rencontré. Jouer son propre patient permet à l'apprenant de mettre la situation clinique qu'il a vécue au service du groupe pour rechercher des solutions et de vivre du point de vue du patient les approches expérimentées par le médecin. L'apprenant peut aussi jouer le rôle d'un autre professionnel de l'équipe de soins ou d'un proche du patient, soit pour concrétiser le réalisme d'une situation, soit pour lui permettre de percevoir la position de ces personnes dans cette situation.

Dans certaines activités de formation où le jeu de rôle est utilisé, le scénario du patient prévoit les réactions précises qu'il doit manifester selon différentes interventions anticipées de la part du médecin. Le jeu du patient sert alors de *feedback* à l'apprenant. Ce type de performance nécessite un scénario plus élaboré et un entraînement spécifique ou une très bonne connaissance de ce qu'il faut modéliser chez l'apprenant ; de ce fait, le rôle du patient y est généralement joué par l'animateur ou par un patient standardisé. Rappelons toutefois qu'il est prudent d'indiquer dans le rôle du patient, même dans le scénario le plus simple qui soit, le *verbatim* de la ou des premières interventions afin que le jeu s'amorce dans la direction souhaitée.

Le jeu de rôle « collectif »

Le jeu de type collectif, largement expérimenté par les auteurs, est une modalité qui, du fait de l'exposition limitée de chaque participant, aide les petits groupes d'apprenants à apprivoiser les jeux de rôle au cours desquels ils sont appelés à endosser leur futur rôle professionnel. Cet exercice les familiarise avec la méthode tout en les préparant à d'autres modalités de jeux de rôle qui demandent un investissement personnel plus important. Il consiste à confier le rôle du patient à un membre du groupe pendant que les autres participants, au nombre de sept à huit au maximum, interviennent tour à tour spontanément,

comme s'ils étaient un même médecin, en simulant une situation clinique spécifiée au départ. Dans ce contexte, il est habituel qu'un animateur joue le patient puisque ce rôle présente un défi supplémentaire pour garder le fil de la consultation et l'intensité de l'action tout en respectant les balises du scénario. L'animateur doit d'ailleurs, dans la majorité des cas, resituer périodiquement la continuité de l'action, en faisant une pause pour résumer et en relançant le dialogue par exemple. Lorsqu'il ne joue pas ce rôle ou lorsqu'il travaille en tandem, l'animateur peut se joindre aux participants par moments pour intervenir comme médecin afin de démontrer un aspect de l'habileté à pratiquer ou d'illustrer une façon de dénouer une impasse.

Cette modalité de jeu de rôle facilite les arrêts et les retours sur l'expérience vécue tout en encourageant les participants à essayer une alternative en lien avec les interventions qui précèdent. Le jeu de rôle collectif peut aussi être pratiqué au sein d'un grand groupe d'apprenants. Un sous-groupe de 6 ou 7 participants joue alors en demi-cercle devant le reste du groupe qui est en position d'observation, constituant ainsi un *fishbowl*. Cette image, utilisée dans la littérature anglo-saxonne, réfère au fait que l'ensemble du groupe observe quelques participants qui s'exécutent dans un endroit restreint comme s'il avait les yeux rivés sur un « bocal de poissons ». Selon notre expérience, la présence d'un co-animateur est alors fortement suggérée puisqu'il est difficile de se concentrer à la fois sur le rôle à jouer et sur le collectif qui joue le rôle du professionnel, tout en gérant l'ensemble des interactions avec les observateurs, aux deux niveaux, lors des arrêts de jeu.

Cette forme particulière de jeu de rôle peut s'insérer dans une activité de formation sans une planification extensive. En effet, un animateur expérimenté maîtrisant à la fois la méthode et ce qu'il doit illustrer dans le rôle du patient pour faire pratiquer une habileté ou mettre en évidence les éléments clés du vécu relationnel, peut introduire ce type d'exercice plus ou moins spontanément. Il peut dire par exemple : « pour aider à la mise en pratique de ce que nous discutons, je propose qu'au cours des dix prochaines minutes, je devienne le patient et que nous tentions, comme groupe, d'appliquer les suggestions proposées ». Ceci ne dispense pas l'enseignant de devoir bien jauger la pertinence de procéder à un jeu de rôle au cœur de cette discussion, de prévoir les points d'ancrage à mettre en évidence et de respecter les trois étapes de l'animation dont nous discuterons plus loin.

Le jeu de rôle « un à un » intégré à la supervision clinique individuelle

Dans le jeu de rôle « un à un », l'apprenant et le superviseur jouent chacun un rôle, mettant en scène un moment précis de l'entretien, afin d'aider l'apprenant à surmonter une difficulté concrète vécue avec son patient. À nouveau, nous dirons que le jeu de rôle est procédural s'il vise la démonstration ou la mise à l'essai d'une habileté, exploratoire s'il vise la prise de conscience d'attitudes ou de réactions, ou mixte s'il allie ces deux visées. Lorsque l'apprenant joue le rôle du patient, il bénéficie d'une illustration de l'intervention par son superviseur et peut aussi prendre conscience de l'effet produit chez le patient pour mieux s'y ajuster. Lorsqu'il joue le rôle du médecin, il pratique ou expérimente lui-même une façon de faire et en perçoit les impacts dans les réponses du patient joué par le superviseur qui prend soin de mettre en évidence les réactions habituelles des patients face à de telles interventions du médecin. Pour optimiser la prise de conscience, il peut être utile d'inverser les rôles au cours du jeu. Le superviseur, même s'il est étroitement impliqué dans l'action, ne doit pas perdre de vue ses tâches d'animation du jeu de rôle : spécifier le contexte et le moment de l'entretien, choisir qui jouera les rôles de patient et de médecin, procéder à de brefs arrêts judicieux pour décoder l'action et donner un *feedback* en n'oubliant pas le retour sur l'expérience (*debriefing*) des deux protagonistes. Il n'est pas nécessaire de faire appel à un scénario puisqu'on joue le patient et la difficulté du médecin dont il vient tout juste d'être question.

Le jeu de rôle « un à un » peut être intégré à la supervision clinique quotidienne. Il complète alors la discussion de cas et ne dure que 5-10 minutes. Il porte sur une impasse que l'apprenant anticipe pour la consultation d'aujourd'hui ou vient d'éprouver avec le patient. Le jeu de rôle le prépare à utiliser ce qu'il aura appris dans les minutes qui suivent, auprès du patient qui est sur place, ou à l'utiliser ultérieurement, lors de la prochaine consultation du patient. Ce type de jeu de rôle peut aussi être planifié dans un temps protégé (prévu quelques jours à l'avance ou mis en place en profitant d'un temps libre dans la clinique) sous forme d'exercice formatif pour corriger une difficulté récurrente identifiée préalablement chez l'apprenant. L'exercice peut alors durer jusqu'à 20 à 30 minutes. À titre d'exemple, on peut travailler le fait que l'apprenant ait eu de la peine à gérer ses consultations à quelques reprises parce qu'il n'avait pas défini un contrat d'entrevue pertinent avec ses

Tableau 2 :
Animation du jeu de rôle en trois étapes

ÉTAPES DE L'ANIMATION	JEU PROCÉDURAL	JEU D'EXPLORATION
1. Avant le jeu :	Procéder du général au spécifique	
<ul style="list-style-type: none"> Préciser la CIBLE, le type de jeu de rôle utilisé et sa pertinence pour l'apprentissage à faire. 	Expliquer et/ou faire une démonstration de la procédure en identifiant clairement les étapes à pratiquer.	Créer un climat de confiance propice à l'expérimentation en mettant l'accent sur le vécu professionnel plutôt que sur la performance.
<ul style="list-style-type: none"> Décrire la tâche des OBSERVATEURS et fournir les outils. 	Utiliser la grille où sont inscrites les étapes à suivre et les comportements souhaités.	Réfléchir à partir des questions proposées qui incitent à se placer dans la peau des protagonistes.
<ul style="list-style-type: none"> Annoncer le type de FEEDBACK attendu 	Observation illustrant la maîtrise de la procédure ou l'alternative d'intervention suggérée.	« À la place du médecin (ou du patient), je me serais senti...ou j'aurais dit... »
<ul style="list-style-type: none"> Préparer et sécuriser les PROTAGONISTES en précisant le cadre du jeu de rôle que l'animateur veillera à sauvegarder. 	Si les rôles sont prédéfinis, remettre le canevas aux acteurs au tout début pour faciliter leur préparation; prévoir un temps pour répondre à leurs questions. Utiliser des noms fictifs pour chaque protagoniste. Faire une description concrète (mise en scène au besoin) et spécifique sur le contexte pour induire la mise en situation. Préciser la durée du jeu (5 à 15 minutes idéalement). Annoncer comment demander les arrêts de jeu.	
2. Pendant le jeu :	Orchestrer le jeu en veillant au respect des participants.	
<ul style="list-style-type: none"> Annoncer le DÉBUT du jeu de rôle. 	Garder les observateurs alertes en leur rappelant brièvement leur tâche et faire démarrer l'action en suggérant une phrase d'intro ou un déplacement initial pour les protagonistes (ex. : le médecin entre...).	
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser au besoin un ou quelques brefs ARRÊTS. 	Recueillir d'abord les réactions des protagonistes (en spécifiant, au besoin, ce que le médecin trouve difficile ou cherche à faire), puis quelques suggestions des observateurs pour dénouer l'impasse. Donner des consignes par rapport à la poursuite du jeu : « nous reprenons au début...ou à telle phrase... » ou « imaginons que le patient reviendra dans deux jours... » (utiliser au besoin « l'inversion des rôles » pour sensibiliser à l'impact de son intervention...).	
<ul style="list-style-type: none"> Indiquer la FIN du jeu de rôle. 	Inviter explicitement les protagonistes à sortir de leur rôle, surtout lorsqu'ils s'y sont investis intensément.	
3. Après le jeu :	Procéder du spécifique au général.	
<ul style="list-style-type: none"> Procéder au « debriefing » des PROTAGONISTES 	Permettre d'abord au moins un commentaire sur son expérience à chacun des protagonistes (les aide notamment à s'extraire de leur personnage). Inviter le « patient » à donner son feedback sur les points spécifiques pour lesquels son scénario prévoyait des réactions différentes selon l'approche du médecin.	
<ul style="list-style-type: none"> Recueillir les commentaires des OBSERVATEURS en lien avec la cible. 	N'accepter aucun jugement global ! Faire énoncer ou reformuler les observations en lien avec la cible précisée « avant le jeu », rappelant au besoin, le type de feedback attendu.	
<ul style="list-style-type: none"> Cerner les ASPECTS ÉMOTIFS. 	Le jeu de rôle facilite l'accès au ressenti chez les participants; il est important de reconnaître explicitement et de valider, au besoin, les émotions qui se sont dégagées de l'exercice et de la discussion.	
<ul style="list-style-type: none"> Conclure sur les MESSAGES PÉDAGOGIQUES 	Sous forme d'échange avec les participants, dégager les découvertes générées par le jeu de rôle et indiquer comment ces apprentissages pourront être transposés utilement dans leur exercice professionnel.	

Références

patients. Le superviseur prévoit alors quelques scénarios de situations qui permettent de centrer l'exercice sur la difficulté identifiée, à la fois pour en explorer l'origine et pour expérimenter une approche différente. Le fait de jouer des situations variées prépare mieux l'apprenant à réutiliser ses constats en pratique.

Une animation rigoureuse et soignée en trois étapes

Participer à un jeu de rôle demande un investissement personnel important. Certains participants potentiels peuvent présenter des hésitations ou des inquiétudes plus ou moins réalistes à s'exposer sans préparation suffisante dans une situation incertaine. D'autres ont vécu des expériences non constructives en participant à des exercices mal dirigés ou mal préparés. Or, il est primordial d'assurer aux participants d'un jeu de rôle un encadrement soigneusement planifié, des conditions de respect et de confidentialité, ainsi que le soutien approprié à cette situation d'apprentissage. Le tableau 2 décrit la procédure d'animation en trois étapes qui permet de répondre à ces exigences. Même le jeu de rôle le plus simple nécessite que les phases « avant le jeu » et « après le jeu » soient explicites.

En tout temps, les observateurs du jeu de rôle sont soumis aux mêmes règles de respect et de confidentialité que les protagonistes. Même s'ils sont silencieux durant le jeu de rôle proprement dit, ils sont incités à demeurer alertes et actifs en prenant des notes à l'aide de consignes d'observation spécifiques. Comme le soulignent Westberg et Jason², les participants doivent respecter scrupuleusement les directives concernant la formulation d'un *feedback* personnel constructif et non d'un jugement. L'animateur invitera, par exemple, l'observateur à formuler un commentaire tel que « Lorsque le patient a formulé telle réponse, j'aurais aimé poser telle question. » ou « Je n'étais pas à l'aise avec telle intervention du médecin et je suggère de... » plutôt que de lui laisser donner une opinion globale du style « C'était bon » ou « Ce n'était pas correct ».

Pour être bénéfique aux participants et maintenir leur intérêt, un jeu de rôle doit à la fois présenter un niveau suffisant de difficulté et permettre une expérience de succès. Comme le mentionne Bordage⁹, l'apprentissage est maximisé lorsque l'apprenant va à la limite de ses connaissances ou de ses habiletés. Or, il importe également de prévoir une progression flexible dans le niveau d'exposi-

tion requis pour la tâche, de manière à ce que le niveau d'inconfort généré par le jeu de rôle demeure acceptable. À cet égard, on tiendra compte de l'intensité de l'investissement requis du participant, selon la position qu'il occupe et le cadre dans lequel on lui demande de jouer. Le rôle du patient doit être conçu pour permettre des options réalistes d'intervention en fonction des habiletés de l'intervenant. Rappelons qu'en cours d'interaction, le patient peut donner en quelque sorte un premier *feedback* au médecin à travers ses réactions ou ses réponses, ce qui le guide dans les ajustements à effectuer. Chaque protagoniste doit pouvoir arrêter le jeu de rôle au besoin et bénéficier d'un soutien approprié pour dénouer l'impasse dans laquelle il se trouve. Lors des arrêts de jeu planifiés ou sollicités par un protagoniste ou par l'animateur, ce dernier met en évidence au besoin des pistes d'intervention possibles ; il peut inviter les observateurs à formuler des suggestions en ce sens.

Lorsqu'un participant joue le rôle d'un patient ou même de son propre patient, c'est d'abord la réalité du patient telle que perçue par le médecin qui est mise en scène. De nouvelles dimensions du patient sont souvent découvertes au cours du jeu. Au moment des arrêts, l'animateur invite à nuancer, au besoin, le jeu du patient par des suggestions telles que « S'il arrivait telle situation... ou si l'intervenant posait telle question... comment réagirait le patient? ». Dans le jeu de rôle d'exploration, on peut encourager l'exagération dans le jeu et aller délibérément au-delà des situations quotidiennes usuelles, pour se confronter à des aspects à la fois vraisemblables et extrêmes de la réalité afin d'en explorer des dimensions particulières. Cela aide les participants à prendre conscience tout en permettant à l'animateur de normaliser les difficultés rencontrées au cours du jeu de rôle. Lors du retour sur l'exercice, l'animateur facilite le lien avec la réalité quotidienne en demandant par exemple, au protagoniste qui joue le patient, à quels moments du jeu il s'est senti vraiment près de la réalité du patient.

Conclusion

En conclusion, nous invitons les futurs animateurs de jeu de rôle à faire preuve de professionnalisme, notamment dans la perspective d'assurer aux participants une expérience de succès ou une progression en termes d'apprentissage. Tel que souligné dans la « Fiche pratique » publiée

dans cette revue récemment¹⁰, l'animation du jeu de rôle d'exploration en groupe exige une bonne expertise dans le travail sur la relation et en animation de petits groupes. A notre avis, cela devrait être complété par une formation spécifique dans l'action avec l'aide d'un superviseur expert. La présence de deux animateurs est ici souhaitable pour intervenir efficacement auprès des participants tout en demeurant attentifs au niveau de l'observation de ce qui se passe dans l'ensemble du groupe. Pour ce qui est du jeu de rôle procédural en groupe, l'animation requiert surtout une expertise minimale dans l'animation d'activités pédagogiques de type atelier, en plus d'une bonne

connaissance des apprentissages visés par l'exercice et des règles d'animation d'un jeu de rôle. Dans ce contexte, un choix stratégique en regard des modalités privilégiées et une préparation soignée du matériel contribuent au succès de l'exercice.

Contributions

Gilles Girard, Diane Clavet et Richard Boulé ont contribué collégialement et solidairement à la conception et à la rédaction du manuscrit.

Références

1. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxon : Radcliffe Medical Press, 1998 : 68-70.
2. Westberg J, Jason H. *Fostering Reflection and Providing Feedback*. New York : Springer Publishing Company, 2001 : 73-91.
3. Steinert Y. *Twelve tips for using role-play in clinical teaching*. *Med Teach* 1993 ; 15 : 283-291.
4. Simpson MA. *How to Use Role-Play in Medical Teaching*. *Med Teach* 1985 ; 7 : 75-82.
5. Cox KR, Ewan CE. *The Medical Teacher*. Edinburg : Churchill Livingstone, 1982 : 122-125.
6. Wohlking W, Gill PJ. *Role playing*. Englewoods (NJ) : Educational Technology Publications 1980 : 23-49.
7. Villeneuve L. *L'encadrement du stage supervisé*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 1994 : 143-153.
8. Conseil de l'Éducation Médicale Continue du Québec. *Le Jeu de rôle*. *Vade-Mecum en EMC, fiche pratique*, 1998.
9. Forum des Lecteurs. G. Bordage. In : *Le jeu de rôle en question*. *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 255-256.
10. UNAFORMEC. *Technique d'animation : le jeu de rôle*. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 241-242.

Manuscrit reçu le 5 mai 2005 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 24 juin 2005 ; accepté pour publication le 4 juillet 2005.