

Articles originaux

Identification des éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur du patient simulé en formation initiale.

Claire Letellier ¹, Ludovic Martin ^{2,3}.

1. IFSI/IFAS du Centre Hospitalier Le Mans
2. Centre de simulation All'Sims - Centre Hospitalier d'Angers
3. Service de dermatologie - Centre Hospitalier d'Angers

Auteur correspondant : cletellier@ch-lemans.fr

Financement : L'étude n'a bénéficié d'aucun soutien financier.

Remerciements : Les auteurs remercient les professionnels volontaires pour leur participation à cette étude.

Résumé

Introduction : Les patients simulés (PS) prennent une place de plus en plus importante au sein des formations initiales des professionnels de santé paramédicaux. La qualité du jeu d'acteur repose en grande partie sur la pertinence de la guidance du formateur. L'objectif de cette étude était d'identifier les éléments permettant d'optimiser le jeu de l'acteur.

Méthodes : Étude descriptive, prospective et multicentrique basée sur la diffusion à des PS de deux questionnaires. Notre critère de jugement principal était l'identification du ou des élément(s) permettant d'optimiser le jeu d'acteur évalué(s) comme indispensable(s) pour au moins 95% de la population de l'étude.

Résultats : 22 PS ont été inclus (taux de réponse 69%). La compréhension du scénario à jouer a été le seul élément évalué comme indispensable à l'optimisation du jeu d'acteur.

Les éléments jugés comme très utiles ont été la connaissance des objectifs pédagogiques, la compréhension du personnage à jouer et l'échange verbal avec le formateur en amont de la séance. Ceux jugés comme discutables ont été la connaissance du profil des apprenants, l'explication du jargon médical, le feedback formateur et la participation au débriefing.

Discussion : Cette étude nous a permis d'identifier les éléments susceptibles d'optimiser le jeu de l'acteur selon les regards de PS. Mais également d'identifier des axes d'amélioration relatifs à l'accompagnement de nos PS notamment du fait de la disparité des pratiques. Une aide-cognitive structurant les éléments clés de l'encadrement des PS en amont, mais aussi en aval, de chaque séance de simulation est ainsi proposée.

Mots clés : patient simulé, formation initiale, jeu d'acteur, bonnes pratiques.

Introduction

Les soins relationnels font partie intégrante des programmes de formation des futurs professionnels paramédicaux. Leur apprentissage ne peut pas se limiter à des apports purement théoriques. La possibilité de mettre en œuvre des séances de simulation impliquant un acteur jouant le rôle d'un patient constitue donc un

atout pour les instituts de formation, permettant alors aux apprenants de se familiariser avec cette relation soignant-soigné si subtile, dans un contexte privilégié et sécurisé. Les patients simulés (PS) prennent donc une place de plus en plus importante au sein des formations initiales. Le réalisme qu'ils procurent est un élément

moteur à cet engouement, permettant alors d'optimiser les compétences non techniques des étudiants. Ni l'aisance en communication, ni le développement d'une attitude d'empathie et d'écoute active ne peuvent être mis en jeu de la même manière avec l'utilisation de mannequins, même de haute technicité.

Si cet outil pédagogique peut sembler idéal, il demeure cependant soumis à de nombreuses conditions logistiques et éthiques pour qu'il puisse se révéler comme tel. En effet, il s'agit d'impliquer au processus de formation une personne humaine ayant ses propres mécanismes de défense et une gestion des émotions qui correspond à son unicité. Il paraît évident que l'encadrement de ces personnes doit être qualitatif et sécurisant. Or, la mise en œuvre de cet accompagnement peut différer grandement d'un établissement à un autre. Ces divergences de pratiques questionnent et mettent en lumière le flou qui accompagne les conditions de recrutement des acteurs et leur encadrement. Il apparaît donc prioritaire de repérer les invariants concernant la formation des PS mais aussi les aspects plus modulables. La qualité du jeu d'acteur repose en grande partie sur la pertinence de la guidance du formateur. Pour que celle-ci puisse être optimale, les éléments de bonnes pratiques doivent être analysés et réfléchis. Notre expérience en institut de formation initiale nous a conduit à encore affiner notre fonctionnement et améliorer nos démarches pour tendre vers un accompagnement de nos PS le plus efficient possible, afin que leur intervention puisse constituer un véritable outil pédagogique.

L'objectif de cette étude était d'identifier les éléments permettant d'optimiser le jeu de l'acteur afin que celui-ci puisse constituer un véritable outil pédagogique en formation initiale, au bénéfice des futurs professionnels paramédicaux.

Matériels et Méthodes

Nous avons choisi de mener une étude descriptive, prospective et multicentrique. Sa durée s'est effectuée du 9 janvier 2023 au 6 mars 2023.

Population et échantillonnage

Nous nous sommes intéressés aux PS qui participaient aux activités d'apprentissage par la simulation, en étant rémunérés ou non.

L'échantillonnage concernait ceux qui intervenaient au bénéfice d'apprenants en formation initiale et/ou continue, recrutés via les fichiers des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et Aide soignants (IFSI/IFAS) du Centre Hospitalier Le Mans, du centre de simulation de ce même établissement (CAp'Sim) et celui du CHU d'Angers (All'Sims).

Les PS devaient répondre aux critères d'inclusion suivant :

- Avoir participé à au moins deux séances de simulation durant l'année 2022-2023,
- Être âgé de plus de 18 ans.

Les PS n'ayant pas répondu aux deux questionnaires ont été exclus de l'étude.

Evaluation

a) Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était l'identification du ou des élément(s) permettant d'optimiser le jeu d'acteur, évalué(s) comme indispensable(s) pour au moins 95% de la population de l'étude.

Les critères de jugements secondaires étaient les suivants :

- Identification des critères jugés comme très utiles (≥ 5), discutables ($3 \leq x \leq 5$) et peu utiles (≤ 3), selon l'échelle numérique de Likert,
- Influence de la fréquence de séances de simulation effectuées par an, de leur pratique de feedback formateur et de leur profil sur l'évaluation des critères.

b) Outils d'évaluation

Chaque participant devait renseigner 2 questionnaires :

- Un premier questionnaire (cf. annexe I) permettait d'identifier le profil sociodémographique des PS interrogés, de recueillir leur motivation et de cerner plus précisément les étapes-clés de leurs formations respectives et de faire un état des lieux des pratiques existantes,
- Un second questionnaire (cf. annexe II) portait plus précisément sur l'évaluation des éléments permettant d'optimiser leur jeu d'acteur. Pour cela, chaque élément devait être évalué selon une échelle numérique de Likert de 1 (= élément considéré inutile) à 6 (= élément perçu comme étant indispensable).

Les questionnaires étaient associés à un courriel de présentation du travail de recherche et diffusés en format numérique Google Form[®] ainsi qu'en format Word[®].

Recueil des données et analyses statistiques

Les données ont été progressivement consignées dans un document Excel[®] afin d'établir le portrait global de la population étudiée et d'analyser les réponses recueillies.

Les statistiques ont été réalisées avec Excel[®] et Biostatgv[®].

Pour les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage et les variables quantitatives en moyennes et écarts-types.

Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées avec des tests de Wilcoxon -MannWhitney. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats

Population générale

Au total, 32 PS répondant aux critères d'inclusion ont été sollicités. 10 PS ont été exclus devant l'absence de réponse au premier questionnaire. 22 PS ont donc été inclus (6 d'All'SimS, 4 du CAp'Sim et 12 de l'IFSI-FAS du Mans) soit un taux de réponse de 68.75%.

La population de l'étude regroupait 9 hommes et 13 femmes.

Concernant leur situation professionnelle, 10 étaient actifs, 1 avait le statut d'étudiant et 11 étaient retraités. Parmi eux, 4 étaient comédiens professionnels, 7 étaient des professionnels de santé et 11 étaient issus d'autres secteurs professionnels.

Le bénévolat concernait 11 PS (50%). 8 étaient rémunérés (36%). Les frais kilométriques seulement étaient pris en charge pour 3 d'entre eux (13%).

Leur fréquence d'intervention en tant que PS variait de 1 à 2 fois par an pour 6 d'entre eux (27 %), 3 à 4 fois par an pour 9 autres (41%), 5 à 10 fois par an pour 5 autres (23%) et plus de 10 fois par an pour 2 autres (9%). Les 22 personnes interrogées (100%) ont formalisé les raisons de leur motivation à intervenir en tant que PS.

Les pratiques existantes dans notre population de PS sont détaillées dans l'annexe I.

L'envoi du scénario était le seul élément systématiquement présenté aux PS en amont de la séance. Le profil du patient et le rôle à jouer étaient systématiquement retrouvés dans les scénarios contrairement aux autres éléments (objectifs pédagogiques dans 82% des cas, moment du scénario dans 54%, comportement non verbal dans 82%...).

L'explication du jargon médical n'était réalisée en amont de la séance que dans 41% des cas.

Après avoir joué la saynète, 1 PS (5%) a répondu n'avoir jamais bénéficié d'un feedback avec le formateur, 12 PS (55%) ont déclaré en avoir eu l'occasion « *parfois, mais pas systématiquement* » et 9 PS (41%) ont affirmé en bénéficier systématiquement.

5 PS (23%) n'avaient jamais participé au débriefing, 10 (45 %) participaient parfois et 7 (32%) systématiquement.

Un seul PS a bénéficié d'une formation spécifique pour devenir « patient simulé »

Critère de jugement

a) Identification des éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur

La compréhension du scénario à jouer a été le seul élément évalué comme indispensable à l'optimisation du jeu d'acteur, pour 95% de la population-cible, avec une moyenne de 6/6.

Les éléments jugés comme très utiles ont été la connaissance des objectifs pédagogiques, la compréhension du personnage à jouer et l'échange verbal avec le formateur en amont de la séance. Ceux jugés comme discutables ont été la connaissance du profil des apprenants, l'explication du jargon médical employé, le feedback formateur juste après la mise en œuvre du scénario et la participation au débriefing dédié aux apprenants. Aucun élément n'a été évalué comme inutile.

L'ensemble des éléments, évalués par les PS sont décrits dans le tableau n°1.

Question	Réponse répondants	Score						Moyenne
		1	2	3	4	5	6	
Connaître au préalable le profil des apprenants	n	0	0	7	4	5	6	4,5
	%	0%	0%	32%	18%	23%	27%	
Connaître les objectifs pédagogiques de la séance	n	0	0	0	2	5	15	5,6
	%	0%	0%	0%	9%	23%	68%	
Comprendre le personnage à jouer	n	0	0	1	0	3	18	5,7
	%	0%	0%	5%	0%	14%	82%	
Comprendre le scénario à jouer	n	0	0	0	0	1	21	6,0
	%	0%	0%	0%	0%	5%	95%	
Disposer d'informations complémentaires concernant le jargon médical	n	0	1	2	5	9	5	4,7
	%	0%	5%	9%	23%	41%	23%	
Bénéficier d'un échange verbal avec le formateur en amont de la séance pour préciser les éléments du scénario à jouer	n	0	0	0	2	8	12	5,5
	%	0%	0%	0%	9%	36%	55%	
Bénéficier d'un échange verbal (feed-back) avec le formateur immédiatement après le scénario	n	1	2	2	5	8	4	4,3
	%	5%	9%	9%	23%	36%	18%	
Participer au débriefing avec les apprenants après avoir mis en œuvre le scénario	n	0	3	5	4	7	3	4,1
	%	0%	14%	23%	18%	32%	14%	

Tableau 1 : Évaluation de l'utilité pour le PS des éléments pour optimiser le jeu d'acteur

b) Tests comparatifs des impacts d'une pratique de PS sur les éléments évalués

La réalisation d'un feedback par le formateur a été un élément jugé comme utile à 5/6 dans la sous-population des PS bénéficiant toujours d'un feedback formateur dans leur pratique, contre 3.8/6 pour la sous-population n'ayant jamais (ou rarement) bénéficié d'un feedback dans leur pratique avec une différence significative (p = 0.037.)

La fréquence d'obtention d'un feedback formateur n'a pas influencé de manière significative les évaluations concernant l'échange verbal préparatoire et la participation au débriefing.

La réalisation d'un feedback par le formateur a été évaluée comme significativement plus utile pour les PS n'ayant jamais ou rarement assisté au débriefing (moyenne 5/6) que pour les PS systématiquement présents au débriefing (moyenne 4/6) (p = 0.031).

La présence ou non au débriefing des PS n'a pas influencé significativement l'évaluation des items concernant l'échange préparatoire et la participation au débriefing, même si les résultats ont montré une tendance à une augmentation des moyennes dans la sous population des PS présentant systématiquement au débriefing.

La fréquence d'intervention des PS n'a pas influencé significativement l'évaluation des différents éléments jugés comme utiles ou inutiles pour optimiser leur jeu d'acteur, à l'exception du jargon médical dont le score a été significativement plus élevé pour le groupe des PS intervenant fréquemment (p = 0.02).

Le jargon médical a été également évalué significativement plus utile pour les PS issus du milieu de la santé (moyenne de 5,2/6) que pour les PS issus d'autres secteurs professionnels (moyenne de 4,3/6) (p = 0.032).

La provenance professionnelle des PS n'a pas influencé significativement l'évolution des autres items.

Discussion

Éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur du PS

Cette étude nous a permis d'identifier les éléments susceptibles d'optimiser le jeu de l'acteur selon les regards de PS.

La **compréhension du scénario à jouer** a été le seul élément évalué comme indispensable à l'optimisation du jeu d'acteur, pour 95% de la population-cible. Au-delà des éléments inhérents au script, il s'agissait plus particulièrement de connaître précisément l'évolution du

scénario afin d'en comprendre les tenants et les aboutissants, permettant ainsi d'obtenir une vision globale de la situation. Les PS ont souligné l'importance de « *donner une cohérence au scénario* », invoquant notamment leur appréhension de devoir improviser face aux apprenants, a fortiori à mauvais escient par manque de clairvoyance.

Le comité PS de la SoFraSims, a formalisé des modèles de scénarios [1], qui permettent notamment de baliser très précisément ces différentes étapes : une phrase de démarrage doit être identifiée, puis les différents états en lien avec les objectifs pédagogiques jusqu'à l'énonciation de la phrase de clôture. L'appropriation de ces supports par le formateur permet d'intégrer de manière exhaustive tous ces aspects et constituent un guide précieux.

Le champ des émotions a été largement exploré à travers les témoignages des PS en lien avec cet élément précis : la nécessité « *d'être rassuré* », « *d'avoir des repères* », « *de savoir jusqu'où aller/les limites, dans l'interprétation des émotions* » et de « *réagir de la bonne manière au bon moment* ». Cet aspect résonne de nouveau avec l'importance pour le formateur de procurer au PS un cadre sécurisant et étayant. « *La sécurité est la pierre angulaire de la pratique de la simulation. De ce fait, elle est la valeur centrale, car la sécurité est la principale motivation du recours à la simulation.* » [2] L'association des formateurs de patients standardisés (ASPE) a d'ailleurs mis en évidence cinq domaines de bonnes pratiques : l'environnement de travail sécurisé, le développement de cas, la formation des PS à l'interprétation des rôles, au feed-back et à l'utilisation d'instruments d'évaluation, la gestion de programme ; et le développement professionnel [3].

Trois éléments étaient évalués comme très utiles pour optimiser le jeu d'acteur : la compréhension du personnage à jouer, la connaissance des objectifs pédagogiques et l'échange verbal avec le formateur en amont de la séance.

Concernant la **compréhension du personnage à jouer**, il s'agit d'un travail préparatoire incontournable qui se réfléchit, s'anticipe et se mûrit. « *Le PS doit pouvoir bâtir un personnage ayant une vie psycho-sociale crédible et être capable de raconter des anecdotes comme le ferait un vrai patient.* » [4]

Pour la connaissance des **objectifs pédagogiques**, les PS ont estimé que leur intégration permettait « *de mieux jouer le rôle attendu* » et « *de contribuer à accompagner l'apprenant dans la bonne voie* », ce qui les place alors potentiellement dans une posture de facilitateurs. Pourtant dans notre population ils n'ont pas été systématiquement transmis aux PS en amont.

Dans son rapport de mission, la HAS stipule que « *toute situation simulée doit viser un objectif pédagogique.* » [5] En explicitant les objectifs pédagogiques, le formateur renforce la cohérence du scénario imaginé et contribue à sécuriser sa mise en œuvre. De plus, c'est une manière d'inclure le PS à l'équipe pédagogique.

Enfin **l'échange verbal qui précède la session de simulation** confère un caractère rassurant, permettant de « *dissoudre les incompréhensions et appréhensions* », contribuant ainsi à « *réduire le stress en se sentant mieux préparé.* » De plus, la possibilité d'échanger directement avec un formateur permettrait à certains PS « *d'optimiser la mémorisation* ». En effet, « *le système sensoriel auditif traiterait les informations auditives de manière sérielle, ce qui favorise le traitement des aspects temporels et chronologiques des événements ainsi que la mémorisation de ces aspects.* » [6] En plus de constituer un atout pour ancrer les informations, ce dialogue permettrait « *d'humaniser la relation avec le formateur* ».

Les éléments jugés comme discutables étaient plus nombreux.

La nécessité d'expliquer le **jargon médical** employé a fait débat avec notamment une différence significative entre les sous populations issues du milieu de la santé (qui la jugeait plus utile) et celles hors santé. L'analyse qualitative témoignait que certains PS (principalement issus du milieu du spectacle ou hors secteur médical) estimaient que leur crédibilité dans leur jeu d'acteur reposait justement sur leur naïveté et donc sur leur méconnaissance du vocabulaire médical. En revanche, d'autres (majoritairement soignants de profession) jugeaient nécessaire de maîtriser ce jargon pour apparaître plus performants en tant que PS. De plus, les PS réalisant des interventions fréquentes jugeaient plus utile ces explications que les PS intervenant ponctuellement. Ces arguments mettent l'accent sur l'intérêt du formateur d'adapter ses explications au profil

du PS et au niveau de connaissances du patient fictif inhérent au scénario. Un PS a ainsi résumé : « *S'il doit rester assez naïf sur sa maladie, autant ne pas donner trop d'informations, rester dans le vague permet d'être au plus près des vraies réactions dans ce cas-là. Si le patient est très renseigné de sa maladie, alors là oui ne pas hésiter à nous donner tout le vocabulaire.* »

L'identification du **profil des apprenants** a également été une source de divergence. Primordiale pour anticiper les questions des apprenants et adapter son jeu d'acteur pour certains : « *en tant que patient, je ne pose pas les mêmes types de questions à une AS ou à un médecin, je n'ai pas non plus la même attitude* ». Anecdotique pour d'autres, qui appréhendaient notamment que cela ne constitue un biais : « *Cela va m'influencer inutilement, je reste un patient quelle que soit la fonction du soignant qui s'occupe de moi.* »

Le **feedback mené par le formateur immédiatement après le scénario** était une pratique largement mise en œuvre et son utilité évaluée à 4,3/6. Or contrairement à la population générale et à la sous population de PS n'ayant jamais ou rarement bénéficié de feedback qui évaluent le feedback formateur comme un élément discutable pour optimiser leur jeu d'acteur, notre étude témoigne que les PS qui bénéficient d'un feedback formateur évaluent cet élément comme utile. Ainsi, nous pouvons raisonnablement supposer qu'un PS sans expérience de feedback formateur risquera de se reposer sur sa propre interprétation de son jeu d'acteur et s'il évalue sa qualité de jeu le fera principalement selon sa satisfaction personnelle ou la satisfaction des apprenants.

Tandis qu'un PS bénéficiant de feedback régulier aura plus tendance à se remettre en question et basera l'évaluation de la qualité de son jeu au profit des objectifs du formateur et des objectifs d'apprentissage. On note aussi que la réalisation d'un feedback par le formateur a été évaluée comme significativement plus utile pour les PS n'ayant jamais ou rarement assisté au débriefing que pour les PS systématiquement présents au débriefing. Cela attire la vigilance sur le risque de confusion pour le PS de croire que d'assister au débriefing remplace le feedback formateur. Or ces 2 composantes sont bien différentes. Il est également intéressant de constater que cette pratique largement

déployée semble toutefois échapper à toute uniformisation des pratiques. En effet, certains formateurs auraient demandé aux PS de s'auto-évaluer, tandis que d'autres auraient critiqué d'emblée, de manière constructive, leur jeu d'acteur. Le recueil du ressenti du PS n'a pas été systématique, alors qu'il paraît important pour beaucoup. « *Pour qu'une analyse pertinente de ce qui vient de se dérouler puisse être effectuée le temps consacré en amont aux émotions est essentiel.* » [7] L'un des PS exprimait ainsi : « *Cela permet une transition entre la situation jouée et le retour à son quotidien car la situation peut véhiculer des émotions. Pouvoir en parler avant de repartir me semble plus qu'utile et confortable. D'autre part, cela peut aussi permettre d'améliorer la manière de jouer le rôle pour une intervention ultérieure.* » Tout comme le « *dérôlage* » des apprenants doit être assuré au début du débriefing par le formateur, il semble que celui du PS à l'issue du scénario s'avère tout aussi important. D'autant que, pour beaucoup, il s'agissait bien de l'ultime étape de leur intervention. Il semble donc utile d'envisager des outils qui permettraient une harmonisation des pratiques de feedback formateur.

Enfin, la **participation des PS au débriefing** était également controversée. La phase de débriefing est dédiée aux apprenants. « *Il serait légitime de considérer qu'une simulation sans débriefing n'est tout simplement pas une simulation, du moins, sur le plan pédagogique.* » [8]

Les pratiques observées de participation des PS étaient disparates : certains n'y ont jamais assisté, d'autres de manière très épisodique ou alors plus régulière, et d'autres encore ont affirmé y avoir assisté à chaque session. Leurs propres intérêts diffèrent, les témoignages se sont avérés très équivoques. La notion de « *phase dédiée aux apprenants uniquement, ne concernant pas le PS* » a été soulignée, ainsi que la réticence à « *sortir du contexte de la saynète* » et à « *outrepasser son rôle, n'ayant aucune qualification en pédagogie* ». Paradoxalement, l'envie de « *témoigner leur ressenti* » aux apprenants, de leur « *demandeur un avis sur la prestation* » et le souhait de « *donner des conseils pour qu'ils s'améliorent* » sont aussi évoqués. Le recueil de ces argumentations a montré certaines lacunes concernant la pédagogie par la simulation. Les objectifs du débriefing

ne semblent pas compris à l'unanimité et le risque d'intervention inadéquate freinerait alors les formateurs à les intégrer. Pour autant, plus de la moitié des PS interrogés ont précisé que leur présence ne leur semblerait légitime qu'en étant encadré par le formateur. Cet encadrement, couplé à une formation spécifique de base, pourrait permettre au PS de donner une impulsion constructive à certains débriefings. « *Les PS peuvent fournir aux apprenants une information unique et de valeur sur la manière dont leurs actions et leurs comportements ont affecté le vécu émotionnel des PS vis-à-vis de l'apprenant, le niveau de confiance du PS vis-à-vis de l'apprenant, et le niveau de compréhension du PS de l'information échangée. Ainsi, le feed-back du PS a une fonction pédagogique essentielle dans les domaines interpersonnels et émotionnels.* » [2] Par ailleurs, assister au débriefing constituerait, selon certains PS, « *une reconnaissance pour l'investissement en tant qu'acteur* » ainsi qu'un « *enrichissement personnel* ».

Au-delà de l'évaluation de ces éléments jugés comme utiles ou discutables pour optimiser le jeu d'acteur par les PS, nous avons évoqué à de nombreuses reprises les diversités d'approche des PS. Cette richesse complexifie leur accompagnement par les formateurs, puisque cela nécessite de s'adapter à chaque PS et à son unicité. Il paraît donc pertinent de généraliser la mise en œuvre d'une formation spécifique pour acquérir le statut de PS ; cela permettrait probablement de lisser les écarts de compétences entre les candidats, de fédérer les groupes et de cultiver leur motivation : « *élément moteur dans le processus d'apprentissage* » [9]. Au sein de la population étudiée, seul 1 PS interrogé affirmait avoir bénéficié d'une formation spécifique en amont. Or, « *l'intérêt d'une telle formation est d'offrir un cadre pédagogique et un contenu standardisé à des acteurs provenant d'horizons variés, afin de professionnaliser l'offre des patients simulés.* » [10] A défaut d'avoir pu bénéficier d'une telle formation, les PS ont néanmoins reçu, individuellement, des informations diverses. Elles se sont révélées disparates d'un PS à un autre et mettent en lumière leur inégalité d'accompagnement. Ce manque d'uniformisation des pratiques questionne, d'une part sur la qualité de la prestation qui peut en découler, et, d'autre part sur la sécurité émotionnelle des PS. « *La*

participation des PS à l'enseignement des futurs professionnels de la santé s'avère acceptable, valide et fiable à condition que le scénario reflète la vraisemblance du cas, qu'il corresponde aux objectifs d'apprentissage, et que la performance du PS soit réaliste. Le plus haut niveau de réalisme n'est cependant atteint qu'à condition que les PS soient correctement formés. Ainsi, si l'authenticité est une condition du succès de l'apprentissage, il faut donc donner aux PS une formation qui leur permette d'offrir une interprétation réaliste. » [11] Ainsi la formation des PS semble également un élément indispensable pour optimiser la qualité du PS dans les formations par simulation.

Points forts et limites de l'étude

Au sein de notre établissement, les séances de simulation avec patients simulés sont majoritaires. Ce travail de recherche correspond à une réelle demande d'optimisation et de sécurisation de la participation des PS au sein de notre établissement. En effet, en ce qui concerne les futurs professionnels paramédicaux, les préconisations réglementaires en lien avec l'intégration de la simulation en santé dans leurs programmes se sont progressivement développées. Ainsi, l'arrêté du 26 septembre 2014 relatif au Diplôme d'État infirmier stipule que : « *La simulation en santé est une méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive* » ... « *Cette méthode promeut une alternance ou méthode complémentaire à l'alternance traditionnelle stages/IFSI.* » [12] Quant aux élèves AS, l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'aide-soignant précise, au chapitre 1^{er}, article 3 : « *Les outils de simulation en santé sont utilisés pour favoriser les apprentissages pratiques et gestuels.* » [13]

Malgré un taux de participation honorable, cette étude a été menée à petite échelle. La taille restreinte de l'échantillon ne permet donc pas une généralisation des résultats.

L'évaluation reposait sur 2 questionnaires distincts et une double approche qualitative et quantitative. Cette double approche a clairement complexifié l'analyse des résultats.

Le premier questionnaire a permis un état des lieux des pratiques d'accompagnement des PS au sein de nos structures. Cela n'était pas le sujet de l'étude mais nous

paraissait intéressant à prendre en compte. Mais une étude distincte sur ce sujet aurait été intéressante.

Conclusion

Cette étude nous a permis d'identifier les éléments susceptibles d'optimiser le jeu de l'acteur selon les regards de PS. Mais également d'identifier des axes d'amélioration relatifs à l'accompagnement de nos PS notamment du fait de la disparité des pratiques. Globalement, il semble pertinent d'effectuer un parallèle entre les étapes-clés d'une séance de simulation (briefing-scénario-débriefing) et celles dédiées à l'encadrement des PS. En effet, une préparation comportant les éléments phares de la pédagogie par simulation, la notion de droit à l'image, les objectifs pédagogiques de la séance et le contenu précis du script paraît incontournable. Après la mise en œuvre du scénario, un feedback par le formateur s'avère judicieux, donnant la possibilité au PS de témoigner de son ressenti et de sortir du contexte de la saynète, afin d'esquisser de manière constructive une autoévaluation de sa prestation. Pour résumer et structurer cet ensemble, nous avons formalisé une aide cognitive, qui pourrait être exploitée par chaque formateur en simulation désireux de bénéficier d'une « to-do list » sur cette thématique (cf. Annexe II). Celle-ci s'appuie sur les recommandations de l'ASPE et de la HAS.

Références

- [1] Actualisation 2023 du Référentiel 2018 sur l'élaboration de scénarios de simulation en santé Simulation Immersive dont Participant Simulé, Simulation Procédurale-Modèle de scénario dans le cadre de la simulation humaine (patient simulé). SoFraSimS. 2023. [Consulté le 25/10/2023]. Disponible sur : <https://www.sofrasims.org/articles/124231-actualisation-2023-du-referentiel-2018>
- [2] Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Adv Simul.* 2017;2(1):10.
- [3] « Standards de bonnes pratiques de l'Association des formateurs de patients standardisés (ASPE) ». [Consulté le 29/12/2022]. Disponible sur:

<https://www.sofrasims.org/articles/117727-standards-patients-simules>

- [4] Burnier I, Bouchard-Lamothe D, Khouani Z. Patient simulé et patient standardisé : peut-on en finir avec le terme SPs ? *Pédagogie Médicale.* 2019;20(3):147-9.
- [5] Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS ; décembre 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf [Internet]. [Consulté le 20/12/2022].
- [6] Galy É, Camps JF, Mélan C. Performances de mémorisation en fonction de la modalité d'encodage au cours des 24 heures chez des travailleurs postés. *Trav Hum.* 2004;67(1):21-40.
- [7] Oriot D, Alinier G. La simulation en santé: le débriefing clés en mains. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019.
- [8] Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Rech Form.* 2016;82(2):17-30.
- [9] Fenouillet F. La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Savoirs.* 2011;25(1):9-46.
- [10] Verborg S, Cartier I, Berton J, Granry JC. Les simulations de consultation et la question des acteurs — patients simulés ou standardisés. *Bull Académie Natl Médecine.* 2015;199(7):1165-72.
- [11] Burnier I, Fotsing S, Bouchard-Lamothe D, Amrani S. Briefing des patients simulés en cinq étapes : effets perçus sur la préparation à la pratique simulée. Données d'un projet pilote. *Pédagogie Médicale.* 2019;20(4):177-85.

[12] Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029527714>

[13] Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>

Pour citer cet article : Letellier C. Identification des éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur du patient simulé en formation initiale. Rev'SimS. 2023 ; 5 : 14-23

DOI : 10.48562/revsims-2023-0001

Annexe 1 : État des lieux des pratiques existantes de la population d'étude

	Éléments d'analyse	Nb PS	%
Éléments présentés en amont de la séance par un formateur	Principes de la pédagogie en simulation	17	77.3
	Déroulement d'une séance-type (briefing-scénario-débriefing)	20	90.9
	Visite de la salle de simulation	19	86.3
	Envoi du scénario	22	100
	Échange verbal avec un formateur avant la séance	19	86.3
	Explication systématique du jargon médical spécifique	9	40.9
	Connaissance du profil des apprenants	19	86.3
	Envoi d'une fiche-acteur décrivant précisément le rôle à Jouer	20	90.9
Éléments spécifiques présentés à travers le scénario, envoyés en amont de la séance de simulation	Profil du patient : identité, âge, contexte de vie	22	100
	Antécédents médicaux/chirurgicaux	20	90.9
	État cognitif : conscience, cohérence, orientation dans le temps et dans l'espace	18	81.8
	Lieu : domicile, EHPAD, MAS, service hospitalier, cabinet du médecin...	18	81.8
	Moment : date, moment précis de la journée, heure précise	12	54.5
	Rôle/script : ce que le PS doit dire/doit faire	22	100
	Non-verbal : comment le PS doit jouer, les émotions à interpréter	18	81.8
	Possibilité d'improvisation	14	63.6
	Matériel médical susceptible d'être utilisé par les apprenants (stéthoscope, tensiomètre, ECG, perfusion...)	16	72.7
	Objectifs pédagogiques	18	81.8
Éléments relatifs au feedback du formateur	Non concerné, je pars toujours après avoir joué mon rôle, sans échange spécifique avec le formateur	0	0
	Le formateur me demande de m'auto-évaluer sur ma prestation en tant qu'acteur (points forts et axes d'amélioration)	2	9.1
	Il s'agit d'un échange : je reçois un feedback de la part du formateur et je m'exprime également	17	77.3
	Le formateur m'interroge sur ce que je ressens, mon état émotionnel	10	45.5
	Le formateur commente de manière constructive mon jeu d'acteur (verbal et non verbal)	16	72.7
Intérêt du PS à participer au débriefing dédié aux apprenants	Pas d'intérêt, c'est une étape qui concerne uniquement les apprenants	1	4.5
	Non, je ne tiens pas à sortir du contexte du scénario	2	9.1
	Oui, pour leur donner mon ressenti, leur exprimer mes émotions	12	54.5
	Oui, pour leur demander ce qu'ils ont pensé de mon jeu d'acteur	9	40.9
	Oui, pour leur dire ce que j'ai pensé d'eux en tant que PS	4	18.2
	Oui, pour leur donner des conseils afin qu'ils s'améliorent	1	4.5
	Oui, mais seulement si le formateur m'a expliqué l'objectif de ma présence et de quelle manière je peux intervenir	13	59.1

Annexe 2 : Aide cognitive : La « To-do list » du formateur à l'encadrement des PS

