

## Recourir aux patients/participants simulés et standardisés : recrutement et formation

### Objectifs pédagogiques

- ▶ Distinguer clairement patient/participant simulé et patient/participant standardisé, et identifier leurs usages pédagogiques respectifs.
- ▶ Mettre en œuvre un processus complet et sécurisé : recrutement, formation, calibration et assurance qualité des participants simulés.
- ▶ Exploiter le feedback spécifique du patient/participant simulé (expérience vécue, relation, communication, conséquence émotionnelle) pour enrichir l'apprentissage lors du débriefing.

### L'essentiel en trois points

- ▶ Le patient simulé (PS), aussi appelé participant simulé, est une personne formée pour incarner l'histoire d'un patient de manière crédible et reproductible, selon un scénario. Il dispose d'une marge d'adaptation sur les éléments non essentiels, tandis que le patient standardisé vise une standardisation rigoureuse : une reproduction la plus identique possible d'une séance à l'autre (mêmes signes, mêmes réponses, mêmes comportements).
- ▶ Les PS font partie intégrante de l'équipe pédagogique : ils contribuent à la qualité de l'expérience, à la sécurité psychologique et à l'atteinte des objectifs d'apprentissage.
- ▶ Atteindre le niveau de performance attendu repose principalement sur une préparation structurée (appropriation du scénario, repères cliniques/émotionnels, limites à respecter) et sur une formation continue (calibration, feedback, répétitions, harmonisation entre intervenants).

## Définition du concept

### Distinction et rôles du patient simulé

#### Origines

La méthode du patient simulé (PS), ou patient standardisé, a été structurée dans les années 1960 par Howard Barrows, neurologue, qui a entraîné des personnes à reproduire de manière fiable des signes cliniques, notamment neurologiques, pour soutenir l'apprentissage. À partir de ce socle, la démarche s'est largement diffusée et diversifiée (entretien, communication, annonce, examen clinique, raisonnement), jusqu'à devenir un standard international de la formation en santé. Aujourd'hui, de nombreux pays l'utilisent aussi dans des évaluations certifiantes, notamment via des examens cliniques standardisés.

#### Définition

Le PS, aussi appelé participant simulé, est une personne formée pour incarner une situation clinique de manière réaliste et reproductible : elle joue l'histoire du patient, ses signes, son attitude, sa communication non verbale et ses réactions émotionnelles, tels qu'ils sont attendus dans le scénario. Ce rôle peut être tenu par un comédien (amateur ou professionnel) ou par un patient expert/instructeur ; et, selon les besoins pédagogiques, le PS peut aussi interpréter un proche/aidant ou tout autre personnage utile à la mise en situation.

Le patient peut également être « standardisé » : la prestation est alors calibrée et fixe, avec des réponses et comportements définis à l'avance, sans improvisation afin de garantir une standardisation rigoureuse entre les séances, notamment lorsqu'il s'agit de réaliser une évaluation sommative des apprenants<sup>1</sup>.

Le PS peut également être intégré à des dispositifs combinés pour enrichir le réalisme et l'apprentissage (simulation hybride) :

- PS + tâche procédurale : l'apprenant réalise un geste technique, pendant que le PS apporte la dimension humaine (douleur,

1. Haute Autorité de santé (HAS). *Guide de simulation en santé et gestion des risques*. 2023.

anxiété, questions, coopération/non-coopération), via des réactions verbales et non verbales ;

- PS + mannequin : le mannequin porte la physiologie et les paramètres, tandis que le PS incarne un proche (famille anxieuse, aidant, témoin) ou un interlocuteur clé (patient conscient avant dégradation, relais d'information), pour travailler la communication, la coordination et la priorisation dans un scénario complexe.

### Fondements pédagogiques

#### Apprentissage expérientiel en environnement sûr

Le PS permet de faire travailler des compétences cliniques et relationnelles sans risque pour de vrais patients. L'apprenant peut tester, se tromper, ajuster et recommencer : c'est exactement le terrain de l'apprentissage par la pratique, surtout quand on vise des gestes, un raisonnement et une communication.

#### Fidélité : crédibilité, cohérence, engagement

Pour que l'apprentissage soit profond, l'apprenant doit croire au scénario. La fidélité du PS (détails physiques, affect émotionnel, cohérence) augmente le réalisme. La contribution du PS est majeure pour cette fidélité sémantique/psychologique : cohérence du récit, réactions émotionnelles, langage corporel.

#### Le point de vue « côté patient » comme donnée d'apprentissage

Le feedback du PS est une ressource pédagogique spécifique : il renseigne ce que l'apprenant ne voit pas toujours depuis « le côté soignant » (ex. : sentiment de sécurité, clarté des explications, écoute, empathie, conséquence des non-dits et du non-verbal). La littérature souligne l'intérêt de ce feedback, tout en rappelant qu'il nécessite formation et calibration pour rester utile et juste<sup>2</sup>.

2. Bokken L, Linssen T, Scherpbier A, Van Der Vleuten C, Rethans JJ. Rétroaction de patients simulés dans la formation médicale de premier cycle : une revue systématique de la littérature. *Éducation médicale* 2009; 43: 202-10.

## **Standardisation pour l'équité et la validité en évaluation**

Quand l'objectif est de comparer ou certifier (évaluation sommative, examens type ECOS), le patient devient « standardisé » : il délivre la même histoire, les mêmes indices, les mêmes réponses d'un candidat à l'autre. Cette standardisation soutient l'équité et la validité des décisions d'évaluation.

### **Mise en pratique**

#### **Étape 1 : formaliser le script du PS (aligné aux objectifs pédagogiques)**

Le script du PS comprend, selon les besoins du scénario, des informations sur : l'identité du patient (nom, âge, statut marital, profession ; antécédents, traitements...), son état émotionnel (langage verbal, non verbal, corporel, attitude physique, expression du visage, contact visuel ou non) qui peut changer selon l'évolution du scénario, sa situation clinique (contexte, types et modes d'installation des symptômes, de la douleur...), sa posture physique et son comportement.

#### **Étape 2 : recruter un PS**

Le PS recruté doit répondre aux besoins du scénario (âge, genre, morphologie...) pour assurer la crédibilité du scénario et donc l'immersion des apprenants.

#### **Étape 3 : former le PS**

Il s'agit de lui présenter le scénario, son rôle et les objectifs pédagogiques. Ce temps de formation doit lui permettre de comprendre ce que l'on recherche et d'ajuster le jeu pour coller aux scénarios et aux objectifs pédagogiques.

Exemples de questions à clarifier avec lui : quels sont les objectifs pédagogiques ? Qu'est-ce qu'on veut obtenir ? Jusqu'où on résiste ? Si on a l'impression que nos attentes sont satisfaites, que faisons-nous ? Comment ramener l'étudiant sur le chemin du jeu ?

Un entraînement par jeu de rôle est nécessaire pour aider le PS à s'approprier le rôle.

### Étape 4 : préparer le PS pour le débriefing

Le feedback du PS apporte une perspective unique, centrée sur l'expérience vécue « côté patient ». Il permet de fournir à l'apprenant une information unique et de valeur sur la manière dont ses actions et ses comportements ont influencé le vécu émotionnel du PS, son niveau de confiance vis-à-vis du soignant, et son niveau de compréhension des informations échangées<sup>3</sup>. Il interroge :

- ▶ la qualité de l'interaction : comment la relation a été perçue dans la peau du patient ?
- ▶ le climat communicationnel : le message a-t-il été vécu comme rassurant, intrusif, menaçant, culpabilisant ?
- ▶ la posture de respect et d'écoute : me suis-je senti entendu, considéré, informé, associé aux décisions ?

Règle d'or (*guideline*) : le PS s'exprime à la première personne (« J'ai ressenti... », « Je n'ai pas compris... », « Je me suis senti... ») et décrit des faits observables (« Quand vous avez... ») plutôt que de juger (« Vous aviez tort »).

### Étape 5 : Débriefing le PS après la formation

Prévoir un temps court et systématique en fin de session ayant deux objectifs : l'amélioration continue et la sécurisation du PS, notamment après des scènes chargées émotionnellement. Les objectifs sont de :

- ▶ améliorer le scénario en calibrant le jeu pour les prochaines sessions : valider les points clés du rôle (indices, intensité émotionnelle, réponses attendues), repérer les écarts et ajuster si besoin le script (phrases, déclencheurs, limites) ;
- ▶ réaliser un débriefing émotionnel : « Comment ça va là, maintenant ? Comment vous sentez là, maintenant ? Est-ce qu'il y a eu un moment difficile à encaisser ? » Il est nécessaire

3. Berenson LD, Goodill SW, Wenger S. Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *J Allied Health* 2012; 41(1): e27-31.

de normaliser le besoin de pause et de proposer un sas de récupération (respiration, pause, hydratation, sortie de rôle). Si le rôle était sensible (annonce, deuil, violence, détresse), prévoir un temps plus long et, si besoin, l'accès à une personne-ressource. Il faut porter une vigilance renforcée si le PS est un ancien patient : vérifier qu'il n'y a pas de réactivation émotionnelle, rappeler le droit de poser des limites, proposer un contact de suivi si nécessaire

### Points de vigilance

- Réaliser un recrutement adapté au scénario : profil, aptitudes relationnelles, disponibilité et capacité à tenir un rôle dans la durée.
- Former le PS, une formation insuffisante conduit à une fidélité compromise : un PS mal préparé perd en cohérence, s'écarte du scénario et manque de confiance, ce qui fragilise l'apprentissage. Le PS doit s'appuyer sur un scénario écrit.
- Anticiper les conséquences émotionnelles sur le PS : certains rôles exposent à une charge affective (fatigue, stress, usure). Prévoir briefing/débriefing du PS, pauses et soutien si nécessaire.
- Ne pas traiter le PS comme un mannequin : le PS nécessite une adaptation fine (réponses, langage non verbal, intensité émotionnelle) tout en respectant les invariants du rôle.
- Choisir la bonne modalité : mobiliser un PS uniquement quand il apporte une valeur ajoutée (communication, relation, annonce, décision partagée), sinon une autre modalité peut suffire.
- Ne pas négliger le retour du PS : son feedback sur le scénario, le cadre et la qualité relationnelle est une donnée précieuse pour ajuster le déroulé et améliorer le dispositif.

### Pour aller plus loin

- Structurer des modèles de formation standardisés pour les PS (trame de rôle, check-lists, critères de calibration, règles « non négociables »).
- Développer un groupe stable et homogène de PS pour assurer continuité, fidélité et montée en compétences (fidélisation, planning, reconnaissance).

- Documenter et capitaliser : enregistrements vidéo ciblés + temps de revue (formateurs + PS) pour améliorer scénario, standardisation et qualité pédagogique.
- Élargir les usages à des modalités émergentes : téléconsultation<sup>4</sup>, annonce à distance, coordination interprofessionnelle, situations de vulnérabilité sociale.
- Suivre la satisfaction et le bien-être des PS : charge émotionnelle, conditions de travail, besoins de soutien, feedback sur le dispositif (amélioration continue).

### À retenir

- Le patient simulé est un levier pédagogique majeur pour travailler des compétences complexes, notamment relationnelles et communicationnelles, difficilement reproductibles avec un mannequin seul. Son efficacité repose sur une préparation rigoureuse, une standardisation adaptée aux objectifs et une utilisation intentionnelle au service de l'apprentissage.
- Son feedback « côté patient » est une contribution unique : il donne accès à l'expérience vécue (ressenti, clarté des explications, écoute, sécurité relationnelle), souvent invisible pour un observateur externe. Lorsqu'ils sont formés et calibrés, les patients simulés permettent des apprentissages authentiques, solides et transférables à la pratique.

### BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). Bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Guide]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/spa\\_181\\_guide\\_bonnes\\_pratiques\\_simulation\\_sante\\_cd\\_2024\\_03\\_28.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/spa_181_guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_cd_2024_03_28.pdf).
- Savoldelli G, Boet S. "Séance de simulation : du briefing au débriefing.". La simulation en santé De la théorie à la pratique. Paris: Springer; 2013. p. 313-28.
- Hughes, Patrick G., and Kate E. Hughes. "Briefing prior to simulation activity." (2019).

4. Male F, Naudin D. La téléconsultation en anesthésie-réanimation : vers de nouvelles compétences. *Oxymag* 2026; 39: 13–7.