

## Briefing des patients simulés en cinq étapes : effets perçus sur la préparation à la pratique simulée. Données d'un projet pilote

### *Five-step briefing of simulated patients: perceived effects on the preparation for simulated practice. Data from a pilot project*

Isabelle BURNIER<sup>1,\*</sup>, Salomon FOTSING<sup>2</sup>, Diane BOUCHARD-LAMOTHE<sup>2</sup>, et Selya AMRANI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Université d'Ottawa, Faculté de médecine, Département de médecine familiale, Institut du Savoir Montfort, Ottawa, Canada

<sup>2</sup> Université d'Ottawa, Faculté de médecine, Affaires francophones, Ottawa, Canada

<sup>3</sup> Université d'Ottawa, Faculté de médecine, Étudiante en médecine, Ottawa, Canada

Manuscrit reçu le 17 novembre 2019 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 5 avril et le 12 mai 2020 ; accepté pour publication le 14 mai 2020

**Résumé- Problématique :** La formation des patients simulés (PS) est nécessaire pour répondre aux critères d'authenticité de la simulation. Dans le cadre de cliniques simulées, nous avons mis en place un nouveau format de briefing des PS, créé à partir d'un modèle de formation issu des arts du théâtre, combiné au briefing habituel du monde de la simulation. **Objectif :** Décrire les effets perçus du briefing en cinq étapes sur la préparation des PS à la pratique simulée. **Méthodes :** Étude qualitative et descriptive. Dix-sept PS ont répondu à un questionnaire en ligne. L'analyse inductive des données a été effectuée par trois chercheurs. **Résultats :** Les PS perçoivent une meilleure compréhension du scénario, une amélioration de leurs habiletés d'interprétation et de mémorisation ainsi qu'un renforcement de leur sentiment d'appartenance. **Conclusion :** Le briefing en cinq étapes répond au besoin d'avoir une formation courte, ponctuelle, ciblée sur le cas et propice à un encadrement sûr des PS. Il est complémentaire des formations longues et thématiques, offertes périodiquement. Une évaluation des effets observables de ce briefing sur la performance réelle des PS devrait être envisagée.

**Mots clés :** patient simulé, briefing, formation, éducation médicale

**Abstract. Background:** Training simulated patients (SP) is a necessary measure in order to meet the authenticity requirements of a simulation. We have established a new briefing format for SPs, based on a theatre training model combined with the usual simulation briefing. **Objective:** This research aims to analyze the perceived effects of the five-step briefing process on the preparation of SPs for simulated practice. **Methods:** Qualitative and descriptive study. Seventeen SPs answered an online questionnaire. Inductive data analysis was conducted by three investigators. **Results:** SPs sense a better understanding of the scenario, improvement of their interpretation and memorizing skills, as well as a greater sense of belonging. **Conclusion:** The five-step briefing process answers the need to have a short, one-time, targeted training related to a specific case, and allowing to provide SPs with safe support. This process is complementary to long and themed trainings, offered periodically. An assessment of the observable effects of this briefing on the actual SPs' performances should be considered.

**Keywords:** simulated patient, briefing, training, medical education

### Contexte et problématique

Les professionnels de la santé et les médecins ont aujourd'hui besoin de compétences qui doivent être

enseignées en exposant l'étudiant à une réalité clinique. Faute d'avoir accès à des stages en milieux de soins, beaucoup de facultés ont recours à la simulation basée sur les patients simulés (PS). Dans un souci de clarification terminologique, nous choisissons d'appeler patient simulé (PS) une personne qui participe à une activité d'enseignement et d'apprentissage et nous réservons le terme de « patient standardisé » aux personnes qui interviennent

\*Correspondance et offprints : Isabelle BURNIER, 451, chemin Smyth - 2045 K1H 8M5 Ottawa (ON), Canada.  
Mailto : [iburnier@uottawa.ca](mailto:iburnier@uottawa.ca).

lors de l'évaluation certificative des étudiants [1]. Depuis les années 2000, de nombreuses publications sur la participation des PS à l'enseignement au cours des études médicales attestent le bien-fondé de cette méthode, même si les recherches ne montrent pas de différence significative concernant les résultats selon que l'on recoure, respectivement, à des PS ou à des étudiants dans le cadre de jeux de rôles [2,3]. Pour que cette activité soit une expérience réussie d'apprentissage pour l'étudiant, la séance doit être authentique, très proche de la réalité clinique. Spencer *et al.* [4] parlent d'authenticité lorsque les étudiants et les praticiens ne peuvent faire la distinction entre les PS et les patients réels qu'ils côtoient dans le cadre de leur apprentissage en milieu clinique. Dans ce contexte clinique, les étudiants s'efforcent d'être performants afin de ne pas nuire aux patients; dans le contexte de simulation, ce facteur de motivation est absent puisque les patients ne sont ni malades ni vulnérables. La motivation des étudiants doit donc être renforcée par des facteurs externes comme le réalisme de la simulation [5]. Ce qui est perçu par les apprenants comme réel ou fictif pendant la simulation est fortement influencé par la crédibilité et la cohérence du jeu de rôle 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 [4]. Le plus haut niveau de réalisme n'est cependant atteint qu'à condition que les PS soient correctement formés [6]. 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.

Les PS viennent de différents horizons, certains sont acteurs, professionnels ou amateurs, d'autres sont retraités de l'éducation ou du domaine de la santé. Bien qu'ils soient en général motivés par le désir d'aider les futurs médecins ou d'avoir une activité sociale et financière, tous ne sont pas préparés à leur rôle de PS [7]. Ce rôle consiste à jouer un personnage ayant une maladie, selon les données cliniques, psychologiques et sociales d'un scénario, dans le cadre d'une entrevue médicale ou d'un examen physique avec un étudiant. Le PS donnera ensuite à l'étudiant une rétroaction basée sur son ressenti. Il y a pourtant peu de consensus et d'homogénéité dans les diverses formations offertes aux PS alors que cela semble nécessaire pour pallier la diversité des intervenants [8,9]. Ces formations ont pour but de développer les habiletés nécessaires pour être un PS, tout en augmentant la confiance des participants à assumer leur rôle. Deux types de formations peuvent être offertes : celles qui visent le développement des habiletés nécessaires pour être un PS (le comment) et celles qui sont davantage ciblées sur le scénario à interpréter (le quoi). Les premières, que nous appelons « formations thématiques », se donnent sous forme d'atelier de deux ou trois heures et peuvent être offertes au cours d'une année universitaire pour initier les PS à l'interprétation d'un personnage en pratique simulée et à la rétroaction sur le ressenti. Les secondes, dites « formations ciblées », sont proposées à proximité de la pratique

simulée. Dans le cadre des examens cliniques objectifs structurés (ECOS), les patients standardisés reçoivent dans les semaines précédant l'ECOS une formation axée sur leur cas, qui peut aller jusqu'à dix d'heures d'entraînement pour standardiser leurs performances [10]. Par contre, en contexte d'apprentissage, nous avons moins de temps et de moyens consacrés à la formation des PS alors que cela est tout autant nécessaire pour que la simulation ne soit pas un simulacre [11].

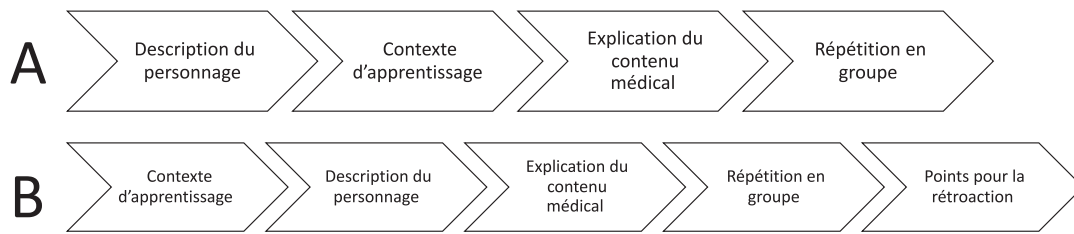
Dans notre faculté de médecine, environ 22 séances de cliniques simulées sont organisées cours de la première et de la deuxième année du pré-externat. Chaque clinique simulée réunit six PS, ce qui fait environ 132 rôles de PS à assurer par année. En pratique, les PS sont choisis en fonction de l'âge et du genre exigés par le scénario et de leur disponibilité. Ce ne sont donc pas toujours les mêmes PS qui participent aux activités de simulation. Pour tenter de leur offrir du soutien au moment de leur préparation, nous avons proposé, pendant une dizaine d'années, des rencontres de 15 minutes, avant chaque pratique simulée, afin de clarifier les éléments cliniques du scénario. Cette rencontre avait peu de valeur pédagogique pour les PS car elle était davantage centrée sur le contenu médical et moins sur le jeu de rôle. Elle ne créait pas un réel espace de confiance et de sécurité affective. Pourtant, Plaksin *et al.* [12] soulignent qu'intervenir dans un programme universitaire avec des étudiants en médecine et des médecins peut être intimidant pour des personnes extérieures à ce milieu. De plus, la contrainte temporelle des 15 minutes laissait peu de temps d'échange entre PS. La majeure partie du travail de préparation à la pratique simulée était individuelle, les PS devaient apprendre le scénario par leurs propres moyens avant de venir à la faculté, sans avoir l'occasion de le pratiquer avec leurs pairs.

Ainsi se posait le problème de former des PS qui interviennent de façon sporadique dans notre programme, souvent sans avoir reçu préalablement de formation thématique. Nous avons donc recherché des solutions qui, à moindre coût, permettraient d'encadrer ces PS pour rehausser leur sentiment de confiance et de sécurité. Dans le cadre d'une étude pilote, nous avons introduit en 2017 un nouveau format pour la rencontre pré-simulation avec les PS. Une formation courte, se rapprochant d'un briefing ciblé sur les PS, alliée à un modèle de formation inspiré des arts du théâtre, nous est apparue idéale pour créer un contexte formatif et sûr pour les PS [13]. Nous l'avons renommée « briefing en cinq étapes ». Ce projet pilote vise à vérifier les effets perçus par les PS au niveau de leur préparation avant une pratique simulée, un an après l'introduction de ce nouveau briefing.

## Cadre conceptuel

### Cliniques simulées

Dans le cadre du cours du développement des aptitudes cliniques (DAC) au pré-externat, les cliniques simulées sont un laboratoire d'apprentissage expérientiel. Cette pratique est basée sur des scénarios, sans faire intervenir



**Fig. 1.** (A) Les quatre phases du modèle de Nestel et Bearman [15]. (B) Notre modèle de briefing en cinq étapes pour la formation des patients simulés.

de mannequin ou de haute technologie. Pour chaque séance hebdomadaire, six PS, engagés et rémunérés, sont présents. Quinze jours avant la séance, les PS reçoivent un scénario qui décrit la condition biopsychosociale du personnage à jouer. Ils interpréteront ce rôle cinq fois de suite dans l'après-midi auprès de cinq étudiants différents. Les tâches à accomplir par les PS sont d'interpréter le personnage selon les consignes cliniques et psychosociales du scénario, d'improviser en fonction des réponses de l'étudiant, de s'exprimer de façon verbale et non verbale, et enfin de donner de la rétroaction sur le ressenti à l'étudiant à la fin du jeu de rôle. Pour se préparer à ces tâches, les PS doivent, avant la clinique simulée, mémoriser les données du scénario et créer le personnage. Ce format d'apprentissage ne respecte pas exactement les modalités d'une séance de simulation telles que décrites par Boet *et al.* [13] car le contexte n'est pas celui d'un laboratoire de simulation. Ces cliniques simulées ont lieu dans les salles de cours où se trouvent un lit d'examen et des trousseaux de matériel médical. Il s'agit plutôt d'une pratique simulée qui « comprend uniquement le temps pendant lequel l'apprenant réalise son entraînement pratique à l'aide d'une technique de simulation » ([13], p. 314). Nous ne faisons ni briefing ni pré-briefing avec les étudiants et les médecins tuteurs, puisque les séances sont répétitives et que ces deux catégories de participants ont reçu le scénario avec les objectifs d'apprentissage deux semaines auparavant.

### Briefing et simulation

Dans le passé, nous n'avons jamais parlé de briefing. Depuis le terme s'est imposé même si cela peut paraître insolite puisque dans les dispositifs habituels de simulation avec PS, on parle de « formations des PS », qui sont souvent faites à distance de la séance de simulation, comme décrit précédemment pour les ECOS. Dans le contexte de pratique simulée, nous choisissons d'utiliser le mot briefing des PS plutôt que formation. Selon la définition de Boet *et al.* [13], le briefing a pour objectifs de : 1) préparer les participants (révision et clarification du scénario) ; 2) créer un climat de confiance et de sécurité affective ; 3) rappeler la règle de confidentialité ; 4) prévoir les complications du débriefing. Il dure entre 10 à 30 minutes, est centré sur les objectifs d'apprentissage et le déroulement de la séance et a lieu juste avant la pratique. Animée par le médecin responsable des cliniques

simulées, la séance que nous proposons répond aux trois premiers objectifs cités et aux caractéristiques décrites précédemment. L'originalité du briefing des PS est qu'il est centré uniquement sur la tâche des PS alors que les autres participants (étudiants et médecins tuteurs) ne sont pas présents. Le terme « briefing des PS » apparaît de plus en plus dans la littérature du fait d'un développement accru des simulations avec PS. Reeves [14] décrit le briefing des PS comme une rencontre qui se fait immédiatement avant l'activité d'apprentissage et dont le but est une clarification de dernière minute. Ce terme nous semble tout à fait convenir à ce que nous faisons et permet de le différencier des termes de formation, d'entraînement (*training*) ou de coaching, que l'on retrouve souvent mentionnés dans le domaine de la simulation.

### Briefing en cinq étapes

S'inspirant des arts du théâtre, Nestel et Bearman [15] proposent un modèle en quatre étapes pour former les PS à l'interprétation d'un rôle. Il favorise le savoir expérientiel des PS en leur permettant de s'engager dans un apprentissage actif. Ils peuvent solutionner ensemble des défis liés à leurs tâches, dans un climat sécurisant et motivant. La répétition en groupe permet de s'inspirer des réponses des autres. Ce mode interactif entre les participants permet d'optimiser leur engagement en les plaçant au centre de la séance d'entraînement au jeu de rôle. Nous nous sommes fortement inspirés du contenu de cette formation pour la séance de briefing. Nous avons modifié l'ordre et ajouté une cinquième étape à propos de la rétroaction sur le ressenti que donnent les PS aux étudiants puisque dans le *acting method* de Nestel *et al.* il n'y a pas de notion de rétroaction (Fig. 1). Nous avons choisi de mettre la description du contexte d'apprentissage en premier afin que les PS connaissent le niveau de connaissances des étudiants et les objectifs visés. Vient ensuite la description du personnage avec ses sentiments et ses particularités psycho-sociales. Suivent en détail la partie clinique avec les signes et symptômes. Puis une répétition en groupe (appelé *rotating hot seat*) est proposée ; le responsable du briefing joue le rôle de l'étudiant et pose des questions à chacun des PS au hasard. Le briefing se termine en précisant les points ciblés pour la rétroaction. Les objectifs de chaque étape sont décrits dans le [tableau I](#).

**Tableau I.** Description des cinq étapes du briefing adapté du modèle de Nestel et Bearman [15].

Étapes	Objectifs de chaque étape
1. Contexte d'apprentissage	– Présenter le niveau d'étude des étudiants – Décrire les défis pour les étudiants
2. Description du personnage	– Décrire les caractéristiques psychosociales du personnage – Mettre en avant les émotions nécessaires
3. Explication du contenu médical	– Fournir des détails sur l'histoire médicale, les signes et symptômes – Valider et invalider les informations retenues par les PS
4. Répétition en groupe	– Simuler l'entrevue en faisant participer tous les PS – Pratiquer l'improvisation – Co-construire le jeu de rôle
5. Points pour la rétroaction	– Apporter des précisions sur les éléments essentiels de la rétroaction

PS : patient simulé.

## Confiance en soi

Intervenir dans un programme universitaire avec des étudiants en médecine et des médecins peut être intimidant pour des personnes extérieures à ce milieu [12]. Bokken *et al.* [16] ont noté que les PS présentaient des symptômes de stress liés à leur performance même s'ils étaient formés. Cependant, peu d'articles parlent de la confiance en soi des PS. La notion de la confiance en soi est, entre autre, associée au sentiment d'efficacité personnelle développé par Bandura [17]. Ce sentiment est défini comme « la perception qu'a la personne de ses capacités à mettre en œuvre les activités nécessaires à la réalisation d'une tâche donnée » ([18], p. 52). Ce système de croyances se construit à partir de quatre sources : les expériences personnelles antérieures, les expériences vicariantes par modelage, la persuasion verbale et les états émotionnels [18]. Le PS a besoin de se sentir capable de faire ce qu'on lui demande. Un PS qui a confiance en sa capacité de remplir son rôle a plus de chance d'être motivé et donc de se révéler performant dans sa tâche car il sera prêt à dépasser les difficultés. Lorsqu'ils participent au briefing, les PS sont eux-mêmes des apprenants qui ont besoin d'être dans un environnement d'apprentissage bienveillant. Pour renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle, il faut leur offrir des stratégies de formation qui les mettent en confiance, leur permettent de faire des erreurs tout en valorisant les attitudes collaboratives [19]. Le briefing tel que décrit précédemment nous semble répondre à ce besoin de renforcer la confiance en soi des PS.

## Objectif

Un an après la mise en place du briefing en cinq étapes, nous avons voulu décrire les effets perçus par les PS sur leur préparation à une pratique simulée. Pour ce projet pilote, notre question de recherche spécifique est : « les PS se sentent-ils mieux préparés aux pratiques simulées grâce à la mise en place du briefing en cinq étapes ? ». Nos objectifs de recherche sont de documenter : 1) les effets perçus du briefing sur les habiletés des PS à interpréter un personnage et 2) les effets perçus du briefing sur le sentiment de confiance en soi des PS dans leur rôle de PS.

## Méthodes

### Approche générale

Pour vérifier les effets perçus de ce briefing, nous avons choisi de réaliser une étude pilote, qualitative, exploratoire et descriptive dans un contexte de clinique simulée. Nous avons choisi une étude de cas qui se focalise sur la description et l'analyse de schémas de pratiques. En effet, l'étude de cas correspondait aux besoins de cette étude, car nous cherchions à rendre compte du caractère complexe d'un phénomène ou d'un système restreint, tel qu'un programme en contexte naturel [20].

### Population de l'étude et échantillonnage

Nous nous sommes intéressés aux PS qui participent aux activités d'apprentissage par simulation. Ceci exclut les patients standardisés qui interviennent dans les activités d'évaluation certificative. Nous avons fait un échantillonnage intentionnel de PS, recrutés *via* le fichier de PS de notre faculté qui compte 110 PS. Les PS devaient répondre aux critères d'inclusion suivant : 1) avoir plus de trois années d'expérience ; 2) avoir déjà participé aux séances antérieures de pré simulation en format de quinze minutes ; 3) avoir participé à au moins trois séances de cliniques simulées durant l'année 2017–2018 ; 4) avoir vécu des séances de briefing en cinq étapes. 40 PS répondant aux critères d'inclusion ont été invités par courriel à participer au projet de recherche.

### Collecte des données

La collecte des données a été effectuée entre le 4 septembre et le 15 octobre 2018. L'ensemble des participants ont reçu un questionnaire auto administré en ligne comportant 10 items développés et révisés par l'équipe de recherche. Quatre questions visaient à recueillir les informations sociodémographiques (âge, sexe, profession, nombres d'années d'expérience comme PS) et six questions correspondaient aux objectifs de recherche. Sur les six questions, il y avait cinq questions à réponse fixe (échelle de Likert et boîte de commentaire) et une question ouverte (Tab. II).

**Tableau II.** Questionnaire en ligne. Échelle de Likert de 1 à 5. Les questions (Q) 1 à 4 sont des questions sociodémographiques non incluses dans ce tableau.

Q5	Depuis l'instauration du briefing de 30 minutes, pourriez-vous nous indiquer votre niveau de satisfaction globale à venir participer aux séances de cliniques simulées ?	Réponses scalaires 1 pas du tout satisfait à 5 tout à fait satisfait Commentaires
Q6	Selon vous, quels sont les facteurs qui contribuent à votre niveau de satisfaction à venir participer aux séances de cliniques simulées ?	Question ouverte
Q7	Le briefing comprend 5 étapes. Quel niveau de soutien vous apporte chaque étape pour mémoriser le jeu de rôle ? (Description des 5 étapes).	Réponses scalaires 1 aucun à 5 suffisamment
Q8	Quel niveau de soutien vous apporte chaque étape pour jouer votre rôle du patient ? (Description des 5 étapes).	Réponses scalaires 1 aucun à 5 suffisamment
Q9	Depuis l'instauration du briefing de 30 minutes, qu'est-ce qui a changé pour vous à propos des sentiments suivants : le sentiment d'accomplissement, de sécurité, d'appartenance à une équipe, de soutien et la complicité, de communication verbale et non verbale, de communication avec le responsable du briefing.	Réponses scalaires 1 c'est moins bien 5 c'est beaucoup mieux Commentaires
Q10	Le nouveau format de briefing a eu un effet sur les habiletés suivantes : improvisation, être observé, bonifier le scénario, jouer mon rôle.	Réponses scalaires 1 pas du tout d'accord à 5 tout à fait d'accord Commentaires

## Analyse des données

Les données sociodémographiques ont été progressivement consignées dans un document Excel afin d'établir le portrait global de la population étudiée. Le contenu des réponses a été géré, codé et ensuite analysé manuellement selon une approche inductive par trois des chercheurs. Nous avons utilisé une technique de codage « thématique » [21].

## Résultats

Dix neuf PS ont accepté de participer, soit un taux de réponse de 47,5 %. Deux personnes n'ont pas terminé le questionnaire et ont été retirées de l'échantillon. Les 17 participants ont un âge moyen de 64, 3 ans  $\pm$  10 ans et 64 % sont des femmes. Le nombre moyen d'années d'expériences en tant que PS oscille entre 3, 6 ans et 13, 4 ans. L'analyse des données qualitatives a permis d'identifier des éléments pertinents qui représentent des indicateurs utiles pour apprécier les effets du briefing perçus par les PS. Quatre thématiques ont été identifiées : une meilleure compréhension du scénario, un renforcement des habiletés d'interprétation, un sentiment d'accomplissement et un sentiment d'appartenance.

### Une meilleure compréhension du scénario clinique

D'après les PS, le briefing en cinq étapes permettrait de mieux saisir les motivations du personnage à interpréter et faciliterait la mémorisation des éléments clés du scénario. Les détails apportés au script et la prise de note lors du briefing ont été perçus comme améliorant la performance et la satisfaction des PS. Les PS disent avoir plus de facilité

à corriger ou déceler les incohérences dans le scénario de la clinique simulée. Les PS estiment que le nouveau format apporte une direction au scénario, ainsi que davantage de cohérence.

*« On se sent plus à l'aise de poser des questions afin d'obtenir des précisions ... Dre B... en révisant le scénario avec nous tous, suggère souvent des exemples très utiles face au verbal et non verbal du rôle à jouer. Ses exemples et commentaires ajoutent ou confirment la manière dont j'envisageais de jouer mon rôle, c'est définitivement gratifiant et augmente ma hâte et mon plaisir d'entrer en action » (PS7)*

*« Le médecin responsable m'assure que j'ai bien compris le rôle, ou me corrige si ma perception est différente. » (PS17)*

### Le renforcement des habiletés d'interprétation

La moitié des PS (8/17) se sentent suffisamment soutenus par l'étape 1 qui précise le niveau d'étude des étudiants ; 14 PS sur 17 se sentent suffisamment soutenus dans leur jeu de rôle par l'étape 2 qui traite de la compréhension du personnage et par l'étape 3 qui insiste sur l'explication du cas clinique (Tab. III). Les PS rapportent que leurs habiletés d'interprétation du rôle ont été améliorées notamment par l'utilisation des registres verbal et non verbal lors de la pratique avec les étudiants.

*« Le briefing ... nous permet d'avoir des précisions sur certaines parties du rôle à jouer et nous permet d'être plus précis dans l'interprétation du rôle » (PS14)*

**Tableau III.** Répartition des réponses au regard des scores sur les échelles de Likert relativement au soutien perçu par les PS pour jouer le rôle de patient en fonction des étapes du briefing.  $n = 17$ .

Q8	Aucun	Un peu	Assez	Suffisamment	Je ne sais pas
Quel niveau de soutien vous apporte chaque étape pour jouer votre rôle de patient ?					
Connaître le niveau d'études des étudiants	1	4	4	8	0
Comprendre le personnage à jouer	0	0	3	14	0
Avoir une explication du cas clinique	0	0	3	14	0
Faire une répétition en groupe	0	1	3	13	0
Avoir des précisions sur la rétroaction	1	1	4	11	0

PS : patient simulé.

**Tableau IV.** Répartition des réponses au regard des scores sur les échelles de Likert relativement aux effets perçus sur les habiletés et les aptitudes des PS.  $n = 17$ .

Q10	Pas du tout d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
Quel est votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants : le nouveau format de briefing a eu un effet sur les qualités suivantes :					
Mon aptitude à l'improvisation avec le respect du scénario	0	0	8	8	1
Mon habileté à être observé par le médecin	1	1	9	4	1
Mon aptitude à bonifier les scénarios ou déceler les incohérences	1	0	5	10	1
Mon habileté à acter le jeu de rôle (à jouer mon rôle)	0	1	4	12	0

PS : patient simulé.

« *Le verbal et le non verbal solidifient l'interaction entre moi et l'étudiant* » (PS2)

Dans l'ensemble, leur habileté à l'improvisation est aussi améliorée (Tab. IV).

« *Je connais mieux les limites de l'improvisation dans le cas en particulier ; je suis plus à l'aise, mais je suis consciente que le médecin observe surtout l'étudiant ; en me préparant avant la rencontre, je note les questions que je pourrai poser au sujet du scénario lors du briefing ; je comprends mieux le personnage et les particularités du cas* » (PS3)

« *Tous détails qui me permettent d'élaborer et(ou) de confirmer les attentes envers la tâche qui m'est assignée ne peuvent être que positifs* » (PS8)

### Un sentiment d'accomplissement

D'une manière globale, 16 participants sur 17 se sont dit « tout à fait satisfaits » du nouveau format de briefing. Les PS décrivent les facteurs qui contribuent à cette satisfaction, avec les termes « précision, compréhension, préparation, table ronde, assurances, pratique » qui sont en lien avec les deux thèmes précédents.

« *Confirmer ma compréhension du rôle. Clarifier les questions que j'aurais à propos du rôle. Apprendre des nouvelles techniques pour jouer le cas. Discuter les problèmes antérieurs ou futures possibilités de*

*problèmes qui pourraient survenir. Obtenir la sécurité que je comprends parfaitement bien mes responsabilités envers l'étudiant vis-à-vis la rétroaction. Répéter en groupe.* » (PS 17)

Cette satisfaction ressentie par les PS manifeste une amélioration du sentiment d'accomplissement, qui est favorisé par la compréhension de ce qui est attendu, par la confiance dans leur jeu de rôle et la sensation d'être mieux outillé pour bien jouer son rôle.

« *C'est mieux parce que je pense avoir fait un meilleur travail.* » (PS2)

« *Nous sommes mieux équipés pour bien performer en tant que patient.* » (PS4)

« *Pratiquer le rôle avant de le faire avec les étudiants m'aide avec la confiance.* » (PS1)

« *Je suis plus confiante dans mon jeu de rôle en sachant que l'on va tous jouer de la même façon en général.* » (PS15)

« *Je me sens plus confiante dans ma compréhension du rôle à jouer grâce à la formation* » (PS17)

Par ailleurs, les PS rapportent aussi que le fait d'avoir plus de temps améliore leur préparation. Le briefing en cinq étapes dure actuellement 30 minutes alors que la préparation précédente durait 15 minutes.

« *Nous avons plus de temps pour éclaircir les points qui posent problème* » (PS6)

« *Le temps et pratiques changent et j'apprends les nouveautés* » (PS7)

**Tableau V.** Fréquence des scores Likert. Effets perçus sur les sentiments des PS.  $n = 17$ .

Q9	C'est moins bien	C'est pareil	C'est mieux	C'est beaucoup mieux	Je ne sais pas
Depuis l'instauration du briefing de 30 minutes, qu'est-ce qui a changé pour vous à propos des sentiments suivants					
Le sentiment d'accomplissement lors des cliniques simulées	0	2	8	7	0
Le sentiment de sécurité à jouer le rôle du personnage associé au scénario	0	1	6	9	1
Le sentiment d'appartenance à une équipe	0	3	6	8	0
Le sentiment de soutien et la complicité de la part de mon groupe de PS	0	2	7	6	2
La communication avec le médecin responsable ou les tuteurs de cliniques simulées	0	2	3	11	1
L'utilisation du verbal et du non verbal	0	2	5	10	0

PS: patient simulé.

### Un sentiment d'appartenance

Les PS indiquent qu'ils se sentent plus à l'aise grâce à la discussion avec les pairs, qui augmenterait le sentiment de sécurité au cours de leurs activités. Le sentiment d'appartenance à l'équipe serait renforcé par la naissance d'un sentiment de complicité entre les membres de leur groupe de PS (Tab. V).

« Être plus à l'aise à cause de l'expérience acquise et au fait que je connaisse davantage mes collègues patients et les médecins formateurs. » (PS3)

« Je rencontre des personnes d'expertise et nous échangeons sur nos pratiques. » (PS2)

« Plus d'échanges entre patients simulés, permettant de l'entraide. » (PS5)

« On apprend en voyant les autres. » (PS3)

« On se connaît mieux et on s'entraide. » (PS1)

« Ensemble on se supporte dans nos manières différentes d'apprendre les rôles. » (PS17)

### Discussion

Notre but était d'en savoir davantage sur les effets perçus par les PS de leur préparation à une pratique simulée. Les résultats montrent en général des effets positifs et peu d'impacts négatifs.

#### Compréhension et interprétation du rôle

Le modèle en quatre étapes de Nestel et Bearman [15], issu de l'*acting method*, est initialement destiné à la formation au jeu de rôle dans le domaine des arts. Ainsi, le renforcement des habiletés d'interprétation du scénario remarqué par les PS n'est pas très surprenant. Pour être capable d'interpréter un scénario de simulation, il faut comprendre le personnage et son histoire clinique qui sont développés dans les deuxième et troisième étapes du briefing. Ce sont les deux phases qui ont été reconnues par les PS comme les plus aidantes en termes d'interprétation

du rôle. Cependant, le format antérieur de 15 minutes présentait aussi la description psychologique du personnage et des symptômes cliniques. Il se peut donc que ce soit grâce à la répétition en groupe (quatrième étape du briefing) que les PS se sentent plus capables d'interpréter le personnage. Cette répétition se fait selon la méthode *rotating hot seat* durant laquelle le responsable du briefing interroge tour à tour les PS, donnant ainsi à chacun l'occasion de répondre. Ainsi, les PS peuvent observer les réponses des autres, co-construire le jeu de rôle et en percevoir les limites. Cependant, cette amélioration perçue par les PS sur leurs habiletés de jeu de rôle ne doit pas nous amener à conclure que le briefing est suffisant. Des techniques de formation au jeu de rôle et à la rétroaction devraient être proposées aux PS dans le cadre de formation thématique pour les aider à s'outiller encore mieux pour agir dans le milieu de la simulation [5].

La moitié seulement des PS perçoivent que la première phase, clarifiant qui sont les étudiants qu'ils vont rencontrer, influence leur habileté d'interprétation. Il faut donc insister dès le début du briefing sur les objectifs d'apprentissage de la séance, le niveau académique des étudiants et les connaissances qu'ils ont déjà acquises. En effet, le rôle du PS est de contribuer à la formation des futurs professionnels de la santé. En fonction du niveau d'études des étudiants, le PS est là pour faciliter l'apprentissage; de ce fait, il devrait s'ajuster au niveau des étudiants. Un PS qui donne toutes les réponses facilite trop alors que celui qui fait de la rétention d'information rend l'exercice plus difficile. Des précisions devraient donc être apportées lors de cette première phase afin que les PS comprennent mieux leur rôle de facilitateur de l'apprentissage.

#### Sentiment de confiance en soi, de sécurité et d'accomplissement

Nous avons choisi le terme de briefing parce que cette courte séance permet de créer un climat de confiance et de sécurité affective [14]. La satisfaction, qui est le résultat d'une performance, améliore le sentiment d'accomplissement

d'une tâche. Le sentiment de sécurité décrit par les PS témoigne qu'un certain niveau de confiance a été acquis grâce au briefing. Les PS estiment que le briefing en cinq étapes leur permet de faire au mieux ce pourquoi ils sont là. Galend et Vanlede [18] rapportent que la performance dans une tâche et le sentiment d'efficacité personnelle sont relativement liés. Selon ces auteurs, observer d'autres personnes agir de façon performante dans une tâche, peut jouer sur le sentiment d'efficacité personnelle par un processus d'identification et de comparaison à autrui. En étant l'élément le plus novateur par rapport au format de 15 minutes utilisé dans le passé, la quatrième étape du briefing permettrait des expériences vicariantes où chacun peut apprendre d'autrui et de ses pairs. Bien qu'elle soit une des sources du sentiment d'efficacité personnelle, la comparaison de ses propres performances avec celles des autres peut avoir un effet ambivalent et créer de la dévalorisation chez certains. Dans notre étude, le seul impact négatif relevé concerne l'exercice de répétition en groupe. Un seul participant sur les 17 l'a trouvé inutile et stressant. En sachant que le sentiment d'efficacité personnelle est dépendant des expériences passées, il est important d'offrir un espace de débriefing pour les PS qui auraient vécu une expérience négative durant le briefing ou la pratique simulée.

Ainsi, l'idée d'une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle pourrait être avancée mais mérite discernement. Il faut noter que la plupart des participants sont des PS depuis plusieurs années et que le sentiment d'efficacité personnelle a pu être bâti par les expériences personnelles antérieures. Une évaluation du sentiment d'efficacité personnelle, à l'aide d'une échelle d'évaluation validée, avant le briefing et après la pratique simulée permettrait de vérifier si l'amélioration est due au briefing (amélioration du sentiment après la pratique) ou si le sentiment de confiance en soi reste le même du fait d'une maîtrise de la tâche au fil du temps. Dans tous les cas, ce sentiment d'être capable de réaliser une tâche attendue est essentiel pour stimuler la persévérance et amener les PS dans un engagement plus grand que la simple motivation [22,23]. Cela pourrait les inciter à participer aux formations générales sur la rétroaction et le jeu de rôle.

### Communauté de patients simulés

Le sentiment d'appartenance à une équipe a été noté par plus de la moitié des PS qui reconnaissent la répétition en groupe comme un élément majeur de soutien par les pairs. L'augmentation du sentiment de confiance permet de générer un sentiment de satisfaction qui génère lui-même un désir de s'impliquer davantage dans une activité [22]. Étant donné que le stress d'être PS est plus fréquent chez les nouveaux participants, le sentiment d'appartenance permettrait de diminuer l'anxiété des novices, en augmentant le sentiment de sécurité perçu par les PS, même lors de la répétition en groupe [12]. Ainsi, en ayant davantage confiance en leur capacité d'exécuter ce qui est attendu au niveau de la pratique simulée, les PS seraient plus motivés à s'impliquer et à offrir de la formation entre pairs.

La formation par les pairs est reconnue comme un moyen non menaçant pour les PS lorsqu'elle est faite en petit groupe [9]. Ce format de préparation à la pratique simulée apparaît donc comme inclusif et sécurisant pour laisser les PS prendre leur place. Il répond donc bien à la définition du briefing.

### Limites

Cette étude est un projet pilote, donc fait à petite échelle dans le but de vérifier les effets d'un nouveau format d'encadrement formatif. La taille de l'échantillon est relativement petite et ne permet donc pas une généralisation des résultats. L'échantillon n'a pas été limité volontairement selon le principe de saturation des données mais par convenance. Le questionnaire a été construit par l'équipe de chercheurs et un PS, mais n'a pas été testé avant d'être envoyé aux participants. L'absence de questionnaire pilote peut nuire à la crédibilité de ce projet. Les aspects méthodologiques limitent la fiabilité de nos résultats et la possibilité de généralisation. Cependant, cela ne remet pas en cause la contribution de ce projet pilote, à apporter un éclairage sur les effets du briefing en cinq étapes sur la préparation des PS pour la pratique simulée en médecine.

### Conclusion

L'idée novatrice de ce projet pilote a été de combiner une formation issue d'un modèle venant des arts de la scène avec la notion de briefing habituellement réservée à tous les participants d'une simulation. Le briefing des PS en cinq étapes répond au besoin d'avoir des formations courtes, ponctuelles, ciblées sur le cas et propices à un apprentissage sécurisant pour les PS. Les résultats suggèrent que les PS perçoivent les effets bénéfiques du briefing en cinq étapes, tant au niveau de leurs habiletés que de leur confiance à assumer leur rôle. Malgré la faiblesse méthodologique de ce projet pilote, le briefing en cinq étapes répond avant tout au besoin d'avoir des formations brèves et réconfortantes pour le PS dans un contexte d'apprentissage. D'autres recherches pourraient permettre de mieux quantifier les effets de ce briefing par une observation directe des PS en situation, ce qui permettrait de définir les habiletés à améliorer et de proposer en conséquence des formations thématiques plus longues.

### Contributions

Isabelle Burnier était chercheuse principale. Elle a contribué à la conception du protocole de recherche, à la préparation des documents pour le comité d'éthique sur la recherche, à l'analyse des données et à la rédaction du manuscrit. Salomon Fotsing était co-chercheur. Il a contribué à la conception du protocole de recherche, à la préparation des documents pour le comité d'éthique sur la recherche, à l'analyse des données et à la révision du manuscrit. Diane Bouchard-Lamothe était co-chercheur.



Elle a contribué à l'élaboration du devis de recherche, à l'analyse des données et à la révision du manuscrit. Selya Amrani était assistante de recherche. Elle a contribué à la révision des documents pour le comité d'éthique sur la recherche et au recueil des données.

## Liens d'intérêts

Aucun des auteurs ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de l'article.

## Approbation éthique

Cette recherche a reçu une approbation éthique de la part du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa.

## Références

- Burnier I, Bouchard-Lamothe D, Khounai Z. Patient simulé et patient standardisé : peut-on en finir avec le terme SPs ? *Pédagogie Médicale* 2019;20:147-9.
- Bokken JJAL, Rethans PMJ-J, Scherpbier PMA, Van Der Vleuten PMC. Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: a review. *Simul Healthc* 2008;3:161-9.
- Cleland JA, Abe K, Rethans JJ. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach* 2009;31:477-86.
- Spencer J, Blackmore D, Heard S, McCrorie P, McHaffie D, Scherpbier A, *et al.* Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ* 2000;34:851-7.
- Sanko SJ, Shekhter RI, Kyle JR, Di Benedetto JS, Birnbach JD. Establishing a Convention for acting in healthcare simulation: merging art and science. *Simul Healthc* 2013;8:215-20.
- Dieckmann P, Manser T, Wehner T, Rall M. Reality and fiction cues in medical patient simulation: an interview study with anesthesiologists. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making* 2007;1:148-68.
- Shankar PR, Dwivedi NR. Standardized patient's views about their role in the teaching-learning process of undergraduate basic science medical students. *J Clin Diagn Res* 2016;10:JC01.
- Gough S, Green L, Nestel D, Hellaby M, MacKinnon R, Natali A, Roberts S, Tuttle N, Webster B. *Simulated patients: a standardised, quality assured approach to training and implementation*. Manchester: Health Education North West, 2015.
- Perera J, Abdullah J, Lee N. Training simulated patients: evaluation of a training approach using self-assessment and peer/tutor feedback to improve performance. *BMC Med Educ* 2009;9:37.
- May W. Training standardized patients for a high-stakes clinical performance examination in the California Consortium for the assessment of clinical competence. *Kaohsiung J Med Sci* 2008;24:640-5.
- Smith CM, Gephardt EG, Nestel D. Applying the theory of Stanislavski to simulation: stepping into role. *Clin Simul Nurs* 2015;11:361-7.
- Plaksin J, Nicholson J, Kundrod S, Zabar S, Kalet A, Altshuler L. The benefits and risks of being a standardized patient: a narrative review of the literature. *Patient* 2016;9:15-25.
- Boet S, Granry JC, Savoldelli G. *La simulation en santé : de la théorie à la pratique*. Paris : Springer, 2013.
- Reeves N, Waite M, Tuttle N, Bialocerkowski A. Simulated patient contributions to enhancing exercise physiology student clinical assessment skills. *Adv Simul* 2019;4:15.
- Nestel DF, Bearman ML. *Simulated patient methodology: theory, evidence and practice*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell, 2015.
- Bokken L, Van Dalen J, Rethans JJ. Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ* 2004;38:1089-94.
- Bandura A. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck, 2007.
- Galand B, Vanlede M. Abstract. *Savoirs* 2004;Hors série:91-116.
- Pelaccia T. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, 2016.
- Karsenti T, Savoie Zajc L. *La recherche en éducation : étapes et approches*. Saint-Laurent (QC): ERPI, 2011.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.
- Dory V, Foy T, Degryse J. *Pédagogie Médicale* 2019;10:41-53.
- Pelaccia T. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, 2018.

**Citation de l'article** : 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;20:177-185