

Les patients simulés sont-ils voués à devenir l'horizon indépassable de la formation des professionnels de la santé ?

Do simulated patients have to become the impassable horizon of health professions education?

Même si elle résulte en partie de contingences et de vicissitudes, inhérentes au processus d'évaluation éditoriale des projets d'articles qui sont soumis à la revue, la concomitance de la publication, dans ce présent numéro, de cinq contributions abordant la thématique des patients simulés ne doit pas manquer de nous questionner.

Deux d'entre elles rapportent le développement d'un programme de recrutement et de formation de patients simulés, l'un fort d'une expérience de 15 ans à l'Université de Lausanne en Suisse, l'autre plus récemment mis en place à l'Université de Caen en France [1,2]. Une autre contribution, s'appuyant, elle aussi, sur les acquis de 15 ans de pratique en clinique simulée à l'Université d'Ottawa au Canada, propose une démarche méthodique de scénarisation d'un dispositif de formation recourant à des patients simulés [3]. Pour sa part, un travail original multicentrique, impliquant des étudiants de six régions françaises, cherche à identifier les conditions d'acceptabilité de l'implantation à large échelle des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales en France. À cet effet, il examine notamment les perceptions des étudiants à l'égard de l'aléa que pourrait constituer une standardisation inconstante des patients simulés, d'une région à l'autre, pour l'équité de leurs chances respectives, au regard des enjeux d'une épreuve classante nationale [4]. Enfin, un article rapporte une étude visant à évaluer l'impact d'une formation aux gestes et soins d'urgence sur les stratégies d'ajustement mises en œuvre par des étudiantes en soins infirmiers, en recourant pour ce faire à un dispositif impliquant des patients simulés [5].

À n'en pas douter, cette conjonction illustre la place désormais incontournable qu'a prise le patient simulé, au sens générique du terme, en tant que ressource didactique et pédagogique, au sein des dispositifs curriculaires et pédagogiques en santé. C'est en tout cas une opportunité à saisir pour examiner de façon critique, en faisant une analyse de leurs promesses mais aussi de certaines conjectures, quelques-uns des arguments ou des facteurs qui contribuent à en faire une forme de nouveau standard des programmes de formation des professionnels de la santé.

Une généalogie nord-américaine

On sait que le recours à une personne en bonne santé, formée pour simuler, de façon plus ou moins standardisée, les symptômes et les signes d'un patient atteint d'une forme clinique définie d'une maladie, revient à Howard Barrows, en 1963, alors qu'il enseignait la neurologie à des étudiants de troisième année d'études médicales à l'Université de Californie du Sud (*University of Southern California*) à Los Angeles [6,7]. Il en rendra compte un an plus tard dans un article princeps [8], co-signé avec Stephen Abrahamson, figure marquante du mouvement « moderne » de l'éducation médicale, alors émergeant, qui était à l'époque directeur de la division de recherche en éducation médicale dans cette université. Neurologue formé aux États-Unis, Barrows rejoindra à partir de 1970, et jusqu'en 1981, la faculté de médecine novatrice tout récemment créée au sein de l'Université Mc Master (*Mc Master University*), à Hamilton en Ontario, où il sera associé au développement des principes et du format de l'apprentissage par problèmes. Il rejoindra ensuite la faculté de médecine de l'Université de l'Illinois du Sud (*Southern Illinois University*), où il terminera sa carrière en 1999 comme titulaire de la chaire d'éducation médicale, après en avoir été vice-doyen aux études.

Sur le plan anecdotique, l'histoire de l'éducation médicale retiendra que Barrows recruta une comédienne, Rose Mc Williams, pour incarner de façon parfaitement reproductible, après y avoir été entraînée, le personnage fictif de Patty Dugger, construit à partir de l'histoire de l'une de ses patientes atteinte de sclérose en plaques, en étant capable de simuler, par exemple, une paraplégie, un signe de Babinski bilatéral, une perte sensorielle dissociée et une baisse unilatérale de l'acuité visuelle, mais aussi de se présenter en montrant des signes d'anxiété, que manifestait fréquemment la vraie patiente.

Une légitimation académique au regard de plusieurs intentions

La démarche initiale de Barrows était purement expérientielle et empirique. Pendant longtemps, il s'est contenté de justifier le recours aux patients simulés sur la

base des seuls arguments que « ça marchait », que les étudiants adoraient cette technique et qu'il « apprenait des choses sur ces étudiants qu'[il] n'aurait jamais découvertes autrement » [9]. L'adossement à un cadre conceptuel et méthodologique plus explicitement formulé s'est construit ultérieurement, à la faveur de l'essor de cette approche en Amérique du Nord, pour l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation des habiletés cliniques. De ce point de vue, il est intéressant d'examiner l'évolution même de la terminologie employée pour la désigner, qui permet de situer les finalités et les usages respectivement et successivement identifiés pour légitimer le recours aux patients simulés. Ces usages sont à analyser au regard d'intentions qui peuvent être mises en lien avec trois catégories d'arguments, dont s'est emparé plus tard le vaste courant de la simulation, au-delà des patients simulés.

Les patients simulés comme ressource didactique

La dénomination *princeps* faisait ainsi référence aux « patients programmés » [8,9]. Il s'agissait notamment d'apporter des solutions aux diverses contraintes et contingences, qui rendaient plus difficile et plus aléatoire la disponibilité de plusieurs catégories de malades pour des fins pédagogiques. La spécialisation (soins secondaires) ou *a fortiori* l'hyperspécialisation (soins tertiaires) des services cliniques affiliés aux facultés de médecine, ainsi que le virage ambulatoire des soins, conséquence d'enjeux financiers, managériaux et sociétaux que doivent affronter les hôpitaux, ont transféré une part importante de l'activité intra-hospitalière vers les secteurs d'hospitalisation de jour ou des consultations externes. De ce fait, la probabilité est en effet désormais élevée que les étudiants, qui sont encore majoritairement affectés dans les services d'hospitalisation continue, soient de moins en moins exposés à toute une variété de problèmes de santé, pourtant fréquents en contexte de soins primaires et pour lesquels il est essentiel qu'ils soient formés. Ainsi, la nécessité de traiter d'un point de vue didactique et pédagogique toutes les situations de soins rares, devenues peu accessibles, coûteuses ou encore complexes à exploiter pour l'enseignement et l'apprentissage – comme peuvent l'être, concernant ce dernier point, les situations d'urgence [5] –, a conduit à proposer le recours à des patients simulés, formés pour jouer le répertoire des rôles concernés, capables d'être sollicités à tout moment et en tout lieu, comme l'une des solutions judicieuses à mettre en place.

Les patients simulés comme condition de l'éthique de la formation médicale

Dans un deuxième temps, la locution « patients simulés » s'est substituée à celle de « patients programmés ». Il s'agissait d'aller au-delà de l'idée « que les patients simulés seraient surtout utiles lorsqu'il n'y a pas de vrai patient disponible au sein des milieux de formation » [9]. Barrows mettait en avant la préoccupation de protéger les patients de toute forme de

maltraitance, de comportement inapproprié ou tout simplement de la lassitude et de la fatigue pouvant résulter des nécessités de la réitération de l'examen, qui serait causée par leur implication dans une situation de formation [9]. Cet argument sera repris plus tard au travers d'une énonciation performative en forme de slogan – « jamais la première fois sur le patient » –, visant à « sécuriser » les expériences d'enseignement et d'apprentissage, à la fois pour les patients et pour les étudiants [10].

Les patients simulés comme valeur ajoutée pour les activités d'évaluation

Deux fonctions, parmi celles qui sont dévolues à l'évaluation des apprentissages, sont particulièrement concernées à cet égard.

Une facilitation de l'évaluation à finalité formative

Le recours à un patient simulé permet de mettre à profit, avec de réelles commodités liées à la possibilité de s'affranchir de certaines contraintes inhérentes à la pratique clinique authentique, la puissance de la rétroaction (*feedback*), pour favoriser les apprentissages à partir de l'action, en exploitant notamment l'étape du débriefing. Celle-ci, qui succède à la séquence du jeu de rôle, est considérée comme la phase la plus cruciale d'une séquence de simulation [11], en lien avec les conceptions de l'apprentissage expérientiel. La mise en situation peut ainsi être répétée autant de fois que nécessaire, en faisant éventuellement varier à chaque fois certaines conditions (gravité du problème, détérioration plus ou moins rapide de la condition clinique, contraintes additionnelles de diverses natures, etc.), pour constituer autant d'occasions de recontextualisation, dans des contextes similaires mais néanmoins différents, au sein d'une même famille de situations-problèmes, dans le but de favoriser le transfert des apprentissages [12]. En complément de la rétroaction *a posteriori*, Barrows insistait également sur la possibilité pour le superviseur de recourir à des périodes de temps mort (*time out*), à l'instar de ce qui est pratiqué dans certains sports lorsqu'à la demande de l'un des entraîneurs, l'arbitre suspend provisoirement le jeu [9]. De manière à favoriser la pratique réflexive, telle que l'a modélisée Schön [13], et notamment le processus de réflexion sur l'action pendant l'action (*reflection in action*), il est alors possible de questionner l'étudiant sur son agir en le faisant verbaliser à voix haute, par exemple, quant à la compréhension qu'il a, à ce moment précis, du problème, des actions qu'il est en train de mettre en œuvre ou des évolutions de la situation qu'il anticipe, etc.

Une optimisation de la rigueur de l'évaluation à finalité certificative

La locution « patient standardisé » a finalement constitué le dernier avatar terminologique pour désigner les personnes sollicitées pour jouer un rôle de patient dans le cadre d'un dispositif de formation. Barrows indiquait

qu'à titre personnel, il utilisait cette dénomination comme terme générique visant à nommer, indistinctement, toute personne capable de jouer un tel rôle, qu'il s'agisse d'une personne saine formée pour ce faire ou d'un patient réel jouant son propre rôle, pour autant que l'un et l'autre soient en mesure d'incarner le rôle avec fidélité et constance, ce qui implique de fait une standardisation du rôle, à tel point qu'un étudiant ne devrait pas être en mesure de distinguer si l'acteur est un vrai patient ou un patient simulé [8]. Mais il indiquait aussi que la locution avait été forgée par Geoff Norman, épidémiologiste et statisticien de formation, acteur influent de la recherche en éducation médicale développée à l'Université Mc Master. Ce dernier cherchait à mieux rendre compte de la nécessité que tous les étudiants soient confrontés exactement au même patient, ou en tout cas avec le moins de variations possible. En lien avec les exigences de la perspective docimologique en évaluation, il s'agissait de satisfaire les conditions psychométriques de la validité et surtout de la fidélité des décisions d'évaluation prises dans une approche sommative, à finalité certificative et/ou normative. C'est de fait le plus souvent au regard d'une telle intention que la locution « patient standardisé » est maintenant employée, distinctement de celle de « patient simulé », lorsque l'on souhaite dissiper les ambiguïtés introduites par l'usage indifférencié de l'acronyme abrégé SP (*simulated/standardized patient*), souvent employé en Amérique du Nord [14]. Par souci de clarification, dans le milieu l'éducation médicale francophone, on s'accorde ainsi généralement à utiliser, respectivement, le terme de patient simulé dans le cadre des pratiques d'évaluation formative et celui de patient standardisé dans le cadre des pratiques d'évaluation certificative, par exemple lorsque l'on recourt à des (ECOS) [1,14].

Des arguments à examiner dans une perspective dialectique

Les différentes catégories de raisons évoquées précédemment ont, assurément, une réelle pertinence et une forte légitimité à être convoquées lorsqu'il s'agit de justifier le recours aux patients simulés pour la formation des professionnels de la santé. C'est donc à juste titre que les contributions de ce numéro y font référence [1–5]. Il convient cependant d'examiner la portée de ces arguments dans une perspective dialectique, dès lors notamment que les divers avantages et mérites identifiés ne sont nullement l'apanage des patients simulés.

Une réhabilitation bienvenue du caractère crucial de la rétroaction

La place essentielle du débriefing après l'exposition d'un étudiant à un patient simulé a été rappelée, au regard de la rétroaction que cette étape permet d'offrir. Ce principe, commun à tous les dispositifs de simulation, que ces derniers recourent à des patients simulés, des mannequins de plus ou moins haute technologie, des

dispositifs hybrides, à l'immersion clinique en centre de simulation ou *in situ*, ou encore à d'autres interfaces, est tenu comme l'un des éléments clés d'une bonne pratique en simulation [10,11,15], au point que son énoncé comme principe fondateur, sous la forme d'une injonction – « pas de simulation sans débriefing ! » –, pourrait parfois laisser penser que la rétroaction pédagogique ne serait possible que dans le cadre d'un dispositif de simulation.

Alors, ne boudons pas notre plaisir ! Et tant mieux s'il a fallu qu'advienne l'essor de la simulation pour redécouvrir l'importance cruciale de la rétroaction en contexte clinique, tout particulièrement pendant les stages de l'externat en médecine ou des stages homologues d'autres filières, au cours desquels force est d'admettre que sa pratique est parfois déficitaire. Plusieurs analyses ont ainsi dénoncé qu'en dépit des conditions pédagogiques *a priori* très favorables qu'offrent l'externat ou les autres stages, au regard notamment de l'authenticité des situations d'enseignement et d'apprentissage [16], l'encadrement des étudiants y est parfois sous optimal et qu'il faille déplorer, par exemple, la rareté des évaluations formatives effectuées à partir de l'observation directe des étudiants et, corollairement, la piètre qualité des rétroactions qui sont fournies [17].

C'est donc l'occasion de rappeler que la supervision clinique, tout comme le recours au modèle de rôle, est reconnue depuis de nombreuses années comme étant l'une des stratégies les plus puissantes pour favoriser les apprentissages en contexte de stage [18], précisément parce qu'elle permet de procurer une rétroaction, en lien avec les principes directeurs de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisés authentiques [19,20]. Certes, la fourniture d'une telle supervision est parfois compliquée par des contraintes bien réelles, comme la surcharge de travail fréquente des cliniciens, le nombre important d'étudiants à superviser ou encore le caractère imprévisible du recrutement des patients dans les services hospitaliers. Il serait pourtant paradoxal que les commodités que procurent les patients « programmés/simulés » contribuent à fournir une forme d'alibi, plus ou moins conscient, pour « externaliser » la rétroaction, en quelque sorte, dans les centres de simulation, en conduisant à négliger la rencontre avec les vrais patients comme expérience pédagogique à privilégier pour donner une rétroaction et une supervision formative en stage [21]. Pour le dire autrement, il serait pour le moins insolite qu'arguant de la difficulté intrinsèque de la double tâche qui incombe aux enseignants-cliniciens, notamment lorsqu'ils n'y ont pas été explicitement formés [22,23], qui les conduit souvent à privilégier la dimension clinique de la supervision, centrée sur la guidance de la résolution du problème clinique, au détriment de la dimension pédagogique, centrée sur l'orientation des apprentissages de l'étudiant, on en vienne à consentir plus ou moins explicitement de les exonérer de la seconde, par défaut, au motif que les étudiants pourraient désormais s'entraîner et recevoir plus facilement une rétroaction autour de patients simulés.

Il faut en outre se convaincre que, quand bien même des habiletés procédurales ou communicationnelles auront-elles pu être rodées de façon itérative auprès de patients simulés, il y aura bien toujours, le moment venu, « une première fois sur le patient », irréductible aux situations de simulation antérieures, et que ce moment-là ne devrait pas faire l'économie d'une supervision clinique attentive, experte et bienveillante, condition nécessaire d'une éthique de la formation qui ne se paye pas seulement de mots [23].

La contingence de la standardisation comme exigence de la rigueur en évaluation

La nécessité d'une standardisation des tâches exploitées à des fins évaluatives est régulièrement mise en exergue, notamment lorsqu'il s'agit de garantir – ou en tout cas de viser – une « objectivation objective » des apprentissages effectués et des capacités construites, à partir des performances observées, notamment lors des procédures évaluatives certificatives. Cet argument, parfois instrumentalisé à des fins contentieuses et judiciaires, est en l'occurrence régulièrement repris dans le contexte de la réforme du deuxième cycle des études médicales, en cours d'implantation en France, qui introduit des ECOS à la fois dans les épreuves facultaires organisées durant la phase clinique du cursus et, à l'échelon national, dans le dispositif qui organise l'affectation des étudiants dans les différentes filières de formation spécialisées, à l'aide d'un algorithme d'appariement qui génère plusieurs classements.

Pourtant, depuis une trentaine d'années, plusieurs auteurs, notamment dans le sillage de van der Vleuten à l'Université de Maastricht, ont argumenté les écueils que comportait l'obsession de l'objectivité [24,25]. Ils ont surtout montré la non-nécessité de la standardisation des dispositifs d'évaluation, y compris dans le cadre de l'évaluation certificative [26,27]. Il faut avoir à l'esprit que les différents principes dans lesquels s'ancrent les démarches évaluatives – tels que la transparence, la rigueur, la cohérence, l'égalité ou l'équité – peuvent fréquemment se révéler en tension, voire en contradiction, les uns par rapport aux autres, et que des choix éclairés et judicieux sont dès lors à faire et à argumenter [28]. Ainsi, les exigences de standardisation sont en réalité celles qu'impliquait la perspective docimologique classique (métrologique, psychométrique) de l'évaluation, qui considère que les informations qui documentent les apprentissages et les performances doivent obligatoirement relever d'une mesure, et que ce sont les qualités intrinsèques et attestées des instruments utilisés (validité, fidélité) qui garantissent la rigueur de la démarche.

D'autres perspectives ou courants, de nature plus qualitative et compréhensive, existent cependant, tel que celui de l'évaluation authentique [29]. Les conceptions contemporaines concernant la manière de satisfaire la validité et la fidélité des épreuves évaluatives ont par ailleurs évolué très significativement, en cherchant à s'émanciper des nécessités strictement instrumentales liés

aux tests et en s'efforçant d'intégrer la perspective que l'évaluation était à la fois une pratique éducatrice et une pratique sociale. En s'appuyant sur quatre catégories d'inférences effectuées à partir de traces d'activités qui peuvent être de multiple nature, dans le cadre d'une démarche relevant d'un processus et non d'une simple somme de procédures, le modèle de Kane réhabilite ainsi le jugement interprétatif par rapport à la seule mesure, comme source valide de décisions justes (au double sens de la justesse et de la justice). En éducation médicale, le courant de l'évaluation dite programmatique [26,27] peut être tenu comme une opérationnalisation contextualisée du modèle de Kane, en accord avec les conceptions les plus ouvertes concernant l'évaluation et l'attestation des compétences, qui considèrent que l'on devrait radicalement privilégier des approches intégratives, contextualisée et longitudinales, exploitant des informations à la fois qualitatives et quantitatives, recueillies à des moments et dans des contextes appropriés, et interprétées au regard de triangulations itératives [30–33].

Concernant le contexte de la réforme du deuxième cycle en France, qui fait l'objet du travail de Zumstein et de ses collègues [4], ce n'est donc pas tant, intrinsèquement, la finalité certificative du dispositif d'évaluation qui contraint à chercher à satisfaire les exigences métrologiques grâce à la standardisation, en recourant aux ECOS et donc à des patients simulés qui soient les plus standardisés possible, mais bien le choix de lier les affectations des étudiants dans les différentes filières de formation spécialisée (post-graduée) aux résultats d'une procédure qui repose dans une proportion significative sur des classements nationaux des étudiants, effectués au regard de leurs performances (évaluation normative).

Un paradigme qui n'est pas neutre

Parce qu'elle implique de reconstruire une réalité à des fins d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, l'approche qui recourt aux patients simulés/standardisés constitue, au sein du champ de l'éducation médicale, un authentique paradigme, au sens où ce terme est utilisé en philosophie des sciences [34]. Ses promoteurs et ceux qui la mettent en œuvre doivent en effet apporter des réponses à certaines questions concernant la nature de la réalité à reproduire (dimension ontologique), le type d'interactions à établir avec cette réalité simulée (dimension épistémologique) et les méthodes à déployer lors des différentes activités auxquelles on affecte les patients simulés (dimension méthodologique). Par les différents choix concernés qu'il implique, le recours à la simulation et à la standardisation des patients pour l'enseignement et l'apprentissage de la médecine, ainsi que pour la certification des médecins ou des autres professionnels de la santé, même s'il n'est pas exclusif, conditionne ainsi les représentations que les étudiants vont se construire, par exemple, autour des notions de santé, de problème de santé, de personne en bonne santé ou malade, de moyens à mettre en œuvre pour entrer en relation avec un patient et en prendre soin.

Dans une tribune récente adossée à un travail de recherche préalable, lui-même consacré à l'analyse critique du développement et de l'usage des ECOS au regard de la théorie de l'activité, Reid *et al.* [35] accèdent à l'idée qu'au-delà des ECOS, le recours aux patients simulés et standardisés constitue bien un mouvement d'ensemble – en d'autres termes, un paradigme – en éducation des professionnels de la santé et pas seulement un outil technique pour l'évaluation. Ils soulignent en quoi le choix de la simulation et de la standardisation des patients conduit les étudiants à se former dans une forme de métavers, profondément différent de la réalité qu'il leur faudra affronter. Ils mettent dès lors sérieusement en garde contre les risques possibles d'une telle orientation : promotion de comportements stéréotypés, détournement des étudiants de la rencontre avec les vrais patients dans des environnements cliniques authentiques, tellement ces patients qui, décidément, « ne disent pas les mêmes choses que les patients simulés » [35], compliquent leur préparation aux examens. Pour candide qu'elle puisse paraître, cette parole d'étudiants que les auteurs placent en exergue de leur article, tellement elle leur paraît significative, est, de fait, profondément révélatrice. Il est en l'occurrence particulièrement intéressant de la confronter au témoignage d'André Turcat, pilote qui effectua le premier vol d'essai de l'avion de ligne supersonique franco-anglais Concorde. À sa descente d'avion, il indiqua : « vous voyez que la machine vole et je peux ajouter qu'elle vole bien. Ce premier essai, nous l'avons répété de nombreuses fois sur un simulateur », suggérant en quelque sorte sa satisfaction que l'avion se soit comporté exactement comme le simulateur lors de ce vol, qui constituait la première épreuve de sa « certification ». C'est l'occasion de mentionner tout le bénéfice que peut naturellement retirer le développement de la simulation en santé de l'expérience accumulée en aéronautique mais de souligner, simultanément, les limites qu'il y aurait à simplement en transposer le modèle, sans réflexion approfondie quant aux orientations et adaptations à prendre en compte, au regard de la nature éminemment spécifique de l'action médicale.

Reid et ses collègues [35] rappellent aussi la proximité et la convergence du paradigme de la standardisation avec le courant de la nouvelle gestion publique (*new public management*), lui-même fortement ancré dans le néolibéralisme, dont le projet vise à introduire les principes du marché et du secteur privé dans les services publics, afin d'en limiter les coûts et de mieux en contrôler les acteurs et leurs pratiques professionnelles, par exemple au travers de références opposables [36,37]. Dans une telle perspective, il faut ainsi prendre la mesure du glissement normatif qui pourrait résulter, comme conséquence directe de cet alignement sur le paradigme de la standardisation, de la promotion d'une pratique compétente de la médecine comprise comme une conformité à un répertoire de prestations de service protocolisées, de « conduites à tenir » univoques. En gommant du même coup, au nom d'une rationalité managériale réductionniste, les dimensions d'incertitude et de complexité inhérentes aux

problèmes de santé, une telle orientation comporterait le risque d'une remise en cause subreptice de la nature foncièrement éthique de l'action médicale.

En forme de conclusion

Il importe assurément de ne pas se méprendre sur les intentions de cet éditorial. Il ne s'agissait pas de dresser un inventaire, étayé par une revue méthodique et systématique, des avantages et des limites des différents dispositifs pédagogiques ou d'évaluation que permet de mettre en œuvre le recours aux patients simulés. De nombreuses ressources spécifiques sont disponibles à cette fin [38–40]. La réflexion critique proposée ne visait évidemment pas non plus à prescrire une remise en cause radicale du recours aux patients simulés/standardisés pour la formation des professionnels de la santé. Leur développement, en tant que ressources didactiques et pédagogiques, a participé de façon féconde – et continue de le faire – à l'introduction des méthodes pédagogiques actives en éducation médicale, à la promotion d'un élargissement du champ de l'enseignement et de l'apprentissage en santé aux habiletés cliniques (opératives, communicationnelles, émotionnelles) et à la diffusion de dispositifs d'évaluation plus rigoureux. À ce titre, ces ressources conservent toute leur légitimité et les retours d'expériences rapportés dans ce numéro [1–3] sont fort précieux.

Mettre en question n'équivaut pas à affirmer. Les questions qui traversent cet éditorial ne visaient ainsi nullement à contraindre les réponses qu'il conviendrait d'y apporter. En revanche, il s'agit bien d'examiner ce que révèle le courant des patients simulés/standardisés, en tant que symptôme, de l'évolution des conceptions concernant ce que soigner veut dire et ce que former aux soins signifie, dans une vision contemporaine du contrôle, de la maîtrise, du déni de l'aléa, du refus du risque et de l'effacement progressif du sujet, entendu comme être vulnérable. Il s'agit donc résolument d'indiquer que les différentes réponses à apporter devraient être élaborées à partir d'une mise en tension contextualisée de plusieurs préoccupations, dans une perspective dialogique. En ce sens, le défi est d'articuler les différentes attentions concernées, sans pour autant exiger que la dualité se perde, notamment lorsqu'elles concernent des démarches d'évaluation à forts enjeux (pour n'en citer que quelques-unes : objectivité *vs.* subjectivité, objectivation *vs.* subjectivation, mesure *vs.* jugement, uniformité *vs.* singularité, règle *vs.* exception, quantité *vs.* qualité, procédure *vs.* processus, algorithme *vs.* heuristique, général *vs.* particulier, rigueur *vs.* approximation, exactitude *vs.* imprécision, norme *vs.* valeur, nécessité *vs.* contingence, etc.). Il s'agit donc de susciter une réflexion en lien avec la perspective de la théorie critique qui considère que les tensions sont de puissants leviers transformationnels, en permettant de débusquer les arrière-mondes [34,35] et, *in fine*, d'inviter à examiner systématiquement ce qui, en lien avec un contexte culturel, socio-politique et économique déterminé, où se jouent des conflits de valeurs de toutes sortes,

conduit des institutions de formation de professionnels de la santé et/ou leurs tutelles à faire le choix de recourir aux patients simulés. En l'occurrence, ce choix ne devrait pas résulter d'une injonction instrumentale, au seul service de la performance et qui n'interroge plus la finalité des activités qu'elle permet, notamment si les prémisses n'en sont pas explicitées, mais bien d'un choix raisonné, au regard de principes éducationnels et d'exigences démocratiques.

La diffusion à une large échelle du courant des patients simulés devrait donc bien être examinée d'abord à l'aune d'arguments épistémologiques avant de l'être à celle d'arguments méthodologiques. En la matière, il ne serait sans doute pas raisonnable de s'abriter sans réserve derrière l'argument dit « du couteau », classiquement mobilisé en philosophie des techniques [41], selon lequel les techniques, en tant que telles, seraient neutres, c'est-à-dire ni bonnes ni mauvaises, et que seul compterait l'usage que l'on en fait (puisqu'un couteau peut, tout autant, servir à beurrer une tartine ou à tuer une personne). À cet égard, Pierre Steiner, philosophe des sciences et des techniques, reprend à son compte l'idée que « comme le remarquait le philosophe [et pédagogue] John Dewey, avant d'être un objet, la technique est une manière de faire l'expérience du monde [... et qu']il n'est jamais neutre qu'une technique soit conçue et développée: [en dépend] une certaine représentation de ce que devrait être le commerce, la santé, le soin, l'enseignement, la communication [...] » [41]. Comme cela a été développé, les patients simulés, par les conditions de possibilité spécifiques qu'ils installent en tant que technique pédagogique, préemptent les usages qui en sont faits et surdéterminent les effets de ces derniers. En tant que paradigme, soyons en sûrs, ils contribuent ainsi à façonner les représentations en anthropologie de la santé que se construisent les étudiants. Or, le monde des patients simulés, dont on ne peut exclure qu'il soit un jour fabriqué par les ressources de l'intelligence artificielle générative, est incommensurable au monde professionnel réel des professionnels de la santé, tout simplement parce qu'il est un artéfact, reconstruit, simulé, et donc d'une autre nature, *a fortiori* lorsqu'il est de manière standardisée [42].

À tout le moins, cela vaut la peine que l'on se questionne de façon approfondie à propos de tels enjeux !

Remerciements

L'auteur remercie Grégory Aiguier, Bernard Charlin, Anne Demeester, Nicolas Fernandez, Morgan Jaffrelot, Mathieu Nendaz, Etienne Panchout et Thierry Pelaccia pour leurs commentaires avisés, formulés lors de la rédaction de cet éditorial.

Jean JOUQUAN* 
Rédacteur en chef

*Mailto : jean.jouquan@univ-brest.fr

Références

1. Viret F, Christen A, Boegli J, Félix S. Développement d'un programme de patients simulés : partage de quinze ans d'expérience à l'Université de Lausanne. *Pédagogie Médicale* 2023;2. <https://doi.org/10.1051/pmed/2023003>.
2. Bellot A, Albert C, Ristovski M, Dolley P, Guillois B. Création d'un groupe de patients simulés bénévoles : un atout pour la formation et l'évaluation à l'heure de la réforme du deuxième cycle des études médicales en France. *Pédagogie Médicale* 2023;2. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022042>.
3. Burnier I, Launay F, Duveau M, Gosset M. Formalisation de la scénarisation d'un dispositif de formation avec patients simulés : la méthode SIMPS (Sujets/Instructions au candidat/Mesures/Patient/Support technique). *Pédagogie Médicale* 2023;2. <https://doi.org/10.1051/pmed/2023002>.
4. Zumstein C, Philippon A-L, Lorenzo M. Comment assurer l'équité d'une évaluation classante par les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) ? Enquête d'opinion auprès des externes sur les conditions d'acceptabilité de la réforme du deuxième cycle des études médicales en France. *Pédagogie Médicale* 2023. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022038>.
5. Soares C, Tuzin N, Delacour C. COP'INF : influence de la formation aux gestes et soins d'urgence sur les stratégies d'ajustement mises en place par les étudiantes en soins infirmiers face à une situation d'urgence simulée. *Pédagogie Médicale* 2023;2. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022040>.
6. Wallace P. Following the threads of an innovation: The history of standardized patients in medical education. *Caduceus* 1997;13:5-28.
7. Rangachari PK, Howard S. Barrows: An appreciation. *Teach Learn Med* 2011;23:313-5.
8. Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ* 1964;39:802-5.
9. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med* 1993;68:443-51.
10. Granry JC, Moll M-C. Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé, 2012 [On-line]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012>.
11. Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Recherche et formation* 2016;82:17-30.
12. Rivière E, Jaffrelot M, Jouquan J, Chiniara G. Debriefing for the transfer of learning: the importance of context. *Acad Med* 2019;94:796-803.
13. Schön D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel (Trad. J. Heyneman et D. Gagnon). Montréal : Éditions Logiques, 1994 (édition originale en anglais américain : 1983).
14. Burnier I, Bouchard-Lamothe D, Khouani Z. Patient simulé et patient standardisé : peut-on en finir avec le terme SPs ? *Pédagogie Médicale* 2019;20:147-9.
15. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. *Med Educ* 2010;44:50-63.
16. Jouquan J. Pour ne pas en rester aux déclarations d'intention concernant le compagnonnage pendant l'externat. *Pédagogie Médicale* 2007;8:5-6.

17. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale* 2007;8:7-23.
18. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
19. Bédard D, Frenay M, Turgeon J, Paquay L. Les fondements de dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : les perspectives de « l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques ». *Res Académica* 2000;18:21-47.
20. Vanpee D, Frenay M, Godin V, Bédard D. Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale* 2009;10:253-66.
21. Galland J, Jaffrelot M, Sanges S, Fournier JP, Jouquan J, Chiniara G, Rivière É. Initiation au débriefing pour les internistes : état des connaissances et mise en pratique pour transformer des situations cliniques réelles ou simulées en moments d'apprentissage. *Rev Med Interne* 2020;41:536-44.
22. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011;12:7-16.
23. Jouquan J, Parent F, Audétat M-C. Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue française de linguistique appliquée* 2013;18:93-106.
24. Van der Vleuten CP, Norman GR, De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: Issues of reliability. *Med Educ* 1991;25:110-8.
25. Norman GR, Van der Vleuten CP, De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: Issues of validity, efficiency and acceptability. *Med Educ* 1991;25:119-26.
26. Van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: From methods to programmes. *Med Educ* 2005;39:309-17.
27. Heeneman S, de Jong LH, Dawson LJ, Wilkinson TJ, Ryan A, Tait GR, *et al.* Ottawa 2020 consensus statement for programmatic assessment – 1. Agreement on the principles. *Med Teach* 2021;43:1139-48.
28. Fontaine S, Loye N. L'évaluation des apprentissages : une démarche rigoureuse. *Pédagogie Médicale* 2017;18:189-98.
29. Wiggins G. 27 characteristics of authentic assessment. *TeachThought*, 2020 [On-line]. Disponible sur : <https://www.teachthought.com/pedagogy/27-characteristics-of-authentic-assessment/>.
30. Pennaforte T, Loye N. Une approche pragmatique de validation en éducation médicale : l'application du modèle de Kane à un outil d'évaluation du raisonnement clinique. In : Dionne E, Raïche I (sous la direction de). *Mesure et évaluation des compétences en éducation médicale : regards actuels et prospectifs*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2017:143-76.
31. Tardif J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal (QC) : Chenelière Education, 2006.
32. Schuwirth L, Ash J. Assessing tomorrow's learners: In competency-based education only a radically different holistic method of assessment will work. Six things we could forget. *Med Teach* 2013;35:555-9.
33. Parent F, Jouquan J. Organiser la cohérence de la transposition pédagogique au regard de l'ingénierie pédagogique (dispositifs pédagogiques et dispositifs d'évaluation). In : Parent F, Jouquan J. *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2015:245-66.
34. Guba EG. *The paradigm dialog*. Newbury Park (CA) : Sage Publications, 1990.
35. Reid H, Gormley GJ, Dornan T, Johnston JL. Harnessing insights from an activity system – OSCEs past and present expanding future assessments. *Med Teach* 2021;43:44-9.
36. de Visscher C, Varonel F. La nouvelle gestion publique « en action ». *Revue internationale de politique comparée* 2004;11:177-85.
37. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique* 2012;1:53-75.
38. Cleland J, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No. 42. *Med Teach* 2009;31:4777-86.
39. Nestel D, Layat Burn C, Pritchard SA, Glastonbury R, Tabak D. The use of simulated patients in medical education: Guide supplement 42.1 – Viewpoint. *Med Teach* 2011;33:1027-29.
40. Kaplonyi J, Bowles K-A, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, *et al.* Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: A systematic review. *Med Educ* 2017;51:1209-19.
41. Steiner P. Des couteaux et des machines – À propos de l'IA. Paris : AOC, 2023, [On-line]. Disponible sur : <https://aoc.media/opinion/2023/03/16/des-couteaux-et-des-machines-a-propos-de-lia/>.
42. Perrella A. Fool me once: The illusion of empathy in interactions with standardized patients. *Med Teach* 2016;38:1285-7.