

Introduction à la traduction en français

Les standards de bonnes pratiques (SBP) de l'Association of Standardized Patient Educators (ASPE), publiés dans *Advances in Simulation* en 2017, représentent une étape importante dans le développement de la méthodologie SP et la professionnalisation des pratiques de ceux qui travaillent avec les PS. Conçus pour être utilisés en conjonction avec d'autres standards de simulation, tels que ceux développés par INACSL, les SBP d'ASPE se concentrent sur l'offre des principes et des pratiques qui aident à assurer la sécurité et l'efficacité liées au travail de tous les acteurs humains impliqués dans la simulation. Bien que les SBP soient mis en œuvre dans de nombreux pays anglophones, il peut y avoir une barrière liée à la mise en pratique des SBP d'ASPE dans les pays où l'anglais n'est pas la langue première. La mission d'ASPE étant globale, le Comité international d'ASPE a lancé la traduction de ses standards dans d'autres langues afin de garantir que les praticiens de la simulation du monde entier puissent bénéficier de l'utilisation de ces standards. Cette version française est maintenant disponible sur le site.web d'ASPE :

<https://www.aspeducators.org/standards-of-best-practice>.

INNOVATION

Accès libre

Standards de bonnes pratiques (SBP) de l'association des formateurs de patients standardisés (ASPE)

Auteurs en anglais : Karen L. Lewis^{*1}, Carrie A. Bohnert², Wendy L. Gammon³, Henrike Hölzer⁴, Lorraine Lyman⁵, Cathy Smith⁶, Tonya M. Thompson⁷, Amelia Wallace⁵, Gayle Gliva-McConvey⁵

Dans cet article, nous définissons les standards de bonnes pratiques (SBP) de l'Association des formateurs de patients standardisés ((ASPE)) pour celles et ceux qui travaillent avec les personnes qui jouent des rôles en interaction avec les apprenants dans un large spectre de contextes d'apprentissage expérientiel et d'évaluation. Les personnes jouant des rôles sont décrites de manière diverse par des termes comme patients simulés/standardisés ou participants simulés (PS ou Pss). ASPE est une association mondiale dont la mission est de partager les avancées concernant la pédagogie, l'évaluation, la recherche et l'érudition utilisant les PS, ainsi que de soutenir le développement professionnel de ses membres. Les SBP visent à être utilisés conjointement avec les standards de bonnes pratiquesSM de l'Association des soins infirmiers pour la simulation clinique et l'apprentissage *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL), qui traite de pratiques plus larges de simulation. Nous commençons par fournir un argumentaire pour la création des SBP d'ASPE, notant qu'avec l'augmentation de l'utilisation de la simulation dans la formation en santé, c'est le devoir d'ASPE d'établir des SBP qui assurent le développement, l'intégrité et l'application sécurisée des efforts éducationnels utilisant les PS. Nous décrivons ensuite le processus s'étalant sur trois ans et demi pendant lesquels ces standards ont été développés par un consensus d'experts internationaux dans le domaine. Les termes-clés utilisés tout au long du document sont définis. Cinq valeurs sous-jacentes façonnent les SBP : la sécurité, la qualité, le professionnalisme, la fiabilité et la collaboration.

Enfin, nous décrivons cinq domaines de bonnes pratiques : l'environnement de travail sécurisé, le développement de cas, la formation des PS à l'interprétation des rôles, au feed-back et à l'utilisation d'instruments d'évaluation, la gestion de programme ; et le développement professionnel.

Chaque domaine est divisé en principes accompagnés de pratiques-clés qui fournissent des lignes de conduite claires et pratiques pour atteindre les résultats attendus et créer des simulations qui sont sécurisées pour tous les intervenants. Ne pas suivre les SBP d'ASPE pourrait compromettre à la fois la sécurité des participants et l'efficacité d'une session de simulation. Un grand soin a été apporté à rédiger les lignes de conduite de manière assez précises, mais aussi flexibles pour qu'elles répondent à la diversité des contextes de pratique avec PS. En tant que document vivant, ces SBP seront révisées et modifiées périodiquement sous la direction du Comité de standards de pratique d'ASPE tandis que la méthodologie PS se développe et s'adapte à l'évolution des pratiques de simulation.

Mots-clés : patient en simulation, formation en simulation, standards, patient simulé, patient standardisé, méthodologie de patient simulé, méthodologie de patient standardisé, création de cas, feedback ou feed-back, formation.

Introduction

La simulation humaine est une méthodologie reconnue qui implique des personnes formées à jouer un rôle, et qui interagissent avec des apprenants dans un large champ, allant de l'apprentissage expérientiel à l'évaluation dans divers contextes. Aux premières heures de cette pratique, les personnes formées au jeu de rôle incarnaient des patients et étaient communément appelées des patients standardisés ou simulés (PS). Plus récemment, les PS ont pu étendre leur champ de pratique à une plus large gamme de rôles (par ex., clients, membres de la

famille, professionnels de la santé). Il est de plus en plus reconnu que la méthodologie PS peut être appliquée au travail de tout individu incarnant un être humain dans toute modalité de simulation (par ex., compères, apprenants jouant un rôle différent du leur, techniciens pilotant un mannequin). En même temps, il peut y avoir des distinctions dans la nature, le cadre et la fonction de ceux qui incarnent ces rôles. Par exemple, les compères sont décrits comme des professionnels de santé qui sont « implantés » dans un scénario pour le guider, alors que les PS agissent comme des mandataires pour les personnes qu'ils représentent et n'ont souvent pas de formation dans le domaine de la santé (1-2).

Version translated by (version traduite par): Layat Burn, C., PhD¹, Berthiaume, D., Ph²D & Bellot, A., MD³.

L'association des formateurs de patients standardisés (ASPE) est une organisation mondiale dédiée à la simulation humaine (3). La mission d'ASPE vise à partager les avancées concernant les PS dans les domaines de la pédagogie, de l'évaluation, de la recherche et de l'érudition. Elle soutient également le développement professionnel de ceux qui s'engagent dans la simulation humaine. Ainsi, ASPE se doit d'énoncer les valeurs sous-jacentes et d'établir les standards de bonnes pratiques (SBP) qui assurent la croissance et l'intégrité des initiatives en lien avec les PS.

Les SBP d'ASPE fournissent des lignes directrices claires et pratiques pour les formateurs travaillant avec des PS. Ces lignes directrices se veulent précises mais aussi flexibles pour répondre à la diversité des contextes de pratiques des PS. La pratique de la simulation au sens plus large est traitée dans les standards de bonnes pratiquesSM de l'Association internationale des soins infirmiers pour la simulation clinique et l'apprentissage (INACSL) (4-11). Les SBP d'ASPE ont pour but d'être conjointement utilisés avec les standards d'INACSL. Ne pas suivre les SBP d'ASPE pourrait compromettre à la fois la sécurité des participants et l'efficacité d'une session de simulation.

Processus de développement des SBP

ASPE a déterminé ses SBP sur la base d'un consensus entre de nombreux formateurs experts dans le champ de la méthodologie PS. Les experts ont été identifiés comme des personnes ayant grandement contribué à la pratique et au développement de la méthodologie PS, dont les origines remontent à 1964. Ce consensus est fondé sur des preuves et sur la pratique, tirées de diverses sources et méthodes. Il reflète les perspectives de nombreux champs de pratique et de cultures diverses. Au-delà de la citation de références spécifiques, une liste de références essentielles ayant contribué à l'élaboration de celui-ci est également fourni dans cet article (fichier joint 1: liste des principaux ouvrages).

Le développement des standards a commencé lors d'une rencontre (en décembre 2013) réunissant un groupe d'experts nord-américains dans le domaine de la méthodologie PS, sélectionnés par Gayle Gliva-McConvey alors présidente d'ASPE et Wendy Gammon responsable du comité des standards de pratique (SDP) (Tableau 1). A la base de ce document, on retrouve plusieurs champs identifiés au moyen d'une méthode Delphi modifiée (12). Une version préliminaire de ce premier tour a été présentée en janvier 2014 à la réunion du comité directeur d'ASPE. Le deuxième tour visait à élargir le champ pour inclure des experts d'ASPE provenant d'autres pays que d'Amérique du Nord dans le but de revoir les domaines et leurs principes (Tableau 2). Le troisième tour a impliqué un consensus final séparé afin d'unifier ce document par une équipe d'experts scientifiques (en juin 2016) issus du comité directeur d'ASPE (Tableau 3). Ces experts ont réalisé les révisions finales (dont la

modification du titre de la version préliminaire de standards de pratiques à standards de bonnes pratiques) et ils ont préparé ce manuscrit.

Termes en rapport avec la méthodologie PS

Pour la rédaction de ce document, nous allons expliciter certains termes clés en lien avec la méthodologie PS. Les définitions de ces termes sont alignées avec celles du dictionnaire de SSH (*Society for Simulation in Healthcare*) « Healthcare Simulation Dictionary » (13) et avec celles des standards de bonnes pratiques de simulation d'INACSL « INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary » (11) et, dans certains cas, reflète des nuances additionnelles émergeant de nos pratiques.

Les termes de *patient standardisé* et de *patient simulé* (PS) sont souvent utilisés de manière interchangeable et se réfèrent à une personne formée à jouer le rôle d'un patient de façon réaliste et reproductible. Les PS interagissent avec des apprenants dans des contextes d'apprentissage expérientiel et d'évaluation. Les *apprenants*, selon le contexte, sont décrits de façon variable comme des étudiants, des stagiaires, des participants, des personnes évaluées ou des candidats. Les PS peuvent également fournir un feed-back au sujet la performance des étudiants du point de vue de la personne dont ils jouent le rôle. Ceci donne au travail avec les PS quelque chose d'unique. Comme mentionné précédemment, la formation reposant sur les PS s'est développée en volume et en domaines d'actions pour inclure de nombreux rôles de différente nature. De ce fait, le terme de *participant simulé* est utilisé comme un terme plus inclusif pour faire référence à tous les rôles pouvant être joué dans l'ensemble des contextes de simulation. Dans ce document, le terme de PS se réfère à toutes ces nuances.

Le contexte dans lequel les PS travaillent, déterminent le degré de reproductibilité ou de standardisation (constance et justesse) de leur comportement, que ce soit pour la performance d'un même individu dans le temps et entre des PS jouant le même rôle. Ce comportement peut être considéré comme faisant partie d'un continuum. D'un côté du continuum, dans des situations d'évaluation à enjeux élevés, les PS sont formés à se comporter de façon hautement reproductible ou standardisée, de sorte qu'il y ait une équité de traitement entre les apprenants et sont souvent de ce fait nommés patients standardisés. Dans ce contexte, il est important de noter que les PS sont des individus dont le comportement a été standardisé. Dans des contextes de formation où la standardisation ne joue pas forcément un rôle important dans la conception de la formation, des PS soigneusement formés peuvent répondre avec plus d'authenticité et de flexibilité en s'adaptant aux besoins individuels des apprenants ; on parle alors de patients simulés.

Tableau 1, Comité de travail, Décembre 2013

Carrie Bohnert	Etats-Unis	Responsable du comité « contenu pédagogique » d'ASPE, 2013-2015
Gail Furman	Etats-Unis	Conseil national des évaluateurs médicaux et membre fondateur d'ASPE

Correspondance: kllewis@gwu.edu

¹ Clinical Learning and Simulation Skills Center, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA

Liste complète des données concernant les auteurs disponible à la fin de l'article.

Wendy Gammon	Etats-Unis	Responsable du comité « standards de pratiques » d'ASPE, 2013-2014
Gayle Gliva-McConvey	Etats-Unis	Président d'ASPE, 2012-2013
Nancy McNaughton	Canada	Responsable du comité « bourses et recherche » d'ASPE, 2014-2015
Cate Nicholas	Etats-Unis	Responsable du comité « bourses et recherche » d'ASPE, 2012-2013
Tamara Owens	Etats-Unis	Présidente d'ASPE, 2008-2009
Sydney Smee	Canada	Conseil médical du Canada
Diana Tabak	Canada	Responsable du groupe d'intérêt « simulation hybride » d'ASPE

Table 2, Relecteurs, Janvier 2014-2015

Connie Coralli	Etats-Unis	Responsable du comité « ressources pédagogiques » d'ASPE, 2013-2015
Melih Elcin	Turquie	Membre de liaison d'ASPE, 2014-2015
Valerie Fulmer	Etats-Unis	Responsable du comité « publications » d'ASPE, 2014-2015
Carine Layat Burn	Suisse	Responsable du comité international d'ASPE, 2014-2015

Le terme d'*acteur* est quelques fois employé pour parler d'un PS. S'il est vrai que PS et acteurs jouent tous deux des rôles et que l'art de la scène et ses théories peuvent contribuer au travail du PS, le cadre dans lequel PS et acteur interviennent est néanmoins très différent. En général, les acteurs répondent au script d'une pièce et/ou au metteur en scène et jouent pour divertir le public. En simulation en santé, des acteurs peuvent être engagés pour jouer dans le cadre d'une activité pédagogique ; cependant, en tant que PS, leur activité se différencie de celle des acteurs. Ils font partie d'une équipe pédagogique, visant à remplir les objectifs pédagogiques d'une activité de simulation au service des apprenants.

Table 3, Groupe de travail final, 2016-2017

Carrie Bohnert	Etats-Unis	Vice-Présidente des opérations d'ASPE, 2016-2017
Henrike Hölzer	Allemagne	Responsable du comité international d'ASPE, 2016-2017
Karen Lewis	Etats-Unis	Responsable du comité « standards de pratiques » d'ASPE, 2017-2018
Lorraine Lyman	Etats-Unis	Responsable du comité « standards de pratiques » d'ASPE, 2014-2016
Cathy Smith	Canada	Responsable du comité « conférence » d'ASPE, 2013-2016
Tonya Thompson	Etats-Unis	Responsable du comité « bourses et recherche » d'ASPE, 2016-2017
Amelia Wallace	Etats-Unis	Responsable du comité « contenu pédagogique » d'ASPE, 2016-2017

Nous utilisons le terme de *client* pour parler des personnes ou groupes qui sont engagés dans un programme PS pour des activités variées. Le terme de formateurs de PS se réfère à ceux qui travaillent à développer l'expertise dans la méthodologie PS et sont chargés de la formation et/ou de la gestion de simulation impliquant des PS. Certains peuvent être des formateurs exclusivement dédiés au travail avec les PS, et d'autres peuvent être des enseignants ou des professionnels de santé travaillant avec les PS dans le cadre de leur mission clinique ou d'enseignement.

Discussion

Les Standards de Bonnes Pratiques (SBP) sont organisés en cinq domaines : l'environnement de travail sécurisé ; le développement de cas ; la formation des PS à l'interprétation des rôles, au feed-back et à l'utilisation d'instruments d'évaluation ; la gestion de programme ; le développement professionnel. Chaque domaine est divisé en principes, accompagnés de pratiques-clés. Les pratiques sont numérotées pour faciliter le référencement. Toutes les pratiques ne sont pas applicables à chaque situation, et l'ordre dans lequel les pratiques émergent, peut varier.

Il existe cinq valeurs sous-jacentes aux domaines ; ces valeurs soutiennent les pratiques pédagogiques en lien avec les PS : la sécurité, la qualité, le professionnalisme, la redevabilité et la collaboration (fig. 1). La sécurité est la pierre angulaire de la pratique de la simulation. De ce fait, elle est la valeur centrale, car la sécurité est la principale motivation du recours à la simulation. En conséquence, la simulation doit être conduite d'une façon sécurisée qui minimise le risque pour tous les intervenants, peu importe l'activité. La qualité renvoie au fait d'assurer et poursuivre l'amélioration en continu. Nous établissons et suivons des standards d'excellence en éducation,

formation et recherche. Le professionnalisme assure notre appartenance à une communauté de professionnels et nous agissons ainsi en accord avec l'éthique commune, les valeurs et les standards. La fiabilité nous engage à servir les besoins de nos intervenants et à informer le public de nos pratiques. La collaboration requiert le partage des bonnes pratiques avec les collègues aux niveaux local et international. Cela est essentiel à l'essor et au développement de la pratique basée sur les PS.

Quand bien même les domaines et les valeurs sont présentés dans des sections séparées, nous admettons qu'ils ne sont pas exclusifs les uns par rapport aux autres. Il y a des aspects de toutes les valeurs dans chacun des domaines, et il y a des pratiques superposées au sein de chaque domaine pour faciliter

l'organisation pour le lecteur et pour réitérer l'importance de la pratique (fig. 1).

Ce document fondateur offre à la fois une aide pratique et par moments, une aspiration vers laquelle tendre. Les futures itérations de ces standards incluront des domaines plus avancés et plus spécialisés, dont des PS entraînant d'autres PS, facilitant des sessions avec des apprenants et agissant comme des assistants d'enseignement (par ex. en gynécologie, en urologie masculine et pour d'autres examens physiques). Ceci est un document vivant qui sera revu et modifié périodiquement sous la direction du comité des Standards de Pratiques d'ASPE, alors que la méthodologie PS se développe et s'adapte à l'évolution des pratiques de la simulation.



Figure 1 : Domaines et valeurs sous-jacentes des SBP d'ASPE

Traduction de la figure ci-dessus

Source	Français
Underlying Values	Valeurs sous-jacentes
Safety	Sécurité
Quality	Qualité
Professionalism	Professionnalisme
Accountability	Redevabilité
Collaboration	Collaboration
Domain 1: Safe Work Environment	Domaine 1 : Environnement de travail sécurisé
Domain2: Case Development	Domaine 2 : Développement de cas
Domain3: Training SPs	Domaine 3 : Formation des PS
Domain4: Program Management	Domaine 4 : Gestion de programme
Domain5: Professional Development	Domaine 5 : Développement professionnel

Domaine 1 : environnement de travail sécurisé

Il incombe aux formateurs en simulation d'assurer que tous les intervenants – qu'ils soient PS, apprenants, enseignants, patients ou membres du personnel du programme – aient un environnement d'apprentissage sécurisé sur le plan psychologique et physique (voir les Standards d'INACSL : intégrité professionnelle [8]). Pour la communauté des formateurs de PS, il y a trois principes distincts en lien avec la création d'un environnement de travail sécurisé : les pratiques de travail sécurisées, la confidentialité, et le respect.

Principe	Pratique
----------	----------

1.1 Pratiques de travail sécurisées	<p>1.1.1 Assurer des conditions de travail sécurisées dans la conception de l'activité (par ex. nombre de rotations, nombre de pauses, défis physiques, cognitifs et psychologiques dans l'interprétation des rôles)</p> <p>1.1.2 Anticiper et reconnaître les potentiels dangers professionnels potentiels, en incluant les menaces pour la sécurité des PS dans l'environnement (par ex. substances allergènes, exposition aux objets tranchants, qualité de l'air, défibrillateurs réels).</p> <p>1.1.3 Sélectionner les PS de manière à s'assurer qu'ils sont adéquats pour le rôle (par ex. absence de conflit d'intérêt, sécurité psychologique et physique non compromise)</p> <p>1.1.4 Autoriser les PS à s'exclure de toute activité s'ils estiment qu'il n'est pas adéquat pour eux de participer.</p> <p>1.1.5 Informer les PS pour qu'ils soient au fait des recommandations et du cadre précis de la session de simulation</p> <p>1.1.6 Fournir aux PS des stratégies permettant de réduire les effets indésirables potentiels liés à l'interprétation du rôle et de prévenir des préjudices physiques ou de la fatigue</p> <p>1.1.7 Informer les PS et les clients des critères et procédures permettant</p>
-------------------------------------	--

	<p>de mettre fin à une simulation s'ils l'estiment dangereuse.</p> <p>1.1.8 Prévoir un moment et créer un processus pour dé-rôler et/ou débriefer</p> <p>1.1.9 Assurer la surveillance des effets indésirables liés à la participation à une activité simulée et répondre aux besoins PS en ayant fait l'expérience.</p> <p>1.1.10 Prévoir un dispositif permettant aux PS et aux clients permettant de déclarer des effets indésirables liés à la participation à une activité simulée (par ex. documentation et étapes permettant de résoudre la situation).</p> <p>1.1.11 Soutenir les PS qui agissent en accord avec les attentes définies du programme dans le cas où une plainte serait formulée à leur endroit.</p> <p>1.1.12 Gérer les attentes des clients à propos des capacités et limites d'un PS.</p> <p>1.1.13 Travailler avec les clients pour définir clairement le cadre attendu de l'investissement des PS dans les sessions de travail auxquelles ils participent.</p>
1.2 Confidentialité	<p>1.2.1 Comprendre les principes de confidentialité spécifiques s'appliquant à tous les aspects de chaque session de simulation</p> <p>1.2.2 S'assurer que les PS comprennent et respectent les principes de confidentialité liés à des sessions de simulation spécifiques.</p> <p>1.2.3 Protéger la nature privée des informations personnelles de tous les intervenants, incluant les informations pouvant être révélées lors des sessions de simulation.</p>
1.3 Respect	<p>1.3.1 Respecter les limites identifiées par les PS eux-mêmes (par ex. la pudeur, les limites de contact physique, l'impact sur une personne).</p> <p>1.3.2 Fournir aux PS une information adéquate pour qu'ils puissent faire un choix éclairé quant au fait de s'engager dans une activité du programme PS.</p> <p>1.3.3 S'assurer que les PS comprennent comment (le cas</p>

	<p>échéant) ils sont indemnisés avant d'accepter un travail (par ex. paiement des sessions de formation et du temps passé auprès des apprenants, frais de transport, coupon repas, cartes cadeaux).</p>
--	---

Domaine 2 : développement de cas

Alors que les objectifs curriculaires ou ceux du programme guident les activités d'enseignement et d'évaluation, la conception et le développement de matériel requis pour pouvoir contribuer à ces activités sont des éléments cruciaux du rôle du formateur de PS. Dans le cadre de cet article, le matériel inclut tous les documents descriptifs de cas, tout document annexe (par ex., les diagrammes, les photos, la documentation visant la formation du patient, les grilles d'évaluation, les instruments d'évaluation, les ressources pédagogiques (par ex., les références, les vidéos) et les protocoles de formation nécessaires au PS pour le préparer à une activité de formation ou d'évaluation. Il est important de reconnaître que les cas PS ont des composants multiples qui reflètent les différents utilisateurs d'un cas, comme les formateurs PS, les PS, les apprenants, les évaluateurs et le personnel administratif. Le développement de ce matériel est optimisé quand un processus collaboratif d'élaboration se fait en étapes, utilisant un ensemble de guides de bonnes pratiques pour concevoir les simulations (voir les Standards d'INACSL : Simulation Design (9)) tout comme les guides clés du contexte professionnel (par ex., médecine, droit). Du fait de l'importance donnée au matériel d'un cas PS, l'expertise dans le développement de matériel pédagogique et d'évaluation est crucial pour les formateurs PS. Ce sont deux principes qui guident le développement de cas pour une activité avec PS : la préparation et les éléments constitutifs du cas.

Principe	Pratique
2.1 Préparation	2.1.1 S'assurer que les cas sont ajustés à des objectifs d'apprentissage mesurables (Voir les Standards d'INACSL: Résultats et Objectifs).
	2.1.2 Identifier et impliquer des spécialistes de la matière pour soutenir la création du matériel utilisé dans le cas PS.
	2.1.3 S'assurer que les cas sont fondés sur des problèmes authentiques et qu'ils respectent les individus représentés dans un cas pour éviter les biais ou de stéréotyper les populations marginalisées.
	2.1.4 S'assurer que le processus de développement de cas permet un temps suffisant pour l'élaboration, la révision et l'édition du matériel du cas avant sa mise en œuvre.
	2.1.5 S'assurer que les changements issus des séances d'entraînement ou des processus de pilotage

2.2 Éléments constitutifs du cas	<p>sont traités avant la mise en œuvre du cas.</p> <p>S'assurer que les éléments constitutifs du cas incluent les aspects suivants quand cela est approprié :</p> <p>2.2.1 Des buts et objectifs clairs pouvant être évalués.</p> <p>2.2.2 Des buts et objectifs spécifiant le niveau attendu des apprenants.</p> <p>2.2.3 Une conception de la simulation en adéquation avec l'orientation générale.</p> <p>2.2.4 Une conception de la simulation reproductible.</p> <p>2.2.5 Des informations pour les PS (par ex., situation et antécédents, histoire passée, émotions et comportement, signes et symptômes à simuler, indices).</p> <p>2.2.6 Des ressources pour la formation (par ex., accessoires, moulage, vidéos, simulateur procédural).</p> <p>2.2.7 Des recommandations spécifiques au cas pour le feed-back ou débriefing.</p> <p>2.2.8 Des instructions pour le briefing, le cadre temporel et les consignes aux apprenants.</p> <p>2.2.9 Des instruments d'évaluation et des mesures de la performance (par ex., checklists et échelles d'évaluation, évaluations des participants et des facilitateurs).</p> <p>2.2.10 Des protocoles de formation des évaluateurs (SP ou autres).</p> <p>2.2.11 Des données nécessaires à la gestion des documents du cas et du recrutement des PS (par ex., les informations sur les auteurs, date de développement du cas, données démographiques des patients, critères morphologiques).</p>
----------------------------------	---

Domaine 3 : formation des PS

La formation des PS prépare les PS à l'interprétation des rôles, à donner du feed-back, et à l'utilisation des instruments d'évaluation. Ces trois domaines sont des compétences distinctes, mais ne sont pas mutuellement exclusives. Il est de la responsabilité du formateur de PS d'intégrer le développement de ces compétences dans la formation des PS en accord avec les objectifs d'apprentissage de l'activité et le niveau d'expérience des PS. Les formations peuvent être réalisées sous plusieurs formats (par ex. en face à face, en ligne, ou en format mixte).

Le contexte d'intervention des PS détermine le niveau de standardisation (constance et justesse) de leur comportement, à la fois au niveau de la performance individuelle d'un PS et entre plusieurs PS interprétant le même rôle. Les formateurs de PS

appliquent les mêmes principes de préparation à tous les participants simulés, dont les PS, les facilitateurs, et les autres pour toute modalité de simulation (par ex. hybride, modalités mixtes) [1, 2].

Interprétation des rôles

Il est attendu des formateurs de PS qu'ils s'assurent que la performance des PS est constante et juste. Etant donné qu'il est fréquemment demandé aux PS de s'impliquer dans des rôles qui requièrent au moins un minimum de vulnérabilité physique et émotionnelle, il est demandé aux formateurs de PS de fournir un environnement de formation et d'apprentissage soutenant et sécurisé (voir le « Domaine 1 : environnement de travail sécurisé »).

Feed-back

Le feed-back est essentiel à l'apprentissage. Même si les apprenants reçoivent du feed-back de nombreuses sources pédagogiques, dont des cliniciens et des pairs, le feed-back des PS fournit une perspective unique. Comme Berenson et coll. (2012) le constatent : « les PS peuvent fournir aux apprenants une information unique et de valeur sur la manière dont leurs actions et leurs comportements ont affecté le vécu émotionnel des PS vis-à-vis de l'apprenant, le niveau de confiance du PS vis-à-vis de l'apprenant, et le niveau de compréhension du PS de l'information échangée. Ainsi, le feed-back du PS a une fonction pédagogique essentielle dans les domaines interpersonnels et émotionnels ([14], p27). Avec une formation appropriée, les PS peuvent également fournir du feed-back sur les compétences cliniques, procédurales ou en communication d'un apprenant. Un feed-back efficace requiert la connaissance des modèles ou des protocoles adoptés par chaque institution, et les formateurs de PS peuvent former les PS aux stratégies de feed-back oral et écrit.

Utilisation des instruments d'évaluation

Les standards de tests éducationnels et psychologiques définissent l'évaluation comme « toute méthode systématique d'obtention d'informations à partir de tests et autres sources, utilisés pour établir des inférences sur les caractéristiques des gens, des objets ou des programmes ». ([15], p.72). Dans beaucoup de contextes d'évaluation, les apprenants doivent démontrer leurs compétences par l'adoption d'un comportement qui est évalué par des observateurs. Les PS jouent souvent un rôle et observent le comportement simultanément. Après une rencontre, les PS peuvent avoir pour tâche de documenter la performance de l'apprenant en utilisant des instruments d'évaluation. Si cela est requis, la formation des PS doit aussi de concentrer sur l'utilisation juste et constante des instruments d'évaluation.

Les évaluations avec PS peuvent être à but formatif, sommatif ou à enjeux élevés et peuvent adopter plusieurs formes (par ex., une seule rencontre, des rencontres multiples, ECOS, « CPX » en anglais que nous traduisons par EPC (Examen de Performance Clinique)) et peuvent utiliser divers types d'outils d'évaluation (par ex., des grilles d'observation, examen sur table, feed-back narratif). Les attentes de la performance du PS varient, selon le type ou le format de l'évaluation.

On identifie cinq principes que les formateurs de PS devraient suivre dans la méthodologie de formation des PS : la préparation pour le processus de formation, la formation à l'interprétation du rôle, la formation à donner du feed-back, à remplir les

instruments d'évaluation et la réflexion sur le processus de formation.

Principe	Pratique
3.1 Préparation pour la formation	<p>3.1.1 Relire le but général, les objectifs et résultats attendus (voir les Standards d'INACSL : Résultats attendus et Objectifs), la logistique et le matériel nécessaire au développement du cas de l'activité.</p> <p>3.1.2 Aborder les failles dans les connaissances de la personne s'il y en a.</p> <p>3.1.3 Créer un plan de formation qui répond au contexte et au format de l'activité (par ex., formation en groupe pour la standardisation, revoir une vidéo, pratiquer avec l'équipement de simulation).</p> <p>3.1.4 Colliger des ressources pour dépasser les visées de la formation.</p> <p>3.1.5 Colliger les documents administratifs et les consignes spéciales.</p>
3.2 Formation pour le jeu de rôle	<p>3.2.1 Relire avec les PS les objectifs clés, les responsabilités, le contexte (par ex., formatif, évaluatif, niveau de l'apprenant, place dans le curriculum) et le format (par ex., la durée de la rencontre, type de rencontre) de chaque activité.</p> <p>3.2.2 Impliquer activement les PS dans une discussion et dans la pratique du jeu de rôle (par ex., émotions, signes et symptômes, comportements).</p> <p>3.2.3 Fournir aux PS des stratégies pour gérer des questions et des comportements inattendus de l'apprenant.</p> <p>3.2.4 S'assurer de la constance et de la justesse du jeu de rôle des PS individuellement et au sein des groupes de PS jouant le même rôle.</p> <p>3.2.5 S'assurer de l'état de préparation du PS en vue de l'activité de simulation par une pratique répétée et un feed-back ciblé.</p>
3.3 Formation au feed-back	<p>3.3.1 Réviser avec les PS les principes fondamentaux du feed-back en lien avec l'activité planifiée.</p> <p>3.3.2 Informer les PS des objectifs du feed-back et du</p>
	<p>niveau des apprenants qu'ils vont rencontrer.</p> <p>3.3.3 Informer les PS de la logistique et du cadre du feed-back (par ex., feed-back individuel à l'apprenant, feed-back en petit groupe, débriefing de la simulation).</p> <p>3.3.4 Former les PS à utiliser leurs observations, leurs réponses et leurs connaissances pour donner du feed-back sur la base des comportements observables, modifiables des apprenants.</p> <p>3.3.5 S'assurer de l'état de préparation des PS par une pratique répétée et des feed-backs ciblés.</p>
	<p>3.4 Formation à remplir les instruments d'évaluation</p> <p>3.4.1 S'assurer que les PS comprennent la nature, le contexte et les objectifs de l'évaluation.</p> <p>3.4.2 S'assurer que les PS comprennent le format de l'instrument d'évaluation.</p> <p>3.4.3 S'assurer que les PS sont capables d'utiliser les instruments d'évaluation dans le temps imparti.</p> <p>3.4.4 Fournir aux PS du temps pour s'exercer à utiliser les instruments d'évaluation sur la base d'une variété de comportements d'apprenants.</p> <p>3.4.5 S'assurer que les PS comprennent à la fois les principes des manipulations de tout examen physique réalisé et l'expérience ressentie pendant les manœuvres.</p> <p>3.4.6 Lors d'une évaluation formative, s'assurer de l'utilisation constante et juste d'un instrument d'évaluation par un même PS dans le temps et parmi les groupes de PS qui effectuent la même tâche.</p> <p>3.4.7 Dans des examens à enjeux élevés, vérifier la fiabilité inter-évaluateurs, afin qu'un apprenant obtienne un même score quand il est évalué par différents PS.</p> <p>3.4.8 Dans des examens à enjeux élevés, vérifier la fiabilité intra-évaluateur, afin que le PS attribue le même score à la même performance observée à différents moments.</p>
	<p>3.5 Réflexion sur le processus de formation</p> <p>3.5.1 Réfléchir sur sa propre pratique de formation en vue</p>

	de son amélioration future (par ex., formulaires d'évaluation, débriefing, révision des vidéo) (Voir aussi le Domaine 4.6 : Gestion de la qualité).
--	---

Domaine 4 : Gestion du programme

Les programmes de PS garantissent l'existence d'une cohorte de PS formés, d'une expertise dans la méthodologie des PS et des processus administratifs qui assurent les services de façon efficace et efficiente au plan des coûts. Il existe un large spectre de gestion des programmes PS. Certains programmes peuvent avoir une personne dédiée à l'administration du programme et à un petit nombre PS, tandis que d'autres peuvent être dirigés par un responsable qui supervise le travail de nombreux PS, formateurs et personnels administratifs. Quelle qu'en soit la taille, les programmes PS sont responsables des pratiques mises en place pour gérer la qualité, cela incluant la planification de la qualité, l'assurance qualité, le contrôle de la qualité, et l'amélioration de la qualité (voir le Standard d'INACSL : Intégrité professionnelle [8]). Des politiques et procédures établies clairement permettent à un programme PS de démontrer qu'il répond aux exigences légales, institutionnelles et pratiques. Elles spécifient aussi les approches qui permettent d'atteindre les buts d'un programme, attribuent les responsabilités aux intervenants (PS, apprenants, enseignants, équipes) et encourage l'amélioration continue. Six principes sont à considérer dans la gestion des programmes PS.

Principe	Pratique
4.1 Buts	4.1.1 Formuler un énoncé de mission pour le programme. 4.1.2 Développer les buts du programme. 4.1.3 Identifier des objectifs mesurables pour chaque but (quand cela est approprié).
4.2 Expertise	4.2.1 Avoir une connaissance approfondie de la méthodologie PS. 4.2.2 Promouvoir l'intégration de la méthodologie PS dans le curriculum quand cela est approprié. 4.2.3 Identifier quand les PS devraient être intégrés dans une activité de simulation. 4.2.4 Collaborer avec les experts des matières pour créer les cas PS, la formation et le matériel d'évaluation. 4.2.5 Entraîner les PS selon les paramètres du projet ou des scénarios.
4.3 Règles et procédures	

	4.3.1 Développer et documenter les règles qui guident les activités du programme. 4.3.2 Développer et documenter les règles qui prennent en considération l'accessibilité et l'inclusion. 4.3.3 Développer et documenter les processus opérationnels et les procédures, incluant mais ne se limitant pas à la création de plans de gestion financière, de développement et stratégiques. 4.3.4 S'assurer que les règles et procédures sont accessibles et actualisées. 4.3.5 Distribuer les règles et procédures aux parties prenantes.
4.4 Gestion des enregistrements	4.4.1 Collaborer avec les experts des matières en vue de développer un système fournissant des rapports au sujet des performances des apprenants aux divers intervenants (par ex., apprenants, développeurs de curriculum, enseignants, administration). 4.4.2 S'assurer des politiques sont en vigueur pour traiter le partage et l'archivage des cas. 4.4.3 Développer et documenter les méthodes pour stocker, archiver et détruire les données confidentielles (par ex., enregistrements PS, données des apprenants, données vidéo, formulaires de consentement, formulaires de décharge).
4.5 Gestion d'équipe	4.5.1 Consulter les personnes expertes provenant des secteurs juridiques, financier et des ressources humaines pour s'assurer que le statut des PS (par ex., employé, indépendant sous contrat, volontaire) et les structures de compensation (si applicable) sont conformes aux exigences de l'institution. 4.5.2 Développer des processus pour identifier, filtrer, recevoir en

<p>4.6 Gestion de la qualité</p>	<p>entretien, sélectionner, débriefier et maintenir les PS et l'équipe.</p> <p>4.5.3 Recruter et conserver une cohorte de PS qui reflètent la diversité de la population qui est représentée dans les activités de simulation.</p> <p>4.5.4 Etablir des règles et des procédures pour la sécurité psychologique, physique et environnementale des PS, apprenants, équipe et enseignants (Voir le « Domaine 1 : environnement de travail sécurisé).</p> <p>4.5.5 Promouvoir le développement professionnel continu pour tout le personnel, y compris les PS.</p> <p>4.6.1 Colliger de façon régulière des données pour évaluer l'alignement des activités du programme avec les politiques et les procédures juridiques, institutionnelles et du programme.</p> <p>4.6.2 Recueillir régulièrement le feed-back des PS, apprenants, enseignants et autres utilisateurs au sujet de la qualité des services fournis par le programme.</p> <p>4.6.3 Analyser les données et tout autre feed-back dans un délai raisonnable.</p> <p>4.6.4 Mettre en œuvre des changements visant l'amélioration continue.</p> <p>4.6.5 Informer les parties prenantes des changements réalisés sur la base de leur feed-back.</p>
----------------------------------	--

Domaine 5 : Développement professionnel

Les formateurs de PS s'engagent dans un développement professionnel pour promouvoir l'excellence de leurs propres pratiques, au sein de leur communauté de pratique et parmi les parties prenantes. Le professionnalisme a été défini pour nombre de professions avec lesquelles les formateurs de PS interagissent, incluant la médecine [16] et les soins infirmiers [8, 17]. Des recouvrements avec certains de ces concepts de professionnalisme existent. Cependant, nous sommes une pratique émergente et hétérogène sans un processus de certification. Ces SBP sont notre première tentative de cohésion

afin d'établir les standards de professionnalisme pour notre pratique. Nous nous fondons sur le modèle de Steinert [18] de perfectionnement des formateurs afin d'articuler professionnalisme et développement professionnel comme cela s'applique à notre contexte. En particulier, nous nous focalisons sur trois principes : le développement de carrière, l'érudition et le leadership.

Principe	Pratique
<p>5.1 Développement de carrière</p>	<p>5.1.1 Développer et promouvoir l'expertise en lien avec les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à la simulation faisant appel aux PS.</p> <p>5.1.2 Développer et promouvoir l'expertise en lien avec les théories, principes et processus de formation et d'évaluation pertinents au sein de son propre contexte de pratique (par ex., éducation médicale, éducation en soins infirmiers, en droit, formation des forces de l'ordre).</p> <p>5.1.3 Maintenir l'appartenance à des sociétés professionnelles de simulation (par ex., ASPE, ASPIH, INACSL, SESAM, SSH).</p> <p>5.1.4 S'impliquer activement dans des opportunités de formation (par ex., des conférences professionnelles, cours, programmes de formation, certifications).</p> <p>5.1.5 Développer des compétences de gestion personnelle (par ex., gestion du temps, stratégie de bien être, plan de carrière).</p> <p>5.1.6 Rechercher des opportunités de mentorat pour le développement de carrière.</p> <p>5.2.1 Développer une compréhension de l'étendue des possibilités en matière d'érudition à l'égard de la méthodologie PS.</p> <p>5.2.2 Identifier et/ou développer de nouveaux contextes pour la méthodologie PS.</p>
<p>5.2 Erudition</p>	<p>5.2.3 Contribuer à l'évolution des bonnes pratiques par l'innovation, la recherche et la dissémination de méthodes émergentes dans divers environnements (par ex., publications, présentations).</p> <p>5.3.1 Promouvoir la compréhension et le développement de la méthodologie PS au niveau local, national et international.</p> <p>5.3.2 Agir au titre de mentor et soutenir les PS et les autres formateurs de PS au sein de sa propre institution et dans la communauté de pratique.</p>

5.3 Leadership	5.3.3 Rechercher et promouvoir le développement des compétences de leadership (par ex., collaboration, formation d'équipe, gestion du changement, efficacité interpersonnelle, résolution de conflit).
----------------	--

Cate Nicholas, MS, PA, EdD, Clinical Simulation Laboratory, University of Vermont, Burlington, VT, USA, Cate.Nicholas@med.uvm.edu
 Tamara Owens, MEd, Clinical Skills & Simulation Center, Howard University Health Sciences, Washington, DC, USA, tlowens@Howard.edu
 Veronica L. Porfert, BA, Norfolk Naval Station, Norfolk, VA, USA, roni.porfert@gmail.com
 Jan-Joost Rethans, MD, PhD, Institute for Education/Skillslab, Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands, j.rethans@maastrichtuniversity.nl
 Karen M. Reynolds, Interactive Studies Unit, University of Birmingham, Birmingham, UK, k.reynolds@bham.ac.uk
 Sydney Smee, PhD, Health Professional Assessment Consultancy, Windsor, Ontario, Canada, sydsmee@gmail.com
 Diana Tabak, MEd(S), Communication Matters: INESRA, Toronto, Ontario, Canada, diana.tabak@gmail.com
 Amber Walton, BFA, Standardized Patient Program & Clinical Skills Center, Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA, waltona@upstate.edu

Annexe

Annexe 1 : Liste des principales lectures. (DOC 32kb)

Abréviations

ASPE : Association of Standardized Patient Educators (Association des formateurs de patients standardisés) ;
ASPIH : Association for Simulated Practice in Healthcare (Association de la pratique simulée en santé) ; **INACSL** : International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (Association des soins infirmiers pour la simulation clinique et l'apprentissage) ; **SESAM** : Society in Europe for Simulation Applied to Medicine (Société Européenne de Simulation) ; **SOBP** : Standards of Best Practice (Standards de bonnes pratiques) ; **SOP** : Standards of Practice (Standards de pratiques) ; **SP** : Simulated participant (Participant Simulé) ; **SSH** : Society for Simulation in Healthcare (Société de simulation en santé)

Remerciements

ASPE est reconnaissant aux nombreuses personnes ayant contribué au développement de ce document au bénéfice des formateurs de PS dans le monde entier :

Connie Coralli, RN, MN, MPH, Clinical Skills Center, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA, connie.coralli@emory.edu
 Melih Elcin, MD, MSc, CHSE, Department of Medical Education and Informatics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey, melcin@hacettepe.edu.tr
 Valerie Fulmer, School of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA, vfulmer@medschool.pitt.edu
 Gail Furman, PhD, MSN, CHSE, Clinical Skills Evaluation Collaboration, National Board of Medical Examiners, Philadelphia, PA, USA, GFurman@nbme.org
 Carine Layat Burn, PhD, University of Applied Sciences, Health Department, HE-Arc Neuchâtel, Neuchâtel, Switzerland, nora-carine@hotmail.com
 Nancy McNaughton, PhD, Centre for Learning Innovation and Simulation, Michener Institute of Education, Toronto, Ontario, Canada, nmcnaughton565@gmail.com
 Debra Nestel, PhD, FAcadMED, Faculty of Medicine, Nursing & Health Sciences, Monash University, Monash, Victoria, Australia, debra.nestel@monash.edu

Financement

Aucun financement n'a été reçu.

Disponibilité des données et matériels

Non applicable.

Contributions des auteurs

Les auteurs ont créé ce manuscrit au nom des membres des Groupes de travail sur les Standards de Pratiques 2013-2015. KL a contribué aux versions préliminaires antérieures des SBP, a supervisé le groupe de travail en 2017, et a considérablement contribué à l'écriture du manuscrit et à sa préparation pour la publication. CB a contribué à la formation des cinq domaines, a géré des versions préliminaires et des documents, a servi d'historienne, et a grandement contribué à l'écriture du manuscrit. WG a contribué à la formation des cinq domaines, a supervisé le groupe de travail de 2014-2015, et a contribué aux versions préliminaires antérieures des SBP. HH a considérablement contribué à l'écriture du manuscrit. LL a supervisé le groupe de travail de 2015-2016, a contribué aux versions préliminaires antérieures des SBP, a trouvé un éditeur professionnel pour le document, et a contribué à l'écriture du manuscrit. CS a révisé des versions préliminaires antérieures des SBP, a géré des références, et a considérablement contribué à l'écriture du manuscrit et à sa préparation pour la publication. TT a grandement contribué à l'écriture du manuscrit. AW a géré des références et considérablement contribué à l'écriture du manuscrit. GG-M a créé le groupe de travail initial des SBP, a apporté d'importantes contributions à la conception et à la forme du document, et a contribué aux versions préliminaires antérieures des SBP. Tous les auteurs sont d'accord pour être responsables de tous les aspects du travail en s'assurant que les questions en lien avec la précision du travail sont résolues de façon appropriée. Tous les auteurs ont lu et approuvés le manuscrit final.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflits d'intérêts.

Consentement pour la publication

Non applicable.

Accord éthique et consentement à la participation

Non applicable.

Mot de l'éditeur

Springer Nature reste neutre vis-à-vis des recours juridiques dans les plans publiés et dans les affiliations institutionnelles.

Coordonnées des auteurs en anglais :

¹Clinical Learning and Simulation Skills Center, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA. ²Standardized Patient Program, University of Louisville School of Medicine, Louisville, KY, USA. ³New England Clinical Skills Consulting, Westborough, MA, USA. ⁴Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin, Germany. ⁵Sentara Center for Simulation and Immersive Learning, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA, USA. ⁶Division of Training and Simulation, The Centre for Education and Knowledge Exchange in Aging, Baycrest Health Sciences, Toronto, Ontario, Canada. ⁷Simulation and Education Center, Arkansas Children's Hospital, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR, USA.

Coordonnées des traducteurs en français :

¹Hôpital de la Providence, dpt de Chirurgie orthopédique, Neuchâtel, Suisse & Centre de psychothérapie J-Ch. Berger, Neuchâtel, Suisse. Email : layat@bergerpsychotherapie.ch. ²Université de l'Ontario français, Toronto, Canada. Email : demis.berthiaume1969@gmail.com. ³Service de Néonatalogie, CHU de Caen, Caen, France; Centre de simulation médicale NorSims, Pôle des formations et de recherche en santé, Faculté de médecine, UNICAEN, Université Caen-Normandie, Caen, France. Email : bellot-a@chu-caen.fr.

Bibliographie

1. Nestel D, Mobley B, Hunt EA, Eppich WJ. Confederates in healthcare simulations: not as simple as it seems. *Clin Simul Nurs.* 2014;10(12):611–16.
2. Nestel D, Sanko J, McNaughton N. Simulated participant methodologies: maintaining humanism in practice. In: Nestel D, Kelly M, Jolly B, Watson M, editors. *Healthcare Simulation Education: evidence, theory and practice.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2018. p. 45–53.
3. Association of Standardized Patient Educators. About ASPE. Available from: <http://www.aspeducators.org/about-aspe>. Accessed 12 June 2017.
4. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM debriefing. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S21–S5.
5. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM facilitation. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S16–20.
6. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM outcomes and objectives. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S13–S5.
7. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM participant evaluation. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S26–S9.
8. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM professional integrity. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S30–S3.
9. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation design. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S5–S12.

10. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S34–S8.
11. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S39–47.
12. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique—a rotational modification. *J Vocat Tech Educ.* 1999;15(2):50–8.
13. Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. *Healthcare Simulation Dictionary.* 2016. Available from: <http://www.ssih.org/> Dictionary. Accessed 12 June 2017.
14. Berenson LD, Goodill SW, Wenger S. Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *J Allied Health.* 2012;41(1):27E–31E.
15. Association AER, Association AP, Education NCoMi. Standards for educational and psychological testing: American Educational Research Association. 1999.
16. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": a working definition for medical educators. *Teach Learn Med.* 2004;16(1):74–6.
17. Nursing AAoCo. Hallmarks of the professional nursing practice environment. *J Prof Nurs.* 2002;18(5):295–304.
18. Steinert Y. Perspectives on faculty development: aiming for 6/6 by 2020. *Perspectives on Medical Education.* 2012;1(1):31–42.

Comparative Document for ASPE SOBP French version

Document comparatif de la version française des SBP d'ASPE

Date Submitted: July 16th, 2020

Language Version: French

Submitting authors in translation: A. Bellot, D. Berthiaume, C. Layat Burn

Translation: From English to French

I. Language differences Différences de langue

1. **SP educator : Formateur de PS** : Le terme de **formateur PS** est habituellement utilisé en Suisse et au Canada. Il se réfère à la personne qui forme les PS. Nous avons fait le choix de le traduire par **formateur de PS**, car il nous semble que la traduction **formateur PS** reste une traduction littérale qui peut créer de la confusion dans certains contextes francophones.
2. **Case : Cas** : Le cas comprend tous les documents utiles à la scénarisation pédagogique, comme par ex., le scénario, les grilles d'observation et d'évaluation, etc. D'autres termes sont également utilisés comme poste ou station.
3. **Standard of best practices** est traduit par **standards** de bonnes pratiques plutôt que **recommandations** car les Standards correspondent à une norme minimum à respecter de façon indiscutable, et plutôt que **guide** qui paraît trop pragmatique par rapport au contenu du document.
4. **Educator** est traduit par **formateur** : Personne chargée de former de futurs professionnels ; spécialiste des actions de formation plutôt qu'**éducateur** : Personne conduisant ou influençant la formation de l'enfant ou de l'adulte paraît moins appropriée
5. **Confederate** est traduit par **compère** et non par **facilitateur** car le terme **facilitateur** introduit en plus de la fonction de jouer la notion de participer au débriefing comme co-animateur.
6. **Accountability** est par **redevabilité**
7. **Accuracy** est traduit par **justesse**
8. **Repeatability** est traduit par **reproductibilité**
9. **Consistency** est traduit par **constance**
10. **Reliability** est traduit par **fiabilité**

II. Cultural differences Différences culturelles

Les différences culturelles ne peuvent pas se concevoir de la même manière que pour les traductions en d'autres langues. En effet, la traduction en français est faite pour être lue par les francophones, qui sont présents dans divers pays, ayant eux-mêmes de grandes différences culturelles, et des pratiques dans le travail avec les PS extrêmement variées. L'objectif de cette traduction, la plus littérale possible est d'uniformiser le travail avec les PS au sein du monde francophone.

III. Viewpoint of the French speaking translators on the translation process Point de vue des traducteurs francophones sur le processus de traduction

Carine Layat Burn, PhD¹, Denis Berthiaume, PhD² & Anne Bellot, MD³.

La simulation participe en tant que moyen pédagogique, au développement de compétences variées (1). L'efficacité et l'efficience de son utilisation sont primordiales (2). La diversité des pratiques proposées dans les articles sur le sujet présente des recommandations qui peuvent être divergentes concernant l'utilisation de la simulation (3-4). Jusqu'à ce jour, nous observons également un manque de références communes, de vocabulaire commun.

Conscients de ces écueils, les associations internationales dans le domaine de la santé et la formation ont réuni leurs experts pour créer une communauté de pratique internationale issus d'environnements professionnels différents. Pour consolider le travail des communautés de pratique, la pose de standards de bonnes pratiques semble donc aujourd'hui incontournable. INACSL (*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*) a été la première association à publier en 2016 des standards pour l'enseignement par simulation en sciences infirmières (5-12). Sous l'égide de SSH (*Society for Simulation in Healthcare*) qui a réuni des experts internationaux en simulation, un dictionnaire a vu le jour (2017) : le premier dictionnaire de simulation publié en langue anglaise (13).

Si ces contributions représentent une large avancée pour encourager l'ensemble des personnes pratiquant la simulation, les professionnels travaillant avec les patients standardisés / simulés (PS) ont vite vu émerger les limites de ces travaux-clés. ASPE (Association des formateurs de patients standardisés), en tant qu'association internationale, est actuellement présente dans vingt-six pays de nos cinq continents. Elle a été créée il y a presque vingt ans. Affiliée à la SSH, INACSL, SESAM, ASPIH, ASPE se devait, pour répondre à ses missions de soutien et de promotion des bonnes pratiques de la méthodologie des PS, de contribuer à l'élaboration des standards spécifiques de pratique de la méthodologie des PS. Ainsi, elle a réuni nombre de ces membres, experts internationaux, pour rédiger des standards de bonnes pratiques concernant le travail avec les PS en s'appuyant sur des processus méthodologiques ayant fait leurs preuves. En 2017, la publication de la première version des standards

¹ Hôpital de la Providence, dpt de Chirurgie orthopédique, Neuchâtel, Suisse & Centre de psychothérapie J-Ch. Berger, Neuchâtel, Suisse.

² Université de l'Ontario français, Toronto, Canada.

³ Service de Néonatalogie, CHU de Caen, Caen, France; Centre de simulation médicale NorSims, Pôle des formations et de recherche en santé, Faculté de médecine, UNICAEN, Université Caen-Normandie, Caen, France.

de bonnes pratiques pour la méthodologie des PS est parue en anglais dans le journal *Advances in Simulation*, éditée par SESAM, société européenne de simulation.

Pour rendre accessible ces standards, le comité international d'ASPE a reçu pour mission de diffuser largement ces standards dans les différentes langues. L'objectif consiste alors, à favoriser l'échange dans les différentes parties du monde sur la base d'un langage commun propre à la méthodologie des PS et renforcer les communautés de pratique de par le monde.

La version japonaise, première traduction de ces standards en langue non-anglophone est parue en 2020. Tout comme la version anglaise et celles à venir, elle est téléchargeable gratuitement sur le site web d'ASPE. Suite à la demande de nombreuses institutions et de collègues formateurs issus d'horizons nationaux et professionnels variés en Francophonie, le Comité international a mandaté ses membres pour traduire ces standards en français. Un projet de traduction en espagnol est aussi à venir.

La présente publication est la première version de la traduction des standards de bonnes pratiques d'ASPE en langue française. Elle se veut être une version évolutive en fonction des avancées de la méthodologie des PS et des retours des utilisateurs francophones. Les rédacteurs représentent trois des pays francophones où la méthodologie des PS est largement répandue, et sont issus du domaine de la santé et de l'éducation.

Dans ce travail, nous avons été confrontés au fait que la traduction ne peut se faire mot à mot, mais doit inévitablement considérer les différences et les spécificités linguistiques. La Francophonie réunit de nombreux pays avec des spécificités culturelles propres. Aussi, nous avons cherché à produire une traduction pouvant s'adapter en fonction de celles-ci. Passée cette première étape propre à tout processus de traduction, les difficultés principales ont surtout relevé du manque de consensus, dans l'utilisation des termes en lien avec la simulation. Nous avons eu de multiples échanges sur les anglicismes présents dans le vocabulaire courant de la simulation et avons choisi de franciser certains termes, par consensus. Un tableau comparatif des termes traduits est disponible en annexe.

Cette traduction a pour but d'être au service des formateurs, des praticiens, des chercheurs pour faciliter et soutenir au quotidien, leur propre pratique et leurs développements. Elle espère contribuer à faire rayonner la méthodologie des PS en Francophonie dans le domaine de la santé et dans tout autre contexte professionnel. Ces standards souples et évolutifs se veulent assez larges pour laisser l'opportunité aux professionnels des divers contextes de pratiques des PS d'exprimer leurs spécificités, car ce n'est que par l'expression de la créativité que naît les grandes inventions et avancées !

Bibliographie :

1. McGaghie, W., Issenberg, S.B., Petrusa, R. & Scalese, R.J. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ* 2010;44(1):50-63. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.
2. Issenberg, S.B., McGaghie, W., Petrusa, R., Gordon, D.L. & Scalese, R.J. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach* 2005;27(1):10-28. doi: 10.1080/01421590500046924.
3. Cleland, J., Abe, K. & Rethans, J.J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach* 2009;31(6): 477-486.
4. Nestel, D., Layat Burn, C., Pritchard, S. A., Glastonbury, R. & Tabak, D. The use of simulated patients in medical education: Guide supplement 42.1 Viewpoint. *Med Teach* 2011;33: 1027-1029.
5. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM debriefing. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S21-S5.

6. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM facilitation. Clin Simul Nurs. 2016;12:S16–20.
7. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM outcomes and objectives. Clin Simul Nurs. 2016;12:S13–S5.
8. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM participant evaluation. Clin Simul Nurs. 2016;12:S26–S9.
9. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM professional integrity. Clin Simul Nurs. 2016;12:S30–S3.
10. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation design. Clin Simul Nurs. 2016;12:S5–S12.
11. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). Clin Simul Nurs. 2016;12:S34–S8.
12. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary. Clin Simul Nurs. 2016;12:S39–47.
13. Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. Healthcare Simulation Dictionary. 2016. Available from: <http://www.ssih.org/> Dictionary. Accessed 12 June 2017.

Comparative Document for ASPE SOBP French version

Date Submitted: June 21, 2020

Language Version: French

Submitting authors in translation: A. Bellot¹, D. Berthiaume², C. Layat Burn³

Translation: From English to French

I. Language differences

1. **SP educator:** the translation usually used for « SP educator » (mainly in Canada and Switzerland) is « Formateur PS ». This term refers to the person who trains the SP's. We chose to use « Formateur de PS » instead, literally « educator of the SP's » because in some in some french speaking countries, it could be misunderstood and lead to think the SP educator is an SP that became an educator, which can be, but is not always the case in these countries.
2. **Case: Cas:** The case is translated in « cas » in french; the case refers to all the documents used in the pedagogical context, as the scenario, the case checklists and more. Other terms as « poste » or « station » can be found with the same meaning.
3. **Standard** of best practices is translated in “**Standards** de bonnes pratiques” rather than “**Recommandations**” or “**Guide**”, to keep the original idea of a minimum standard to address.
4. **Educator** is translated in “**formateur**”: in french “formateur” refers to a person in charge of training in a professional context as “educator” refers to a person conducting or influencing the education of a child or an adult.
5. **Confederate** is translated in “**compère**”. That term literally means “accomplice”. It sounded more appropriate than facilitator that can imply more than confederate.
6. **Accountability** is translated in “**redevabilité**”
7. **Accuracy** is translated in “**justesse**”
8. **Repeatability** is translated in “**reproductibilité**”
9. **Consistency** is translated in “**constance**”
10. **Reliability** is translated in “**fiabilité**”

II. Cultural differences

¹ Service of Neonatology, CHU of Caen, Caen, France; Centre of medical simulation NorSims, Faculty of Medicine, UNICAEN, University Caen-Normandy, Caen, France.

² French Ontario University, Toronto, Canada.

³ La Providence Hospital, dpt of Orthopaedic Surgery, Neuchâtel, Switzerland & Berger Centre of Psychotherapy, Neuchâtel, Switzerland.

The French translation is meant for all French speaking people in the world. That means people in many different countries, with many cultural differences and various experiences working with SP's. Thru this translation, our aim is to unify SP Methodology within French speaking people, without addressing cultural specificities.

III. **Viewpoint of the French speaking translators on the translation process**

Carine Layat Burn, PhD¹, Denis Berthiaume, PhD² & Anne Bellot, MD³

Simulation contributes as a pedagogical mean to the development of various skills (1). Efficacy and efficiency in its use are of utmost importance (2). The diverse practices presented in articles on the topic of simulation lead to recommendations that might appear to be at odds with one another (3-4). To this day, common references and vocabulary have been missing.

Aware of these shortcomings, international associations active in healthcare and training have brought together experts from different professional environments to create an international community of practice. The establishment of best practice standards seems unavoidable to consolidate the work of the communities of practice. INACSL was the first association to publish standards for simulation education in nursing in 2016 (5-12). A dictionary on simulation was also published by the SSH in 2017, the first of its kind in English (13).

Although contributions constitute a major step forward to encourage all individuals practicing simulation, professionals working with standardized/simulated patients quickly saw shortcomings in those key efforts. ASPE is an international association present in twenty-six countries from the five continents. It was created almost 20 years ago. As an affiliate of SSH, INACSL, SESAM, and ASPIH, ASPE had to contribute to the development of specific practice standards for the SP methodology in order to fulfill its missions of supporting and fostering good practices in the use of SP methodologies. As such, it brought together many of its members – international experts – to draft best practice standards with regards to work with SP, using evidence-based methodological processes. In 2017, a first version of the standards of best practice or the use of SP methodology was published in English in *Advances in Simulation*, a SESAM-edited journal, the European simulation society.

To make those standards accessible, ASPE's international committee was tasked with the broad dissemination of the standards in various languages. The goal is henceforth to foster exchanges in various parts of the world on the basis of a common language specific to SP methodologies and to strengthen communities of practice on this topic around the world.

A Japanese version was published in 2020 as the first translation of the standards in a language other than English. As is the case with the English version and those to come, it can be downloadable for free on the ASPE website. Further to requests from training institutions and colleagues from various national or professional settings in the French-speaking world (Francophonie), the International Committee asked its members to proceed with a French translation of the standards. A translation into Spanish is also in preparation.

¹ La Providence Hospital, dpt of Orthopaedic Surgery, Neuchâtel, Switzerland & Berger Centre of Psychotherapy, Neuchâtel, Switzerland.

² French Ontario University, Toronto, Canada.

³ Service of Neonatology, CHU of Caen, Caen, France; Centre of medical simulation NorSims, Faculty of Medicine, UNICAEN, University Caen-Normandy, Caen, France.

This publication is therefore the first translation of ASPE's standards of best practice into French. It aims to be an evolving version according to advances in SP methodologies as well as feedback from French language users. The authors represent three French-speaking countries where SP methodologies are largely in use. They come from the health and education fields.

In this endeavour, we were faced with the fact that translation cannot simply be word for word transfer from one language to another. Rather, we had to consider linguistic differences and specificities. The French-speaking world brings together various countries with their own cultural specificities. As such, we have tried to produce a translation that can be adapted to each of those. Once that first step was completed, we faced other difficulties related to the absence of consensus in the use of simulation-related terminology. Several discussions took place about anglicised versions of simulation day-to-day vocabulary and we chose to identify French versions for certain terms through consensus. A comparative table of the translated terminology is available as an annex to this document.

This translation is aimed at facilitating and supporting the day-to-day practice of trainers, practitioners, and researchers as well as their development. We hope that it will contribute to disseminating SP methodologies in the French-speaking world in the health domain and any other professional context. These flexible and evolving standards are broad enough to let professionals in various SP practice contexts express their own specificities as it is only through the expression of creativity that great inventions are born and major steps forward made.

References :

1. McGaghie, W., Issenberg, S.B., Petrusa, R. & Scalese, R.J. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ* 2010;44(1):50-63. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.
2. Issenberg, S.B., McGaghie, W., Petrusa, R., Gordon, D.L. & Scalese, R.J. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach* 2005;27(1):10-28. doi: 10.1080/01421590500046924.
3. Cleland, J., Abe, K. & Rethans, J.J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach* 2009;31(6): 477-486.
4. Nestel, D., Layat Burn, C., Pritchard, S. A., Glastonbury, R. & Tabak, D. The use of simulated patients in medical education: Guide supplement 42.1 Viewpoint. *Med Teach* 2011;33: 1027-1029.
5. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM debriefing. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S21-S5.
6. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM facilitation. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S16-20.
7. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM outcomes and objectives. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S13-S5.
8. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM participant evaluation. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S26-S9.
9. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM professional integrity. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S30-S3.
10. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation design. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S5-S12.
11. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S34-S8.
12. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S39-47.
13. Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. Healthcare Simulation

Dictionary. 2016. Available from: <http://www.ssih.org/> Dictionary. Accessed 12 June 2017.