

Rev' Sims

La Revue **Simulation** en Santé

Création originale de

Espace Ressource Simulation en Santé en Pays de la Loire



Edition 5
Décembre 2023

Espace Ressource Simulation en Santé Pays de la Loire est un dispositif innovant impulsé par l'ARS Pays de la Loire dans le cadre de sa politique de déploiement de la simulation en santé et confié à la Structure Régionale d'Appui à la Qualité et la Sécurité des Soins **QualiREL Santé**.



Rev' SimS

La **Rev'SimS** est la **Revue de Simulation en Santé** créée par le groupe de Veille Scientifique de l'Espace Ressource Simulation en Santé des Pays de la Loire.

Son objectif est de permettre un partage et une diffusion des nouveautés, actualités, démarches innovantes et études concernant le déploiement de la simulation porté par les différents acteurs en simulation de la région des Pays de La Loire.

La revue aborde les différents types de formation existants et utilisant la simulation, les aspects pédagogiques, organisationnels, mais aussi les aspects d'évaluation.

Afin de répondre à son objectif principal, l'orientation de la revue est double :

- Une expression scientifique privilégiant des articles originaux sous le format habituel IMRAD
- Une expression non scientifique à visée de communication entre formateurs en simulation en santé ou entre structures.

La revue rassemble des articles de commande (éditoriaux, mises au point, etc.) et des articles de soumission spontanée (articles originaux, cas de simulation commentés, communications brèves).

Cette revue bénéficie du soutien de QualiREL Santé et de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Rédactrice en chef : Dr Véronique DELMAS

Directeur de publication : Noémie TERRIEN

Groupe de pilotage de la Veille Scientifique

Dr Véronique DELMAS, Responsable scientifique de la VS QualiREL Santé

Simulation et facteurs humains

Noémie TERRIEN, Coordonnateur- Responsable QualiREL Santé

Facteurs humains et organisationnels

Solenne RIVE, Chargée de missions Simulation QualiREL Santé

Simulation et gestions des risques

Editeur : Association QualiREL Santé

Dépôt légal : Décembre 2023

Tout droit réservés © QualiREL Santé

Crédits photos : QualiREL Santé, freepik.com, simulationpdl.com

Comité de relecteurs

Dr Caroline AIRIAU, pharmacien, Centre Hospitalier de Cholet
Simulation et pharmacie clinique

Anne Laure CARO LAFONTAN, IADE, Centre Hospitalier Le Mans

Simulation et urgences

Dr Céline LONGO, praticien hospitalier urgentiste, responsable du CESU 44, CHU de Nantes

Simulation et urgences

Patricia DENIS LE QUELLEC, cadre de santé hygiéniste, ECHO

Simulation et hygiène

Jean-Luc HERCE, directeur des soins, CH de Laval

Simulation et formation initiale

Processus de relecture

Afin d'éviter tout conflit d'intérêt, les articles et cas de simulation soumis ont été anonymisés et attribués à 2 relecteurs n'ayant aucun lien avec la structure d'affiliation des auteurs. Les auteurs et les relecteurs sont ainsi anonymes dans ce processus permettant une relecture en double aveugle. Chaque relecteur remplit une grille de cotation avec notation et commentaires libres. Une synthèse des 2 avis relecteurs a été réalisée et envoyée à l'auteur correspondant avec avis final : refus, acceptation sans modification, avec modifications mineures ou sous réserve de modifications. Les soumissions de communication brève ont suivi le même processus mais sans anonymisation.

Pour soumettre un article à la revue et contacter le comité éditorial : simulation@qualirelsante.com

Les recommandations aux auteurs sont envoyées par mail à la demande des auteurs et sont disponibles sur le site de l'Espace Ressource Simulation en Santé : www.simulationpdl.com

L'Espace Ressource Simulation en Santé a 5 ans !



Officiellement lancé à l'occasion du colloque annuel de simulation en santé des Pays de la Loire du 11 décembre 2018 au Centre Hospitalier du Mans, l'Espace Ressource Simulation en Santé (ERSS) accompagne et propose des ressources aux professionnels de la formation continue et initiale de la région, depuis maintenant 5 ans ! Cette date anniversaire est une opportunité pour rappeler les actions phares de l'ERSS qui ne pourrait pas vivre sans l'implication et l'engagement de professionnels de la région et l'Agence Régionale de Santé. Nous remercions chaleureusement chacun de faire vivre ce réseau et de partager expériences et expertises en simulation en santé.

Au cours de ces 5 années, a vu le jour un panel de ressources, sous différents formats.

L'ERSS, doté d'un groupe de veille scientifique, produit depuis 2020 la Rev'SimS, dont ce numéro est la 5^e édition, et des zooms scientifiques trimestriels. L'objectif est de partager et diffuser les démarches innovantes et études portées par les professionnels en simulation en santé de la région, et d'alerter sur les dernières actualités et la veille bibliographique. Déjà 9 zooms scientifiques diffusés et 5 revues permettant la publication de 13 brèves, 8 articles originaux, 7 cas de simulation et 9 mises en lumière. Un grand merci au groupe de veille scientifique pour ces productions et à tous les auteurs ayant contribué au déploiement de la Rev'SimS !!

L'ERSS réalise également depuis 2021 des webinaires : « les rendez-vous simulation », pour partager expériences, expertises et discussions autour de sujets en lien avec la simulation en santé.

11 webinaires ont déjà eu lieu, à visionner en replay sur la chaîne youtube de QualiREL Santé (playlist ERSS).

Un colloque annuel est également organisé, toujours dans l'objectif de partager et diffuser autour de la simulation en santé.

Notre objectif pour 2024 et les années à venir est de poursuivre notre trajectoire, en enrichissant les ressources de nouvelles revues, zooms scientifique, webinaires et la mise en place de séminaires. Pour faciliter les partages et échanges, nous allons également mettre à disposition des membres de l'ERSS à partir de janvier, une plateforme d'échange et d'information autour de la simulation en santé. Elle permettra d'être informé des actualités et d'échanger entre membres. Nous aurons l'occasion de vous présenter ce dispositif et le programme de travail de l'ERSS lors du prochain RV simulation de janvier 2024. Alors n'hésitez plus à nous rejoindre !



Noémie Terrien et Solenne Rive
QualiREL Santé, pour l'équipe de l'Espace Ressource Simulation en Santé

Au sommaire



Brèves

Préoccupations pédagogiques concernant la sécurité de l'apprentissage de la chirurgie de la cataracte pendant le troisième cycle des études médicales : l'étude E3CAPS.
Pierre Lebranchu, Jean-Baptiste Ducloyer, Raoul K Khanna 3

« Bootcamp » inter-régional des futurs internes de dermatologie du grand ouest.
Antoine Communie, Ludovic Martin 4

L'espace simulation en santé de Laval.
Jean Luc Hercé..... 4

Formation « Sécurité des soins » destinées aux binômes managériaux.
Véronique Delmas..... 5



Articles originaux

Les ressorts de l'adhésion à la simulation haute-fidélité en santé : du réalisme du mannequin au réalisme de la simulation.
Romain Lonceint, François Jaujard, Cédric Dumas, Corinne Lejus-Bourdeau 6

Identification des éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur du patient simulé.
Claire Letellier, Ludovic Martin 14

Approche par les modèles mentaux d'équipe de l'amélioration des compétences non-techniques en situation d'urgence grâce à la simulation pleine échelle.
Lara Poitrin, Ludovic Martin, Nicolas Lerolle, Emmanuel Rineau, Dominique Savary, Tom Alcouffe, Romain Charvet, Sophie Le Bris, Dominique Philippe Martin..... 24



Mise en lumière

Simulation et communication interprofessionnelle en formation initiale, le défi du dispositif SCOOPS.
Amaya Caradec, Julie Nespoulous, Arnaud Petit 31



Cas de simulation

Connaissance des métiers et collaboration en situation interprofessionnelle.
Florence Collet, Fabien Orioux, Stéphanie Bodereau, Mathilde Goussin, Valérie Graveleau, Barbara Martin, Virginie Le Peculier..... 37



Veille bibliographique

40



Evénements à venir

41

Brèves

BRIGAS

Préoccupations pédagogiques concernant la sécurité de l'apprentissage de la chirurgie de la cataracte pendant le troisième cycle des études médicales : l'étude E3CAPS.

Pierre Lebranchu, PU-PH ; CHU Nantes
Jean-Baptiste Ducloyer, PHC ; CHU Nantes
Raoul K Khanna, CCA; CHU Tours

La chirurgie de la cataracte est l'intervention la plus pratiquée en France (884 254 en 2018). L'incidence des complications peropératoires est faible mais compte-tenu du nombre de patients opérés, leur nombre absolu est significatif. L'incidence des complications augmente significativement lorsque la chirurgie est pratiquée par un étudiant du 3ème cycle en ophtalmologie (E3O)(1). L'apprentissage sur simulateur a démontré son efficacité pour réduire ces risques(2,3), mais il n'y a pas de données sur la longueur nécessaire et suffisante du programme de formation pour assurer la sécurité des premières fois chez le patient.

Par ailleurs, les E3O sont régulièrement soumis à des situations de privation de sommeil (permanence des soins, examens, parentalité) Mais il n'existe à ce jour pas de preuve que cela augmente les risques pour le patient.

Grâce au simulateur EyeSi® de l'entreprise Alcon®, celui du réseau HUGO et au financement obtenu via l'appel à projets « recherche en simulation » du GIRCI Grand Ouest, ce projet a pour objectif de réduire les risques de la chirurgie de la cataracte autour de 2 axes :

- Modéliser la **courbe d'apprentissage des E3O débutants** pour améliorer le programme de formation national et permettre la création d'un « permis d'opérer ».
- Evaluer l'impact de la **privation de sommeil sur la performance d'E3O expérimentés** pour sensibiliser les institutions et les chirurgiens étudiants et diplômés.

Cette étude inter-régionale a démarré en janvier 2023 au CHU de Nantes et se poursuit jusqu'à la fin 2024 avec les CHU de Tours, Rennes et Angers. Une première publication est disponible(4).



Figure 1 : Simulateur EyeSi (VrMagic)©

E3CAPS : « Amélioration de la sécurité des soins en Enseignement de la Chirurgie de Cataracte sur simulateur Eyesi® : Courbe d'Apprentissage et impact de la Privation de Sommeil sur des étudiants du 3ème cycle des études médicales en ophtalmologie »

Clinical Trial : NCT05722080

Investigateur principal : Pierre Lebranchu, PU-PH ; CHU Nantes

Coordinateurs scientifiques : Jean-Baptiste Ducloyer, PHC Nantes ; Raoul K Khanna, CCA Tours

Equipe projet : Alexandra Poinas, Pascal Caillet, Léa Duchesne, Catherine Ivan, Nantes

Investigateurs : Corinne Lejus-Bourdeau, le SiMU Nantes ; Thomas Desmidt, Nadège Limousin, Pierre-Jean Pisella, CHRU Tours ; Anne Bernard, Hubert Lardy, MEDISIM Tours ; Frédéric Mouriaux, CHU Rennes ; Patrick Pladys, SIM-SANTE Rennes ; Philippe Gohier, CHU Angers ; Ludovic Martin, ALL'SIMs Angers

- 1.Melega MV, Pessoa Cavalcanti Lira R, da Silva IC, Ferreira BG, Assis Filho HLG, Martini AAF, et al. Comparing Resident Outcomes in Cataract Surgery at Different Levels of Experience. Clin Ophthalmol Auckl NZ. 2020;14:4523-31.
2. Ahmed TM, Hussain B, Siddiqui MAR. Can simulators be applied to improve cataract surgery training: a systematic review. BMJ Open Ophthalmol. sept 2020;5(1):e000488.
- 3.Thomsen ASS, Smith P, Subhi Y, Cour M la, Tang L, Saleh GM, et al. High correlation between performance on a virtual-reality simulator and real-life cataract surgery. Acta Ophthalmol (Copenh). mai 2017;95(3):307-11.
- 4.Ducloyer JB, Poinas A, Duchesne L, Caillet P, Ivan C, Lejus-Bourdeau C, et al. Educational Concerns About the Safety of Cataract Surgery During Residency: The E3CAPS Pedagogic Study. Ophthalmol Ther. oct 2023;12(5):2801-12.

Brèves

BI&AG

« Bootcamp » inter-régional des futurs internes de dermatologie du grand ouest.

*Antoine Communie, interne de dermatologie; CHU d'Angers
Ludovic Martin, PU-PH de dermatologie et directeur du centre de simulation All'Sims; CHU d'Angers*

Le deuxième "bootcamp" inter-régional des futurs internes de phase socle de dermatologie du grand ouest s'est tenu les 26 et 27 octobre 2023 au centre de simulation All'Sims du CHU d'Angers. Cette initiative de l'Institut de Dermatologie du Grand Ouest (IDGO), unique en France, vise à accompagner l'entrée en fonction des internes de dermatologie au moyen d'enseignements réflexifs en séances plénières et lors d'ateliers.

Le contenu pédagogique est axé sur la transition du statut d'étudiant hospitalier à la position d'interne débutant. Les étudiants ont ainsi bénéficié d'enseignements sur le déroulé et le contenu du DES de dermatologie, sur les spécificités du métier d'interne et leurs prérogatives, une formation à la recherche bibliographique et au travail de thèse, et l'apprentissage des zones anatomiques à risque chirurgical de la tête et du cou via l'application AKIVI®.

Les néo-internes ont également participé à différents ateliers : simulation haute-fidélité (consultation d'annonce avec patient simulé et simulation procédurale en situation d'urgence sur mannequin), exérèse-suture sur peau artificielle, manipulation et choix de pansements selon le stade d'une plaie, corrélation anatomo-clinique sur la table Anatomage® avec enseignants pathologistes et cliniciens. Une introduction au diagnostic dermatologique analogique (plutôt qu'analytique) leur a été proposée au moyen de PALMs (*Perceptual and Adaptive Learning Modules*).

Nous travaillons actuellement sur l'évaluation de la pertinence de cet enseignement, inédit pour les internes de dermatologie, notamment en terme de sentiment d'aisance au travail, au moyen d'auto-questionnaires trimestriels adressés au cours de la première année d'internat.

L'espace simulation en santé de Laval.

Jean Luc Hercé, Directeur des soins et coordonnateur général des instituts de formation ; CH Laval

Dans le cadre d'une extension de bâtiment en 2021, un espace de simulation en santé a été créé au sein du pôle régional de formation santé/social de Laval. Ce pôle regroupe sur un même site plusieurs organismes de formation paramédicale et sociale qui déclinent des cursus en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie, en ergothérapie, d'aides-soignants, d'assistants éducatifs et sociaux et assistants familiaux.

L'espace de simulation créé propose différents espaces, une chambre avec salle de bain, un studio de vie, un poste de soin, une salle d'accueil pour des entretiens. Tous ces locaux, ainsi que le couloir, sont équipés pour une captation vidéo, ce qui autorise la réalisation de séquences au cours desquelles il est possible de suivre les acteurs entre la chambre et le poste de soin, avec un report vers la régie et les salles de débriefing.

Cet espace permet de réaliser des séquences par simulation qui peuvent être centrées sur la prise en soin en milieu hospitalier ou médico-social, mais aussi de l'accompagnement à domicile.

L'implication a été d'emblée très importante de la part des équipes pédagogiques, avec des premières séquences déclinées pour chacune des formations présentes. La satisfaction des étudiants et élèves sur ces premiers temps a encouragé rapidement le développement et la construction par les équipes pédagogiques, de scénarios intégrant une dimension d'interprofessionnalité.

La diversité des cursus proposés sur le site, leurs complémentarités sur les parcours de soins et d'accompagnement, ainsi que les habitudes ancrées des équipes sur le travail en interfiliarité, permettent aujourd'hui de projeter un développement constant des liens sur des scénarios de formation partagés, dans des mises en situation au plus près de l'exercice coordonné des futurs professionnels.

Brèves

BRÈVES

Formation « Sécurité des soins » destinées aux binômes managériaux.

Véronique Delmas, responsable du CAP'Sim ; Centre Hospitalier Le Mans

En 2023, le CAP'Sim a proposé un programme de formation innovant autour de la thématique « Sécurité des soins en équipe » aux binômes managériaux de proximité du Centre Hospitalier Le Mans sur une période de 4 mois. La cible apprenante était 100% des cadres de santé, cadre supérieur de santé, chefs de service et chefs de pôle. Les objectifs généraux étaient de :

- Développer les connaissances et compétences autour des 3 thématiques sécuritaires ciblées : le numérique, les médicaments et les transmissions sécurisées,
- Connaître les outils de bonnes pratiques en lien avec ces 3 thématiques,
- Sensibiliser aux concepts du travail en équipe transférables en situation de soins ou en situation managériale.

L'approche pédagogique reposait sur de la ludo-pédagogie avec la réalisation de 3 escape game successifs (chacun avec un format standard de briefing, escape game, débriefing) puis d'un débriefing collectif centré sur le travail d'équipe.

Le déploiement a été soutenu par la direction générale, la direction qualité, la direction des soins, et la direction des affaires médicales.

Au total, 9 sessions ont été réalisées permettant de former 68% de la cible totale. Le taux de satisfaction était de 8,9/10. L'impact pédagogique a montré une augmentation significative ($p < 0,001$) du score total à l'hétéroévaluation des connaissances portant sur les 3 thématiques. Le bénéfice secondaire attendu est une diffusion des bonnes pratiques aux équipes et une facilitation de l'engagement des services pour les formations par simulation. Compte tenu du succès de ces formations, une publication est en attente et un niveau 2 est déjà en construction pour 2024.

Articles originaux

Les ressorts de l'adhésion à la simulation haute-fidélité en santé : de la ressemblance du mannequin au réalisme de la simulation.

Romain Lonceint¹, François Jaujard², Cédric Dumas³, Corinne Lejus-Bourdeau^{4,5}.

1. IMT Atlantique, LEMNA

2. École des Mines de Saint-Étienne, COACTIS

3. IMT Atlantique, LS2N

4. Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale, CHU de Nantes

5. Laboratoire Expérimental de Simulation de Médecine Intensive de l'Université (LE SiMU) de Nantes

Auteur correspondant : romain.lonceint@imt-atlantique.fr

Résumé

Introduction : L'idée de réalisme est très présente dans les simulations haute-fidélité qui utilisent des mannequins de plus en plus perfectionnés tout en cherchant à reconstituer l'environnement de travail des soignants. Cette étude vise à interroger la place de l'effet de réalité dans l'adhésion des apprenants à la simulation haute-fidélité. Au plan théorique, nous appréhendons la simulation haute-fidélité comme une fiction en tant qu'univers possible et vraisemblable.

Méthodes : L'étude s'appuie sur une méthodologie qualitative réalisée à Le SiMU de Nantes incluant des échanges informels avec l'équipe du centre de simulation ainsi que des entretiens semi-directifs avec des stagiaires en formation. Les données ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats : Les résultats questionnent l'impact de la ressemblance du mannequin au profit du réalisme de la simulation considérée comme un dispositif complet capable d'emporter l'adhésion des apprenants. Le caractère fictionnel de la simulation s'impose à tous comme une évidence, tout en renforçant l'adhésion.

Discussion : Finalement, l'étude apporte un éclairage sur les ressorts de l'adhésion à la simulation haute-fidélité : au-delà de la ressemblance du mannequin, c'est bien son inscription dans une simulation réaliste, au sens d'un réel possible et vraisemblable, qui favorise la compétence fictionnelle du « faire comme si » et permet l'immersion des apprenants dans la simulation.

Mots clés : Formation, simulation, haute-fidélité, effet de réalité, fiction.

Introduction

À la suite d'une immersion de plusieurs semaines au centre de simulation du CHU d'Angers, Théo Calmejane publiait une bande dessinée intitulée *Plus vrai que nature* (Éditions Vide Cocagne, Nantes, 2021) dans laquelle il livrait sa compréhension de la simulation en santé à visée formative. Comme en témoigne le titre de cette bande dessinée, l'idée de réalisme est très présente dans les formations médicales et paramédicales par simulation, a fortiori lorsqu'il s'agit de simulations dites « haute-fidélité » ou « pleine-échelle » [1], qui utilisent des mannequins de plus en plus perfectionnés disposant de nombreuses

fonctionnalités tout en cherchant à reconstituer l'environnement de travail des soignants [2]. Ainsi, le réalisme des simulations fait fréquemment l'objet de l'évaluation de la formation [3]. Plus précisément, la qualité des repères anatomiques et le réalisme des situations peuvent être évalués [4].

Concrètement, l'apprentissage en simulation est rendu possible par une déclinaison de l'effet de réalité en différents niveaux. Un premier niveau de réalisme est relatif aux mannequins. Les mannequins procéduraux sont dédiés à la réalisation de gestes précis et adaptés à

certaines thématiques ; ainsi, pour l'intubation difficile, une petite ouverture de bouche, avec trismus, raideur cervicale, œdème de la base de langue permet aux apprenants de s'entraîner aux gestes [4]. Les mannequins haute-fidélité cherchent quant à eux un niveau de réalisme plus élevé par la reproduction à l'échelle de l'ensemble du corps et de nombreuses fonctionnalités réparties [1]. Un second niveau de réalisme concerne le contexte, l'espace et le matériel autour du mannequin qui rendent la situation plus réelle. L'ensemble des éléments de la situation font l'objet d'une présentation détaillée préalable aux apprenants afin de mieux les immerger dans le contexte [5]. L'apprenant constate qu'il pourra ensuite interagir concrètement avec le patient, sa pathologie, l'espace d'intervention, la situation rencontrée et l'ensemble des relations dans le registre du temps réel. C'est dans cet espace organisé que la simulation haute-fidélité peut alors se jouer : c'est le réalisme de la situation qui est visé, réalisme propice à l'apprentissage du travail d'équipe permettant la mobilisation des compétences non techniques comme l'anticipation, la planification, l'appel d'autres acteurs, la réévaluation d'une situation, la communication [6].

Les travaux signalent cependant deux écueils dans la recherche de réalisme. Le premier consiste dans une nécessaire prise de distance par rapport au côté ludique. Le débriefing régulier au fil des scénarios permet de dépasser l'aspect divertissant qui pourrait constituer un biais de la simulation en la dirigeant vers le jeu plus que vers l'apprentissage [6]. La seconde difficulté est que la simulation dans sa recherche de réalisme ne doit pas entrer en contradiction avec la réalité de l'apprenant qui, elle, n'est pas simulée : la déstabilisation au plan émotionnel de l'apprenant peut provenir de la peur de ne pas réussir, de sa difficulté à revoir ses actions sous la forme filmée lors du débriefing [3] ou de (re)vivre des scènes traumatisantes [5]. Le réalisme dans la simulation vise donc à aider l'apprenant à mémoriser l'organigramme décisionnel sans le mettre en difficulté sur le plan émotionnel.

Ce développement sur les travaux relatifs à la fidélité par rapport à la situation dans la simulation permet de mieux situer notre étude qui focalise sur l'importance de la ressemblance du mannequin dans le réalisme de la simulation et dans l'adhésion des apprenants à la

simulation haute-fidélité. Pour ce faire, nous proposons d'appréhender la simulation haute-fidélité comme une fiction, non pas au sens de mensonge ou d'illusion, mais en tant qu'univers possible et vraisemblable [7] combinant à la fois des dimensions inventées et des éléments factuels [8]. L'adhésion à la simulation suppose pour les stagiaires une conviction de vraisemblance qui permet de dépasser une forme de suspicion naturellement éprouvée face aux fictions [9]. Ainsi, certains auteurs [4] ont relevé cette défiance par rapport à la simulation parce qu'elle se distingue de la réalité. Les travaux dans ce domaine soulignent que l'adhésion à une fiction suppose une capacité à faire « comme si » tout en sachant qu'il ne s'agit pas de la réalité [10] : par le jeu de la fiction cognitive, l'individu ne peut s'empêcher d'y adhérer même lorsqu'il sait que celle-ci est illusoire [8].

Dans quelle mesure l'effet de réalité permet-il aux stagiaires en formation de se prendre au jeu de la simulation haute-fidélité, d'entrer dans la « fiction » qui leur est proposée ? C'est à cette problématique que se propose de répondre cette recherche qui fait suite à une mise en relation par le cluster de recherche FAME (Human Factors for Medical Technologies) avec LE SiMU (Laboratoire Expérimental de Simulation de Médecine Intensive de L'université de Nantes).

Méthodes

Cette étude s'appuie sur une méthodologie qualitative mise en œuvre à LE SiMU de Nantes ; elle a été conduite par les deux premiers auteurs de l'article, tous deux enseignants-chercheurs en sciences de gestion. Initiée par une visite du centre de simulation et des échanges informels avec l'équipe, l'étude a donné lieu à la réalisation de neuf entretiens semi-directifs avec des stagiaires de trois formations (médecine d'urgence, obstétrique et anesthésie). Les répondants ont été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon diversifié tant sur le plan des catégories socio-professionnelles (médecin, infirmière, sage-femme) que des formations suivies à LE SiMU de Nantes (formation continue et formation initiale). Le détail des entretiens est présenté dans le Tableau 1. Afin de garantir l'anonymat des répondants, les prénoms ont été modifiés. Les entretiens se sont appuyés sur un guide d'entretien (Annexe 1) ; ils ont tous été réalisés en visioconférence et enregistrés avec l'accord des

répondants. Les données recueillies dans le cadre de cette étude ont fait l'objet de retranscriptions d'entretiens, puis d'une analyse de contenu thématique sur la base d'un codage émergent. Les résultats fournissent de nombreux

retours sur le réalisme de la simulation quant au mannequin et à l'ensemble du dispositif de simulation.

Profil du répondant	Formation suivie	Durée d'entretien
Samuel, interne en médecine d'urgence	Stage médecine d'urgence (formation initiale)	45 minutes
Mathieu, interne en médecine d'urgence	Stage médecine d'urgence (formation initiale)	1 heure 12 minutes
Léa, interne en médecine d'urgence	Stage médecine d'urgence (formation initiale)	1 heure 15 minutes
Cécile, infirmière-anesthésiste	Stage obstétrique (formation continue)	34 minutes
Clarisse, sage-femme	Stage obstétrique (formation continue)	44 minutes
Sylvie, pédiatre	Stage obstétrique (formation continue)	59 minutes
Xavier, infirmier-anesthésiste	Stage anesthésie (formation continue)	1 heure 11 minutes
Philippe, infirmier-anesthésiste	Stage anesthésie (formation continue)	50 minutes
Sophie et Corentin, infirmiers-anesthésistes	Stage anesthésie (formation continue)	42 minutes

Tableau 1 : Population interviewée.

Résultats

Les résultats de notre étude questionnent l'impact de la ressemblance du mannequin au profit du réalisme de la simulation considérée comme un dispositif complet capable d'emporter l'adhésion des apprenants à la fiction comme le montre la Figure 1.

Les données montrent tout d'abord que le mannequin est essentiel pour l'effet de réalité dans la simulation : « Le

mannequin, il est central, dans le sens où ça rend la simulation plus réaliste. Et ça nous permet de nous rapprocher d'une situation réelle et d'imaginer un vrai patient à la place du mannequin. » (Léa, interne de médecine d'urgence). Il est perçu comme très réaliste du fait de son « gabarit d'homme [qui] représente quand même quelqu'un dans la pièce. » (Mathieu, interne de médecine d'urgence),

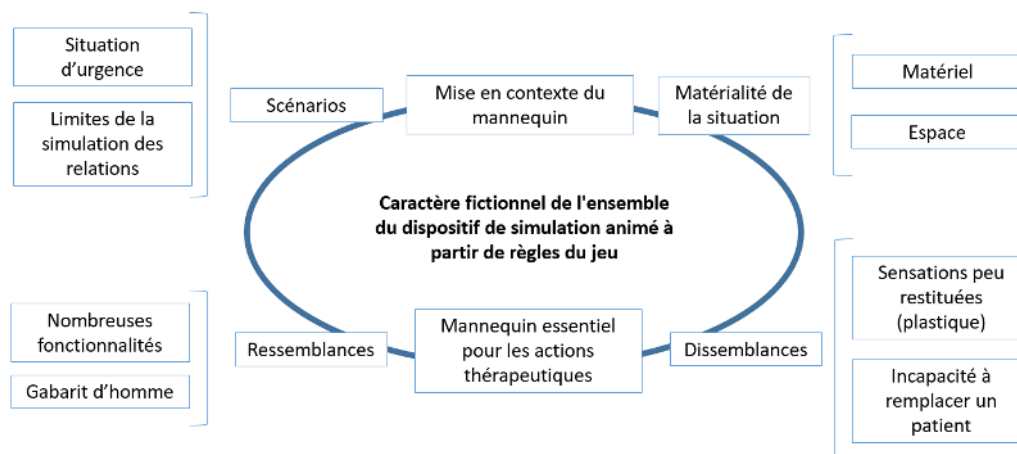


Figure 1 : Les dimensions du dispositif fonctionnel en interaction.

mais aussi de ses nombreuses fonctionnalités qui sont jugées utiles par les stagiaires : « *C'est quand même plutôt bien fait. Le patient, il peut cligner des yeux, il peut parler, sa langue peut gonfler et je peux lire des choses comme ça. On peut le faire respirer, on voit ses poumons bouger.* » (Sophie et Corentin, infirmiers-anesthésistes). Là où le mannequin apparaît le plus réaliste, c'est quand il permet un entraînement aux actions thérapeutiques : « *Le travail sur le mannequin, il est un peu diagnostique, mais il est surtout thérapeutique, c'est-à-dire qu'une fois qu'on a identifié ce qui n'allait pas chez le mannequin, c'est tous les gestes qui sont derrière qu'il faut qu'on mette en œuvre. On va assez vite trouver ce qui ne va pas chez le mannequin. [...] On va aller directement voir s'il y a une LED allumée dans la bouche. D'accord, maintenant, on sait ce qu'il a, qu'est-ce que vous faites ? C'est plus cette partie-là qui est intéressante. Le mannequin il ne joue plus un si grand rôle, en fait.* » (Léa, interne de médecine d'urgence). Des limites au réalisme du mannequin sont clairement identifiées par les stagiaires. Ainsi, certaines sensations semblent peu restituées : « *Pour la sensation, quand on fait le geste, c'est un peu différent parce qu'on voit bien que c'est plastique contre plastique parfois... Mais après, je pense qu'on ne s'attarde pas là-dessus parce qu'on sait que dans la réalité, ce n'est pas les vraies sensations.* » (Sophie et Corentin, infirmiers-anesthésistes). Quelques idées d'améliorations sont ponctuellement émises, sans s'y attarder beaucoup cependant : « *Un mannequin amélioré, c'est de pouvoir injecter les produits. Ah ça, ce serait génial. C'est vrai qu'on fait comme si on préparait, mais on ne prépare pas vraiment.* » (Cécile, infirmière-anesthésiste). Le constat est néanmoins très positif par rapport aux attentes des apprenants envers le mannequin, ce qui interroge quant à la pertinence d'accroître encore son réalisme pour le besoin de la formation : « *J'ai déjà trouvé assez bluffant le fait de pouvoir avoir accès à ce genre de mannequin [...]. Il n'y a aucun mannequin qui remplacera la réalité. [...] Dans tous les cas, on aura bien conscience que ce n'est pas un vrai bébé, on le sait, même s'il est hyper réaliste.* » (Clarisse, sage-femme).

Au-delà du mannequin, la mise en contexte apparaît comme un élément essentiel pour le réalisme de la simulation : « *(Je me suis senti en situation) parce qu'il y avait les scénarios, des alarmes, le bruit des alarmes. Et puis en fait, tout le monde se mettait dedans.* » (Sophie et

Corentin, infirmiers-anesthésistes). Le réalisme ne s'arrête donc pas au seul mannequin : « *L'entourage du mannequin est encore plus important que le mannequin lui-même.* » (Léa, interne de médecine d'urgence). Le contexte, l'environnement de la simulation a une importance cruciale et doit être pertinent : « *Peut-être qu'on pourrait améliorer leur réalisme sur l'environnement ou peut-être que certaines situations [pourraient être] réalisées dans un box des urgences ou dans un camion de pompiers, être vraiment sur notre lieu de travail ou [...] vraiment avec les équipes avec lesquelles on a l'habitude de travailler, peut-être faire une séance où on est avec les infirmières du service, avec les aides-soignants du service.* » (Léa, interne de médecine d'urgence). Par conséquent, les limites au réalisme concernent donc la mise en contexte et notamment le déroulement du scénario : « *Il y a quelques limites à la simulation. On se sent moins à l'aise à partir du moment où il faut, par exemple, (transmettre) son bilan et appeler le 15, et où on n'a pas de téléphone pour le faire, ou on doit imaginer la réponse qu'on nous apporte.* » (Léa, interne de médecine d'urgence). Mais le contexte n'est pas toujours facile à restituer : « *Au final, on ne retrouvera pas le contexte avec les familles stressées autour de nous. [...] Quand on intervient vraiment sur une course de vélo, il y a la pression de la foule autour qui nous regarde [...] et qui nous oblige même à pousser le malade pour être tranquille, ça on ne peut pas trop l'avoir en simulation.* » (Mathieu, interne de médecine d'urgence). C'est bien la dimension relationnelle que la simulation peine à restituer ; la simulation laisse en effet la possibilité de s'exprimer plus librement que dans la réalité : « *Combien de fois en simu on a entendu « oh putain merde, on est en train de se planter » ou d'entendre des « oh là là, on va le perdre » alors que ça, c'est des choses qu'on ne peut pas dire en vrai. C'est des choses qu'on ne peut pas évoquer devant un patient.* » (Léa, interne de médecine d'urgence). L'interaction réaliste avec le patient, les membres de l'équipe ou les familles n'est pas vraiment possible, notamment sur les sujets les plus difficiles : « *Et quand on a quelqu'un qui nous regarde et qui nous dit « je veux pas mourir, je veux pas mourir » [...] C'est un biais de la simulation dans le sens où, devant le mannequin, c'est sûr qu'on va avoir moins de scrupules à exprimer nos inquiétudes et exprimer le fait qu'on n'est pas sûr alors que devant un patient, même quand on n'est pas sûr, alors on*

a le droit de lui dire qu'on n'est pas sûr, mais il faut qu'on lui explique. » (Léa, interne de médecine d'urgence). De ce fait, le rôle joué par l'apprenant peut sembler moins complet que dans la réalité : « Le patient, s'il a la jambe cassée, il va essayer de se lever et de marcher ou quelque chose comme ça. Du coup, ça aggrave le scénario, il faut le tenir tranquille. Ça ajoute du réalisme qu'on n'a peut-être pas dans la simu avec le mannequin, on est sûr que notre mannequin ne va pas bouger. » (Mathieu, interne de médecine d'urgence).

Finalement, le caractère fictionnel de la simulation s'impose à tous comme une évidence, et devient facteur d'adhésion. Le mannequin s'intègre dans une fiction : « Je ne suis pas sûr que la qualité du mannequin soit le plus important. Je pense que c'est l'environnement, c'est d'avoir le mannequin, bien sûr, mais c'est d'avoir le chariot d'urgence, d'avoir le pompier qui nous raconte l'histoire afin d'avoir toute l'histoire autour. Le mannequin, il nous parle avec ce petit micro au début, il nous dit que ça ne va pas bien. Il nous raconte une histoire et c'est toute l'histoire qu'il y a autour. Je trouve ça encore plus immersif que le mannequin lui-même, le mannequin, il aura toujours une peau en caoutchouc. » (Léa, interne de médecine d'urgence). Le caractère fictionnel de l'ensemble du dispositif est parfaitement identifié par les apprenants : « On sait que c'est une mise en scène, qu'on est plusieurs à apprendre, qu'on est filmé, qu'on nous regarde, qu'on va être jugé sur comment on va s'y prendre. » (Sophie et Corentin, infirmiers-anesthésistes). La simulation, ce n'est pas la « vraie vie » parce que les enjeux ne sont les mêmes : « Dans la vraie vie et dans la vraie réalité, on a quand même conscience qu'on n'est pas sur un jeu. Moi, il m'arrive des fois de me dire : oh putain, tu ne vas pas le récupérer celui-là. » (Sylvie, pédiatre). Les tâches et les interactions ne sont pas complètement les mêmes en simulation : « Dans la vraie vie, on passerait dix minutes à voir notre patient, à s'assurer qu'il n'y a pas de souci. Dans la simulation, on ne le fait pas du tout ! » (Philippe, infirmier-anesthésiste). La réalité transmet davantage d'informations que la simulation : « Même quand on est devant le mannequin, on voit un gars de 60 kilos, alors que dans la vraie vie, on voit le patient obèse (ce qui donne des informations et fait réfléchir). » (Philippe, infirmier-anesthésiste), et ces informations sont essentielles pour la prise de décision : « Rentrer chez quelqu'un [...] ça va nous

orienter. Ah ben, il n'a pas d'ascenseur. Il ne va pas pouvoir rentrer chez lui tant qu'il ne peut pas monter quatre étages. Si on n'a pas tous ces petits repères-là au moment où on va arriver sur notre séance de simulation, ça va nous éloigner de notre vie réelle. » (Léa, interne de médecine d'urgence). Sur la base de la fiction proposée aux apprenants, l'adhésion à la simulation a lieu en mobilisant l'expérience : « Le scénario fait que ça nous renvoie toujours un peu à notre vécu. » (Xavier, infirmier-anesthésiste) ou encore « C'est des situations où on se remet dans la vraie vie. » (Samuel, interne de médecine d'urgence). Les enjeux du métier sont bien présents, de façon réelle : « On est sur la vie ou la mort. On va y penser quand même. Parce que ça nous renvoie à notre vie quotidienne. » (Sylvie, pédiatre). L'expérience permet d'intervenir au mieux et incite à la vigilance : « On sait qu'il va se passer quelque chose en simulation, il s'agit de mieux repérer les signes, or ce n'est pas forcément flagrant » (Philippe, infirmier-anesthésiste). L'adhésion à la fiction prend la forme d'une projection dans une situation vraisemblable, imaginée : « Pour ce scénario, je me suis dit : je suis tombé sur le truc qui pourrait m'arriver n'importe quand à l'hôpital où que je sois, en SMUR ou à l'hôpital, partout. » (Mathieu, interne de médecine d'urgence). Enfin, de nombreux verbatim ont trait à la qualité de l'animation des scénarios par les formateurs qui permet l'adhésion sans réserve à la simulation. Cette animation repose sur des règles comme « le mannequin ne meure jamais » ou encore « il n'y a aucun jugement pendant la simulation ».

Discussion

Cette recherche visait à interroger la place de l'effet de réalité dans l'adhésion des stagiaires à la simulation haute-fidélité. La discussion des données permet de souligner plusieurs apports, mais aussi de pointer quelques limites. Notre étude confirme tout d'abord que le mannequin haute-fidélité, avec ses nombreuses fonctionnalités, est essentiel, notamment pour la réalisation d'actes thérapeutiques en temps réel selon les besoins et, plus généralement, pour rendre possible l'immersion dans la simulation [1]. Les mannequins procéduraux conservent tout leur intérêt pour l'entraînement à des gestes techniques spécifiques [4]. Le premier apport de la recherche est qu'il ne semble pas forcément prioritaire d'améliorer encore la ressemblance du mannequin qui –

avec ses limites— semble jouer le rôle attendu. En dépit du réalisme qui confère à la machine une forme humaine, la ressemblance du mannequin ne lui permet pas d'entrer en lien étroit avec les apprenants en devenant le patient. Nos données invitent plutôt à intégrer le mannequin au côté d'autres ressources dans la fiction que constitue la simulation.

C'est le second apport de notre étude : la simulation est perçue comme une fiction qui rend compte d'un réel possible, vraisemblable, et devient donc opportunité d'investissement dans laquelle l'apprenant se projette pour se préparer. Loin d'être mensonge [7], la fiction est donc moyen de simuler une réalité possible dans l'exercice du métier. Pour être réaliste, cette fiction doit remplir de nombreuses conditions qui sont identifiées et rassemblées dans cette recherche. Elle doit d'abord faire l'objet d'une présentation et de rappels en termes de connaissance puis proposer un récit mobilisant des ressources nombreuses dont le mannequin n'est finalement qu'une partie ; on parlera donc plutôt de dispositif de simulation, composé de mannequins, d'un scénario, d'espace et de matériels, de savoir-faire en animation et de talents d'acteurs garantissant la vraisemblance, permettant l'immersion. Ainsi les formateurs deviennent des professionnels de la fiction. En second lieu, à l'image de la fiction [11], le dispositif de simulation est support d'un imaginaire collectif pour une communauté d'intérêts, de repères d'un monde commun par solidification des références collectives. L'adhésion à la simulation a donc une dimension collective autour de convictions partagées et d'instances faisant autorité [12]. Les scénarios sont vécus collectivement par les stagiaires, qu'ils soient en salle de simulation comme en salle de retransmission, et s'inscrivent dans des pratiques partagées. En troisième lieu, là encore très proche de la logique fictionnelle [12], au-delà du réalisme du dispositif de simulation, la compréhension par les stagiaires de ses usages et de ses enjeux est déterminante pour devenir une possibilité crédible et envisageable [13].

Notre recherche apporte un éclairage sur les ressorts de l'adhésion à la simulation haute-fidélité en questionnant la place de l'effet de réalité dans celle-ci : au-delà de la ressemblance du mannequin au patient, c'est bien son inscription dans une simulation réaliste, au sens d'un réel possible et vraisemblable, qui favorise la compétence

fictionnelle du « faire comme si » et permet l'immersion des apprenants dans la simulation. Il semble possible de regrouper les éléments de réalisme du dispositif de simulation en deux ensembles. En premier lieu, plusieurs verbatims sont relatifs aux règles du jeu de la simulation. Ainsi, la dimension ludique s'oriente vers l'apprentissage, ce qui évite le risque du jeu [6]. De même, l'animation limite la peur de ne pas réussir [3-5] puisque la simulation n'est pas le lieu du jugement et que le mannequin ne peut pas mourir. En second lieu, les données montrent une demande pour améliorer le réalisme de la situation. Ainsi, les verbatims expriment un souhait de s'entraîner à préparer les produits à injecter dans le mannequin ou à réaliser la simulation avec les collègues de travail eux-mêmes, sur le lieu de travail. De surcroît, le réalisme suppose de disposer d'un matériel, comme le téléphone, et de la possibilité d'appeler des correspondants extérieurs, par exemple le 15. Pour emporter l'adhésion, la fiction a donc besoin, d'une part, de règles du jeu et, d'autre part, de s'enraciner dans des éléments matériels qui représentent concrètement la situation de travail. De ce fait, selon nous, sans oublier les ressources matérielles et l'espace nécessaires pour permettre la mise en situation, les centres de simulation en santé devraient se concentrer sur le travail d'animation en renforçant l'accompagnement des formateurs dans le développement de compétences de scénariste, d'acteur, d'animateur et de mise en scène.

Enfin, notre étude comporte quelques limites qui sont autant de perspectives visant à prolonger la recherche. Dans la mesure où l'étude a porté sur des formations réalisées uniquement à LE SIMU de Nantes, une première piste serait de collecter des données auprès d'autres centres de simulation afin de comparer les pratiques et les représentations liées à l'usage des simulateurs haute-fidélité. S'attachant à la question du réalisme, l'étude pourrait également prendre en compte le point de vue des formateurs, mais aussi celui des fournisseurs de matériel de simulation et être élargie à d'autres formations telles que les simulations « in situ » réalisées directement sur le lieu de travail des stagiaires ou encore les formations réalisées sur « patient simulé » dans lesquelles un acteur joue le rôle du patient.

Références

- [1] Audran J. Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité. *Recherche & formation*. 2016 ; 2(82) : 9-16.
- [2] Vadcard L. Réflexions à propos de la conception d'environnements de formation par la simulation : le cas de la formation médico-chirurgicale. *Raisons éducatives*. 2017 ; 1(21) : 81-96.
- [3] Coyer C, Gascoin G, Sentilhes L, Savagner C, Berton J, Beringue F. Évaluation de la simulation haute-fidélité dans la formation initiale à la réanimation en salle de naissance chez les étudiants sages-femmes. *Archives de pédiatrie*. 2014 ; 21(9) : 968-975.
- [4] Wiel E, Lebuffe G, Erb C, Assez N, Menu H, Facon A, Goldstein P. Intérêt de la simulation réaliste dans l'évaluation de l'enseignement de l'intubation difficile aux médecins urgentistes. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2009 ; 28(6) : 542-548.
- [5] Méchineaud M, Berton J, Barbarot S, Humeau H, Reliat C, Granry JC, Martin L. Utilisation de la simulation en santé pour l'éducation thérapeutique des parents d'enfants souffrant d'un angio-œdème héréditaire. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2020 ; 147(5) : 340-349.
- [6] Oriot D, Boureau-Voultoury A, Ghazali A, Brèque C, Scépi M. Intérêt de la simulation en pédiatrie. *Archives de pédiatrie*. 2013 ; 20(6) : 667-672.
- [7] Schaeffer JM. Pourquoi la fiction ? Paris : Le Seuil ; 1999.
- [8] Schaeffer JM. Quelles vérités pour quelles fictions ? *L'Homme*. 2005 ; 3-4(175-176) : 19-36.
- [9] Heinich N, Schaeffer JM. Art, création, fiction : entre sociologie et philosophie. Nîmes : Editions Jacqueline Chambon ; 2004.
- [10] Flahault F, Heinich N. La fiction, dehors, dedans. *L'Homme*. 2005 ; 3-4(175-176) : 7-18.
- [11] Heinich N. Les limites de la fiction. *L'Homme*. 2005 ; 3-4(175-176) : 57-76.
- [12] Flahault F. Récits de fiction et représentations partagées. *L'Homme*. 2005 ; 3-4(175-176) : 37-55.
- [13] Sfez L. La technique comme fiction. *Revue européenne des sciences sociales*. 2002 ; 40(123) : 65-74.

*Pour citer cet article : Lonceint R, Jaujard F, Dumas C, Lejus-Bourdeau C. Les ressorts de l'adhésion à la simulation haute-fidélité en santé : de la ressemblance du mannequin au réalisme de la simulation. Rev'SimS. 2023 ; 5 : 6-13
DOI : 10.48562/revsims-2023-0002*

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes + Exemples de questions
Présentation générale : parcours et activité	Présentation du parcours : Pourriez-vous présenter votre parcours (formation, expériences, choix du métier) ? Présentation du poste actuel : Pourriez-vous présenter votre poste actuel (service, activité) ? Qu'est-ce qui fonctionne dans votre poste actuel ? Qu'est-ce qui est source de difficultés ?
Attentes vis-à-vis de la simulation haute-fidélité	Contexte de la formation : Comment la formation vous a-t-elle été présentée (intérêt à suivre la formation) ? Si formation continue : pour quelles raisons allez-vous suivre la formation ? Est-ce un choix ou une obligation ? Attentes et intérêt pour la formation : Avez-vous déjà suivi une formation par la simulation ? Si oui, de quel type de formation s'agissait-il ? Étiez-vous motivé pour suivre cette formation ? Avez-vous des attentes quant à la formation ? Si oui, lesquelles ? Le fait de participer à cette formation était-il une source de stress ?

Articles originaux

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

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

1. IFSI/IFAS du Centre Hospitalier Le Mans

2. Centre de simulation All'Sims - Centre Hospitalier d'Angers

3. Service de dermatologie - Centre Hospitalier d'Angers

Auteur correspondant : cletellier@ch-lemans.fr

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

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

Matériels et Méthodes

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

Population et échantillonnage

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

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

Les PS devaient répondre aux critères d'inclusion suivant :

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

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

Evaluation

a) Critères de jugement

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

Les critères de jugements secondaires étaient les suivants :

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

b) Outils d'évaluation

Chaque participant devait renseigner 2 questionnaires :

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

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

Recueil des données et analyses statistiques

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

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

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

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

Résultats

Population générale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère de jugement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les éléments jugés comme discutables étaient plus nombreux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Points forts et limites de l'étude

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Références

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

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

- [4] Burnier I, Bouchard-Lamothe D, Khouani Z. Patient simulé et patient standardisé : peut-on en finir avec le terme SPs ? *Pédagogie Médicale.* 2019;20(3):147-9.
- [5] Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS ; décembre 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf *simulation_en_sante_-_rapport.pdf* [Internet]. [Consulté le 20/12/2022].
- [6] Galy É, Camps JF, Mélan C. Performances de mémorisation en fonction de la modalité d'encodage au cours des 24 heures chez des travailleurs postés. *Trav Hum.* 2004;67(1):21-40.
- [7] Oriot D, Alinier G. La simulation en santé: le débriefing clés en mains. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019.
- [8] Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Rech Form.* 2016;82(2):17-30.
- [9] Fenouillet F. La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Savoirs.* 2011;25(1):9-46.
- [10] Verborg S, Cartier I, Berton J, Granry JC. Les simulations de consultation et la question des acteurs — patients simulés ou standardisés. *Bull Académie Natl Médecine.* 2015;199(7):1165-72.
- [11] Burnier I, Fotsing S, Bouchard-Lamothe D, Amrani S. Briefing des patients simulés en cinq étapes : effets perçus sur la préparation à la pratique simulée. Données d'un projet pilote. *Pédagogie Médicale.* 2019;20(4):177-85.
- [12] Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029527714>
- [13] Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>

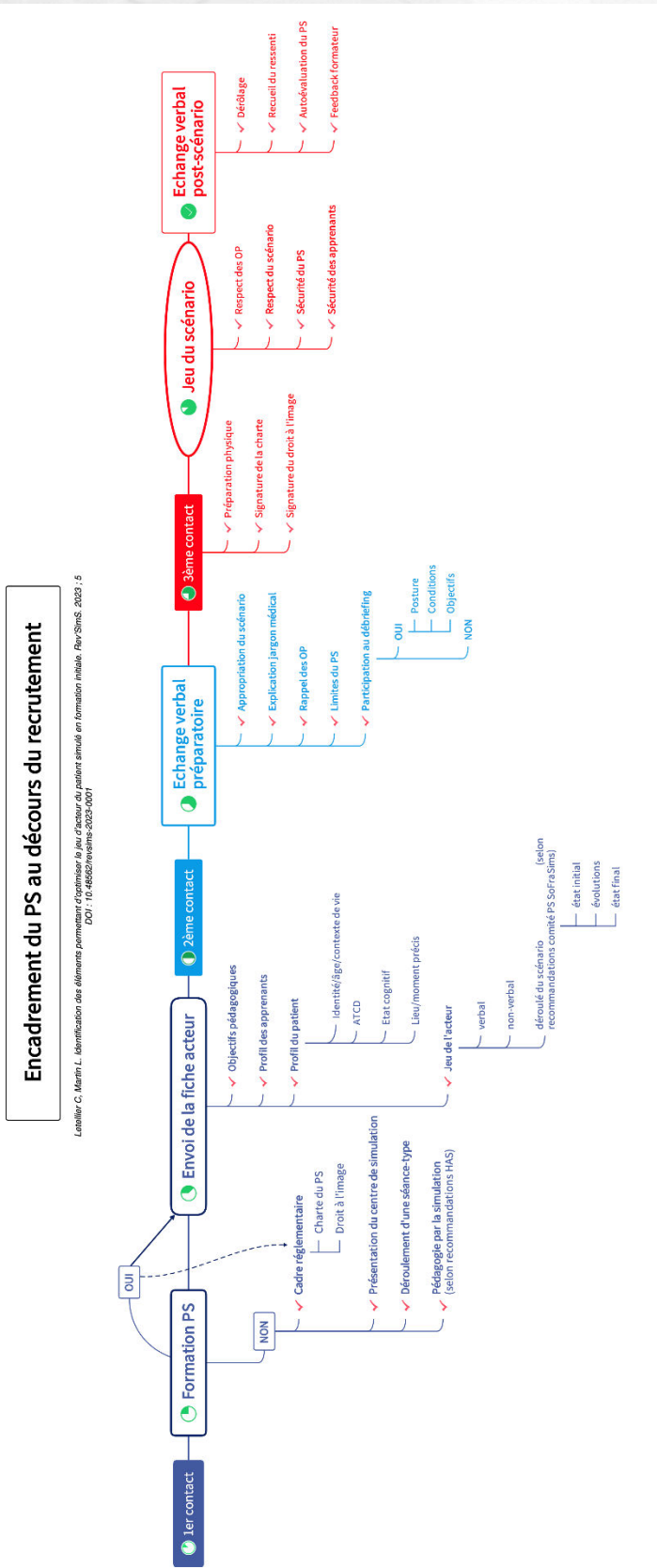
Pour citer cet article : Letellier C. Identification des éléments permettant d'optimiser le jeu d'acteur du patient simulé en formation initiale. Rev'SimS. 2023 ; 5 : 14-23

DOI : 10.48562/revsims-2023-0001

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

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

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



Articles originaux

Approche par les modèles mentaux d'équipe de l'amélioration des compétences non-techniques en situation d'urgence grâce à la simulation pleine échelle.

Lara Poitrin ¹, Ludovic Martin ², Nicolas Lerolle ³, Emmanuel Rineau ⁴, Dominique Savary ⁵, Tom Alcouffe ³, Romain Charvet ⁵, Sophie Le Bris ⁶, Dominique Philippe Martin ¹.

1. Univ Rennes, CNRS, CREM – UMR 6211, Rennes, France

2. Université d'Angers - Faculté de Santé - Centre de simulation en santé All'Sims

3. Université d'Angers - Faculté de Santé - Département de médecine intensive réanimation et médecine hyperbare - CHU Angers

4. Université d'Angers – Faculté de Santé – Département d'anesthésie-réanimation – CHU Angers

5. Université d'Angers – Faculté de Santé – Département de médecine d'urgence – CHU Angers

6. École Navale de Brest / LEGO UBO Chaire Résilience et Leadership.

Auteur correspondant : lara.poitrin@univ-rennes.fr

Remerciements : les auteurs remercient les participants à l'étude et les centres de simulation partenaires.

Résumé

Introduction : Les modèles mentaux d'équipe sont importants pour le développement de nombreuses compétences non-techniques au sein d'un groupe de travail. Nous nous interrogeons sur les apports de la simulation pleine échelle pluridisciplinaire et des débriefings sur la création et l'amélioration des compétences non techniques en situation d'urgence, via l'apport des modèles mentaux d'équipe et en fonction de l'ancienneté de collaboration entre membres.

Matériels et méthodes : Une approche qualitative inductive est utilisée, via une analyse de verbatims. Les données sont recueillies durant les moments de débriefings ayant lieu après des scénarios simultanés de simulation pleine échelle. Les verbatims sont analysés pour identifier des thèmes émergents et des schémas récurrents.

Résultats : L'analyse des verbatims révèle que les simulations et les débriefings jouent un rôle significatif dans le développement et la consolidation des modèles mentaux d'équipe. Ils permettent de remettre en question les schémas de pensée préétablis, d'explorer de nouvelles perspectives et d'ajuster les méthodes de travail durant des situations d'urgence. Les modèles mentaux partagés favorisent la communication efficace, la prise de décision collective et la résolution de problèmes collaboratifs.

Discussion et conclusion : Les simulations offrent un environnement propice à l'apprentissage, à la remise en question des schémas de pensée et à l'exploration de nouvelles approches. La mise en place de simulations pluridisciplinaires pour améliorer les compétences non techniques au sein des équipes de santé est recommandée.

Mots clés : modèles mentaux partagés, ancienneté, compétences non-techniques, simulation pleine échelle, débriefing.

Introduction

Modèles mentaux individuels, partagés et d'équipe

Les modèles mentaux individuels sont les structures cognitives que nous utilisons pour interpréter notre environnement, comprendre les informations, anticiper

des événements et prendre des décisions [1]. Ils impactent la manière dont nous percevons et réagissons aux situations. Jay Wright Forrester résume ainsi, « *l'image du monde qui nous entoure, que nous portons*

dans notre tête, n'est qu'un modèle. Personne n'imagine dans sa tête le monde entier, un gouvernement ou un pays. Il a seulement sélectionné des concepts et des relations entre eux, et les utilise pour représenter le système réel » [2].

Ce concept de modèle mental individuel est proche de celui de modèle mental partagé. Alors que les modèles mentaux individuels sont les représentations cognitives internes que chacun construit pour interpréter sa réalité, les modèles mentaux partagés se construisent et se partagent au niveau collectif, résultant de la collaboration et de l'interaction entre plusieurs individus au sein d'un groupe, durant une situation ou vis-à-vis d'un concept donné [3]. Ces modèles mentaux partagés peuvent prendre la forme de croyances communes, de perceptions communes, de valeurs communes ou encore de normes et conventions communes [4].

En sciences de gestion, la recherche s'est intéressée à un type précis de modèle mental partagé : le modèle mental d'équipe. Il s'agit des processus de pensée et représentations mentales au sein d'une équipe, pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs communs [5]. Il peut s'agir d'informations sur les rôles et responsabilités des membres, les stratégies de travail ou encore les processus de prise de décision [6]. Dans le cadre de cette étude, c'est précisément sur ces modèles mentaux d'équipe que se focalise notre attention.

Modèles mentaux d'équipe, compétences non-techniques et performance

Les compétences non-techniques englobent un ensemble de capacités cruciales qui vont au-delà des connaissances techniques spécifiques à un domaine [7]. Parmi ces compétences figurent la communication interpersonnelle, la résolution de problèmes, la prise de décision, la gestion du stress, la collaboration ou encore le leadership. Ces compétences humaines fondamentales complètent et renforcent les compétences techniques, contribuant ainsi de manière significative au succès individuel et collectif [8].

Les modèles mentaux d'équipe revêtent une importance cruciale pour le développement de nombreuses compétences non-techniques au sein d'un groupe de travail. La communication efficace, pilier essentiel de la réussite collaborative, est grandement facilitée par

l'existence de modèles mentaux partagés. Ces schémas de pensée communs créent un langage mental partagé, permettant une compréhension mutuelle et une transmission fluide d'idées au sein de l'équipe. De même, la prise de décision collective bénéficie considérablement des modèles mentaux d'équipe, car ils fournissent une base commune pour évaluer les options, aligner les objectifs et parvenir à un consensus éclairé. En outre, les compétences de résolution de problèmes en équipe sont fortement influencées par la clarté des modèles mentaux partagés, car ils offrent une orientation commune pour aborder les défis complexes [9] [10].

Ainsi, ces modèles mentaux d'équipe ne sont pas simplement des abstractions conceptuelles, mais plutôt des catalyseurs concrets qui favorisent la communication efficace, la prise de décision collective et la résolution de problèmes collaboratifs, autant de compétences non-techniques contribuant à la réussite globale d'une équipe [11].

Objectif de l'étude

Il peut arriver que les membres d'une équipe aient la certitude de partager des modèles mentaux alors qu'en réalité, leurs représentations mentales communes ne sont pas alignées, en particulier pour les équipes de santé, caractérisées par la collaboration étroite entre diverses professions et la confrontation récurrente à des situations complexes. Comment améliorer efficacement la concordance des modèles mentaux au sein d'une équipe de santé pluridisciplinaire ? Pour les équipes nouvellement formées, comment parvenir rapidement à partager des modèles mentaux justes ? Une approche prometteuse réside dans l'intégration de simulations pluridisciplinaires, que nous choisissons d'approfondir dans le cadre de cette étude exploratoire qualitative.

Dans ce travail, nous nous interrogeons sur les apports de la simulation pleine échelle pluridisciplinaire sur l'évolution des modèles mentaux d'équipe et en fonction de l'ancienneté de collaboration entre membres. Nous faisons le choix d'étudier séparément l'apport des scénarios et des débriefings pour envisager la façon dont ils se complètent dans l'acquisition et l'amélioration des modèles mentaux d'équipe.

Matériels et Méthodes

Approche qualitative inductive

Cette recherche adopte une approche qualitative inductive, mettant l'accent sur la compréhension approfondie et la découverte de nouvelles perspectives. En optant pour une méthodologie inductive, notre objectif est d'explorer et de décrire les phénomènes de manière holistique, en laissant émerger les thèmes et les modèles à partir des données elles-mêmes. Nous nous engageons dans une démarche exploratoire, sans préjugés préalables, afin de capturer la richesse et la complexité des expériences des participants. Cette méthode offre une flexibilité essentielle pour s'adapter à la diversité des contextes et des perspectives au sein des équipes de santé. Les données recueillies sont analysées pour identifier des tendances émergentes.

Design de l'étude et population

Au cours d'une période allant de 2021 à 2023, 30 équipes pluridisciplinaires, certaines ayant une expérience de collaboration et d'autres non, composées chacune de cinq professionnels représentant les cinq fonctions suivantes : médecin senior, interne, externe, infirmier (IDE ou IADE) et aide-soignant, issus de services d'urgence, de réanimation médicale et de réanimation chirurgicale, ont participé à des scénarios de simulation pleine échelle.

Les scénarios étaient axés sur des situations d'urgence, englobant à la fois des urgences médicales et des éléments perturbateurs. Un total de 83 scénarios de simulation pleine échelle ont été réalisés, comprenant trois scénarios successifs avec l'ensemble de l'équipe présente, suivis d'un débriefing général avec l'ensemble des participants, où chacun était invité à s'exprimer sur ses ressentis.

Recueil des données

Le recueil de données de cette étude a été réalisé à travers la collecte de verbatims en direct lors des débriefings, soulignant l'intérêt de ces derniers en tant que groupes de discussion à chaud. Les participants ont été encouragés à partager librement leurs impressions, en recourant à des questions ouvertes. L'analyse des verbatims a été réalisée par l'un des auteurs à l'aide du logiciel d'analyses de données textuelles Iramuteq®.

En recueillant des verbatims, cette étude vise à capturer les discours spontanés des participants, reflétant ainsi leurs pensées, leurs réactions et leurs prises de conscience pendant les situations simulées. Cette approche permet une exploration approfondie des expériences vécues par les membres de l'équipe, mettant en lumière les nuances des interactions, des décisions prises et des stratégies déployées dans des contextes d'urgence.

Les verbatims recueillis deviennent ainsi une source riche de données, offrant un aperçu détaillé des processus cognitifs, des dynamiques d'équipe et des réponses émotionnelles pendant les simulations. L'analyse de ces verbatims a permis d'identifier des thèmes émergents et des schémas récurrents concernant les modèles mentaux d'équipe et pouvant orienter le développement des compétences non-techniques au sein des équipes pluridisciplinaires.

En plus de l'analyse de verbatims, un questionnaire a été complété par les participants pour indiquer leur niveau d'ancienneté de collaboration, contenant une échelle de Likert allant de 0 (aucune ancienneté de collaboration) à 5 (ancienneté de collaboration de plus de 5 ans). Sur l'ensemble des équipes participantes, 23 % avaient une ancienneté de collaboration globale considérée comme faible ou inexistante, 37 % avaient une ancienneté de collaboration considérée comme moyenne et 40 % avaient une ancienneté de collaboration considérée comme forte.

Résultats

Via l'analyse des verbatims des participants récoltés durant les débriefings, cette exploration qualitative met l'accent sur le rôle significatif joué par la simulation dans le développement et la consolidation des modèles mentaux d'équipe, en particulier sur les fonctions distinctes et complémentaires des exercices et des débriefings :

- En immergeant les membres de l'équipe dans des scénarios réalistes et dynamiques, la simulation crée un environnement d'apprentissage où les compétences techniques et non-techniques peuvent être mises à l'épreuve. Ce participant résume ainsi : « à chaque fois qu'on fait de la

simu, on prend de la hauteur sur l'ensemble de nos pratiques » (répondant 8).

- Les débriefings qui suivent ces simulations jouent un rôle essentiel en favorisant une compréhension profonde des actions entreprises, en identifiant les forces de l'équipe et en corrigeant les modèles mentaux défaillants. Ce participant exprime par exemple la facilité de discussion que permettent les débriefings : « *Après une simu on n'a pas la même émotion qu'après un vrai cas et on peut se parler à bâtons rompus* » (Répondant 12).

L'interaction entre les exercices de simulation et les débriefings semble donc créer un cycle d'apprentissage continu, où les équipes peuvent réfléchir, ajuster et perfectionner leurs modèles mentaux en fonction des expériences vécues. Afin de mieux visualiser ces dynamiques, le tableau 1 résume les principaux éléments et avantages de la simulation pour les modèles mentaux d'équipe, mettant en évidence l'importance des exercices pratiques et des discussions réflexives dans le processus d'amélioration continue.

L'ancienneté de la collaboration au sein des équipes pluridisciplinaires joue un rôle significatif dans la manière dont les exercices de simulation et les débriefings contribuent au développement des modèles mentaux d'équipe.

Lorsque l'ancienneté de collaboration est faible ou inexistante, les exercices de simulation s'avèrent particulièrement utiles pour la création rapide de modèles mentaux d'équipe. Ces exercices offrent aux membres de l'équipe l'occasion de se familiariser rapidement les uns avec les autres, de comprendre les compétences et les styles de travail de chacun, et de forger des schémas de collaboration initiaux ; à l'image de ce participant qui s'exprime avec humour et étonnement dans un contexte de collaboration naissante : « *C'est drôle car on n'a jamais travaillé ensemble avant, mais après trois simulations j'ai l'impression que l'on se connaît bien* » (répondant 22).

Dans le processus évolutif des exercices de simulation, un autre participant partage son expérience en déclarant : « *Le premier exercice, c'était compliqué de trouver ma place. Le second, c'était mieux. Le troisième : j'étais vraiment à ma place* » (répondant 8).

Les débriefings viennent par la suite compléter cette phase en permettant l'assimilation des bons schémas mentaux grâce au dialogue qu'ils permettent de générer, favorisant ainsi une base solide pour la collaboration future. Lors d'un débriefing, un infirmier observe : « *J'ai remarqué que tu [travailles de cette façon] et je n'étais pas habitué à ça avec d'autres médecins avec qui j'ai pu travailler* ». Il ajoute immédiatement : « *Je me suis adapté rapidement. Ça va* » (répondant 34).

		ANCIENNETÉ DE COLLABORATION		
		Inexistante/faible <i>Les modèles mentaux d'équipe n'existent pas encore</i>	Forte <i>Des modèles mentaux d'équipe existent et peuvent être basés sur de fausses suppositions</i>	
AMÉLIORATION DES MODÈLES MENTAUX D'ÉQUIPE	Scénarios	Création de nouveaux modèles mentaux d'équipe	Assimilation rapide des modèles mentaux d'équipe adéquats	Remplacement des modèles mentaux d'équipe faux et renforcement de ceux adéquats
	Débriefings	Réflexion sur les modèles mentaux d'équipe existants	Réflexion sur les modèles mentaux d'équipe tout juste assimilés	Evolution des modèles mentaux d'équipe faux et consolidation de ceux adéquats

Tableau 1 : Amélioration des modèles mentaux d'équipe lors d'exercices et de débriefings de simulation, en fonction de l'ancienneté de collaboration de l'équipe.

En revanche, lorsque l'ancienneté de collaboration est élevée, les débriefings prennent une importance particulière en tant que mécanisme permettant de remettre en question les façons de faire établies et corriger les modèles mentaux d'équipe qui pourraient être erronés ou problématiques ; cela est visible dans les témoignages des participants, à l'image de celui-ci qui déclare : « *Débriefer, ça permet de mettre des mots sur des problèmes d'équipe* » (répondant 42). En discutant de la nature du rôle d'aide-soignant, une interne exprime sa prise de conscience de la complexité de cette fonction qu'elle n'avait pas réalisé par le passé, exprimant : « *Je me rends compte de la difficulté du rôle d'aide-soignant, qui doit être constamment à l'affût de quoi faire pour aider les autres* » (répondant 5). Se tournant vers l'avenir, un autre participant exprime une volonté de changement en déclarant : « *À l'avenir, je vais faire plus attention à [ma place au sein de l'équipe]* » (répondant 31).

Les exercices de simulation, dans ce contexte, agissent comme des déclencheurs, créant des situations à chaud qui suscitent des réponses authentiques de la part des membres de l'équipe. Ces situations stimulent le besoin de débriefings approfondis, offrant ainsi une opportunité unique d'analyser, de discuter et de remettre en question les modèles mentaux existants. En guise d'exemple, ce participant partageant son expérience souligne l'impact positif de la pratique de scénarios d'urgence avec des collègues familiers en déclarant : « *Ça m'a fait du bien de faire des scénarios d'urgence avec [des personnes] avec qui je suis habitué à travailler. On voit nos rapports sous un autre angle. On se rend compte de certaines choses qui ne fonctionnaient pas et on peut les changer* » (répondant 47). De même, un autre participant venant de réaliser des exercices de simulation avec une équipe familière partage son avis en lançant : « *Même si on a l'impression de ne pas en avoir besoin, ça fait toujours du bien de faire de la simu* » (répondant 2).

Nous constatons ici que dans les équipes pluridisciplinaires ayant une ancienne collaboration, les débriefings deviennent des forums essentiels pour la réflexion critique et la correction des schémas mentaux qui pourraient ne plus être adaptés aux nouveaux défis ou aux évolutions de l'environnement de travail. Ils favorisent la prise de conscience collective, la discussion

sur les succès et les défis rencontrés, et encouragent l'adaptation continue des modèles mentaux d'équipe.

Dans l'ensemble, que l'ancienneté de collaboration soit faible ou élevée, la combinaison d'exercices de simulation et de débriefings se révèle être une approche puissante pour le développement, l'ajustement et le renforcement des modèles mentaux d'équipe, contribuant ainsi à des compétences non-techniques mieux maîtrisées. Par conséquent à une collaboration plus efficace et à une résolution de problèmes améliorée au sein des équipes pluridisciplinaires.

Les modèles mentaux partagés occupent une place centrale dans la dynamique des groupes, façonnant profondément la manière dont les membres interagissent et collaborent. Ils ne se limitent pas à faciliter la communication et la coordination, mais ils créent également un socle solide pour les prises de décisions collectives. Lorsque les individus partagent une compréhension commune de leur environnement, des objectifs et des stratégies, cela simplifie le processus décisionnel en favorisant une convergence d'idées et une vision partagée du chemin à suivre.

La coordination au sein du groupe bénéficie particulièrement des modèles mentaux partagés, car ils établissent un langage commun et une compréhension partagée des tâches et des responsabilités. Cela réduit les frictions potentielles et permet une exécution plus fluide des activités du groupe. En outre, les modèles mentaux partagés offrent une orientation collective, permettant aux membres du groupe de mieux anticiper les actions des autres et de s'ajuster de manière harmonieuse, renforçant ainsi l'efficacité opérationnelle globale.

Au-delà de ces aspects fonctionnels, les modèles mentaux partagés jouent un rôle essentiel dans la création d'un sentiment d'appartenance au sein de la communauté. En partageant des perspectives communes, les membres du groupe développent un lien affectif et cognitif qui va au-delà de la simple coopération. Ces modèles contribuent à la construction d'une identité collective, renforçant le sentiment de faire partie intégrante d'une entité plus

grande, ce qui, à son tour, favorise la cohésion sociale et la collaboration continue.

Discussion

Les modèles mentaux représentent des outils mentaux fondamentaux qui façonnent sa compréhension du monde. La prise de conscience, la remise en question et l'adaptation de ces modèles sont des éléments clés de développement personnel et pour la pensée critique. En comprenant mieux ses propres filtres cognitifs, chacun peut améliorer sa capacité à naviguer dans des contextes complexes et évolutifs. En remettant en question ses croyances et en considérant d'autres perspectives, chacun peut élargir ses modèles mentaux et améliorer sa capacité à comprendre les points de vue divergents.

Un avantage notable de l'utilisation de la simulation réside dans la manière dont elle positionne les membres des équipes dans une posture d'apprenants. En les plongeant dans des scénarios simulés, les participants adoptent naturellement une attitude d'ouverture et de réceptivité à l'égard de la remise en question des schémas de pensée préétablis. Cette immersion dans des situations simulées crée un environnement propice à l'apprentissage, où les membres de l'équipe sont encouragés à remettre en question leurs approches habituelles, à explorer de nouvelles perspectives et à ajuster leurs méthodes de travail en fonction des exigences spécifiques des scénarios [12].

Nous formulons une recommandation particulièrement solide en faveur de la mise en place de simulations interdisciplinaires, pour encourager la pleine assimilation des diverses méthodes de travail caractéristiques de chaque corps de métier au sein des équipes. Nous pouvons citer à cet égard les recommandations de pratiques professionnelles portant sur l'intérêt de l'apprentissage par simulation en soins critiques, où les experts recommandent l'utilisation de la simulation pour le développement des compétences non-techniques des professionnels médicaux et paramédicaux en formation initiale et continue [13].

En optant pour cette approche, les équipes bénéficient d'une opportunité d'approfondir leur compréhension des pratiques spécifiques de chaque professionnel. Les simulations interdisciplinaires créent un terrain

d'apprentissage dynamique, permettant aux membres de l'équipe de naviguer dans les nuances de leurs rôles respectifs. Cela favorise non seulement une meilleure compréhension des compétences individuelles, mais également une appréciation plus globale des contributions uniques que chaque professionnel apporte à l'équipe. En investissant dans de telles simulations, les organisations peuvent créer des environnements propices à la collaboration, à l'échange de connaissances et à une synergie accrue entre les différents corps de métier, renforçant ainsi la robustesse de l'équipe dans des contextes professionnels diversifiés [14] [15].

Pour maximiser les avantages tirés des simulations, il est préconisé d'intégrer ces sessions à chaque transition majeure de personnel, particulièrement au début de chaque semestre d'internat. Ces interventions stratégiques jouent un rôle essentiel dans la création rapide d'une expérience partagée, favorisant ainsi un sentiment d'« ancienneté de collaboration » au sein des équipes. En initiant ces simulations lors de changements significatifs, les membres de l'équipe ont l'opportunité de se familiariser avec les nouvelles dynamiques, de développer des liens professionnels et d'ajuster leurs méthodes de travail pour une collaboration plus fluide et efficace. Ce processus contribue non seulement à renforcer la cohésion de l'équipe mais également à améliorer sa performance en période de transition.

Même au sein des équipes qui ont déjà une solide expérience de collaboration, notre recommandation persiste en faveur de l'organisation régulière de sessions de simulation. Ces exercices ne se limitent pas à un simple rappel des compétences existantes, mais servent plutôt de catalyseurs pour remettre en question les routines établies. L'introduction périodique de simulations offre une occasion précieuse d'examiner de manière critique les méthodes de travail habituelles, incitant ainsi les membres de l'équipe à explorer de nouvelles approches, à renforcer leur adaptabilité et à encourager l'innovation au sein de l'équipe. Ces sessions régulières, loin d'être redondantes, agissent comme des laboratoires d'apprentissage dynamiques, stimulant la réflexion et la remise en question constante des pratiques établies. En renforçant cette culture de l'auto-évaluation et de l'amélioration continue, les équipes expérimentées peuvent maintenir un niveau élevé de performance,

même face à des défis et des changements constants dans leur environnement professionnel. Ainsi, l'organisation fréquente de simulations demeure un élément clé pour cultiver la flexibilité et la coopération au sein des équipes, indépendamment de leur longue expérience de collaboration.

Pour finir, nous recommandons de mettre en place des exercices de simulation entre des membres de personnel n'ayant pas eu l'occasion de collaborer précédemment, même si une collaboration future n'est pas prévue. Cette pratique va au-delà de la simple préparation à des scénarios de travail spécifiques, car elle vise à instaurer des habitudes favorables à la collaboration avec de nouveaux collègues. Ces exercices offrent une plateforme unique pour développer des compétences relationnelles et professionnelles, permettant aux individus de s'habituer aux différentes perspectives, méthodes de travail et personnalités au sein de l'équipe.

L'importance de cette dernière approche réside dans sa capacité à cultiver une culture d'adaptabilité pour les professionnels. En développant des habitudes de travail avec de nouvelles personnes, le personnel est mieux préparé à anticiper et à gérer les crises impliquant des réorganisations d'équipes, les simulations fournissant un espace sécurisé pour expérimenter des dynamiques d'équipe variées et renforcer la confiance dans la gestion de situations complexes et changeantes. En fin de compte, cette pratique proactive contribue à la création d'équipes résilientes, capables de relever les défis organisationnels et de collaborer efficacement, même dans des contextes de travail en constante évolution.

Références

- [1] Craik KJW. *The nature of explanation* (Vol. 445). CUP Archive. 1967.
- [2] Forrester JW. *World dynamics*. Cambridge Mass. 1971.
- [3] Gardenfors P. *Conceptual spaces: The geometry of thought*. MIT press. 2004.
- [4] Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, Salas E, Cannon-Bowers, J. A The influence of shared mental models on team process and performance. *Journal of applied psychology*. 2000; 85(2), 273.
- [5] Converse S, Cannon-Bowers J, Salas E. Shared mental models in expert team decision making. *Individual and group decision making: Current issues*. 1993; 221, 221-46.
- [6] Mohammed S, Dumville BC. Team mental models in a team knowledge framework: Expanding theory and measurement across disciplinary boundaries. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*. 2001 ; 22(2), 89-106.
- [7] Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. 2017 ; CRC Press.
- [8] Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *BMJ Quality & Safety*. 2004 ; 13(suppl 1), i80-i84.
- [9] Westli HK, Johnsen BH, Eid J, Rasten I, Brattebø G. Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2010 ; 18, 1-8.
- [10] McComb S, Simpson V. The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of advanced nursing*. 2014 ; 70(7), 1479-1488.
- [11] Lowe DJ, Ireland, AJ, Ross A, Ker J. Exploring situational awareness in emergency medicine: developing a shared mental model to enhance training and assessment. *Postgraduate medical journal*. 2016 ; 92(1093), 653-658.
- [12] Floren LC, Donesky D, Whitaker E, Irby DM, Ten Cate O, O'Brien BC. (2018). Are we on the same page? Shared mental models to support clinical teamwork among health professions learners: a scoping review. *Academic Medicine*, 93(3), 498-509.
- [13] L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, Benhamou D, Blanie A, Cerf C, Delmas V, Jourdain M, Lecomte F, Ouanes I, Garnier M, Mossadegh C. (2019). Recommandations de Pratiques Professionnelles. Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques.
- [14] Bullard MJ, Fox SM, Wares CM, Heffner AC, Stephens C, Rossi L. (2019). Simulation-based interdisciplinary education improves intern attitudes and outlook toward colleagues in other disciplines. *BMC Medical Education*, 19(1), 276.
- [15] Dadiz R, Weinschreider J, Schriefer J, Arnold C, Greves CD, Crosby EC, Guillet R. (2013). Interdisciplinary simulation-based training to improve delivery room communication. *Simulation in Healthcare*, 8(5), 279-291.

Pour citer cet article : Poitrin L, Martin L, Lerolle N, et al. Approche par les modèles mentaux d'équipe de l'amélioration des compétences non-techniques en situation d'urgence grâce à la simulation pleine échelle. *Rev'SimS*. 2023 ; 5 : 24-30
DOI : 10.48562/revsims-2023-0003

Mise en lumière

Simulation et communication interprofessionnelle en formation initiale, le défi du dispositif SCOOPS.

Amaya Caradec, formatrice ; Instituts de Formation du GHT de la Côte Basque.

Julie Nespoulous, cadre supérieure de santé, responsable paramédicale de la plateforme de simulation P2ULSE ; Hôpital Trousseau, APHP. Sorbonne Université.

Arnaud Petit, PU-PH, pédiatre, responsable médical de la plateforme de simulation P2ULSE Hôpital Trousseau, APHP. Sorbonne Université.

Auteur correspondant : acaradec@ch-cotebasque.fr

Abréviations :

AP-HP = Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

CCA = Chef de clinique assistant

ESEA = Échelle de Satisfaction des Étudiants à l'égard de leurs Apprentissages, traduction de l'échelle SSLS (Student Satisfaction with Learning Scale) développé par le NLN (National League for Nursing)

ESI = Étudiant en soins infirmiers

EH : Étudiant hospitalier en médecine

IFSI = Instituts de Formation en Soins Infirmier

MSU = Médecine Sorbonne Université

SAED = Situation, Antécédents, Évaluation, Demande

SCOOPS = Simulation pour la COOpération des Professionnels de Santé

Résumé

La finalité de tout travail en équipe est de mettre en œuvre des prises en soin sécurisées et de qualité. Atteindre cet objectif nécessite la mise en place d'une collaboration et d'une communication interprofessionnelle optimales, qui doivent être enseignées dès la formation initiale. L'enseignement SCOOPS (Simulation pour la COOpération des Professionnels de Santé) vise à former conjointement les étudiants hospitaliers et les étudiants en soins infirmiers à la communication interprofessionnelle et à la l'appropriation du SAED (outil mnémotechnique recommandé par la HAS depuis 2014 « Situation Antécédents Évaluation Demande », qui permet de structurer la communication interprofessionnelle et d'éviter les oublis [1]).

Sur une période de 3 années universitaires, 2555 apprenants encadrés par 156 formateurs ont pu bénéficier de cet enseignement.

L'équipe de coordination du projet a su faire preuve de créativité pour s'adapter aux besoins et aux évolutions contextuelles tout en maintenant l'engagement et la motivation des différents partenaires et des apprenants.

Cet article rapporte l'expérience de cet enseignement sur 3 années universitaires.

Introduction

La prise en charge des patients à l'hôpital est complexe. Elle s'inscrit dans une démarche collective reposant sur l'interprofessionnalité. C'est grâce au partage de l'information par une communication interprofessionnelle de qualité, que la prise de décision dans les processus cliniques s'élabore [2]. Dans cette logique, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation de l'outil de communication SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande).

Décloisonner les formations en santé autour de la collaboration et de la communication interprofessionnelle, dès la formation initiale, est donc essentiel. La simulation interprofessionnelle est particulièrement adaptée pour développer ces compétences non techniques.

Depuis 2020, étudiants en médecine de la faculté de Santé Médecine Université et étudiants en soins infirmiers, issus de cinq IFSI d'Île-de-France (AP-HP et hors AP-HP) sont formés conjointement à la communication interprofessionnelle et à l'appropriation du SAED, au sein d'un enseignement appelé SCOOPS. Ce dispositif a été initié grâce à une subvention du conseil régional d'Île-de-France (CRIF), portant sur l'interdisciplinarité des étudiants en soins infirmiers et en médecine, impliquant la simulation en santé et l'engagement des partenaires (MSU et APHP).

Contexte et enjeu

« Le défaut de communication entre professionnels constitue une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins »[1]. Partant de ce constat, améliorer la coopération et implicitement la communication entre les différents acteurs du soin devient un enjeu de formation prévalent.

Pour devenir un membre efficace au sein d'une équipe, il est recommandé de proposer des formations pluriprofessionnelles dès la formation initiale[3]. Nonobstant, les professionnels de santé sont formés en silo et ne sont que très rarement formés conjointement. Proposer un dispositif de formation leur permettant de se rencontrer, de se connaître, de mener ensemble une réflexion sur leur collaboration future auprès des patients, est une opportunité exceptionnelle au service de la sécurité et de la qualité des soins.

Partant de ces constats, il s'agissait donc, pour nous, de concevoir un dispositif de formation capable de développer le plus précocement possible le travail de coopération et de collaboration entre médecins et infirmiers(ères). La simulation en santé était, sans aucun doute, l'approche pédagogique la plus adaptée pour atteindre nos objectifs. En effet, la simulation en santé est particulièrement intéressante pour travailler des compétences non techniques, telles que la communication, le travail d'équipe, la collaboration et la prise de décision. Elle invite les apprenants à s'inscrire dans une posture réflexive propice aux apprentissages.

C'est dans cette logique que le dispositif SCOOPS est né.

L'enjeu est, dès la formation initiale des étudiants en santé, de promouvoir la communication interprofessionnelle en décloisonnant les formations infirmières et médicales par un temps d'apprentissage en commun.

Stratégie pédagogique

La stratégie pédagogique que nous avons retenue s'appuie sur une approche hybride qui articule (figure 1) :

- Un temps de présentation du dispositif en présentiel,
- Un temps de formation en distanciel : réalisation d'un e-learning,
- Un temps de formation en présentiel : participation à une séance de simulation en santé,
- Un temps d'évaluation du dispositif : questionnaires post-formation et de satisfaction.

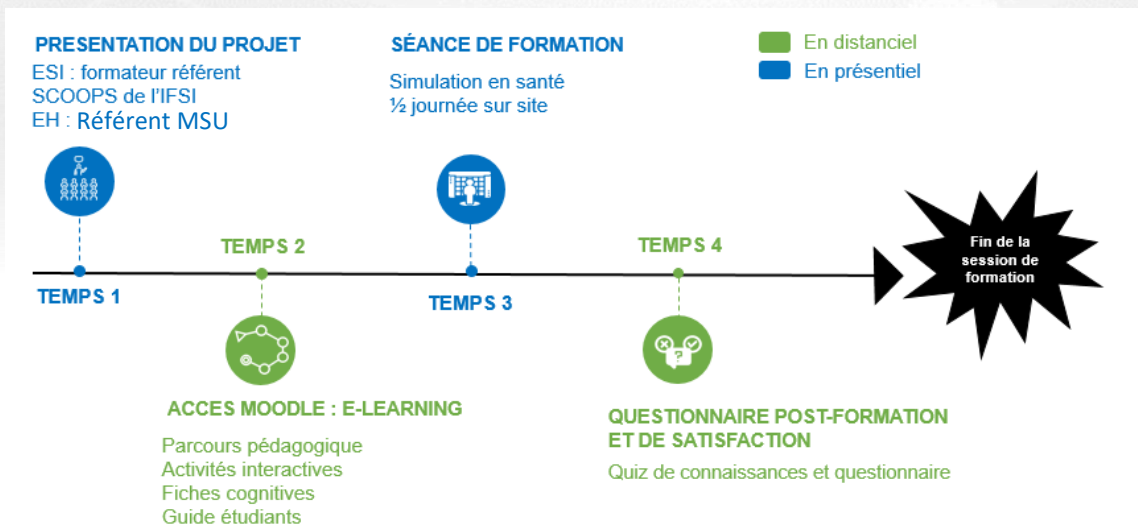


Figure 1 : Parcours de formation SCOOPS pour les étudiants, 2022.

SCOOPS propose à des étudiants infirmiers et en médecine, de vivre ensemble une expérience d'apprentissage par l'alternance de mises en situation simulées, autour de la coopération et de la communication interprofessionnelle. Le premier atelier s'articule sur deux scénarios mettant en scène la prise en charge d'un patient. Il a pour objectif de mener une réflexion sur la coordination des actions de soins et la communication interprofessionnelle. Le deuxième atelier combine la simulation d'un appel téléphonique en contexte de soins et une chambre des erreurs. Il vise l'acquisition du SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande), un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé. Le troisième atelier est un temps de convivialité autour d'un "challenge" sur la qualité des compressions thoraciques entre les participants. Ce temps contribue à diminuer cette sensation de pression et à encourager l'esprit d'équipe (Figure 2).

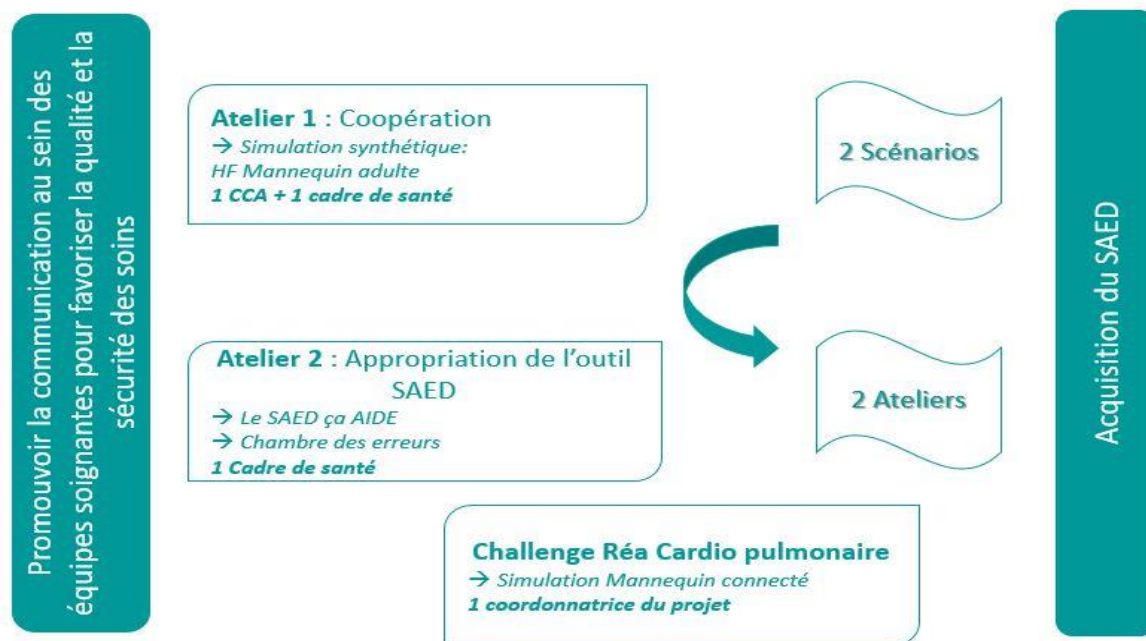


Figure 2 : Séance de formation SCOOPS, 2022.

Une session de formation SCOOPS permet de former 20 étudiants (mixte d'étudiants hospitaliers et infirmiers). Sur une demi-journée, deux sessions de formation SCOOPS sont planifiées.

Les enseignants formateurs impliqués dans le projet sont des médecins hospitalo-universitaires (majoritairement des chefs de clinique, assistants des hôpitaux) de Sorbonne Université et des cadres de santé formateurs exerçant dans les Instituts de Formation en Soins Infirmier (IFSI) partenaires. Ils bénéficient tous d'une formation préalable obligatoire d'une journée. Ils disposent également d'un guide pour les accompagner dans leur appropriation du dispositif.

SCOOPS est évalué par :

1. Les apprenants après chaque session de formation : évaluation de leur satisfaction et de leur connaissance du SAED,
2. Les formateurs-enseignants à la fin d'une année universitaire : évaluation de leur ressenti concernant leur animation.

Chaque année universitaire, nous réalisons également un bilan qui est adressé aux représentants des partenaires. À partir de ce bilan, le dispositif de formation est réajusté.

Evaluation et résultats

Entre 2020 et 2023, dans le cadre du dispositif SCOOPS, 2555 apprenants (59 % d'ESI, 41 % d'EH) ont été formés au cours de 146 sessions ayant impliqué 154 formateurs.

Tous les ans, en moyenne 87% des apprenants répondent aux questionnaires post-formation et de satisfaction. Ils évaluent très positivement la formation (Grille ESEA : 4.2/5 échelle de Likert) (figure 3). L'interprofessionnalité est identifiée comme l'un des 3 principaux points positifs du dispositif et comme un facteur favorisant la qualité du travail d'équipe et la qualité de vie au travail.

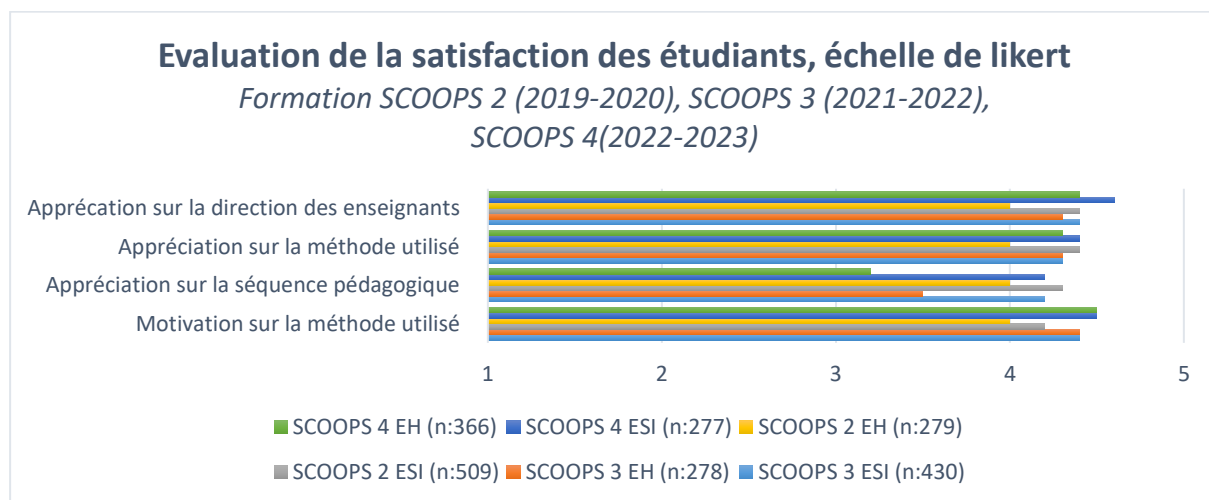


Figure 3 : Evaluation comparative de la satisfaction des apprenants ayant participé au dispositif SCOOPS en 2019-2020 (SCOOPS 2), 2021-2022 (SCOOPS 3) et 2022-2023 (SCOOPS 4). Moyenne obtenue sur l'échelle Likert (de « pas du tout » à « tout à fait d'accord ») à partir de la grille ESEA adaptée dans le cadre de la formation SCOOPS.

Plus de 90% des étudiants précisent vouloir utiliser le SAED dans leur pratique future. Nous étudions actuellement ce point dans le cadre d'une enquête à un an.

La conduite du projet

L'opérationnalité et la pérennité du dispositif SCOOPS depuis 3 ans est le fruit d'une coordination rigoureuse, de la motivation des porteurs du projet, de ressources humaines dédiées, de locaux et équipements adaptés et de la confiance renouvelée des partenaires. Cette confiance s'appuie notamment sur les retours des apprenants qui sont globalement très positifs. Cependant, SCOOPS demeure un dispositif complexe. Sa planification doit prendre en compte les contraintes et spécificités de plusieurs filières et structures de formations initiales. Sa mise en œuvre mobilise un nombre important de ressources humaines, tant pour permettre son organisation logistique que pour assurer l'animation des sessions de formation. Le tableau 1 récapitule les facilitateurs, freins et conseils à prendre en compte pour mettre en œuvre ce type de projet.

Facilitateurs	Freins	Conseils
<ul style="list-style-type: none"> - Une équipe projet pluri professionnelle restreinte et habituée à la conduite des projets de formation (1 médecin et 2 paramédicaux) - Une offre de formation clé en main pour les partenaires - Un dispositif innovant : formation hybride alliant formation digitale et simulation en santé - Un dispositif qui fait sens : formation conjointe paramédicaux-médicaux à la communication interprofessionnelle - Un accompagnement des formateurs-enseignants dans leur appropriation du projet (formation, guide) - L'intégration du temps de formation dans les projets pédagogiques de la faculté de médecine et des instituts de formation en soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Les calendriers de formation des différentes structures non synchrones complexifient la planification des sessions de formation - Le ratio élevé de formateurs enseignants sur le nombre d'étudiants (1 formateur pour 10 étudiants) - Le nombre des apprenants à former et donc le nombre de formateurs-enseignants à trouver pour assurer l'animation des sessions de formation. - Le maintien de la motivation sur la durée des formateurs-enseignants - Les coûts humain, matériel et en locaux supérieurs à un enseignement théorique classique 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir le soutien des directions des différents partenaires - Obtenir des financements pérennes et adaptés aux besoins pour la mise en œuvre du projet. - Mettre en place un plan de communication explicitant le dispositif et son organisation auprès des partenaires - Impliquer les partenaires dans les choix pédagogiques - Tester le modèle pédagogique avant sa mise en œuvre à grande échelle - Réaliser un bilan annuel à partir du retour des étudiants et des formateurs-enseignants pour objectiver l'intérêt du dispositif, l'adapter et appuyer son maintien d'une année sur l'autre - S'inscrire dans un processus itératif propice à l'amélioration continue du dispositif

Tableau 1 : Facilitateurs, freins et conseils en lien avec la conduite du projet SCOOPS, 2023

Conclusion

La formation conjointe des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers est indispensable, faisable et très appréciée. Les principaux freins à sa mise en œuvre concernent la coordination (trouver le bon moment pour ces enseignements communs) et un nombre suffisant d'enseignants/formateurs. Néanmoins, SCOOPS répond aux enjeux visant l'élaboration d'une pratique collective du soin en favorisant le développement de la coopération et de la communication, qui seront les garantes de la sécurité des soins et de la qualité de vie au travail.

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- [2] D. D'Amour, C. Sicotte, R. Levy. L'action collective au sein d'équipe interprofessionnelle dans les services de santé. Sciences Sociales et santé. 1999 ; 17 (N°3) :69.
- [3] Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multi professionnelle. *Organisation mondiale de la Santé* . 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf

*Pour citer cet article : Caradec A, Nespoulous J, Petit A. Simulation et communication interprofessionnelle en formation initiale, le défi du dispositif SCOOPS. Rev'Sims.2023;5 : 31-36.
DOI : 10.48562/revsims-2023-0004*

Cas de simulation

Connaissance des métiers et collaboration en situation interprofessionnelle.

Florence Collet, Directrice de l'IFSI IFAS de la Flèche
 Fabien Orieux, formateur IFSI et référent simulation
 Stéphanie Bodereau, formatrice IFAS
 Mathilde Goussin, formatrice IFAS
 Valérie Graveleau, formatrice IFAS
 Barbara Martin, formatrice IFSI
 Virginie Le Peculier, formateurs IFSI

Contexte

En 2017, un partenariat pour l'utilisation de la simulation en Sarthe a été construit entre le centre de formation en soins infirmiers et aides-soignants (IFSI/IFAS) de la Flèche et l'institut de formation des ambulanciers (IFA) du Mans. Nous avons mis en place des journées interprofessionnelles pour construire une représentation professionnelle et une reconnaissance (1) des métiers aides-soignants (AS), ambulanciers et infirmiers dès la formation initiale. Nous avons ainsi réfléchi à un dispositif permettant l'intersubjectivité (2), c'est-à-dire la prise de conscience de l'autre permettant une reconnaissance réciproque. Ainsi nous souhaitons renforcer la capacité à collaborer dans la gestion d'une situation clinique en interprofessionnalité (3).

Lors des bilans de ces journées (figure 1), les apprenants ont constaté que ces journées de simulation interprofessionnelles avaient surtout modifié le regard et la reconnaissance réciproque autour des groupes ambulanciers et aides-soignants.

- Pour les apprenants ambulancier(e)s : modification du regard de l'autre en passant de la considération comme simple transporteur en acteur paramédical.
- Pour les apprenants aide-soignant(e)s : amélioration de la reconnaissance en lien avec leurs compétences métier en améliorant leur prise d'initiative lors des simulations.

Si le regard positif des apprenants sur le métier d'ambulancier a été plus évident, le regard positif sur le métier aide-soignant a nécessité plus d'ajustements sur le dispositif de formation. Concrètement, les apprenants ambulanciers ont eu des facilités pour montrer leurs compétences lors des simulations. Les élèves AS éprouvent plus de difficultés à prendre leur place lors de ces simulations interprofessionnelles. Lors des débriefings, les apprenants ambulanciers prennent aussi plus facilement la parole. Dans ce contexte, ce corps de métier a eu plus de facilité à démontrer sa capacité à travailler en interprofessionnalité et à être en interaction dans la collaboration (4). Le dispositif de simulation initial a donc permis la reconnaissance du métier d'ambulancier, dès la première année. La reconnaissance du métier d'aide-soignant a nécessité des ajustements.

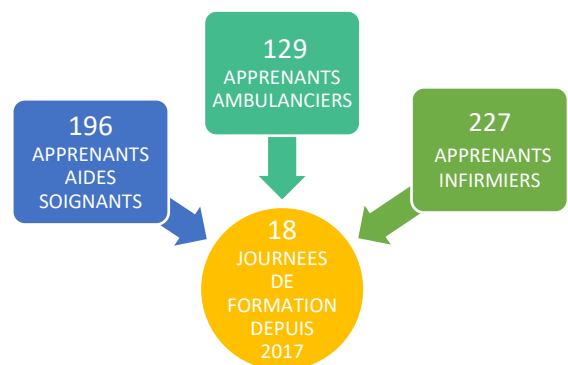


Figure 1 : Synthèse des journées de formation dédiées à l'interprofessionnalité.

Cas de simulation

Solutions immédiates

Axe 1 : Les scénarios

- Construction de scénario autour de situations cliniques en s'assurant que chaque groupe a acquis des compétences en amont,
- Création d'un scénario :
 - Où chacun des apprenants par métier a une mission,
 - En plusieurs temps où chaque acteur peut agir,
 - Favorisant la collaboration avec concertation pour répondre au besoin en santé de la personne soignée (4).



Figure 2 : Mise en situation.

Axe 2 : Le débriefing (5) (6)

Il a été nécessaire qu'un représentant de l'IFSI/ IFAS mais aussi de l'IFA soient présents. Cela a permis :

- d'approfondir la phase descriptive (6) avec un meilleur repérage des champs de compétences de chacun,
- d'améliorer la phase d'analyse (6) avec une meilleure connaissance des compétences professionnelles et du niveau de formation des apprenants,
- de valider avec plus d'expertise la synthèse réalisée par les apprenants dans la phase d'application (6).

Axe 3 : La fonction d'étayage (7) du formateur.

Nous avons réfléchi à l'intervention des formateurs dans ce temps d'apprentissage. Cette étape a été importante pour

aider les apprenants à prendre confiance dans le dispositif, notamment les AS. Nous avons eu, autour des 6 fonctions de l'étayage de J. BRUNER, une attention particulière autour du « maintien de l'orientation ». L'idée est d'ancrer un objectif durant tout le temps de l'action. Devant le constat que le groupe AS avait plus de difficulté à se sentir reconnu, nous avons choisi de répéter, à des moments clés, la nécessité d'être systématiquement dans l'inclusion et la collaboration des trois groupes. Nous avons été attentif à rappeler ce maintien de l'orientation aux étapes suivantes :

- A l'accueil de la journée avec l'information de bien échanger entre les 3 métiers,
- A la séquence de simulation :
 - Lors du briefing de la simulation en rappelant l'attendu autour d'une collaboration des 3 métiers,
 - Lors du scénario, le script du patient simulé prévoit d'interagir avec tous les acteurs,
 - Lors du débriefing, une synthèse qui doit reprendre les capacités de chaque métier dans la situation,
- Au temps de synthèse de la journée avec une parole laissée à chacun, avec une vigilance sur les temps de parole de chacun.

Cas de simulation

Pistes d'amélioration

Aujourd'hui, nous constatons sur les bilans que les 3 groupes sont satisfaits. Nous remarquons toutefois que les AS ont de la difficulté à prendre le leadership dans la collaboration. Pour les prochaines séquences, nous avons donc créé une nouvelle situation où le patient acceptera d'être accompagné et apaisé uniquement avec l'aide-soignante qu'il connaît. Nous espérons qu'avec ce nouveau scénario, les apprenants AS prendront plus confiance dans leur capacité à prendre position en équipe. Nous allons

aussi prévoir une évaluation du dispositif à 1 an, auprès de ces apprenants devenus jeunes professionnels. Nous pourrions ainsi mesurer l'impact de cette journée de simulation sur la capacité à collaborer en situation interprofessionnelle.

Références

- [1] Honneth A. La lutte pour la reconnaissance. Cerf; 2000.
- [2] Stern DN, Bruschiweiler-Stern N, Lyons-Ruth K, Morgan A, Nahum J, Sander LS, et al. Intersubjectivité. A propos des liens entre expériences, mots et narrations. Le Carnet PSY. 2004; 95(9):31-40.
- [3] Guérin F. La pluriprofessionnalité, une condition obligatoire, mais insuffisante ? Soins Cadres. déc 2020; 29(124):11-5.
- [4] Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, Desaulniers M, Museux AC. (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Université de Laval [consulté 22 nov 2023]. Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf
- [5] Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS; 2012. [consulté 12 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
- [6] Granry JC, Moll MC. Rapport de mission - État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. HAS; 2012 [consulté 12 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
- [7] Académie de Paris [Internet]. [cité 22 nov 2023]. Étayage. Disponible sur: https://pia.ac-paris.fr/portail/jcms/pre1_436855/etayage

Avis d'experts

Parmi les solutions identifiées concernant les scénarios, il n'est pas mentionné l'adaptation des objectifs pédagogiques. Pour favoriser les interactions et apprentissages en simulation interprofessionnelle, le choix des objectifs pédagogiques est essentiel. Certains peuvent être spécifiques pour chaque profession mais d'autres doivent être communs à tous les professionnels engagés dans la simulation (comme par exemple les compétences non techniques).

Veille bibliographique

Dans l'actualité récente, le groupe de la Veille Scientifique a sélectionné pour vous les articles suivants concernant diverses thématiques :

- | | |
|---|--|
| Titre | Prendre soin des participants simulés (PS), partenaires de l'éducation médicale. |
| Auteur | Viret F. |
| Revue | Bulletin pédagogique n°14. SoFraSimS 2023 |
| Lien | |
| https://www.sofrasims.org/articles/134809-bulletin-pedagogique-n-14-decembre-2023 | |
| Titre | Rapport HAS - Évaluation de la mise en œuvre du guide « Simulation en santé et gestion des risques » et de ses outils méthodologiques. |
| Auteur | HAS ; 2023 |
| Lien | |
| https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/rapport_mettre_en_oeuvre_la_collaboration_entre_les_structures_de_simulation_en_sante_et_les_structures_d_e_soins.pdf | |
| Titre | Facteurs Humains en Santé : Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! |
| Auteur | Jaulin F, Fuzier R. |
| Livre | Arnette Editions. 2023 |
| Titre | Comparing reflection levels between facilitator-led and student-led debriefing in simulation training for paramedic students. |
| Auteur | Christiansen C, Andersen J.V, Dieckmann P |
| Revue | Adv Simul 8, 30 (2023). |
| Lien | |
| https://doi.org/10.1186/s41077-023-00273-0 | |
| Titre | Artificial Intelligence and the Simulationists. |
| Auteur | Rodgers DL, Needler M, Robinson A, Barnes R , et al. |
| Revue | Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare 18(6):p 395-399, December 2023. |
| Lien | |
| DOI: 10.1097/SIH.0000000000000747 | |
| https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/abstract/2023/12000/artificial_intelligence_and_the_simulationists.7.aspx | |
| Titre | Dossier : Approche pédagogiques en formation AS. |
| Revue | Revue L'aide-soignante. 2023 ;37 : 9-23 |
| Lien | |
| https://www.em-consulte.com/revue/AIDSOI/derniernumero/l-aide-soignante | |

Evénements à venir



18

Janvier
2024

Programme
Inscription

WEBINAIRE

**RV Simulation de l'Espace Ressource Simulation en Santé des
Pays de la Loire**

Programme de travail de l'ERSS
Lien à venir



24

Mai
2024

Programme
Inscription

Colloque facteurs humains en santé à Lorient

Programme à venir
<https://facteurshumainsensante.org>



19

au

21

Juin
2024

Programme
Inscription

12^e congrès national de la SoFraSimS à Brest

Programme à venir
<https://www.sofrasims.org/>

Espace Ressource Simulation en Santé Pays de la Loire

Dispositif innovant impulsé par l'ARS Pays de la Loire dans le cadre de sa politique de déploiement de la simulation en santé et confié à la Structure Régionale d'Appui à la Qualité et la Sécurité des Soins **QualiREL Santé**.

www.simulationpdl.com

www.qualirelsante.com