

Simulation en santé en formation initiale : regards sur les pratiques actuelles en instituts de formation en soins infirmiers

▲ www.adjectif.net/spip/spip.php

Mots clés :



Pour citer cet article :

Gloaguen, Sylvie (2014). Simulation en santé en formation initiale : regards sur les pratiques actuelles en instituts de formation en soins infirmiers *Adjectif.net* [En ligne], mis en ligne le 29 octobre 2014. URL : <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article320>

Résumé :

Notre réflexion s'inscrit dans un contexte de formation en soins infirmiers, elle s'intéresse plus précisément aux méthodes pédagogiques utilisées telles que la simulation en santé en formation initiale. Suite à la publication de la Haute autorité de santé (HAS, 2013) sur les bonnes pratiques en simulation, et à certains incidents critiques vécus ou observés en Institut de formation en soins infirmiers lors de séquences de formation, notre questionnement de cadres de santé formateurs nous a conduit à opérer un travail de recherche sur les pratiques actuelles dans les instituts de formation. Quel type d'accompagnement mettons-nous en place lors des séquences ? L'énaction est-elle prise en compte ? Quelle place laissons-nous à l'erreur ? Sommes-nous réellement formés ? Une enquête qualitative menée auprès de formateurs démontre une disparité dans les pratiques et un décalage significatif avec les recommandations de l'HAS. Ainsi, l'erreur trop souvent sanctionnée fait que l'apprentissage expérientiel en perd son sens. Un manque de formation des cadres de santé formateurs à cette méthode pédagogique, une posture d'accompagnement ne prenant pas en compte l'énaction, et une non-inscription de la simulation dans le projet pédagogique, peuvent expliquer ces écarts.

Mots clés :

Formations en médecine et santé, Infirmier ; Simulation en santé ; Simulation en santé ; Formation initiale en soins infirmiers ; Accompagnement énéacté ; Enaction ; Apprentissage expérientiel ; l'erreur comme outil d'enseignement ; Guide de bonnes pratiques en simulation ; Rapport HAS ; Lobbies



par Sylvie Gloaguen, cadre de santé formateur, Institut de formation en soins infirmiers

Introduction

La réingénierie de formation en soins infirmiers, faisant suite aux accords de Bologne [1], s'inscrit dorénavant dans un cursus LMD (licence, master, doctorat). Suite à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, l'organisation des études et le contenu des enseignements s'articulent autour de trois référentiels : le référentiel d'activités ; le référentiel de compétences ; le référentiel de formation. Cette réforme a modifié, d'une part, le contenu des enseignements, mais plus particulièrement la posture pédagogique du cadre de santé formateur. Nous sommes passés d'un transfert de savoirs didactiques basé sur des cours magistraux, prenant

peu en compte les représentations de l'apprenant, à une construction de savoirs par l'étudiant, autour de situations emblématiques où l'apprentissage par l'expérience et la posture réflexive deviennent des exigences de la formation.

Ainsi, le formateur utilise des méthodes et outils pédagogiques permettant au formé de parfaire son sens de l'observation, ses capacités de recherches et de raisonnement clinique. Cette approche doit conduire l'étudiant à l'acquisition progressive de compétences, en travaillant les trois paliers d'apprentissage :

- « comprendre », acquisition de savoirs et savoirs faire pour comprendre des situations de soins ;
- « agir », mobilisation des savoirs pour agir dans des situations de soins ;
- « transférer », transposition des acquis dans de nouvelles situations de soins.

Pour certaines unités d'enseignement, le référentiel de formation recommande l'utilisation de nouvelles méthodes pédagogiques actives, telle la simulation en santé [2]. De nombreuses publications confortent cette approche en démontrant son intérêt pédagogique et éthique. Autour de situations de soins emblématiques, la simulation permettrait de s'immerger dans le réel, de mobiliser ses savoirs sans prendre de risque pour le patient ; l'erreur ne serait pas sanctionnée mais serait partagée et deviendrait ainsi un outil d'apprentissage en tant que levier de réflexivité.

En janvier 2013, suite au rapport réalisé par Granry et Moll (2012), la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide de bonnes pratiques sur cette méthode pédagogique. En s'appuyant sur la gestion des risques et l'éthique, elle préconise son utilisation en formations initiale : « jamais la première fois chez un patient ». Ainsi, incités par les Agences régionales de santé, les instituts de formation ont investi dans du matériel haute fidélité et réalisent des séquences de simulation.

Nonobstant, à ce jour, dans quelles mesures nos pratiques sont-elles en adéquation avec le rapport HAS ? Quel type d'accompagnement mettons-nous en place lors des séquences ? L'énaction est-elle prise en compte ? Quelle place laissons-nous à l'erreur ? Les incidents critiques vécus ou observés [3] lors de séquences de simulation, ne sont-ils pas dus à un manque de formation des formateurs ?

Ce questionnement, nous a conduit à mener un travail de recherche : au regard de nos expériences et de l'état de la recherche, nous sommes partie du postulat que la formation du formateur en simulation et l'accompagnement de l'étudiant doivent être couplés pour utiliser cette méthode pédagogique comme levier de réflexivité.

Ainsi, dans l'étude conceptuelle de notre recherche, les concepts d'accompagnement, d'erreur, de représentations, d'énaction, et d'apprentissage expérientiel ont été mobilisés. Cette étape nous a permis de définir, pour la phase empirique, les indicateurs structurant les thèmes mobilisés lors de notre enquête qualitative. L'analyse des entretiens semi-directifs réalisés auprès de formateurs et de médecins experts, cible les problématiques rencontrées lors des séquences de simulation, en décrit les causes et propose des actions correctives.

Méthode du travail de recherche

Etude conceptuelle

L'accompagnement professionnel

Le concept principal étudié a été celui de l'accompagnement. La complexité et les divergences conceptuelles selon les approches de Paul (2010), de Vial (2007), de Boutinet (2009), Dispagne (2007) ou Le Bouëdec (2002) nous ont conduit à les accorder au contexte de la simulation en santé, en tentant de dégager les éléments en corrélation. Ainsi, l'accompagnement correspondrait à un temps de réflexion relevant de l'intelligence de l'action, à une rencontre dans l'errance où l'accompagnateur explique les conditions nécessaires pour que le formé poursuive seul sa route dans un contexte de respect, de dignité et de confiance.

Dans un contexte de simulation en santé, il nous a paru intéressant de coupler le concept d'accompagnement à

quatre autres concepts : l'erreur, les représentations, l'apprentissage expérientiel et l'énaction.

Quel sens faut-il donner à l'erreur ?

Considérée dans les activités quotidiennes comme normale et constructive, l'erreur devient rapidement, dans le système scolaire, une source d'angoisse. En effet, dans les activités d'apprentissage codifiées, elle est souvent perçue comme une sanction. Meirieu et Develay (1997) décrivent le côté temporaire de l'accompagnement et le côté dérisoire de l'erreur quand elle est surmontée. Au regard de la typologie des erreurs décrite par Astolfi (2011), les recommandations de l'HAS et les recherches en simulation trouvent tout leur sens : il apparaît alors fondamental que les différentes étapes (briefing, débriefing) d'une séquence de simulation soient respectées. Des scénarii construits autour d'objectifs réalisables tenant compte des représentations des étudiants, ainsi qu'une analyse de la séquence par les formateurs permettront de renforcer positivement les erreurs.

Les représentations des étudiants lors des séquences de simulation

Moscovici (1961), en démontrant la valeur heuristique des interactions sociales, introduit dans le concept de représentation, une dimension dynamique de transformation, de construction et d'interactions sociales. Pour autant, ses recherches ont été discutées car fondées sur des comportements induits en laboratoire, ne tenant pas compte de certains facteurs tels la relation de pouvoir, les enjeux sociaux et les conditions matérielles. La corrélation entre représentations et pratiques sociales n'est pas réellement étudiée.

Selon Abric (1994), les représentations s'articulent autour de différents champs constituant la réalité sociale : la cognition, l'idéologie, la socio-économie, la technologie et le matériel. Son modèle heuristique se fonde sur le principe que toute représentation est un système sociocognitif dont les éléments périphériques sont contextualisés et organisés autour d'un noyau central. Abric souligne que les recherches sur cette thématique, s'appuient généralement sur les dires des professionnels et non sur leurs pratiques effectives. Il insiste sur l'importance d'élaborer une méthodologie de recueil des pratiques à l'aide d'indicateurs quantifiables, par des observations participatives.

Au regard de ces différentes approches conceptuelles, tout accompagnement doit tenir compte des représentations de l'étudiant. Par conséquent, l'accompagnement n'est possible que par des observations participatives et effectives. En ce sens, il nous a semblé que la considération des apprentissages expérientiels entre en adéquation avec les exigences de la prise en compte des représentations sociales des étudiants.

L'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984), base de la simulation en santé

Contrairement à certaines théories cognitives et comportementalistes, la théorie de l'apprentissage expérientiel propose une vision holistique combinant à la fois expérience, perception, cognition et comportement de l'étudiant. Elle considère les représentations comme des éléments façonnés et remaniés lors d'expériences et non comme des éléments cristallisés de l'esprit. Ainsi, l'apprentissage expérientiel consiste à transformer le vécu de son expérience en savoir ; il donne du sens aux situations rencontrées et construit progressivement des connaissances transférables à d'autres situations. Un point clé de cette théorie : l'échec ou l'erreur résultant d'expériences n'est pas un indicateur de non résultat ou de non acquisition, mais un levier dans l'acquisition de compétences.

Kolb (1984) a défini quatre phases dans l'apprentissage expérientiel qui sont structurées autour du processus d'apprentissage, de l'adaptation au réel, du style d'apprentissage utilisé, et des habilités requises. Ainsi, le mode concret et le mode abstrait en s'opposant, vont constituer la dimension de préhension de la situation vécue ; le mode réflexif et le mode actif en s'opposant vont constituer la dimension de transformation. Néanmoins, lors de situations, chaque apprenant avantage un mode au profit d'un autre. Les combinaisons possibles entre les différents modes constitueront les styles d'apprentissage.

Un accompagnement éenactif

Varela (1993), chercheur en neurobiologie et en sciences cognitives, a développé avec Thompson (1993) et Rosch (1993), le concept d'énaction. Ils considèrent que le sujet fait partie intégrante de ce qui l'entoure, et

qu'ainsi tout sujet percevant va guider ses actions en fonction de la situation vécue.

Par cette approche, les expériences vécues ont une place significative dans les processus cognitifs. Lors de situations d'apprentissage, le formé opère une expérience active durant laquelle il va transformer un ou plusieurs éléments de la situation tout en se transformant. Masciotra (2008) parle d'expériences situantes et situées ; le situé correspondant aux composants environnementaux, le situant aux composants humains. Selon Jonnaert (2002), l'individu est en situation de, et non dans une situation. Ainsi, sa présence exprime la personne situante, et les ressources externes expriment la personne située.

En sciences de l'éducation, cette théorie s'étend aussi au corps enseignant. En effet, tout formateur vit une situation quand il accompagne un formé ; il devient un accompagnant éacté qui mobilisera ou non ses ressources personnelles. Conséquemment, en fonction des conditions environnementales et des conditions personnelles, l'enseignant peut lui aussi transformer une situation d'apprentissage et s'écarter ainsi des objectifs fixés.

Étude empirique

Notre choix pour l'étude empirique s'est orientée sur l'enquête qualitative par des entretiens semi-directifs afin d'analyser le sens que les formateurs donnent à leur pratique, et les incidents critiques possibles lors de séquences de simulation. Les entretiens semi-directifs sont de type structuré. Ils supposent la formulation de consignes et de relances résultant d'un guide thématique. Notre guide d'entretien comprend onze thèmes :

- parcours professionnel des formateurs ;
- conduite de changement en lien avec la mise en place du nouveau référentiel ;
- type de simulation en santé utilisée ;
- intérêts pédagogiques de cette méthode en formation initiale ;
- place de l'erreur dans les séquences de simulation en santé ;
- place de la simulation dans le projet pédagogique ;
- environnement des séquences de simulation ;
- déroulement d'une séquence type ;
- public cible ;
- posture du formateur lors des séquences ;
- incident critique.

L'utilisation de l'incident critique dans les travaux de recherche décrite pour la première fois par Flanagan (1954), nous a permis d'obtenir de la part de l'interviewé, une description détaillée d'un événement significatif qu'il a vécu, d'étudier la manière dont il a été géré, mais également d'identifier les causes et les effets perçus par les individus. Cette méthode est de plus en plus utilisée dans les recherches en sciences de l'éducation, comme dans l'étude de Langevin et Nault (2005).

Quatorze cadres de santé formateurs, exerçant en institut de formation en soins paramédicaux, ont accepté de participer à notre recherche. Les critères de choix du corpus ont été les suivants : les formateurs interviewés exercent dans des instituts de formation différents et ne sont pas sous la responsabilité d'un même directeur coordinateur des écoles ; l'ancienneté des interviewés en tant que formateurs est équilibrée : huit ayant plus de six ans d'ancienneté et six ayant moins de six ans d'ancienneté ; aucune formation spécifique en sciences de l'éducation ou en ingénierie de formation de formateur n'est retenue pour le choix du corpus.

Le corpus devait se limiter aux formateurs mais, suite à l'analyse des premiers résultats des entretiens, nous avons décidé d'inclure dans le corpus des médecins responsables d'un CenSim [4] et un cadre de santé responsable de la section « École » du Centre de simulation. Les échanges avec ces professionnels de santé ont abordé trois thèmes : les risques d'une mauvaise utilisation de la simulation en santé en formation initiale ; les formations proposées par les CenSim ; les freins discernés à la formation.

Principaux résultats obtenus

Dans notre cadre conceptuel et contextuel, nous avons insisté sur le fait que, si nous voulions que la simulation en santé soit considérée comme une méthode d'apprentissage expérientiel, l'erreur devait être positivée par un accompagnement tenant compte de l'énaction et des représentations des étudiants. Or, nous avons constaté lors des entretiens avec les formateurs, que les séquences de simulation sont essentiellement utilisées de manière normative. Une méconnaissance de la méthode par manque de formation et un non-respect des recommandations HAS, font que la simulation est utilisée essentiellement comme outil d'évaluation didactique [5].

Quelle place laissons-nous à l'erreur ?

En reprenant les différents statuts de l'erreur (Astolfi, 1997, p.23), nous pouvons dire qu'elle est assimilée à une faute et à non un obstacle. Évaluée et sanctionnée, elle ne bénéficie pas d'un renforcement positif et reste de la responsabilité de l'étudiant. Ainsi, le modèle pédagogique de référence qui en découle reste un modèle transmissif. Les séquences de simulation ne sont pas inscrites dans un projet pédagogique, mais secondent l'évaluation d'un enseignement didactique conduit par un seul formateur. Si bien qu'un manque d'analyse des pratiques des formateurs, ne permet pas de mener une réflexion sur le processus opératoire des erreurs relevées en simulation.

En s'appuyant sur la typologie des erreurs (Astolfi, 1997, p.96-98), un problème dans la construction des briefings peut expliquer les erreurs relevant de la rédaction et de la compréhension des consignes.

Conséquemment, nous retrouvons les deux types de réactions relevées par Astolfi (1997) :

- L'effet de pouvoir didactique : les formateurs se réfugient derrière le référentiel de formation (l'erreur comme « bogue » du dispositif) et leur mission de contrôle des compétences pour justifier leurs pratiques. Nous pouvons nous questionner sur un besoin subjectif des formateurs, de remplacer par des séquences de simulation normatives, les mises en situations professionnelles considérées, dans l'ancien programme comme théâtrales et non constructives. Nous rejoignons ici, la réflexion de Vial sur le fait que nombres de formateurs ne font pas la différence entre contrôle et évaluation.
- Le non sens pour l'apprenant : l'erreur devient source d'angoisse et d'injustice.

Que deviennent les représentations des apprenants ?

Le sentiment d'injustice et la relation de pouvoir du formateur, mêlés à un manque d'analyse des erreurs ne facilitent pas la transformation des représentations de l'apprenant. En effet, selon Abric (1994), le noyau central des représentations peut se modifier si ses fonctions périphériques sont accessibles. Or, dans un contexte normatif où l'erreur n'est plus un levier de réflexivité, les fonctions de défense et de régulation vont s'accroître, d'une part en minimisant ou considérant l'événement comme exceptionnel, et d'autre part en déformant ou contestant les informations.

L'énaction est-elle prise en compte ?

Les conditions personnelles et environnementales permettant à l'apprenant d'être « *en situation de* » semblent souvent manquer. Un manque de ressources matérielles et humaines, ainsi que des espaces insuffisamment agencés ou non prévus pour les séquences, ont été observés par nos sujets.

La disposition psychique de l'apprenant ou les événements naturels et sociaux, sont rarement des conditions retenues : « *tout le monde y passe* » ; « *personne ne sort de la pièce tant que...* ». Il en est de même pour les ressources internes des apprenants confrontés lors des simulations, à des scénarii parfois trop complexes. Tous ces composants d'énaction sont retrouvés plusieurs fois dans la description des incidents critiques.

L'interprétation des sens de l'étudiant diffère de celle du formateur. Sachant que la perception et l'action sont consubstantielles, les résultats attendus lors des séquences seront inévitablement différents. D'où l'importance de se positionner, comme le souligne Masciotra (2008), en tant que « *chef d'orchestre* » lors du débriefing, afin que l'apprenant puisse expliciter ses interprétations et les actions qui en ont découlé. Il n'y a pas de réel

commun, le réel de l'un diffère toujours de celui de l'autre. Dans ce contexte, une évaluation normative ne peut être que subjective si le formateur n'évalue que le gestuel et non la réflexion autour de l'action.

Quel accompagnement dans les pratiques actuelles : aidant, guidant, observateur, évaluateur, médiateur, ou facilitateur ?

Un sentiment de confusion et de questionnement, ressort des entretiens lorsque nous avons abordé la posture du formateur. Ce ressenti d'ambivalence confirmée par Paul (2009) et Boutinet (2009), notifie la difficulté de passer d'un positionnement de formateurs-évaluateur à celui de formateur-accompagnant. Ce n'est pas sans conséquence pour l'étudiant qui, dans une même séquence, sera à la fois dans la position d'un impétrant (lors du débriefing) et d'un apprenant évalué en normatif (lors de l'action).

Même si, les formateurs se définissent comme des *aidants* ou des *guides*, nous remarquons que dans les débriefings, leurs postures semblent plus satisfaire à celle d'un expert, qu'à celle d'un facilitateur ou médiateur agréant des conditions d'apprentissage. Cette posture d'expertise est en contradiction avec l'approche conceptuelle de Paul (2010) et de Vial (2007).

Concernant les trois phases de l'accompagnement définies par Vial (2007), nous constatons qu'elles ne sont pas toujours honorées :

- **Référenciation** : les briefings étant succincts et non formalisés, le temps de rencontre où les objectifs de l'apprenant et du formateur sont discutés et explicités, fait défaut. Selon Vial (2007), par des attentes divergentes du sens donné à l'action, l'évaluation risque de devenir subjective.
- **Orientation par l'action et problématisation** : la programmation des séquences étant organisée de manière aléatoire et en fonction des sensibilités des formateurs, l'apprenant ne peut identifier les avancées produites. L'absence de débriefing à froid et un manque de lien entre les séquences des différents formateurs, accentuent le manque de retour sur l'appris. Les notions de bienveillance, de non jugement de valeurs et de confidentialité apparaissent dans chaque entretien. Néanmoins, elles sont signifiées plus particulièrement sous forme de contrat et de consignes données aux étudiants.

Que devient l'apprentissage expérientiel dans ces pratiques ?

En fonction des styles d'apprentissage définis par Kolb (1984), l'étudiant appréciera ou non les séquences de simulation. Or, selon Engels (2013), il semble que le regard des autres est une circonstance plus difficile à surmonter pour la génération Y. Dans un contexte de simulation normative conjuguée à un défaut de briefing ou de débriefing, les modes de fonctionnement cognitifs sont gênés. En effet, ceux-ci sont fondés sur l'appréciation de l'apprenant à l'égard des tâches à effectuer et les manières de les conduire. Par conséquent si l'étudiant ne surmonte pas l'affectif dans le mode de fonctionnement exploratoire, il ne pourra passer au mode de fonctionnement réfléchi ; si les objectifs de l'étudiant ne sont pas considérés dans les séquences, et que l'erreur n'est plus un outil d'enseignement, l'étudiant n'adoptera pas une attitude constructive face à l'échec. Pareillement, un manque de guidance dans l'errance de l'apprentissage expérientiel et un environnement énoncé, freinent l'expression de l'étudiant dans un mode de fonctionnement abstraitif et vérificateur.

Ainsi, nous constatons que la simulation en santé n'est pas utilisée comme une méthode pédagogique d'apprentissage expérientiel où l'erreur devient levier de réflexivité. Elle devient principalement un outil d'évaluation normative, régie comme un contrôle des savoirs didactiques délivrés par le formateur.

Comment expliquer les écarts avec les recommandations de l'HAS ?

La confrontation de nos interprétations analytiques des entretiens réalisés auprès des formateurs, avec des médecins confirmés en simulation en santé, a eu pour finalité de comprendre et d'affirmer ou non les résultats de notre analyse.

Selon les médecins experts en simulation, le problème « *a été pris à l'envers* » dans les instituts de formation paramédicale. Ils constatent que la méconnaissance de la méthode et des recommandations, à laquelle se surajoutent un effet mode et un attrait des lobbies, fait que nos pratiques en simulation détournent l'intérêt

pédagogique de l'apprentissage expérientiel. Ils confirment le fait que les laboratoires ou fabricants de matériel en simulation incitent les instituts à des achats onéreux dont ils ne savent quoi faire. Les agences régionales de santé, s'appuyant sur la gestion des risques contribuent par leurs recommandations, à ce phénomène.

Concernant les freins à la formation en simulation des cadres de santé formateurs, ils seraient dus au fait que cette méthode relève encore essentiellement du monde médical. Les formations proposées aux paramédicaux sont très limitées et organisées principalement par les centres de simulation. Un manque de communication, d'échanges et de partages d'expériences entre les CenSim et les instituts de formation paramédicale, reste une évidence.

Pour autant, dans les échanges avec ces médecins, la posture d'accompagnement reste difficile à définir : « nous sommes tout à la fois : guide, facilitateur, experts, évaluateur... » Ce qui confirmerait les « dits » de Dispagne (2007) concernant la panoplie de postures retrouvée, dans un environnement questionnant, mouvant et instable. La notion « d'expert » apparaît mais uniquement comme support didactique ou personne ressource, et non comme une maîtrise de l'un sur l'autre. Cet élément significatif, nous rapproche du cadre conceptuel de Vial définissant l'accompagnement comme « une rencontre (...) ici et maintenant » dont les conditions de contextualisation et de décontextualisation (étayage lors des débriefings) permettront à l'étudiant de poursuivre seul sa route.

Conclusion

Notre travail de recherche tel qu'il a été conduit, et en tenant compte de ses limites (temps, corpus, concepts étudiés), met en évidence une disparité des pratiques professionnelles entre les instituts, ainsi qu'au sein d'un même institut. La variété des pratiques démontrent que la simulation en formation initiale est considérée comme un outil pédagogique d'évaluation et non pas comme une méthode pédagogique active, détournant ainsi toute sa signification dans l'apprentissage expérientiel. A l'aube du DPC [6], les étudiants en santé devront être familiarisés avec la simulation dans le respect des recommandations HAS. C'est pourquoi, en tant que formateurs, nous ne pouvons plus justifier de nos pratiques actuelles, en soulignant le fait que nous n'en sommes qu'au début de son adoption. Conséquemment, il nous paraît indispensable de voir les instituts de formation mener une réelle conduite de projet autour de cette méthode pédagogique.

Pour cela, nous devons dans un premier temps, nous inscrire dans une analyse de nos pratiques professionnelles et évaluer la plus-value de la simulation pour certaines unités d'enseignement. Les séquences devront respecter les recommandations et faire l'objet d'évaluation de la part des formateurs et des formés. L'énaction ne doit pas être ignorée dans la construction des séquences, et placera le formateur dans une posture d'accompagnement éactif.

Ainsi, il nous faut réfléchir à l'utilisation de cette méthode pédagogique, en évaluant les besoins des étudiants et des formateurs, et en analysant nos pratiques afin de ne pas satisfaire uniquement un effet de mode au détriment d'un intérêt pédagogique.

Références bibliographiques

- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, France : puf.
- Astolfi, J. P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner*. Issy-les-Moulineaux, France : esf.
- Barbier, J. M. (2007). Le vocabulaire des rapports entre sujet et activité. Dans M. J. Avenier et C. Schmitt (dir), *La construction de savoirs pour l'action* (p.63). Paris, France : L'harmattan.
- Barthe, J. P. (2013, novembre). La prise en compte de la plus value intergénérationnelle en IFSI. *Soins cadre*, p. 39-41.
- Boet, S., Granry, J.C. et Savoldelli, G. (2013). *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, France : Springer.
- Dispagne, M. (2007). L'accompagnement pédagogique : quels enjeux symboliques en contexte diglossique ?. *L'orientation scolaire et professionnelle*. Récupéré le 19 février 2014 :

<http://osp.revues.org/1295>. doi : 10.4000/osp.1295

- Engels, C. (2013, novembre). Les étudiants de la formation génération Y en formation. *Soins cadre*, p.42-44.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.
- Granry, J. et Moll, M. (2012), *Rapport de mission : Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. Saint-Denis-La-Plaine, France : HAS. Récupéré le 13 mars 2013 du site : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/..](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/)
- HAS. (2013). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation. Récupéré le 23 mars 2014 sur le site : http://www.has-sante.fr/.../guide-*_bonnes-*_pratiques-*_simulation-*_sante-format2cli..
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Traduction de E. Chartier. Récupéré le 24 février 2014 de : <http://bachattack.free.fr/...res{{sources.../L'apprentissage%20expérientiel .pdf>
- Langevin, L. et Naul, T. (2014) . *Un coup d'œil dans les cours : incidents critiques et interventions des professeurs*. Récupéré le 22 mars 2014 du site : <http://www.unites.uqam.ca/pcpes/pdf/incidentsAIPU04.pdf>
- Le Bouëdec, G. (2002). La démarche d'accompagnement, signe des temps. *Education permanente*, 153, 13-21.
- Masciotra, D. Roth, W.M. et Morel, D. (2008). *Enaction apprendre et enseigner en situation*. Paris, France : De Boeck.
- Meirieu, P. et Develay, M. (1992). *Emile, reviens vite, ils sont devenus fous*. Paris, France : esf.
- Ministère de la santé et des sports.(2009). Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Récupéré le 10 janvier 2014 de : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
- Moscovici, S. (1969). Préface. Dans C. Herzlich (dir), *Santé et maladie*. Paris, France : Mouton.
- Paul, M. (2010). *l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Les carnets de la Persagotière n°22. Récupéré le 12 mars 2014 du site de l'institut : http://www.la-persagotiere.fr/index.php?option=com_content&task..
- Paul, M. (2009). Accompagnement dans Boutinet, J. P, *L'ABC de la VAE*. Récupéré le 17 janvier 2014 de : <http://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae---page-53.htm>
- Varela, F. Thompson, E et Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris, France : Seuil.
- Vial, M. et Caparros- mencacci, N. (2007). *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*. Paris, France : De Boeck université.
- Ministère de la santé et des sports.(2009). *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession* REF. 531200

[1] Le 19 juin 1999, les ministres de l'éducation de 29 pays européens signent la déclaration de Bologne dont l'objectif est d'harmoniser l'architecture du système européen de l'enseignement supérieur en vue de faire de l'Union européenne un espace d'enseignement supérieur compétitif

[2] Méthode pédagogique active utilisant des situations de soins simulées : jeu de rôle, utilisation de mannequins haute et basse fidélité permettant aux apprenants de se confronter à des expériences de situations de soins.

[3] Objectifs non-atteints, mise en difficulté psychologique des apprenants, non-inscription des apprenants dans la séquence.

[4] Centre d'enseignement par simulation

[5] Un institut sur quatorze utilise cette méthode uniquement en formative

Sylvie Gloaguen

Répondre à cet article

forum

-
- Simulation en santé en formation initiale : regards sur les pratiques actuelles en instituts de formation en soins infirmiers

1er avril 2015, par **Frédéric Ballanger**

Bonjour,

je suis médecin dans un dispensaire en Nouvelle Calédonie (Lifou) et j'ai mis en place des sessions de formation continue des équipes médicales et paramédicales du dispensaire. Certaines de ces sessions utilisent les méthodes de simulation médicale s'inspirant de celles dont j'ai pu bénéficier lors d'un excellent enseignement au laboratoire de simulation du CHU de Poitiers (Pr Oriot, DU "gestes d'urgences en pédiatrie").

Nos équipes sont satisfaites de ces séances de simulation et je ne crois pas que nous ayons eu affaire à de réels incidents de simulation. Comme nous l'a enseigné et démontré le Pr Oriot, nous insistons en effet toujours beaucoup sur la bienveillance nécessaire de chacun, sur le caractère utile voir indispensable de l'erreur et sur la valorisation de ces erreurs lors des débriefing.

Je suis particulièrement attaché à ces points ayant moi même été victime d'un incident de simulation douloureux (simulation à 4 soignants réalisée devant un groupe de collègues que je connaissais peu pour certains, mieux pour d'autres, dans une situation, à l'époque, de relative fragilité personnelle, simulation ou j'ai compris en cours d'action que je devais tenir un rôle complexe de chef d'équipe inactif et coordonnateur sur une urgence vitale, en fin de 3eme journée d'une formation, rôle qui n'avait à aucun moment été même évoqué depuis le début de la formation, et simulation de 15 mn au moins que les "formateurs" ont laissé dérouler jusqu'au bout malgré la confusion visible dans laquelle je me suis retrouvé dès les premières minutes, le débriefing m'a immédiatement permis de signaler que j'avais compris que le soucis avait été que je n'avais pas réussi à trouver ma place et on (les formateurs) m'a confirmé que effectivement c'était le problème et qu'en plus il n'y avait pas eu de chef et que c'était un gros problème pour une équipe de ne pas avoir de chef, mais que malgré tout la prise en charge par mes trois autres collègues n'était pas si mal...).

Bref il m'a fallu mes 45 ans dont 20 ans d'exercice médical pour rester debout...

Quoiqu'il en soit je cherche à améliorer nos pratiques et l'efficacité de ces séances et c'est dans le cadre de cette démarche que je me permet de vous contacter après la lecture de votre très intéressant article pour vous demander conseil pour obtenir des sources fiables de lectures et / ou des formations susceptibles d'améliorer nos techniques de simulation en tant que méthode d'apprentissage proprement dite.

en vous remerciant par avance pour votre aide et dans l'attente de votre réponse, je vous remercie pour cet excellent travail.

Frédéric Ballanger

[repondre message](#)

- enceinte bluetooth

14 mai 2016, par **enceinte bluetooth**

Avez-vous une version plus récente de cet article ? Patricia pour [enceinte bluetooth](#)

[repondre message](#)