



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**La Simulation en santé en formation initiale,
quels enjeux pour le Directeur des Soins en charge d'un
Institut de Formation en Soins Infirmiers ?**

Michèle APPELSHAEUSER

Remerciements

Notre plus profonde reconnaissance et tous nos remerciements...

... A Denis pour ton accompagnement pour mener à bien mon projet professionnel, ton réconfort dans les moments de doute, pour le partage des succès et pour ton intérêt sincère,

... A Nathan et à Sandra pour votre disponibilité et votre soutien,

... A nos amis et proches pour votre présence,

... Aux collègues de promotion pour la richesse du partage de compétences, mais aussi pour les moments conviviaux intenses,

... A Patrice, Christine, Myriam et Jean-François pour votre disponibilité, votre accueil et la richesse des échanges,

... Aux professionnels rencontrés pour leur disponibilité et la qualité des échanges,

... A M. Chauvigné et M. Magdelaine pour leur disponibilité dans le cadre d'un entretien préparatoire,

... A notre binôme de lecteurs, M. Ledoyen et Mme Dagoret, pour leurs conseils et leur accompagnement,

... A Cathie, Michelle, Danièle, Pascale F., Pascale L., Stéphanie, Nicolas et Sébastien pour leur effort soutenu lors de la relecture de ce travail.

*... « il faut aller du côté où l'on pense le plus (...), ou la raison aime à être en danger. Si, dans une expérience, on ne joue pas sa raison, cette expérience ne vaut pas la peine d'être tentée. Le risque de la raison doit d'ailleurs être total. (...) Tout ou rien. Si l'expérience réussit, je sais qu'elle changera de fond en comble mon esprit. Que ferais-je en effet d'une expérience de plus qui viendrait me confirmer ce que je sais et, par conséquent, ce que je suis ? Toute découverte réelle détermine une méthode nouvelle, elle doit ruiner une pensée. Autrement dit, dans le règne de la pensée l'imprudence est une méthode ».*¹

Bachelard

¹ BACHELARD G., 1972, L'engagement rationaliste, 1^{ère} édition. Paris : Presses Universitaires de France, p. 11

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre théorique et champ de l'étude	7
1.1 La simulation en santé : un concept récent.....	7
1.1.1 La simulation en santé, une définition choisie	7
1.1.2 La simulation en santé, d'hier à aujourd'hui	10
1.2 Un contexte favorable à l'émergence de la simulation.....	12
1.2.1 Le contexte règlementaire	12
1.2.2 Le Référentiel de soins infirmiers	13
1.2.3 La Génération dite Y.....	14
1.3 La simulation en santé et son incidence pédagogique	15
1.3.1 Un continuum entre compétences et situation réelle.....	15
1.3.2 Situations, interactions et simulation en santé.....	16
1.4 Vers la professionnalisation.....	19
2 L'enquête et son analyse comme éléments de réponses à la question de départ.	
.....	21
2.1 Méthodologie de l'enquête	21
2.1.1 L'exploration conduite sur le terrain.....	21
2.1.2 Le modèle d'analyse.....	23
2.1.3 Les limites de l'exploration.....	24
2.2 Simulation et IFSI, état des lieux.....	24
2.2.1 Du déploiement de la simulation en IFSI	24
2.2.2 Une pratique innovante, mais encore hétérogène.....	25
2.2.3 Stratégie d'implantation de la simulation en IFSI.....	27
2.2.4 Une gouvernance nécessaire, le rôle du directeur des soins	28
2.2.5 Moyens nécessaires pour la mise en œuvre de la simulation	29
2.2.6 Limites et freins au déploiement de la simulation	30
2.3 La simulation en santé, la vision des professionnels.....	31
2.3.1 La perception de la simulation par les acteurs	31
2.3.2 La simulation comme levier pour la qualité et la sécurité des soins : apprendre ensemble et apprendre par l'erreur.....	32
2.3.3 L'accompagnement des étudiants, un positionnement marqué des cadres formateurs	33

2.3.4	La simulation en santé : une réponse à l'attente des étudiants vers la professionnalisation.....	36
2.4	Synthèse de l'analyse.....	38
3	Notre réflexion et nos préconisations autour d'un projet de mise en œuvre d'un centre de simulation.....	41
3.1	Inclure les éléments contextuels dans la conception du projet.....	41
3.2	Se positionner en tant que porteur de projet.....	42
3.3	Intégrer la simulation en santé en IFSI dans le dispositif de formation	43
3.3.1	Inscrire le projet de création d'un centre de simulation dans les orientations politiques actuelles	43
3.3.2	Mutualiser pour le déploiement de la simulation au sein du territoire	43
3.4	Instituer une collaboration institutionnelle autour du portage du projet	45
3.4.1	S'engager dans une collaboration reconnue au sein de l'équipe de direction	45
3.4.2	Collaborer avec le directeur responsable de la gestion des activités de soins	45
3.4.3	S'entourer de l'expertise des acteurs de terrain : les médecins et les professionnels de santé	46
3.4.4	Communiquer autour de la mise en œuvre du projet	47
3.5	Déployer une politique managériale au sein de l'IFSI	47
3.5.1	Clarifier les finalités pédagogiques en fédérant l'équipe autour du projet pédagogique.....	48
3.5.2	Mener une démarche qualité et éthique	49
3.5.3	Animer un groupe projet pour gérer les processus support.....	50
3.5.4	Gérer les ressources humaines en développant les compétences des cadres formateurs	50
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CO-DIR	Comité de Direction
CME	Commission Médicale d'Établissement
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique
DIFSI	Directeur d'Institut de Formation en Soins Infirmiers
DPC	Développement Professionnel Continu
EHESP	Ecole de Hautes Etudes de Santé Publique
ESI	Etudiant en Soins Infirmier
ETP	Emploi Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
PNSP	Programme National pour la Sécurité des Patients
RESP	Réseau des Ecoles de Service Public
UHB	Université de Haute Bretagne (Université de Rennes 2)

Introduction

La référence aux compétences s'est généralisée en Europe afin de répondre à une volonté d'harmonisation du système européen d'universitarisation.² Aussi, en 2009, la réforme des études en soins infirmiers ayant conduit à l'universitarisation (Licence, Master, Doctorat)³ a structuré le programme d'étude sous forme de référentiel d'activités centré sur l'acquisition de compétences.

Ce programme repose sur une approche pédagogique, le socioconstructivisme. Dans l'introduction du référentiel de formation, nous retenons que les modalités pédagogiques sont « *orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant* ».⁴

Le constructivisme se caractérise par la construction de connaissances réalisée par le sujet lui-même à travers les expériences qu'il vit dans son environnement. En ce sens, l'affirmation de Jean Piaget retient particulièrement notre attention : « *la connaissance (...), c'est l'affirmation d'une interdépendance irréductible entre l'expérience et la raison* ».⁵ Les principes fondamentaux du constructivisme situent la « *pensée à la source de toute connaissance première* »⁶ et le développement des connaissances à partir de ce que le sujet sait.

Le concept de socioconstructivisme développé par Lev Vygotsky témoigne de l'importance de créer des interactions sociales afin de permettre la transférabilité des connaissances : « *on apprend en se confrontant au réel et ce dernier s'incarne en partie dans la pensée et l'action d'autrui* »⁷. Ces interactions résultent d'une part des échanges avec les pairs, mais aussi de ceux réalisés avec leurs formateurs.

La réforme des études de 2009 encourage le passage d'une formation fondée sur la transmission de « *savoirs académiques* » aux savoirs « *fondés sur l'appropriation des savoirs* »⁸. Pour cela, le programme d'étude est construit autour du raisonnement clinique et de l'analyse des situations, éléments clés de la didactique professionnelle. Ainsi, la formation professionnelle en soins infirmiers vise à rendre l'étudiant capable de construire des compétences au gré de l'émergence des situations professionnelles qu'il rencontre :

² ESPACE EUROPEEN DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR – Processus de Bologne, 19 juin 1999 (accords définitifs en avril 2002).

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Bulletin santé protection sociale - solidarité, N°2009/7 du 15 août 2009.

⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, ibidem p. 276.

⁵ JONNAERT P., 2009, *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*, 2^e édition. Bruxelles : De Boeck, p, 70.

⁶ POTIER P., 2013, « Théorie de l'apprentissage et simulation, Le point de vue du professionnel de santé-enseignant » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, 2013, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 19.

⁷ PERRENOUD P., « Qu'est ce qu'apprendre ? » *Enfance et Psy*, n° 24, pp. 9-17 [visité le 31/08/2014], disponible sur Internet : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_08.pdf

⁸ CHAUVIGNE C., COULET J.C, septembre 2010, « L'approche par compétences, un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ? », *Revue française de pédagogie*, n° 172, p. 15.

« il doit être capable d'improviser, d'inventer... se montrer apte à s'adapter à des situations variées ». ⁹ La finalité de ce programme d'études consiste en la formation d'un « praticien autonome, responsable et réflexif ». ¹⁰ Il est attendu que l'étudiant soit un « sujet capable, auto-efficace pour ses apprentissages professionnels qui analyse sa propre activité et qui apprend dans les situations et par les situations ». ¹¹ Selon Philippe Perrenoud, il faudrait aider l'étudiant à devenir un « se formant » ¹², expression utilisée au Québec pour désigner un étudiant acteur de sa formation.

La formation requiert l'analyse de l'activité en situation réelle ou simulée afin de favoriser le développement des compétences des étudiants en soins infirmiers. Ce changement de paradigme impacte la pédagogie. Celle-ci s'oriente vers l'apprentissage par l'activité, en plaçant le formateur dans un rôle primordial : mettre en place une pédagogie socioconstructiviste pour que l'étudiant puisse construire et intégrer les nouveaux savoirs. En recréant les situations de travail, l'utilisation de la simulation constitue un moyen d'augmenter le degré de sécurité en intégrant à la fois les notions de gestion des risques et de performance dans les soins, notions essentielles contribuant à la professionnalisation. Selon P. Perrenoud, la simulation permet « une plongée dans le monde réel » ¹³. L'apprentissage par cette méthode d'enseignement est également utilisé lorsque des raisons déontologiques, économiques ou techniques empêchent la mise en œuvre d'une formation directe dans l'activité professionnelle. Aux Etats-Unis, en 2001, la publication du rapport « *to Err is Human* » ¹⁴ permet une prise de conscience de l'importance du facteur humain dans les erreurs médicales et propose de positionner la simulation comme moyen de réduire la fréquence ou les conséquences de celles-ci.

En France, la simulation est promue « méthode prioritaire en formation initiale et continue afin de renforcer la sécurité des patients » depuis 2013 ¹⁵. La HAS (Haute Autorité de Santé) souligne dans ses propositions qu'elle doit être « intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu). Un objectif éthique devrait être prioritaire : jamais la première fois sur le

⁹ PERRENOUD P., « La progression de l'acquisition des compétences des étudiants et des élèves aides soignants », CEFIEC Alsace, 26 mars 2013, Mulhouse : Institut de formation aux métiers de la santé.

¹⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *op. cit.*, p. 275.

¹¹ NAGELS M., « Construire l'auto-efficacité par l'analyse de l'activité en formation des cadres et dirigeants de la santé publique », *Savoirs*, 2010/n°22, p. 75.

¹² PERRENOUD P., *op. cit.*

¹³ PERRENOUD P., « La progression de l'acquisition des compétences des étudiants et des élèves aides soignants », CEFIEC Alsace, 26 mars 2013, Mulhouse : Institut de formation aux métiers de la santé.

¹⁴ KOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON M., *To Err is human. Bulding a safer health system.* Washington : National Academy Press, 1999.<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

¹⁵ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – DIRECTION GENERALE DE LA SANTE – HAUTE AUTORITE DE SANTE, février 2013, Programme national pour la sécurité des patients, 2013-2017, p.16.

patient »¹⁶. En effet, l'apprentissage par essai ou erreur n'est plus toléré du fait des conséquences négatives sur les patients.

Faisant suite à ce questionnement, nous définirions la simulation dans la formation infirmière comme une situation permettant à l'étudiant « *de développer une activité de travail afin d'acquérir les habiletés requises* »¹⁷ au cours de sa formation et pour son exercice professionnel futur. L'apprentissage par simulation est une situation de formation qui peut faire appel à un simulateur techniquement plus ou moins élaboré. Elle peut aussi viser toute action intégrant une situation réelle, une mise en situation : « *du geste technique répété, au jeu de rôle jusqu'à l'étude de cas* »¹⁸. Elle représente donc un outil d'apprentissage des situations et de l'environnement de travail. Cependant, un écueil ne serait-il pas de limiter la simulation à « *l'objet – support* »¹⁹, le simulateur et non pas sur l'apprentissage par l'activité ?

La simulation s'avère être une méthode d'enseignement afin de réaliser des gestes ou des tâches pour lesquels un enseignement théorique ou direct est insuffisant ou impossible. La simulation s'apparente à une « *succession d'allers et retours inductifs et déductifs entre la pratique et la théorie* ». ²⁰

Aussi, l'utilisation de la simulation demande un engagement des professionnels, des équipes et des étudiants dans une nouvelle méthode de conception et d'organisation de séquences pédagogiques.

Par ailleurs, l'évolution du système et de l'offre de soins, des connaissances médicales et technologiques, a une incidence sur la qualification et les savoirs des professionnels de santé. Ce contexte demande une adéquation entre la demande de soins de la population et les compétences infirmières. La notion de professionnalisation s'accroît de plus en plus dans le milieu du travail. Elle se décline en un processus de développement des compétences. Ces dernières se construisent par des « *parcours incluant et alternant des situations [de soins] variées* »²¹. Celles – ci exigent des étudiants et des professionnels une importante mobilisation de ressources différentes (d'ordre théorique, procédural,

¹⁶ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, p. 11.

¹⁷ GRAU, J.Y, DOIREAU, P et POISSON R, 1998, « Conception et utilisation de la simulation pour la formation : pratiques actuelles dans le domaine militaire », *Le travail humain*, n°61, 4, p. 364.

¹⁸ CHAUVIGNE C, MAGDELAINE A., Entretien exploratoire avec des personnes ressources, 14 mai 2014.

¹⁹ LEPLAT J., 2005, « Préface », in PASTRE P., « *Apprendre par la simulation, de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels* », 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, p. 2.

²⁰ POTIER P., 2013, « Théorie de l'apprentissage et simulation, Le point de vue du professionnel de santé-enseignant » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 19.

²¹ LE BOTERF G, 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^e édition. Paris : Editions d'organisation, p. 265.

comportemental). Par la simulation, les étudiants peuvent se confronter aux situations de soins complexes et rares, souvent génératrices de stress. Il s'agit en effet de permettre à l'étudiant de progresser par l'observation de sa propre pratique, afin d'améliorer celle-ci par la réflexion pour devenir un professionnel efficient demain. Ainsi, nous pouvons dire que l'étudiant peut faire, mais également apprendre à « regarder le faire ».

Faisant suite à ces différents constats, il nous semble justifié de nous poser la question suivante :

Comment le directeur des soins peut-il renforcer la dimension professionnalisante de la formation initiale par le développement de la simulation en santé auprès des Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) en Institut de Formation de soins infirmiers (IFSI) ?

De surcroit, le décret du 7 janvier 2014²² souligne la responsabilité du directeur des soins en IFSI dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet pédagogique.

De nombreuses sous-questions ont émergé pour compléter ce questionnaire :

- Existe-t-il actuellement des projets de développement de méthode pédagogique telle la simulation au sein des IFSI ? Quelle implication la mise en œuvre de la simulation demande-t-elle aux différents acteurs : aux étudiants, aux formateurs, aux professionnels de terrain, mais aussi aux dirigeants ?
- Existe-t-il une définition de la simulation partagée par tous les acteurs ? Existe-t-il une réglementation permettant la mise en œuvre de la simulation ?
- Existe-t-il des enjeux forts pour les établissements de santé ainsi que pour les IFSI dans la mise en place de la simulation ? Nous souhaitons comprendre les facteurs contextuels nécessaires à la mise en œuvre de la simulation.

Notre projet professionnel est d'exercer en tant que directeur des soins, la fonction de directeur d'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Grâce à ce travail de réflexion, nous souhaitons construire notre point de vue sur le thème choisi, mais également étayer notre positionnement de directeur des soins. Toutefois, nous limiterons volontairement notre travail à la formation initiale des étudiants en soins infirmiers.

Le développement récent en France de la simulation nous semble être l'opportunité pour effectuer un état des lieux de son déploiement dans les formations initiales en soins

²² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014, texte n°11.

infirmiers. Nous tenterons ainsi de saisir l'impact d'un tel équipement sur l'image de l'IFSI dans son environnement. Puis, nous essayerons de comprendre quels peuvent être les effets de la simulation en matière d'apprentissage pour les étudiants en soins infirmiers ainsi que pour les formateurs.

Mettre en œuvre une réflexion anticipatrice à la mise en place d'un centre de simulation en IFSI constitue pour nous les axes majeurs de cette réflexion.

Pour ce faire, dans un premier chapitre nous étudierons les concepts en lien avec notre problématique en nous appuyant sur une recherche documentaire.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons la méthodologie de l'enquête réalisée puis nous analyserons les résultats. Pour cela, nous exploiterons l'enquête quantitative réalisée dans les IFSI du quart Nord Est de la France et les entretiens qualitatifs menés auprès de professionnels de santé. Nous avons, en effet, choisi de donner la parole à différents professionnels de deux IFSI. Ces acteurs ont une expérience d'utilisation de la simulation dans leur pratique professionnelle. Un point de synthèse reprenant l'analyse des résultats sera réalisé.

Au cours du dernier chapitre, nous proposerons des préconisations pour le directeur d'institut souhaitant mettre en place la simulation au sein d'un institut de formation en soins infirmiers. La conclusion soulignera les contributions de ce travail à l'exercice de notre future fonction.

1 Cadre théorique et champ de l'étude

Au cours de ce chapitre, nous développerons les dimensions théoriques en lien avec la thématique de la question de départ. Nous partirons de la définition de la simulation pour étudier son apport dans la formation initiale en soins infirmiers et essayerons de comprendre son impact sur la professionnalisation.

1.1 La simulation en santé : un concept récent

Avant de nous intéresser brièvement à l'histoire de la simulation, il nous a paru important de définir cette méthode pédagogique.

1.1.1 La simulation en santé, une définition choisie

De nombreuses définitions existent, mais nous avons retenu la définition figurant dans le rapport de mission de la HAS : « *Le terme Simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décisions par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels* ». ²³

La simulation reproduit les caractéristiques essentielles de la réalité, en d'autres mots une réalité qui peut être abstraite et (ou) simplifiée. Elle est décrite comme « *une représentation sélective de la réalité contenant seulement certains éléments de la réalité que le concepteur considère comme pertinents* », ²⁴ notamment dans le cadre d'un enseignement.

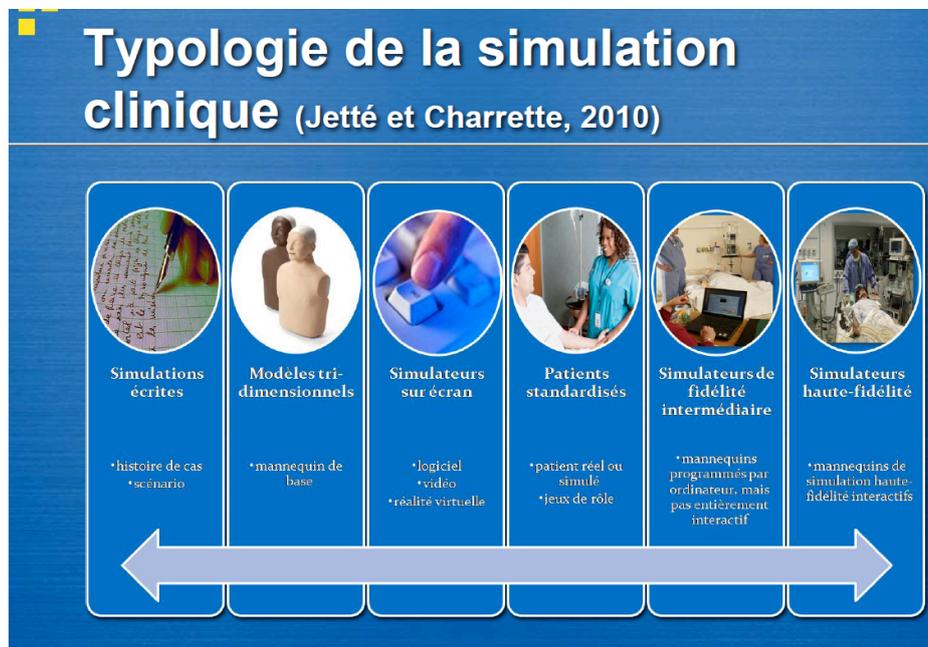
Pierre Pastré distingue plusieurs utilisations de la simulation ²⁵. Dans un premier temps, la différence se trouve dans le but de l'apprentissage : apprendre à conceptualiser une situation ou « *apprendre à faire* » par l'amélioration des pratiques. Une deuxième distinction peut s'opérer par l'utilisation d'un objet technique ou la mise en scène d'une situation simulée.

²³ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, p. 7.

²⁴ RENAUD L., SAUVE L., 1990, *Simulation et jeu de simulation, outils éducatifs appliqués à la santé*, 3^e édition. Ottawa : édition d'agence d'Arc INC, p.18.

²⁵ PASTRE P., 2005, « Apprendre par la résolution de problème : le rôle de la simulation », in PASTRE P., « *Apprendre par la simulation* », 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, p. 9-10.

Cet auteur identifie une troisième distinction en fonction de l'objet sur lequel va porter l'apprentissage. Il peut s'agir d'acquérir soit des habiletés, des procédures, des connaissances ou de développer la coopération entre plusieurs acteurs. A ce propos, Sylvie Jetté²⁶ et S. Charrette ont défini une typologie de la simulation clinique décrite dans le tableau ci – dessous.



Pierre Pastré²⁷ établit une autre différenciation. Celle-ci découle de l'importance du degré d'interactivité entre la situation simulée et l'acteur par l'existence d'un feedback.

Pierre Pastré, Patrick Mayen et Gérard Vergnaud nous apprennent qu'en activité de simulation, « *il s'agit de confronter les apprenants à des situations judicieusement choisies, qui comportent un problème, pour lequel les acteurs ne possèdent pas de procédure leur permettant d'aboutir à coup sûr au résultat. Ils vont être obligés de faire preuve d'intelligence de la tâche, de mobiliser des niveaux plus ou moins élevés de conceptualisation : ils vont être en position d'apprentissage* ». ²⁸

Marcel Lebrun²⁹ caractérise la place de la simulation : elle occupe une tierce place entre le sujet et la réalité. Pierre Pastré souligne qu'« *il y a en présence : le sujet, les connaissances et surtout le milieu, qui est une partie de la situation qui fait face au sujet et qui contient le problème à résoudre* ». ³⁰ Elle reste un outil qui permet « *d'agir sur le réel en amenant ce dernier vers l'apprenant afin qu'il puisse se l'approprier* ». ³¹ Pour cela, une

²⁶ JEFFRE S., Professeur en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke.

²⁷ PASTRE P., 2005, « Apprendre par la résolution de problème : le rôle de la simulation », in PASTRE P., « *Apprendre par la simulation* », 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, p. 9-10.

²⁸ PASTRE P., MAYEN P., VERGNAUD G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* (en ligne), n°154/janvier-mars 2006, p. 186. Visité le 12 février 2013, disponible sur internet : <http://rfp.revues.org/157>.

²⁹ LEBRUN M., Former à l'ère numérique : quelles hybridations entre promesses technologiques et nécessités pédagogiques, CEFIEC, 65^e congrès national, 21 mai 2014, Lille : Grand Palais.

³⁰ PASTRE P., *op. cit.*, p. 21.

³¹ LEBRUN M., *op. cit.*

séance de simulation se construit dans un environnement ressemblant à la réalité. Un système audiovisuel avec une ou plusieurs caméras permet l'enregistrement des séances de formation. Une vitre sans tain sépare les apprenants des instructeurs et des autres étudiants qui observent la scène. Les étudiants sont exposés à des situations critiques ou habituelles qu'ils doivent prendre en charge.

La séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend trois phases distinctes :

- La première partie, le briefing, permet de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis, avec soit un rappel des connaissances à mobiliser, soit un apport supplémentaire de connaissances théoriques. Elle permet également de créer un climat d'apprentissage favorable et de préciser les règles de fonctionnement du groupe (confidentialité, climat de sécurité affective, déontologie en particulier concernant l'utilisation de la vidéo). Ce temps est également consacré à la familiarisation du matériel, de l'environnement ainsi que du contexte de la situation clinique.
- La seconde phase est la mise en situation concrète filmée. Elle correspond soit à la répétition d'un geste technique à acquérir, soit à la confrontation à un scénario complexe lorsque l'apprentissage des compétences non techniques est également recherché.
- Suit immédiatement le débriefing permettant d'aborder le vécu de la situation par les étudiants, de les réassurer si nécessaire et de solliciter leur réflexivité en évoquant les moments et éléments ayant posé problème. Dans cette dernière partie, le formateur expert livre son feedback à l'étudiant.

George Salvadelli et Sylvain Boet ont déterminé, à l'aide d'un tableau, les différentes composantes d'une séance de simulation ainsi que la durée relative (indicative) de chacune.³²

Séance de simulation					
Briefing	Pratique simulée	Débriefing			Conclusion de séance
		Phase de réaction	Phase d'analyse	Phase de conclusion	
10 à 15 mn	10 à 30 mn	2 à 10 mn	10 à 45 mn	5 à 10 mn	5 à 15 mn

³² SAVOLDELLI G., BOET S., 2013, « Séance de simulation : du briefing au débriefing » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 315.

Après avoir appréhendé la définition de la simulation, nous nous intéressons à présent à un bref retour sur son histoire.

1.1.2 La simulation en santé, d'hier à aujourd'hui

Avant de relater les temps forts de la simulation dans le champ de la santé, il nous a paru indispensable d'en découvrir son utilisation à travers l'expérience apportée par d'autres métiers à risque.

1.1.2.1 L'histoire de la simulation en dehors de la santé

De la période de l'Antiquité de nombreux témoignages évoquent que Platon et Aristote ont utilisé l'amusement et l'imitation pour l'apprentissage des activités guerrières.

L'utilisation de simulateur, très réaliste, pour la formation des activités à risques a débuté dans les milieux industriels. L'aéronautique est considérée comme le berceau de la simulation professionnelle à grande échelle. Les premiers simulateurs de vols sont apparus en début du 20^e siècle, en même temps que les véritables avions. Utilisée par la formation initiale, la simulation est également employée comme outil de formation continue et d'entraînement obligatoire aux procédures et panne conformément aux règlements internationaux de l'aviation civile. La simulation constitue également un outil de certification qui autorise ou non un pilote à voler.

L'aviation civile ou militaire n'est pas la seule bénéficiaire de cette technologie. Les domaines de la marine, de l'armée, de la conquête de l'espace, de l'énergie nucléaire utilisent également cet outil. Pour ces disciplines définies comme étant des industries à risques, l'enjeu majeur de la simulation est un enjeu de société : l'amélioration de la sécurité afin de prévenir tout accident. L'enjeu économique est également évoqué par l'utilisation de simulateur dans l'aviation : « *il est moins coûteux d'entraîner des pilotes sur des matériels à terre que de faire voler un avion à vide* »³³. Concernant les usines nucléaires, chaque site nucléaire français est doté d'un simulateur de pilotage et d'un simulateur de maintenance. Cette décision a entraîné une diminution de 20 % de la fréquence des arrêts automatiques des réacteurs.

1.1.2.2 L'histoire de la simulation en santé

En France, depuis 1731, suite à la création de l'Académie royale de chirurgie par Louis XV, les élèves chirurgiens pouvaient s'exercer et répéter leurs gestes opératoires sur les cadavres, premiers simulateurs. En 1759, Angélique-Marguerite Le Boursier Du Coudray

³³ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé, p. 25.

(1714-1789) crée le mannequin d'accouchement « machine à accoucher », reconnu encore aujourd'hui comme référence historique de la simulation en santé. Ce mannequin, reproduisant un bassin d'une femme et d'un enfant (foetus de 7 mois), est composé de tissu, cuir et rembourré de coton. Mme Du Coudray l'utilise dans le cadre d'un enseignement afin d'allier la pratique à la théorie et forme plus de 5000 femmes grâce à la simulation. Il s'avère qu'à l'époque la mortalité infantile a montré une nette diminution. Plus tard, le mannequin de bois de Mme Chase (1851-1925), surnommé Madame Chase marque le début du 20^e siècle et sera utilisé de 1910 à 1970 par les élèves infirmières pour la pratique des soins de nursing de base. Durant les années cinquante, le Pr Peter Safar (Baltimore City Hospital) et Bjorn Lind, médecin norvégien développent un modèle adapté à la réanimation cardio-respiratoire. Puis, le fabricant de jouets Asmund Laerdel développe avec ces deux médecins le fameux mannequin Resuci Anne au début des années 60. A la même époque, Stephen Abrahamson et Judson Denson mettent au point le premier mannequin contrôlé par ordinateur, le Sim One qui servira de modèle pour les mannequins de haute-fidélité actuels.

Dès les années soixante aux Etats-Unis, à côté de l'évolution technologique, le Dr Howard Barrows introduit l'utilisation du patient standardisé. Durant les situations simulées, « *des patients ou des acteurs [sont] sollicités sur la base d'un scénario préétabli et d'une description détaillée de leur rôle* ». ³⁴

Dès 1971, des modifications furent apportées au premier simulateur de patient afin d'étendre son utilisation à d'autres professionnels de la santé.

Les spécialités médicales vont concevoir des mannequins répondant à leurs besoins d'apprentissage : en anesthésie, en cardiologie puis en pédiatrie suivis par de nombreuses disciplines : la médecine d'urgence, la réanimation, les pathologies traumatiques.

Actuellement différents outils coexistent, des plus simples aux plus complexes : du support pour des gestes techniques appelés matériels « basse fidélité » au mannequin informatisé « haute-fidélité ». Ceux-ci sont conçus avec des matériaux complexes « *au plus près du « réel » et avec des interfaces informatiques permettant d'adapter l'état du mannequin et de ses paramètres vitaux aux décisions et aux actions des équipes qui interagissent avec ce dernier durant la pratique simulée* ». ³⁵

Toutefois, il est important de souligner que dès la mise en place des formations réglementées, la formation en soins infirmiers a développé des outils pédagogiques utilisant les situations simulées, telles des ateliers pratiques pour l'apprentissage des

³⁴ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, p. 57.

³⁵ AMMIRATI C., GRANRY J.C., SALVOLDELLI G., 2013, « Mannequins simulateurs de patients » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 66.

soins de confort, des gestes techniques et des jeux de rôle relationnels. Ces techniques existaient dans notre pratique soignante, mais n'étaient pas valorisées comme aujourd'hui. « *Il est également essentiel de distinguer la notion de « pratique simulée » de la notion de « séance de simulation ». La pratique simulée comprend uniquement le temps pendant lequel l'apprenant réalise son entraînement pratique à l'aide d'une technique de simulation, tandis que la séance de simulation est définie comme l'entité pédagogique comprenant : le briefing (...), la pratique simulée (...), la conclusion de la séance* »³⁶. Peut-être ces pratiques étaient-elles les prémices de la simulation ? Aujourd'hui, la simulation répond certainement « *aux nouvelles attentes de la société, nouvelles attentes suscitées par une profonde modification de la perception du risque et des responsabilités. [Elle consiste en une] virtualisation avant réalisation* »³⁷.

Faisant suite à la définition de la simulation ainsi qu'à son inscription dans l'histoire, nous nous intéressons à présent aux éléments contextuels permettant son déploiement.

1.2 Un contexte favorable à l'émergence de la simulation

Plusieurs facteurs participent à l'émergence de l'utilisation de la simulation. Si les possibilités technologiques contribuent pour une bonne part à cet essor, nous nous intéresserons au contexte réglementaire, puis nous nous interrogerons sur la place réservée à la simulation dans le nouveau référentiel de formation en soins infirmiers. Enfin, nous évoquerons les modèles de comportement de la génération dite Y afin d'en comprendre l'impact sur l'utilisation de la simulation auprès des étudiants en soins infirmiers.

1.2.1 Le contexte réglementaire

Du fait de l'aspect novateur du déploiement de la simulation en santé en France, l'aspect réglementaire est peu développé. Toutefois, dans le cadre de la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, à la demande de la Haute Autorité de Santé, le Pr Jean-Claude Granry et le Dr Marie-Christine Moll publient en janvier 2012 un rapport intitulé « *Rapport de mission, état*

³⁶ SALVOLDELLI G., BOET S., 2013, « Séance de simulation : du briefing au débriefing » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G., *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 314.

³⁷ COLLANGE O., MCKENNA J., 2013, in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G., *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 179.

de l'art en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé »³⁸. Celui-ci constitue un état des lieux concernant les initiatives existantes dans le domaine de la simulation en santé. Après avoir constaté le retard français, ce rapport expose notamment le manque d'harmonisation des pratiques, mais identifie également la pertinence de cette méthode pédagogique.

Dans un second temps, en décembre 2012, le « *guide de bonnes pratiques en matière de simulation* »³⁹ est édité. Il est élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire et s'adresse aux structures ayant pour projet de développer des programmes de simulation pour les professionnels de santé. Ce guide détaille la gouvernance des infrastructures organisant des programmes de simulation. Il précise également le déroulement des séquences de simulation. La méthodologie d'évaluation des programmes, des formateurs ainsi que celle de la satisfaction des apprenants est décrite. Un chapitre est consacré au développement de la recherche.

Ces documents de référence sont complétés par deux instructions de la Direction Générale de l'Offre de Soins. Le premier texte relatif au Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) fait de la simulation⁴⁰ une action prioritaire afin de renforcer la sécurité du parcours des soins. Le second texte relatif au développement de la simulation en santé⁴¹ situe le cadre du déploiement de celle-ci et fait mention des mesures d'accompagnement pour sa mise en place.

Après avoir évoqué le contexte réglementaire, notre attention se portera plus précisément sur la place de la simulation dans les textes réglementant la profession infirmière.

1.2.2 Le Référentiel de soins infirmiers

En étudiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'infirmier, nous pouvons relever que le terme simulation y apparaît à plusieurs reprises. En effet, l'annexe III constituant le référentiel de formation précise que les unités d'intégration doivent reposer sur « *des mises en situation simulées* ». ⁴²

L'annexe V, de ce même arrêté, détaille chaque unité d'enseignement. Aussi, pour plusieurs unités d'enseignements, les modalités de contrôle des connaissances

³⁸ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé.

³⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012. Saint Denis La Plaine : HAS.

⁴⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au Programme national pour la sécurité des patients.

⁴¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

⁴² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Annexe III, Bulletin santé protection sociale - solidarité, N°2009/7 du 15 août 2009, p. 278.

recommandées sont la simulation. Pour exemple, l'évaluation des soins relationnels consiste en la mise en situation d'entretien. Les évaluations prescrites pour la compétence quatre intitulée « *thérapeutiques et contribution au diagnostic médical* » sont des soins techniques en situation de simulation.

Nous pouvons ainsi noter la volonté du législateur de réintroduire la simulation dans la formation infirmière. En effet, « *il ne s'agit aucunement d'innovations, les prémices datant du début du siècle* »⁴³ dernier par l'utilisation de mannequin de taille réelle.

Pour autant, cette volonté ne fait que de s'affirmer notamment par la parution de l'arrêté du 26 septembre 2014⁴⁴ modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009. En effet, la simulation y est définie selon le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé de l'HAS. Elle est citée dans l'article 5, de ce même arrêté, comme modalité pédagogique.

A présent, nous essayerons d'appréhender l'impact des caractéristiques de la génération Y sur l'utilisation de la simulation comme méthode pédagogique.

1.2.3 La Génération dite Y

« *La génération Y désigne les individus nés entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990. Ces adolescents et jeunes adultes ont grandi au moment où l'usage d'internet s'est généralisé : la e-culture est leur royaume* ». ⁴⁵ Cette génération est singularisée par cette appartenance culturelle et symbolique commune. En effet, la généralisation des technologies de l'information, l'avènement de la micro-informatique familiale et l'accès au réservoir de connaissances du Web ont modifié l'accès au savoir. La génération Y est habituée à être constamment connectée et à accéder rapidement à tout type d'information. L'utilisation des téléphones mobiles avec appareil photographique intégré leur permet « *de capter et de faire circuler chaque reflet du quotidien. D'une certaine manière, ils incitent à mettre [leur] vie en scène et à se livrer à travers les images* ». ⁴⁶ Aussi, nous pouvons comprendre leur aisance et l'attrait pour l'utilisation de la simulation en pédagogie. Par ailleurs, les jeunes adultes cherchent « *à créer un langage visuel qui permet de se souder en groupe autour de références, de sous entendus et d'images identitaires* ». ⁴⁷ « *Autre originalité de ce bricolage numérique, il s'imbrique dans une culture de partage : la culture peer-to-peer (culture pair-à-pair) profondément ancrée*

⁴³ DOURERADJAM R., DORSAZ S., 2013, « Simulation et formation dans le domaine des soins infirmiers » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p.99.

⁴⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Journal officiel du 2 octobre 2014, Texte 28.

⁴⁵ DAGNAUD M., 2013, *Génération Y, les jeunes et les réseaux sociaux, de la dérision à la subversion*. Paris : Presses de Sciences Po, p. 6.

⁴⁶ *ibidem*, p. 44.

⁴⁷ *ibidem*, p. 50.

dans la culture du Net ». ⁴⁸ L'importance du rôle du groupe et du socioconstructivisme rejoint cette notion de culture de partage.

Les jeunes adultes n'acceptent pas d'être relégués à un rôle de pur exécutant et souhaitent avoir un droit de regard et de prise d'initiative sur leur travail. Cette génération vit avec « *communiquer, collaborer et créer* ». ⁴⁹

Du fait des changements sociétaux corrélés à l'« incertitude » que procurent ceux-ci, le rapport au temps est raccourci et marqué par le court terme. La génération Y réfléchit et planifie à court terme en privilégiant l'ajustement permanent. A cet égard, l'utilisation de technique comme les jeux de rôle, le patient standardisé ou même la simulation réalisée à l'aide de mannequin répondent à l'axiome, ici et maintenant, qui correspond à cette génération.

1.3 La simulation en santé et son incidence pédagogique

Si la simulation en formation initiale permet aux étudiants de travailler les situations professionnelles centrées sur le patient, nous nous intéressons à présent à ses spécificités pédagogiques.

1.3.1 Un continuum entre compétences et situation réelle

Le mot compétence vient du latin « *competentia* » qui signifie « convenir à ». La première définition date de 1596. Aujourd'hui, cette notion est largement utilisée. La littérature révèle une grande diversité de conception : certains auteurs considèrent la compétence comme innée (notion de talent), d'autres estiment que la compétence est un processus dynamique permettant de faire face à des situations. Enfin d'autres auteurs ne la considèrent qu'à travers les performances qu'elle génère.

Concernant notre sujet d'étude, nous situons la compétence dans la rencontre entre un individu et une activité qu'elle soit professionnelle ou de formation en lien avec une situation spécifique. Philippe Jonnaert reprend la définition de Pierre Gillet. Pour ce dernier, la compétence est « *un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent à l'intention d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et de résolution par une action efficace* ». ⁵⁰ Philippe Jonnaert complète cette définition en insistant sur la nécessité pour l'apprenant d'avoir recours à des ressources diversifiées et coordonnées dans une

⁴⁸ *ibidem*, p. 54.

⁴⁹ LEBRUN M., Former à l'ère numérique : quelle hybridations entre processus technologiques et nécessités pédagogiques, CEFIEC, 65^e congrès national, 21 mai 2014, Lille : Grand Palais.

⁵⁰ JONNAERT P., 2009, *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*, 2^e édition. Bruxelles : De Boeck, p, 32.

situation déterminée. Le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources déterminent la pertinence des actions mises en place pour que la situation soit traitée de façon efficiente.

Comme l'indique Philippe Perrenoud, la compétence se caractérise par le « *pouvoir d'agir dans une situation professionnelle* ». ⁵¹ Elle est la réponse apportée à une situation et produit une performance conforme au résultat attendu.

Dans le cadre du développement de compétences en situation telle que le propose la simulation, il existe une « *conversation* » entre le sujet et la situation à laquelle il est confronté. Selon l'expression de Donald Schön : « *le sujet cherche à transformer la situation pour l'ajuster à ses buts, et la situation lui « répond »*. Par ailleurs, si la situation comporte un problème, celui-ci va obliger l'étudiant à créer de nouvelles ressources ». ⁵² Se pose également la notion de transfert de cette compétence acquise vers des soins réels dans le milieu professionnel puisqu'il s'agit de « *mettre les connaissances en acte et transformer les actions en connaissances* ». ⁵³ L'objectif de la simulation est de permettre à l'étudiant d'apprendre à reproduire les comportements attendus dans le milieu professionnel de la façon la plus pragmatique et précise possible.

Cependant, une limite est celle de ne pas « *réduire la formation des compétences à la formation en situation simulée, mais de situer celle-ci dans l'ensemble du dispositif de formation comme un outil parmi d'autres* ». ⁵⁴

1.3.2 Situations, interactions et simulation en santé

La simulation est une méthode de formation basée sur les expériences issues des situations emblématiques et évoque ce que Pierre Pastré nous apprend sur la didactique professionnelle, « *ne pas dissocier l'activité de l'apprentissage, l'analyse de l'activité et l'analyse de l'apprentissage* ». ⁵⁵

Comme nous l'avons déjà évoqué, un des principes pédagogiques du référentiel de formation des études en soins infirmiers est de former des praticiens réflexifs. Donald Schön explique dans le « *praticien réflexif* » que le professionnel construit son savoir « *par l'action* » et sa réflexion « *dans et sur l'action* ». Il s'agit ainsi de former des « *praticiens capables de délibérer sur leur propre pratique, de les objectiver et de les*

⁵¹ PERRENOUD P., « La progression de l'acquisition des compétences des étudiants et des élèves aides soignants », CEFIEC Alsace, 26 mars 2013, Mulhouse : Institut de formation aux métiers de la santé.

⁵² PASTRE P., SAVOYANT A., 2005, « Conclusion », in PASTRE P., « *Apprendre par la simulation* », 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, p. 355.

⁵³ JONNAERT P., *op. cit.*, p. 15.

⁵⁴ KLEIN D., SIMOENS P., THEURIER J.P., 2005, « Témoignage d'entreprise : une collaboration recherche – industrie conséquente sur l'utilisation pédagogique des simulateurs à EDF », in PASTRE P., « *Apprendre par la simulation* », 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, p. 222.

⁵⁵ PASTRE P., MAYEN P., VERGNAUD G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* (en ligne), n°154/janvier-mars 2006, p. 145, visité le 12 février 2013, disponible sur internet : <http://rfp.revues.org/157>.

partager, de les améliorer et d'introduire des innovations susceptibles d'accroître leur efficacité ». ⁵⁶

Ainsi, si la simulation est dans un premier temps centrée sur la situation en tant qu'activité, il s'agit également de comprendre les interactions que l'étudiant va être capable de tisser au cours des séances.

Selon le concept du socioconstructivisme, l'analyse de l'activité requiert la médiation d'autrui, le formateur ou le professionnel de terrain selon les situations. Afin de permettre une interprétation de ce qui s'est passé, un tiers est nécessaire. L'activité d'un acteur est généralement inaccessible pour lui et l'entrée dans une analyse de son activité constitue un véritable travail. Ainsi, nous nous pencherons également sur le rôle et la posture du formateur.

1.3.2.1 La situation

La situation est mise au centre du développement des compétences et devient « *source de compétences* ». ⁵⁷ Elle s'avère être un moyen de construction du sujet. En situation, l'étudiant « *se construit, modifie ou réfute des connaissances situées et développe des compétences tout autant situées* ». ⁵⁸ Dans notre réflexion, nous retiendrons les situations de travail, de formation ou emblématiques qui dans un processus de formation sont la cible d'un développement de compétences.

La simulation en formation initiale lie la situation de travail à la production d'un résultat : « *la résolution d'un problème, identifié et construit* ». ⁵⁹

Pour nous, il semble important de construire des compétences pour les situations emblématiques du métier. Un étudiant a besoin de compétences dans les situations qui se répètent ou qui, en restant exceptionnelles, ont de tels enjeux qu'il est préférable de s'y préparer.

1.3.2.2 L'apprentissage collectif

Travailler en équipe uni – ou pluridisciplinaire, uni – ou interprofessionnelle est une réalité incontournable dans la profession infirmière. « *Les recherches en psychologie cognitive montrent que l'individu est en perpétuelle relation avec son environnement et que la*

⁵⁶ PAQUAY L., SIROTA R., 2001, « La construction d'un espace discussif en éducation. Mise en œuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants : le praticien réflexif », *Recherche et formation*, n°36, p. 5.

⁵⁷ JONNAERT P., 2009, *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*, 2^e édition. Bruxelles : De Boeck, p. 77.

⁵⁸ *ibidem*, p. 76.

⁵⁹ TRIBY E., 2013, « Théories de l'apprentissage et simulation, Point de vue didactique professionnelle » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 28.

fiabilité de sa pratique dépend de la qualité de cette relation ». ⁶⁰ Par le fait du nombre restreint de participants, la simulation est un temps pédagogique propice à « *l'émergence de controverses, c'est à dire des conflits d'idées, d'opinions, de conclusions, de théories et d'information entre membres* ». ⁶¹ Cet apprentissage collectif permet de bénéficier « *du regard et du contrôle (bienveillant) de l'autre* ». ⁶² Dans de telles situations d'interactions, la pratique réflexive se développe dans l'interaction entre l'étudiant, son environnement humain et la situation de formation. En reprenant les apports théoriques de Lev Vygotsky issus du socioconstructivisme, cette interaction lui permet de dépasser la compréhension initiale de la situation, de générer de nouvelles connaissances et ainsi de développer la pratique réflexive.

1.3.2.3 La place du formateur

L'interaction entre le groupe et le formateur joue le rôle de « *tiers formalisant* » et va ainsi permettre la « *transformation des pratiques en connaissances et en savoir d'action* ». ⁶³ Le formateur sert de guide, de facilitateur permettant à l'étudiant de construire lui-même ses compétences, comme le propose le socioconstructivisme.

Emmanuel Triby inscrit le rôle du formateur, dans la pratique de la simulation en un « *concepteur* » se situant à l'articulation de trois axes : la « *conception de la simulation pour la formation* », l'« *élaboration des savoirs de référence* » et l'« *analyse des situations de travail cible de la formation* ». ⁶⁴

Comme le soulignent Etienne Bourgeois et Jean Nizet, il s'agit de donner à l'étudiant « *l'occasion de prendre une distance critique par rapport à leurs savoirs préalables et de mettre à leur disposition les outils permettant leur transformation éventuelle* ». ⁶⁵ Pierre Pierre Pastré, Patrick Mayen et Gérard Vergnaud précisent « *que le rôle central des formateurs est moins de conduire une séance que de diriger l'analyse faite après coup* », ⁶⁶ analyse réalisée lors de la séquence de débriefing. Aussi, donner aux étudiants

⁶⁰ MOLL M.C., BOURHOURS G., GRANRY J., 2013, « Simulation en santé et fiabilisation des pratiques » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p.166.

⁶¹ BOURGEOIS E., NIZET J., 1997, *Apprentissage et formation des adultes*, 1^{ère} édition, Paris : Presses Universitaires de France, Education et formation, p. 176.

⁶² MOLL M.C., BOURGEOIS G. GRANRY, *op. cit.*, p. 165.

⁶³ WITORSKY R., 2007, *Professionalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p. 109.

⁶⁴ TRIBY E., 2013, « Théories de l'apprentissage et simulation, Point de vue didactique professionnelle » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 29.

⁶⁵ BOURGEOIS E., NIZET J., 2005, *Apprentissage et formation des adultes*, 3^e édition. Paris : Presses Universitaire de France, p. 120.

⁶⁶ PASTRE P., MAYEN P, VERGNAUD G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* (en ligne), n°154/janvier-mars 2006, p. 189, visité le 12 février 2013, disponible sur internet : <http://rfp.revues.org/157>

l'habitude d'analyser leur pratique leur permet de devenir des praticiens réflexifs une fois intégrés dans la vie professionnelle.

Former en situation de simulation demande aux formateurs des compétences particulières à la fois techniques, mais aussi humaines. Celles-ci requièrent une « *préparation et un professionnalisme à acquérir* ». ⁶⁷ Durant la conduite de la séquence de simulation, le formateur procède à des adaptations continues afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problèmes. Une double contrainte s'impose aux formateurs : à la fois, faire évoluer le scénario, mais aussi évaluer les étudiants.

Si cette formation est qualifiée d'« *absolument indispensable* » selon le Professeur Granry et Docteur Moll, ⁶⁸ ces auteurs poursuivent en affirmant que « *la connaissance du métier* » est insuffisante pour le formateur, celui-ci doit également maîtriser l'« *approche pédagogique par la simulation* » ⁶⁹, notamment la construction de scénarios, la construction de la séquence de simulation, mais aussi dans la conduite du débriefing. Au cours de ce dernier temps pédagogique, le formateur doit être en capacité de pouvoir gérer le stress de l'étudiant, mais aussi l'échec si celui-ci venait à se présenter. La prise en compte de l'impact émotionnel d'une séance de simulation fait partie de la gestion du débriefing par le formateur.

Si l'utilisation de la simulation a une incidence sur la pédagogie, qu'en est-il de la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers ?

1.4 Vers la professionnalisation

Nous tenterons à présent de comprendre l'impact de la simulation sur la construction du savoir et des compétences permettant à l'étudiant de construire son identité et un savoir d'expérience afin de devenir un professionnel.

Le concept de professionnalisation apparaît récemment dans la littérature en France : des écrits sont recensés en 1992, mais cette notion a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Pour Jeanine Roche, la professionnalisation des étudiants se caractérise comme « *l'ensemble des actions qui transforment un individu en professionnel apte à tenir un rôle dans des configurations professionnelles complexes* ». ⁷⁰ La professionnalisation

⁶⁷ AMALBERTI R., 2013, « Gestion des risques et facteurs humains – rôle de la simulation » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 11.

⁶⁸ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Paris Seine Saint Denis : Haute Autorité de Santé, p. 68.

⁶⁹ *ibidem*, p. 61.

⁷⁰ ROCHE, J., 1999, « Que faut-il entendre par professionnalisation ? », *Education permanente*, n°140, p. 48.

correspond à l'accroissement des compétences permettant à l'individu de passer du statut de novice au statut de professionnel avec ce que le mot de professionnel suppose de compétences.

Aussi l'enjeu de la formation est de répondre aux attentes du monde professionnel et de conduire les futurs infirmiers vers un exercice professionnel performant et polyvalent, adaptable, capable d'élaborer de nouveaux savoirs et d'avoir la compétence de réfléchir sur leur pratique, de former et savoir se former. Christian Chauvigné renforce cette idée par la citation suivante : « *Plus les activités à réaliser (...) sont proches des activités professionnelles auxquelles se préparent les étudiants, plus l'investissement de ceux – ci sert leur professionnalisation et plus le diplôme certifie leur capacité à prendre leur rôle professionnel* ». ⁷¹

L'activité produite et analysée par l'étudiant sur les différents lieux de formation, institut et terrain de stage, contribue au développement des compétences et à l'émergence de savoirs utiles pour l'exercice professionnel. Ce « *parcours jalonné d'expériences, de modèles, d'anti-modèles, de situations de clivage* » ⁷² permet à l'étudiant la structuration de sa propre identité professionnelle. Pour Guy Le Boterf, « *la professionnalisation est au carrefour du sujet, des situations professionnelles qu'il a rencontrées et des situations et du parcours de formation qu'il a suivi (...) notamment les situations de travail simulées* ». ⁷³ L'analyse des pratiques par la réflexion rétrospective a été identifiée par Richard Wittorski comme étant un mode de professionnalisation. « *La notion de professionnalité permet de donner un nom à ce qui se passe autour dans tout débriefing, ou même chaque fois que le sujet apprenant se rend compte qu'il apprend : une efficacité à résoudre des problèmes (...), mais aussi des débats de valeurs que cela occasionne et dans lesquels il s'inscrit presque nécessairement, et des questions plus générales, psychosociales, autour de son identité professionnelle notamment* ». ⁷⁴

A la lumière des concepts mis en exergue par notre recherche documentaire et bibliographique, nous exposerons dans le chapitre suivant, la méthodologie élaborée en référence au questionnement de départ. Cette description sera suivie de l'analyse des résultats issue du recueil du matériel empirique recueilli.

⁷¹ CHAUVIGNE C., 2010, « Les référentiels en formation, des normes en confrontation » *Recherche et Formation*, n° 64, p.83.

⁷² MOGUEN C, LAURENT B, « *La professionnalisation des cadres formateurs : quelle stratégie pour le directeur des soins* », in ECOLE DES HAUTES ETUDES DE SANTE PUBLIQUE, 3^e Séminaire des directeurs des soins, 9 avril 2013. Rennes : EHESP, 2013, p. 60

⁷³ WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2008/2 n°17, p. 24, p. 9-36. DOI : 10.3917/savo.017.0009

⁷⁴ TRIBY E., 2013, « Théories de l'apprentissage et simulation, Point de vue didactique professionnelle » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 31

2 L'enquête et son analyse comme éléments de réponses à la question de départ

Dans la première partie de ce chapitre, nous présenterons notre méthodologie, notre terrain d'exploration, puis les différentes étapes permettant de mettre en œuvre notre étude : du choix de l'outil méthodologique à la construction des outils d'investigations. Les difficultés liées à cette recherche seront également évoquées. Enfin, une troisième partie sera dédiée à l'analyse de contenu.

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 L'exploration conduite sur le terrain

Afin de décrire la méthodologie utilisée, nous présenterons les principaux axes de notre travail, les outils de recueil de données choisies ainsi que les populations enquêtées.

2.1.1.1 La présentation de la méthodologie

Nous avons conduit cette étude selon plusieurs axes. Tout d'abord, nous avons procédé à une recherche bibliographique afin de développer les concepts en lien avec la problématique. Dans un second temps, le thème de l'étude a été délimité par un entretien exploratoire réalisé avec M. Christian Chauvigné⁷⁵ et M. Arnold Magdelaine,⁷⁶ en tant que personnes ressources. Nous avons choisi ces interlocuteurs pour leur connaissance du terrain, mais aussi pour leurs travaux de recherche réalisés autour des référentiels de formation et de l'acquisition des compétences.

A la suite à cette étape de recherche théorique, nous avons construit les outils de recueil de données. Pour cela, nous avons complété notre analyse quantitative, état des lieux du déploiement de la simulation dans les IFSI, par des entretiens qualitatifs afin d'être au plus près de la réalité des expériences vécues par les acteurs de terrain. Notre approche s'oriente ainsi vers un va-et-vient entre les deux outils permettant une combinaison d'informations. L'objectif de ce croisement des résultats est d'accroître la vraisemblance des conclusions.

⁷⁵ CHAUVIGNE C., Docteur en psychologie, psychosociologue. Responsable du centre d'appui à l'amélioration continue de la qualité à l'École des Hautes études en santé publique (EHESP), chercheur associé au Centre de recherche en psychologie, cognition et communication de l'Université de Haute Bretagne (UHB) et au Centre de recherche sur la formation du Conservatoire national des arts et métiers.

⁷⁶ MAGDELAINE A., Responsable des projets « développement et innovation pédagogique à l'EHESP, Coordonnateur du groupe de travail "Compétences", Réseau des écoles du service public (RESP).

2.1.1.2 Les outils exploratoires de l'enquête

a) Le questionnaire, outil pour l'investigation quantitative (annexe n° 1)

La première phase de ce travail se compose d'une identification des éléments caractérisant un état des lieux afin de bâtir le questionnaire. La construction de cet outil de recueil de données a demandé un temps de réflexion et de préparation afin de clarifier les questions pour les utilisateurs. Afin de limiter le biais lié à la mauvaise compréhension de l'outil par les personnes enquêtées, le questionnaire a été testé auprès de trois directeurs des soins. Des réajustements ont été apportés après chaque relecture. Afin de faciliter le traitement des réponses, un logiciel de création d'enquêtes a été utilisé. Ainsi, deux élèves directeurs ont testé la fonctionnalité du logiciel, notamment les modalités d'envoi ainsi que la forme du questionnaire.

b) Les entretiens semi-directifs, outils de l'investigation qualitative (annexe n°2)

L'enquête qualitative, par entretiens semi-directifs, complète notre travail de recherche. Ces entretiens ont pour but de « *comprendre les significations que les individus donnent* »⁷⁷ à leurs expériences professionnelles. Pour cela, nous avons construit un guide d'entretien définissant les thèmes qui seront abordés au cours des entretiens ainsi que la formulation de consignes et de relances. Notre travail se propose d'étudier la singularité de chaque professionnel dans son contexte de travail en le traitant « *comme un observateur de ses propres actions* ».⁷⁸ Le guide d'entretien est adapté à chaque catégorie de professionnel sollicité. Pour chaque entretien, un rendez-vous a été pris. La durée des entretiens s'évalue à une heure environ.

2.1.1.3 Les populations enquêtées

a) L'enquête quantitative

Le contour de la population a volontairement été limité aux IFSI des régions du Nord-Pas-de-Calais et du Grand Est de la France. Pour ce faire nous avons procédé à un recensement des IFSI implantés sur ce territoire. Ainsi, cette enquête est menée auprès de 82 dirigeants d'IFSI. Le nombre de réponses obtenues s'élève à 31, ce qui représente un taux de réponse de 37,8 %.

64 % des enquêtés sont directeurs des soins, 13 % assurent un poste de faisant fonction et 23 % ont opté pour l'item « autre ». Nous pourrions également noter qu'une majorité de

⁷⁷ ANADON, M. P. D, 2006, « La recherche dite "qualitative" : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents ». *Recherches qualitatives*, 26,1, p.15.

⁷⁸ VERMERSCH, P., 1994, *L'entretien d'explicitation*, 7^e édition. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur, p. 136.

répondants est dotée d'une expérience importante : 10 occupent la fonction de dirigeant depuis plus de 15 ans, 8 de 5 à 15 ans, 5 depuis moins que 5 ans. Par contre, nous pouvons supposer une mobilité importante dans la fonction puisque 12 dirigeants d'instituts sont en poste depuis moins de 5 ans.

Concernant les formations dispensées dans l'institut, les formations en soins infirmiers et aides-soignantes sont largement majoritaires. Ces dernières représentent respectivement 84% et 58% des formations dispensées dans les IFSI enquêtés.

b) L'enquête qualitative

Concernant les entretiens, nous avons choisi d'interroger des professionnels ayant participé à la mise en œuvre de la simulation dans leur IFSI. Pour cela, nous avons sélectionné deux IFSI (annexe n°3, tableau des entretiens menés avec données professionnelles).

Concernant le premier IFSI, le quota d'élèves en soins infirmiers s'élève à 115 étudiants par année de formation (350 étudiants) et dispose d'une équipe pédagogique stable composée de 14 Emplois Temps Plein (ETP). Nous y avons interviewé : le directeur de l'IFSI (D1), deux formateurs (F1A et F1B), un professionnel de terrain (P1) ainsi que deux étudiants (E1A et E1B). Concernant ces derniers, nous avons choisi de rencontrer des étudiants de troisième année afin qu'ils aient à la fois un recul possible concernant leur formation et que leur entrée dans la vie professionnelle soit le plus proche possible.

Le second IFSI forme 565 étudiants et élèves, ce qui représente un quota de 140 étudiants en soins infirmiers par promotion. Cet IFSI est certifié ISO 9001 depuis 2012. L'équipe est composée de 23 formateurs et d'un intendant en informatique. Nous nous sommes entretenus avec le directeur d'IFSI (D2) et deux formateurs (F2A et F2B).

2.1.2 Le modèle d'analyse

Concernant le traitement des réponses au questionnaire quantitatif, nous avons choisi un traitement automatique à l'aide d'une feuille de calcul. Le résultat chiffré aux réponses fermées du questionnaire se trouve en annexe (n°4).

Afin d'explorer les données recueillies grâce aux entretiens et aux questions ouvertes du questionnaire, nous avons procédé à une analyse du contenu afin de traduire les paroles des interviewés de la façon la plus objective et la plus fiable possible.

Les données recueillies n'ont pas été exploitées dans leur intégralité. Nous avons choisi de nous intéresser seulement aux passages en lien avec l'objet d'étude. Ils sont repérés dans le texte à partir d'une série de phrases, de morceaux de phrases évoquant une idée. Néanmoins, chaque entretien a été retranscrit puis analysé. Une analyse transversale du corpus, par thème en lien avec l'objet de l'étude, a suivi cette première étape. Puis, nous

avons organisé le matériel d'enquête sous forme d'une grille d'analyse (annexe n°5) permettant d'une part la confrontation des contenus d'entretien, mais aussi la prise de recul et la réflexion.

2.1.3 Les limites de l'exploration

Compte tenu du nombre peu élevé des entretiens menés, les conclusions ne peuvent établir qu'une tendance et en aucun cas être généralisables. Toutes les personnes sollicitées n'ont pu être rencontrées du fait de leur indisponibilité.

De même, l'étude qualitative ne se limitant qu'à une partie du territoire français, elle peut s'avérer n'être qu'une indication de l'implantation de la simulation dans les IFSI. Cependant, elle peut nous donner une idée sur la situation actuelle. En outre, le taux de réponse (37,8 %) au questionnaire peut s'expliquer par l'envoi durant les congés d'été et la préparation de la rentrée dans les IFSI. Afin d'optimiser le taux de réponse, cinq relances ont été nécessaires dans la période allant du 19 juin au 7 septembre. Le taux de réponse pourrait également être induit par à une « non réponse » des dirigeants d'IFSI n'ayant actuellement pas de projet de déploiement de la simulation.

Les grandes lignes de notre démarche étant précisées, nous présentons à présent les principaux résultats qui nous ont permis d'obtenir ce déploiement méthodologique.

2.2 Simulation et IFSI, état des lieux

Afin de réaliser cet état des lieux, nous nous appuyons sur la restitution des réponses issues de l'enquête quantitative, complétée par les données du verbatim des entretiens menés. Nous ferons tout d'abord un point sur la situation de l'implantation de la simulation dans les IFSI. Nous pouvons dès à présent préciser que les résultats des enquêtes, quantitative et qualitative ont montré peu de divergences d'opinions entre les professionnels. Seules des différences concernant une hétérogénéité des pratiques ont été évoquées. Dans un troisième temps, nous tenterons de comprendre les stratégies déployées ainsi que les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'un projet de simulation.

2.2.1 Du déploiement de la simulation en IFSI

Ainsi, les réponses à la question 2, «utilisez-vous la simulation comme outil pédagogique », démontrent qu'une majorité d'IFSI (sur les 31 réponses obtenues), 69 % l'a mise en place. Cependant, 31 % ont répondu par la négative. Lorsque nous croisons

ces données avec la question 4, « envisagez-vous à l'avenir de développer la simulation », nous constatons qu'une majorité des répondants pensent conduire ce projet (sur 7 réponses négatives à la question 1, 5 étudient le projet) : le projet est soit « *en cours* », soit en « *étude de coûts* ». Nous pouvons ainsi avancer l'idée qu'une forte majorité des IFSI, ayant répondu à l'enquête, a soit développé cette méthode, soit est en cours d'initialisation du projet.

2.2.2 Une pratique innovante, mais encore hétérogène

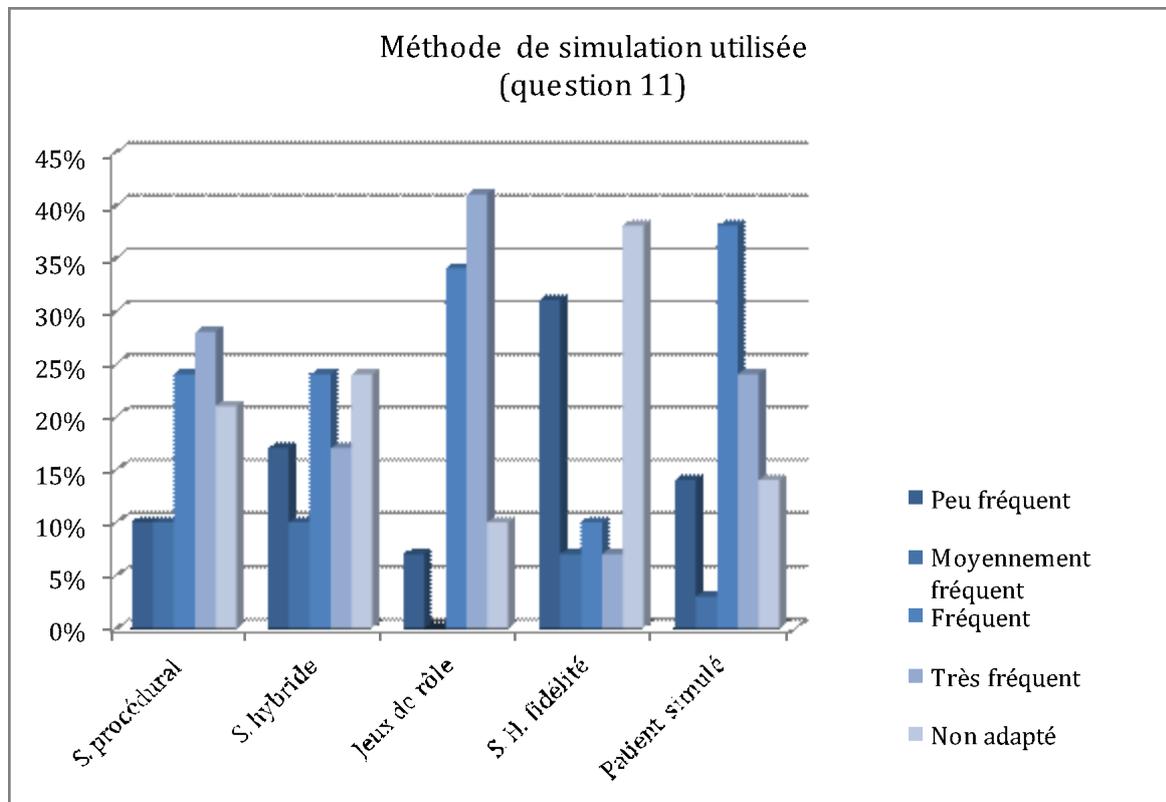
Les réponses qu'elles soient issues de l'enquête qualitative ou quantitative sont homogènes pour dire que la simulation est une pédagogie innovante. Lorsque nous nous interrogeons sur les méthodes de simulation utilisées (question 10), nous nous apercevons que les formateurs ont largement recours à la simulation procédurale : en regroupant les items « fréquents » et « très fréquents », nous obtenons 71 % d'utilisateurs. La simulation procédurale est certainement la plus répandue en raison de son antériorité historique dans la pratique pédagogique. Par ailleurs, les IFSI priorisent la simulation de moyenne fidélité plutôt que la simulation de haute-fidélité. Nous pouvons dès à présent nous poser la question de l'impact économique.

Concernant les enseignements visés par l'utilisation de la simulation, les éléments recueillis par l'enquête quantitative sont complétés par les entretiens. Les situations d'urgence (F1A, F1B), la psychiatrie ainsi que les « *situations de soins avec comportement* » comme « *l'accueil du patient, un transfert, l'éducation thérapeutique* » (F1B) sont cités à titre d'exemple par les professionnels.

Les formateurs font également appel à la simulation pour l'apprentissage des techniques relationnelles (48% en réunissant les mêmes items que précédemment). A ce propos, la réponse à la question 11, « quelle méthode de simulation utilisez-vous ? », apporte un élément supplémentaire puisque nous pouvons constater un fort taux de réponses positives pour l'utilisation pédagogique des jeux de rôle. Cette technique est souvent utilisée pour l'enseignement de la démarche relationnelle (75 % en réunissant le taux fréquent et très fréquent).

Comme nous pouvons le constater sur le graphique ci-dessous, les réponses à la question 11 démontrent que les méthodes les moins onéreuses sont celles qui sont le plus souvent utilisées, à savoir : le jeu de rôle, le patient simulé et la simulation procédurale au détriment de l'utilisation de matériel de haute-fidélité. Une étude réalisée en 1979, réalisée par J. M. Adams, démontre à ce propos que l'utilisation de « *fidélité technique faible offre parfois des possibilités de transfert aussi bonnes qu'une fidélité*

élevée ». ⁷⁹ Il est intéressant de noter que l'étude menée par le Professeur Granry et le Docteur Moll auprès de différents types d'établissements et d'écoles ont donné les mêmes résultats. ⁸⁰ Comme nous l'avons souligné dans notre cadre théorique, ces méthodes ont une antériorité comme méthode d'apprentissage en IFSI.



Par ailleurs, les IFSI utilisent la simulation à toutes les étapes de la formation. Le pourcentage varie très peu d'une année de formation à l'autre : 68 % pour la première année, 61 % pour la seconde année de formation et 65 % pour la troisième année. En effet, un dirigeant d'IFSI souligne que « *l'outil est adapté à la progression de l'étudiant* » dans sa réponse à la question 9 « Utilisez-vous la simulation pour l'enseignement des étudiants ? ». Ce propos est complété par une autre affirmation : « *l'utilisation forte en première année dans le cadre des gestes et soins d'urgence (...), en deuxième année dans le cadre de l'apprentissage de gestes techniques et de situations de soins (...), en troisième année dans le cadre de situations de soins complexes et dans le travail en équipe pluriprofessionnelle* ». Cette conception correspond à ce que décrit F. Demaurex et N. Vu dans l'ouvrage « la simulation en santé », « *les mises en situation sont taillées sur mesure en fonction des objectifs d'apprentissage (...) selon une progression*

⁷⁹ DUBEY G., 2001, « La simulation à l'épreuve du lien social », *Le travail humain*, 2001/1 vol. 64, p. 5. DOI : 10.3917/th.641.003.

⁸⁰ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, p. 42.

programmée ». ⁸¹ Par contre, d'autres IFSI font le choix de « *prioriser les futurs diplômés* » (réponse à la question 9).

Une autre distinction apparaît dans la conception de la simulation. Elle est quelquefois utilisée comme « *mise en pratique de situations concrètes de travail* », d'autres fois elle est simultanément associée à l'existence d'un « *laboratoire de compétence* » (question 2). En effet, certains IFSI mettent en place la simulation comme méthode pédagogique dans leur enseignement sans pour autant créer un laboratoire ou centre de simulation.

Si plusieurs IFSI utilisent des centres de simulation pour leurs enseignements (question 9), la simulation s'adresse généralement à groupes restreints d'étudiants (question 13). Cependant une réponse apportée souligne la pratique suivante : « *nous nous exerçons à la simulation retransmise en amphi mais l'interactivité est totalement différente* » (question 13). Ce témoignage nous éclaire à la fois sur la diversité d'interprétation possible de la définition de la simulation, mais nous renseigne également sur la variété des pratiques. Concernant les techniques de débriefing, de nombreux aspects sont encore méconnus ou mal compris. Les auteurs confirment que « *cette pratique repose encore essentiellement sur des opinions et des expertises individuelles* ». ⁸² Nous pouvons d'ores et déjà relever l'importance de la formation des utilisateurs dans la mise en œuvre de la simulation.

A la question 8, « *utilisez-vous une référence réglementaire pour la mise en œuvre de la simulation ?* », 61 % des dirigeants affirment utiliser une référence, notamment les « *recommandations HAS* ». Le projet de modification de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme infirmier renforçant la place de la simulation a été cité plusieurs fois alors que le texte n'était pas paru au moment de l'enquête.

2.2.3 Stratégie d'implantation de la simulation en IFSI

Au cours des entretiens effectués avec les directeurs des soins ceux-ci témoignent de l'importance du soutien de leur direction dans l'aboutissement du projet de création d'un laboratoire de compétences (D2) : « *le directeur était très content en terme d'image, le directeur a vu l'opportunité d'avoir un IFSI reconnu dans la région* ». Ceci est confirmé par les réponses à la question 2 (quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la simulation dans un IFSI ?) puisque sont évoquées à la fois la « *volonté managériale* », mais aussi la nécessité d'une « *direction porteuse et promoteur du projet* ».

⁸¹ DEMAUREX F., VU N., 2013, « *Patients simulés/standardisés* » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 55.

⁸² SALVOLDELLI G., BOET S. Séance de simulation : du briefing au débriefing, in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p.319.

Lorsque nous nous référons à l'étude quantitative, nous constatons que l'impact sur l'établissement est reconnu « important, très important » (61 %) par les dirigeants d'IFSI. La notion d'attractivité et de place de l'IFSI au sein du territoire sont des éléments importants pour les responsables des structures lors du déploiement du projet. En croisant ces résultats avec la question 7 (quel contexte a favorisé la mise en œuvre de la simulation ?) et en réunissant les items « important et très important », nous constatons que l'aspect politique est important pour 39 % des répondants, mais vient bien après la professionnalisation 93 % (réponse à la question 6), les nouvelles technologies 77 % ou la réforme des études 71 %. Aussi, nous pouvons relever que les premières motivations des dirigeants dans la mise en œuvre de la simulation sont de répondre aux besoins de formation et de professionnalisation des étudiants. Cependant l'aspect politique reste important, mais est exprimé au second plan.

2.2.4 Une gouvernance nécessaire, le rôle du directeur des soins

Les directeurs des soins font part lors des entretiens de leur rôle essentiel. « *Leur positionnement est primordial par rapport aux équipes qui s'engagent* », ils sont « *un appui dans le projet* ». Celui-ci est confirmé par les cadres de santé qui relèvent une « *fonction de soutien de l'équipe* » du directeur des soins par rapport à leur engagement dans le projet. Leur rôle se situe dans la « *démarche projet, la gestion des aspects financiers* ». Nous pouvons constater une similitude entre les propos de ce directeur des soins et le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, publié par la HAS. La gouvernance d'un centre de simulation décrite dans ce manuel inclut « *des composantes administratives et décisionnelles* ». ⁸³ Le guide présente l'organisation financière, la gestion des ressources humaines (définition du temps dédié, mise en place de fiches de poste) ainsi que l'organisation de la structure. Lorsque nous nous référons au décret portant statut particulier du corps des directeurs des soins ⁸⁴ ces missions y sont inscrites en ces termes « *sous l'autorité du directeur général* », le directeur des soins en charge d'un IFSI « *participe à la gestion administrative et financière ainsi qu'à la gestion des ressources humaines* ». A ce propos, nous noterons l'importance du positionnement du directeur général.

L'aspect management de la qualité est également décrit dans le guide des bonnes pratiques de la HAS. Pour un directeur des soins (D2), sa posture est « *centrée sur la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient* ». Ainsi, pour ce professionnel, le directeur des soins est la personne centrale du projet, car il s'agit du cœur de son métier.

⁸³ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012. Saint Denis La Plaine : HAS, p. 16.

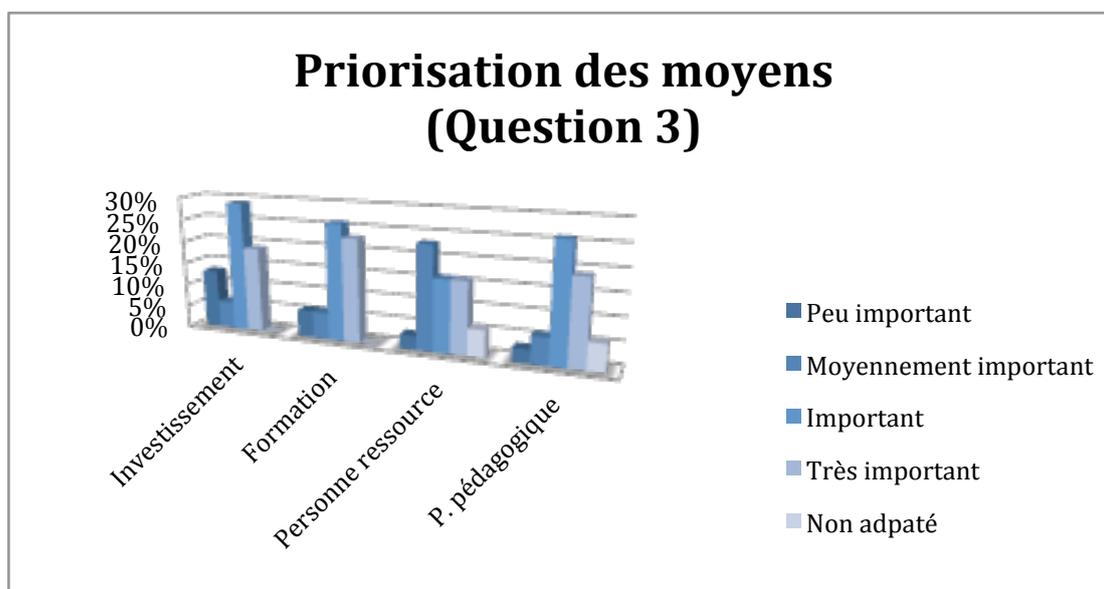
⁸⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014, texte n°11.

Ce directeur des soins se situe également comme le « *défendeur du prendre soin et de la qualité* ».

2.2.5 Moyens nécessaires pour la mise en œuvre de la simulation

En ce qui concerne les moyens engagés, plusieurs axes se dégagent : les ressources financières et humaines, la nécessité d'avoir des locaux dédiés, mais aussi l'intégration de la simulation dans le projet pédagogique.

Concernant la question 3, « Quels moyens avez – vous utilisés pour mettre en place la simulation ? », lorsque nous réunissons les items « important, très important » nous nous apercevons que la formation des formateurs, l'investissement financier et l'intégration de la simulation dans le projet pédagogique sont priorisés de façon relativement homogène par les dirigeants d'IFSI, à savoir respectivement 49 %, 48 % et 45 %. Ce résultat est reporté sur le graphique ci-dessous.



Pourtant lors de l'argumentation à cette même question, les réponses s'avèrent plus assurées.

La formation des formateurs est un élément « *indispensable* » à la mise en œuvre de la simulation. Plusieurs répondants soulignent le fait que la simulation ne laisse « *aucune place à l'improvisation* ». Former en situation de simulation demande aux formateurs des compétences particulières que nous avons caractérisées de techniques, mais aussi humaines dans notre cadre théorique. A ce propos, un cadre de santé formateur témoigne « *être tellement réaliste, c'est très émotionnel... j'ai vu des gens craquer...* ». Les dirigeants d'IFSI priorisent une diversité dans les formations : master class, diplôme universitaire, master. Un directeur d'IFSI (D2) a formalisé un retour de formation avec une lettre de mission engageant le formateur formé à encadrer les autres formateurs.

L' « *investissement matériel important* » pour l'achat de matériel spécifique est particulièrement relevé par les répondants au questionnaire (question 2). Le coût des mannequins et des installations audiovisuelles sont notés comme une contrainte prioritaire par R. Doureradjam et S. Dorzaz dans l'ouvrage « la simulation en santé ». ⁸⁵ Un directeur des soins (D1) a pu bénéficier d'« *une dotation complémentaire de la Région* » permettant l'acquisition de matériel. Par ailleurs, le financement peut se révéler être un frein puisque le manque de financement peut entraver les projets. La dimension de « *difficultés de financement et d'équipements* » insuffisants est précisée dans le préambule du guide de bonnes pratiques en matière de simulation. ⁸⁶ L'intégration de la simulation dans le projet pédagogique est également prioritaire pour les dirigeants des IFSI. « *Le projet pédagogique doit proposer cette « méthode pédagogique graduellement pour que l'équipe pédagogique et les étudiants y adhèrent* » estime une dirigeante d'IFSI en s'exprimant sur les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la simulation (question 5). D'autres soulignent l'importance de l'adhésion de l'équipe pédagogique. A ce sujet, les directeurs de soins interviewés ont tous les deux mis en place un groupe projet afin d'impulser une dynamique d'équipe.

2.2.6 Limites et freins au déploiement de la simulation

Hormis les problématiques liées au financement et à la formation des formateurs, le facteur temps est exprimé par de nombreux dirigeants d'IFSI dans les réponses à la question 13 : quelles sont les limites de l'utilisation de la simulation ? La simulation est décrite comme un « *outil chronophage* » et « *consommateur en ressources humaines* ». Sur ce point (sachant que la simulation est en cours de développement dans l'IFSI) un cadre formateur apporte un questionnement (F1B) : actuellement, dans l'IFSI dans lequel il exerce, « *un étudiant va faire 10 h de TD en procédural, 8 à 12 h en haute-fidélité, ça va lui faire 25-30 h sur 3 ans. Faut-il un tel investissement ? La question mérite d'être posée* ». Le facteur temps est également à mettre en adéquation avec la « *nécessité de travailler en petits groupes* » d'étudiants. Cependant en France, il n'existe pour l'heure pas de ratio formateur /apprenant (dans les pays anglo-saxons, un ratio de 1 formateur pour 5 apprenants est admis). ⁸⁷ Plusieurs dirigeants d'IFSI indiquent une difficulté à répondre à cette exigence du fait du nombre d'étudiants par promotion et la « *démultiplication* » des travaux dirigés. Au regard de la durée donnée à titre indicatif sur

⁸⁵ DOURERADJAM, R., DORSAZ S., 2013, « Simulation et formation dans le domaine des soins infirmiers » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 103.

⁸⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012. Saint Denis La Plaine : HAS, p. 2.

⁸⁷ BAUGNON T., GRANRY J.C., ORLIAGUET G., 2013, « Challenges dans le fonctionnement d'un centre de simulation » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer p. 428.

le tableau représentant une séance de simulation présenté dans le cadre théorique⁸⁸, nous pouvons comprendre les réticences de certains professionnels. La mise en œuvre d'une séance de simulation implique une consommation importante en ressources humaines, mais également en locaux. Cet aspect peut se révéler être un véritable frein à sa mise en place. Un cadre formateur (F1A) nous précise que son engagement dans l'utilisation de la simulation lui a demandé de « *faire des priorités dans ses missions* ». Il a dû « *repositionner son implication dans les groupes de travail* ».

Certains dirigeants d'IFSI soulignent que la simulation « *reste un outil* » et ne doit pas se « *substituer à l'apprentissage sur les terrains de stage* ». D'autant plus que certains thèmes ne sont pas abordés comme l'explique un cadre formateur (F1A) : « *la mort (...), le mannequin ne doit pas mourir et donc on n'aborde pas la mort* ».

Après avoir établi un état des lieux de l'implantation de la simulation, nous donnons à présent la parole aux professionnels afin de mieux appréhender leur conception de la simulation.

2.3 La simulation en santé, la vision des professionnels

2.3.1 La perception de la simulation par les acteurs

Au regard de l'analyse de contenu des données recueillies, nous questionnerons la perception de la simulation à travers l'axe suivant : la situation comme support de l'approche réflexive.

Si les notions de « situations » et « réflexivité » sont évoquées dans tous les entretiens, elles sont également présentes dans les réponses des questions ouvertes 2 et 12 de l'outil exploratoire quantitatif.

« *Apprendre à raisonner en situation pour trouver le raisonnement le plus efficient et efficace possible devant une situation donnée* » telle est la définition de la simulation en santé donnée par un directeur des soins (D2). La notion d'ancrage dans le réel est évoquée par un cadre formateur (F1B) : il s'agit d'une « *méthode pédagogique proche de situations réelles afin de prendre des décisions (...) dans des situations complexes* ». La situation apparaît comme le précise Gérard Dubey tel un « *« miroir » déformant du réel* »⁸⁹ permettant un travail de réflexion sur l'action. Aussi, les étudiants sont amenés à faire preuve « *d'intelligence de la tâche, de mobiliser des niveaux de*

⁸⁸ Tableau, cf. p. 9.

⁸⁹ DUBEY G., 2001, « La simulation à l'épreuve du lien social », Le travail humain, 2001/1 vol. 64, p. 5. DOI : 10.3917/th.641.003.

conceptualisation ». ⁹⁰ Trois cadres formateurs (F1A, F1B, F2B) évoquent l'importance de la décision prise en situation simulée en lien avec le « *savoir-être* » (F1A), mais aussi avec le travail en équipe. Cette décision est issue du « *raisonnement clinique* » (F2B). Les apprentissages dépendent à la fois de la prise de conscience réflexive de la manière de gérer l'activité, mais également de la capacité d'adaptation aux paramètres de la situation. Aussi, l'étudiant agit sur la situation et sur l'environnement, mais « *se transforme lui-même, en enrichissant son répertoire de ressources* ». ⁹¹

Un formateur (F2A) intègre la simulation dans la « *pratique professionnelle* » au « *cœur du métier* ». Un directeur des soins (D2) renforce cette idée par la prise de position suivante : « *ce que j'attends de la simulation, c'est qu'on fasse travailler les étudiants sur ce qu'il y a autour de l'acte du soin : collaboration, relation au patient, observation (...), gestion de l'émotion* ». Plus loin, il complète ce propos : « *ce qui m'intéresse, c'est tout ce que les étudiants ne voient pas en services de soins, « l'impalpable »... ce que les professionnels n'ont pas le temps de montrer* ». En effet, l'acte de soin, comme le souligne Yves Clot, ne se limite pas seulement à « *ce qui est réalisé, mais aussi à l'activité suspendue (le réel de l'activité est aussi ce qui ne se fait pas)* ». ⁹²

2.3.2 La simulation comme levier pour la qualité et la sécurité des soins : apprendre ensemble et apprendre par l'erreur

Une forte majorité des répondants ont évoqué le fait que l'utilisation de la simulation contribue à la gestion du risque. Les erreurs les plus préjudiciables pour les patients sont liées aux actes de soins, mais aussi à des problématiques organisationnelles ou d'interface entre les professionnels. La simulation permet « *la répétition des gestes, autorise les erreurs et (...) les réajustements* » « *sans risque pour les patients* » (question 12, quels sont les bénéfices pour les étudiants ?). A plusieurs reprises, la phrase « *jamais la première fois sur un patient* » est exprimée (question 2, pourquoi utilisez – vous la simulation ?).

Les professionnels interrogés insistent également sur l'importance du travail en équipe, mais aussi sur une nécessaire « *réflexion pluridisciplinaire* ». Selon un dirigeant d'IFSI, la simulation contribue à décloisonner les formations en « *améliorant la reconnaissance de l'autre dans son champ de compétence* » (question 2). Nous pouvons souligner ici un bénéfice indirect pour l'apprenant, mais particulièrement enrichissant pour son exercice professionnel futur. Concernant la transdisciplinarité, un directeur des soins (D1)

⁹⁰ PASTRE P., MAYEN P, VERGNAUD G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* (en ligne), n°154/janvier-mars 2006, p. 186, visité le 12 février 2013, disponible sur internet : <http://rfp.revues.org/157>.

⁹¹ *ibidem*, p.154.

⁹² WITORSKI R., 2007, *Professionalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p.34.

s'exprime ainsi : « *La simulation, c'est un partage d'expérience entre les experts du terrain et les experts de la pédagogie* ».

Cependant, actuellement, au vu des résultats de l'enquête, les autres professionnels viennent peu se former dans les ISFI ce qui peut démontrer que le cloisonnement entre formations, notamment entre les formations paramédicales, persiste. En effet à la question 14, peu de dirigeants ont répondu et d'autre part les réponses obtenues sont souvent négatives. Certains IFSI indiquent que cet aspect reste en projet.

Par ailleurs, un formateur (F2B) nous indique que la simulation est « *une interface, on n'est ni à l'IFSI, ni sur le terrain. On est dans un lieu où l'on peut faire se rejoindre les formateurs et les professionnels* ».

2.3.3 L'accompagnement des étudiants, un positionnement marqué des cadres formateurs

« *Accompagnateur, facilitateur* » (F1A), « *nouveaux rapports, bienveillance* » (F1B), « *accompagner, puiser le potentiel de l'étudiant* » (F2B) sont les termes utilisés par les cadres formateurs pour qualifier leur rôle auprès des étudiants lors d'une séance de simulation. « *Amener l'étudiant à réfléchir, à s'auto-évaluer, être garant des connaissances* » (F1B), telle est la description faite par un cadre de santé (F1B) de son rôle pédagogique. Plus loin, il décrit le rôle du formateur qui est d'« *entretenir une atmosphère favorable à l'apprentissage, à l'autocritique et à l'hétérocritique, un rôle de garant des connaissances* ».

Un formateur (F2A) complète cette proposition en disant « *on est sur notre cœur de métier, on devient professionnel de terrain, on est sur notre pratique au quotidien* ». Ce point de vue est partagé par un étudiant (E1B) puisqu'il apporte le témoignage suivant : « *il s'agit d'un autre rapport avec le formateur (...), moins de barrières (...), une autre relation (...), plus de complicité* ». Un cadre formateur (F1B) décrit une relation « *privilegiée* » et différente de la relation verticale « *Maître/Elève* ». Ces caractéristiques ne sont pas sans nous rappeler « *le rôle de tiers formalisant* »⁹³ tel que nous l'évoquions dans la première partie. Un cadre formateur insiste sur l'importance de « *permettre à l'étudiant de découvrir ce qu'il sait* (F2B) ».

L'accompagnement se réalise également grâce au positionnement professionnel du formateur. Un directeur d'IFSI (D2) valorise ainsi la place du cadre en qualifiant de « *plus value (...)* sa connaissance et son expérience » par le fait qu'il soit issu du terrain. Cependant cette réflexion est modulée par un questionnement autour de la notion d'expertise d'un formateur « *ayant quitté les soins depuis 3 ans* ».

⁹³ WITTORSKY R., 2007, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p. 109.

Par contre, un formateur (F2B) se dit « *être encore en apprenance* » en simulation puisqu'il considère avoir également des limites et pense qu' « *expliquer, c'est s'exposer et exposer ses lacunes (...) on n'a pas le savoir absolu* ». Ce point de vue est partagé par une collègue (F1A) puisqu'elle verbalise que les « *étudiants apprennent, mais nous on apprend aussi beaucoup* ». Un directeur des soins (D2) considère que la simulation a permis aux formateurs de son équipe de renforcer leur positionnement pédagogique : d'aller vers l' « *apprendre à l'autre* », plutôt que d'enseigner. Gérard Dubey nous rend également attentif au fait qu'il est important que le formateur soit « *sur un pied d'égalité et reconnaisse appartenir d'une certaine manière au même monde, être tous deux sujets à part entière et interagissant l'un sur l'autre* ». ⁹⁴

Concernant les formateurs, des compétences spécifiques telles que celles décrites par les auteurs, ont été relevées par les personnes enquêtées.

2.3.3.1 La construction de la séquence de simulation : entre l'objectif et le scénario

Structurer une séquence pédagogique efficace impose pour le formateur le contrôle des objectifs visés, mais aussi la construction des scénarios. Pour cela, il s'agit dans un premier temps de procéder à une identification des situations de soins, grâce à une analyse du travail. Puis, dans un second temps, il s'agit de construire le problème, le scénario en établissant un arbre décisionnel et une grille de conduite. « *La construction du scénario s'évalue à 5 réunions de 2 heures* » (F2A). Selon un cadre formateur (F1B), cette étape constitue un temps de « *travail en collaboration* » avec le médecin et les infirmiers. Le médecin « *est garant des éléments théoriques et cliniques, le cadre formateur, de la méthodologie, les infirmiers amènent la réalité pour fonder les objectifs pédagogiques* ».

La définition des objectifs demeure la clé d'une simulation réussie. « *La simulation demande à ce que les objectifs soient bien pointés (...) et menés à terme* » déclare un cadre formateur (F2A). L'adéquation entre objectifs, scénarios et les compétences des étudiants participants est également incontournable. Un cadre formateur (F1B) indique qu'il est important de s'appuyer sur les « *besoins réels, sur les objectifs d'apprentissage clairs... ceci va permettre de construire des scénarios qui répondent aux objectifs pédagogiques* ». Un cadre formateur confirme cette idée : « *quand on crée le scénario, il faut voir tout ce que l'étudiant peut avoir dans la tête, il faut tout anticiper...* » (F2A).

Richard Wittorski nous indique que l'étudiant apprend par le contact avec lui-même, mais aussi avec les autres, et son environnement matériel « *mais ces apprentissages dépendent également du sentiment de compétences, du sentiment d'auto direction et du*

⁹⁴ DUBEY G., 2001 « La simulation à l'épreuve du lien social », *Le travail humain*, 2001/1 vol. 64, p. 5. DOI : 10.3917/th.641.003.

sentiment d'auto efficacité. »⁹⁵ La méthode de simulation se base essentiellement sur le renforcement positif et la maîtrise de la solution. « *On ne peut pas faire de simulation si l'étudiant n'est pas en confiance* » déclare un cadre de santé (F1A) (...), « *il faut accompagner la situation pour que l'étudiant ne soit pas en échec* ».

2.3.3.2 Du débriefing vers la posture réflexive

Des outils de débriefing sont décrits dans la littérature, mais notre propos consistera à comprendre le lien entre le débriefing et la posture réflexive.

Le débriefing est une notion issue du monde militaire et adoptée à ce jour par le monde du travail et de l'industrie. Fanning et Gaba donnent la définition suivante : « *le débriefing représente une réflexion guidée ou facilitée durant un cycle d'apprentissage expérientiel* ».⁹⁶ Ce processus implique « *une participation active des apprenants, qui sont guidés par le formateur et dont l'objectif principal est d'aider les apprenants à identifier et combler les lacunes dans leurs connaissances ou compétences* ».⁹⁷ A ce propos, un cadre formateur (F1B) nous apprend que pour lui, la confrontation à la situation en action « *permet aux étudiants de prendre conscience de leur activité et facilite l'autocritique* ». Durant ce temps d'analyse, le formateur joue le rôle de « *facilitateur qui conduit au processus réflexif (...) en assurant un feedback efficace, constructif et ciblé* ».⁹⁸ Cette position est renforcée par la déclaration d'un autre cadre de santé (F2A) : « *l'étudiant doit faire état de ce qu'il fait et être dans une démarche réflexive* ». En tant que formateur, nous allons « *essayer de comprendre comment les étudiants apprennent et cela va permettre d'adapter les méthodes* » ajoute un autre cadre de santé (F1A).

Cependant, deux formateurs insistent sur le fait que le débriefing se prépare dès le briefing, temps introductif de la séance de simulation. Ce moment est un « *moment d'échange d'informations entre le formateur et les participants* ».⁹⁹ Un cadre formateur (F1B) précise que selon lui, « *le briefing est plus important* ». Il s'agit du « *temps de préparation des apprenants* », c'est le moment de la « *mise en confiance* » (F2A).

L'écueil du débriefing mal réalisé est également évoqué par deux formateurs : « *une séquence de simulation mal menée avec un débriefing mal réalisé peut être dévastateur* » nous apprend un cadre formateur (F1A). Pour une formatrice, le débriefing « *est un temps fort dans le sens qu'il ne faut que rien n'échappe... Ne pas oublier d'interpeler sur une pratique mal faite (...). Il faut être vigilant pour tout ce qui est en relation avec des*

⁹⁵ WITORSKY R., 2007, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p. 44.

⁹⁶ FANNING R.M., GABA D.M., 2013, « *Séance de simulation : du briefing au débriefing* » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 318.

⁹⁷ SAVOLDELLI G., BOET S., 2013, « *Séance de simulation : du briefing au débriefing* » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 319.

⁹⁸ *ibidem*, p. 322.

⁹⁹ *ibidem*, p. 314.

mauvaises pratiques. Cela peut renforcer dans la mauvaise pratique ». Ceci n'est pas sans nous rappeler l'importance de la formation soulignée dans le cadre théorique.

2.3.4 La simulation en santé : une réponse à l'attente des étudiants vers la professionnalisation

2.3.4.1 Simulation et génération Y : une méthode adaptée à la demande des étudiants

Connecté, rôle d'acteur, culture peer-to-peer sont les caractéristiques que nous avons décrites dans le cadre conceptuel concernant les générations Y. Les formateurs (F1A) de déclarer que la simulation est une « *méthode qui plait aux jeunes parce que « ça bouge, et c'est interactif* ». Le débriefing ou la confrontation en simulation correspond à leurs attentes.

Un cadre formateur (F2A) pense que cette méthode correspond tout à fait à l'attente des étudiants : « *la génération qui se débrouille, ils sont dans l'intuitif* ». Les étudiants expliquent que cette méthode leur correspond (E1A). L'étudiant (E1B) rajoute qu'il ne voit pas de différence entre les étudiants et les étudiantes : « *les filles se prêtent tout autant que les garçons alors que les filles jouent moins aux jeux vidéos* ». La simulation en tant qu'approche pédagogique active peut répondre à cette caractéristique de la génération Y. En nous référant à la question 7, « *quel contexte a favorisé la mise en œuvre de la simulation ?* », de l'enquête quantitative réalisée auprès des dirigeants d'IFSI, nous pouvons constater que les réponses sont relativement partagées : les items « *peu important et important* » arrivent à un taux à 45 %. Cependant, les commentaires de la question 2, « *utilisez-vous la simulation comme outil pédagogique ?* » font apparaître une convergence entre la génération Y et l'utilisation de la simulation : il s'agit d'une « *méthode adaptée à la génération des étudiants* » « *qui répond à l'évolution de profil des jeunes étudiants actuel* ».

2.3.4.2 L'autoconfrontation, une étape vers la construction des compétences

L'autoconfrontation est le temps de l'élaboration d'un discours en référence aux séquences de simulation filmée lors de l'activité de formation. La séquence est visionnée par l'étudiant (ou le groupe d'étudiants) ayant réalisé l'activité. « *Cette vérification est un acte professionnel* »¹⁰⁰. Les points clefs permettant à l'étudiant de s'approprier des compétences sont d'une part, l'analyse des facteurs pour lesquels l'étudiant a réalisé ou non les actions, d'autre part l'appréhension du raisonnement clinique déterminant ses décisions. Il s'agit comme le décrit un dirigeant d'IFSI (question 2) du « *niveau agir de l'acquisition des compétences* ». La réflexion sur l'action permet à l'étudiant de développer

¹⁰⁰ MOLL M.C, BOUHOURS G., GRANRY J., 2013, « Simulation en santé et fiabilisation des pratiques » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 164.

sa pensée critique et d'exercer son jugement clinique. Cette étape permet à l'étudiant de commenter, expliquer et justifier les actes qu'il a accomplis. Un étudiant indique que « *l'analyse est formatrice, on analyse ce qui a été, pas été (...). J'ai pu travailler l'arrêt cardiaque en simulation et je me sens plus prêt si cela devait arriver* » (E1A). Un étudiant (E1B) nous fait part de son expérience : « *quand je pense syndrome dépressif, je me représente [la situation simulée] et je me rappelle le tableau clinique du syndrome dépressif et les attitudes soignantes qu'il faut avoir en face* ».

Le passage à la verbalisation de l'activité réalisée par l'étudiant lui permet d'adresser cette expérience à de nouveaux destinataires : le formateur, le professionnel de terrain et le groupe des étudiants. Ce « réadressage » est l'occasion pour l'étudiant de rejouer l'activité professionnelle afin qu'il puisse à la fois prendre conscience de son activité, mais aussi progresser et acquérir des compétences. Un étudiant (E1B) confirme cette hypothèse : il y a le regard « *critique des autres (...), le regard professionnel de l'infirmier* ». Nous sommes là dans la description des interactions permettant un apprentissage collectif que nous avons décrit dans le cadre théorique. Pour ce même étudiant, la simulation vient « *conclure un cours théorique (...), boucler la boucle* », elle permet de faire l'acquisition de plus d'information que « *sur le papier* » lors des cours théoriques. Cette affirmation est peut être à mettre en lien avec le rôle de l'étudiant, ne pas être exécutant, mais être acteur de sa formation, comme nous l'avons souligné dans notre premier chapitre.

2.3.4.3 La professionnalisation des étudiants : un axe déterminant pour la mise en œuvre de la simulation

Les études en soins infirmiers reposent sur un dispositif de formation par alternance dans lequel il existe une articulation forte entre les stages et la formation pour faciliter le développement des compétences. Selon Richard Wittorski, un professionnel est reconnu « *vrai professionnel* » par une organisation lorsqu'il fait « *preuve de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités professionnelles.*»¹⁰¹ Selon un directeur des soins interviewé (D2), la simulation « *permet de faire travailler l'étudiant sur sa posture professionnelle* » et l'amener à « *être un professionnel centré sur le patient et attentif à lui* ». Un cadre formateur (F2A) s'aperçoit de la progression de l'étudiant : « *on voit l'évolution de l'étudiant dans son apprentissage et la progression qu'il fait* ». Pour le professionnel de terrain (P1), la simulation est perçue comme un « *outil pouvant favoriser l'entrée dans la vie professionnelle* ». Un étudiant (E1B) complète ces propos en disant que l'utilisation de la simulation en formation « *lui permet d'être mieux armé face à la situation réelle* » en lui donnant confiance en lui. Par ailleurs, il évoque qu'à travers

¹⁰¹ WITTORSKY R., 2007, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p. 91.

l'utilisation de la simulation, il peut construire une « *attitude professionnelle* ». Cette idée est reprise par un cadre de santé (F2A) qui considère que lorsque « *l'étudiant trouve sa place en simulation, il trouve sa place en service* ».

Par ailleurs, en réponse à la question 6 « *quelles sont les impacts du développement de la simulation sur l'inscription de l'IFSI dans son environnement?* », l'item professionnalisation est l'élément majoritairement sélectionné (58 % très important, 35 % important) par les dirigeants des IFSI. Concernant les questions ouvertes, ces mêmes professionnels témoignent de l'importance de l'impact de la simulation sur la professionnalisation des étudiants. Selon eux, la simulation permet aux étudiants de « *se mettre en condition d'exercice du métier, de tendre vers la maîtrise de la gestion de la situation travaillée, vers l'acquisition de l'activité* ». Les étudiants se trouvent « *au plus près de la réalité du terrain* » et peuvent « *se préparer aux réalités du métier* ». Le défaut d'encadrement en stage est également évoqué à plusieurs reprises dans l'enquête, mais aussi par les professionnels interviewés. L'utilisation de la simulation est évoquée par les professionnels pour pallier à cette difficulté. Un directeur des soins (D2) indique ainsi que « *tous les stages ne sont pas qualifiants, car les conditions ne sont pas réunies, mais je n'ai pas le choix, je n'ai pas suffisamment de terrain de stage...* ». Il ajoute que ce qui est « *intéressant par l'utilisation de la simulation c'est de faire travailler l'étudiant sur sa posture professionnelle, en service on a pas forcément le temps de le faire* ».

Partant de ce constat, l'utilisation de la simulation « *permet ainsi aux étudiants d'acquérir des soins qu'ils n'ont pas l'occasion de voir dans les services durant leur formation* » (F1A). Cette dimension est particulièrement importante pour certains soins complexes lorsque les étudiants arrivent dans les « *pools* » de remplacement lors de leur prise de fonction (F1A). Selon Richard Wittorski, la professionnalisation relève « *d'un jeu d'articulation étroit entre ce que le sujet montre de lui en situation de travail (...) et de ce que l'environnement attend et reconnaît de lui en situation d'efficacité* ». ¹⁰²

2.4 Synthèse de l'analyse

A la question de départ posée, nous pouvons y répondre par l'affirmative. La professionnalisation est une préoccupation majeure des directeurs de soins en IFSI. Ceux-ci témoignent en effet de l'importance de l'impact de la simulation sur la professionnalisation des étudiants en conduisant ceux-ci à devenir un professionnel « *centré sur le patient et sur lui-même* » (D2).

¹⁰² WITTORSKY R., 2007, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, p. 146

De nombreux IFSI souhaitent (ou sont en cours d'élaboration de projet) développer la simulation au sein de leur dispositif de formation. Après une confrontation des données recueillies, nous pouvons constater des hétérogénéités de pratiques et une divergence de conception. Cependant, la simulation en santé est vécue par les professionnels comme un réel temps d'apprentissage et de réflexion permettant une confrontation à la réalité d'une situation conduisant vers la professionnalisation.

Par ailleurs, les professionnels s'entendent pour dire qu'il est important que les directions d'établissement support appuient le projet et de surcroît l'impulsion du directeur des soins est fondamentale. Les moyens reconnus comme nécessaires reposent sur les ressources financières et humaines ainsi que l'intégration de la simulation dans le projet pédagogique, rôle reconnu au directeur des soins dans le décret portant réforme du corps des directeurs des soins.

A l'issue du travail de recherche mené, nous souhaitons à présent nous projeter dans notre future fonction de directeur des soins.

Les constats reliés aux concepts définis nous permettent d'envisager des propositions concrètes afin de dégager les lignes stratégiques pour le directeur des soins dans le cadre d'un projet de déploiement de la simulation au sein d'un IFSI.

3 Notre réflexion et nos préconisations autour d'un projet de mise en œuvre d'un centre de simulation

Dans ce chapitre, nous évoquerons les préconisations résultant de l'analyse précédente. Les réponses obtenues grâce à l'analyse de notre matériel empirique nous permettent de dégager plusieurs axes qui nous semblent incontournables dans la perspective de piloter un projet de déploiement d'un centre de simulation.

Pour le directeur des soins, piloter un tel projet peut se révéler être un véritable challenge par rapport à l'essor que prend actuellement la simulation. En effet, cette méthode pédagogique, innovante comme l'ont reconnue les professionnels, est en constante évolution.

Nous avons choisi de présenter les points stratégiques témoignant du positionnement du directeur des soins dans l'implantation d'un centre de simulation. Avant de livrer les différentes actions, des éléments contextuels pouvant favoriser la mise en œuvre du projet seront évoqués.

3.1 Inclure les éléments contextuels dans la conception du projet

Un projet s'inscrit dans un contexte institutionnel, mais aussi territorial. Celui-ci varie selon la configuration des établissements et de leur environnement. Avant la mise en œuvre d'un projet, il est important de connaître son point d'ancrage. Aussi nous avons pu observer au cours d'un stage une mutualisation d'un projet de centre de simulation entre un pôle médical et un IFSI. Cette mutualisation comporte des enjeux stratégiques spécifiques, notamment concurrentiels concernant des sujets telles l'identification du porteur de projet, la localisation des lieux, la mutualisation du matériel ainsi qu'une conception commune entre la culture médicale et la culture paramédicale.

Dans l'établissement dans lequel nous prendrons notre fonction de directeur des soins chargé d'un Institut de formation, le directeur général de l'établissement porte de l'intérêt au développement d'un projet de centre de simulation. De plus aucun autre porteur de projet n'est identifié.

Le projet d'établissement de ce Centre Hospitalier est en cours de réalisation. Ce projet prévoit le transfert d'une part importante d'activité clinique intra-hospitalière sur un nouveau site suite à une construction actuellement en cours. Cette restructuration s'inscrit dans la perspective d'un rapprochement de l'offre de soins de la population prise en charge.

Le transfert de lits, prévu pour fin 2015, a pour conséquence de libérer des locaux au sein de l'établissement. Ces unités sont actuellement encore en fonctionnement. Ce déménagement peut se révéler être une véritable opportunité à saisir pour convertir une unité de soins en centre de simulation. Fort de l'exemple donné par un dirigeant d'IFSI, nous soulignons l'existence en Belgique de « *laboratoires intégrés dans des locaux transformés en Hôpital virtuel* ». Cependant, envisager un tel projet ne pourra être effectif qu'après avoir défini le porteur de projet. Appréhender le positionnement des différents acteurs est également une dimension incontournable du projet.

3.2 Se positionner en tant que porteur de projet

Le déploiement d'un centre de simulation représente un projet à long terme pour un établissement de santé : de la définition des objectifs au périmètre du projet, de la planification à la coordination.

De notre analyse, nous avons pu dégager l'impact d'un tel projet sur l'image de l'établissement. De même, l'attractivité de l'IFSI peut s'avérer significative pour les étudiants ainsi que pour les professionnels. Du fait de ces enjeux institutionnels, il est primordial de définir rapidement le pilotage du projet. Cette décision revient au directeur d'établissement.

Selon le décret du 7 janvier 2014 modifiant le statut du corps de directeur des soins, celui-ci administre l'institut de formation dont il est responsable sous l'autorité du directeur d'établissement. Nous pouvons ainsi comprendre que la place du DIFSI (Directeur d'Institut de Formation en Soins Infirmiers) peut varier en fonction de la décision du directeur général. Aussi il appartient au directeur des soins de proposer sa candidature de pilote de projet au directeur général. La légitimité du pilotage est intimement liée au positionnement du directeur des soins. Celle-ci est étayée par sa connaissance du dispositif de formation, ainsi que du milieu professionnel.

Par ailleurs, le guide des bonnes pratiques en matière de simulation préconise une gouvernance formalisée incluant des composantes « administrative et décisionnelle».¹⁰³ Au regard du décret su cité, après accord du directeur général, cette fonction peut revenir au directeur des soins.

¹⁰³ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, p. 16.

3.3 Intégrer la simulation en santé en IFSI dans le dispositif de formation

3.3.1 Inscrire le projet de création d'un centre de simulation dans les orientations politiques actuelles

La loi du 13 août 2004¹⁰⁴ a transféré aux régions plusieurs compétences, notamment de définir et mettre en œuvre la politique de formation du secteur selon les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales.

Par ailleurs, certaines Agences Régionales de Santé (ARS) au regard de l'instruction du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé¹⁰⁵ ont développé un dispositif régional. A titre d'exemple, nous citerons l'ARS de la région Pays de la Loire. Celle-ci a mis en œuvre une dynamique de développement régional de la simulation¹⁰⁶.

Mettre en œuvre un centre de simulation suppose qu'en tant que porteur de projet, le directeur des soins s'informe des orientations des tutelles. Le conseiller pédagogique représente ainsi une personne ressource. Ce d'autant plus que les directeurs des soins, conseillers techniques et pédagogiques proposent d'accompagner les « *évolutions pédagogiques* », les « *réingénieries* » de formation ». Ils suggèrent la mise en place d'une « *réflexion prospective sur l'appareil et le dispositif de formation* » dans le dernier rapport concernant la politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé¹⁰⁷.

Il appartient au directeur des soins d'instaurer une relation de confiance et de partenariat avec le conseiller pédagogique.

3.3.2 Mutualiser pour le déploiement de la simulation au sein du territoire

La question de coût financier d'un déploiement d'un centre de simulation se pose ainsi que sa rentabilité. L'aspect économique préoccupe les professionnels enquêtés et représente un véritable frein. Par ailleurs, ces professionnels ont également évoqué la mutualisation des moyens à plusieurs reprises. Actuellement, dans le contexte financier contraint, la mutualisation est un mode de distribution des ressources de plus en plus plébiscité dans le secteur sanitaire. Sous le vocable « mutualisation », nous entendrons « mise en commun, partage, réciprocité » vers une formation de qualité en tentant d'en

¹⁰⁴ PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales, article 73, Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, page 14545

¹⁰⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

¹⁰⁶ ARS Pays de la Loire, www.ars.paysdelaloire.santé.fr/simulation-en-santé.172528.0.html.

¹⁰⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, juillet 2014, Rapport : Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, p. 85.

réduire les coûts. D'autant plus que l'étude réalisée à la demande de la HAS montre que nombre de centres de simulation ont des difficultés budgétaires¹⁰⁸.

Si la mutualisation des moyens entre IFSI peut susciter des réticences, elle pourra être impulsée par les tutelles, ARS ou Région. Ainsi, nous relevons déjà que l'instruction du 19 novembre 2013 stipule qu'il faudrait éviter le développement d'« *installations qui ne seraient pas pleinement utilisées* » et demande de « *favoriser des coopérations régionales* ». ¹⁰⁹ Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), forme juridique de regroupement des IFSI déjà présent sur le territoire, peut-il devenir l'entité pouvant stimuler la mise en place de centre de simulation ?

Dans ce contexte, il conviendra de procéder à une étude prospective de la faisabilité d'un tel projet à l'échelle d'un territoire de santé. Une analyse de l'environnement de l'IFSI, de l'établissement de santé support (en raison de l'impact sur l'image de l'hôpital) ainsi que des enjeux est fondamentale. Comme le soulignent les professionnels dans l'enquête quantitative, la mutualisation supposera « *une harmonisation des pratiques entre les instituts* ». Il appartient au directeur des soins de formaliser un diagnostic situationnel permettant à la fois de cibler le périmètre du projet, mais également d'en connaître les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces. L'utilisation de l'outil d'analyse « SWOT ¹¹⁰ » peut se révéler être un premier jalon permettant la réflexion. Cet outil a déjà été utilisé par plusieurs centres de simulation pour les guider dans « *l'élaboration de leur plan de développement* ». ¹¹¹ Un relevé de l'existant est également à effectuer. A ce propos, nous avons d'ores et déjà identifié dans notre région un centre de simulation universitaire dont l'orientation de formation s'adresse aux professions médicales.

Si les réticences ne permettent pas une mutualisation de moyens, des conventions de partenariat signées entre IFSI permettraient une mise à disposition des locaux pour les instituts de formation qui n'ont pas la possibilité de développer un projet de centre de simulation. Une démarche de prospection dans les autres établissements est alors à envisager. Celle-ci pourra être facilitée par les partenariats déjà mis en place par le directeur des soins d'IFSI au sein du territoire.

Si à l'échelle de l'établissement, la mutualisation autour de la formation continue peut permettre une optimisation des moyens, elle permet également une collaboration autour des différents acteurs de l'établissement. Nous évoquerons ce point dans le paragraphe suivant.

¹⁰⁸ GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Paris Seine Saint Denis : Haute Autorité de Santé, p. 51 et 52.

¹⁰⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

¹¹⁰ Acronyme anglais : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

¹¹¹ JAFFRELOT M., SAVOLDELLI G., 2011, « Concevoir un centre de simulation », in Urgence 2011, p. 726.

3.4 Instituer une collaboration institutionnelle autour du portage du projet

Dans ce travail de recherche, nous nommons « travail en collaboration » celui résultant du travail effectué en commun par plusieurs personnes aboutissant à une œuvre commune. Des temps alloués à la communication à propos du projet s'avèrent également nécessaires afin d'en permettre une appropriation par les professionnels.

3.4.1 S'engager dans une collaboration reconnue au sein de l'équipe de direction

Si la présentation globale du projet peut être évoquée au cours des réunions de Comité de Direction (Co-Dir), de nombreux points d'étapes seront nécessaires. Ceux-ci se dérouleront au sein de rencontres plus ciblées avec les interlocuteurs en lien avec l'avancée du projet. Toutefois, nous pensons à une collaboration essentielle entre les différentes directions autour du portage du projet. Celle – ci s'avère indispensable d'un point de vue stratégique avec le directeur d'établissement, mais aussi avec les directions fonctionnelles concernées : direction des affaires financières, direction des travaux, direction des ressources humaines. La diversité des problématiques à envisager nécessite de réunir au sein d'un même collectif différentes compétences. Etant conscient que la coopération repose bien souvent sur une interdépendance des intérêts de chacun, nous situerons notre rôle en tant qu'intermédiaire dans le processus d'échange. Ces moments favoriseront le développement de relations de coopération. La fonction du directeur des soins en tant que leader du projet consiste ainsi à coordonner et à anticiper les nombreux éléments parfois contradictoires d'une conduite de projet. La dimension du reporting est particulièrement importante afin d'informer à la fois le chef d'établissement, mais aussi l'équipe de direction de l'avancée du projet.

3.4.2 Collaborer avec le directeur responsable de la gestion des activités de soins

Les études de soins infirmiers se définissent par une alternance entre période de formation à l'IFSI et temps d'immersion dans la vie professionnelle en stage. L'articulation entre ces différents espaces autour des situations professionnelles est essentielle.

Comme l'ont relevé les directeurs de soins au cours des entretiens, ce lien Terrain/IFSI est au cœur de leurs préoccupations. Celles-ci sont par ailleurs renforcées par des difficultés identifiées dans les terrains de stage. Si la simulation a été reconnue, par les professionnels enquêtés, comme une méthode pédagogique permettant la professionnalisation, son utilisation est également promue dans le cadre du DPC. La possibilité éventuelle de travailler en transdisciplinarité, et pourquoi pas en situation

simulée, étudiants-professionnels, pourrait contribuer à dynamiser les liens Terrain/IFSI. Nous rappelons que notre enquête a révélé que cette dimension n'est que peu exploitée à ce jour. Nous souhaitons relever que le travail en équipe pluriprofessionnelle est inscrit en tant que levier d'action par la HAS et par la Stratégie Nationale de Santé. Ce point, mis en exergue par les professionnels enquêtés, est particulièrement intéressant à développer.

Par ailleurs, la mutualisation des moyens au sein de l'établissement entre formation initiale et formation continue, à travers la méthodologie du DPC peut se révéler un axe de travail en collaboration, mais aussi de rentabilité du centre de simulation. Au regard de l'importance de l'investissement, le partage des ressources pourrait permettre la formation des professionnels ou éventuellement des encadrants tels les tuteurs de stage.

Dans cette perspective, un tel projet ne saurait se construire sans une collaboration et une concertation étroites entre les directeurs des soins pour un objectif commun, la professionnalisation des étudiants, mais aussi des professionnels.

Si les situations d'urgence sont davantage exploitées en simulation à ce jour, d'autres enseignements peuvent être évoqués, notamment le management, la démarche relationnelle, les soins en psychiatrie. A cet égard, il serait opportun d'explorer l'attente des professionnels. Cette enquête peut être réalisée en collaboration entre le directeur des soins gestionnaire et le directeur d'institut de formation. A ce propos, associer de façon privilégiée les tuteurs de stage à cette démarche peut également renforcer le lien Terrain/IFSI.

*Aussi, « la collaboration, la réflexion conjointe, la contribution mutuelle des professionnels des deux systèmes d'activité [directeurs de soins gestionnaires et directeur des soins d'IFSI] sont des moteurs de cette logique portée par l'institution. [...] Par leur intermédiaire, l'hôpital est capable de répondre à ses missions de prestations de soins de qualité et d'enseignement afin de garantir la meilleure formation possible des professionnels de santé ».*¹¹²

3.4.3 S'entourer de l'expertise des acteurs de terrain : les médecins et les professionnels de santé

Les médecins et les professionnels de santé par leur expertise demeurent des interlocuteurs indispensables. Les professionnels enquêtés ont insisté sur la collaboration avec les professionnels de terrain pour la construction des séquences de simulation et leur validation. Dans le cadre du rôle propre, ce travail collaboratif peut s'effectuer avec des professionnels de santé paramédicaux.

Par ailleurs, le guide de bonnes pratiques recommande la mise en place d'un comité scientifique dans le but de valider les actions entreprises.

¹¹² BUBIEN Y., BOURREL P., 2014, « Hôpital-école, une alliance entre institut de formations et unités de soins », *Soins Cadres*, vol. 23, n° 91, p. 24.

De la collaboration instituée au fil de l'avancée de la construction des scénarios ainsi que des échanges de pratiques pourra émerger la constitution d'un comité scientifique.

Actuellement l'interdisciplinarité est plus que jamais à l'ordre du jour, la collaboration entre professionnels est indispensable et proche de la réalité quotidienne des professionnels de santé.

3.4.4 Communiquer autour de la mise en œuvre du projet

Il est nécessaire de mettre en œuvre un plan de communication en adéquation avec le projet. Comme nous avons pu le constater, la simulation est une technique en plein essor, mais il existe des conceptions différentes et des pratiques hétérogènes. Ainsi, afin d'obtenir l'adhésion des acteurs, il est primordial d'utiliser la communication comme levier. La transdisciplinarité mérite une attention particulière lors de ces temps de communication afin de favoriser l'appropriation de cette culture par les professionnels. Il est également important de sensibiliser les professionnels encadrant les étudiants dans les terrains de stage. Une présentation de la méthode et du centre de simulation peut ainsi s'envisager dans les instances telles la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques (CSIRMT), mais aussi dans une réunion de cadres de l'établissement. En collaboration avec le directeur des soins gestionnaire, il serait également opportun d'envisager une rencontre avec les tuteurs de stage.

3.5 Déployer une politique managériale au sein de l'IFSI

Le guide des bonnes pratiques de la HAS décrit avec précision la gouvernance nécessaire au fonctionnement d'un centre de simulation. Aussi, il est souhaitable que le directeur des soins intègre ces préconisations dans la gestion du projet. Toutefois, trois leviers managériaux permettent au directeur des soins de construire le projet d'un centre de simulation en y intégrant l'équipe pédagogique. L'actualisation du projet pédagogique, la réflexion autour de la qualité et de l'éthique ainsi que la mise en place d'un groupe projet représentent des points d'ancrage forts pour le projet. La gestion des ressources humaines reste un aspect non négligeable dans la conduite de ce projet.

3.5.1 Clarifier les finalités pédagogiques en fédérant l'équipe autour du projet pédagogique

Comme le travail de recherche a permis de le mettre en exergue, le projet pédagogique est essentiel au déploiement de la simulation au sein de l'IFSI. Etant l'interlocuteur privilégié de la direction, le directeur des soins est également responsable de la mise en œuvre du projet au sein de l'IFSI.

Afin de permettre une implication de l'équipe des formateurs, l'adhésion de celle-ci doit se faire le plus tôt possible. L'écriture ou l'actualisation du projet pédagogique peut se révéler être un élément fédérateur pour aboutir à un consensus de l'équipe des cadres formateurs. Le volet pédagogique du référentiel métier précise que le directeur des soins doit concevoir « *le ou les projets pédagogiques avec l'ensemble de l'équipe enseignante* ». ¹¹³ Dans l'ouvrage « *la simulation en santé* », les auteurs mentionnent qu'il est nécessaire que le projet pédagogique permette de clarifier une « *homogénéité des pratiques* ». ¹¹⁴ La transversalité de la simulation et du projet pédagogique peut se révéler être un atout permettant au directeur de soins de questionner les pratiques et les conceptions habituelles de travail.

La valeur du manager, ici le directeur des soins, réside dans sa capacité à susciter le partage et l'harmonisation des pratiques au sein de l'équipe des formateurs. La mise en œuvre de la simulation peut entraîner la « *création par et entre* » formateurs « *d'un engagement de chacun, d'une mise en commun des ressources et des compétences individuelles* » afin de créer une compétence collective de l'équipe. Celle – ci est augmentée par la création d'un « *lieu transitionnel* » d'échange. ¹¹⁵ Un directeur d'IFSI a témoigné lors de l'entretien d'un changement de positionnement des formateurs à travers l'utilisation de la simulation. Ce professionnel souligne que la pratique des cadres formateurs de l'équipe a pu évoluer « *de l'enseignement vers la pédagogie : apprendre à l'autre* ». La nécessité d'une « *convergence pédagogique* » par le projet pédagogique est reprise dans l'enquête qualitative.

Une conception consensuelle de la simulation permettra d'explicitier en quoi la simulation favorise l'atteinte des objectifs pédagogiques de formation. La réflexion autour de la finalité de la simulation peut permettre un premier questionnement. Comme le suggère un dirigeant d'IFSI, la simulation peut être soit un « *outil de progression* » pour l'étudiant, soit un outil « *d'évaluation* », soit une « *démarche correctrice* ». L'intégration de la simulation dans les différentes unités d'enseignement peut également faire l'objet d'une réflexion des

¹¹³ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, mars 2010, « *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins* », p. 6.

¹¹⁴ BAUGNON T., GRANRY J.C., ORLIAGUET G., 2013, « *Challenges dans le fonctionnement d'un centre de simulation* » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer p. 429.

¹¹⁵ ALTER N., 2012, « *Cultures et identités au travail* », in ALTER N., *Sociologie du monde du travail*, 2^e édition. Paris : Presses Universitaires de France, p.113.

cadres formateurs. Les directeurs de soins mentionnent clairement que leur positionnement est « *essentiel par rapport aux équipes qui s'engagent, pour l'appui dans le projet, le soutien dans la démarche projet* ».

Entreprendre ce projet suppose également que le directeur des soins ait pris soin d'évaluer le moment opportun pour l'équipe pédagogique. A ce propos, nous tenons à préciser que pour nous, la mise en œuvre de ce projet ne pourra se faire qu'à la suite d'un diagnostic de la structure réalisé lors de notre prise de fonction. Ce point d'étape permettra une construction du projet sur des bases connues après avoir identifié les potentiels de l'équipe. Un dirigeant d'IFSI nous rappelle bien dans l'enquête quantitative qu'une « *équipe qui n'est pas prête ne pourra ni adhérer, ni mener le projet* ».

3.5.2 Mener une démarche qualité et éthique

Au cours de l'analyse, nous avons pu mettre en évidence l'importance que les professionnels accordent à la qualité des soins et l'interrelation qu'il existe entre qualité des soins et simulation. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de déploiement de la simulation, il est important que le directeur des soins priorise cette dimension. L'évaluation est transversale. Selon le guide de bonne pratique de la HAS, elle doit s'intéresser aux évaluations des programmes et des scénarios, mais également aux compétences des formateurs.

Toutefois, notre priorité s'établira vers la prise en compte de la satisfaction des étudiants particulièrement importante dans l'orientation donnée à la formation. Ainsi, construire une grille d'évaluation de la satisfaction des étudiants est un axe de travail important à exploiter. Cette évaluation pourra évoluer vers un indicateur à pérenniser.

Cependant « *l'impact sur les apprenants et la prise en charge des patients nous paraissent primordiaux* ». ¹¹⁶ Ce d'autant plus, que comme le soulignent les auteurs du chapitre « *Simulation et formation dans le domaine des soins infirmiers* » ¹¹⁷, la recherche médicale est engagée. Par contre, la recherche paramédicale ne l'est pas suffisamment. La satisfaction des apprenants, l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques sont explorées à ce jour. Cependant, le transfert des acquis dans l'activité réelle reste inexploré pour les soins infirmiers. ¹¹⁸ Ce dernier aspect pourra éventuellement conduire à développer un projet de recherches.

Il appartient également au directeur des soins d'orienter l'équipe vers un questionnement éthique. Un dirigeant d'IFSI propose la rédaction d'une « *charte de la simulation* ». Cet

¹¹⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012. Saint Denis La Plaine : HAS, p. 32.

¹¹⁷ DOURERADJAM R., DORSAZ S., 2013, « Simulation et formation dans le domaine des soins infirmiers » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, p. 101.

¹¹⁸ *ibidem*, p. 101.

outil est recommandé dans le guide de bonnes pratiques de la HAS. Ce document doit garantir une « *approche respectueuse des personnes (apprenants, formateurs, patients standardisés...)* ».¹¹⁹

Par ailleurs, si le projet pédagogique constitue un support pour les formateurs, il constitue également un document de référence à destination des étudiants. La réflexion autour de celui-ci questionne la place des étudiants dans sa co-construction. A ce propos, un directeur des soins enquêté a intégré un étudiant issu du conseil de vie étudiante dans cette démarche.

3.5.3 Animer un groupe projet pour gérer les processus support

Afin d'avoir à la fois la réactivité nécessaire à la gestion du projet, mais également dans le but d'associer les cadres formateurs aux décisions, il nous paraît important de constituer un groupe de projet animé par le directeur des soins. En effet, les réunions pédagogiques souvent de structure plus lourde n'ont pas la dynamique adaptée à la gestion de projet. Nous soulignons que de nombreux directeurs des soins ayant participé à l'enquête ont instauré cette démarche. Dans le but de renforcer la collaboration Terrain/IFSI des cadres issus du terrain pourraient participer à cette réflexion. La définition des missions et leur priorisation constituent des fonctions du directeur des soins.

Dans un premier temps, après avoir procédé à l'état des lieux du matériel existant ce groupe aurait pour mission la conception du centre de simulation. La mise en œuvre de celui-ci nécessite en effet des aménagements de locaux. A cela s'ajoute le choix d'un équipement performant et adapté aux objectifs pédagogiques établis par l'équipe, mais aussi à la compétence des professionnels. Nous avons pu mettre en évidence que l'aspect matériel pouvait néanmoins constituer un frein à la mise en œuvre du projet.

3.5.4 Gérer les ressources humaines en développant les compétences des cadres formateurs

Concernant la gouvernance, un des axes décrits dans le guide des bonnes pratiques est la gestion des ressources humaines,¹²⁰ notamment en identifiant et en décrivant le rôle des formateurs à l'aide de fiches techniques. Cette approche rejoint sans conteste les compétences du directeur des soins dans la rédaction des profils de poste. La simulation a été décrite comme chronophage par les professionnels et la difficulté pour le directeur des soins réside dans la juste affectation des ressources humaines à cette pédagogie.

¹¹⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *op. cit.*, p. 20.

¹²⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *op. cit.*, p. 17.

En simultané du projet, un autre défi pour le directeur des soins est de créer un « *pool de formateurs compétents* ». ¹²¹ Les professionnels interviewés ont fortement insisté sur la nécessité de former les cadres de santé formateurs, une des clés de la réussite du projet. Il est nécessaire que le contenu des formations aborde tous les aspects de la simulation. A ce sujet, pourquoi ne pas organiser un retour d'expérience afin de mutualiser les expériences et construire une organisation apprenante ? Nous retenons que lors d'un entretien un directeur des soins a expliqué qu'il a formalisé cet aspect par une lettre de mission. Une autre alternative serait de proposer une formation courte à l'ensemble de l'équipe. Celle-ci ne dispenserait pas de proposer un panel de formations diversifié comme l'ont suggéré les professionnels.

L'aspect technique n'est pas à négliger. Un autre challenge s'impose au directeur des soins, notamment par le fait de bénéficier du support d'un technicien pour la maintenance du matériel. Un directeur des soins interviewé a intégré cette compétence dans son équipe grâce au recrutement d'un informaticien. Cette dimension est à réfléchir. Sommes-nous là en présence d'un métier qui va se généraliser dans le domaine de la formation ? Une mutualisation de cette fonction entre instituts mériterait peut-être d'être évoquée. Dans un second temps, ce groupe projet pourrait évoluer vers la mise en place du comité scientifique en étant enrichi par l'expertise scientifique médicale.

La présentation de notre réflexion et de nos préconisations, non exhaustive, mais que nous souhaitons les plus proches de notre futur exercice professionnel, étant achevée, nous proposons, à présent de conclure notre travail d'étude.

¹²¹ BAUGNON T., GRANRY J.C., ORLIAGUET G., 2013, « Challenges dans le fonctionnement d'un centre de simulation » in BOET S., GRANRY J. C., SAVOLDELLI G, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*. Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer p. 428.

Conclusion

Une année de formation s'achève. Nous la concluons avec ce travail d'étude qui par moments a été long, exigeant, mais passionnant. Ce travail a permis de mettre en perspective les références théoriques avec le discours tenu par des professionnels sur leur travail.

Le temps des entretiens nous a particulièrement intéressé du fait de l'authenticité des propos des professionnels, du partage de leurs réalités et de leurs réflexions singulières. Notre motivation concernant cette étude s'est renforcée lorsque nous avons compris que le matériel étudié et exploré faisait écho à notre pratique et serait transposable dans notre future activité.

Cette réflexion a mis en évidence l'intérêt de l'utilisation de la simulation en santé dans les institutions de formation pour une professionnalisation des étudiants infirmiers.

De nombreux professionnels sont prêts à s'engager vers cette méthode pédagogique. A cet égard, il nous semble important aujourd'hui de développer et de renforcer l'accompagnement des formateurs dans cette trajectoire professionnelle, mission essentielle pour le directeur des soins.

Etre directeur des soins c'est exercer un métier de « leader stratégique » qui a pour rôle d'anticiper, de donner du sens à l'organisation et au fonctionnement de l'IFSI en favorisant l'opportunité de création.

La mise en œuvre d'un projet de simulation en IFSI repose sur les capacités managériales du directeur des soins en charge d'un institut de formation, garant de l'intégrité, de la réalisation des objectifs ainsi que de la viabilité financière. La spécificité du responsable de projet consiste également en la mise en relation de l'ensemble des acteurs qu'il s'agisse de la direction, les partenaires territoriaux, mais aussi les membres de l'équipe pédagogique.

Développer ces différents champs d'activité contribue, pour le directeur des soins, à appréhender les enjeux stratégiques, mais aussi opérationnels de la mise en œuvre d'un projet de simulation au sein de l'IFSI.

Cette étude montre également que le soin de qualité reste le cœur du métier des professionnels, plus spécifiquement des directeurs des soins en IFSI et demeure leur principale préoccupation.

Pour notre exercice de futur dirigeant d'Institut de formation, nous retenons l'importance que revêt l'innovation en tant que levier managérial dans la conduite de projet, mais aussi pour suivre la nécessaire évolution du système de soins. Cependant la dimension du risque n'est pas à occulter... Norbert Alter associe cette notion de risque à une détermination nécessaire à la mise en œuvre d'un projet : « *les individus ne connaissent jamais à l'avance les bénéfices de leur action. Décider d'innover représente toujours, au*

*départ du processus, la mise en œuvre d'une croyance, d'un acte de foi ». On innove parce qu' « on y croit ».*¹²² Ce positionnement nous est apparu fondamental pour l'implication du directeur des soins dans la démarche projet.

D'autres dimensions nous paraissent fondamentales pour l'exercice de notre fonction. Ce sont les notions de collaboration, de partenariat et de transdisciplinarité. Nous pourrions faire notre la phrase de Kofi Annan : « *La seule voie qu'offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat* ». Dans notre contexte professionnel, l'humanité se rapporterait à notre environnement professionnel et la coopération à notre conviction d'un nécessaire partage de compétences dans le but de favoriser la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

¹²² 275 ALTER N., 2012, « Innovation, organisation et déviance », in ALTER N., *Sociologie du monde du travail*, 2^e édition. Paris : Presses Universitaires de France, p.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi :

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales, article 73, Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, page 14545, texte n°1.

Arrêtés :

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Bulletin santé protection sociale - solidarité, N°2009/7 du 15 août 2009, 246 – 383.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Journal officiel du 2 octobre 2014, Texte 28.

Décret :

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014, texte n°11.

Instructions :

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au Programme national pour la sécurité des patients.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

Référentiel

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, mars 2010, « *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins* », 12 pages.

Ouvrages

ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2e édition. Paris : Presses universitaires de France, 362 pages.

BACHELARD G., 1972, *L'engagement rationaliste*, 1^{ère} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 192 pages.

BOET S., GRANY J. C., SAVOLDELLI G, 2013, *La simulation en santé, de la théorie à la pratique*, Paris, Berlin, Heidelberg, New York : Springer, 442 pages.

BOURGEOIS E., NIZET J., 1997, *Apprentissage et formation des adultes*, 1^{ère} édition, Paris : Presses Universitaires de France, Education et formation, 222 pages.

DAGNAUD M., 2013, *Génération Y, les jeunes et les réseaux sociaux, de la dérision à la subversion*, Paris : Presses de Sciences Po, 210 pages.

JONNAERT P., 2009, *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*, 2^e édition. Bruxelles : De Boeck, 97 pages.

PASTRE P., 2005, *Apprendre par la simulation, de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*, 1^{ère} édition. Toulouse : Octares éditions, 363 pages.

RENAUD L., SAUVE L., 1990, *Simulation et jeu de simulation, outils éducatifs appliqués à la santé*, 3^e édition, Ottawa : édition d'agence d'Arc INC, 304 pages.

VERMERSCH, P., 1994, *L'entretien d'explicitation*, 7^e édition. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur, 220 pages.

WITORSKY R., 2007, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, 188 pages.

Article de périodiques

ANADON, M. P. D., 2006, « La recherche dite “qualitative” : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents ». *Recherches qualitatives*, 26,1, p. 5 -31.

BUBIEN Y., BOURREL P., 2014, « Hôpital-école, une alliance entre institut de formations et unités de soins », *Soins Cadres*, vol. 23, n° 91, p. 21– 24.

CHAUVIGNE C., 2010, « Les référentiels en formation, des normes en confrontation » *Recherche et Formation*, n° 64, p. 77-90.

CHAUVIGNE C., COULET J.C, septembre 2010, «L'approche par compétences, un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ?», *Revue française de pédagogie*, n° 172, p. 15 – 28.

GRAU, J.Y, DOIREAU, P et POISSON R, 1998, « Conception et utilisation de la simulation pour la formation : pratiques actuelles dans le domaine militaire », *Le travail humain*, 61, 4, p. 361 – 385.

JAFFRELOT M., SAVOLDELLI G., 2011, « Concevoir un centre de simulation », in *Urgence* 2011, p. 717-732.

PAQUAY L., SIROTA R., 2001, « La construction d'un espace discussif en éducation. Mise en œuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants : le praticien réflexif », *Recherche et formation*, n°36, pp 5-16.

ROCHE, J., 1999, « Que faut-il entendre par professionnalisation ? », *Education permanente*, n°140, p. 35-49.

Rapports

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012. Saint Denis La Plaine : HAS, 83 pages.

GRANRY J.C., MOLL M. C., 2012, Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, 108 pages.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – DIRECTION GENERALE DE LA SANTE – HAUTE AUTORITE DE SANTE, février 2013, Programme national pour la sécurité des patients , 2013-2017, 28 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 23 Septembre 2013, Stratégie Nationale de Santé, feuille de route, 32 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, juillet 2014, Rapport : Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, 106 pages.

Conférences

LEBRUN M., Former à l'ère numérique : quelles hybridations entre promesses technologiques et nécessités pédagogiques, CEFIEC, 65^e congrès national, 21 mai 2014, Lille : Grand Palais.

MOGUEN C, LAURENT B, « *La professionnalisation des cadres formateurs : quelle stratégie pour le directeur des soins* », in ECOLE DES HAUTES ETUDES DE SANTE PUBLIQUE, 3^e Séminaire des directeurs des soins, 9 avril 2013. Rennes : EHESP, 2013, 165 pages.

PERRENOUD P., « La progression de l'acquisition des compétences des étudiants et des élèves aides soignants », CEFIEC Alsace, 26 mars 2013, Mulhouse : Institut de formation aux métiers de la santé.

Sites internet :

DUBEY G., 2001, « La simulation à l'épreuve du lien social », *Le travail humain*, 2001/1 vol. 64, p. 3-28. DOI : 10.3917/th.641.003.

KOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON M., 1999, To Err is human. Bulding a safer health system. Washington : National Academy Press.

<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

NAGELS M., « Construire l'auto-efficacité par l'analyse de l'activité en formation des cadres et dirigeants de la santé publique », *Savoirs*, 2010/1 n°22, p. 69-88. DOI : 10.3917/savo.022.0069, disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-savoirs-2010-1-page-69.htm>.

PASTRE P., MAYEN P, VERGNAUD G., 2006, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* (en ligne), n°154/janvier-mars 2006, pp. 146-185 [visité le 12 février 2013] , disponible sur internet : <http://rfp.revues.org/157>.

PERRENOUD P., « Qu'est ce qu'apprendre ? » *Enfance et Psy*, n° 24, pp. 9-17 [visité le 31/08/2014], disponible sur Internet :
http : www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_08.pdf.

WITTORSKI R., 2008, «La professionnalisation », *Savoirs*, 2008/2 n°17, p. 9-36. DOI : 10.3917/savo.017.0009.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Outil exploratoire quantitatif

Annexe n°2 : Guides d'entretien qualitatifs

Annexe n°3 : Tableau des entretiens menés et données professionnelles

Annexe n°4 : Résultat des réponses aux questionnaires

Annexe n°5 : Grille d'analyse de contenu

Annexe n°1 : Outil exploratoire quantitatif

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP en tant qu'élève Directeur des soins, je réalise un mémoire ayant pour thème : « la simulation en formation initiale en soins infirmiers ». Ce questionnaire, destiné aux directeurs des IFSI du Nord Est de la France, a pour objectif de réaliser un état des lieux concernant le déploiement de la simulation en formation initiale. Je m'engage à respecter votre anonymat et vous remercie pour votre participation à cette étude.

1. Quelle(s) formation(s) sont dispensée(s) dans votre institut de formation ?

Cochez autant de cases que de formations dispensées

Infirmiers Aide soignants

Autre Merci de préciser

2. Utilisez – vous la simulation comme outil pédagogique au sein de votre IFSI pour la formation des ESI ?

Oui Non Pourquoi ?.....

3. Si vous avez répondu « oui » à la question 2, quels moyens avez – vous utilisés pour mettre en place la simulation ? Une seule réponse par ligne

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Investissement financier	<input type="checkbox"/>				
Formation des formateurs	<input type="checkbox"/>				
Personnes ressources	<input type="checkbox"/>				
Actualisation du projet pédagogique	<input type="checkbox"/>				

Pouvez – vous argumenter votre choix ?

4. Si vous avez répondu « non » à la question 2, envisagez – vous à l'avenir de développer cette méthode ?

Oui Non

Merci de préciser votre réponse.....

5. A votre avis quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la simulation dans un IFSI ?

.....

6. Selon vous quels sont les impacts du développement de la simulation sur l'inscription de l'IFSI dans son environnement ? *Une seule réponse possible par ligne*

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Impact sur l'établissement support	<input type="checkbox"/>				
Attractivité	<input type="checkbox"/>				
Professionnalisation	<input type="checkbox"/>				
Place au sein du territoire	<input type="checkbox"/>				
Image de l'IFSI	<input type="checkbox"/>				

7. Selon vous quel contexte a favorisé la mise en œuvre de la simulation ?

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Politique	<input type="checkbox"/>				
Nouvelles technologies	<input type="checkbox"/>				
Réforme des études en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>				
Référentiel d'activité	<input type="checkbox"/>				
Référentiel de compétences	<input type="checkbox"/>				
Universitarisation des études	<input type="checkbox"/>				
Situations de travail complexes	<input type="checkbox"/>				
Effet de mode	<input type="checkbox"/>				
Génération Y	<input type="checkbox"/>				

8. Utilisez-vous une référence règlementaire pour la mise en œuvre de la simulation ?

Oui Non Autre

Si oui, merci de précisez laquelle ?

9. Utilisez-vous la simulation pour l'enseignement des étudiants ?

1^{ère} année 2^e année 3^e année

Merci d'expliquer votre choix :

10. Pour quel(s) contenu(s) d'enseignement(s) utilisez – vous cet outil ? Une seule réponse par case

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Soin technique procédural	<input type="checkbox"/>				
Simulation haute-fidélité	<input type="checkbox"/>				
Moyenne fidélité	<input type="checkbox"/>				
Soins relationnels	<input type="checkbox"/>				
AFGSU	<input type="checkbox"/>				

11. Quelles méthodes de simulation utilisez-vous ? Une seule réponse par case

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Simulation procédurale	<input type="checkbox"/>				
Simulation hybride	<input type="checkbox"/>				
Jeux de rôle	<input type="checkbox"/>				
Simulation Haute-fidélité	<input type="checkbox"/>				
Patient simulé ou standardisé	<input type="checkbox"/>				

12. Selon vous quels en sont les bénéfices pour les étudiants ?

.....
.....
.....

13. Selon vous quelles sont les limites de l'utilisation de la simulation ?

.....
.....

D'autres professionnels de santé viennent – ils se former à l'institut grâce à la simulation ?

Si oui, à quel titre ?

Si oui, participe-t-il aux formations avec les ESI de manière simultanée?
.....

Dans quel but ?

Quel est votre statut ?

Directeur des soins Faisant fonction de directeur des soins Autre

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans le poste :

Merci d'inscrire votre nom ci-dessous afin d'éviter que je vous réadresse ce questionnaire

.....

Annexe n°2 : Guides d'entretien qualitatifs

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP en tant qu'élève Directeur des soins je réalise un mémoire ayant pour thème : « la simulation dans les instituts de formation en soins infirmiers ».

Je m'engage à respecter votre anonymat et vous remercie pour votre participation à cette étude.

Liste des guides d'entretien :

- Guide d'entretien qualitatif : DIFSI
- Guide d'entretien qualitatif : directeur des soins gestionnaire
- Guide d'entretien qualitatif : formateurs
- Guide d'entretien qualitatif : étudiants : fin de 3^e année
- Guide d'entretien qualitatif : professionnel de terrain

Guide d'entretien qualitatif : DIFSI

1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
 - Relance : Depuis combien de temps êtes-vous DIFSI ?
2. Pouvez – vous rapidement décrire votre institut ?
 - Relance : nombre d'étudiants infirmiers par promotion, nombre de cadres formateurs...
3. Que pensez – vous de la « méthode d'enseignement par simulation » dans la formation des ESI ?
 - Relance : Comment définiriez – vous la simulation ?....
4. Selon vous quels facteurs permettent la mise en œuvre de la simulation ?
 - Relance : Existe-t-il des facteurs favorisants ? Des freins ?
5. Stratégiquement comment avez – vous conduit la mise en œuvre du projet de simulation au sein de votre institut de formation ?
 - Relance : processus, alliances, obstacles, étape du projet, financement, mutualisation, intégration des formateurs dans ce changement
6. Quels sont selon vous les impacts de l'utilisation de la simulation pour votre institut ?
 - Relance : impact sur le prestige, impact sur l'attractivité, impact sur l'établissement support, impact sur l'universitarisation
7. Selon vous, quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre de ces méthodes ?
 - Relance : formation, moyens financiers, personnes ressources, temps formateur
8. D'après vous, quels sont les moyens dont doit disposer un institut pour la mise en œuvre de ces méthodes ?
 - Relance : financier, hiérarchie, zone d'autonomie
9. Qu'attendez – vous de l'utilisation de cette méthode d'enseignement ?
 - Relance : Bénéfices étudiants et formateurs, professionnalisation
10. Avez – vous défini des objectifs ? Si oui, évaluez – vous l'atteinte de ces objectifs ?
11. Quels intervenants utilisent ces méthodes ?
 - Relance : formateur, intervenants extérieurs

12. Selon vous, quels les enjeux de la professionnalisation ? Quelles sont les compétences attendues d'un professionnel ce jour ? La simulation est – elle un outil pédagogique permettant de répondre à ces exigences ?
13. Quel est le rôle du directeur des soins ?
14. Auriez – vous des choses à rajouter ?

Guide d'entretien qualitatif : directeur des soins gestionnaire

1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
 - Relance : Depuis combien de temps êtes-vous directeur de soins?
2. Pouvez-vous me décrire la collaboration terrain – IFSI ?
3. Que pensez-vous de la « méthode d'enseignement par simulation » dans la formation des ESI ?
 - Relance : Comment définiriez-vous la simulation ?....
4. Quels sont selon vous les impacts de l'utilisation de la simulation pour votre établissement ?
 - Relance : professionnel de terrain, sécurité des soins, encadrement....
5. Qu'attendez-vous de l'utilisation de cette méthode d'enseignement ?
 - Relance : Bénéfice étudiant, professionnels de terrain, encadrement stage, sécurité des soins, professionnalisation
6. Selon vous, quels les enjeux de la professionnalisation ? Quelles sont les compétences attendues d'un professionnel ce jour ? La simulation est-elle un outil pédagogique permettant de répondre à ces exigences ?
7. Auriez-vous des choses à rajouter ?

Guide d'entretien qualitatif : formateurs

1. Pourriez – vous rapidement décrire les grandes étapes de votre parcours professionnel ?

Relance : Depuis combien de temps êtes-vous formateur en IFSI ?

2. Selon vous, comment définiriez – vous la simulation en formation initiale pour les ESI ?

3. Que pensez – vous de cette méthode d'enseignement ?

4. Comment définiriez- vous votre rôle de formateur ?

Relance : Coach, enseignant, accompagnateur, guide, soutien ?

5. Selon vous, quels sont les enseignements appropriés à l'utilisation de la simulation ? Comment avez – vous défini les enseignements utilisant cette méthode ?

6. Pouvez-vous décrire les temps forts d'une séance ? Quels sont les éléments incontournables qui composent la séance ?

Relance : objectifs, débriefing, pré-requis...

7. Selon vous quels sont les bénéfices de la simulation pour les étudiants ?

Relance : attentes des étudiants, génération Y....

8. Selon votre expérience, diriez – vous que la mise en œuvre de la simulation a modifiée vos missions ? Pouvez – vous développer ?

Relance : Changement des pratiques professionnelles : Changement en lien avec la disponibilité par rapport à la Priorisation des missions : suivi terrain, suivi pédagogique... Lien avec le terrain ? Quel temps formateur accordé vous à la simulation ?

9. A votre avis, quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la simulation dans la formation des ESI en IFSI ?

10. Quelles limites voyez – vous à l'utilisation de la simulation ?

11. Auriez-vous quelque chose à rajouter ?

Guide d'entretien qualitatif étudiant : fin de 3^e année

1. Vous être actuellement en 3^e année de formation vous sentez-vous suffisamment « armé » au terme de votre parcours pour débiter votre vie professionnelle ?
2. Quelle méthode pédagogique vous a donné satisfaction durant votre formation ? Pourquoi ?
3. Vous est – il arriver d'utiliser des méthodes de simulation durant votre formation professionnelle.
 - Si oui, comment définiriez – vous la pédagogie par simulation en formation initiale de soins infirmiers ?
 - Si oui, dans quel domaine d'enseignement ?
4. Selon vous, quel enseignement se prête à l'utilisation de la simulation ?
5. Pouvez-vous décrire les différentes étapes du déroulement d'une séance ?
 - Relance : débriefing, feedback
6. Un savoir théorique pré – requis était il nécessaire ? Etait-il évalué au préalable ?
 - Relance : Nécessité d'apport théorique avant la séance?
7. Quelle appréciation pouvez-vous porter sur la formation par simulation ?
 - Selon vous y a-t-il une « plus value » à l'utilisation de cette méthode ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?
8. Selon votre expérience, quel impact la simulation a-t-elle pu avoir sur l'exercice professionnel en stage ?
 - Relance : outil de professionnalisation ?
9. Comment pourriez – vous décrire l'accompagnement du formateur ?
 - Relance : Vous êtes-vous senti être accompagné dans l'utilisation de cette méthode ? Comment avez-vous appréhendé la place du formateur en séance de simulation ? (coach, directif....)
 - Cette méthode actuelle vous semble-t-elle adaptée à vos aspirations, à vos centres d'intérêt ? (génération Y) Pourquoi ?

Guide d'entretien qualitatif professionnel de terrain

1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
 - Relance : Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ?
2. Pouvez-vous me décrire la collaboration terrain – IFSI ?
3. Que pensez-vous de la « méthode d'enseignement par simulation » dans la formation des ESI ?
 - Relance : Comment définiriez-vous la simulation ?....
4. Quels sont selon vous les impacts de l'utilisation de la simulation pour votre pratique professionnelle ?
 - Relance : professionnel de terrain, sécurité des soins, encadrement....
5. Qu'attendez-vous de l'utilisation de cette méthode d'enseignement ?
 - Relance : Bénéfice étudiant, professionnels de terrain, encadrement stage, sécurité des soins, professionnalisation
6. Selon vous, quels sont les enjeux de la professionnalisation ? Quelles sont les compétences attendues d'un professionnel à ce jour ? La simulation est-elle un outil pédagogique permettant de répondre à ces exigences ?

**Annexe n°3 : Tableau des entretiens menés et données
professionnelles**

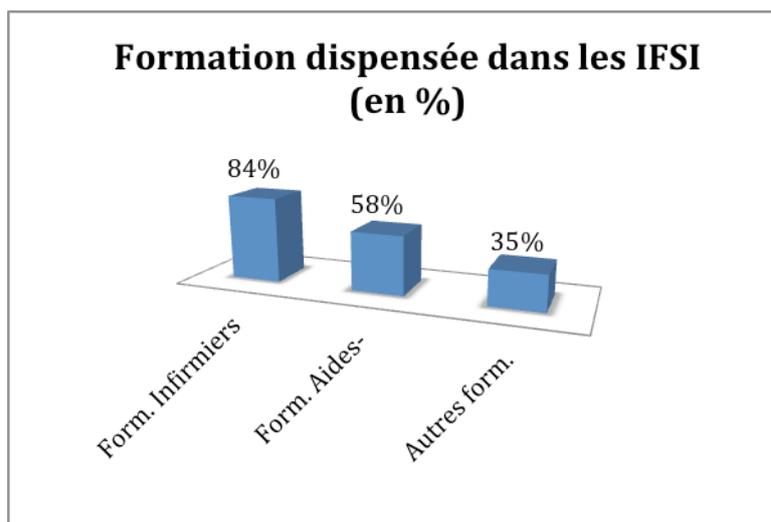
	IFSI 1		IFSI 2	
	N° Entretien	Caractéristiques professionnelles	N° Entretien	Caractéristiques Professionnelles
DIRECTEUR D'IFSI	D1	Aide-soignante, infirmière, cadre de santé Directeur des soins en IFSI depuis 2010	D2	Infirmière, cadre de santé, Directeur des soins depuis 2010 : en gestion de 2010 à 2013, en IFSI depuis 2013
FORMATEURS EN IFSI	F1A	Cadre de santé depuis 2002 Cadre de terrain jusqu'en 2009, en IFSI depuis 2009	F2A	Cadre de santé depuis 2003 Cadre de terrain pendant 7 ans, cadre en IFSI depuis 2010
	F1B	Faisant fonction de cadre formateur, cadre de santé en IFSI depuis 2012	F2B	Cadre de santé depuis 2008 Cadre de terrain pendant 4 ans, cadre en IFSI depuis 2012
PROFESSIONNEL DE TERRAIN	P1	Infirmier diplômé en 1998, Infirmier en unité d'admission en psychiatrie Tuteur de stage		
ETUDIANTS 3^E ANNEE	E1A	Etudiante en soins infirmiers, 3 ^e année		
	E1B	Etudiant en soins infirmiers, 3 ^e année		

Annexe n°4 : Résultat des réponses au questionnaire

31 réponses

Question 1 :

Quelle(s) formation(s) sont dispensée(s) dans votre institut de formation ? Cochez autant de cases que de formations dispensées

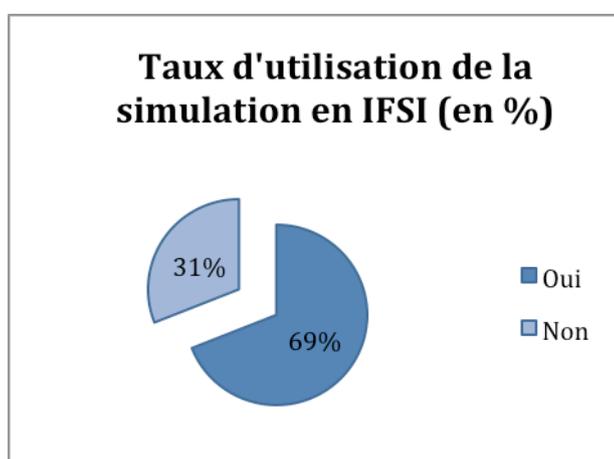


Commentaires :

- un peu de formation continue
- IFSI, IFAS, IFCS, puéricultrices
- Infirmier et aides-soignants
- IFSI + IFAS

Question 2 :

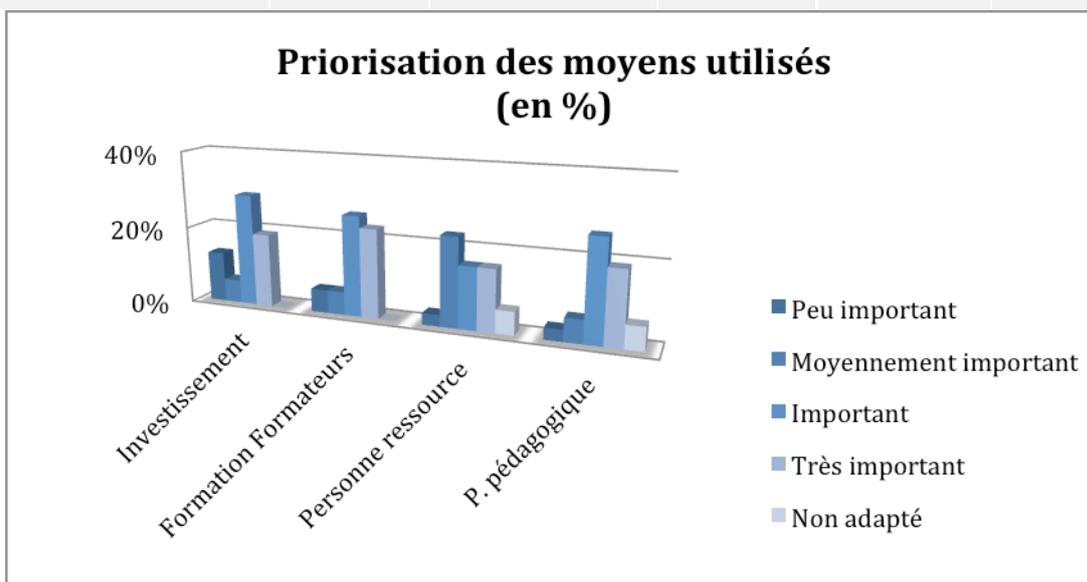
Utilisez-vous la simulation comme outil pédagogique au sein de votre IFSI pour la formation des ESI ?



Question 3 :

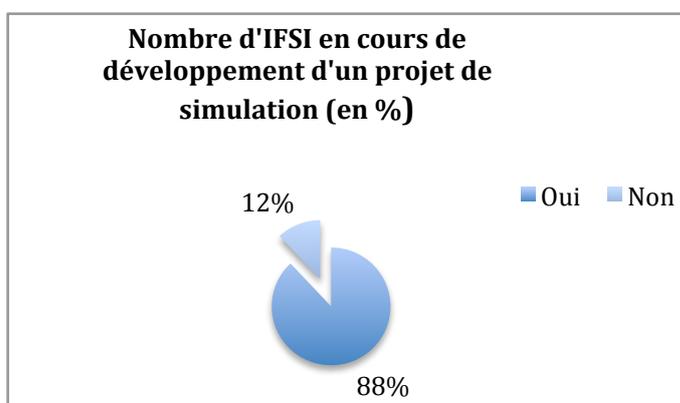
Si vous avez répondu "oui" à la question 2, quels moyens avez-vous utilisés pour mettre en place la simulation ?

	Peu important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Investissement financier	13%	6%	29%	19%	0%
Formation Formateurs	6%	6%	26%	23%	0%
Personne ressource	3%	23%	16%	16%	6%
P. pédagogique	3%	6%	26%	19%	6%



Question 4 :

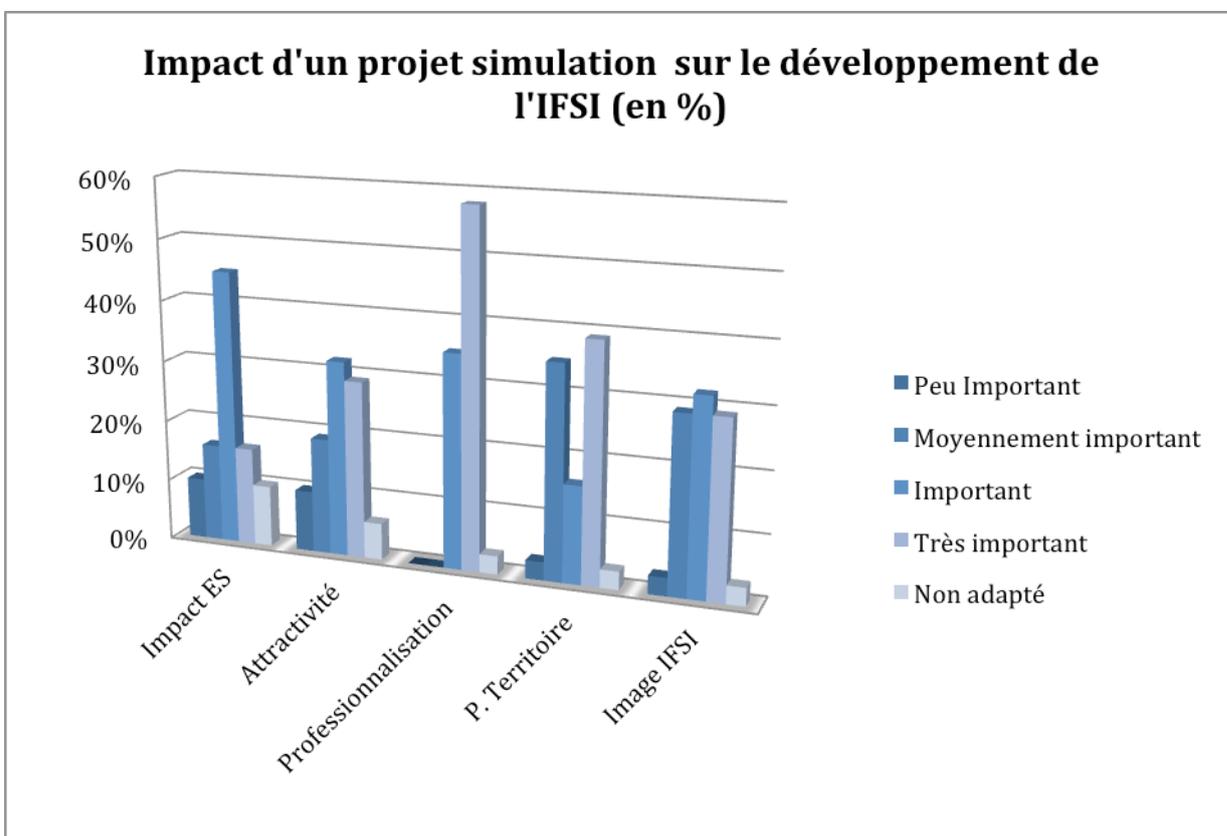
Si vous avez répondu "Non" à la question 2, envisagez-vous à l'avenir de développer cette méthode ?



Question 6 :

Selon vous quels sont les impacts du développement de la simulation sur l'inscription de l'IFSI dans son environnement ?

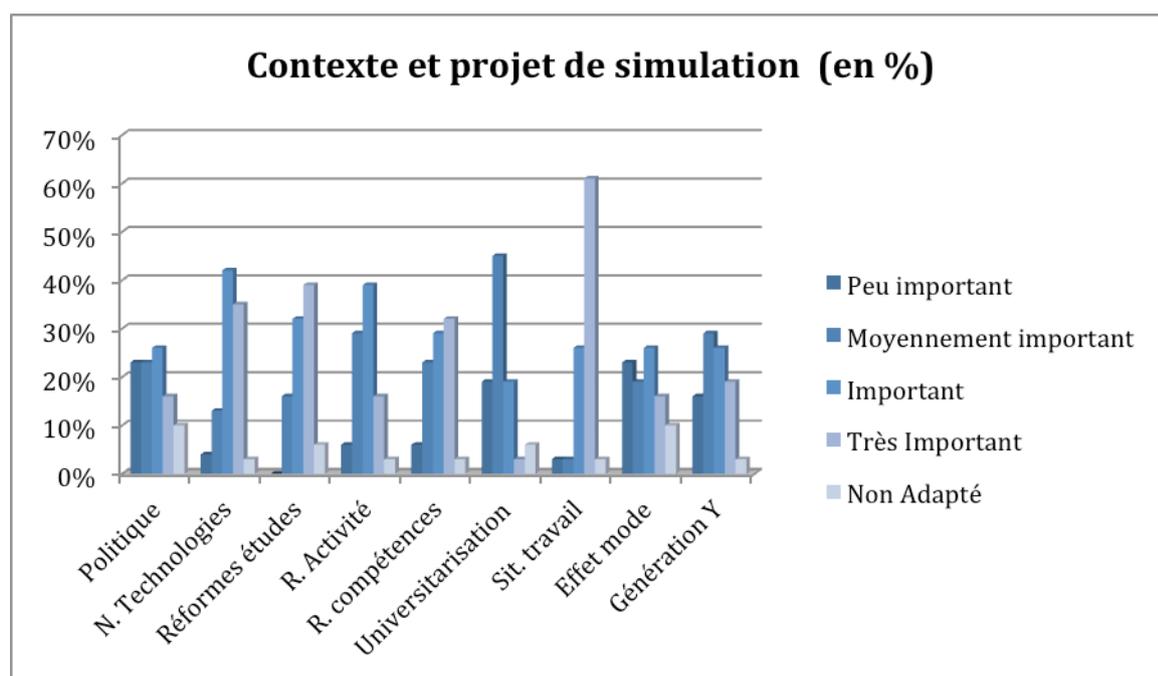
	Peu Important	Moyennement important	Important	Très important	Non adapté
Impact ES	10%	16%	45%	16%	10%
Attractivité	10%	19%	32%	29%	6%
Professionnalisation	0%	0%	35%	58%	3%
Place Territoire	3%	35%	16%	39%	3%
Image IFSI	3%	29%	32%	29%	3%



Question 7 :

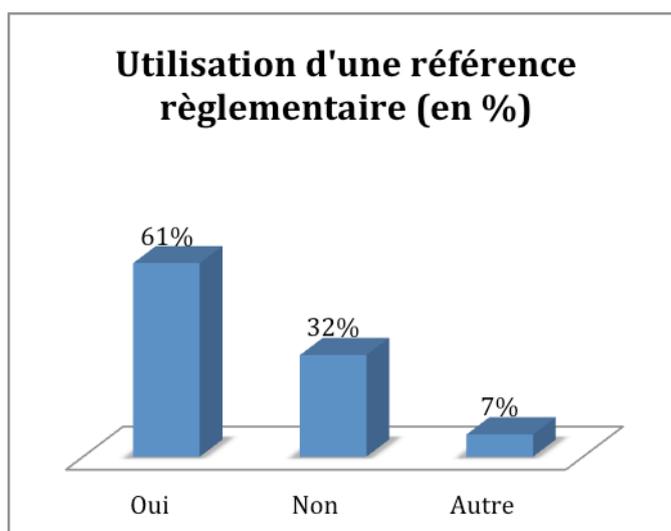
Selon vous, quel contexte a favorisé la mise en œuvre de la simulation ?

	Peu important	Moyennement important	Important	Très Important	Non Adapté
Politique	23%	23%	26%	16%	10%
N. Technologies	4%	13%	42%	35%	3%
Réformes études	0%	16%	32%	39%	6%
R. Activité	6%	29%	39%	16%	3%
R. compétences	6%	23%	29%	32%	3%
Universitarisation	19%	45%	19%	3%	6%
Sit. travail	3%	3%	26%	61%	3%
Effet mode	23%	19%	26%	16%	10%
Génération Y	16%	29%	26%	19%	3%



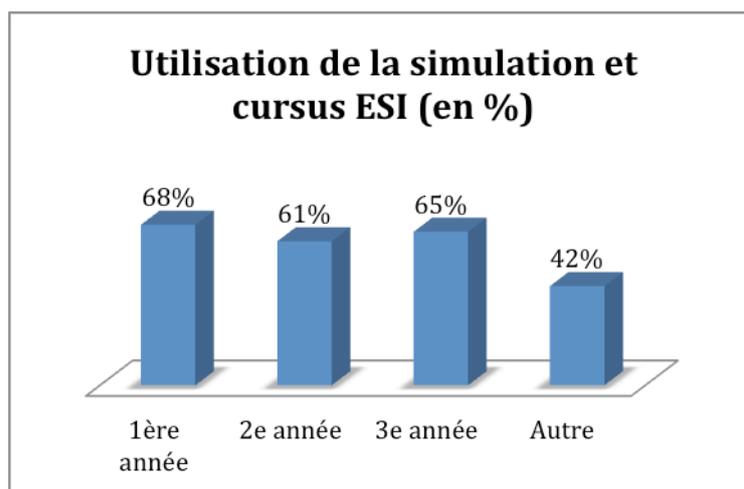
Question 8 :

Utilisez-vous une référence réglementaire pour la mise en œuvre de la simulation ?



Question 9 :

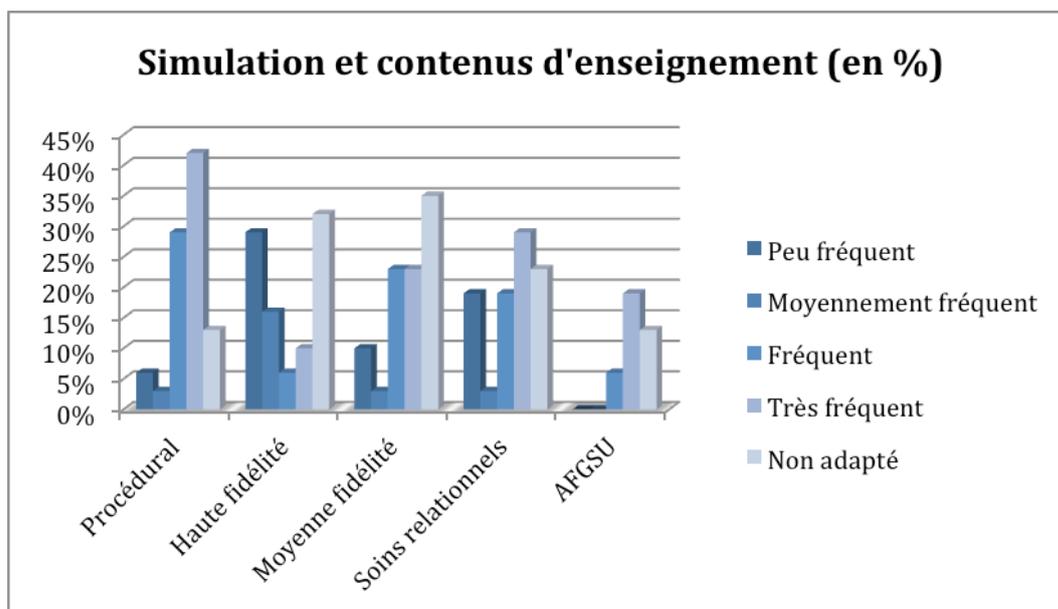
Vous utilisez la simulation pour l'enseignement des étudiants ?



Question 10 :

Pour quel(s) contenu(s) d'enseignement(s) utilisez-vous cet outil ?

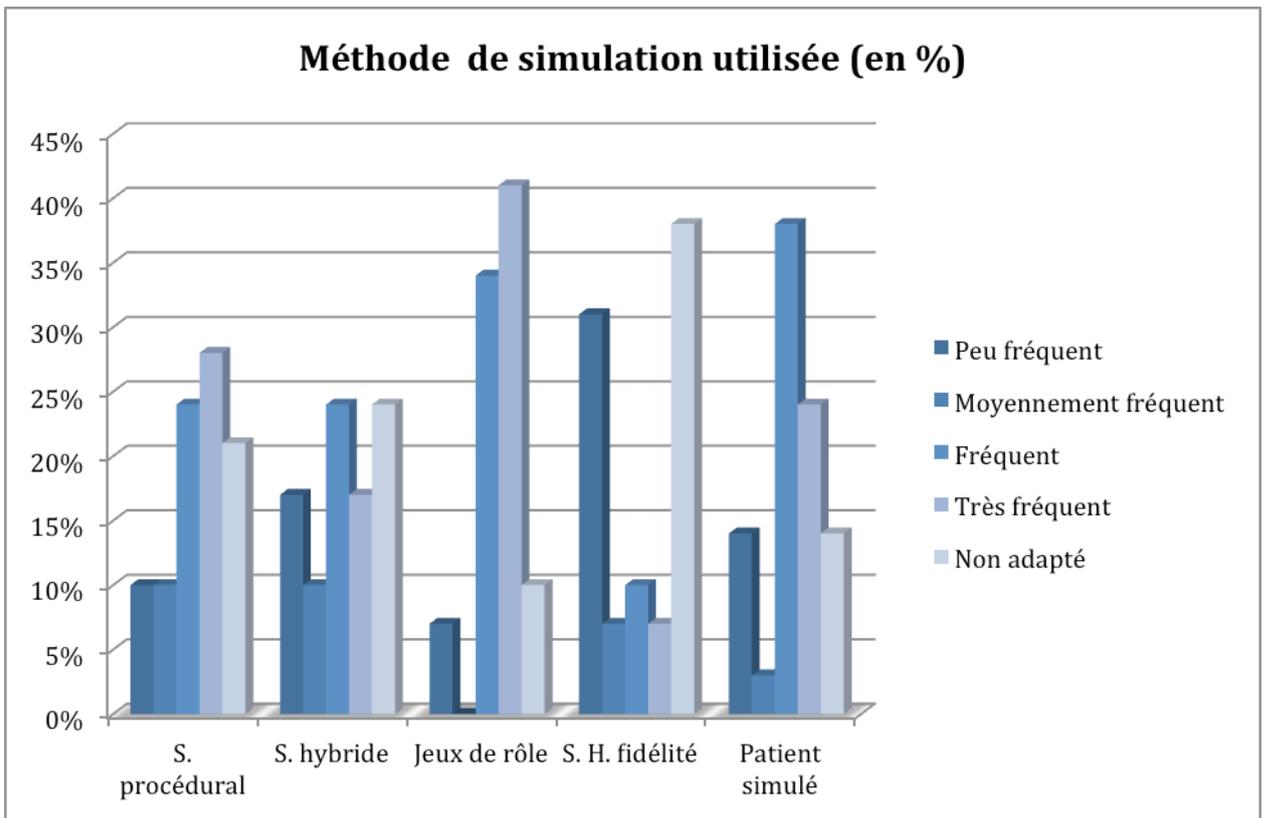
	Peu fréquent	Moyennement fréquent	Fréquent	Très fréquent	Non adapté
Procédural	6%	3%	29%	42%	13%
Haute fidélité	29%	16%	6%	10%	32%
Moyenne fidélité	10%	3%	23%	23%	35%
Soins relationnels	19%	3%	19%	29%	23%
AFGSU	0%	0%	6%	19%	13%



Question 11 :

Quelles méthodes de simulation utilisez-vous ?

	Peu fréquent	Moyennement fréquent	Fréquent	Très fréquent	Non adapté
Simulation procédurale	10%	10%	23%	32%	19%
Simulation hybride	16%	10%	23%	16%	29%
Jeux de rôle	6%	0%	32%	45%	10%
Simulation hautefidélité	32%	6%	10%	6%	39%
Patient simulé	13%	3%	39%	26%	13%

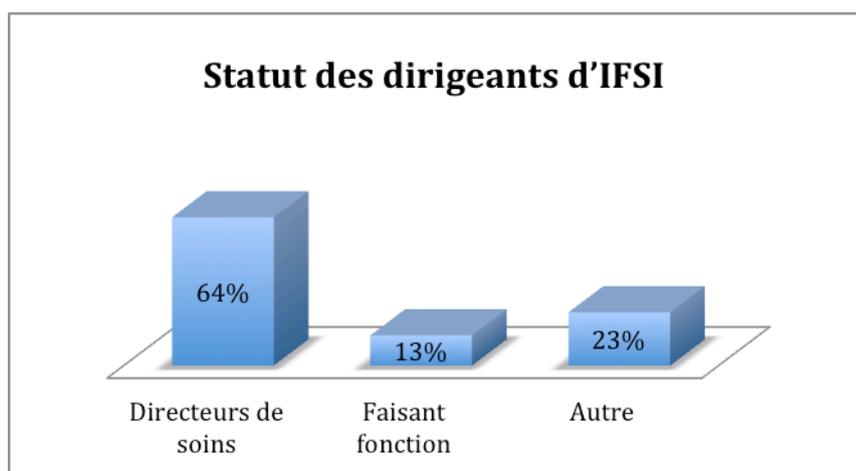


Question 14 :

D'autres professionnels de santé viennent-ils se former à l'institut grâce à la simulation ?

Oui	3%
Non	23%

Caractéristiques professionnelles



Ancienneté dans la fonction

Nombre de DS	0-5	5-10	10-15	15-20
Nombre d'années dans la fonction	5	3	3	10

Ancienneté dans le poste

Nombre de DS	0-5	5-10	10-15	15-20
Nombre d'années d'ancienneté dans le poste	12	4		5

Annexe n°5 : Grille d'analyse de contenu

		D1	D2	F1A	F1B	F2A	F2B	P1	E1A	E1A
Caractéristiques professionnelles										
Références réglementaires// recommandations HAS										
Référentiel formation										
Définition simulation										
Spécificités simulation	Etape simulation									
	Débriefing									
	Objectifs									
	Méthode d'enseignement									
	Gestion des risques									
	Pré requis									
	Enseignements visés									
	Limites									
Stratégie	Impact Institut									
	Impact Etablissement									
Pilotage	Conditions nécessaires									
	Conduite de projet									
	Moyens									
	Rôle du DS									
Du point de vue de l'étudiant	Bénéfice étudiant									
	Génération Y									
Du point de vue du formateur	Place du formateur									
	Mission formateur									
	Intégration projet pédagogique									
	Formation formateur									
Lien terrain/IFSI	Simulation et terrain									
	Difficulté terrain									
Professionnalisation										
Propositions										
Ressenti des acteurs										

Directeur des Soins

Promotion 2014

**La Simulation en santé en formation initiale,
quels enjeux pour le Directeur des Soins en charge d'un Institut de
Formation en Soins Infirmiers ?****Résumé :**

La simulation en santé connaît actuellement un réel essor en France. Cet aspect est renforcé par ailleurs par le législateur concernant notamment la formation des étudiants en soins infirmiers. Aussi, de nombreux instituts de formation en soins infirmiers souhaitent développer cette méthode pédagogique au sein de leur dispositif de formation, alors que d'autres projettent de le faire. Néanmoins, l'aspect financier peut constituer un frein à sa mise en œuvre. La mutualisation de moyens pourrait être une réponse à cette problématique.

Une enquête quantitative réalisée auprès d'instituts de formation en soins infirmiers du quart Nord Est de la France enrichie par des entretiens qualitatifs a mis en évidence que les professionnels, formateurs comme soignants considèrent la simulation comme un réel temps d'apprentissage et de réflexion permettant une confrontation des étudiants à la réalité des situations de soin. Les directeurs des soins témoignent de l'importance de l'inscription de la simulation en santé dans le projet pédagogique afin de contribuer à la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

A l'issue de l'analyse de contenu, des préconisations sous forme de points stratégiques à l'attention du directeur des soins souhaitant piloter un projet de centre de simulation sont proposées.

Mots clés :

Simulation en santé – Situation de soin – Apprentissage collectif - Compétences Professionnalisation – Mutualisation – Collaboration - Directeur des soins – Gouvernance d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.