

INFO CEFIEC



Comité d'Entente
des Formations
Infirmières Et Cadres



ACTUALITÉS

WORK GROUPS SERIES 2013

DOSSIER

«LA SIMULATION DANS L'APPRENTISSAGE
DES SOINS INFIRMIERS»

ECHO DES RÉGIONS

L'ÉTHIQUE, AU CŒUR DE LA FORMATION
INFIRMIÈRE ?.



N°31

JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2013

6 mois DE COMPLÉMENTAIRE santé offerts*

CODE PROMO : OP30PN

Hélène
infirmière

Maud
conseillère MNH



La MNH est la 1^{re} mutuelle du monde de la santé et du social.
Le même instinct de protection. La même exigence en matière de
prestations. La même fibre solidaire... La MNH partage beaucoup avec
les professionnels de la santé et du social. Tout ce qu'une mutuelle,
née dans le monde hospitalier, peut vous apporter.



Réalisez votre devis en ligne



N°Cristal 09 72 72 00 34

APPEL NON SURTAXE

L'esprit hospitalier en plus.
www.mnh.fr

* Offre réservée aux nouveaux adhérents pour une adhésion prenant effet entre le 1^{er} septembre 2013 et le 1^{er} mars 2014, dont le bulletin d'adhésion est signé entre le 1^{er} septembre 2013 et le 31 décembre 2013 (date de signature faisant foi) et adressé à la MNH avant le 31/01/2014 (cachet de la poste faisant foi), 3 mois de cotisation offerts la première année, 2 mois de cotisation offerts la deuxième année et un mois de cotisation offert la troisième année.

EDITO

N°31



Chers adhérents, chers collègues,

L'année 2013 touche à sa fin. Les réingénieries des formations stagnent, en même temps il est annoncé un « accompagnement à la prise de poste pour les cadres de santé », en sera-t-il de même pour les cadres de santé formateurs ? Marisol TOURAINE a, à nouveau évoqué la licence santé pour les infirmiers. Nos collègues du social sont en train d'organiser la mise en place de leurs HEPASS, ils se regroupent, s'organisent et avancent vers le but qu'ils se sont fixé.

Nos votes de l'automne montrent l'avancée de nos réflexions, nous allons maintenant construire.

Ce dossier de la revue Info CEFIEC a pour thème central la simulation. Une définition de ce que recouvre cette acception est nécessaire afin de ne pas se tromper de cible : raisonnement clinique infirmier ? Actes infirmiers ? Quelle plus-value ? Quels investissements ? Quels résultats ? Ce numéro nous apportera un certain nombre de réponse à ces questions. Je remercie les auteurs qui proposent des articles toujours intéressants pour notre revue.

Je vous souhaite une excellente fin d'année.

Joëlle Kozlowski
Présidente du CEFIEC

I N F O

ACTU

06

Xème Conférence internationale du 24 au 27 septembre
2014 à Nancy :P.06
WORK GROUPS SERIES 2013.....P.07

Écho des régions

Le CEFIEC Bourgogne propose une journée de formation
à l'IFSI de Dijon.....P.36

L'éthique, au cœur de la formation infirmière ?.....P.37

VIE
ASSOCIATIVE

C E F I E C

S o m m a i r e

DOSSIER

08

Introduction	P.09
La formation par simulation	P.10
La simulation et le débriefing vidéo.....	P.15
Enseignement simulé de la transfusion.....	P. 18
Les mannequins de macrosimulation.....	P.26
Synthèse sur la simulation médicale.....	P.34

POUR VOUS,
«J'AI LU...»

46

Les Editions Lamarre	P.42
Les Editions Sètes	P.43

N°31

Xème Conférence internationale du 24 au 27 septembre 2014 à Nancy :

« la **FORMATION INFIRMIERE ET la PRATIQUE professionnelle: Quel avenir ?** »

Le programme sera bientôt disponible sur le site de Fine Europe, à la FAC de Nancy, et l'appel à communication très prochainement sur le site de FINE Europe et celui du CEFIEC.



EUROPEAN FEDERATION OF NURSE EDUCATORS

FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ENSEIGNANTS EN SOINS INFIRMIERS



Nursing Education and Nursing Care : Which future?

Dates: NANCY -FRANCE 24, 25 et 26 Septembre 2014 .







La Formation et la Pratique Infirmière : Quel avenir ?

Principaux axes des appels à Communication

1. Pratiques innovantes en éducation
2. Identité professionnelle
3. Socialisation en formation
4. L'éthique dans la pratique de soins et dans la pédagogie
5. Partnership et Mentorship (partenariat) en formation .
6. Recherche en sciences infirmières : projets et résultats
7. Collaborations internationales : recherches et expériences



EA 7295



Les ateliers de FINE Europe des 7 et 8 novembre 2013 à Lisbonne nous ont permis de travailler sur le thème de l' « Evaluation de la formation en soins infirmiers pour une profession contemporaine mondiale ».

Lors de l'assemblée générale du 7, il a été procédé au renouvellement du Bureau Exécutif à la Présidence duquel a été élue Jane-Laure Danan, ancienne vice-présidente en Charge de la Formation Infirmière au sein du CEFIEC.

La prochaine conférence bi-annuelle est prévue en France à l'automne 2014 et non à Fribourg.



«La simulation dans l'apprentissage des soins infirmiers»

Introduction

La formation par simulation et le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009.

La simulation et le débriefing vidéo.

**Enseignement simulé de la transfusion sanguine
reflexions autour de la validation de l'UE4.4 S4.**

**Les mannequins de macrosimulation des outils
pédagogiques permettant la professionnalisation.**

Synthèse sur la simulation médicale en France.

Introduction

La simulation en soins infirmiers au cœur de la formation....

Action de simuler (1)

- Représentation modélisée d'un phénomène
- Reproduction expérimentale de conditions réelles avec des apprenants dans l'intention d'en tirer un enseignement

Méthode pédagogique active et innovante (1) favorisant la constructions des compétences professionnelles, la simulation doit permettre aux étudiants infirmiers de mettre en œuvre un processus réflexif aboutissant à la résolution de problèmes, des plus simples aux plus complexes dans une situation donnée.

En décembre 2012 la Haute autorité de santé (HAS) rappelait dans son guide de bonnes pratiques l'importance de la simulation dans la sécurité des patients et la gestion des risques (2).

Cet apprentissage ne peut se faire sans avoir préalablement posé des objectifs, déterminé, choisi les techniques appropriées (dans ce cas précis, il s'agira d'une technique dite synthétique utilisant des simulateurs patients, plus ou moins sophistiqués, à basse ou haute fidélité (2)).

Les formateurs deviennent scénaristes, rédigent des situations cliniques variées aux niveaux de difficultés croissants, auxquels seront confrontés les étudiants, élaborent la séance de simulation. Celle-ci en effet, ne se résume pas à écrire un scénario, et le faire jouer aux apprenants.

C'est toute une procédure que je vous invite à découvrir dans le guide des bonnes pratiques de l'HAS qui replace dans son contexte cette méthode et vous donne toutes les pistes de réflexion et de réalisation nécessaires.

Cette pédagogie nouvelle dans nos instituts est déjà utilisée dans de nombreuses autres formations : (pilotes de ligne, par exemple), mais nos régions avancent.

Toutes dans leur ensemble, proposent des actions : journées de formation, mise en œuvre de séances de simulation dans leurs instituts, etc. Vous en trouverez dans ce dossier la présentation et nous remercions chacun des auteurs de nous faire partager leurs expériences.

Mireille Charpentier
Vice-présidente de la Communication

(1) <http://www.ac-paris.fr/portail>

(2) www.has-santé.fr : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé

La formation par simulation et le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009.

Depuis septembre 2009, les étudiants en soins infirmiers suivent un nouveau programme de formation. Le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009 s'inscrit dans la réforme du système formation post-bac en France, et fait entrer la formation des infirmiers Français dans le système LMD (accord de Bologne 1999), c'est-à-dire la nécessité de présenter les diplômes, sous forme de référentiels d'activités, de compétences et de formations (directives européennes). Il correspond également à la volonté de mise en adéquation des compétences infirmières et de la demande de soins de la population.

Ce nouveau programme est centré sur l'acquisition progressive par l'étudiant de dix compétences. L'acquisition des éléments des compétences est formalisée lors des différents stages cliniques. De plus, pour obtenir le diplôme d'Etat, des actes et techniques de soins énumérés et référencés dans le Port Folio (outil de...) doivent être validés comme acquis à l'issue de la formation. Dans ce référentiel de formation, la formation en soins infirmiers est pensée au plus près du cœur de métier, plaçant l'apprentissage à partir des situations de travail. Cet apprentissage au plus près des situations de travail repose en partie sur les apprentissages réalisés en stage. Or, même si le parcours de stage de chaque étudiant comprend au moins un stage dans chacun des types de stage représentatif de « famille de situation », il s'avère que les parcours de stage peuvent être très hétérogènes selon les étudiants. Le nombre d'étudiants à former est conséquent, aussi nous sommes confrontés chaque semestre à la difficulté de trouver des lieux de stage qui puisse accueillir la totalité des étudiants et garantir une certaine qualité de formation clinique. L'hétérogénéité des lieux de stage pose parfois des problèmes d'équité en termes d'apprentissages possibles par les étudiants car elle se traduit par une hétérogénéité de ressources, de situations d'apprentissage, de qualité d'encadrement...

Si le stage reste une ressource de formation majeure, la recherche de méthodes pédagogiques complémentaires laissant la place à la construction du savoir, devient primordiale. De plus, certaines situations réelles ne peuvent être transposées en situations d'apprentissage. C'est le cas des situations complexes, c'est-à-dire les situations qui sont porteuses d'une part d'imprévisibilité (ex : refus de soins, accès de violence d'un patient ...), d'incertitudes ; mais également des situations où le pronostic vital du patient est engagé ou encore les situations où le temps est contraint. Cependant, il est essentiel que l'apprenant soit en mesure d'engager son action dans ces types de situations pour apprendre à les gérer et comprendre ses manques. Le recours à la formation par simulation est alors une voie possible.

Ce recours s'inscrit également dans un contexte de préoccupations éthiques. Nous constatons depuis plusieurs années une évolution des attentes du public vis-à-vis des

professionnels de santé. Une évolution que nous pourrions traduire par un niveau d'exigence plus élevé du public vis-à-vis des soignants que nous sommes : une exigence en terme de qualité de soins, de réponses aux besoins de santé, d'informations... Certains patients expriment clairement leur souhait de ne pas être pris en charge par des soignants inexpérimentés, débutants, de ne pas leur servir en quelque sorte de « cobaye ». Aussi, la simulation permet aux étudiants d'améliorer leurs habiletés, leurs compétences sans mettre en danger les personnes soignées.

Enfin, l'HAS constatant le faible développement de la formation par simulation en santé en France, s'est interrogée sur la contribution de ce type de formation en matière de Développement Professionnel Continu. C'est pour cette raison qu'elle a confié une mission au Pr. Jean-Claude Granry et au Dr Marie-Christine Moll du CHU d'Angers. En janvier 2012, ces deux experts ont ainsi réalisé pour la HAS un état des lieux de la simulation en santé et ont formulé dix propositions susceptibles de favoriser son déploiement en France. Nous pouvons retenir notamment la proposition n°1 « la formation par les méthodes de simulation en santé doit être intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu). Un objectif éthique devrait être prioritaire : jamais la première fois sur le patient ». Puis en décembre 2012, est publié un « Guide de bonnes pratiques en matières de simulation en santé » qui reprend la majorité de ces propositions et définit des principes de structuration et d'organisation de formation par simulation en santé selon des règles de bonnes pratiques précisées dans ce guide. Ainsi, la HAS cherche à promouvoir le développement de la simulation en santé en formation initiale et en formation continue dans le cadre du DPC.

Développer la simulation auprès des étudiants en soins infirmiers, oui mais... Pourquoi ? Pour quelles finalités ?

Les finalités de la formation par simulation peuvent être différentes en formation initiale et formation continue. Suivant les finalités pédagogiques, les méthodes de simulations seront différentes. En formation initiale, nous pouvons identifier deux types de situation d'apprentissage : les pratiques procédurales et les situations complexes.

Les premières visent l'acquisition d'habiletés techniques, de gestes, de procédures. Cette approche s'appuie sur une démarche pédagogique béhavioriste, comportementale. Les étudiants s'entraînent de façon répétée, font des expérimentations sur des simulateurs « basse fidélité », c'est-à-dire qui reproduise de façon partielle la réalité qui nous entoure.

Il s'agit par exemple, pour les étudiants en soins infirmiers, de bras de perfusion, de sites d'injection, de programmes informatiques reproduisant une procédure à suivre.

Les suivantes reposent sur l'utilisation de simulateur moyenne et/ou Haute fidélité: mannequins robotisés, informatisés qui peuvent parler et réagir selon les scénarii envisagés; ou des patients standardisés c'est-à-dire des personnes entraînées,

formées à dépeindre l'histoire personnelle, les symptômes physiques et psychiques, les caractéristiques émotionnelles d'un patient réel. Ces situations cliniques utilisant un patient robot et/ou un patient standardisé sont très proches de la réalité de l'exercice professionnel. Les étudiants sont alors confrontés à une situation complexe, contextualisée à travers un scénario proposé par le formateur. Ainsi, ils ont la possibilité dans un premier temps de mettre en œuvre leurs connaissances, de les mettre en action. Cette immersion dans un environnement authentique, reproduisant de façon très réaliste une situation de soins à gérer, engage considérablement l'action des étudiants. Dans un second temps, lors du débriefing, ils vont réfléchir sur ce qui s'est passé pendant la séance, analyser ce qui s'est produit à partir de l'enregistrement vidéo et/ou audio de celle-ci. En termes d'apprentissage, cette étape leur permet de revenir sur les actes, sur les processus décisionnels, est particulièrement importante.

En formation continue, les objectifs peuvent être différents. Dans un objectif de maintien et de développement des compétences, les séances de simulation contribuent à l'actualisation des connaissances théoriques et pratiques des formés.

Par ailleurs, la formation par simulation est un moyen d'améliorer le travail en équipe, notamment la coopération des différents acteurs lors d'un incident critique. A cet effet, les scénarii utilisés lors des séances peuvent reproduire des situations critiques peu fréquentes mais à haut risque pour le patient, ou des situations cliniques repérées comme problématiques pour les étudiants et /ou professionnels dans un secteur d'activité donné. Elles permettent de travailler, réfléchir, progresser en équipe, d'améliorer la coopération entre les acteurs, afin de pouvoir réagir de façon plus performante lorsqu'une situation clinique à risque survient.

Dans nos différents Institut de Formation en Soins Infirmiers, nous avons souhaité intégrer cette méthode d'apprentissage dans nos projets pédagogiques. Ainsi, nous avons initialement engagé, chacun de notre côté, une réflexion sur l'intégration de la formation par simulation dans la formation aux pratiques cliniques. Cette réflexion sur nos pratiques pédagogiques a eu des répercussions multiples : organisation pédagogique, aménagement des locaux, matériel pédagogique, formation des formateurs...

Les journées nationales sur la simulation et l'apprentissage des soins infirmiers à Brest: le point de départ d'une volonté de travailler ensemble.

Suite aux premières journées nationales sur la simulation et l'apprentissage des soins infirmiers à Brest, différents formateurs de ces quatre IFSI impliqués dans la mise en œuvre de la simulation dans leurs instituts, conduisent depuis plusieurs mois une réflexion guidée par une question commune : En quoi la simulation est-elle révélatrice du modèle d'apprentissage. Cette réflexion s'inscrit dans le champ de la didactique professionnelle. Dans un premier temps nous avons choisi de réaliser un état des lieux de l'utilisation de la simulation dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Brest, Quimper, Lorient et Vannes. Très rapidement la confrontation des différentes

expérimentations a permis de faire émerger des problématiques communes en termes de ressources, de freins, de questionnements et de perspectives.

Nos expériences pédagogiques sont très différentes : les séquences de simulation sont inscrites soit dans des unités d'enseignement dites « cœur de métier », soit dans des unités d'enseignement « contributives », ou encore dans des unités d'intégration. Elles portent sur la gestion de situations relationnelles (par exemple : la négociation, l'entretien familial...), de situations d'encadrement, de situations d'urgences... Les formateurs impliqués dans le projet ont pour la majorité d'entre eux suivi une formation spécifique (DU de simulation en santé, formation d'équipe à la simulation, Master en Sciences de l'Éducation...). Les centres de formation disposent de moyens différents en terme de locaux (proximité d'un centre de simulation, salle spécifiquement aménagées au sein de l'IFSI...) et de matériel (matériel basse ou haute fidélité, équipement audio et vidéo...).

Néanmoins, la mise en œuvre de ces séquences de simulation nous a posé des difficultés souvent similaires : en terme d'organisation, les séquences sont réalisées auprès de petits groupes d'étudiants (environ 6 à 8 étudiants), elles représentent un « coût » en temps formateur important, le matériel peut également représenter un investissement financier conséquent : achat du simulateur, équipement audio et vidéo, dispositifs médicaux... Les étudiants présentent quelques fois des résistances à investir les situations proposées, il est effet parfois difficile de s'exposer au regard de ses pairs et du formateur, aussi bienveillant l'environnement soit-il.

Lors de cet état des lieux nous avons également recensé des questionnements semblables. En effet, lors de la mise en œuvre des scénarii et lors des débriefing, les étudiants font émerger des problématiques pas forcément envisagées initialement comme telles par le formateur. Ainsi, les performances des étudiants pendant ces expériences pédagogiques ont permis d'interroger la conception, la construction et l'articulation des différentes unités d'enseignement et d'intégration. D'autre part, si les étudiants expriment le plus souvent une satisfaction importante à l'issue de ces séquences de simulation, quelle est la plus value pour ces derniers en terme d'apprentissage, quels en sont les impacts sur leurs pratiques professionnelles, quels en sont les bénéfices pour les personnes qu'ils prennent en charge, compte tenu du coût important de la mise en place de celles-ci ? Ces séquences sont-elles proposées « en plus de » ou « à la place de » ? Comment faire en sorte que ces expériences pédagogiques qui reposent souvent sur l'initiative de quelques formateurs soient partagées et investies par l'ensemble de l'équipe pédagogique ?

Ce partage de nos expériences, de nos difficultés initiales, de nos interrogations, nous a permis d'envisager certaines perspectives. A titre d'exemple, nous proposons de décliner ce projet de formation par simulation sur les différents semestres de formation. Nous souhaitons également développer ce projet par un travail en interdisciplinarité, c'est à dire entre plusieurs filières de formation, auprès de différents professionnels intervenants dans le domaine de la santé. Le développement d'une activité de recherche

fait également partie des projets envisagés. Par conséquent, à travers ce groupe de travail, nous comptons après cette première phase de partage d'expériences et de réflexion, de mutualiser nos différents travaux, de partager nos scénarii, de projeter une mutualisation de certaines de nos ressources : matériels, expertises de certains formateurs...

Pour conclure....de la simulation à l'alternance...

En guise de conclusion, au terme de ces quelques mois de réflexion commune, nous dirions que, dans un contexte de changement récent de référentiel de formation, l'utilisation de la simulation en santé en formation initiale interroge la pertinence et la cohérence des enseignements. Elle invite à optimiser le partenariat entre les professionnels de terrain et les formateurs des IFSI afin de permettre le repérage de situations posant des difficultés aux professionnels débutants. Enfin, elle s'appuie sur une expertise pédagogique pour l'identification et la construction de situations apprenantes essentielles au développement des compétences du futur professionnel. En tant que formateur, cette expertise appuie notre légitimité pour développer la mise en place de cet outil dans les programmes de formation initiale et/ou continue. La simulation réalisée à partir de situations porteuses de problèmes rencontrés par de nombreux professionnels (experts et/ou novices) replace l'apprentissage dans, et sur l'action au cœur de ce nouveau modèle d'apprentissage. Ce modèle est adossé à la théorie de l'activité humaine lui-même inscrit dans le champ de la Didactique Professionnelle. Cette approche nous place dans une formation en alternance porteuse du développement des compétences, du développement du sujet. En cela, la place donnée à la simulation est révélatrice du modèle d'apprentissage dans nos IFSI. Cette approche nécessite une posture professionnelle différente pour le formateur dans l'interaction avec les étudiants. Il doit aider l'étudiant en lui apprenant à se questionner, à expliciter son raisonnement. Le raisonnement clinique est ici au centre de cette démarche d'apprentissage. Cependant, envisager un apprentissage par la simulation nécessite également :

- de renforcer le partenariat avec les autres professionnels sur le terrain
- de développer l'Analyse de l'Activité (DP) afin de comprendre ce qui organise les pratiques professionnelles en situation
- de poursuivre le travail autour du tutorat.

Promouvoir une alternance complémentaire à l'alternance traditionnelle terrain /IFSI est un projet d'envergure. Aussi, nous avons l'intention de travailler en coopération avec les acteurs qui nous entourent.

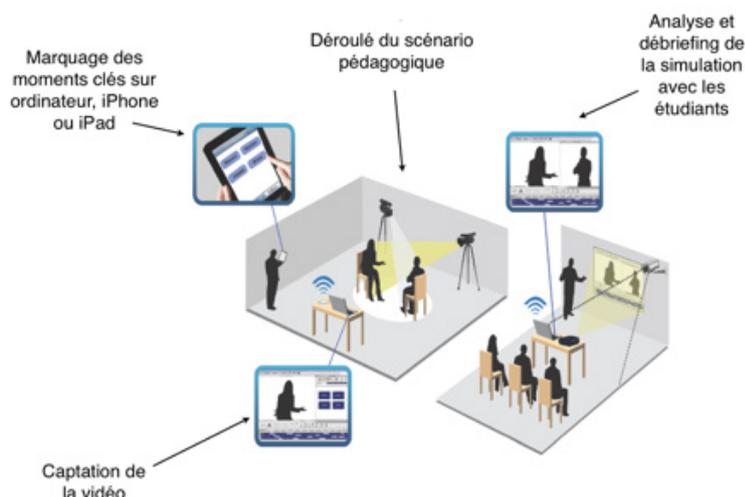
Françoise CROSSIN
Formateur
IFSI LORIENT

La simulation et le débriefing vidéo appliqué à la professionnalisation en soins infirmiers : avantages, enjeux et perspectives. L'exemple de l'IFSI de Quimper.

Le référentiel 2009 de la réforme de la formation en soins infirmiers a décliné les compétences à acquérir en vue d'exercer la profession d'infirmier(e). Cette réforme a entraîné une réflexion importante sur les outils pédagogiques participant à l'acquisition des compétences tant à l'institut qu'en stage. Dès lors, la simulation en soins infirmiers, « de par sa capacité à compléter ou remplacer la pratique sur de vrais patients », est appelée à se développer rapidement selon de nombreux experts. D'abord, car son intérêt est majeur, à la fois dans l'ordre du « savoir-faire », en particulier face à l'émergence rapide des nouvelles technologies (techniques et diagnostics, outils de soins) et du « savoir-être » afin d'analyser les facteurs humains par exemple entre le patient et le soignant ou entre les membres d'une même équipe.

Des technologies existent déjà afin de faciliter le travail des formateurs à formaliser des simulations en soins infirmiers. Beaucoup connaissent et utilisent déjà les patients standardisés. Mais d'autres outils, moins connus, peuvent faciliter le travail d'organisation d'une simulation. L'IFSI de QUIMPER utilise par exemple Studiocode, un logiciel d'analyse et de débriefing vidéo qui permet au formateur de l'institut d'élaborer son scénario de toutes pièces, capturer la vidéo d'une situation pédagogique, l'indexer selon les critères d'observations choisies, pour ensuite revoir avec les étudiants, les moments intéressants et formateurs d'une simulation. Le débriefing s'en trouve ainsi accéléré et structuré (voir la vidéo explicative du processus : <http://www.youtube.com/watch?v=CKKsPX5oOr4>).

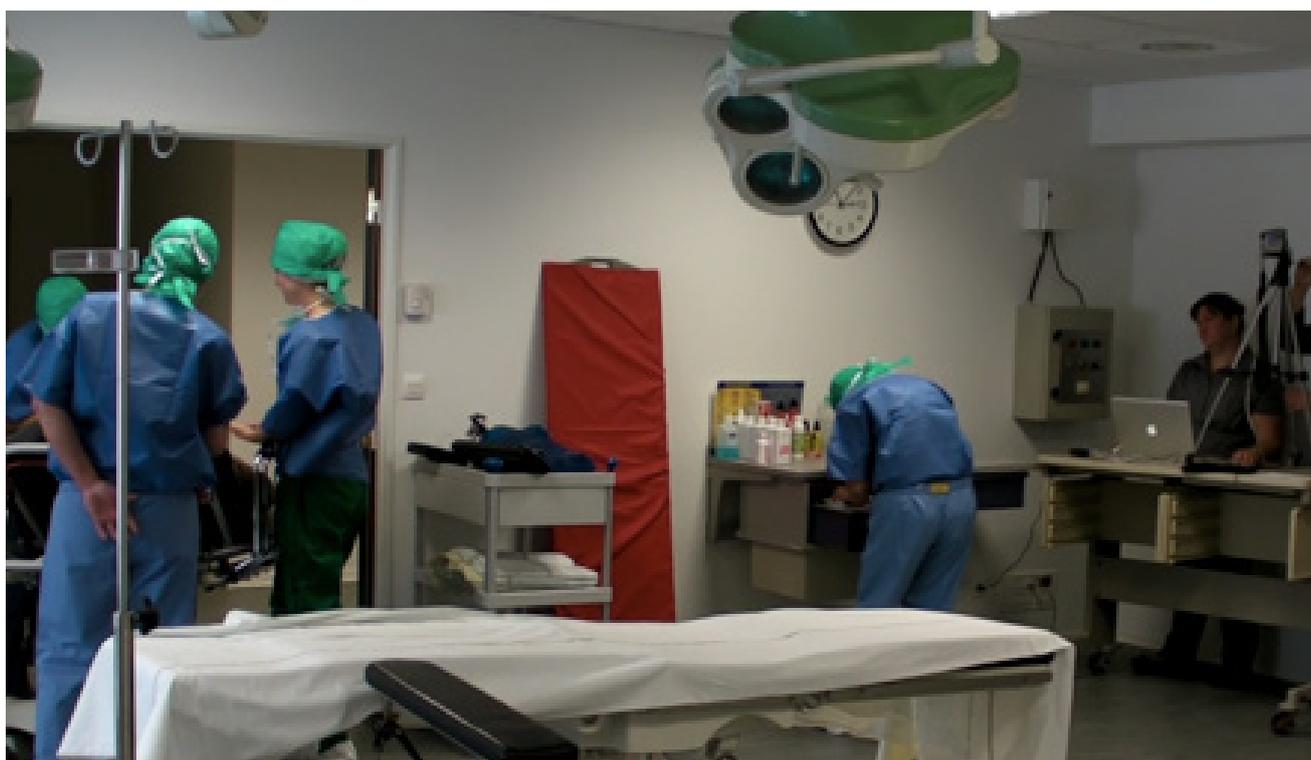
Cet outil permet donc d'élaborer un scénario pédagogique et de faciliter le débriefing, en laissant la possibilité aux formateurs d'avoir l'appui de la vidéo pour revenir sur des moments cruciaux d'une simulation.



Le point de vue des formateurs de l'IFSI QUIMPER ayant expérimenté le logiciel

Nous avons utilisé Studiocode pour mener des séquences de simulation dans le cadre des UE : 4.1 S1 et 3.1 «Accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne auprès de la personne âgée et/ou handicapée» et «Evaluation situation clinique : raisonnement clinique « Il s'agit du scénario d'une situation de soin simulée entre une personne âgée (l'ESI est muni d'un simulateur de vieillissement), son conjoint et un infirmier (ESI 1ere A) : le patient présente une douleur qui nécessite une évaluation et une analyse en situation par l'infirmier (ESI) avant de procéder à son lever.

Un autre exemple : dans les UE 4.6 S4 et UE 3.5 S4: Education thérapeutique auprès d'un patient diabétique en présence d'un étudiant et d'un professionnel ayant un rôle de référent de proximité (ESI 2ème A).



Même si le scénario est construit au préalable, l'utilisation nous incite à anticiper les attendus de la séquence pédagogique de manière plus structurée. Il est nécessaire d'identifier les différents éléments signifiants appelés à émerger lors de la simulation.

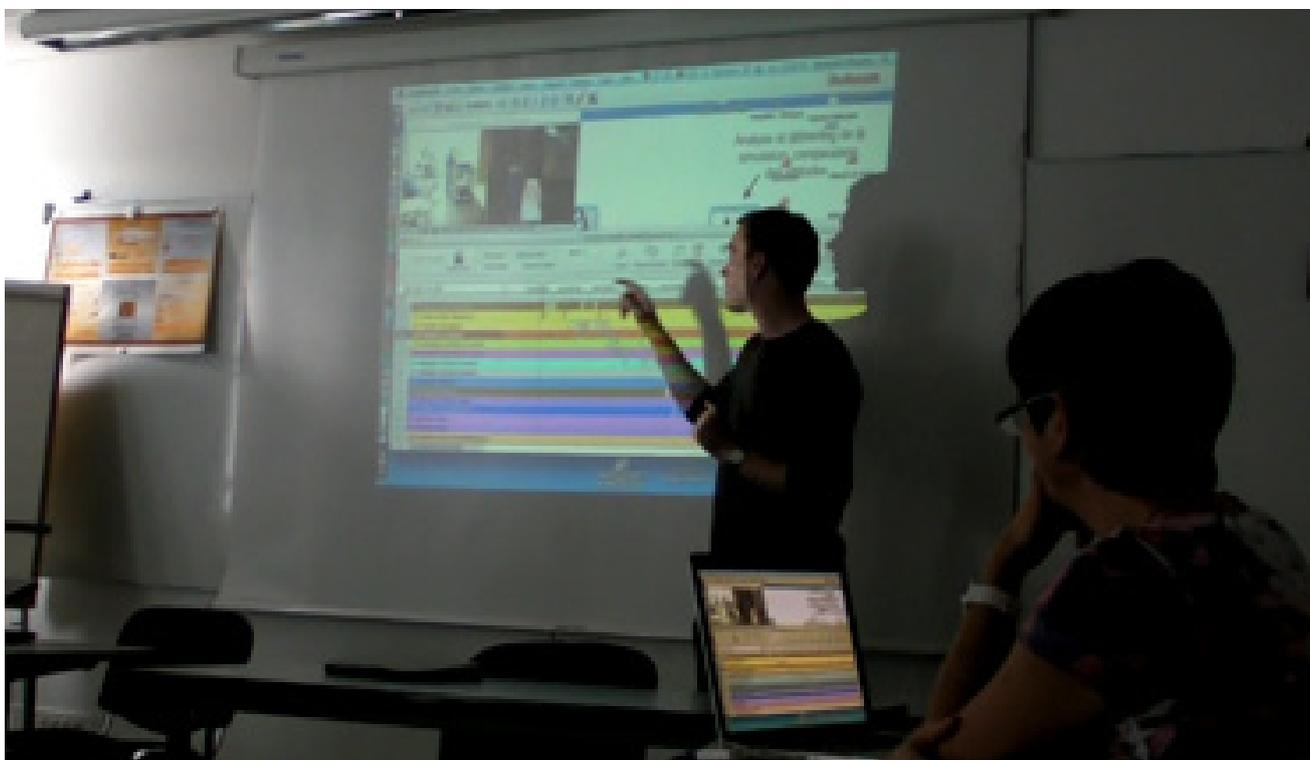
Ainsi, les observations «taguées» et identifiées à un moment «T» aident à structurer le débriefing, à rassembler et à catégoriser les moments signifiants repérés par le formateur, dans la situation.

Cependant, c'est à partir de ce qu'exprime l'étudiant que le formateur trie et organise la co-explicitation (laco-analyse). L'étudiant reste acteur de la situation d'apprentissage.

En effet il explicite ce qui a guidé ses choix en situation et le sens qu'il peut y donner en s'appuyant sur l'image.

Ce logiciel permet aussi un gain de temps car il évite le «revisionnage» approximatif. Ainsi le scénario construit devient reproductible et plus facilement transférable pour l'utilisation par d'autres formateurs.

Si ce logiciel réduit les incertitudes, il ne dispense pas cependant des compétences spécifiques pour mener un débriefing.



En conclusion, l'étudiant est maintenant un acteur dynamique de sa formation et il a besoin de nouvelles formes pédagogiques qui lui donneront toutes les cartes en main lorsqu'il sera face à des patients de plus en plus exigeants. Les instituts de formations en santé, les autorités sanitaires ainsi que les organismes gestionnaires prennent conscience du caractère primordial de l'amélioration de la formation des soignants afin d'apporter au patient la meilleure qualité de soin possible. Les nouvelles technologies sont l'une des réponses à ce besoin d'innovation pédagogique permanent. Néanmoins, les barrières économiques et humaines à prendre en compte et cette nouvelle approche pédagogique doit d'abord faire ses preuves, en s'appuyant sur une recherche dynamique, une intégration dans les formations et des recommandations de mise en œuvre.

Rédaction :
Pour l'équipe pédagogique de Quimper , Brigitte SIFFERLEN

Alexandre Waquier - Account Manager Studiocode

Enseignement simulé de la transfusion sanguine / réflexions autour de la validation de l'UE4.4 S4

Résumé en français :

Dans le dispositif de formation des études de la profession infirmière plusieurs actes sont regroupés et constituent l'Unité d'Enseignement 4.4: sciences et techniques infirmières, interventions : la pose de transfusion sanguine fait l'objet d'une validation en situation simulée

Deux cadres de santé formateurs ont travaillé en collaboration avec le Centre de Transfusion Sanguine afin de construire une séance pédagogique qui prenne en compte la complexité du soin, les capacités d'apprentissage de l'étudiant et les moyens nécessaires à sa réalisation.

Comment répondre au mieux aux objectifs et aux recommandations de cette UE afin que l'ensemble des critères de validation soit respecté ?

Comment permettre à l'étudiant de s'approprier une technique qui soit au plus près de la réalité du soin et de s'adapter à la situation en Institut ?

Résumé en anglais :

In the system of training for the studies of nursing profession, several acts are grouped together and form the Teaching Unit (T.U.) 4 4 : sciences and nurse techniques : blood transfusion is subject of a validation in a simulated situation.

Two health executive trainers have worked in collaboration with the Blood Bank in order to create an educational session which takes in consideration the complexity of care, student's learning abilities and the necessary means for achievement completion.

How to best meet the objectives and recommandations of this T.U so that the whole validation criteria are respected ?

How allowing the student to appropriate herself / himself a technique that would be as close as care reality and to adapt to the situation learnt in Education Institution ?

Mots clefs :

-situation simulée - compétences - collaboration - «savoir faire intégré»

Auteurs:

Madame Isabelle Christen : cadre de santé formateur IFSI CHPG Monaco
ichristen@chpg.mc

Docteur Anne Gouverner-Valla : Praticien Hospitalier CTS CHPG Monaco
avalla@chpg.mc

Madame Sandra Donges : cadre de santé CTS CHPG Monaco
sdonges@chpg.mc

Madame Anna Pascault : cadre de santé formateur IFSI CHPG Monaco
apascault@chpg.mc

LE CONTEXTE

Dans sa volonté de répondre aux exigences du programme 2009 de la formation conduisant au diplôme d'état infirmier, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Monaco (IFSI) a mis à profit le partenariat qu'il a développé depuis plusieurs années avec le Centre de Transfusion Sanguine (CTS) du Centre Hospitalier Princesse Grace (CHPG).

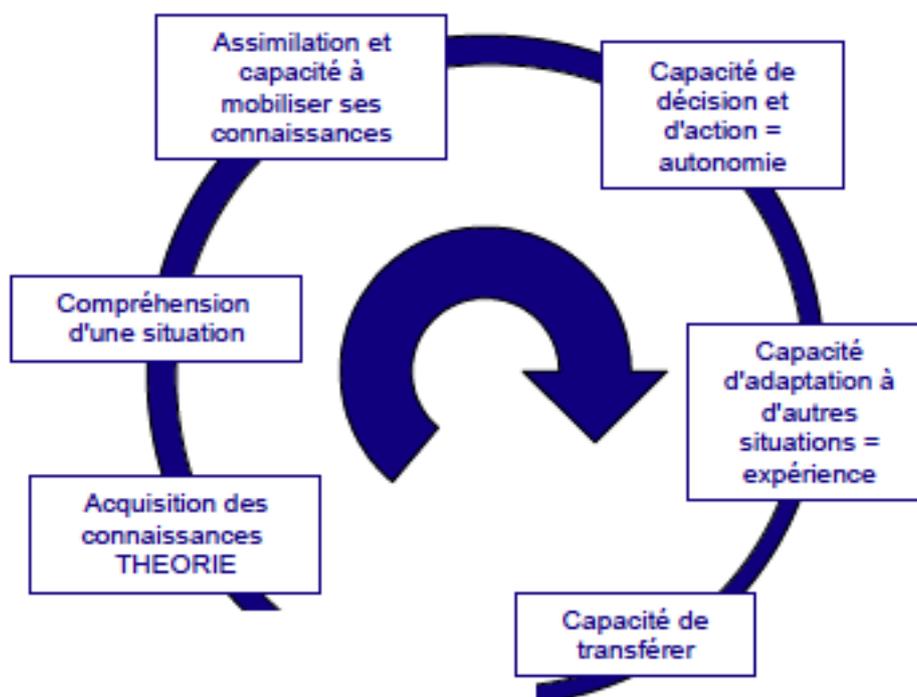
La réforme des études de la profession infirmière est fondée sur le principe de l'acquisition de compétences et d'actes techniques qui relèvent du référentiel métier.

Pour répondre à la validation de l'UE 4.4 S4 dont la modalité d'évaluation consiste dans la pose d'une transfusion sanguine en situation simulée, IFSI et CTS ont réalisé pour la première fois en partenariat une séance pédagogique.

Le projet visait à respecter scrupuleusement la réglementation en vigueur en étant au plus proche de la réalité clinique d'une transfusion sanguine mais aussi en mettant l'accent sur le concept de gestion des risques. De cette réflexion commune avec le CTS est née une expérience innovante et singulière réalisable du fait de la structure et de l'organisation de notre Etablissement .

LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

La notion de compétence : schéma du processus d'apprentissage (figure 1)



Nous aborderons ce concept d'un point de vue individuel, car nous choisissons de nous centrer uniquement sur l'étudiant. L'objectif de cette séance est de favoriser l'acquisition de compétences professionnelles dans le respect du processus d'apprentissage qui consiste à « comprendre, agir et transférer ».

La compétence repose sur un « savoir-agir en situation » c'est-à-dire :

- Etre capable de comprendre une situation,
- Etre capable de décider de sa conduite,
- Etre capable d'assurer le suivi de ses actions.

Le principe à retenir est qu'il n'y a pas de compétence en dehors de la situation où elle s'exprime. Pour G. LE BOTERF(1) l'étudiant doit dé-contextualiser, c'est à dire « mettre en pièce » la situation, l'analyser pour ensuite la reconstruire dans une autre situation. « La compétence pour l'étudiant s'acquiert dans l'action, c'est-à-dire qu'elle est adaptée à la situation d'apprentissage, elle correspond pour l'étudiant à sa capacité de lecture de la réalité ». Nous sommes cependant conscients que la réalisation d'un acte en dehors de la présence d'un patient et du contexte réel de soin avec tous ses aléas ne correspond pas entièrement à la réalité de la situation. Peut être cela pose t-il la limite de la situation simulée ?

La compétence s'articule autour de savoirs et d'expériences. Elle dépend également de la personnalité de l'étudiant et de sa capacité à s'adapter au contexte. P. ZARIFIAN, sociologue, exprime la notion de compétence en lien avec les diverses expériences que l'étudiant va rencontrer « la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec autant plus de force que la diversité des situations augmente. »

En résumé, l'acquisition des savoirs comporte dans un premier temps de la théorie. L'assimilation et la capacité à mobiliser ses connaissances s'effectuent dans un deuxième temps lors de la situation simulée.

Intêret de la situation simulée

La situation simulée consiste «à reproduire expérimentalement des conditions réelles pour permettre un entrainement sans risque (2)». Dans le cas de la séquence pédagogique, la situation simulée permet aux étudiants « d'appliquer des connaissances théoriques, de faciliter leur réflexion en groupe et d'améliorer la confiance en soi ».(2)

Si la situation simulée présente de nombreux avantages, elle souffre de quelques inconvénients et limites. Elle nécessite la présence de personnes compétentes et disponibles et la prise en compte du coût du matériel .

Malgré ces difficultés, la situation simulée est une méthode pédagogique de grand intérêt fortement plébiscitée par les étudiants en soins infirmiers .

Une planification concertée

Tout au long de la construction de ce projet une volonté forte de collaboration IFSI - CTS a permis de mettre à profit les expertises professionnelles de chacun. Cette première expérience a mis en exergue la nécessité d'une réflexion en amont basée sur l'échange et la concertation. La notion de collaboration interprofessionnelle est ici prépondérante. Il a fallu que le groupe de travail s'approprie les intentions et les contenus pédagogiques, formalise des objectifs communs et partage les responsabilités.

LE PROCESSUS DE FORMATION

A l'issue de cette étape, nous avons établi un planning de Gantt (figure 2), véritable tableau de bord de cette séance avec, comme fil conducteur, le document institutionnel intitulé « étapes de l'acte transfusionnel » (figure 3) qui synthétise la circulaire du 15 décembre 2003 relative à l'acte transfusionnel (3) et qui a été créé il y a quelques années par des étudiants lors d'un module optionnel.

Organisation de la séquence UE 4.4							
Tâches	CTS	IFSI	J-2 mois	J-1mois	J-7j	J-3 j	Evaluat
Conception du Projet							
Réunions d'échanges mise en oeuvre du projet (3 réunions)							
Préparation des cours théoriques	X	X					
Décision sur le contenu du TD 1 (Identitovigilance et contrôle ultime)	X	X					
Décision du contenu du TD 2 (Acte transfusionnel en situation simulée de A à Z)	X	X					
Evaluation des coûts de la séquence => Faisabilité du projet	X	X					
Préparation du matériel du TD 1							
Photocopie de la circulaire 1/ESI	X						
Photocopie document institutionnel les règles de prélèvement des groupages sanguins 1/ESI	X						
Carte de contrôle ultime pré établie (8 cas difficiles)	X						
Flim sur le controle ultime	X	X					
Préparation des kits pré transfusionnel 1/ESI soit 29	X						
Préparation de 29 tubulures de poches de sang pour réalisation en réel sur les ESI du contrôle ultime	X						
Préparation du matériel du TD 2							
Préparation de 4 dossiers transfusionnels complets (avec dossiers transfusionnels recyclés)	X						
Dans la base test du logiciel :							
4 receveurs avec édition des cartes de GS et RAI 3 jours avant le TD	X			J-3 av TD			
4 dons "factices avec édition d'étiquettes	X						
Délivrance des CGR avec 4 fiches de délivrance nominative correspondant aux groupes choisis (A, O, B, AB)	X						
4 Cartes de contrôle ultime avec tubulures correspondants au groupes des patients créés	X						
Nécessaire à transfuser et petit matériel		X					
mannequin		X					
Amménagement de la salle => séparation virtuelle "zone salle de soins" et "zone chambre du patient"		X					
Préparation du matériel des évaluations							
Rédaction du QCM de l'évaluation	X						
Utilisation des 4 dossiers créés lors du TD 2 mis à jour	X						
Edition des résultats des RAI pour chaque patient crée virtuellement	X						
Dans la base test du logiciel :							
4 receveurs avec édition carte de GS et RAI 3 jours avant le TD							
29 dons "factices avec édition d'étiquettes							
Délivrance des CGR avec 4 fiches de délivrance nominative correspondant aux groupes choisis (A, O, B, AB)							
Préparation de 29 poches "factices "(poches avec colorant et étiquettes produits)	X						

figure 2

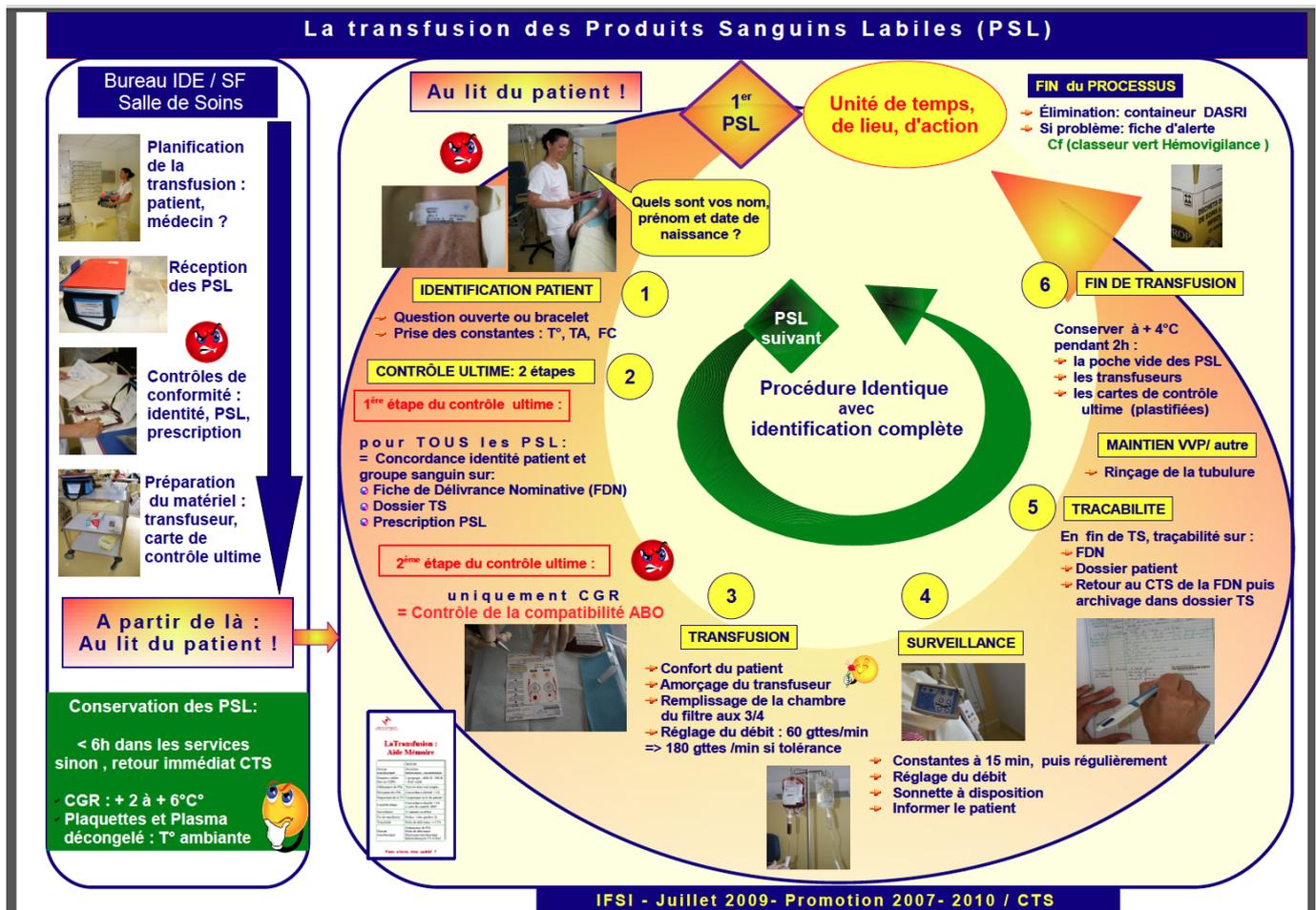


figure 3

Identification des étapes transfusionnelles

Nous avons défini les connaissances à acquérir et les étapes de la transfusion à valider à partir de la circulaire ministérielle. Notre objectif a été de respecter la stricte conformité de l'acte, et ce même en situation simulée. Nous nous sommes donc appuyés sur les critères et indicateurs de la compétence 4 applicables à la transfusion et avons élaboré un logigramme (figure 4) des différentes séquences pédagogiques.

Les étudiants ont ainsi mis en évidence les différents points critiques à respecter lors de la pose de transfusion :

- L'identification du patient,
- Le contrôle ultime en deux étapes avec contrôle de concordance et le contrôle de compatibilité ABO,
- La pose de la transfusion et la surveillance,
- La traçabilité.

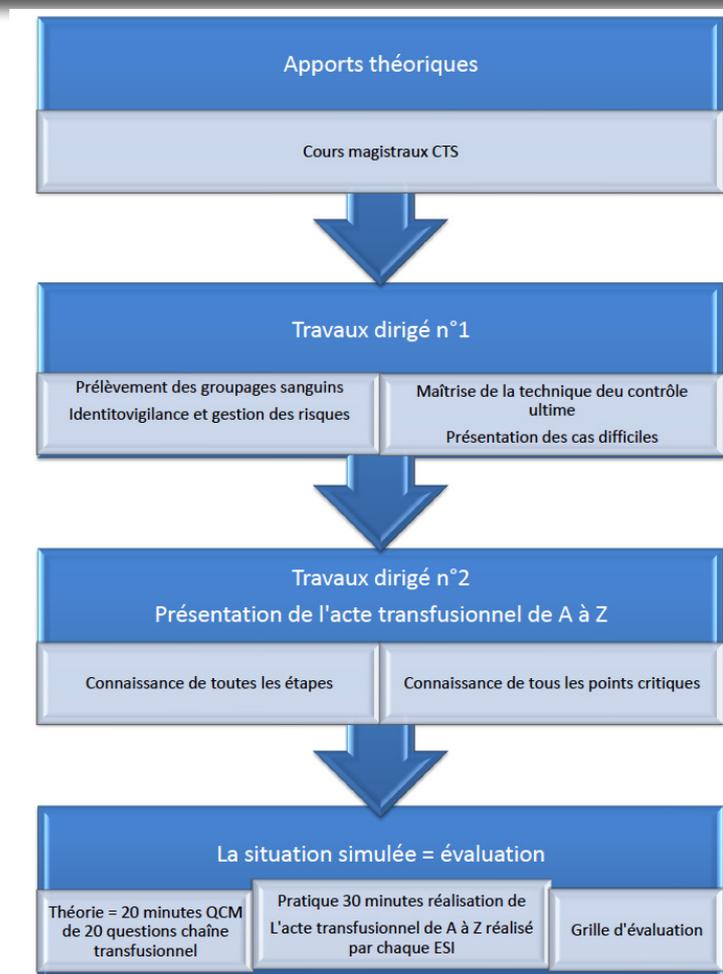


figure 4

Les apports théoriques

Les cours magistraux relatifs aux groupages sanguins, aux examens d'immuno-hématologie, à l'acte transfusionnel et aux notions d'hémovigilance, ont été dispensés par le médecin du CTS. Ceux relatifs à l'utilisation des produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang ont été dispensés par un cadre de santé en hématologie de notre établissement. Cet enseignement a respecté le nombre d'heures recommandé par le référentiel de formation de la SFTS.

En amont de la validation nous avons organisé en salle de pratique deux séquences de travaux dirigés en groupes restreints : une séquence relative au prélèvement pour groupage et contrôle ultime et une séquence concernant les étapes de la prescription à la pose. La présence du cadre du CTS a permis d'effectuer un rappel des règles de bonnes pratiques.

Cette dernière séquence a été construite comme une répétition de la validation de l'UE. Elle a permis d'alterner travail individuel et travail de groupe sur le modèle de l'approche processus.

Au terme de ces deux séquences l'étudiant devait savoir mettre en application la prescription médicale d'un produit sanguin labile et devait connaître les règles de traçabilité ainsi que les principaux incidents transfusionnels.

L'évaluation de la séance pédagogique

Celle-ci s'est déroulée en deux étapes : une évaluation théorique et une évaluation pratique :

Pour l'évaluation théorique les étudiants ont répondu individuellement à un Questionnaire à Choix Multiples de 15 questions correspondant à 1/3 de la note. Cette épreuve a duré 30 minutes. Les thèmes retenus portaient sur les différentes étapes de la transfusion, la réglementation, l'hémovigilance, les incidents transfusionnels ainsi que des exercices d'interprétation de cartes de contrôle ultime. QCM (figure)



figure 5

Pour l'évaluation pratique nous avons organisé la salle de pratique de telle sorte que les étudiants respectent les 3 règles d'or suivantes :

- Unité de lieu: respect du processus
- Unité de temps: réalisation de l'acte sans interruption
- Unité d'action: réalisation de l'acte par une seule personne

L'épreuve a duré 30 minutes et chaque formateur s'est substitué au mannequin pour répondre aux questions d'identitovigilance. Chaque étudiant a eu à sa disposition :

- un dossier transfusionnel complet avec information pré-transfusionnelle, un consentement signé, des résultats de RAI valides, une carte de groupe, une prescription de CGR et une Fiche de Délivrance Nominative. (FDN) (documents (figure 6)
- le matériel complet de pose d'une transfusion avec une carte vierge de contrôle ultime et deux «tubulures» (l'une pour le « patient-mannequin », l'autre pour l'unité de globules rouges).
- une poche de « concentré de globules rouges » remplie d'une solution rouge factice et étiquetée avec une « véritable » étiquette de produit sanguin.

Evaluation UE 4 4 S4
Prénom:

Nom:
Prénom
Evalueur:

GRILLE D'ÉVALUATION

CRITÈRES	Cotation /20	Note	OBSERVATIONS
PRATIQUE			
Réalisation du soin	5		
Dextérité	1		
Respect de l'hygiène	1		
Respect de l'asepsie	1		
Respect ergonomie	1		
Cohérence dans l'organisation	1		
Raisonnement et justesse dans la mise en œuvre	15		
Vérification concordance des documents avec le culot (FDN)	2		
Vérification concordance des documents avec le patient (Groupe, RAI, consentement)	2		
Vérification identité patient (question ouverte) +prise de paramètres vitaux	2		
Contrôle ultime au lit+ argumentation de compatibilité	4		
Vérification VVP et préparation de la poche	2		
Surveillance immédiate de la transfusion	1		
Questions hémovigilance	2		
TOTAL	20		

NB: Une interprétation erronée du résultat de la carte de contrôle ultime et/ ou une décision transfusionnelle erronée entraînent une note éliminatoire

figure 6

Nous avons appliqué dans leur intégralité tous les critères et indicateurs de l'évaluation propre à l'UE 4.4 S4.
(Figure 6) grille d'évaluation

Analyse et critique de la situation.

Tous les étudiants ont validé l'UE 4.4 S4. Cette expérience a été concluante car l'étudiant a pu réaliser l'acte transfusionnel dans sa globalité et dans des conditions similaires à celle d'une situation réelle. Seul le mannequin ne pouvait pas répondre aux questions !!. L'organisation du CTS et le matériel mis à disposition ont répondu aux besoins de chaque étudiant. Notre approche a été originale car nous avons tenté de transformer le simulé en réel. Dans cette expérience nous n'avons pas envisagé la notion d'incompatibilité car notre objectif a été de réaliser l'acte jusqu'à son terme. Le choix a été fait de ne pas l'interrompre soit par situation de non conformité documentaire, soit par incompatibilité «poche-patient». Il nous apparaît intéressant dans le futur de travailler une approche qui intègre des situations avec des aléas car la gestion et la prévention des risques font partie de l'acquisition de la compétence 4.

Il est bon de rappeler que l'effectif des étudiants de notre IFSI (30 étudiants par promotion) et la situation in situ des deux structures ont été des facteurs favorisants.

Conclusion et perspectives

Cette collaboration s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins pour les soignants, mais aussi au bénéfice du patient en terme de sécurité. A partir de cette validation nous espérons qu'étudiants et soignants partageront un « savoir faire actualisé » pour les uns et une « expertise » pour les autres. Cette première expérience a fait l'objet d'une publication institutionnelle et d'une

présentation à la journée d'étude et d'échange sur «Partage d'une réflexion autour de la validation de l'UE 4.4 S4»

Comme nous l'avons évoqué, l'acquisition des compétences s'effectue dans l'action. Dans la situation simulée, l'étudiant utilise le savoir dans un contexte donné. Pour que la compétence soit validée, il utilise également d'autres ressources nécessaires et disponibles que sont les «savoirs faire» et les capacités d'analyse.

Il s'agit, pour l'étudiant de s'approprier des savoirs non pas sur le mode de « l'empilement » ou de la reproduction mais des savoirs adaptés à la situation. Le rôle du formateur dans ce cadre est d'entraîner et d'exercer l'étudiant à cette transposition.

A partir de cette validation l'étudiant aura acquis un « savoir-faire » qu'il pourra consolider et transférer lors des prochaines situations de soins. Encore au stade de novice, il bénéficiera ainsi de toute la confiance des professionnels pour continuer à améliorer cet acte technique. Il sera alors reconnu par ses pairs et convoqué comme acteur, capable d'autonomie dans la construction de son processus de professionnalisation.

1. UE 4.4: arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier
2. IFSI de Monaco : Madame Monique LeDu: Directeur des Soins
3. UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
4. Le Centre hospitalier Princesse Grace de Monaco intègre un IFSI et un Centre de Transfusion Sanguine.
5. ESI: lire partout: étudiants en soins infirmiers
6. SFTS : Société française de transfusion enseignement TS en IFSI version du 30/01/2011.

Références Bibliographiques:

- (1) Le Boterf, G. (2004). Construire des compétences individuelles et collectives. Paris : éd. D'organisation.
- Zarifian, P. (2001). Objectif compétences, pour une nouvelle logique. Rueil Malmaison : liaisons blanchard.
- (2) Simulation en santé cadrage de la mission confiée par l'HAS . Pr JC Granry, dr MC Moll 2010 p1-15
- (3) Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 03/582 du 15 décembre 2003 fiche n°2 et n°3

Références utilisées:

- Formation des professionnels de santé, recueil des principaux textes. SEDI. Ref 650505, Actes et activités du portfolio page 181-183.
- Ardoino, J. (1993). L'approche multi référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. Pratiques de formation-Analyses n° 25-26 Université Paris VIII.
- Boutinet,JP. (2001). Repères anthropologiques, in Accompagner, une idée neuve en éducation. Les cahiers pédagogiques n° 393 pp 11-13.
- Cadoré, B. (1997). Soins Formation Pédagogie Encadrement n° 21, 1er trimestre.
- Chaboisier, M. Letourneau, D. (2002). De la notion de compétence à celle de la validation des acquis. Soins cadres n° 41 février.
- Le Boterf, G. (2000). Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : éd.D'organisation.
- Lemaître,D., Hatano,M. (2007). Usage de la notion de compétence en éducation et formation.
- Malglaive, G. (1994). Alternance et compétences. Les cahiers pédagogiques n° 320 p 26-28.

Les mannequins de macrosimulations des outils pédagogiques permettant la professionnalisation

Histoire d'un projet

Nous aurions pu commencer par acheter des mannequins de macrosimulation mais nous n'en serions pas là où nous en sommes aujourd'hui. Nous avons opté pour une autre stratégie, relevant plutôt de l'ingénierie de formation. Réalisant en 2011 un travail de recherche sur la simulation dans le cadre d'un M1 j'ai transmis le fruit de mes recherches à mes collègues. Ceux-ci trouvant cette méthode intéressante nous avons décidé avec 4 collègues d'assister aux premières journées de la simulation en I.F.S.I organisées par l'I.F.S.I de Brest (oct 2011). Le retour fut fructueux car le temps du trajet nous avons tracé les grandes lignes du projet que nous mettons en œuvre actuellement.

Suite à ces journées, nous avons constitué un groupe de travail qui a élaboré le projet simulation de l'I.F.S.I. Nous avons également lu divers articles sur le sujet. Le document de référence a été le rapport que le Professeur Granry a réalisé à la demande de l'H.A.S. et qu'il a rendu en janvier 2012

Notre projet comprend 3 grandes parties. La première plus théorique, définit la simulation, les types de simulation qui existent. Elle précise le déroulement d'une séance de simulation. Dans la deuxième partie du projet se trouve un état des lieux de l'existant en terme de simulation au sein de notre I.F.S.I. Puis, dans la troisième partie nous avons développé notre projet à savoir : développer la macrosimulation.

Historique de la simulation

Retraçons l'historique de la simulation. En 1958, Elam et Safar évoquent lors d'un congrès d'anesthésie leurs difficultés à former à la méthode du bouche à bouche. Au regard de cette difficulté, ils ont demandé à Monsieur Laerdal à l'époque fabricant de jouets, de créer un mannequin qu'ils pourraient utiliser pour former au bouche à bouche. C'est ainsi qu'est né le premier mannequin de simulation « Resuci Anne ». La simulation va se développer surtout dans des spécialités comme l'anesthésie et la chirurgie. Brami (2011, p. 6) relate que des études américaines ont démontré l'intérêt de la simulation dans la formation médicale. D'après l'une d'entre elles, « les étudiants en médecine qui ont participé à un enseignement par simulation pratiquent certaines opérations avec un gain de temps de 30 % et avec six fois moins d'erreurs que le groupe qui a reçu l'enseignement traditionnel ». L'impact de la simulation sur la qualité de soins est de plus en plus mis en avant par les autorités dont la Haute Autorité de Santé. L'institution a demandé, en 2009 un état des lieux de la simulation en France au professeur Granry, qui a remis son rapport en janvier 2012. A l'état des lieux s'ajoutent des recommandations par rapport à la pratique de la simulation.

Qu'est-ce que la simulation ?

Le Professeur Granry explique, qu'à ce jour l'acceptation la plus pertinente de la simulation est celle de Forbes et Kennedy (2009). Celle-ci reprend les cinq types de simulations pédagogiques qui existent :

- la simulation sur Task Trainers (bras, torse) pour un apprentissage de gestes ;
- la simulation sur des environnements virtuels type Microsim, Hôpital Virtuel pour un apprentissage en situation ;
- la simulation sur cadavre (plutôt réservée aux étudiants en médecine) ;
- les situations simulées sans mannequin mais avec des acteurs qui peuvent être les étudiants (jeux de rôles) ou des patients standardisés (acteurs professionnels) ;
- les situations simulées avec mannequin (de basse, moyenne ou haute technicité), type Nursing Anne, Kelly ou Sym Man3G.

Ce dernier type de simulation, intéresse plus précisément notre projet. Il est également appelé macrosimulation. Ce qui va différencier la microsimulation de la macrosimulation, c'est l'utilisation d'un mannequin qui va permettre à l'étudiant de mettre en œuvre réellement les actes de soins qu'il juge nécessaires et qui découlent de son analyse de la situation du patient. Les actions pourront également être prescrites. Alors que dans la microsimulation, l'étudiant peut décider des actions à mettre en œuvre mais c'est « l'avatar » infirmier qui va les exécuter. Une des limites de la microsimulation est qu'elle ne développe pas la mise en œuvre de savoir-faire (procéduraux, sociaux, expérientiels). La définition de Forbes et Kennedy (2009) rappelle le cercle d'apprentissage développé par la société Laerdal qui comprend cinq étapes définissant « un processus optimal pour l'acquisition de compétences » (étapes développées p 13).

Plus d'une dizaine d'années plus tard, Granry (2009) dans la définition qu'il propose de la simulation reprend les termes employés en 1998 par ARCADE, ainsi pour lui, « il s'agit de reproduire expérimentalement des conditions réelles pour permettre un entraînement sans risque ». Cette définition énonce les conditions générales de la simulation. De grands principes en ressortent, il s'agit bien d'une reconstruction de la réalité, d'une expérimentation donc d'un exercice où la notion de risque est absente.

Simulation et pédagogie

Les travaux de Jouquan (2003) permettent de faire un lien entre pédagogie, moyens et méthodes dont fait partie la macrosimulation. La simulation peut être un moyen pédagogique utilisé avec les E.S.I. Fournier et Vanpee (2011, p. 15) expliquent que certes, le stage est « l'endroit idéal pour que les étudiants développent leur raisonnement clinique », mais que l'offre de stage n'est pas suffisante d'une part et que d'autre part la qualité des stages, la qualité de l'encadrement « sont hétérogènes ». Ils expliquent que dans ce contexte la simulation prend tout son sens. Pour eux, « la simulation doit s'inscrire dans un dispositif pédagogique » et offrir aux étudiants « un feedback

constructif pour leurs apprentissages », grâce au débriefing. Truchot-Cardot (2011) ajoute que l'inefficacité des séances de simulation est liée au fait qu'elles ne soient pas insérées dans un dispositif de formation. Alinier (2011) explique que l'Angleterre est pionnière en matière de simulation notamment en ce qui concerne les étudiants infirmiers. Les écoles d'infirmières anglaises connaissent également un problème de stage. Le ministère de la santé a demandé des enquêtes à l'issue desquelles il a été décidé que 300 heures de formation clinique pourraient être dispersées en séances de simulation.

La macrosimulation s'intègre dans les courants, constructiviste et socioconstructiviste. La première partie de l'exercice est individuelle (mise en situation), la seconde en groupe pour le débriefing. Truchot-Cardot (2011, p. 21) ajoute que la « première partie est un prétexte au débriefing », le deuxième temps permettant « la généralisation et l'abstraction » évoquées par Simonian (2010). Pour Truchot-Cardot (2011, p. 61) la formation par la simulation « permet aux étudiants de prendre du recul, de faire preuve d'esprit critique, de prendre des décisions et d'agir sans subir la pression d'un environnement stressant ». Elle met les étudiants en situation dans laquelle ils doivent prendre des décisions, l'erreur est possible. Elle sera utilisée lors du débriefing pour la rendre formatrice. Le débriefing permet la prise de recul, l'expression du raisonnement utilisé.

La simulation se développe dans les I.F.S.I car elle développe un « apprentissage actif » (Truchot-Cardot, 2011, p.61). Elle plaît aux étudiants car ils aiment la technologie et que le support proposé est plus attractif que les cours magistraux. La motivation des étudiants passe par leur participation, la simulation est un bon moyen de maintenir la motivation des étudiants. Pour Truchot-Cardot (2011), le temps de débriefing est essentiel. Elle développe qu'il est nécessaire que le débriefing soit guidé par les formateurs présents pour être constructif en termes d'apprentissage. La qualité du débriefing dépend de la pertinence du scénario proposé. L'animation de séance de simulation demande une certaine expertise de la part des C.S.F. Truchot-Cardot (2011, p. 63) mentionne que « le jugement clinique, la sécurité du patient, la communication et la gestion de crise » sont des concepts qui peuvent être travaillés et renforcés par l'utilisation de la simulation. Elle renforce l'idée que, cet outil permet le développement du savoir clinique, du raisonnement clinique et donc de la Compétence UN. Cette compétence est essentielle car la grande majorité des autres compétences infirmières dépend de sa maîtrise. Pour Truchot-Cardot (2011), la simulation doit pouvoir trouver sa place dans les unités d'enseignements et surtout dans les unités d'intégration. Elle peut être utilisée en formatif et en normatif. Pour elle, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S) devraient aider à l'implémentation d'innovation pédagogique comme les mannequins de macrosimulation dans « les curriculums » de formation infirmière (Truchot-Cardot, 2011, p.65).

Il est nécessaire d'évoquer l'intérêt d'utiliser la simulation. La confrontation à la réalité sans mise en danger c'est à dire « sans [...] les conséquences pour le matériel ou

pour les hommes d'une erreur, de paroles, de gestes qu'il faudra maîtriser dans les situations de travail futures » (équipe ARCADE in Kapala, 1998, p. 5). Ce point de vue est également défendu par Jouquan en 2011. Il existe un lien entre la simulation et le concept de compétence, de nombreux auteurs dont Le Boterf (2008) expliquent que la mise en situation professionnalisante aide et favorise le développement de compétences. Le simulateur pourrait être un moyen proposé pour mettre les étudiants en situation avant et après le stage, leur permettant comme le décrit Le Boterf (2008, p. 13) de passer de l'étape « d'avoir des compétences » à celle « d'être compétent » c'est-à-dire de mobiliser ses ressources/connaissances en situation. Quel que soit le moment où est utilisée la simulation, elle doit l'être avec l'objectif de transfert de connaissances et de mise en liens théorie/pratique, pratique/théorie.

Truchot-Cardot (2011) justifie l'intérêt de la simulation pour des « acquisitions procédurales et cognitives », mais aussi « comportementales », « sur le travail en équipe » et « l'apprentissage expérientiel ». Or, elle ajoute qu'il existe peu d'études à ce jour sur la « transposition de ces compétences dans l'environnement réel de travail puis sur de réels patients ». Granry (2009, p. 3) rejoint les propos de Truchot-Cardot (2011) quand il explique qu'utiliser la simulation en formation permet d'avoir trois types d'objectifs : « cognitifs », « psychomoteurs » et « affectifs ». La simulation se développe dans les I.F.S.I, l'achat de mannequins de moyenne technicité est croissant. Les facultés de médecine rattachées à des Centres Hospitaliers Universitaires ouvrent progressivement des centres de simulation (c'est le cas par exemple à Brest, à Dijon ou à Angers). Des partenariats avec les I.F.S.I sont possibles comme à Brest où l'I.F.S.I et le CESIM travaillent ensemble. Le référentiel de formation 2009 demande aux I.F.S.I de signer via le Groupement de Coopération Sanitaire une convention avec l'université de rattachement, université de médecine bien souvent, ce partenariat peut se traduire par un travail commun au niveau du centre de simulation. Pourquoi ne pas imaginer des séances combinant des étudiants en médecine et des E.S.I, pour rendre les situations encore plus réelles ?

Déroulement d'une séance de macrosimulation

Une séance se déroule toujours de la même manière, c'est à dire en trois temps.

■ Dans le premier temps, l'étudiant prend connaissance de la situation contextualisée (briefing).

■ Dans le deuxième l'étudiant analyse les informations qui lui ont été données et met en œuvre les actions à réaliser. Ensuite le ou les ESI en fonction du scénario prennent en soins la personne (les ESI oublient qu'il s'agit d'un mannequin, du fait de ses caractéristiques pouls, PA, voix...et que lors du débriefing les ESI parlent de lui comme d'une personne et qu'ils identifient des réactions humaines «anxiété, douleur, incapacité à »...), les autres ESI observent la scène. Ensuite, vient le débriefing en trois parties (expression des acteurs par rapport à leur ressenti et ce qu'ils ont fait), ensuite il y a un échange avec les observateurs et les points importants de la séance

sont repris pour faire le lien avec les UE mobilisées et les compétences développées et nous terminons la séance en identifiant les éléments transférables et aidons les ESI à envisager dans quelles autres situations ils pourraient les transférer.

■ Le troisième temps est celui du débriefing. Le passage sur le simulateur peut être filmé auquel cas l'enregistrement vidéo servira de support au débriefing.

L'étudiant qui a joué le rôle d'infirmier argumente ses actions, en tire des éléments de généralisation, transférables. Car, comme l'explique Pastré (2005, p. 33), «On apprend davantage en analysant son action qu'en la reproduisant.». Il ajoute que : «tant que le sujet est en quelque sorte en tête à tête avec le réel, la conceptualisation est freinée, parce que l'action s'épuise dans sa propre réussite. [...] Nombreux conflits cognitifs, qui sont autant d'occasions de développer la conceptualisation de la situation» (Pastré, in Clot, 2000, p. 137). Pastré montre bien l'intérêt de prendre de la distance par rapport à l'action. Pour aider l'étudiant ayant joué le rôle à analyser sa pratique, il va se déplacer, quitter la pièce où a eu lieu la mise en situation et rejoindre ses collègues qui l'ont observé dans une pièce distincte. Ce changement de lieu aide à la prise de distance. Ce déplacement appelé aussi « dérolage » lui permet de reprendre sa posture d'apprenant. Le débriefing est essentiel à l'apprentissage lié à la simulation. Les échanges entre pairs, la guidance du formateur font de cette séquence un moment de professionnalisation. Argyris (1994, in Guir 1996, p. 12) énonce que pour apprendre l'étudiant doit utiliser « un raisonnement productif et une capacité à identifier les erreurs ». Pour lui, l'enseignant doit demander à l'apprenant « son schéma, le raisonnement qui a généré son action et chercher à savoir quelle était l'intuition du schéma et quels en sont les résultats ».

Il ajoute que la compétence ne peut se développer que si le « comportement est transparent ». Pour Argyris (1994, in Guir 1996, p. 12), apprendre correspond « à la capacité, quand quelque chose ne marche pas, de reprendre son schéma avec un raisonnement productif et d'apprendre à corriger ses erreurs sans les cacher ». Le travail de métacognition est primordial dans l'acte d'apprendre.

Mise en oeuvre du projet

La troisième partie du projet comporte un aspect pédagogique et un aspect architectural puisque nous souhaitons réaménager nos locaux. Le projet consiste en la réalisation d'une séance de simulation par semestre et de l'intégrer à l'UI (unité intégrative).

Notre projet prévoyait une mise en oeuvre à partir de septembre 2012. Pour tester notre projet nous avons fait le choix au semestre 2 (juin 2012) d'expérimenter la macrosimulation. Nous avons eu la chance d'être aidé et soutenu par la représentante régionale de la société Laerdal qui nous a prêté deux mannequins Nursing Anne, car nous n'en avons pas encore. Ainsi, nous sommes passés de l'ingénierie de formation à l'ingénierie pédagogique.

Nous avons inscrit la simulation comme un point fort du semestre. Nous avons aussi proposé un apport théorique aux ESI sur la simulation et son lien avec la gestion des risques, la qualité des soins et le Développement Professionnel Continu. Nous avons également demandé à notre professeur d'anglais de faire travailler les ESI sur le texte « To err is human » et nous avons construit notre premier scénario.

Suite à cette séance, nous avons commandé notre premier mannequin avec des kits (amputation, plaies...) de manière à pouvoir envisager des scénarii variés. Nous avons acheté un moniteur patient pour pouvoir complexifier nos scénarii et envisageons l'achat d'un second mannequin en 2013.

Nous préférons acheter le matériel en fonction de l'évolution de nos besoins. Avoir écrit le projet, réfléchi son utilisation, fait une expérimentation de l'utilisation de celui-ci nous permet de mettre en oeuvre de manière optimale notre projet. Tout ce travail préalable, et un travail de recherche de M2, ont confirmé l'utilité pédagogique du mannequin par rapport à la professionnalisation. Toute cette réflexion nous permet d'utiliser le mannequin tel que le constructeur l'a envisagé, à savoir en situation pour mobiliser les connaissances de l'ESI et non pour apprendre à faire des gestes, il peut être utilisé comme tel mais ça n'est pas pour cet usage qu'il a été conçu.

L'expérimentation menée en juin dernier nous a permis de faire évoluer l'ossature générale des scénarii. Nous avons écrit une trame vierge que nous remplissons en fonction des semestres et scénarii. Après avoir analysé cette première séance, nous avons mesuré l'importance de la définition des objectifs. Maintenant nous dissocions les objectifs d'apprentissage (mobilisation de certains contenus d'U.E du semestre) des objectifs de professionnalisation (attendus vis à vis de l'ESI lors de la séance en terme de prise en charge). Nous listons le matériel nécessaire à la mise en scène du scénario. Une fois écrit nous créons les scénarii sur le logiciel « theme editor » et les transférons sur le Simpad. Nous testons entre nous nos scénarii avant de les proposer aux ESI de façon à les réajuster.

Parallèlement, nous avons lancé l'aménagement des locaux. Nous avons une salle de Travaux Pratiques dédiée à la simulation et en avons utilisé une autre (non exploitée) pour créer une salle de débriefing et de visionnage. Nous avons opté pour l'installation d'un système vidéo d'enregistrement, ainsi les observateurs installés dans cette salle peuvent voir en direct la séance et lors du débriefing les acteurs peuvent revoir des moments de leur passage sur le simulateur. Nous avons travaillé avec les services techniques de l'hôpital pour établir le cahier des charges qui a été présenté aux entreprises qui ont répondu à l'appel d'offre. La procédure des marchés publics a été suivie, une entreprise a été sélectionnée et les travaux ont été réalisés fin 2012. Tout achat et installation de nouveau matériel a fait et fera l'objet d'une formation pour le mannequin et d'informations prévue début 2013 pour la vidéo et le moniteur patient. Nous présentons le mannequin et ses possibilités aux étudiants avant la première séance de macrosimulation.

A ce jour, nous avons créé 4 scénarii, pour les semestres 1, 2, 3 et 5 et allons créer ceux des semestres 4 et 6. Après les séances nous distribuons un questionnaire aux ESI afin de recueillir leurs impressions. A ce jour les retours sont plutôt positifs.

Notre projet a été présenté au Fond Régional pour l'Innovation Pédagogique dans le cadre d'un appel à projets. Il a été retenu et avons obtenu un financement pour sa mise en oeuvre.

Conditions de réussite du projet

Afin de faciliter la mise en oeuvre de ce projet notre directrice Mme Ruck a choisi de confier plusieurs missions transverses (dont celle de développer le projet simulation) à un formateur. Ce qui permet d'avoir un meilleur suivi du projet.

Dans le cadre de cette mission, des « procédures » pour créer des scénarii sur le logiciel « theme editor », pour les transférer sur le Simpad, pour connecter le moniteur au mannequin... ont été élaborés afin de faciliter l'utilisation du mannequin par les CSF, car les difficultés liées à l'utilisabilité du matériel (mannequin, Simpad...) peuvent être des freins au développement du projet.

Le choix de la situation est fait en début de semestre entre l'équipe de CSF du semestre et le CSF référent du projet ceci pour laisser le temps de le construire et de l'améliorer. Ce projet est un projet d'équipe avec pour finalité la professionnalisation des ESI et des EAS car nous souhaitons également utiliser la macrosimulation avec les EAS.

**Anne Doucet,
IFSI de Blois
cadre de santé formateur, chargée de missions transverses
(implémentation de la plateforme, projet simulation.....).**

Bibliographie

Alinier, G. (2011). Les nouvelles mesures incitatives en Angleterre, Actualités en pédagogie médicale, Place de la simulation dans les nouveaux enjeux en santé

Clot, Y. (2002). La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie, in sous la direction de Maggi Bruno, Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation, Paris, P.U.F, 133 -156

Forbes, Kennedy. (2009) In the house of representatives, 111th congress 1st session, introduced the following bill; which was referred to the Committee on Energy and Commerce, disponible en ligne : <http://www.medsim.org/documents/HR%20855.pdf>, consulté le 25/10/2011

Fournier, J-P., Vanpee, D. (2011). Simulation et formation initiale, le concept du peer to peer, Place de la simulation dans les nouveaux enjeux de santé, Paris, Société Française d'Éditions Médicales

Granry, J-C. Moll, M-C. (2009). Simulation en santé, cadrage de la mission confiée par l'H.A.S

Granry, J-C. Moll, M-C. (2012). Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, disponible en ligne : <http://www.has-sante.fr>, consulté le 10/01/2012

Guir, R. (1996), Nouvelles compétences des formateurs et nouvelles technologies, disponible en ligne : http://www.ardemi.fr/images/Nvlles_competences_des_formateurs.pdf (consulté le 17/10/2011)

Jouquan, J., Bail, P. (2003). A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage : Exemple d'une révision curriculaire conduite en rédisantat de médecine générale, Revue internationale d'éducation médicale, pp 163-175, disponible en ligne <http://www.pedagogie-medicale.org> consulté le 25/10/2011

Kapala, F. (1998). Apprendre par la simulation (Jeux de simulation, EXAO...) disponible en ligne http://iufm.univ-fcomte.fr/ecolete/ateliers/atelie_8.htm consulté le 15/02/ 2010

Le Boterf, G. (2008). Ingénierie et évaluations des compétences, Monguerre, Eyrolles

Pastré, P. (2005). Apprendre par la résolution de problèmes : le rôle de la simulation, in sous la direction de Pastré Pierre, Apprendre par la simulation : de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels, Toulouse, Octarès éditions, 17-40

Truchot-Cardot, D. (2011). Actualités médicales, Place de la simulation dans les nouveaux enjeux de santé, Paris, Société Française d'Éditions Médicales

Synthèse sur la simulation médicale en France.

Depuis des décennies , les pays médicalement les plus avancés ont fait considérablement progresser des supports d'enseignement devenus indispensables aux formations médicales et paramédicales: les mannequins de simulation.

Après l'analyse des 21 soins de compétence , une large gamme de produits dits de basse fidélité peut être proposée permettant de satisfaire la demande accrue des formateurs et apprenants , la mise en place d'ateliers et de scénarios est une partie importante de la préparation de la pratique sur simulateur , elle permet de mettre en condition l'étudiant afin de coller au maximum à la réalité . Le suivi de la pratique par une séance de débriefing est particulièrement important , il va permettre de mettre en évidence les erreurs mais également les points positifs afin que l'étudiant puisse faire son auto critique avec l'appui des formateurs et ainsi se perfectionner plus rapidement et efficacement.

Pour que chaque patient ,bénéficie des gestes thérapeutiques les plus sûrs , des meilleurs soins et de compétences médicales éprouvées, le développement d'une nouvelle technologie avancée performante «le mannequin de haute fidélité» est devenue enfin accessible et permet de faire un pas de géant dans l'enseignement médical, il en découle l'ouverture sur tout le territoire français et les DOM TOM de centre de simulation de basse et haute fidélité , des locaux dédiés à cette discipline avec salle de consultations, urgence blocs, et autres aménagés de vitres sans teint, caméra vidéo, un personnel spécifique en assure le bon fonctionnement pour un rendement optimal.

Ces patients d'un nouveau type sont soumis à des scénarios élaborés par des équipes pédagogiques qui les pilotent à distance. Ainsi individuellement ou en équipe les étudiants apprennent à réagir, de manière efficiente et adaptée, aux cas proposés de complexité et d'urgences variables et cela sans faire courir de risques humains. Une phase de réflexion est importante dans la démarche , elle consiste dans un premier temps à bien analyser les différents paramètres afin de déterminer le besoin et de rentabiliser les investissements qui peuvent parfois être couteux.

Patrick ALAIME
Gérant associé MEDICALEM sarl

CEFIEC

10 rue Audubon
75012 Paris

tel: 01.43.40.68.20

fax: 01.58.51.33.48

mail: contact@cefiec.fr

site: www.cefiec.fr

Directrice de Publication

Joëlle KOZLOWSKI

Directrice de Rédaction

Mireille CHARPENTIER

Coordinateur - Maquettiste

Julien LOINTIER

Comité de Rédaction

Maryse Bernard-Bédriens
IFSI de Villeneuve sur Lot

Brigitte SIFFERLEN
IFSI de Quimper

Guillaume Gallen
IFSI de SAINTES

Comité scientifique

Jane-Laure DANAN
IFSI de Laxou

Imprimerie

BARBET - 94700 Maisons Alfort

ECHO DES RÉGIONS

Le CEFIEC Bourgogne propose une journée de formation à l'IFSI de Dijon intitulée : « L'alternance : des espaces de professionnalisation »

L'alternance questionne depuis bien longtemps les formateurs et les professionnels de terrain en termes de postures, de résultats, de relations et de dispositifs.

Cette journée vous propose d'élaborer, à l'aide d'éclairages théoriques, de témoignages et de débats, une conception partagée de l'alternance.

Avec comme modérateur et intervenant, Patrick Mayen, Enseignant-chercheur à Agrosup Dijon

Pré-programme :

08h30 - 09h : Accueil – Visite des stands

09h – 09h15 : Ouverture et présentation de la journée, présidente CER Bourgogne

09h15 - 10h45 : Regard philosophique, intervenant à confirmer

10h45 – 11h15 : Pause – Visite des stands

11h15 – 11h45 : Témoignage d'une collaboration formateur/tuteur au CH de Sens

11h45 – 12h : Synthèse par modérateur

12h – 13h30 : Pause déjeuner – Visite des stands

13h30 – 15h : Comment une situation de travail peut-elle devenir apprenante ? Patrick MAYEN

15h – 15h30 : Pause – Visite des stands

15h30 – 16h30 : Regards de professionnels nouvellement diplômés / utilisation du portfolio. +/- groupe de travail de l'ARS

16h30 – 16h45 : Synthèse de la journée

16h45 : Clôture

L'éthique, au cœur de la formation infirmière ?

Participants au groupe de réflexion :

Annick TRABON et Marc Brun (Esquirol), Clotilde MESSIN, Jean-Luc ACQUISTAPACE et Catherine FRANCFORT (ESSSE), Bernadette ARBEL et Martine VACHER-MATERO (CRF Lyon), Annie TATIN (CRF Valence), Chantal LAGIER et Isabelle DAVID (Rockefeller), Ingrid ACHARD et Stéphane BERGER (IFSI Bourgoin Jallieu), Hélène DOLANGE (IFSI Clémenceau), Béatrice PEREL, Sonia BENKHELIFA et Marie-Chantal DURIER (Vinatier)

Rédacteurs de l'article :

Annick TRABON et Marc Brun (Esquirol), Mauticette CROUZET (ESSSE), Chantal LAGIER et Isabelle DAVID (Rockefeller), Evelyne VERPILLAT (St Joseph- St Luc), Béatrice PEREL, Sonia BENKHELIFA et Marie-Chantal DURIER (Vinatier).

Dans le contexte de la réforme du programme des études infirmières, des formateurs issus de huit IFSI de Lyon ou de la région se retrouvent régulièrement, depuis janvier 2011, afin de questionner l'enseignement de l'éthique.

L'objectif n'étant pas d'uniformiser l'enseignement de l'éthique dans nos IFSI, mais de nous enrichir mutuellement, de questionner nos pratiques, d'entrevoir des pistes d'amélioration au sein de nos IFSI d'origine.

Ces rencontres nous permettent de nous connaître, de partager nos pratiques, d'échanger sur nos valeurs.

Une des finalités de la formation est de mettre l'étudiant en capacité de développer « *une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.* »¹

La première année met l'accent sur les représentations, pose les bases en termes de législation, éthique et déontologie. Ensuite, l'étudiant appréhende la démarche éthique. La dernière année laisse la place à une réflexion personnelle autour de situations de fin de vie et de soins palliatifs. Le mémoire de fin d'études conduit l'étudiant à « *analyser sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique et de l'évolution des sciences et des techniques* ». De même, il contribue chez ce dernier, à développer une éthique de recherche.

Dans le référentiel de formation de 2009, l'éthique est intégrée dans les unités contributives. Toutefois, le groupe constate dans sa pratique la mobilisation de l'éthique dans les différentes unités d'enseignement « *cœurs de métier* ». Se pose alors la question de la légitimité d'une « *compétence éthique* ».

Peut-on parler d'une compétence ? La compétence étant liée à l'action : « *Elle n'existe pas en soi, indépendamment de l'activité, du problème à résoudre, de l'usage qui en est*

fait; la compétence est affiliée à un contexte déterminé, à une situation précise et donc finalisée et revêt une valeur pronostique quant au transfert d'une performance dans des situations professionnelles isomorphes ». L'éthique est-elle une « *compétence transversale* », retrouvée tout au long des unités d'enseignement, avec deux unités d'enseignement plus spécifiques ? S'agirait-il d'une « *méta-compétence* » qui transcende l'acception de la compétence telle que définie plus haut ?

Le terme de « *compétence éthique* » n'est pas à entendre comme une finalité, une expertise mais plutôt comme un chemin, un parcours : Parcours de reconnaissance de l'autre, évoluant au cours de la pratique professionnelle quotidienne. Pour Jean-Philippe PIERRON, « *un parcours de la reconnaissance permet de traverser le temps ensemble pour les soignants et les soignés et d'être reconnus comme sujet* » C'est une posture qui va se nourrir au cours des années. L'éthique est une manière de penser, un processus de réflexion, l'éthique est une opportunité de rassembler les professionnels autour des valeurs soignantes.

Cependant, le questionnement éthique n'appartient pas qu'aux professionnels de santé, mais à tous. Nous n'avons jamais autant parlé d'éthique. Elle est devenue une question de société. Nous observons, en effet, dans de nombreux domaines un phénomène « *d'éthisation* ».

Au cœur de la pratique soignante, deux axes sont identifiables : l'éthique biomédicale et l'éthique du soin. Ces deux aspects coexistent et constituent deux regards différents, qui amènent à réfléchir aux fondements de l'action. Ils forment un espace de pensée avant l'action. En éthique biomédicale, cet espace est souvent pluriel. Dans l'éthique quotidienne des soins, il relève le plus souvent d'un exercice singulier voire solitaire de la rencontre à l'autre. Cette posture singulière entre le soignant et le soigné définit par essence l'éthique du care.

L'initiation à la réflexion éthique s'appuie également sur la dialectique entre le désir de soigner de l'étudiant et la réalité de sa rencontre à l'autre « *Or, l'acte de relier le désir et le collectif a pour nom l'éthique* » . La réflexion éthique est étayée par :

- une référence à des savoirs : droit, déontologie, philosophie sociologie, anthropologie
- une référence à une méthodologie du traitement de l'information (modèles de processus décisionnels en éthique)
- un apprentissage d'une posture réflexive, cœur du questionnement du sens des pratiques professionnelles.

Pour le groupe est apparue dès le départ la nécessité de développer un double étayage :

- d'une part, exogène, avec la loi et la déontologie
- d'autre part, endogène avec le raisonnement critique.

Il se complète par un travail réflexif : conscientisation des représentations, des résistances, des valeurs .../...

Le droit, la déontologie et la philosophie représentent des fondamentaux. Ces disciplines inscrivent l'étudiant dans la société et le positionnent à la fois dans une dimension citoyenne et professionnelle. Il est donc important de les aborder tôt dans la formation, comme inscrit dans le référentiel de formation.

L'enseignement du droit, contribue à la construction de l'esprit critique du futur professionnel en s'articulant avec l'analyse de situations. La formation mobilise dans chaque unité d'enseignement ce double mouvement : poser le cadre et apprendre à le questionner. Il est cependant difficile de jongler avec l'exigence des lois, procédures, protocoles avec pour objectif une valeur sécuritaire et dans le même temps, avec l'éthique de l'action, qui défend plus une valeur d'individualité, valeur forte de la philosophie occidentale.

La philosophie permet de rompre « *le cercle des évidences établies et la chaîne du quotidien* ». Elle vient nourrir la culture et la réflexion.

L'éthique permet « *d'ébranler des certitudes* » dans une société normée, notre dimension citoyenne implique de nous interroger par rapport aux normes imposées.

L'analyse du référentiel de formation nous montre que deux unités d'enseignement sont consacrées à la réflexion éthique : (l'UE 1.3 du semestre 1 et semestre 4) et s'inscrivent dans la compétence 7 « *Analyser la qualité et améliorer sa posture professionnelle* » ; ceci montre la prise en compte d'une progression dans l'apprentissage.

L'éthique s'inscrit donc d'emblée dans une approche réflexive et critique de la pratique professionnelle. Les formateurs constatent dès le premier stage l'intensité de la préoccupation éthique des étudiants.

Par ailleurs, dans toutes les unités d'enseignement, l'éthique s'impose comme un questionnement incontournable. Par exemple, l'éthique du « *prendre soin* » se construit dès la première année avec l'unité d'enseignement 4.1 « *Soins de bien-être et de confort* » du semestre 1 autour des notions de pudeur, intimité, confidentialité..., ainsi que des valeurs qui fondent le soin. Tout comme l'unité 1.2 « *Santé publique* » des semestres 2 à 4, dans laquelle l'éthique interpelle l'éducation à la santé.

Il s'agit d'une approche plus inductive de l'éthique, que les formateurs s'attachent à rendre visible et à mobiliser en tant que fil conducteur tout au long de la formation. Ceci nous démontre que l'éthique est au cœur de notre métier.

Pour aborder progressivement la complexité des situations dans l'apprentissage de l'éthique, la première étape est de construire une méthode « *de raisonnement critique* » sur l'objet du droit (droit légal, déontologie) qui cadre et structure nos pratiques. Cela amène l'étudiant à ne pas glisser dans l'applicatif d'emblée lors de situations telles que le consentement libre et éclairé, l'information due au patient : « *parce que la loi le dit, j'applique* ».

La distance critique des étudiants est d'autant plus difficile à faire émerger que les exigences métier sont très « normées » et que la prégnance du quotidien ne la favorise pas toujours.

Cependant les étudiants ont une aptitude à savoir interroger les situations. La mobilisation de celle-ci est favorisée par un cadre conceptuel rassurant, gage d'une

sécurité nécessaire pour parfaire la construction d'un raisonnement.

La prise de décision en éthique constitue l'étape suivante de l'apprentissage. L'enjeu est ici d'apprendre à questionner une situation, se questionner sur ses connaissances, ses fondements et ses valeurs et à s'engager dans un processus décisionnel. Cette démarche demande une analyse fine du bénéfice- risque pour la personne soignée.

Le témoignage des professionnels de terrain montre bien une communauté de préoccupation à cet égard, à travers l'existence des comités d'éthique propres à chaque établissement de soins.

L'éthique de l'action est de plus en plus questionnée et les soignants sont les garants des « *applications décisionnelles* ». Ces préoccupations sont au cœur de l'apprentissage de l'éthique dans les situations d'encadrement.

De fait, la question de l'appropriation de l'éthique par les étudiants trouve toute sa légitimité en stage. La « révélation éthique » ne peut-elle pas intervenir dès le premier stage ?

Malgré leur perception de l'écart existant entre l'idéal du soin et les situations rencontrées en stage, les étudiants pris dans la rapidité et « *l'injonction productiviste* » des soins, ont des difficultés à engager une analyse à la fois critique et réflexive. D'autant plus que les soignants n'ont pas toujours la disponibilité nécessaire à leur offrir un étayage ce qui peut placer les étudiants dans l'incertitude, voire la souffrance.

En collaboration avec les tuteurs et référents de stage, les IFSI du Rhône ont mis en place depuis l'année 2010 des temps d'accompagnement clinique sur différentes périodes de stage.

Une réelle complémentarité entre IFSI et terrains de stage prend forme : les formateurs et les tuteurs grâce à leur expertise réciproque suscitent une prise de recul sur la pratique.

Au cours de ces séances, les préoccupations d'ordre éthiques sont très souvent convoquées. Elles débutent de manière assez récurrente par une réflexion portée sur « *l'autre* » : l'autre soignant, l'autre soigné... toutefois, il est nécessaire de faire converger la réflexion des étudiants sur eux-mêmes.

Au terme de cette réflexion collective, notre démarche nous a amené à démontrer que l'éthique fait partie de notre cœur de métier et de notre expertise de formateurs, bien que la formation à l'éthique s'intègre dans les UE contributives. Notre mission est de déterminer les enseignements, les stratégies pédagogiques afin d'accompagner les étudiants dans l'élaboration de leur posture éthique. C'est bien ce qui en fait toute sa complexité !

Pour former le futur professionnel infirmiers en éthique, un diplôme universitaire est-il suffisant en soi ? Depuis le précédent référentiel de formation de 1992, des formateurs se sont emparés de ce domaine en s'appuyant sur leur double expertise

pédagogique et soignante. N'ont-ils pas démontré de fait, que ce diplôme a besoin d'un ancrage soignant préalable, pour rester au cœur d'une formation professionnelle ? L'enseignement de l'éthique ne constitue pas une fin en soi.

Le groupe de travail prend la mesure et la responsabilité de l'enseignement de l'éthique, du positionnement du « *prendre soin* » dans l'éthique et du rôle prépondérant du formateur. Il est fortement convaincu que les formateurs, du fait des formations suivies, de leur connaissance du soin, possèdent la compétence pour enseigner l'éthique aux étudiants infirmiers et leur permettre de cheminer dans leur positionnement de soignant. Ceci constitue des valeurs communes aux différents IFSI présents aux réunions.

Il y a d'autant plus urgence à convoquer la préoccupation éthique dans le cœur de métier, au moment où la sphère économique s'impose de plus en plus dans le secteur de la santé comme « *valeur utilitariste* ».

1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
2. Organisation internationale du travail, rapport du département « Politiques de formation de 1999 en prévision du Biennium 2000-2002 »
3. U.E.1.3 Semestre 1 et U.E1.3 Semestre 4 (Législation, Ethique et Déontologie)
4. PIERRON Jean-Philippe – Journée d'études du 9 octobre 2009 – Organisée à l'université Jean MOULIN LYON 3 « Le vivant, la vulnérabilité et le soin »
5. LAPLANTINE François, Ethnopsychiatrie psychanalytique, Beauchesne Editeur, Paris, 2007, p 21
6. RUSS Jacqueline- Histoire de la philosophie de Socrate à Foucault- Edition HATIER, Paris, 1985, p
7. Avis n°84 du 29 février 2004 du CCNE
8. M.G.RUBENFELD et B.K.SCHEFFER «le raisonnement critique en soins infirmiers», De Boeck, Bruxelles, 1999, p
9. SVANDRA Philippe- Le soignant et la démarche éthique- Edition ESTEM, Paris, 2009, p.33
10. Un formateur IFSI est référent d'un secteur d'activités nommé « périmètre de stage ». Il organise en collaboration avec les tuteurs ou maîtres de stage, deux rencontres annuelles avec tous les étudiants présents dans ce secteur, quels que soient leur IFSI d'appartenance et leur année de formation.

Bibliographie

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
Organisation internationale du travail, rapport du département « Politiques de formation de 1999 en prévision du Biennium 2000-2002 ».
PIERRON Jean-Philippe – Journée d'études du 9 octobre 2009 – Organisée à l'université Jean MOULIN LYON 3 « Le vivant, la vulnérabilité et le soin ».
LAPLANTINE François, Ethnopsychiatrie psychanalytique, Beauchesne Editeur, Paris 2007.
RUSS Jacqueline- Histoire de la philosophie de Socrate à Foucault- Edition HATIER, Paris, janvier 1985.
Avis n°84 du 29 février 2004 du Comité Consultatif National d'Ethique.
M.G.RUBENFELD et B.K.SCHEFFER «le raisonnement critique en soins infirmiers», De Boeck, Bruxelles, 1999.
SVANDRA Philippe- Le soignant et la démarche éthique- Edition ESTEM, Paris, 2009.

article paru dans *Objectif soins et management* n°217 daté juin 2013

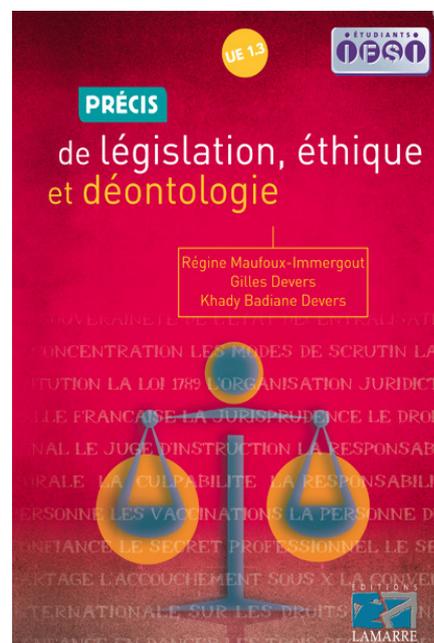
POUR VOUS, «J’A «J’AI LU...»

Précis de législation, éthique et déontologie

Auteur(s): R. Maufoux-Immergout , G. Devers , K. B. Devers
Editeur: Editions Lamarre

Cet ouvrage s’adresse tout autant aux étudiants qu’aux professionnels infirmiers qui y trouveront des contenus indispensables pour comprendre, agir et transférer droit, déontologie et éthique dans leur pratique professionnelle et être ainsi des acteurs de santé compétents et responsables. Une première partie aborde des notions générales telles que le droit et la responsabilité. Les auteurs y explicitent les principales composantes du droit de la santé et ses applications dans la pratique. Ils clarifient le cadre déontologique de l’exercice infirmier, précisent et commentent le cadre légal de la profession. Une seconde partie, plus centrée sur l’éthique dans les soins, présente une analyse réflexive des droits du patient en fin de vie, des définitions des principaux concepts en lien avec l’éthique et propose un cadre méthodologique à la réflexion éthique. Une grande partie des apports de cet ouvrage sont illustrés et commentés, rendant ainsi plus accessibles les différentes notions qui y sont abordées.

Cet ouvrage est présent également au format e-book sur l’iBookstore ibookstore.



Maîtriser l’anglais médical : communiquer dans le domaine de la santé et du soin

Auteur(s): E. Mohsen
Editeur: Editions Lamarre



Cet ouvrage répond aux exigences de l’UE 6.2 anglais professionnel dans le domaine de la santé et du soin, et a pour but de permettre aux étudiants de communiquer efficacement dans leur vie professionnelle. Il leur fournira les outils linguistiques indispensables pour acquérir aisance et autonomie aussi bien à l’oral qu’à l’écrit, pour réussir leurs évaluations, favoriser leur mobilité en Europe et se préparer à des échanges internationaux. Il entraînera les futurs infirmiers et professionnels de santé à l’accueil et à l’information médicale en anglais, tout particulièrement en milieu hospitalier. Dans cet objectif, les étudiants sont formés à comprendre des discours et suivre des argumentations; à communiquer de façon claire et détaillée avec spontanéité et aisance dans leur vie professionnelle; à participer activement à une conversation dans des situations familières ; à développer et défendre un point de vue sur un sujet de leur spécialité ; à lire, rédiger et présenter des rapports clairs relatifs à leur domaine; à rédiger des lettres professionnelles qui mettent en valeur leurs attentes et leurs expériences. De plus, vous trouverez une partie grammaticale qui vous permettra de réviser les règles principales avec des exemples concrets ainsi que des évaluations pour tester vos connaissances au fur et à mesure des cours et des semestres. Cet ouvrage est un outil de travail indispensable durant les 3 années d’études et vous sera utile dans votre parcours professionnel.

Réussir son parcours de mémoire de fin d'études

Marielle BOISSART | Corine LETELLIER | Michel DUGOT | Romain SERAFINI

1re édition

UE 6.1 S1 | UE 3.4 S4 et S6 | UE 5.6 S6

Le parcours de formation pour devenir infirmier et pour s'inscrire en tant que futur professionnel producteur de savoirs, intègre **la réalisation d'un mémoire et d'une argumentation orale sur un sujet d'intérêt professionnel**. Compte tenu de l'évolution du contexte dans le système de santé et des compétences évolutives requises pour le professionnel infirmier, le développement de la recherche en sciences infirmières s'avère incontournable pour former des cliniciens et praticiens aptes à répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes. Cet ouvrage s'inscrit résolument dans le respect des principes pédagogiques du référentiel de formation infirmière de 2009.

La pertinence de cet ouvrage repose sur le regroupement de 3 UE ; ce regroupement s'ancre, de fait, dans la philosophie du référentiel de formation et s'explique par trois éléments :

- l'articulation des 3 UE dans **une logique de transversalité** et de **projection** vers la réalisation du mémoire de fin d'études en soins infirmiers ;
- la graduation des apprentissages qu'elle permet à l'étudiant afin qu'il s'approprié **progressivement** les ingrédients du travail de recherche attendu via la rédaction du mémoire de fin d'études en soins infirmiers ;
- **l'accompagnement** de l'étudiant du semestre 1 au semestre 6 dans l'intégration croissante des savoirs faire méthodologiques, d'une pensée critique, contributifs à la réalisation du mémoire et dans la construction de son projet de recherche.

Les intentions pédagogiques conjuguent 3 niveaux :

- sensibiliser les étudiants à **l'intérêt du développement de la recherche** dans le domaine des sciences infirmières ;
- apporter aux étudiants un **exemple de mémoire d'un étudiant diplômé en juillet 2012** afin d'étayer les propos méthodologiques tenus. Ce mémoire séquencé suivant la progression des étapes méthodologiques, assoit d'une part le cheminement à mettre en place et d'autre part positionne l'étudiant en posture réflexive par l'analyse qu'il produit de manière concomitante à chaque étape ;
- instrumenter les étudiants **d'outils de travail, d'outils de réflexion, d'exemples** concernant notamment **les modalités d'évaluation des UE concernées**.

L'originalité majeure de cet ouvrage qui lui confère une **composante novatrice** réside dans la **corédaction des chapitres relatifs au mémoire entre un cadre de santé formateur et un jeune professionnel** diplômé avec le référentiel de formation infirmière actuel. Cette co-construction émane de notre considération de l'étudiant en tant qu'acteur et auteur de ses apprentissages, mais elle témoigne aussi de la plus-value apportée lorsque l'étudiant est placé en tant que partenaire du dispositif de formation. N'est-ce pas là un enjeu majeur pour que le futur professionnel estime lui-même les demandeurs de soins en tant que partenaires, acteurs et auteurs de leurs projets de soins ?

« **Réussir son parcours de mémoire de fin d'études** » est l'outil pédagogique indispensable pour accompagner efficacement l'ESI tout au long de son travail de mémoire de fin d'études jusqu'au jour « J » de l'argumentation orale.

Points forts :

- Méthodologie avec applications concrètes
- Outils de réflexion, points clés, astuces et conseils du formateur
- 230 illustrations et schémas
- Index, glossaire, grilles d'évaluation UE 6.1, UE 3.4 et UE 5.6

De la situation de départ jusqu'à la soutenance orale

Étude, suivi et illustration, étape par étape, d'un étudiant « Romain » dans son travail de mémoire de fin d'études.



PERMETTRE À **VOTRE ÉPARGNE DE FAIRE DES PETITS**
C'EST AUSSI ÇA LA GMF.

TBWA/PARIS



Une épargne performante et sûre pour préparer les projets de demain.

Avec les contrats d'assurance vie et les supports en euros de la GMF, vous vous constituez petit à petit une épargne performante qui vous permettra de financer tous vos projets d'avenir, en toute sécurité.

ÉPARGNE
3,05%*
TAUX SERVI EN 2012



Rendez-vous sur www.gmf.fr
ou appelez le

N° Vert 0 800 88 11 62
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Assurément Humain

* 3,05 %, taux servi en 2012 : frais de gestion déduits et avant prélèvements sociaux pour tous les contrats d'assurance vie en euros de la GMF et les supports réguliers de Multéo et de Certigo. Les performances passées ne préjugent pas des performances futures.

GMF VIE - Société anonyme au capital de 179 676 528 € entièrement versé. Entreprise régie par le Code des assurances. R.C.S. Paris B 315 814 806 - Siège social : 76, rue de Prony - 75857 Paris Cedex 17 - Adresse postale : 1, rue Raoul Dautry - 95127 Ermont Cedex.