

DIPLOME DE CADRE DE SANTE

Master Santé « Parcours Cadre et Formateur dans le secteur sanitaire, médico-social et social

—

Option : Cadre de proximité du secteur sanitaire et social»

2021-2022

Simulation en Santé de compétences non techniques : agit-elle sur les soins relationnels ?

Simulation in Health of Soft Skills: does it influence relational care?

49350 signes

Mots clés : simulation, formation, compétences non techniques, soins relationnels, communication

R É S U M É

Introduction : Dans la formation aux métiers de la santé, la simulation est l'innovation la plus importante depuis ces dernières années (1). La relation et les interactions patient-soigné sont les piliers du soin relationnel et cela soulagera le patient (2).

Objectif : Explorer les caractéristiques de la formation en simulation en santé de compétences non techniques livrée par les professionnels de santé qui agissent sur les soins relationnels.

Méthode : Une revue de littérature intégrative a été réalisée par une recherche documentaire exhaustive dans trois bases de données bibliographiques.

Résultats : Les caractéristiques de la formation en simulation telles que le réalisme, la réflexivité du débriefing, l'expertise du patient standardisé et l'interactivité de l'apprenant permettent l'apprentissage des habiletés relationnelles et communicationnelles.

Conclusion : La formation en simulation des compétences non techniques serait nécessaire pour diminuer l'impact des facteurs humains sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

A B S T R A C T

Introduction: In the field of health professions training, simulation is the most important innovation in recent years (1). The patient-caregiver relationship and interactions are the pillars of relational care and therefore provide relief to the patient (2).

Objective: To explore the characteristics of health simulation training of soft skills delivered by health professionals who act on relational care.

Method: An integrative literature review was conducted through an exhaustive literature search in three bibliographic databases.

Results: The characteristics of simulation training such as realism, debriefing reflexivity, standardized patient expertise, and learner interactivity allow for the learning of relational and communication skills.

Conclusion: Simulation training of non-technical skills would be necessary to reduce the impact of human factors on the quality of care and patient safety.

Key words: simulation, training, soft skills, relational care, communication

1.INTRODUCTION

1.1 L'actualité

Ces dernières décennies, la médecine a connu une amélioration technique de la prise en charge de patients très rapide, ce qui n'a pas pour autant diminué ni les erreurs ni les réclamations (3). Pour les auteurs, « les progrès techniques dans le domaine de la santé et l'excellence, en termes de qualité et de sécurité exigibles, nous ont quelque peu amenés à négliger l'impact de la communication comme facteur de guérison » (3). Il s'avère donc essentiel de promouvoir l'évolution de nouvelles méthodes d'enseignement afin de « améliorer le niveau de performance des soignants » (1). Le Plan Hôpital 2007 (4), la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) de 2009 (5), puis la loi du 26 janvier 2016 a réformé l'organisation et la structuration de l'offre de soins de façon à ce que l'efficacité, la qualité et la sécurité des prises en charge soient en premier plan. Ainsi, les besoins de soins sont centrés sur l'éducation en santé, la prévention et la gestion des risques « dans un contexte d'exercice qui exige un travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau » (6).

1.2 La formation dans le domaine de la Santé

Afin de pouvoir faire face à l'évolution et transformation permanente, la formation des professionnels de santé a changé (7), (8). Selon le Ministère de la Santé (5), ces changements ont toujours comme pilier le développement de l'autonomie, de la responsabilité et de la réflexivité en tant que futur professionnel. Des méthodes plus actuelles, innovatrices et dynamiques sont mis en place dans le but de saisir l'intérêt, la concentration et l'engagement des nouvelles générations (9).

En France ainsi que dans plusieurs autres pays, elle est devenue une obligation légale et réglementaire. La loi HPST prévoit l'obligation annuelle individuelle, pour les personnels médicaux et paramédicaux, de suivre un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) (5). Selon les textes du rapport de mission de l'Haute Autorité de la Santé (HAS), la formation par la simulation « peut permettre aussi bien la formation procédurale à des gestes ou des situations techniques (formation classique d'apprentissage) que l'évaluation des pratiques professionnelles et des synergies d'équipe ou d'améliorer la sécurité des soins » (10).

1.3. Un focus sur la formation par la Simulation en santé

1.3.1. Définition de la simulation en Santé

La simulation en santé est définie comme une « méthode pédagogique active et innovante [...] basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive » (10). Selon l'article de Cook, D (12), la formation par simulation améliorée dans l'enseignement des professions de la santé est systématiquement associée à des effets importants pour les résultats des connaissances, des compétences, des comportements et des effets modérés pour les résultats liés aux patients. Elle favorise, dans un milieu calme et bienveillant, le développement de connaissances sans risque pour les patients.

1.3.2. La simulation et la sécurité des soins

Une grande majorité des acteurs du système de santé appuient l'idée que la simulation est devenue un outil essentiel de la formation des professions à risque (13). Cela, car il est possible une

immersion dans le réel, la reproduction des situations variées afin d'apprendre des gestes, techniques et attitudes sans prendre le risque d'une erreur réelle (1). Pour l'auteur, la simulation a trois visées assez distinctes : acquisition rapide et sans risques d'habiletés sensorimotrices, de gestuelles ; acquisition des compétences des situations exceptionnelles et acquisition de compétences non techniques par des scénarios où les coordinations, la pression émotionnelle et la complexité relationnelle prennent toute leur place. De plus, Neale, G., dans son article « *Exploring the Causes of Adverse Events in NHS Hospital Practice* » signale le fait que la plupart des complications et accidents en santé ne sont pas causés par un manque de connaissances ou par une procédure technique mal réalisée par un soignant, mais, majoritairement à des facteurs humains tels que l'organisation, le travail en équipe ou des difficultés de communication (14). Pour lui, la formation des professionnels de santé par la simulation serait essentielle pour diminuer l'impact de ces facteurs sur la qualité des soins et la sécurité des patients (14).

1.3.3. Les techniques de la simulation

Dans le champ de la santé, la simulation est la reproduction d'une situation de soins. Pour que le processus d'apprentissage réussisse, il faut que l'environnement reproduit soit réaliste et crédible. Afin d'atteindre cela, il faut que la situation, le contexte et le scénario soient « fidèles à la réalité et doivent être reconnus comme tels par les apprenants » (15). Un aspect aussi important est celui du principe éthique « jamais la première fois sur un patient » qui est essentiel puisque cela crée un environnement sécurisé avec le droit à l'erreur (16). Ainsi, Boet, S., considère la simulation comme éthique puisqu'elle est utile, bénéfique et efficace pour l'apprenant (1). Comme le précise Fauquet-Alekhine, la pratique est considérée « comme objet d'analyse, l'objectif est de comprendre le mode d'action professionnel pour le mettre en débat et éventuellement le faire progresser » (17). Ainsi, il importe de décrire les classifications des techniques de simulation selon Chiniara, G. (18), qui se divisent par 3 grandes catégories : synthétique, électronique et humaine (Tableau 1). La simulation synthétique ou la mixte est la méthode la plus adaptée pour l'acquisition de gestes techniques alors que la simulation humaine avec un patient standardisé ou les jeux de rôles est plus adaptée pour les techniques plus relationnelles. Le coût élevé des mannequins ou d'un acteur comme patient standardisé devient une limite pour pouvoir utiliser cette méthode pédagogique (19,20).

Catégories des techniques de simulation	Exemples	Avantages	Limites
Synthétique (Le Guen & Martin, 2019)	Simulateurs procéduraux: bras à perfuser, troncs ou mannequins	- Acquisition de gestes techniques - Réalisme de situations inhabituelles	- Coût élevé
Hybride ou mixte	Combinaison de patient standardisé et d'une partie de mannequin (bassin d'accouchement, peau simulé...)	- Méthode d'haute-fidélité	- Coût moins élevé - Coordination de deux outils
Humain	Cadavre Patient standardisé Jeux de rôles	- Interactions plus riches et complexes - Réalisme de la situation clinique - Permet l'exercice du savoir-faire (prendre une anamnèse, examen clinique...) et savoir-être (relation et communication avec le patient)	- Coût élevé si acteur pour patient standardisé - Préparation du patient standardisé si pas acteur

Tableau 1 : Caractéristiques des différents techniques de simulation (10,18).

La séance de simulation idéale permettrait donc de recréer une situation de stress auprès des participants avec des prises de décision difficiles et des interactions interprofessionnelles et pluridisciplinaires. Selon Sullivan, N. (19), « le jeu de rôle est une technique pédagogique

d'apprentissage des habiletés relationnelles ». Il peut permettre d'analyser les comportements des acteurs et de donner un retour d'information sur son propre comportement. « Les rôles joués représentent aussi une voie d'apprentissage pour développer des aptitudes de communication, d'évaluation et de traitement » (19). C'est donc une technique plus spécifique aux compétences non techniques.

1.3.5. Séance de simulation : étapes et spécificités

L'HAS a édicté des règles de bonnes pratiques d'une séance de simulation comme la décomposition en plusieurs étapes : le briefing, la séance de simulation, le débriefing et l'évaluation de la séance (10). Le briefing c'est un temps indispensable de familiarisation des apprenants avec le matériel, de présentation du contexte ainsi que de l'environnement (15). Pour Herbretau et Granry (10), « l'originalité de la simulation réside dans la posture innovante de l'apprenant (autoévaluation, constructivisme) et de l'instructeur (réflexion facilitée et centrée sur le ressenti et le discours de l'apprenant) lors du débriefing ». Der Sahakian assume que la simulation parfois sert de prétexte pour débriefing (20). Le plus souvent, le débriefing se déroule facilement, produisant une rétroaction qualitative et un transfert d'apprentissage optimal. Il repose sur les méthodes dites de pratiques réflexives : autrement dit, c'est une auto-analyse guidée. Selon le même auteur, aussi difficile que soit la situation, un débriefing efficace est essentiel pour guider les apprenants dans le processus de réflexion et d'apprentissage (20).

1.4. Les compétences non techniques

La notion de compétences non techniques se situe au sein du contexte plus large des facteurs humains. Ces facteurs s'insèrent dans une large diversité qui influence la performance humaine (1). Dans son ouvrage « *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills* », Flin, R.. définit les compétences non techniques comme « une combinaison de savoirs cognitifs, sociaux, et des ressources personnelles complémentaires des savoir-faire procéduraux qui contribuent à une performance efficiente et sûre » (21). À ces compétences, il est possible d'ajouter la communication, le travail en équipe, le professionnalisme, la gestion de tâches, l'analyse et perception de la situation clinique ainsi que la prise de décisions. Selon Bernard, F., « les outils d'une bonne communication deviennent donc indispensables à chaque professionnel de santé pour expliquer, faire adhérer et participer activement » (3). De même que, pour lui, l'optimisation de la relation avec le patient, conduirait à une nette diminution de taux de plaintes et procédures qui ont fort impact sur le patient et les soignants puisque la « plupart de plaintes déposées par les patients sont en lien avec un échec de communication » (3). La communication s'est donc révélée comme un paramètre de la qualité de soins.

Bernard, F., cite une étude dans un contexte psychiatrique pour illustrer qu'en ce qui concerne l'efficacité d'une prise en charge thérapeutique, 30% du succès du soin est causé par la relation patient-soignant et 30% par les traitements thérapeutiques (3). Cela traduit que la performance du soignant relève autant de la technique que du relationnel. Ainsi, « la qualité relationnelle établie entre le soignant et le patient est primordiale pour atteindre l'objectif du soin » (3).

1.5. Les soins relationnels

Le soin, finalité primaire pour tous les acteurs de soins, porte en soi sur des aspects techniques comme relationnels. Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que l'infirmière accomplit sur rôle propre ou sur prescription les actes suivants : « entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la

personne », « aide et soutien psychologique », « entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique », « activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe » (22). Dans son article Menaut, H., estime que ce texte de loi « ne donne pas de définition du soin relationnel, mais cela nous renseigne sur le fait qu'un soin a deux qualités, dont une relationnelle » (2). La relation et les interactions patient-soigné sont les piliers du soin relationnel ce que, par conséquent, soulagera le patient (2). Pour le même auteur, il est donc utile de préciser que le soin relationnel n'est possible que par des aptitudes communicationnelles, mais avant tout par des compétences professionnelles. Ces compétences doivent être développées par des techniques diversifiées, réfléchies et adaptées. À titre d'illustration, en 2015, l'Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) de Clermont-Ferrand a développé trois expériences qui ont confirmé que « l'apprentissage par la simulation est adapté à l'acquisition des compétences relationnelles mobilisées dans la relation soignant-soigné, mais aussi dans les relations interprofessionnelles » (15).

1.6. Les professionnels de santé

Les professionnels paramédicaux constituent l'effectif majeur du personnel de santé, et la plus grande partie de leur temps est passé au contact direct avec les patients. Pour Dupuy-Maribas, C., collaborer n'est pas une action aisée, « travailler ensemble s'inscrit dans une complexité qui dépasse l'évidence ou la simple intention » (15). Pour l'auteur, « si la formation traditionnelle est essentiellement axée sur l'individu et les compétences individuelles [...], la simulation contribue à rééquilibrer les dispositifs en explorant les compétences de travail en équipe » (15). De plus, « l'apprentissage par simulation contribue au discernement de situations humainement difficiles en apprenant à résoudre les situations de tensions éthiques » (23).

2. METHODE DE LA RECHERCHE

En lien avec la thématique et le sujet étudié, la méthode envisagée sera une revue de littérature intégrative qui « permet la synthèse de la connaissance et les possibilités d'utilisation des études pratiques significatives » (24). Il est important de préciser que ce type de revue de littérature permet de comprendre l'analyse des données quantitatives, qualitatives et mixtes ce qui permet une analyse plus souple et élargie (25).

2.1. Objectif de la recherche :

Il existe une tendance très forte qui pousse la recherche en simulation à devenir de plus en plus axée sur les résultats. Dans ce contexte et au vu de l'état de connaissances développé dans la première partie, il est pertinent de poser la question de recherche suivante : « De quelle manière la formation en simulation en santé de compétences non techniques livrée par les professionnels de santé agit sur les soins relationnels ? ». Pour répondre à cette question, l'objectif de recherche est le suivant :

Explorer les caractéristiques de la formation en simulation en santé de compétences non techniques livrée par les professionnels de santé qui agissent sur les soins relationnels.

2.2 Formulation PICO:

La stratégie de recherche s'étale par une combinaison des mots clés et de termes MESH qui se rapportent aux concepts clés (simulation en santé, compétences non techniques et soins relationnels) et qui est illustré par le tableau PICO ci-dessous :

POUR Pubmed	Thesaurus en Français	Thesaurus en Anglais (MESH)
Population	Équipe paramédicale : IDE, AS	<i>Patient Care Team / Paramedical team/nurse administrators/ team nursing</i>
Intervention	Formation professionnelle Simulation/ Formation avec simulation/Formation continue/Formation interne	<i>Vocational Education/ Simulation training education, continuing nursing/ Inservice Training</i>
Comparaison	0	0
Outcomes	Soins relationnels / Relation de soin Aspect relationnel du soin Relation d'aide / Communication/ Compétences non techniques	<i>Nurse-patient relations/ relation care/ empathy/ emotional intelligence/ nurse-patient communication / health communication/ Non-Technical Skills</i>

Tableau 2 : Tableau PICO

2.3. Critères d'inclusion

a) Type d'étude : les études admissibles comprendront des études qualitatives, quantitatives et mixtes publiés sur une période de 2016 et 2021. Des articles de tous les pays n'importe de quelle origine.

a) Type d'intervention : les études doivent évoquer :

- Formation en simulation en santé des compétences non techniques ;
- Les soins relationnels délivrés par les équipes paramédicales.

c) Type de population : Pour être admissibles les études devront traiter de la formation de simulation en santé de compétences non techniques délivrées par des professionnels aux équipes paramédicales.

2.4 Critères de non-inclusion:

- Les articles antérieurs à 2016 ;
- Les articles traitant de la formation en simulation en santé de compétences non techniques en formation initial ;
- Les articles qui n'évoquent pas la formation en simulation en santé des compétences non techniques et des soins relationnels ;
- Les articles qui n'évoquent pas la formation de simulation en santé de compétences non techniques délivrées par des professionnels aux équipes paramédicales.

2.5. Méthode de sélection des articles

2.5.1 Formulation de l'équation de recherche :

La sélection des articles se fera dans un premier temps par l'application de l'équation de recherche dans les bases de données choisies. Cette équation de recherche a été élaboré en lien avec les mots clés et termes MESH établi par le PICO précédemment énoncé.

(((((paramedical personnel [MeSH Terms]) OR (patient care team [MeSH Terms])) OR (nurse administrators[MeSH Terms])) OR (team nursing[MeSH Terms])) AND ((simulation training[MeSH Terms]) OR (education, continuing nursing [MeSH Terms]) OR (inservice training [MeSH Terms]) OR (education, vocational[MeSH Terms]))) AND (((("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR ("Empathy"[Mesh])) OR ("Emotional Intelligence"[Mesh])) OR (nurse-patient communication)) OR (relational care) OR (health communication))

2.5.2. Bases des données bibliographiques utilisés :

Les études admissibles seront sélectionnées par le moyen d'une recherche documentaire exhaustive dans trois bases de données bibliographiques : PUBMED, SCIENCES DIRECT et COCHRANE, via le portail de la Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille Université.

2.6. Outil d'extraction de données:

L'extraction des données sera organisée à l'aide du tableau 7 avec les catégories nécessaires pour répondre à la question de la recherche lors de l'analyse des résultats. Afin de pouvoir retenir les idées principales, cette extraction de données se fera depuis le texte intégral et non le résumé.

Le mode de description des résultats se présentera sur une forme de synthèse narrative analytique, quel que soit le type d'études ou le type de données.

2.7. Méthode d'évaluation des données probantes

L'évaluation de données probantes de cette revue de littérature se fera par la grille AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) incluse sur le guide de recommandations bonnes pratiques de l'HAS sur le niveau de preuve et gradation (26).

2.8. Méthode d'analyse de la qualité des données collectées :

En ce qui concerne l'analyse de la qualité de données elle se fera par l'utilisation des deux grilles en fonction de la typologie de l'étude : pour les études qualitatives la grille CASP, pour les études quantitatives et mixtes la grille MMAT. Dans cet optique, il convient d'apporter quelques précisions sur chaque grille :

a) Critical appraisal skills programma (CASP) : il s'agit d'un outil qui permet l'évaluation des différents types de données probantes tels que des revues systématiques ; des essais cliniques randomisés ; des études qualitatives ; des études de cohorte ; des études cas-témoins ; des études diagnostiques (27).

b) Mixed methods appraisal tool (MMAT) : c'est un outil d'évaluation critique conçu pour évaluer la qualité méthodologique de cinq catégories d'études : les recherches qualitatives, les essais à répartition aléatoire (communément appelés essais cliniques randomisés), les études sans répartition aléatoire, les études descriptives quantitatives et les études utilisant les méthodes mixtes (28).

c)

3.RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les résultats présentés concernent les 11 articles inclus dans cette revue intégrative. Toutes les études sont des recherches primaires sur la formation en simulation en santé de compétences non techniques réalisées en laboratoires de recherche ou en centres de simulation, pour la plus part. Cette revue intégrative inclut des études primaires dont les données sont quantitatives (n=3), qualitatives (n=3) et mixtes (n=5).

3.1. Sélection des articles :

L'identification, la sélection, l'éligibilité ainsi que l'inclusion des articles pour cette revue de littérature intégrative sont schématisées via le diagramme de flux PRISMA 2020 , ci-dessous :

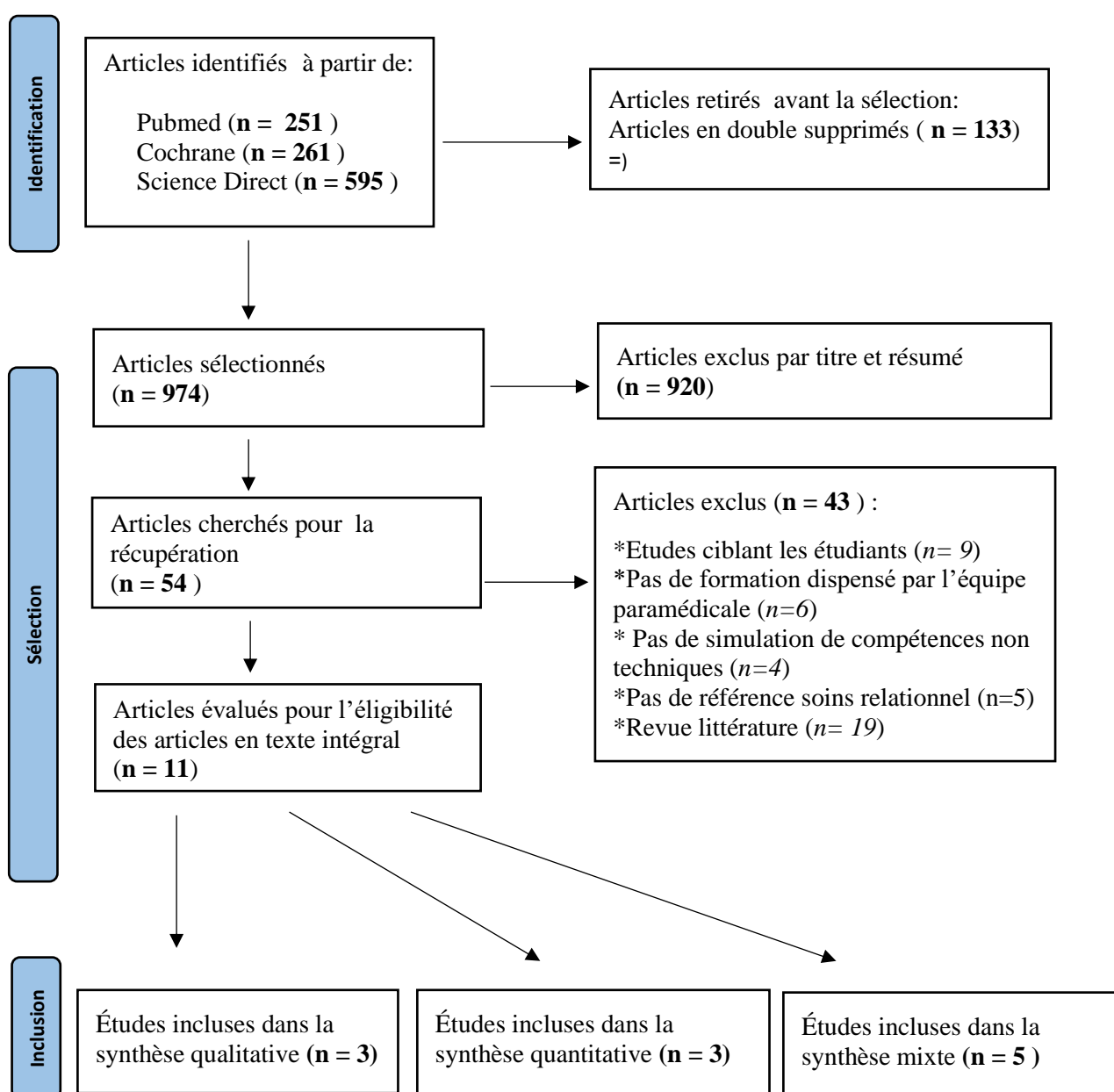


Figure 1 : Diagramme PRISMA de flux avec stratégie de recherche

3.2. L'évaluation du niveau de preuve et de la qualité des données des articles inclus :

L'évaluation des données probantes a été effectuée par la grille AGREE (26), (annexe 2), la qualité de données par les outils CASP et MMAT (annexe 3).

Ces études sont récentes dans la globalité avec 3 études parues en 2021 et 2 en 2020. Les autres études sont publiées entre 2012 et 2018. Les recherches sont anglo-saxonnes pour 9 d'entre elles (n=4 pour les USA, n=2 pour le Canada et n=1 pour l'Australie), 2 sont européennes (n=1 pour la Belgique et n=1 pour la Norvège et Suède) et une dernière de l'Asie, provenant de Hong Kong.

De plus, les études appartiennent à plusieurs domaines tels que l'oncologie (n=1), les soins palliatifs (n=1), la psychiatrie (n=1), le secteur de médecine-chirurgie et d'obstétrique (n=1), la gériatrie (n=1), les urgences (n=3) et les soins intensifs (n=3).

Par ailleurs, le nombre total de professionnels formés s'élève à près de 2171 grâce aux 11 études incluses se servant de la simulation en santé des compétences non techniques. L'échantillon va de 11 à 2171 participants et est représentatif des différents professionnels de santé, dont IDE, médecins, pharmaciens, sage-femmes, travailleurs sociaux et agents de sécurité des urgences.

Ainsi, pour les professions paramédicales, les infirmières sont représentées de la grande majorité des études incluses (n=1109). Les professions médicales sont représentées au travers d'un nombre aussi conséquent (n=543).

3.3. Les compétences non techniques

Les compétences non techniques développées par la simulation en santé ont été diversifiées sur les 11 articles comme l'illustre la figure 2 :

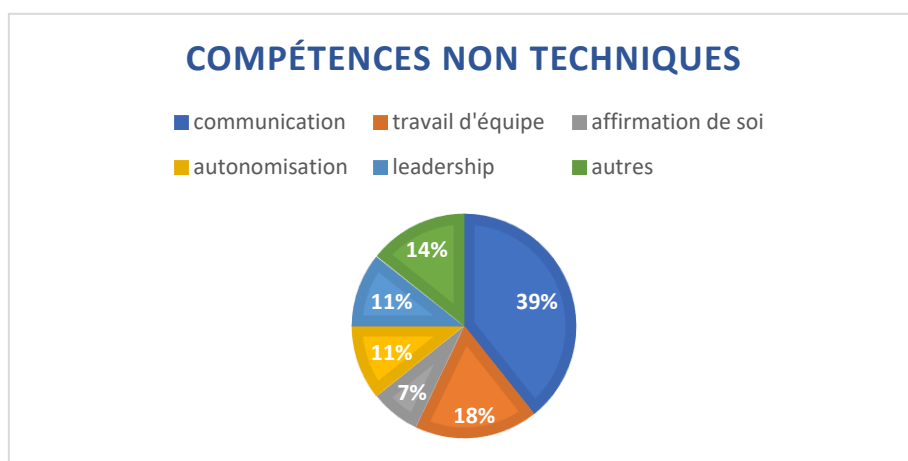


Figure 2 : Compétences non techniques référencées dans la revue de littérature

La communication a été la compétence majoritairement évoquée (39%), qu'il s'agisse des comportements verbaux ou non verbaux (n=1), de la communication en équipe (n=5) ou la communication avec les patients et leurs proches (n=3). Le travail en équipe a été la deuxième compétence la plus formée (18%) avec une notion d'interprofessionnalité sur l'étude de Leclair (32). L'autonomisation (11%), l'affirmation de soi (7%) et le leadership (11%) sont les autres compétences citées par cette revue. D'autres émergent (14%) tels que les soins empathiques (n=1), la pensée critique (n=1), l'attribution des rôles et tâches (n=1) et les perceptions personnelles (n=1).

Les résultats extraits de l'analyse des études incluses se retrouvent dans le tableau 1 des annexes.

3.4. Les caractéristiques de la simulation en santé qui agissent sur les soins relationnels

Les résultats à l'issue de cette revue de littérature, se centrent sur les caractéristiques de la simulation en santé et comment ceux-ci agissent sur les soins relationnels.

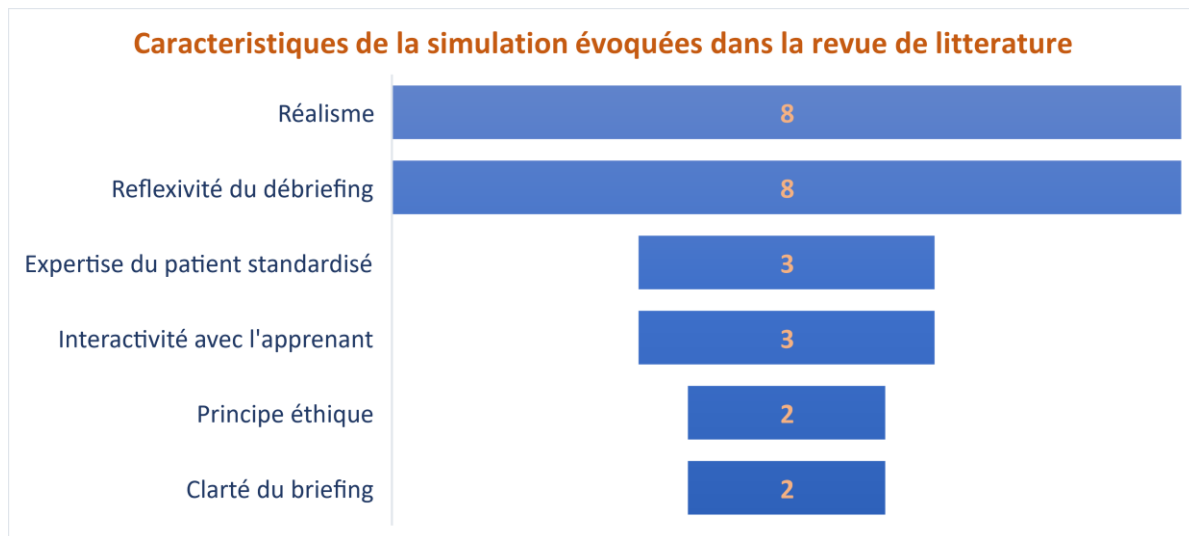


Figure 3 : Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques référencées dans la revue de littérature

Ainsi, la figure 3 met en lumière les caractéristiques de la simulation en santé ayant émergé :

a) Réalisme: cette caractéristique a été présente sur la quasi-totalité des études (n=8) sauf par Schepper (34), Naismith (36) et Ross (39) qui ont plutôt soulevé l'importance d'un environnement sûr et des différents degrés de fidélité notamment au regard de la dimension psychologique et sociologique. L'immersion possible (35) par le réalisme des installations physiques et de la structuration des scénarii s'est avérée propice à l'apprentissage des pratiques de la communication (29,30,37). La fidélité de la formation en simulation qui est en lien avec réalisme (31) permet un apprentissage sécuritaire sans risque pour le patient (32).

b) Réflexivité du débriefing : l'importance du débriefing a été soulevée en même nombre que le réalisme (n=8). La réflexion guidée et partagée (31,33) du débriefing conduit à un encouragement des équipes à poser des questions (30) et à une ouverture de dialogue (36) surtout sur la pratique interprofessionnelle. Selon Dawson (29), la réflexivité lors de cette étape de la simulation autorise la transmission des problèmes de communication et l'identification des comportements verbaux qui empêchent la communication. Par cette réflexivité l'identification des pistes d'amélioration est possible (38) particulièrement par le bon jugement (34) et les ressources de soutien mis en place par les animateurs de la séance (37). Cela détermine une réflexivité sur les soins relationnels plus complexes afin de mieux communiquer avec les patients et leurs proches et instaurer une communication interpersonnelle qui donne lieu aux émotions (39).

c) Expertise du patient standardisé : elle améliore le réalisme et l'immersion du scénario ainsi que l'évaluation des compétences en communication (29,33,36). De plus, la

représentation réaliste des PS s'est avéré essentiel pour l'engagement dans le processus d'apprentissage (36).

d) Interactivité avec l'apprenant: le rôle actif de l'apprenant (35) ainsi que le mentorat lors de la simulation permet d'observer et apprendre avec les autres (37) et cela aide à maintenir l'intérêt et le plaisir dans la formation (39). Wong a évoqué lors de son étude (33), que les conversations interprofessionnelles favorisent les discussions perspicaces concernant le développement de nouvelles stratégies et de solutions en équipe.

e) Principe éthique : pendant la simulation le droit à l'erreur est autorisé avec le principe « jamais la première fois sur le patient », pour Wong, cela permet d'équilibrer la dualité de la sécurité du patient et du personnel (33). De plus, cette sécurité psychologique conduite par les animateurs lors de la simulation permet l'ouverture à des formes de communication pour les professionnels de la santé qui n'ont pas pratiqué certaines techniques des situations de stress (30).

f) Clarté du briefing: les objectifs qui sont énoncés clairement lors du briefing ainsi que les mesures de résultats tangibles (31), permettent l'orientation précédant l'activité de soins que ce soit technique ou non technique (34).

3.5. Effets des caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques sur les soins relationnels

Les caractéristiques de la formation en santé de compétences non techniques illustrées par les résultats de cette revue de littérature agissent sur les soins relationnels, que ce soit directement sur le patient ou sur le soignant.

Le tableau 8 permet de synthétiser les effets sur les soins relationnels de la formation en simulation des compétences non techniques.

EFFET sur soins relationnels	Sur le patient					Sur le soignant				
	Bonne communication	Meilleure compréhension	Respect Confort	Attitudes positives lié à la sécurité des patients	Amélioration de l'efficacité et moral	Diminution de l'anxiété de l'apprenant	Satisfaction personnelle	Avoir confiance en soi	Soins améliorés par un meilleur travail en équipe	Prise décision éthiques
(A1) Dawson, R.M. et al	✓	✓	✓			✓	✓			
(A2) Walsh H, et al.	✓							✓		
(A3) Ballangrud R., et al.				✓	✓			✓		
(A4) Leclair L.W, et al.	✓									
(A5) Wong A., et al.			✓						✓	
(A6) De Schepper, S., et al.	✓			✓					✓	
(A7) Tebbs O., et al.						✓	✓	✓		
(A8) Naismith L.M., et al.					✓	✓				✓
(A9) Kortess-Miller K., et al.	✓	✓					✓	✓		✓
(A10) Chan KW C., et al.							✓	✓		
(A11) Ross AJ., et al.		✓	✓					✓	✓	

Tableau 8 : Effets sur les soins relationnels de la formation en simulation référencées sur les articles inclus

3.5.1. Sur le patient

En ce qui concerne le patient, les caractéristiques de la simulation explicitées dans les articles analysés agissent notamment sur la communication (n=5). Selon l'étude quantitative de Schepper (34), 96 % de compétences non techniques jugées les plus importantes sont la « communication spécifique ». Pour Dawson (29), la bonne communication patient-prestataire entraîne une diminution de l'incertitude et de l'anxiété interpersonnelle et l'amélioration de

l'auto-efficacité des participants liée aux compétences de communication (37). De plus, une satisfaction et une compréhension mutuelle accrues du patient se développent (29) par une communication empathique et sensible avec les patients et les proches, aussi bien que la dignité et l'intimité dans les relations personnelles (39).

Par la réflexivité du débriefing, il y a une amélioration de l'expérience du patient, car la place à la réflexion sur l'importance de passer plus de temps à connaître les patients est possible (39). D'ailleurs, le réalisme des scénarios permet de mieux comprendre les besoins spécifiques des personnes âgées en se mettant à la place des patients (39). De cette manière, l'encouragement des soins dignes et de la compassion envers les personnes âgées s'accroît avec l'accroissement de la compréhension, la capacité d'écoute, de communication autour de la mort et de la fin de vie (37).

Le respect et le réconfort (33) ainsi que l'amélioration de l'efficacité, du moral et de la sécurité des patients dans les soins de santé (31) sont des constats sur deux articles analysés. D'autre part, Naismith relève une optimisation des soins relationnels intégrés pour les patients atteints de maladies mentales et physiques concomitantes (36).

Les caractéristiques de la formation en simulation citées permettent donc la création des attitudes positives quant à la performance de l'équipe liée à la sécurité des patients lors des soins relationnels (31). De Schepper dans son étude quantitative (34), traduit ceci avec un effet bénéfique sur la sécurité des patients à 47 % et une efficacité des soins aux patients à 40 % (34).

3.5.2. Sur le soignant :

Les caractéristiques de la formation en santé de compétences non techniques agissent aussi sur la façon dont les professionnels réalisent les soins relationnels et cela, de façon assez représentative (n=10).

La confiance et l'affirmation de soi sont des attitudes développées par les professionnels de santé (30,31,35,37-39). Des scores significativement plus élevés pour la « confiance en soi » sont constatés dans l'apprentissage à travers de la simulation (31) et cela par le réalisme des scénarios, l'expertise de patient standardisé et la réflexivité du débriefing. Ce renforcement de la confiance en soi mène à une évolution de la satisfaction personnelle, du bien-être mental des apprenants et à une amélioration de leurs perspectives et donc de leur professionnalisme lors des soins relationnels (35).

L'application de la réflexivité du débriefing est faite dans la pratique quotidienne des soins prodigués (35), avec une reconnaissance du sens et de l'impact de leur travail et création d'un esprit d'équipe (37). D'autre part, Wong (33) affirme que l'interactivité de la simulation, la réflexivité et la nature immersive avec le PS favorise la découverte et la coopération entre les professions et par conséquent, l'amélioration à 79 % du travail d'équipe dans la pratique quotidienne (34). Le travail d'équipe est donc renforcé grâce à une compréhension plus claire des rôles et des limites de chacun et une sensibilisation à l'impact de leurs actions sur les autres (39).

La réflexivité du débriefing aide aussi à être plus aisé sur les prises de décisions éthiques sur des questions liées à la mort et à la fin de vie (37).

Pour conclure, Naismith, Dawson et Tebbs énoncent que les caractéristiques de la formation en simulation en santé de compétences non techniques permettent une diminution de

l'anxiété de l'apprenant (n=3) lors de la réalisation de soins relationnels avec une diminution aussi de l'incertitude (29, 35, 36).

4. DISCUSSION

Cette recension des écrits a permis de dégager des éléments qui aident à comprendre les effets la formation en simulation de santé des compétences non techniques sur les soins relationnels. L'objectif de cette revue de littérature étant « *Explorer les caractéristiques de la formation en simulation en santé de compétences non techniques livrée par les professionnels de santé qui agissent sur les soins relationnels* » il est possible d'affirmer que les résultats sont en lien avec la thématique. Les résultats démontrent que les caractéristiques de la formation par la simulation en santé des compétences non techniques telles que le réalisme, la réflexivité du débriefing, l'expertise du PS et l'interactivité avec l'apprenant agissent sur les soins relationnels. Ainsi, ces caractéristiques permettent le développement des attitudes (diminution de l'anxiété, confiance en soi, satisfaction personnelle...) et aptitudes des professionnels de santé telles que des méthodes de communication, une meilleure compréhension, un respect et une prise de décision éthique plus adaptés lors de soins relationnels.

À l'issue de l'analyse des 11 études, le réalisme de la simulation ainsi que la réflexivité du débriefing sont les deux caractéristiques qui agissent le plus sur les soins relationnels notamment sur les techniques de communication (29). Le réalisme des scénarios augmente son niveau de fidélité (30) ce qui conduit à une satisfaction à l'égard d'autres méthodes pédagogiques (31) puisque cela crée aussi un environnement d'apprentissage sécuritaire (32). Ces résultats rejoignent les arguments de Herbreteau et Granry (10), car « l'immersion de l'apprenant est rendue possible par la construction d'un scénario à partir d'une situation réaliste » (33,35). Ce qui est déterminant dans ce réalisme, c'est l'immersion mentale de l'apprenant (au-delà même du degré de réalisme de la situation), parce qu'il doit « entrer » dans la situation (33,35). De plus, les différentes dimensions de la fidélité ont un impact sur leur expérience d'apprentissage donnant une grande valeur à la fidélité psychologique et sociologique (36).

D'autre part, il est préférable de faire appel à des patients réels ou bien des patients dits « standardisés » lorsque l'objectif est de mettre l'accent sur le développement des relations humaines (16). Deux études incluses corroborent cet aspect, en disant même qu'il faut aussi y apporter un réalisme psychologique, c'est-à-dire la pression des facteurs humains avec notamment celle du temps et du stress pour reproduire un contexte clinique très proche du réel (33,36). L'expertise du PS est évoquée sur quatre études de cette revue. Cela s'avère important sur la formation des compétences non techniques en ce qui concerne l'apprentissage des modèles mentaux de gestion de l'agitation et l'immersion dans le contexte des rôles professionnels et donc travail en équipe (33,36). De plus, la littérature nous signifie que les PS sont un moyen largement utilisé, validé et fiable pour enseigner et évaluer les professionnels de santé à tous les niveaux de formation et dans de multiples domaines de compétences cliniques et de communication (40). Les PS sont utilisés pour enseigner et évaluer de multiples aspects des compétences de communication et des compétences cliniques des professionnels de la santé, y compris les compétences d'entretien, la recherche d'antécédents médicaux, les techniques d'examen physique et l'éducation et le conseil des patients (40–43). Ce sont donc

des compétences prévues dans le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du rôle ou prescrit de l'infirmière (22). Ainsi, les scénarios effectués avec SP offrent aux apprenants l'occasion de pratiquer des rencontres de communication difficiles (29) ce que porte un réel intérêt, car l'échec de la communication demeure une source clé de pratiques dangereuses chez les professionnels de la santé.

Les études incluses respectent toutes les grandes lignes de la structure d'une séance de simulation : briefing, simulation et débriefing (15,44). La clarté du briefing et la réflexivité du débriefing sont d'ailleurs deux caractéristiques soulevées dans cette revue (n=11) qui agissent sur l'amélioration du travail d'équipe (34) et sur l'amélioration des soins relationnels lorsque tous les membres de l'équipe ont une compréhension commune de l'évaluation, du traitement et de leurs rôles (33).

Le briefing c'est un temps indispensable de familiarisation des apprenants avec le matériel, de présentation du contexte ainsi que de l'environnement (15). Dans leur article « *Setting Conditions for Productive Debriefing, Simulation & Gaming* » (20) les auteurs ajoutent même une étape avant le briefing — le prébriefing. L'objectif primordial du prébriefing soit de créer un environnement d'apprentissage sûr et engageant, de clarifier les attentes et de préserver la sécurité psychologique des apprenants (20). Ce raisonnement est aussi mis en relief par les études incluses. En effet, ces caractéristiques de la simulation favorisent la camaraderie d'équipe qui s'est traduite par une meilleure communication au chevet du patient (32), mais permet aussi l'optimisation du travail d'équipe et le « manque de confiance en soi » (33) ce qui s'avère bénéfique pour la sécurité des patients et l'efficacité de soins prodigués (34).

Ensuite, un consensus fort est mis en lumière dans cette revue (n=8), celui de l'indispensable nécessité de la réflexivité du débriefing juste après la simulation. Selon la littérature, cette caractéristique devient même un tremplin pour l'analyse et le transfert de savoirs expérimentés » (44). Der Sahakian (20) assume que le débriefing est une étape fondamentale dans la simulation et il s'avère même le temps le plus important de la séance de simulation (10,44). Il repose sur les méthodes dites de pratiques réflexives : autrement dit, c'est une auto-analyse guidée. Ainsi, aussi difficile que soit la situation, un débriefing efficace est essentiel pour guider les apprenants dans le processus de réflexion et d'apprentissage (20). Cela va permettre la transmission des problèmes de communication et l'identification des comportements non verbaux qui empêchaient une communication de qualité envers le patient et au sein de l'équipe, comme l'explique Dawson dans l'étude incluse (29). Corollairement, Ross (39) énonce qu'un travail d'équipe efficace nécessite ainsi des compétences de communication très développées. Bien que les compétences non techniques soient une notion générale, son application dans les soins de santé a eu tendance à se concentrer sur les caractéristiques de la performance cognitive telles que la conscience de la situation, la planification et la prise de décision (21,45). Les études incluses focalisent les compétences non techniques sur la communication (39 %) et le travail en équipe (18 %) (Figure 2). Par ailleurs, la bonne communication est mise en relief dans sur la moitié des études de cette revue, au sein de l'équipe, mais aussi comme étant essentielle dans les soins relationnels prodigués au patient (29,33). Selon Tebbs (35), en améliorant le travail d'équipe et la communication, il est possible d'obtenir des soins de qualité et conséquemment de meilleurs résultats pour les patients. De plus, l'OMS (46) accentue l'idée qu'un environnement de travail positif qui adopte une culture

de communication ouverte est essentiel pour présenter une communication affirmée qui devient une compétence de travail d'équipe (46,47).

Ainsi, les études incluses mettent en évidence que les caractéristiques de la formation en simulation telles que le réalisme, le débriefing et l'expertise du PS agissent sur les soins relationnels à deux niveaux : sur les patients, mais aussi sur le soignant.

D'après Ross (39), une communication qualifiée avec le patient est ainsi importante pour la qualité des soins (efficacité clinique, sécurité du patient et expérience du patient) comme les compétences généralement définies comme techniques. Selon l'auteur, les compétences non techniques devraient être considérées comme essentielles pour les infirmières (39). La formation de ces compétences devrait être définie plus largement dans les soins de santé pour inclure une communication compatissante et empathique avec les patients. D'ailleurs, le développement de compétences non techniques donne aux infirmières la confiance nécessaire pour s'intégrer plus efficacement à leurs équipes cliniques, une considération importante pour les infirmières de tous les niveaux d'expérience (35). Répondre à ces préoccupations par la création de structures de carrière et de parcours de développement professionnel soutenus par l'accès à des programmes de formation ciblés (48) peut influencer l'intention des infirmières à rester dans la profession (49,50).

La loi HPST de 2009 prévoit l'obligation annuelle individuelle, pour les personnels médicaux et paramédicaux, de suivre un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale, répondant aux méthodes et modalités définies par la HAS (5). Les décrets du 30 décembre de 2011 relatifs au DPC clarifient les éléments de l'obligation du DPC à ses modalités de mise en œuvre (1). L'axe sur la formation des professionnels de santé est aussi un objectif majeur de la nouvelle réforme du système de santé français « Ma santé 2022 » (49). Annoncée en septembre 2018 par le président de la République, la stratégie « Ma santé 2022 » propose, entre autres, d'offrir un parcours de réussite et de formation initiale et continue (49). De plus, augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés par an est aussi le pilier 1 du Ségur de la santé de 2020 (50). L'encadrement a ainsi une place importante dans cette démarche puisque, selon l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé, il doit manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluriprofessionnelle et accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins (51).

La formation à la performance des équipes s'avère essentielle pour faire évoluer les systèmes de soins de santé vers des niveaux accrus de qualité et de sécurité des patients, et la simulation fournit une méthode puissante pour dispenser cette formation (52-54). Les résultats de la revue démontrent que la formation par la simulation de compétences non techniques conduit à une amélioration de soins par un meilleur travail d'équipe, associé à une satisfaction personnelle des soignants. Cela conduit à des attitudes positives liées à la sécurité des patients lors des soins relationnels (31). D'autre part, les caractéristiques de la simulation prédominante dans cette revue (réalisme, la réflexivité du débriefing ou la nature immersive avec le PS) s'avèrent des outils puissants pour améliorer les attitudes de l'équipe et promouvoir la sécurité du patient et du personnel simultanément (31,33,34) ce qui se ressent lors des soins relationnels. La simulation « permet de répondre pleinement à un objectif de sensibilisation à l'éthique en demandant à l'apprenant, mis en situation comme lors d'un cas réel, de réfléchir par exemple [...] à des prises en charge de situations difficiles (conflits entre soignants et patients, ou entre

soignants) » (23). Cette prise de décision éthique lors de prises de décisions délicates est aussi relatée sur deux des études incluses.

Deux des articles inclus mettent en évidence, l'effet des caractéristiques de la simulation sur l'amélioration de l'efficacité, le moral et la sécurité des patients lors des soins relationnels (31,34,36) aussi que sur l'amélioration des soins relationnels intégrés (36). La haute qualité des soins et la sécurité des patients nécessitent des compétences techniques et non techniques (21). Cependant, l'Institut de médecine déclarait déjà en 2000 que 70 % des erreurs évitables provenaient de ce que l'on appelle des « facteurs humains » ou des compétences non techniques, notamment la communication, le leadership, le travail d'équipe, la connaissance de la situation et la prise de décision (55). La qualité et la sécurité des soins, le confort et la meilleure compréhension des patients lors des soins relationnels, corroborés sur l'ensemble des études incluses, sous-entendent ainsi moins d'erreurs effectuées suite aux caractéristiques de la formation en simulation des compétences non techniques. Par ses fonctions, le cadre de santé prend alors une place prépondérante, car il doit évaluer la qualité des prestations et conduire une démarche de qualité et de gestion de risques (51).

Enfin, le dernier thème fait référence à un sentiment général de satisfaction, d'épanouissement dans le travail et diminution de l'anxiété témoignée sur cinq des études incluses (29,35–38). Cela ramène au concept de bien-être au travail qui est une notion englobant, de portée plus large que les représentations de santé physique et mentale (56). La recherche sur le bien-être est organisée en deux grandes traditions : le bien-être subjectif (bien-être hédonique) et le bien-être psychologique (bien-être eudémonique) (57). Le bien-être subjectif peut être défini comme une évaluation positive de sa vie associée à de bons sentiments mesurés par la satisfaction de vivre, l'estime de soi et le bonheur (équilibre entre affect positif et négatif) alors que le bien-être psychologique est plus qu'un simple sentiment de bonheur et de satisfaction à l'égard de la vie (58). Ainsi, importe préciser que le bien-être psychologique ou bien être lié au travail est défini comme la qualité globale de l'expérience et du fonctionnement d'un employé au travail (57). Des études antérieures ont noté que le bien-être au travail se compose de composantes émotionnelles (par exemple, un effet positif au travail) et cognitives (par exemple, la satisfaction au travail) (59), qui sont évoquées aussi dans les études incluses (n=4). En effet, de nombreuses études d'intervention psychosociale dans des contextes liés au travail ont adopté l'affect positif ou la satisfaction au travail comme résultats notables du bien-être mental (60) qui s'avère possible par les caractéristiques de la simulation tels que le réalisme et le débriefing (35). Ainsi, le bien-être psychologique au travail est un indicateur clé exceptionnel du comportement organisationnel (61).

Dans ces conditions, par ses fonctions de management, d'encadrement et d'animation des équipes professionnels, le cadre de santé (51) est aussi garant de cette notion de bien-être. Et cela parce que la fluidité de la « dynamique d'équilibre au travail dépend de l'organisation, des conditions de travail et des échanges de l'ensemble des parties » (61). De plus, construire une politique de bien-être au travail permet à la fois de réduire les risques psychosociaux et d'agir sur le climat collectif et sur la motivation dans le travail (56). Par les caractéristiques de la simulation étudiées par cette revue, il est possible d'affirmer qu'elles participent à un développement du travail en équipe, développement de la cohésion interprofessionnel lors des soins relationnels (31–34,37) propices à un bien-être au travail.

4.1. Limites méthodologiques

La première limite identifiée est le type de population étudié qui était restreint par rapport aux études existantes. Ainsi, au fil de la sélection des articles, des nombreuses études sur la simulation en santé en formation initiale ont été exclues car la problématique se centre sur les professionnels de santé.

D'autre part, les études incluses en étant primaires, la majorité ont été effectuées en laboratoires de recherche ou en centres de simulation. Cela s'est avéré la deuxième limite méthodologique car seulement l'animation et la construction des scénarios sont effectuées des professionnels de santé mais pas le débriefing.

Si ses travaux de recherche devaient être poursuivis, il serait pertinent d'étudier la formation « *in situ* » dont les formateurs font partie de l'équipe dans un contexte réel. Par cela, l'impact du réalisme de la simulation prendra un autre type d'analyse. Afin d'élargir la richesse des études incluses, la recherche devrait aussi être élargie à la base de données CINAHL.

5. CONCLUSION

La pratique de la simulation en santé est devenue une méthode inéluctable dans le monde et cela depuis quelques années. Selon les multiples sources bibliographiques, elle permet aux apprenants à la fois d'acquérir des connaissances, d'améliorer des habiletés techniques et non techniques. La simulation en tant qu'outil pédagogique réaliste et réflexif, permet le développement des compétences non techniques de façon à aiguïser les capacités de travail en équipe et établir des soins relationnels de plus en plus performants et adaptés (1). En fin de compte, il est possible de dire que l'enjeu n'est plus de savoir si la simulation sera utilisée pour la formation et l'évaluation du personnel de santé, mais surtout d'étudier et bien d'interpréter comment la simulation peut être utilisée et orchestrée de manière optimale par le cadre de santé.

6. CONFLITS D'INTERETS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts.

7. REFERENCES

1. Boet S, Granry JC, Savoldelli G, Hodges BD, Gaba DM. La simulation en santé: de la théorie à la pratique [Internet]. Heidelberg;Berlin;Paris; Springer; 2013. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/2SXsGXZ9>
2. Menaut H. Les soins relationnels existent-ils ? VST - Vie Soc Trait. 2009;101(1):78.
3. Bernard F, Musellec H, Benhamou D. La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles [Internet]. 2e édition. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/1l517mBq>
4. Mattéi JF. Jean-François Mattéi: In: Quadrige [Internet]. Presses Universitaires de France; 2015 [cité 6 juin 2022]. p. 475-80. Disponible sur: <https:// Cairn.info/la-philosophie-en-france-aujourd-hui-2015--9782130730910-page-475.htm?ref=doi>
5. La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) [Internet]. Fédération Addiction. 2011 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/la-loi-hpst-hopital-patients-sante-et-territoires/>
6. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives: Rech Soins Infirm. 1 juin 2014;N° 117(2):33-49.
7. Guesdon-Caltero C, Cherchem N, Frota MA, Rolim KMC. Health and nursing system in France. Ciênc Saude Coletiva. 2020;25(1):293.
8. Coudray MA, Gay C, Berland Y. Le défi des compétences comprendre et mettre en oeuvre la réforme des études infirmières. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
9. Hutchinson D, Brown J, Longworth K. Attracting and maintaining the Y Generation in nursing: a literature review: Attracting and maintaining the Y generation in nursing. J Nurs Manag. mai 2012;20(4):444-50.
10. Simulation en santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
11. UHBW Simulation Centre | Optimising patient safety and quality of care through effective simulation in healthcare [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.bmsc.co.uk/>
12. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-Enhanced Simulation for Health Professions Education: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA [Internet]. 7 sept 2011 [cité 6 juin 2022];306(9). Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2011.1234>

13. Peadon R (Rod), Hurley J, Hutchinson M. Hierarchy and medical error: Speaking up when witnessing an error. *Saf Sci*. 2020;125:104648.
14. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the Causes of Adverse Events in NHS Hospital Practice. *J R Soc Med*. juill 2001;94(7):322-30.
15. Dupuy-Maribas C, Prissette S, Jaffrelot M. Formation par la simulation et soins infirmiers: méthodes, organisations, applications pratiques [Internet]. Paris: Lamarre; 2016. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/LlrGgFYq>
16. Hssain I. la simulation in-situ: l'autre approche de la sécurité du patient ou l'entraînement en immersion (VERSION FRANCAISE). *Med Emerg MJEM* – 2013 No 15. 1 juin 2013;15:17-29.
17. Fauquet-Alekhine P, Boucherand A. Structuring effect of tools conceptualized through Initial Goal Fixedness for work activity. *Cogn Technol Work*. févr 2016;18(1):145-60.
18. Chiniara G, éditeur. Index. In: *Clinical Simulation (Second Edition)* [Internet]. Second Edition. Academic Press; 2019. p. 917-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128156575000747>
19. Sullivan S, Warner-Hillard C, Eagan B, Thompson RJ, Ruis AR, Haines K, et al. Using epistemic network analysis to identify targets for educational interventions in trauma team communication. *Surgery*. avr 2018;163(4):938-43.
20. Der Sahakian G, Alinier G, Savoldelli G, Oriot D, Jaffrelot M, Lecomte F. Setting Conditions for Productive Debriefing. *Simul Gaming*. avr 2015;46(2):197-208.
21. Flin R, Maran N. Basic concepts for crew resource management and non-technical skills. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2015;29(1):27-39.
22. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE. 2004;25.
23. Beloucif S, Mignon A. Éthique et simulation médicale. *Soins*. mars 2017;62(813):55-7.
24. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews, *Maria J. Grant & Andrew Booth*. *Health Inf Libr J*. juin 2009;26(2):91-108.
25. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. déc 2005;52(5):546-53.
26. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

27. Long HA, French DP, Brooks JM. Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Res Methods Med Health Sci.* sept 2020;1(1):31-42.
28. Hong QN, Gonzalez-Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval Clin Pract.* juin 2018;24(3):459-67.
29. Dawson RM, Lawrence K, Gibbs S, Davis V, Mele C, Murillo C. “I Felt The Connection”: A Qualitative Exploration of Standardized Patients’ Experiences in a Delivering Bad News Scenario. *Clin Simul Nurs.* 2021;55:52-8.
30. Walsh H, Nicholson L, Patterson M, Zaveri P. Code Response Training: Improving Interprofessional Communication. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour.* 19 mai 2021;17:11155.
31. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B. Intensive care nurses’ perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(4):179-87.
32. Leclair LW, Dawson M, Howe A, Hale S, Zelman E, Clouser R, et al. A longitudinal interprofessional simulation curriculum for critical care teams: Exploring successes and challenges. *J Interprof Care.* mai 2018;32(3):386-90.
33. Wong AH, Auerbach MA, Ruppel H, Crispino LJ, Rosenberg A, Iennaco JD, et al. Addressing Dual Patient and Staff Safety Through A Team-Based Standardized Patient Simulation for Agitation Management in the Emergency Department. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* juin 2018;13(3):154-62.
34. Schepper SD, Geuens N, Roes L, Hilderson D, Franck E. Generic Crew Resource Management Training to Improve Non-technical Skills in Acute Care—Phase 1: An Interdisciplinary Needs Assessment Survey. *Clin Simul Nurs.* 2021;54:1-9.
35. Tebbs O, Hutchinson A, Lau R, Botti M. Evaluation of a blended learning approach to developing specialty-nursing practice. An exploratory descriptive qualitative study. *Nurse Educ Today.* 2021;98:104663.
36. Naismith LM, Kowalski C, Soklaridis S, Kelly A, Walsh CM. Participant Perspectives on the Contributions of Physical, Psychological, and Sociological Fidelity to Learning in Interprofessional Mental Health Simulation. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* juin 2020;15(3):141-6.
37. Kortes-Miller K, Jones-Bonofiglio K, Hendrickson S, Kelley ML. Dying With Carolyn: Using Simulation to Improve Communication Skills of Unregulated Care Providers Working in Long-Term Care. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc.* déc 2016;35(12):1259-78.

38. Chan CKW, So EHK, Ng GWY, Ma TWL, Chan KKL, Ho LY. Participant evaluation of simulation training using crew resource management in a hospital setting in Hong Kong. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi.* avr 2016;22(2):131-7.
39. Ross AJ, Anderson JE, Kodate N, Thomas L, Thompson K, Thomas B, et al. Simulation training for improving the quality of care for older people: an independent evaluation of an innovative programme for inter-professional education. *BMJ Qual Saf.* juin 2013;22(6):495-505.
40. Anderson MB, Stillman PL, Wang Y. Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. *Teach Learn Med.* janv 1994;6(1):15-22.
41. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC: Acad Med.* juin 1993;68(6):443-51.
42. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009: Simulation-based medical education research 2003–2009. *Med Educ.* janv 2010;44(1):50-63.
43. Stillman PL, Swanson DB. Ensuring the clinical competence of medical school graduates through standardized patients. *Arch Intern Med.* juin 1987;147(6):1049-52.
44. Herbreteau F, Benscri N. [Simulation in health care and inter-professionality in initial training]. *Soins Rev Ref Infirm.* mars 2017;62(813):48-9.
45. Pearson E, McLafferty I. The use of simulation as a learning approach to non-technical skills awareness in final year student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2011;11(6):399-405.
46. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>
47. Raising concerns: Guidance for nurses, midwives and nursing associates - The Nursing and Midwifery Council [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.nmc.org.uk/standards/guidance/raising-concerns-guidance-for-nurses-and-midwives/>
48. Hainey K, Kelly LJ, Green A. A blended learning approach to teaching CVAD care and maintenance. *Br J Nurs.* 26 janv 2017;26(2):S4-12.
49. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
50. Ségur de la santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/>

51. Référentiel d'activités et de compétences des cadres [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html>
52. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*. 1 oct 2004;13(suppl_1):i2-10.
53. Rosen M, Weaver S, Lazzara E, Salas E, Wu T, Silvestri S, et al. Tools for evaluating team performance in simulation-based training. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):353.
54. Doumouras AG, Keshet I, Nathens AB, Ahmed N, Hicks CM. A Crisis of Faith? A Review of Simulation in Teaching Team-Based, Crisis Management Skills to Surgical Trainees. *J Surg Educ*. mai 2012;69(3):274-81.
55. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
56. Bien-être au travail. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/bien-etre-travail/ce-qu-il-faut-retenir.html>
57. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*. 24 juill 2000;160(14):2101.
58. Khumalo IP, Temane QM, Wissing MP. Socio-Demographic Variables, General Psychological Well-Being and the Mental Health Continuum in an African Context. *Soc Indic Res*. févr 2012;105(3):419-42.
59. Page KM, Vella-Brodrick DA. The 'What', 'Why' and 'How' of Employee Well-Being: A New Model. *Soc Indic Res*. févr 2009;90(3):441-58.
60. Thøgersen-Ntoumani C, Loughren EA, Kinnafick FE, Taylor IM, Duda JL, Fox KR. Changes in work affect in response to lunchtime walking in previously physically inactive employees: A randomized trial: Affective changes in inactive employees. *Scand J Med Sci Sports*. déc 2015;25(6):778-87.
61. Figueredo JM, García-Ael C, Gragnano A, Topa G. Well-Being at Work after Return to Work (RTW): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 15 oct 2020;17(20):7490.

8. ANNEXES

8.1.ANNEXE 1

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(29) Dawson, R.M. et al. (2021) Revue : Clinical Simulation in Nursing Pays : USA				
<p>Type : Etude qualitatif (Analyse secondaire des données qualitatives recueillies à partir d'une étude primaire à méthodes mixtes)</p> <p>Objectif : Explorer les expériences et les perceptions des patient standardisé (SP) en tant qu'agents d'interaction dans une expérience d'apprentissage</p>	<p>Echantillon: (n=11)</p> <p>Participants : IDE en formation IPA</p>	<p>1.Design pédagogique: Laboratoire de simulation d'un collège universitaire de soins infirmiers: scénarios d'annonce de mauvaises nouvelles (DBN) basé sur SP, qui simulent une rencontre clinique de suivi du patient pour annoncer une mauvaise nouvelle inattendue (cancer). Chaque rencontre individuelle scénario DBN d'une durée d'environ 30 minutes.</p> <p>2. Compétences non techniques: les comportements de communication (verbaux et non verbaux), sentiments et perceptions personnels dans le contexte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (cancer) et comment reconnaître et répondre aux troubles de la conversation (colère, rires°</p>	<p>Réalisme des rôles: permet de pratiquer des stratégies d'adaptation à la communication dans un scénario sûr;</p> <p>Transparence des séances de débriefing: transmission des problèmes de communication et identification des comportements non verbaux qui empêchaient une communication de qualité;</p> <p>L'expertise des patients standardisée: améliore le réalisme du scénario et l'évaluation des compétences en communication.</p>	<p>1. Bonne communication patient-prestataire qui entraîne une diminution de l'incertitude et de l'anxiété interpersonnelle ;</p> <p>2. Une satisfaction et une compréhension mutuelle accrues du patient ;</p> <p>3. Respect et réconfort ;</p> <p>4. Développement d'une compétence douce.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(30) Walsh H, et al. (2021). Revue : MedEdPORTAL Pays : USA				
<p>Type : Etude mixte - programme de simulation multimodale avec des enquêtes de suivi à des moments précis et une évaluation à court terme (4 à 6 semaines après le cours) avec interrogation des apprenants sur les techniques qu'ils avaient appliquées</p> <p>Objectif : Appliquer les techniques de communication d'équipe reconnues pour réduire les erreurs dans une situation à haut risque; Démontrer des techniques efficaces de travail d'équipe et de communication dans leur travail quotidien.</p>	<p>Echantillon: 801 infirmières, 419 médecins et 188 autres cliniciens (n=1408)</p> <p>Participants : Médecins, infirmières autorisées, fournisseurs de pratique avancée et inhalothérapeutes de tous les domaines et spécialités des patients hospitalisés</p>	<p>Design pédagogique: La séance d'une heure consistait en deux simulations interprofessionnelles (les sessions ont eu lieu dans le centre de simulation pour fournir une expérience d'apprentissage uniforme). Les séances étaient programmées sur une période de 4 mois. Les deux scénarios ont été conçus pour susciter la communication entre les membres de l'équipe afin de prodiguer des soins au patient. Chaque scénario durait 5 à 7 minutes, suivi d'un débriefing de 15 à 20 minutes.</p> <p>2. Compétences non techniques: techniques de communication de l'équipe dans la prestation des soins aux patients contribuait aux événements de sécurité.</p>	<p>1. Réalisme des scénarios: Installations physiques propices à l'apprentissage</p> <p>2. Principe éthique: ouverture à des formes de communication pour les professionnels de la santé qui n'ont pas pratiqué ces techniques des situations de stress élevé</p> <p>3. Débriefing: encourage les équipes à poser des questions, à réfléchir sur ce qui s'est bien passé et à identifier les opportunités d'amélioration dans les situations futures.</p>	<p>1. Utilisation de la communication en boucle fermée;</p> <p>2. Expression de son inquiétude et verbaliser sans avoir peur de se tromper;</p> <p>3. Avoir confiance sur l'expertise et savoir parler quand il y a un bon pressentiment.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(31) Ballangrud R., et al. (2013)				
Revue : British Association of Critical Care Nurses				
Pays : Norvège, Suède				
<p>Type : étude quantitative, basée sur une conception d'évaluation par questionnaire, collecte des données s'est déroulée d'avril 2009 à février 2010</p> <p>Objectif : Mettre en œuvre un programme de formation d'équipe basé sur la simulation et enquêter sur les évaluations des infirmières des soins intensifs de la simulation utilisée pour la formation d'équipe.</p>	<p>Echantillon: 53 dans sept unités de soins intensifs de quatre hôpitaux d'une fiducie hospitalière et 10 dans un programme de formation postdoctorale en soins intensifs (n=63)</p> <p>Participants : Infirmières</p>	<p>Design pédagogique :</p> <p>*Programme de formation d'équipe basé sur la simulation avec deux scénarios liés à des situations d'urgence en soins intensifs, les participants ont évalué chaque activité de simulation (le résultat de la satisfaction et de la confiance en soi dans l'apprentissage, la mise en œuvre de pratique et conception/développement de simulations).</p> <p>* Programme de deux demi-journées par équipe apport théorique et simulation, déroulée 2 à 4 semaines après la première demi-journée</p> <p>*Tous les membres de l'équipe ont participé activement à au moins un scénario avec une durée environ 12 à 15 min et « débriefing » de 30 minutes.</p> <p>2. Compétences non techniques: confiance en soi, performances en termes de communication, de leadership, de coordination et de prise de décision</p>	<p>1. Réalisme des scénarios: la fidélité de la simulation est en lien avec les réalisme dans les deux scénarios</p> <p>2. Rôles de scénario actif : un score significativement plus élevé sur la "satisfaction à l'égard de l'apprentissage actuel"</p> <p>3. Briefing clair: objectifs clairement énoncés avec des mesures de résultats tangibles;</p> <p>4. Rétroaction/réflexion guidée du Débriefing;</p>	<p>1. Scores significativement plus élevés pour la "confiance en soi" dans l'apprentissage;</p> <p>2. Création des attitudes positives quant à l'importance de la performance de l'équipe liée à la sécurité des patients;</p> <p>3. Amélioration l'efficacité, le moral et la sécurité des patients dans les soins de santé.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(32) Leclair L.W, et al. (2017) Revue : Journal of Interprofessional Care Pays : USA				
<p>Type : Etude mixte, avec une évaluation quantitative et qualitative (entretiens semi-structurés)</p> <p>Objectif : Décrire la conception, la mise en œuvre et l'évaluation initiale du programme.</p>	<p>Echantillon: De janvier 2014 à novembre 2016, 124 médecins résidents, 56 étudiants en médecine de quatrième année, 40 infirmières des soins intensifs, 57 inhalothérapeutes et trois pharmaciens ont complété au moins une séance de simulation (n=280)</p> <p>Participants : Etudiants en médecine seniors, des médecins résidents pendant leur rotation en unité de soins intensifs médicaux (MICU), des pharmaciens en soins intensifs, des inhalothérapeutes et des infirmières en soins intensifs.</p>	<p>Design pédagogique :</p> <ul style="list-style-type: none"> *Programme se déroule pendant 1 h chaque semaine au laboratoire de simulation clinique. Le contenu se répète mensuellement correspondant à la rotation de 4 semaines *Deux équipes composées chacune d'un étudiant en médecine de quatrième année, d'un interne, d'un résident en médecine interne, un inhalothérapeute et une infirmière en soins intensifs. *Le scénario de simulation dure 10 à 15 minutes et 45 minutes sont consacrées au débriefing du scénario <p>2. Compétences non techniques: communication, interprofessionnalité</p>	<p>1. Réalisme des scénarios: pratique de cas authentiques de soins intensifs dans un environnement d'apprentissage sécuritaire</p>	<p>1. Favorisation de la camaraderie d'équipe qui s'est traduite par une meilleure communication au chevet du patient.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(33) Wong A., et al. (2018) Revue : Society for Simulation in Healthcare Pays : USA				
<p>Type : Méthodes enquête mixtes, combinant des données qualitatives et quantitatives;</p> <p>Objectif : Examiner l'impact d'une simulation de patient standardisée interprofessionnelle pour la gestion de l'agitation à l'urgence.</p>	<p>Echantillon: 7 sessions n=57</p> <p>Participants : Agents de santé des services d'urgence de l'un ou l'autre des sites qui fournissaient des soins directs aux patients agités: Infirmiers des urgences, techniciens en soins aux patients (PCT), agents des services de protection, fournisseurs de pratique avancée (APP) englobant les assistants médicaux et les infirmières praticiennes</p>	<p>Design pédagogique :</p> <ul style="list-style-type: none"> *Scénario de simulation de 15 minutes d'un patient agité en équipe pour activer l'autoréflexion; *Chaque session a réuni six à dix agents de santé des services d'urgence de différentes professions *Les participants ont assisté à une séance de pré briefing avant la simulation qui décrivait la logistique d'une simulation avec un acteur en direct et les attentes d'engagement avec le SP. *Le cas concernait un patient qui avait un état mental altéré et un comportement agressif envers les passants <p>2. Compétences non techniques: Communication; travail d'équipe</p>	<p>1. Réalisme des scénarios: l'importance de la sécurité lors de la gestion de l'agitation;</p> <p>2. Sécurité psychologique conduit par les animateurs lors de la simulation permet d'équilibrer la dualité de la sécurité du patient et du personnel lors de la gestion de l'agitation;</p> <p>3. Acteur standardisé: important pour un fort sentiment de réalisme.</p> <p>4. Nature immersive avec le SP: facilité une évolution des modèles mentaux de gestion de l'agitation des participants vers une prise en compte simultanée de la sécurité du personnel et des patients pendant les soins</p> <p>5. Réflexivité du débriefing : synthèse d'expériences, d'expertises et de perspectives contrastées entre différentes professions conduit à une meilleure prestation de soins dans un scénario dynamique; réflexion partagée</p> <p>6. Interactivité: conversations interprofessionnelles ont favorisé des discussions perspicaces concernant le développement de nouvelles stratégies et solutions en équipe pour une meilleure gestion de l'agitation</p>	<p>1. Prise de conscience: les participants étaient parfaitement conscients de la lutte unique entre l'équilibre entre leur propre sécurité et le bien-être du patient ;</p> <p>2. Amélioration des soins lorsque tous les membres de l'équipe ont une compréhension commune de l'évaluation, du traitement et leur rôles;</p> <p>3. Favorisation de la découverte et la coopération entre les professions ;</p> <p>4. Effets positifs de la simulation sur les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle qui peuvent combattre la pratique de la gestion de l'agitation à l'urgence.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(34) De Schepper, S., et al. (2021) Revue : Clinical Simulation in Nursing Pays : Belgique				
<p>Type : Etude quantitative : première phase d'une étude multicentrique</p> <p>Objectif : Evaluer les connaissances, les compétences, les attitudes, les besoins et les préoccupations des professionnels des soins aigus à l'égard des compétences non techniques. Cette étude d'évaluation des besoins est la première de deux phases d'une vaste étude multicentrique. Dans la deuxième phase, l'efficacité de la formation CRM générique développée sera évaluée à l'aide d'une étude post intervention</p>	<p>Echantillon: n=103, La majorité étaient des infirmières, suivies des médecins et des sage-femmes. Echantillon sur une période de 3 mois entre décembre 2015 et mars 2016.</p> <p>Participants : Médecins, des sage-femmes et des infirmières qui travaillaient actuellement dans des unités d'obstétrique (OB), des salles d'urgence (ER), des salles d'opération ou des unités de soins intensifs (USI) et qui faisaient donc régulièrement face à des situations d'urgence.</p>	<p>Design pédagogique: *Le questionnaire en ligne portait sur les connaissances, les compétences, les attitudes, les besoins et les préoccupations des professionnels des soins aigus concernant les compétences non techniques et la formation CRM</p> <p>2. Compétences non techniques: travail d'équipe, la communication, le leadership, l'attribution des rôles et des tâches, autonomisation (prise de parole et la prise de décision)</p>	<p>1. Environnement d'apprentissage sûr: permet d'optimiser le travail d'équipe et le "manque de confiance en soi"</p> <p>2. Pré briefing clair: permet l'orientation précédant l'activité</p> <p>3. Débriefing avec bon jugement après la formation</p>	<p>1. Les compétences non techniques jugées les plus importantes étaient la "communication spécifique" (96%);</p> <p>2. Effet bénéfique de la simulation sur la sécurité des patients (47 %) et l'efficacité des soins aux patients » (40 %);</p> <p>3. Amélioration du travail d'équipe dans la pratique quotidienne (79%) avec la formation en simulation.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(35) Tebbs O., et al. (2020) Revue : Nurse Education Today Pays : Australie				
<p>Type : Etude qualitative descriptive exploratoire</p> <p>Objectifs : *Explorer les motivations des infirmières post-inscription pour entreprendre un programme d'introduction qui a utilisé une méthodologie d'apprentissage mixte. *Identifier les changements dans la compréhension des participants et les comportements cliniques</p>	<p>Echantillon: (n=23)</p> <p>Participants : En 2018 : 23 infirmières dont 8 provenant des secteurs de soins intensifs et 4 des secteurs aigus généraux.</p>	<p>Design pédagogique: *Cours dispensés à l'aide d'approches «d'apprentissage mixte», c'est-à-dire: référentiels d'informations en ligne, discussions de séminaires interactives en face à face et simulation hautefidélité *sessions de simulation de fidélité pour le développement des compétences techniques et non techniques se déroulant sur une période de six mois. *guide d'entrevue semi-structuré qui abordait quatre sujets clés : (1) les motivations des participants à entreprendre le programme, (2) leur interaction avec les composantes d'apprentissage mixte, (3) la capacité des participants à traduire la théorie en pratique et (4) l'expérience et les opinions des participants sur la session de simulation hautefidélité.</p> <p>2. Compétences non techniques: communication, leadership, pensée critique</p>	<p>1. Réalisme des scénarios: Le rythme réaliste du scénario a permis aux participants d'être immergés dans le scénario, ce qui a accru leur confiance dans leur capacité à mettre les compétences non techniques en pratique;</p> <p>2. Rôle actif de l'apprenant;</p> <p>3. Utilité du débriefing: Les comptes rendus post-simulation se sont avérés utiles pour les participants, leur permettant de comprendre et d'apprécier tous les éléments qui se sont produits pendant la simulation</p>	<p>1. Plus de confiance en soi et professionnalisme;</p> <p>2. Bien-être mental des participants et amélioration de leurs perspectives et leurs soins ;</p> <p>3. Réduction de l'anxiété.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
<p>(36) Naismith L.M., et al. (2020) Revue : Society for Simulation in Healthcare Pays : Canada, Royaume-Unis</p>				
<p>Type : Etude qualitative basée sur des entretiens individuels semi structurés 3 mois après leur participation au cours.</p> <p>Objectif : Explorer la relation entre l'apprentissage et les différentes dimensions de la fidélité du point de vue des participants aux cours de simulation interprofessionnels</p>	<p>Echantillon: (n=22) *Le cours a été offert deux fois: juin 2017 et novembre 2017 *10 entretiens : 4 infirmières, 4 travailleurs sociaux et 2 médecins et 60 % étaient des femmes</p> <p>Participants : *Infirmières, travailleurs sociaux et des médecins</p>	<p>Design pédagogique : *Cours de simulation d'une journée s'adressant aux professionnels de la santé qui travaillent avec des adolescents atteints de maladies physiques et mentales concomitantes; *Dans chacun des 3 scénarios en deux parties, le même patient simulé se présente dans deux établissements de soins de santé différents; *Chaque scénario a été suivi d'une séance de débriefing de groupe structurée dirigée par deux animateurs expérimentés pour encourager la réflexion et l'apprentissage liés aux objectifs spécifiques du scénario.</p> <p>2. Compétences non techniques: Communication; travail d'équipe</p>	<p>1. Représentations réalistes des Patient Standardisé (PS): essentielles pour l'engagement dans le processus d'apprentissage et immersion dans le contexte des rôles professionnels;</p> <p>2. Les différentes dimensions de la fidélité ont un impact sur leur expérience d'apprentissage: grande valeur à la fidélité psychologique et sociologique</p> <p>3. Ouverture de dialogue lors du débriefing: occasion de faire ressortir certains des discours cachés qui sous-tendent la pratique interprofessionnelle</p>	<p>1. Aide à surmonter l'anxiété ;</p> <p>2. Amélioration des soins relationnelles intégrés pour les patients atteints de maladies mentales et physiques concomitantes ;</p> <p>3. Aide à atténuer les préoccupations éthiques liées au travail adolescents.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(37) Kortés-Miller K., et al. (2015) Revue : Journal of applied gerontology Pays : Canada				
<p>Type : Etude mixte avec combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives (données quantitatives ont été recueillies via des enquêtes pré et post-simulation et les données qualitatives collectées et analysées comprenaient des enregistrements audio des groupes de discussion de débriefing tenus dans le laboratoire de simulation immédiatement après les sessions et 10 semaines après l'intervention éducative)</p> <p>Objectif : Décrire le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention éducative pilote utilisant simulation haute-fidélité (HFS) pour améliorer la confiance et les compétences des fournisseurs de soins à communiquer au sujet de la mort et des mourants dans les foyers de longue durée (SLD).</p>	<p>Echantillon: (n=18)</p> <p>Participants : *Tous travaillaient dans 2 foyers de SLD *La majorité des participants étaient des femmes (16 ou 89 %) et tous les participants avaient moins de 55 ans</p>	<p>Design pédagogique: *Une expérience éducative HFS qui durait 3,5 heures *Les séances étaient offertes à deux moments différents de la journée, une le matin et une le soir; *Les participants sont guidés à travers une série de trois scénarios, chacun d'une durée d'environ 20 minutes.</p> <p>2. Compétences non techniques: Communiquer avec les résidents, les membres de la famille des résidents et avec les membres du personnel d'autres disciplines.</p>	<p>1. Fidélité et réalité de la simulation: structure et la disposition des scénarios permet une expérience de l'ensemble du processus de la mort d'apprendre de nouvelles techniques et stratégies de communication</p> <p>2. Mentorat en laboratoire: permet d'observer et apprendre les uns des autres</p> <p>3. Importance du débriefing et la nécessité de disposer de ressources de soutien</p>	<p>1. Amélioration de la confiance et des compétences en communication autour de la mort et de la fin de vie ;</p> <p>2. Reconnaissance du sens et de l'impact de leur travail et créer un esprit d'équipe;</p> <p>3. Sensibilisation, confort et une confiance parce que leurs compétences antérieures sont affirmées ;</p> <p>4. Développement de la compréhension et de la capacité d'écoute et de communication et acquisition de nouvelles idées sur ce qu'il fallait dire et ne pas dire lors des conversations de fin de vie ;</p> <p>5. Plus à l'aise pour parler de questions liées à la mort et à la fin de vie ;</p> <p>6. Amélioration de l'auto-efficacité des participants liée aux compétences de communication.</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
<p>(38) Chan KW C;, et al. (2016) Revue : Hong Kong Med J Pays : Hong Kong</p>				
<p>Type : Enquête quantitative (par questionnaire transversal)</p> <p>Objectif : Explorer la relation entre l'apprentissage et les différentes dimensions de la fidélité du point de vue des participants aux cours de simulation interprofessionnelle</p>	<p>Echantillon: (n=55)</p> <p>Participants : *Médecins et infirmières qui travaillent en gynécologie, des services d'anesthésiologie et de bloc opératoire, de l'unité des soins intensifs et des accidents et urgences (période juin 2013 et décembre 2013)</p>	<p>Design pédagogique : *Un atelier de formation des formateurs en CRM de 3 jours sur place * Le programme de formation par spécialité comprend trois volets : un cours magistral, des jeux et des mises en situation; *une formation par simulation a été menée avec deux scénarios suivis d'une séance de débriefing. Chaque scénario a été exécuté par un groupe de quatre à cinq membres du personnel de première ligne. Les membres de chaque groupe ont participé au débriefing après chaque scénario de simulation</p> <p>2. Compétences non techniques: Communication en boucle fermée, l'affirmation de soi, la prise de décision et la conscience de la situation.</p>	<p>1. Haut réalisme et environnement sans risque</p> <p>2. Réflexivité du débriefing: permet de analyser à leur expérience liée aux compétences CRM et aux connaissances cliniques dans les scénarios</p>	<p>1. Application de la réflexivité dans la pratique quotidienne ;</p> <p>2. Amélioration de la communication en boucle fermée, communication, connaissance de la situation, affirmation de soi, résolution de conflits, prise de décision et leadership ;</p> <p>3. Amélioration de la confiance dans les compétences qui sauvent des vies .</p>

Types et objectif d'étude	Population	Résultats et conclusions en lien avec cette revue de littérature		
		1. Design pédagogique 2. Compétences non techniques	Caractéristiques de la formation en simulation de compétences non techniques	Effet sur les soins relationnelles
(39) Ross AJ., et al. (2012)		Revue : BMJ quality & safety		Pays : Royaume-Unis, Irlande
<p>Type : Etude avec méthode d'évaluation mixtes</p> <p>Objectif : Evaluer un programme de formation conçu pour améliorer les soins aux patients hospitalisés pour les personnes âgées en utilisant des exercices de simulation à modalités mixtes pour améliorer le travail d'équipe et les soins empathiques et compatissants</p>	<p>Echantillon: Groupes de 20 à 30 participants (n=93)</p> <p>Participants : *Assistants de santé (HCA), infirmières et personnel de physiothérapie</p>	<p>Design pédagogique: *Formation par simulation consistait en une session d'une journée dans un centre de simulation haute-fidélité et une session d'une journée de exercices de simulation en salle utilisant un mélange de jeux de rôle, d'exercices utilisant des formateurs à tâches partielles et une combinaison vieillissante pour simuler l'expérience d'être plus vieux. *Utilisation d'une combinaison de mannequins et d'acteurs au cours d'une journée. *Evaluation de méthodes mixtes : observations de l'échelle d'évaluation de la confiance du programme, avant et après le cours; *Entretiens de suivi avec le personnel 7 à 9 semaines après la formation.</p> <p>2. Compétences non techniques: Travail d'équipe, communication patient/parent et soins empathiques et sensibles</p>	<p>1. Environnement d'apprentissage actif;</p> <p>2. Interactivité du programme: aide à maintenir l'intérêt et le plaisir</p> <p>2. Débriefing: *Réflexivité: permet de comprendre comment communiquer avec les proches, auto-évaluation honnête; *Efficace: permet différentes communications interpersonnelles, émotions ou points de focalisation.</p>	<p>1. Amélioration de la confiance en soi;</p> <p>2. Encouragement des soins dignes et de la compassion envers les personnes âgées ;</p> <p>3. Travail d'équipe renforcé grâce à une compréhension plus claire des rôles et des limites et une sensibilisation à l'impact de leurs actions sur les autres;</p> <p>4. Amélioration de l'expérience du patient car réflexion sur l'importance de passer plus de temps à connaître les patients;</p> <p>5. Comprendre les besoins spécifiques des personnes âgées: se mettre à la place des patients;</p> <p>6. Être professionnel et communiquer efficacement avec les patients, utiliser le temps passé avec les proches ;</p> <p>7. Communication empathique et sensible avec les patients et les proches, ainsi que la dignité et l'intimité dans les relations personnelles.</p>

8.2. ANNEXE 2

Grade des recommandations	Articles incluses dans cette revue de littérature
A <i>Preuve scientifique établie</i>	
B <i>Présomption scientifique</i>	(30), (31), (34), (37), (36), (37), (39)
C <i>Faible niveau de preuve scientifique</i>	(29), (32), (33), (38)

Tableau 3: Niveau de preuve des études incluses

8.3. ANNEXE 3

Le tableau 4 ci-dessous démontre la qualité de données des trois études qualitatives incluses :

Questions of the CASP qualitative check-list tool	Réponses		
	(29)	(35)	(36)
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Yes	Yes	Yes
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Yes	Yes	Yes
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Yes	Yes	Yes
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Yes	Yes	Yes
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Yes	Yes	Yes
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Can't tell	Can't tell	Can't tell
7. Have ethical issues been taken into consideration?	Yes	Yes	Non
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Yes	Yes	Yes
9. Is there a clear statement of findings?	Yes	Yes	Yes
10. How valuable is the research?	Yes	Yes	Yes

Tableau 4: Evaluation études qualitatives par l'outil CASP (27)

Le tableau 5 ci-dessous démontre la qualité de données des trois études quantitatives incluses et le tableau 6 les cinq articles mixtes :

Category of study designs	Methodological quality criteria	Réponses		
		(31)	(34)	(38)
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	Yes	Yes	Yes
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes	Yes	Yes
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	Yes	yes	Yes
	4.2. Is the sample representative of the target population?	Non	yes	Yes
	4.3. Are the measurements appropriate?	Yes	yes	Yes
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	Can't tell	Can't tell	Yes
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	Yes	Yes	Yes

Tableau 5: Evaluation études quantitatives par l'outil MMAT (28)

Category of study designs	Methodological quality criteria	Réponses				
		(30)	(32)	(33)	(37)	(39)
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?	Yes			Yes	Yes
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	Yes			Yes	Yes
	3.3. Are there complete outcome data?	Non			Yes	Yes
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?	Yes			Yes	Yes
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?	Can't tell			Can't tell	Can't tell
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?		Yes	Yes		
	4.2. Is the sample representative of the target population?		Yes	Yes		
	4.3. Are the measurements appropriate?		Can't tell	Yes		
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?		Yes	Non		
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?		Non	Yes		
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	Non	Yes	Yes	Yes	Non
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	Can't tell	Yes	Yes	Yes	Yes
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	Non	Non	Yes	Yes	Yes

Tableau 6: Evaluation études mixtes par l'outil MMAT (28)