



UFR Sciences de l'homme et de la société  
Département des sciences de l'Éducation

MASTER 2 professionnel  
Ingénierie et Conseils en Formation  
Formation Ouverte A Distance  
MEMOIRE

**Quelle différenciation identitaire est induite et renforcée chez les formateurs en  
Institut de Formation en Soins Infirmier, par l'introduction de  
la simulation moyenne et haute-fidélité, dans le dispositif de formation ?**

CARLE Gisèle  
21313027

Sous la direction de Mr GUIRIMAND Nicolas  
Septembre 2014

## Attestation d'authenticité

Je, soussigné : CARLE Gisèle

Etudiante de : Master 2 Ingénierie et Conseils en Formation 2013-2014

Etablissement : Université de Rouen

Certifie que le texte soumis ne comporte aucun passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à Saint-Etienne, le 21/05/2014

Signature de l'étudiant(e).

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les EPCSCP. La fraude par plagiat relève de la compétence de la section de discipline de l'Université. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié

## REMERCIEMENTS

Commencer un mémoire de recherche, c'est escalader l'Everest. Un exploit mais pas impossible si on s'en donne les moyens.

Les débuts sont idylliques : la joie d'avoir été sélectionné, la fierté de reprendre ses études, des idées à la minute. Le temps passe, file à toute vitesse et tout devient effrayant. Il faut s'organiser, il est amusant de se rendre compte que, nous, professionnels de la formation, donnons des conseils à nos étudiants mais que nous sommes incapables de mettre en pratique de facto. Il est difficile de tout concilier, tout devient priorité, l'équilibre entre votre famille, votre travail, vos études est difficile à trouver. Les questions liées aux divers travaux ne cessent de s'amonceler mais le temps file entre nos doigts et les questions génèrent d'autres questions.

Mes remerciements vont donc en premier lieu à mon directeur de mémoire, pour sa patience et son professionnalisme, de même que l'ensemble de l'équipe de l'université qu'elle soit pédagogique ou administrative.

Je remercie également mon conjoint et ma fille pour leur soutien sans faille, leur patience dans ces moments de doute.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont contribué de près comme de loin à ce travail.

## SOMMAIRE

<u>Attestation d'authenticité</u>	<u>P.1</u>
<u>Remerciements</u>	<u>P.2</u>
<u>Sommaire</u>	<u>P.3</u>
<u>Introduction</u>	<u>P.4</u>
<u>Première partie</u>	<u>P.5</u>
1 Le constat de l'évolution des attentes et des usagers en matière de santé	<u>P.5</u>
2. L'évolution des techniques médicales et des nouvelles technologies	<u>P.6</u>
3. La simulation en santé ; un outil didactique prometteur ?	<u>P.7</u>
4 Le projet de l'IRFSS Croix-Rouge de St Etienne	<u>P.15</u>
5 Quels changements pour les structures et les acteurs	<u>P.18</u>
6 La question de départ	<u>P.21</u>
7. L'évolution du processus apprendre dans la formation en soins infirmiers	<u>P.22</u>
8. La place du formateur dans le dispositif de formation par simulation	<u>P.33</u>
9. L'innovation pédagogique	<u>P.35</u>
10. Les théories de l'organisation	<u>P.37</u>
11. L'identité professionnelle	<u>P.40</u>
12. La nécessité d'une réflexion pédagogique	<u>P.42</u>
<u>Deuxième partie : De la problématique vers les hypothèses</u>	<u>P.45</u>
<u>Troisième partie : Méthodologie et ses résultats</u>	<u>P.46</u>
13. Choix de la méthodologie	<u>P.46</u>
14. Les entretiens	<u>P.46</u>
15. Le choix des formateurs interviewés	<u>P.48</u>
16. Le déroulement de entretiens	<u>P.48</u>
17. Les méthodes de travail	<u>P.49</u>
18. L'analyse des résultats	<u>P.49</u>
19. La vérification des hypothèses	<u>P.76</u>
20. Les préconisations	<u>P.76</u>
<u>Conclusion</u>	<u>P.78</u>
<u>Table des matières</u>	<u>P.79</u>
<u>Bibliographie</u>	<u>P.81</u>
<u>Annexes</u>	<u>P.84</u>

## INTRODUCTION

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires promulguée le 21 juillet 2009<sup>1</sup> et publiée au journal officiel du 22 juillet acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle propose, en particulier une réflexion sur de l'évaluation des pratiques professionnelles, du perfectionnement des connaissances, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La Haute Autorité en Santé<sup>2</sup>, dans **le programme national pour la sécurité des patients** de Février 2013 met en avant dans ses recommandations de faire du retour d'expérience le socle de l'apprentissage de la sécurité, de faciliter l'appropriation par les professionnels de la méthode du retour d'expérience et de renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels en intégrant systématiquement la sécurité des soins à la formation initiale de tous les professionnels de santé avec le respect du principe « **jamais sur le patient la première fois** »

Ces éléments du rapport incitent donc les professionnels de la formation à réfléchir sur les processus d'apprentissage, à réinterroger leurs méthodes pour être en adéquation avec les recommandations.

---

<sup>1</sup><http://www.santé.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>, Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire », consulté le 12 décembre 2013.

<sup>2</sup><http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>, consulté le 12 décembre 2013.

# PREMIERE PARTIE

## 1. Le constat de l'évolution des attentes et des besoins des usagers en matière de santé

L'évolution de notre société, en matière de santé implique que les attentes et les besoins des usagers soient en permanence en corrélation avec l'offre de soins. Ainsi chaque gouvernement se doit de mettre en œuvre des enquêtes pouvant aboutir à l'introduction de nouvelles lois dans notre législation.

### 1.1 La législation

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires promulguée le 21 juillet 2009<sup>3</sup> et publiée au journal officiel du 22 juillet acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle propose, en particulier une réflexion sur l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### 1.2 Le Programme National pour la Sécurité des Patients

Le rapport de la Haute Autorité en Santé intitulé, Le Programme National pour la Sécurité des Patients - Février 2013<sup>4</sup> met en avant les recommandations suivantes :

Dans le volet *Axe 3 : Formation, culture de sécurité, appui*, l'objectif général est de faire du retour d'expérience le socle de l'apprentissage de la sécurité et de faciliter l'appropriation par les professionnels de la méthode du retour d'expériences.

Un des constats établis dans le cadre des travaux d'élaboration du Programme est qu'à l'inverse de certains secteurs de l'activité socio-économique, tels que l'industrie ou les transports, le milieu des soins ne s'appuie encore que très peu sur le retour d'expériences pour concevoir et gérer la sécurité de ses activités. La participation au retour d'expériences doit être facilitée par la mise à disposition des outils nécessaires et, particulièrement, par l'instauration d'un état d'esprit non stigmatisant vis-à-vis de l'erreur.

---

<sup>3</sup> Op-cit p.2

<sup>4</sup> Op-cit p.2

Le Pr Granry et le Dr Moll du Centre Hospitalier d'Angers vont ainsi réaliser un état des lieux de la simulation en santé et formuler des recommandations susceptibles de favoriser son déploiement en France dans le champ du développement professionnel continu.

Un autre objectif de ce programme est de renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels en intégrant systématiquement la sécurité des soins à la formation initiale de tous les professionnels de santé avec le respect du principe « **jamais sur le patient la première fois** » pour l'apprentissage des actes techniques et gestes invasifs. Cet objectif est ainsi, de faire de la simulation en santé sous ses différentes formes une méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité et de développer la simulation pour l'apprentissage des bonnes pratiques (actes, conduites à tenir), la validation de compétences, la reprise de confiance pour le professionnel, la gestion des risques associés aux soins simulés, la reconstitution d'événements indésirables graves, la gestion de crise (annonce d'un dommage...).

Ces recommandations nous incitent donc en tant que professionnels de la formation à réfléchir sur nos processus d'apprentissage et à les remettre en question pour être en adéquation avec ces dernières.

## **2. L'évolution des techniques médicales et des nouvelles technologies**

Le monde médical est en perpétuelle évolution grâce à la recherche médicale et aux évolutions techniques. Les évolutions extrêmement rapides sont principalement liées aux progrès dans les domaines non médicaux (informatique, armement...) qui permettent le transfert en médecine de techniques de pointe : imagerie, robotisation, miniaturisation. Le rapport de la mission sur les nouvelles attentes du citoyen<sup>5</sup> met en évidence la place du patient dans le dispositif de santé en regard de son évolution.

Les apports positifs de la simulation ont été confirmés par une étude publiée en 2011 dans le JAMA (The Journal of the American Medical Association), mais son développement est encore récent en France, mais en forte expansion. Ainsi, plus de 174 établissements et 101 écoles mettent en œuvre ces techniques, selon l'article du 09.01.2012 communiqué par l'HAS et le JAMA<sup>6</sup>. En permettant l'actualisation des connaissances, l'acquisition de compétences techniques et de communication, l'évaluation des connaissances et des pratiques,

---

<sup>5</sup> [http : //www.sante.gouv.fr /Rapport nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé](http://www.sante.gouv.fr/Rapport_nouvelles_attentes_du_citoyen_acteur_de_sant%C3%A9), consulté le 12 décembre 2013.

<sup>6</sup> <http://jama.jamanetwork.com /article>, Communiqué HAS « Simulation en santé : état des lieux et perspectives de développement » et JAMA 2011; Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis, consulté le 12 décembre 2013.

l'entraînement aux situations « à risque pour le patient » voire la reconstitution d'accidents graves, la simulation s'inscrit comme un outil incontournable.

Le programme national pour la sécurité des patients rédigé par le Pr Granry et le Dr Moll<sup>7</sup>, met en avant la nécessité de réfléchir en termes de sécurité dans les soins à de nouveaux objectifs et il stipule que « *quel soit le domaine auquel elles s'appliquent, les méthodes de gestion des risques associés aux soins doivent privilégier le retour d'expérience..., dans le cadre d'une coordination entre les différents professionnels* ».

La sécurité des soins doit être enseignée dans toutes les formations initiales des professionnels de santé sans exception. Faciliter l'appropriation par les professionnels de la méthode du retour d'expérience pour améliorer les pratiques est un pilier de la pédagogie réflexive.

En réponse à l'évolution des attentes et des besoins des usagers en matière de santé, il est primordial que les professionnels de santé soient en capacité de s'adapter à de nouvelles prises en charge des patients. Les organismes de formation doivent pouvoir former des professionnels réflexifs s'inscrivant dans un exercice professionnel conçu dans le cadre d'un chaînage permanent des compétences individuelles au sein d'une l'équipe de soin pluridisciplinaire. La simulation en santé est un maillon qui permet d'acquérir des connaissances, de renforcer les acquis sans risque pour le patient, de faciliter la réflexion en groupe, d'améliorer la confiance en soi.

### **3. La simulation en santé : un outil didactique prometteur ?**

*« Je suis intimement convaincu que la formation par simulation contribue à renforcer la qualité des soins et nous permet de répondre aux attentes de demain. »*

Roger Lian<sup>8</sup>, doyen du département de la santé, des soins et des soins infirmiers, Université de Gjøvik, Norvège.

Nous avons pu constater que, dans le domaine de la santé, l'usage de nouvelles techniques de soins assujetties à des technologies de plus en plus complexes est en constante évolution. Ces outils novateurs engagent des changements dans le domaine de la formation et en particulier dans la formation par situations simulées.

---

<sup>7</sup> <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>, consulté le 12 décembre 2013.

<sup>8</sup> <http://www.laerdal.com/fr/UserStories/42189533/Simulation-dans-le-cadre-de-la-formation-aux-soins-infirmiers>, consulté le 12 décembre 2013.



### 3.1 La simulation en santé

Largement utilisée dans le monde, la simulation en santé l'est beaucoup moins en France. De la définition encyclopédique à une version plus commune, la simulation a plusieurs significations.

Dans ce propos, nous nous attarderons surtout à définir la simulation en tant que méthode d'enseignement.

D'après le dictionnaire historique de la langue française « Le Robert », le verbe « simuler » est emprunté au XIV<sup>e</sup> siècle au latin classique « simulare » ayant pour sens de « représenter exactement », « copier », « imiter », « feindre », « prendre l'apparence de »...« donner pour réel ce qui n'est pas, en imitant l'apparence de la chose à laquelle on veut croire ».

Le mot « simulation » désigne, selon le dictionnaire Larousse, la représentation du comportement d'un processus physique, industriel, biologique, économique ou militaire au moyen d'un modèle matériel dont les paramètres et les variables sont les images de ceux du processus étudié (les modèles de simulation prennent le plus souvent la forme de programmes d'ordinateurs auxquels sont parfois associés des éléments de calcul analogique).

D'après le « Petit Larousse » la simulation désigne une « méthode de mesure et d'étude consistant à remplacer un phénomène, un système à étudier par un modèle plus simple, mais ayant un comportement semblable ». Cette méthode permet alors d'exercer des actions sur des modèles semblables à la réalité et d'en observer les résultats tout en s'affranchissant des contraintes éthiques, financières, déontologiques et techniques de l'élément réel. Il s'agit donc d'une méthode intéressante pour l'apprentissage d'un savoir-faire pour lequel un enseignement direct s'avère impossible. L'objectif étant d'adopter des comportements qui seront attendus en pratique.

La simulation en soins consiste donc à reproduire des situations en étant le plus proche de la réalité.

### 3.2 L'historique de l'évolution des techniques d'enseignement en santé

Angélique Du Coudray<sup>9</sup>, sage-femme, créa en 1778 un mannequin, la « Machine » représentant, en grandeur réelle, la partie inférieure du corps d'une femme, une poupée de la taille d'un nouveau-né et différents accessoires montrant, entre autres, l'anatomie de la

---

<sup>9</sup> [http://wikipedia.org/wiki/Angélique\\_du\\_Coudray](http://wikipedia.org/wiki/Angélique_du_Coudray), consulté le 12 décembre 2013.

femme, un fœtus à sept mois, des jumeaux et qui servait à enseigner l'art des accouchements. Elle a ainsi permis, selon sa propre formule, de « rendre l'enseignement palpable ».

À partir de 1910 et jusqu'au milieu des années 70, Madame Chases (du nom de sa conceptrice, fabricante de jouet), un mannequin en bois, est utilisé par les élèves infirmières du Hartford Hospital Training School of Nurses, pour la pratique des soins de nursing. Ce modèle sera perfectionné au cours des années.

Le fabricant de jouet Asmund Laerdal, déjà concepteur de patients factices pour l'armée, développe avec deux médecins un mannequin « *Resusci Anne* » au début des années 60. Ce mannequin a révolutionné la formation à la RCP (réanimation cardio respiratoire), non seulement par son efficacité pour enseigner les techniques de RCP mais également par sa capacité à permettre à des millions de personnes à travers le monde d'acquérir les techniques pour sauver des vies.

À la même époque, Stephen Abrahamson et Judson Denson mettent au point le premier mannequin contrôlé par ordinateur. Il sera le modèle qui inspirera, par ses capacités et son réalisme, les mannequins haute-fidélité actuels.

Dès le début des années 1980 et l'avènement des simulateurs, des formations par simulation ont été mises en place dans les secteurs de l'aéronautique et de la marine. L'objectif était double: non seulement améliorer la sécurité de ces activités à risque mais aussi permettre d'entraîner les professionnels tout en limitant l'impact financier car si nous prenons l'exemple de l'aéronautique « il est moins coûteux de former par simulation que de faire voler un avion de ligne à vide ». Très rapidement, il est apparu qu'outre les moyens technologiques qui permettaient la formation aux procédures, dans des situations plus complexes, il existait aussi un facteur humain majeur dans l'analyse des erreurs.

C'est pourquoi, l'évolution s'est faite vers des simulateurs « pleine échelle » reproduisant fidèlement l'environnement de travail: atmosphère, outil de travail et interactivité entre collègues. Ces simulateurs « haute-fidélité » ont permis d'établir des scénarii plus complexes, plaçant ainsi l'individu face à des situations de crise où l'incident potentiel n'était plus seulement un défaut technique mais parfois une défaillance humaine.

L'évolution vers ces simulateurs au plus proche de la réalité a donc permis de concilier non seulement l'entraînement aux procédures mais également l'analyse et l'exploitation des ressources humaines; autrement dit apprendre à gérer des conflits, des problèmes de communication et des problèmes de distraction tout en gérant l'incident technique. La simulation est devenue, dans ces industries à risque, un outil de formation continue incontournable qui améliore le savoir-faire et la sécurité des pratiques.

### **3.3 Les orientations de la simulation en soins**

La simulation permet d'acquérir des connaissances, de renforcer les acquis sans risque pour le patient, de faciliter la réflexion en groupe et d'améliorer la confiance en soi. Pour développer les compétences, la simulation d'une situation d'apprentissage en Institut de Formation en Soins Infirmiers au plus près de la situation professionnalisante vécue en stage est certainement un gage de qualité, en « catalysant » l'approche réflexive de l'apprenant en vue du transfert pour la réalisation du soin en autonomie.

Elle favorise l'apprentissage « actif ». Elle permet de reproduire une grande variété de situations rares.

Dans le rapport de l'HAS, les deux experts font émerger des constats dont ceux d'une satisfaction des participants, d'un changement dans les comportements avec une meilleure communication et travail en équipe, du renforcement des compétences techniques comme la réanimation cardiorespiratoire, l'aptitude à la fibroscopie, de l'amélioration des compétences des étudiants en médecine, des professionnels dans le domaine de l'obstétrique.

La formation par simulation est constamment associée à une amélioration significative des connaissances, des pratiques et des comportements.

Les experts présentent également les limites de la simulation. Et, en premier lieu le coût important pour les simulateurs « haute-fidélité. » Ils notent également que l'aspect évaluation, le regard extérieur, peut être un frein à la volonté de participer. Il est donc primordial d'insister sur le caractère formatif de l'expérience, qui ne doit pas être vécu comme un jugement sur ses compétences mais au contraire un outil pour les développer et apprendre, le cas échéant, de ses erreurs.

### **3.4 L'ouverture des centres de simulations en santé**

Les premiers centres de simulation « haute-fidélité » vont ouvrir leurs portes aux Etats-Unis dans les années 1990. Ils seront suivis de près par le Canada qui ouvrira son premier centre en 1995 à Toronto. Mais leur nombre reste encore limité car, si la simulation a fait ses preuves en terme de prévention des risques industriels, dans le domaine de la santé elle ne le permet pas encore.

Cependant, la simulation en santé va prendre un tournant dans les années 2000 avec la publication aux Etats-Unis en 2001 du rapport « To err is human »<sup>10</sup> et à l'enquête ENEIS<sup>11</sup> en France, qui mettent en évidence l'implication du facteur humain dans les erreurs médicales. Ce rapport va provoquer une réelle prise de conscience incitant le développement de la simulation pour diminuer non seulement la fréquence des erreurs médicales mais aussi leurs conséquences.

Le développement de la simulation en Europe est, quant à lui, plus récent et plus particulièrement en France selon l'étude de l'HAS et du JAMA avec 174 établissements de santé pratiquant des techniques de simulation et 101 écoles mettant en œuvre des techniques de simulation, comme nous l'avons cité préalablement.

Cette étude s'intéresse plus spécifiquement aux méthodes « haute-fidélité » et constate que parmi ces 275 établissements, seuls 6% utilisent des techniques de simulation « haute-fidélité » avec matériel.

La simulation « haute-fidélité » en France n'en est donc qu'à ses prémices bien qu'elle présente de nombreux avantages et qu'il semble se dégager de grands bénéfices à cette méthode pédagogique. Les centres de simulation se développent peu à peu depuis 2009 notamment avec l'ouverture d'Illumens<sup>12</sup> (Paris Descartes/AP HP), un des premiers centres français.

### **3.5 Les degrés de fidélité de la simulation et le simulateur clinique**

Ross Jeffries (2005)<sup>13</sup>, professeur à l'Université d'Indiana (Etats-Unis) la définit ainsi : « *La simulation clinique est une activité qui imite la réalité d'un milieu clinique et qui a pour objectif de démontrer des procédures tout en contribuant au développement du jugement clinique et de la pensée critique, grâce à l'utilisation de stratégies pédagogiques comme les jeux de rôles et d'outils interactifs comme les vidéos et les mannequins* » (traduction libre).

Une simulation clinique de « basse-fidélité », c'est l'utilisation par exemple, d'un bras de perfusion statique pour l'enseignement de la phlébotomie (ponction veineuse). Il s'agit d'une simulation clinique « basse-fidélité » parce que le matériel imite un bras et le système veineux, mais il est statique et donc moins réaliste.

---

<sup>10</sup> <http://www.csen.com/err.pdf> « To err is human ». Building a Safer Health System. 1999. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C., abstract détaillé consulté le 12 décembre 2013.

<sup>11</sup> <http://www.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis.html>, consulté le 12 décembre 2013.

<sup>12</sup> <http://www.ilumens.org/>, consulté le 12 décembre 2013.

<sup>13</sup> [http://www.thefreelibrary.com/A+framework+for+designing/Jeffries+Ross+Pamela+\(2005\),+A+framework+for+designing+implementing+and+evaluating+simulations+used+as+teaching+strategies+in+nursing,+Nursing+Education+Perspectives,+N°26](http://www.thefreelibrary.com/A+framework+for+designing/Jeffries+Ross+Pamela+(2005),+A+framework+for+designing+implementing+and+evaluating+simulations+used+as+teaching+strategies+in+nursing,+Nursing+Education+Perspectives,+N°26), consulté le 23 Mars 2014.

La simulation qui nécessite la participation d'acteurs ou formateurs/acteurs endossant les rôles de patients est considérée comme une activité de simulation clinique de « moyenne-fidélité ». Les patients simulés ont des rôles plus ou moins élaborés en fonction du scénario. Ce sont des rôles de patients standardisés où les acteurs/formateurs sont spécialement formés à jouer un cas clinique et de façon répétitive. Cette approche, qui a fait ses preuves, a été développée dans les années 1980 par Harden et Gleeson (1979)<sup>14</sup>, des chercheurs du domaine médical. Ils ont développé l'examen clinique objectif structuré (ECOS ou OSCE pour *objective structure clinical examination*) qui permet notamment d'évaluer la communication et la relation d'aide dans un contexte réaliste qui fait appel au jugement clinique.

Enfin, le mannequin simulateur « haute-fidélité », est un outil à la pointe des technologies de l'informatique et de la robotique, qui représente le nec plus ultra de la simulation clinique « haute-fidélité ».

Ce mannequin est doté de capteurs électroniques qui lui permettent de réagir aux consignes du formateur, ainsi qu'aux interventions des étudiants.

Il exécute des scénarios préprogrammés par ordinateur afin de reproduire, en toute sécurité, une variété infinie de situations cliniques pour une normalisation des séquences pédagogiques auprès des étudiants. Ce type de mannequin peut simuler l'état clinique global d'un patient, y compris ses paramètres vitaux.

Nous constatons, que de nos jours, des outils des plus simples aux plus complexes coexistent, du support pour les gestes techniques, encore appelés matériels « basse-fidélité » (bras, tête à intuber...) au mannequin informatisé « haute-fidélité » (mannequins complets électroniquement compétents), en passant par des simulateurs en réalité virtuelle (cœlioscopie, endoscopie...) qui permettent une immersion des étudiants dans un milieu qui se veut le plus proche de la réalité en terme d'environnement et qui cherche également à reproduire une fidélité psychologique des situations. Les professionnels peuvent ainsi interagir avec le « patient-mannequin » voire même, discuter avec lui.

### **3.6 Le déroulement d'une séance de simulation en soins**

Selon la fiche technique établie par l'HAS, et en regard des bonnes pratiques, une séance de simulation élaborée par des formateurs concepteurs doit permettre l'identification d'objectifs pédagogiques. Un scénario<sup>15</sup> prenant en compte un environnement réaliste est

---

<sup>14</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/763183>/Harden R.M. et Gleeson F.A. (1979) Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination, *Medical Education*, N°13, consulté le 23 Mars 2014.

<sup>15</sup> Voir annexe 1 : guide de préparation

rédigé, le scénario doit tenir compte de la faisabilité en matière d'équipements, de matériel et de type de mannequin. La préparation des salles, du matériel vidéo est aussi à envisager et le rôle des formateurs dans cette organisation est à définir. Nous pouvons constater que l'HAS stipule que la mise en œuvre est organisée par un formateur formé à la simulation, ce qui implique la nécessité de formation et d'obtention par exemple de Diplôme Universitaire de Formation de Formateur à l'Usage de la Simulation pour l'enseignement des métiers de la santé.

Les séquences pédagogiques de simulation sont organisées en petits groupes d'environ 6 à 10 apprenants encadrées par des formateurs.

Les étapes de la méthode basée sur l'utilisation de la simulation en santé se décomposent en un schéma préétabli et comprenant trois phases.

La première étape, que l'on nomme le briefing est la présentation du cadre, des objectifs de la séance, du scénario, du contexte, du matériel et des équipements. Cette étape permet aux formateurs de rappeler les règles de confidentialité, les règles déontologiques (liées à l'enregistrement vidéo) et de mettre en avant un élément essentiel : l'absence de jugement porté sur les actions mises en œuvre par les participants. Cette étape est importante dans son but d'apprendre les uns des autres, de ne pas participer à un exercice humiliant en cas d'erreurs. Par la répartition des rôles, la présentation du cas clinique, son contexte, le briefing permet la phase de contextualisation<sup>16</sup>.

Il est suivi par le déroulement de l'exercice de simulation, qui consiste à prendre en charge une situation clinique concrète par groupe de deux ou trois apprenants. La séance est filmée grâce à des caméras. Cet enregistrement permet la retransmission simultanée de la prestation des étudiants-acteurs au reste du groupe, l'observation par les étudiants du reste du groupe et l'observation par un formateur.

Le formateur-pilote du mannequin a un rôle actif, il doit faire évoluer le scénario pour maintenir les apprenants en situation de résolution de problème, évaluer la prestation des apprenants. Selon le scénario, l'utilisation de mannequins « haute-fidélité » sera nécessaire et impliquera donc une connaissance de la technologie pour son bon fonctionnement, ainsi que la collaboration d'autres formateurs-acteurs du scénario, si besoin.

L'utilisation de la vidéo amène obligatoirement l'acquisition de compétences en informatique pour les formateurs, ainsi que l'appropriation du scénario. Un deuxième formateur est surtout chargé d'évaluer la scène et d'intervenir dans le scénario en tant qu'aide. La présence d'un troisième formateur peut être requise en tant que formateur-acteur, mais cela

---

<sup>16</sup> Voir annexe 2 : Guide du briefing

ne s'improvise pas, il faut s'approprier la situation et le rôle. Emerge alors le questionnement des formateurs sur leurs capacités d'acteurs.

La troisième étape est le débriefing structuré en trois phases, la description des actions mises en œuvre par les apprenants, l'analyse des pratiques et des performances et la synthèse. Le débriefing est une étape importante pour les échanges, la réflexion collective, l'accompagnement réflexif, il suit immédiatement l'étape de l'exercice de simulation. En présence des formateurs, des observateurs (les autres étudiants), les acteurs vont pouvoir relater leurs actions, leurs impressions, leurs ressentis grâce à l'enregistrement vidéo. Le formateur, doit par la sollicitation des étudiants-observateurs, permettre aux étudiants-acteurs de réaliser une auto-analyse de leur prestation, dans un climat de confiance, sans agressivité. Tous les participants doivent pouvoir s'exprimer afin d'élaborer une critique constructive sans mettre en difficulté les étudiants-acteurs.

Un des éléments importants de cette formation par simulation est l'aspect émotionnel ; En effet, à chaque instant l'apprenant peut se sentir en difficulté.

Selon le Pr Granry et le Dr Moll<sup>17</sup>, la simulation « *donne à voir des compétences, les échecs, questionne l'égo [...] et peut susciter une émotion réelle des participants* ».

Nous constatons que le déroulement d'une séance de simulation en soins nécessite de la part des formateurs des postures différentes, à la fois pédagogiques dans un objectif d'apprentissage ou de consolidation des savoirs et non de jugement, et techniques pour pouvoir manipuler les différents appareils (mannequins, vidéo...) et enfin des dispositions d'acteurs.

L'introduction d'un nouvel outil technologique dans un dispositif de formation engage les structures de formation, pour ce qui nous concerne la formation en soins infirmiers, vers des modifications des profils des formateurs.

Il est donc important pour les instances institutionnelles de réfléchir à l'impact de cette innovation pédagogique sur une équipe pédagogique.

---

<sup>17</sup> <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>, consulté le 12 décembre 2013.

## **4. Le projet de l'IRFSS<sup>18</sup> Croix-Rouge de St Etienne**

La Croix-Rouge Française est une association régie par la loi de 1901, plus connue du grand public pour ses activités humanitaires au niveau national avec les différentes campagnes organisées au service des démunis mais aussi à l'échelon international avec ses actions et son rôle d'aide aux populations dans les zones de conflits et/ou de catastrophes.

Le champ de la formation est moins connu, mais il représente une part non négligeable des activités de la Croix-Rouge et rassemble la part la plus importante des salariés de l'association.

Cela représente 559 établissements du domaine sanitaire et médico-social gérés par la Croix-Rouge Française dont 102 instituts de formation professionnelle : infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, aides-soignants, aides médico-psychologiques, puéricultrices, auxiliaires de puéricultures, masseurs kinésithérapeutes, ambulanciers, aides ambulanciers, cadres de santé... mais aussi secrétaires médicales et assistantes sociales.

### **4.1 La filière formation au sein de la Croix-Rouge Française**

Le volet formation de la Croix-Rouge Française s'organise en 3 niveaux :

Le niveau national, représenté par la direction qui donne les grandes orientations.

Le niveau régional, où à partir de 2005 ont été créés les instituts régionaux de formations sanitaires et sociales (IRFSS). Cette décentralisation a été motivée pour une représentation régionale de la Croix-Rouge auprès des organismes de tutelle que représente la région. Une région Croix-Rouge couvre les départements d'une ou plusieurs délégations régionales, l'IRFSS Rhône-Alpes date de janvier 2007.

Le niveau local, représenté par les établissements de formations qui répondent au besoin en formation de la population.

### **4.2 L'Institut de Formation de St Etienne**

L'IRFSS de St Etienne est le seul institut de formation des professionnels de santé de la Loire à dépendre de la Croix-Rouge Française.

L'équipe est composée de 40 salariés représentant 37.27 Equivalent Temps Plein :

---

<sup>18</sup> IRFSS : Institut de Formation Sanitaire et Sociale



1 directeur, 1 responsable des filières, 27 formateurs, 8 secrétaires, 2 documentalistes et 1 agent d'entretien

Ce personnel gère environ 550 étudiants par année de formation, répartis de la façon suivante

Etudiants Infirmiers : +/- 420 (3 promotions d'environ 140 étudiants)

Elèves Aides-soignants : +/- 100

Elèves Aide Médico Psychologique : 45

### **4.3 La simulation à l'IFSI de St Etienne**

Suite à un voyage au Canada en septembre 2010, durant lequel notre directeur eut l'opportunité de visiter une école de formation infirmière utilisant la situation simulée dans leur enseignement, il fut séduit par cette technique et dès son retour, il proposa la mise en œuvre d'un groupe de travail au sein de notre établissement, ce qui d'autre part était en corrélation avec les orientations nationales et la mission confiée par la HAS<sup>19</sup> au Pr Granry et au Dr Moll du CHU d'Angers, fin 2009 : « *Dans le strict cadre du Développement Professionnel Continu et de la prévention des risques associés aux soins, réaliser un examen de l'état de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé et rédiger des préconisations pour la mise en place de plateformes utilisant ces méthodes* ».

La stratégie nationale de la branche formation de la Croix-Rouge pour 2015 a mis en avant les orientations en matière de politique de formation et une attention particulière doit être donnée aux nouvelles technologies (e-formation, la simulation en soins...). De plus, pour répondre aux investissements et à la dotation de la région, l'établissement se doit de proposer une offre de formation innovante et attractive et développer l'offre de formation. La problématique des institutions de formation est de réussir à articuler une stratégie « *production line* » c'est-à-dire préserver de la qualité à tout moment et partout de façon homogène, et une stratégie d'« *empowerment* », processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, donc une stratégie de formation et de développement personnalisée des personnels et des étudiants.

Jusqu'en 2012, la formation des futurs professionnels comportait, à l'IFSI de St Etienne, des séances d'entraînement aux gestes techniques sur mannequins « basse-fidélité », passifs et bien sûr les stages pratiques. La direction, qui souhaitait augmenter la pertinence de

---

<sup>19</sup> [http://www.has-sante.fr/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/simulation_en_sante_-_rapport.pdf), consulté le 16 décembre 2013.

l'enseignement dispensé, a pensé que l'enseignement par la simulation « haute-fidélité » pouvait prendre toute sa place dans la formation.

Des investissements importants pour l'achat de mannequins « haute-fidélité » et la création d'un laboratoire furent donc nécessaires. Entre janvier 2012 et février 2013 les travaux furent réalisés et un groupe de cinq formateurs suivit une formation au centre de simulation de Chambéry 73, formation ayant pour objectif principal la mise en œuvre pratique de situations simulées dans l'apprentissage des métiers de la santé.

#### **4.4 L'innovation pédagogique par la simulation « haute-fidélité » à l'IRFSS de St Etienne**

Sur l'année 2013, les étudiants infirmiers de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> année de formation purent bénéficier d'une séquence de simulation de soins en laboratoire en qualité d'étudiant-acteur ou d'étudiant-observateur dispensée par les formateurs ayant suivi la formation.

A l'issue de chaque séance, l'avis des étudiants sur cette méthode pédagogique permit de percevoir qu'à l'unanimité, les étudiants étaient « emballés » par la simulation; notions ressorties lors de l'évaluation « à froid » des unités d'enseignements concernées par la simulation (enquête de satisfaction demandée à la fin de chaque Unité d'Enseignement). Ils mettaient en avant les critères suivants :

Les scénarii des situations simulées étaient crédibles et proches de la réalité des services, les séances de simulation permettaient la mise en lien entre les apports théoriques et l'approche pratique, c'était un moyen de mobilisation des savoirs ; la place de l'erreur était sécurisante dans le sens où le fait que ce soit une fiction, cela ôtait la pression de la réalité auprès d'un patient.

L'analyse positive des séances de simulation « haute-fidélité » par les étudiants fut prise en compte, mais souleva des problèmes d'organisation, les difficultés de concilier deux promotions de 140 étudiants avec des groupes de 10 étudiants, et en projection de trois promotions pour l'année 2013-2014, plus une promotion de 100 élèves aides-soignants.

Le groupe de formateurs se heurta à des résistances au sein de l'équipe pédagogique, non verbalisées de manière directe, mais sous-jacentes lors de la construction des plannings, des réservations de salles, des demandes d'aide pour l'organisation des séquences. Pourquoi tant d'investissements, pourquoi « tout ça pour ça », pour quel bénéfice ? furent des questionnements émergeant de la part de certains formateurs. Une formatrice nous verbalisa, « *La simulation est un bel outil, mais trop compliqué à mettre en œuvre, ce n'est pas pour*

*moi, nos méthodes pédagogiques à ce jour sont bien en regard du développement des compétences des étudiants... ». A contrario, certains formateurs furent partie prenante pour apporter leur aide dans l'organisation, mais ils furent cependant enclins à des doutes en regard de leurs compétences dans la conduite de séquences, « ok pour être observateur, mais je vous laisse le soin de mener la séquence, je ne suis pas formé... ».*

De même, les formateurs chargés de ces séances durent faire face à des incidents liés à l'utilisation de la technologie, entreprendre des réajustements des scénarii, amener des aménagements et des modifications des locaux dédiés à la simulation.

C'est pourquoi, sur l'année 2013-2014, notre mission au sein de l'équipe de formateurs référents « Situations Simulées » va consister à mettre en place de nouvelles séquences pédagogiques par situations simulées dans le dispositif de formation des étudiants infirmiers et aides-soignants.

Le processus A-C-R-E nous permettra d'analyser les premiers résultats de ces séquences sur les étudiants et les formateurs, de concevoir des scénarii adaptées, de réaliser des séances de simulation et au terme de ce stage de pouvoir identifier l'impact éventuel sur l'équipe pédagogique.

## **5. Les dispositifs d'enseignement par simulations de soins : quels changements pour les structures et les acteurs ?**

L'enseignement aux professionnels de santé cherche à intégrer la notion de performance et de gestion des risques dans les soins, ce qui explique le développement de ces méthodes pédagogiques innovantes, qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en pratiquant des soins centrés sur les patients.

### **5.1 Pour les étudiants**

La simulation, en reproduisant de façon expérimentale des situations au plus proche de la réalité, est devenue un outil incontournable dans les stratégies de réduction des risques et des erreurs. Bien qu'il n'ait pas été démontré à ce jour une amélioration de la sécurité grâce aux techniques de simulation, celles-ci présentent des avantages indéniables. Il a été reconnu

par Bradley et Postlethwaite (2003)<sup>20</sup> qu'un environnement pédagogique proche de la réalité serait favorable pour l'apprentissage.

Non seulement la simulation permet l'apprentissage de compétences techniques, mais aussi de compétences non techniques telles que la communication, l'interaction en équipe. La possibilité de répéter à volonté des situations à haut risque permet un apprentissage dans une ambiance détendue tout en étant constructif. La simulation est un outil de formation qui utilise des moyens modernes de pédagogie. Cette méthode pédagogique ne se conçoit, en formation initiale qu'au sein d'un projet global d'enseignement. Elle est très intéressante pour permettre l'intégration des connaissances théoriques en situation réelle sans danger pour le patient.

En simulation, l'erreur est « permise » c'est la méthode d'apprentissage par l'erreur plébiscitée par les auteurs.

La simulation permettrait d'acquérir des connaissances, de renforcer les acquis et d'améliorer la confiance en soi pour faire face aux situations graves et critiques. La simulation en santé est une méthode de formation basée sur les expériences antérieures, la pratique réflexive et le feedback. Les différentes situations proposées en simulation permettent de développer et d'acquérir des savoirs procéduraux et techniques, de travailler la prise en charge d'événements rares et/ou fréquents (notamment en interdisciplinarité) et la gestion des ressources en situation de crise.

Les objectifs d'apprentissage visent donc à la fois l'amélioration des connaissances, des compétences techniques, ainsi que des facteurs humains, tels que la communication et le travail en équipe, toujours dans une optique d'absence de risque pour les patients. La simulation permet aussi bien d'être utilisée par un novice que par un expert, mais avec des objectifs d'apprentissage différents (cognitifs, psychomoteurs ou affectifs...).

Autre avantage abordé par Beguin (2006)<sup>21</sup>, la possibilité grâce à la simulation, de se mettre en position d'observateur par rapport à une situation clinique donnée, que la simulation n'est pas une copie d'un réel déjà là, elle est au contraire l'instrument qui permet de l'objectiver ; les situations de simulation sont des dispositifs d'échanges entre acteurs; les simulations doivent être conduites pour faciliter un retour réflexif sur l'action. Elle permet aussi de prendre de la distance avec l'action. Il est en effet difficile d'être dans l'action et de comprendre tout ce qui s'y passe. Alors on agit, et on remet à plus tard la compréhension. Un des enjeux des situations de simulation, c'est justement de permettre ces analyses a posteriori, et même d'outiller ce retour réflexif.

---

<sup>20</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14641632>/Bradley Paul et Postlethwaite Keith (2003) Simulation in clinical learning, *Medical Education*, N°37, consulté le 23 Mars 2014.

<sup>21</sup> BEGUIN Pascal (2006), « Une approche opérative de la simulation », *Education Permanente*, N°166, pp 59-74.

Plus spécifiquement dans le secteur de la santé, l'avènement de la simulation a permis de répondre au problème éthique majeur posé par la méthode d'enseignement traditionnel « see one, do one, teach one<sup>22</sup> ». Le bien connu « voir, faire, enseigner » utilisé en milieu clinique ne répond plus aujourd'hui à l'impératif éthique :

« never the first time on the patient ».

Dans ce contexte, la formation des professionnels de santé par la simulation nous apparaît comme indispensable, car un des avantages majeurs de cette méthode d'enseignement est l'absence de risque pour le patient. Bien que la simulation présente de nombreux avantages, le bénéfice de ce type de formation reste difficilement quantifiable car celle-ci s'intègre dans une démarche pédagogique globale incluant divers modes d'enseignement.

La simulation « haute-fidélité », à mi-chemin entre apprentissage théorique et pratique réelle, ne remplace pas l'expérience: « *la simulation ne transforme pas un novice en expert, elle aide le novice à faire ses premiers pas de professionnels dans des conditions de sécurité améliorées* » selon le rapport de l'HAS<sup>23</sup>.

De plus, en regard des limites des stages hospitaliers (hétérogénéité des pratiques cliniques, défaut d'encadrement), les séances de simulation deviennent un complément indispensable à la pratique hospitalière et les salles de simulation un terrain d'apprentissage idéal du raisonnement, sans risque pour le patient. Elles permettent de confronter les étudiants à des situations qu'ils auront l'occasion d'affronter avant leur prise en charge de patients réels et également de les mettre face à des situations complexes et rares, souvent génératrices de stress.

La rencontre avec le terrain confronte les étudiants à la « richesse » de leur futur métier, sa souffrance, ses aléas et surtout au fait qu'il n'y a pas qu'une façon de faire les choses.

Pour Jaffrelot (2009)<sup>24</sup>, « *la simulation se met ici au service de l'action et de la conceptualisation au sens de Piaget, permettant des apprentissages dans l'action, avec une situation professionnelle placée au centre de la réflexion* ». La notion de compétence apparaît puisque l'apprenant mobilise des savoirs pour résoudre un problème. L'acquisition des apprentissages et des enseignements s'effectue ici dans une approche par compétences, et la

---

<sup>22</sup> [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.08.003/Vozelinek John, Huff Stephen, Reznek Martin, Gordon James \(2004\), "See one, do one, teach one: advanced technology", \*Medical Education\*, volume 11, consulté le 23 Mars 2014.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.08.003/Vozelinek%20John,%20Huff%20Stephen,%20Reznek%20Martin,%20Gordon%20James%20(2004),%20%22See%20one,%20do%20one,%20teach%20one%22%3Fq-adv%3Dadvanced%20technology%22%3Fq-med%3Dmedical%20education)

<sup>23</sup> [www.has-sante.fr/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/simulation_en_sante_-_rapport.pdf), consulté le 12 décembre 2013.

<sup>24</sup> JAFFRELOT Morgan (2009), *Projet de développement d'un centre de simulation pour la formation de professionnels en science de la santé*. Mémoire de MASTER 2, Education, clinique et santé, spécialité : Ingénierie des formations en santé, 2009, Université Paris 13

simulation utilise directement les concepts d'apprentissage contextualisé et d'évaluation authentique de l'apprentissage.

## **5.2 Pour les formateurs**

L'importance croissante portée à la sécurité des soins en santé et l'ensemble des avantages théoriques évoqués semblent nous justifier la place grandissante de la simulation en santé.

Les bénéfices de la pédagogie par situations simulées se situent dans « la sécurité pédagogique », en réponse à la recommandation de la Haute Autorité en Santé. Elle permet le développement de compétences chez les étudiants par l'analyse de situations de soins et l'utilisation de la vidéo permettant le retour d'expérience.

Mais, en regard de ces bénéfices réels, apparaissent des difficultés en lien avec une approche pédagogique par les formateurs nécessitant des modifications à la fois organisationnelles, mais surtout ayant un impact sur un dispositif établi et fonctionnel depuis des décennies.

Le schéma d'apprentissage étant modifié par l'introduction d'un nouveau dispositif de formation, notre propre posture de formateur et nos méthodes pédagogiques sont réinterrogées. Des questionnements sur nos capacités professionnelles mais aussi des interrogations sur nos motivations personnelles et individuelles à accepter de se réinterroger sur la posture de formateur apparaissent au sein des équipes pédagogiques.

## **6. La question de départ**

Face à cette innovation pédagogique et technologique, nous nous questionnons sur :

Les incidences générées par l'approche pédagogique et sur l'organisation dans un institut de formation en soins infirmiers de l'introduction d'un programme d'apprentissage par la simulation.

**L'évolution pédagogique par séquences de situations de soins simulées dans un dispositif de formation oriente-t-elle les formateurs vers de nouvelles compétences?**

Pour mieux comprendre le choix de notre thème, nous partons du principe que la compétence n'est pas acquise par l'obtention d'une qualification qui, à notre sens, ne permet que d'exercer son métier. Aujourd'hui, pour rester compétent dans sa profession, l'individu doit rester dans un processus de professionnalisation et effectuer des démarches de formation, se questionner, rechercher, donner du sens à ses expériences et cela tout au long de sa vie. C'est à ce prix que se construit la compétence dans une société en perpétuelle évolution et dans une profession de plus en plus technique.

## **7. L'évolution du processus apprendre dans la formation en soins infirmiers**

Dans son article, Robin Paulard<sup>25</sup>, nous renvoie à l'étude de Ausubel (1968) « *Apprendre, c'est donner du sens à une information nouvelle en la reliant durablement à une connaissance antérieure* » et l'apprentissage reste avant tout « *un processus individuel, actif, constructif, cumulatif et qui se produit lorsque l'apprenant traite activement l'information nouvelle, modifiant ainsi sa structure cognitive* ».

Le regard que nous portons sur le processus de formation oriente significativement le dispositif pédagogique proposé au sujet apprenant.

Etre en cohérence avec le monde du travail et de ce fait repenser ce qui est pertinent comme dynamique d'apprentissage font partie de nos préoccupations. Dans le cadre des formations en soins, se développe de plus en plus une approche didactique centrée sur les savoirs issus de l'analyse de l'activité de l'étudiant en situation d'apprentissage (rédaction de la description et de l'analyse de situations de stage, groupe de parole sur vécu de stage....), et servant au développement de compétences professionnelles inscrites dans le nouveau référentiel de formation. « *Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier* »<sup>26</sup>.

La réforme de la formation en soins infirmiers répond à l'acquisition de compétences, (Art. 42 arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'état d'infirmier et Annexe 2 référentiel de compétences diplôme d'état d'infirmier). Ce nouveau référentiel de formation infirmier implique des changements dans nos pratiques de la formation et incite les équipes pédagogiques à s'interroger sur les processus de travail par compétences et par là même sur les compétences des formateurs.

---

<sup>25</sup> <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article107>/Robin Paulard Isabelle (2012), La simulation haute-fidélité en santé, Adjectif Analyses Recherches sur les TICE, consulté le 16 décembre 2013

<sup>26</sup> BO Santé-Protection sociale-Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009

De plus, la diminution des offres de stage et les recommandations de la HAS<sup>27</sup> amènent les IFSI à élaborer un nouvel accompagnement des étudiants et à mettre en place un rapprochement important entre la formation théorique et les situations de travail. Avec le découpage actuel de la formation, nous sommes face à un paradoxe, notamment en début de formation. En effet, les deux premiers semestres comptent plus de formation théorique que d'apprentissage en stage (37,5% de stage) et nous devons baser notre enseignement sur des situations de soins que les étudiants ne verront pas ou très peu.

L'expérience montre qu'une partie des étudiants ont des difficultés à appréhender les enseignements car ils n'arrivent pas à se représenter la situation, ils n'arrivent pas à transposer les savoirs. La situation simulée est peut-être une aide à cette transposition, une projection pour les aider à matérialiser ce dont ils ont besoin.

L'enjeu de mettre au cœur de nos préoccupations un travail d'articulation entre différents espaces, à savoir l'institut de formation en soins infirmiers avec ses enseignements et le stage clinique.

Le nouveau regard que nous devons porter sur la simulation, et son introduction dans les unités d'enseignement, consiste à réduire l'écart entre l'aspect théorique d'une formation et l'approche pratique, dans de nombreuses situations, lesquelles sont non seulement axées sur la technique de soins, mais aussi sur l'aspect relationnel, la pose de diagnostics infirmiers...

Elle engage de notre part la nécessité d'une prise de recul sur nos méthodes pédagogiques, d'une réflexion d'équipe et de la mise en œuvre d'un nouveau projet de formation dans notre dispositif de formation établi.

La simulation en soins doit contribuer à l'acquisition de compétences par les étudiants, mais elle nous interroge sur nos compétences dans la conception et la réalisation d'un tel dispositif.

Il est donc important pour les équipes pédagogiques de positionner la démarche réflexive et l'analyse des pratiques, comme des dispositifs aptes à répondre aux questionnements et à l'insécurité des formateurs en regard de leurs compétences face à une innovation pédagogique.

---

<sup>27</sup> <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>, consulté le 12 décembre 2013.



## 7.1 La notion de compétence

Le Boterf (2000)<sup>28</sup>, docteur en sociologie, propose une définition : « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données* ».

Une compétence est une combinatoire entre savoir, savoir-faire, savoir-être pouvant être mobilisable par un professionnel et nécessaire à l'exercice d'une activité. Tout individu possède des ressources en savoir, savoir-faire et savoir-être. Pouvoir les mettre en combinatoire, c'est-à-dire associer ces trois savoirs pour agir en situation, permet l'acquisition de compétence.

Une rencontre organisée par notre employeur en juin 2011 avec Mr. Le Boterf pour un travail sur les compétences, nous a permis de mieux situer la mise en place de l'acquisition des compétences au sein de formations et surtout de prendre en compte la progression durant le cursus de formation.

La compétence est contextuelle : elle est liée à une situation professionnelle donnée dans un lieu donné. Cette session de formation, en partenariat avec Mr. Le Boterf, a eu comme conséquence une réinterrogation de notre équipe pédagogique sur la notion de compétence mais a aussi rassuré les formateurs présents sur leurs propres compétences. Face à la mise en œuvre du nouveau programme de formation infirmier de 2009, les nouveaux découpages par UE (unité d'enseignement), nous étions dans une bonne orientation pédagogique.

Joannert (2009)<sup>29</sup>, propose une définition de la compétence comme « ... *la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié, mais coordonné de ressources ; cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation* ».

Dans le cadre de séquences de simulation en soins, les formateurs doivent mettre en œuvre un ensemble de ressources personnelles et professionnelles qui nécessite d'entreprendre une réflexion sur leurs propres ressources et une analyse de leur travail.

Cette définition présente la compétence comme la conjonction de trois invariants : la compétence est relative à une situation dans laquelle elle s'exerce ; elle s'appuie sur des

---

<sup>28</sup> LE BOTERF Guy (2000), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Ed d'organisation, 218 p.

<sup>29</sup> JOANNERT Philippe (2009), *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Ed De Boeck Université, 2ème édition. 97p.

ressources qu'une personne mobilise en situation; elle est fondée sur les actions menées par une personne.

Selon Wittorski (1998)<sup>30</sup>, professeur des Universités « *la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation* ». Nous retrouvons dans cette définition la notion qu'une compétence est une combinatoire de savoir, savoir-faire et savoir-être, mobilisable dans différents contextes ou situations. La nouvelle approche pédagogique par simulation en soins nécessite de notre part une mobilisation différente de nos savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'utilisation de nouveaux outils technologiques, les différentes situations cliniques étudiées dans le déroulement d'une séance de simulation, les réponses, actions et réactions inattendues des étudiants nous soumettent à des situations différentes et inconnues et nous incitent à réfléchir aux objectifs pédagogiques.

Le Boterf va plus loin dans ce concept de compétence en introduisant la notion d'être compétent et d'avoir des compétences pour savoir agir avec compétence en situation.

Les compétences sont les résultantes de trois facteurs : le savoir agir, qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes, le vouloir agir qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif, et le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu.

Nous pouvons mettre en parallèle cette notion avec notre posture de formateur qui possède des compétences déjà mises en activité dans des approches pédagogiques, telles que les cours magistraux, les travaux dirigés, les exploitations de travail de recherche... mais qui, face à des situations nouvelles telles que la simulation en soins, se questionnent sur la notion d'être compétent, décident ou non de s'inscrire dans ce nouveau dispositif en regard de l'organisation proposée par la structure de formation.

Pour Perrenoud (1995)<sup>31</sup>, docteur en sociologie une compétence peut être constituée de plusieurs composantes, « *des savoir-faire de haut niveau, qui exigent l'intégration de multiples ressources cognitives dans le traitement de situations complexes* », « *une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité à les*

---

<sup>30</sup> WITTORSKI Richard (1998), De la fabrication des compétences, *Education permanente*, N°135, pp.57-69.

<sup>31</sup> [http://www.unige.ch/.../perrenoud/php\\_main/php\\_1995/1995\\_08.html](http://www.unige.ch/.../perrenoud/php_main/php_1995/1995_08.html)/Perrenoud Philippe (1995), « Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? », *Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève*, consulté le 20 février 2014

*mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* ». Elle se caractérise par la mobilisation de multiples ressources d'ordres différents, schèmes de perception, de pensée, d'action, d'opinions, de valeurs, de représentations du réel, de savoirs qui se structurent dans un raisonnement permettant de faire face à des situations complexes.

Mais pour Perrenoud (2001)<sup>32</sup>, il faut différencier compétence et capacité :

*« Contrairement à une capacité, qui se définit d'abord par un ensemble d'opérations (langagières ou autres) et les objets (au sens large) sur lesquels elles portent, une compétence se définit d'abord par une classe de situations et ce que j'appellerai un rapport pragmatique à ces situations, sous-tendu par une intention, un projet... On ne peut par exemple penser le travail humain sans identifier des situations de travail prototypiques, qui font appel à des compétences différentes ».*

Notre objectif étant le développement des compétences des étudiants infirmiers et aides-soignants, nous sommes donc amenés à introduire des innovations pédagogiques, pour ce qui nous intéresse (la simulation), donc de nous confronter à de nouvelles situations. Nous devons pouvoir mesurer nos capacités à faire face à ces situations en mobilisant des ressources cognitives afin d'apporter une réponse au besoin des étudiants et mettre en œuvre des actions dont le résultat sera considéré comme conforme en regard du référentiel de formation.

La simulation de situations de soins correspond à une approche pédagogique appropriée pour le développement des compétences des étudiants, mais son introduction dans un programme de formation en soins infirmier favorise l'émergence d'une adaptation de nos compétences de formateur en regard de nouvelles situations d'apprentissage.

## **7.2 Les compétences professionnelles**

Le Medef définit la compétence professionnelle comme une combinaison de connaissances, de savoir-faire, expériences et comportement, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle, à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évaluer.

Pour Levy-Leboyer (2009)<sup>33</sup>, professeur de psychologie, la compétence est *« la mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises,*

---

<sup>32</sup> [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teaching/tc101/competence\\_concept/Perrenoud Philippe](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teaching/tc101/competence_concept/Perrenoud_Philippe) (2001), « Compétences, langage et communication », *Didactique des langues romanes. Le développement de compétences chez l'apprenant*, Bruxelles, De Boeck Duculot, consulté le 20 février 2014

*pour mener à bien une mission complexe dans le cadre de l'entreprise qui en a chargé l'individu, et dans l'esprit de ses stratégies et de sa culture. ».*

Nous retrouvons dans cette définition, les notions de savoir, savoir être, savoir faire des formateurs, les notions de connaissances déjà acquises par les formateurs demandées par un employeur car nécessaires pour l'obtention de résultats.

Pour Zarifian (1999)<sup>34</sup>, sociologue et professeur des Université la compétence est « *la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances,... la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité*».

Selon cet auteur, nous pouvons remarquer que la compétence se caractérise d'une part, par une prise d'initiative et de responsabilité face aux situations dont un individu ou un groupe a la charge et auxquels ils se confrontent, en visant la réussite de leur action.

D'autre part, que la compétence s'appuie sur la mobilisation de l'expérience et de connaissances acquises et enfin que la compétence permet l'existence, le développement, la consolidation et la mobilisation de réseaux d'acteurs qui contribuent directement à la prise en charge des situations.

Dans ces définitions, nous constatons que les enjeux sont à la fois issus du formateur, de sa capacité à accepter des responsabilités, se remettre en question, mais aussi de la structure ou institut de formation lors de la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de formation permettant l'attractivité.

Nous pouvons donc dire qu'un formateur est compétent quand il est en capacité de mobiliser et organiser différents savoirs, gérer ses émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation, analyser le contexte dans lequel il met en œuvre sa compétence.

De plus, nous pensons qu'il doit être en mesure transférer cette compétence dans différentes familles de situations et qu'il doit prendre conscience que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique le questionnant alors sur la valeur de sa compétence.

Ainsi, pour qu'un formateur puisse acquérir et mettre en œuvre une compétence, il doit s'attacher à mener une activité réflexive, c'est-à-dire d'être en capacité d'analyser son

---

<sup>33</sup> LEVY-LEBOYER Claude (2009), *La gestion des compétences*, Paris, Ed d'organisation, 2ème édition, pp.22.

<sup>34</sup> ZARIFIAN Philippe (1999), *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*, Paris, Ed Liaisons, p70.

travail. Ceci est en corrélation avec notre fonction de formateur, qui dans un contexte pédagogique, nous incite à mener une démarche réflexive.

### 7.3 La notion de réflexivité

Schön (1994)<sup>35</sup>, professeur des universités, est considéré comme un des auteurs ayant le plus étudié la notion de réflexion et de son rôle dans la vie professionnelle. Il est à l'origine du constat que réflexion et savoir professionnel ne peuvent se concevoir l'un sans l'autre. En effet, selon cet auteur, la réflexion permet au professionnel de développer et d'étendre les savoirs inhérents à son champ de pratique.

Schön définit le champ de référence du savoir comme une combinatoire entre les connaissances issues de la pratique par rapport aux connaissances formelles. Pour un professionnel, réfléchir à la façon dont il peut utiliser avec discernement ses savoirs implicites et ses compétences va lui permettre de développer et étendre les savoirs de son champ de pratiques.

Pour cet auteur, cette réflexion est ancrée dans une volonté de ne pas réduire une définition du métier à sa simple tâche mais elle engendre une crise de confiance du savoir professionnel, crise d'autant plus importante en lien avec l'apparition des changements technologiques qui ont exigé du professionnel une adaptabilité sans précédent.

En regard de notre recherche, nous pouvons penser que la simulation en soins engendre une nouvelle adaptabilité des formateurs.

Comme le souligne Wittorski (2005)<sup>36</sup>, « *professionnaliser un individu, c'est faire en sorte qu'il prenne de la distance par rapport à son action* ». L'entraînement réflexif est un incontournable des formations professionnalisantes. La réflexivité est une démarche méthodologique qui consiste à appliquer des outils d'analyse à son propre travail ou à sa propre réflexion et donc à intégrer sa propre personne dans son sujet d'étude. Elle se définit comme la création du sens qu'un individu met en œuvre en regard de ses actions, lorsqu'il est confronté à une situation.

Quel sens donnons-nous à l'introduction de la simulation dans une formation en soins ?

Une combinatoire de circonstances externes, des pratiques modifiées comme il est question dans notre recherche peuvent contribuer à remodeler une représentation de tous les

---

<sup>35</sup> SCHÖN Donald (1994), *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Ed Logiques, pp. 23 à 44.

<sup>36</sup> WITTORSKI Richard (2005), *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, Ed L'Harmattan, 190 p.

acteurs impliqués. La réflexivité permet d'évaluer la pertinence de ses outils, le degré de volontariat des participants, les conditions de mises en œuvre, et à long terme, la capacité des formateurs à la réinvestir.

L'objectif de la réflexivité est de porter un regard sur notre pratique professionnelle et l'analyse de notre construction cognitive, de nous conduire à une introspection personnelle de formateur dans l'exercice de notre profession, et dans nos manières d'affronter les difficultés rencontrées.

Former les étudiants à l'acquisition de compétence en introduisant un nouveau dispositif ne s'improvise pas et il est en effet important pour toute équipe pédagogique d'avoir une réflexion sur son activité afin de repérer les besoins préalables à la conception d'une action de formation, en particulier pour des séances pédagogiques par situations de soins simulés. Cette réflexion doit permettre aux structures de formation et à nous formateurs de questionner nos rôles dans l'analyse des besoins pour concevoir des dispositifs de formation. Cette posture de réflexivité relève-t-elle de la didactique professionnelle ?, en effet le projet de la didactique professionnelle est celui de l'analyse du travail pour la formation, l'analyse de l'activité pour repérer les besoins préalablement à la conception d'une action de formation.

#### **7.4 La didactique professionnelle**

Les compétences sont au cœur d'un enjeu de notre temps et de notre société. Les nouveaux référentiels de formation font état d'un changement significatif en matière de formation : nous passons d'un système de qualification à un système de compétences. La reconnaissance des compétences doit s'accompagner d'une réflexion sur leur développement : la didactique professionnelle.

Selon Pastré<sup>37</sup>, professeur titulaire de la chaire de communication didactique, « *quand j'ai inventé le terme de didactique professionnelle et essayé d'en définir le concept, on voyait quelque chose qui commençait à surgir dans de nombreuses directions. Le terme de didactique était à l'époque un peu vieillot, maintenant on l'utilise un peu plus, avec notamment le développement des IUFM. Mais le but était d'analyser le travail en vue du développement et de la formation des compétences ; tel est en effet l'objectif de la didactique professionnelle : analyser le travail en vue du développement et de la formation des compétences* ».

---

<sup>37</sup> PASTRE Pierre (2001) « Analyse du travail et didactique professionnelle », *Rencontre du CAFOC de Nantes le 13/11/2001*, [www.cafoc.ac-nantes.fr/ficpdf/publication/analysetravail.pdf](http://www.cafoc.ac-nantes.fr/ficpdf/publication/analysetravail.pdf), consulté le 20 février 2014

En formation infirmier, nous définirions la didactique professionnelle comme le regard sur l'apprentissage du point de vue du développement des compétences. C'est un préalable à la construction de dispositif de formation. Il est donc important pour des formateurs de comprendre que l'analyse des apprentissages est indissociable de l'analyse de l'activité. Il y a une continuité entre agir et apprendre de et dans son activité.

La compréhension de l'articulation entre activité et apprentissage dans un contexte de travail, est reliée à la théorie de la conceptualisation dans l'action, qui, selon le psychologue Jean Piaget, au travers de ses études sur la psychologie du développement et reprise par Gérard Vergnaud, utilise les concepts de schème et d'invariant opératoire, et permet de comprendre comment peut se développer une intelligence de l'action. Ce concept permet de faire le lien entre la connaissance et l'action.

Pour Vergnaud (2006)<sup>38</sup>, psychologue :« *La vertu principale de la recherche en didactique des disciplines et de la didactique professionnelle depuis 30 ans a justement été d'orienter l'enseignant vers la construction de situations dans lesquelles les élèves trouvent l'occasion de développer des formes d'organisation nouvelles de leur activité, d'en élargir la portée, moyennant l'enrichissement des " schèmes " qui justement désignent ces formes d'organisation : déclinaison de buts et de sous-buts, réglage et régulation de l'action, de la prise d'information, et du contrôle, conceptualisation (explicite ou implicite), inférence. »*

Un schème est une organisation invariante de l'activité mais cela ne signifie pas répéter toujours la même chose, utiliser le même mode opératoire, le concept de schème permet d'articuler invariance et adaptation ; pour qu'une action soit efficace il faut qu'elle possède une certaine invariance et il faut qu'elle puisse s'adapter à des variétés de situations ; le concept de schème permet de lier à la fois cette capacité à tenir l'invariance, de la régularité autrement dit de l'efficacité, mais en même temps de l'adaptation aux contextes.

Nous devons dans notre réflexion professionnelle pour l'acquisition des compétences par les étudiants, être en capacité d'entrer dans différents modèles conceptuels de situation de formation, et nos compétences doivent être adaptables aux caractéristiques des situations que nous rencontrons.

Mais cela engendre pour nous de « sortir » d'une organisation, de concevoir un autre modèle et d'être en capacités de nous adapter. L'innovation pédagogique par simulation correspond à une situation nouvelle, et nous amène à entreprendre cette réflexion.

---

<sup>38</sup> [http://www.pedagopsy.eu/competences\\_vergnaud.htm](http://www.pedagopsy.eu/competences_vergnaud.htm) VERGNAUD Gérard. (2006), Les compétences, Bravo ! Mais encore ?, consulté le 20 février 2014

Cet auteur, nous confirme que la réflexion entreprise par les structures de formation pour la mise en œuvre de nouveau dispositif d'apprentissage (pour notre recherche, la simulation en soins), participe à la construction des compétences.

Être mis en situation participe auprès des étudiants à l'acquisition de compétences, pour les formateurs cela nous amène-t-il à une analyse des formes d'organisation de notre activité ?

## **7.5 L'ergonomie cognitive des apprentissages**

Selon Pastré, Mayen et Vergnaud (2006)<sup>39</sup>, l'ergonomie cognitive est l'étude des interactions avec un dispositif qui nécessite l'utilisation des grandes fonctions mentales de l'homme (perception, mémoire, traitement). Dans toutes les situations de travail à risque et dans les situations de communication, une compréhension approfondie des processus cognitifs est cruciale afin de faciliter ou d'améliorer l'activité des formateurs.

C'est notamment le cas dans les secteurs où l'utilisation de nouvelles technologies a modifié profondément la nature de nos tâches et les modalités d'interaction. La simulation est un élément représentatif de ces nouvelles technologies, qui par son introduction dans un dispositif de formation, engendre une adaptation par les formateurs.

Dans la formation infirmier, de nombreuses situations d'apprentissage sont présentes et utilisées (cours magistraux, les jeux de rôle, les travaux pratiques, les analyses des vécus durant le stage,...). La simulation, nécessitant l'utilisation d'une technologie nouvelle, va amener une transposition d'une pratique de formateur sans utilisation d'objets technologiques, à une pratique avec objets technologiques.

Notre appropriation de cet objet technologique pour en faire un instrument est définie par Rabardel (1995)<sup>40</sup>, enseignant et chercheur en psychologie et ergonomie, comme le concept de genèse instrumentale. Nous devons ainsi passer par une phase d'instrumentalisation, c'est-à-dire une phase de compréhension et de reconnaissance de la fonction de l'objet technique ou technologique, ce que l'auteur nomme un artefact, et par une phase d'instrumentation, c'est-à-dire ce, en quoi cet artefact va modifier nos schèmes d'action et de pensée. L'artefact s'inscrit dans une triade (formateur, objet technique et étudiants), qui induit des conséquences pour nous formateurs, la perte d'une partie de notre pouvoir de faire tout en conservant notre capacité d'agir.

---

<sup>39</sup> PASTRE Pierre, MAYEN Patrick, VERGNAUD Gérard (2006), « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie*, N°154, pp.145-198

<sup>40</sup> RABARDEL Pierre (1995), *Les Hommes et les technologies, approche cognitive des instruments contemporains*, Paris, Ed Colin, 239p.



La triade définie ci-dessus, est pour les formateurs une situation dans laquelle ils doivent développer des formes d'organisation nouvelles et modifier ainsi leurs compétences.

Selon Amalberti (2005)<sup>41</sup>, médecin, professeur de physiologie, ce « compromis cognitif » peut-être aussi affecté par les aspects psychiques de l'activité des formateurs.

Face à une modification de notre organisation, que nous avons pu mettre en avant précédemment, nous sommes enclins à des peurs, du stress, et des émotions.

En effet, notre mode opératoire étant modifié, nous ne sommes plus des experts et nous devons faire des compromis entre exigences de performance et exigences liées au respect des règles de sécurité, de gestion, de disponibilité, de techniques. Nous devons accepter que ce compromis existe, et qu'il n'est pas construit comme nous le voudrions, en privilégiant la règle prescrite avant tout. La réalité étant plus complexe, cela entraîne souvent un sentiment d'insatisfaction. Nous retrouvons le concept de schème défini par G.Vergnaud.

Selon Wittorski (1997)<sup>42</sup>, « *l'évolution des contextes professionnels des agents de la formation tend à transformer leur système d'activité. Cette évolution appelle, de plus en plus, la production de nouvelles compétences qui ont pour point commun une intellectualisation croissante de la fonction formation; vers la production de compétences transversales de type méthode et processus: communiquer, négocier avec des partenaires distincts, analyser des logiques d'intérêts d'acteurs, élaborer à plusieurs, prendre du recul par rapport à la situation et à ses pratiques, produire une réflexion anticipatrice, articuler les situations de travail, les situations de réflexion/recherche à propos du travail et les situations de formation* ».

Wittorski, nous permet par ce regard de bien mettre en corrélation les éléments de son analyse avec notre réalité du champ de notre pratique en Institut de Formation en Soins Infirmiers, et en particulier avec les différentes réactions des formateurs, les constats effectués lors de la mise en place de la simulation dans notre dispositif de formation.

La simulation en soins n'en est qu'à ses prémices, elle engendre pour nous, formateurs, des questionnements en regard de nos compétences, mais elle nous permet d'aborder le travail de conception d'un dispositif de formation.

Dans un environnement de travail, notre fonctionnement cognitif est soumis aux contraintes de l'organisation du travail. Le formateur devient ainsi formateur-concepteur, et cela engendre des appréhensions pour le passage de la commande émise par la structure à la prise en compte des attentes et la mise en œuvre de ce dispositif dans la formation en soins infirmiers.

---

<sup>41</sup> AMALBERTI René (2005), *La conduite des systèmes à risque*, Paris, PUF, 2<sup>e</sup> édition, 242p.

<sup>42</sup> WITORSKI Richard (1997), « Evolution de la formation et transformation des compétences des formateurs », *Education Permanente*, N°132, pp.59-72.

## 8. La place des formateurs dans le dispositif de formation par simulation

A ce stade de notre recherche et en lien avec les apports de nos lectures, nous constatons que l'introduction d'un nouveau dispositif de formation par la simulation en soins, permet l'émergence de nombreux questionnements et provoque la nécessité de l'analyse de notre travail et par là même de notre propre conception de ce dernier.

Cette posture de prise de recul, nous permet à la fois de poser un regard sur nous-même mais aussi de poser un regard sur l'ingénierie de formation.

### 8.1 L'ingénierie de formation

L'ingénierie de formation se caractérise par l'ensemble des démarches méthodiques et cohérentes mises en œuvre dans la conception d'un dispositif de formation.

Pour Ardouin (2003)<sup>43</sup>, professeur en sciences de l'éducation, : *« c'est une démarche socioprofessionnelle où l'ingénieur-formation à, par des méthodologies appropriées, à analyser, concevoir, réaliser et évaluer des actions, dispositifs et/ou système de formation en tenant compte de l'environnement et des acteurs professionnels. (...) l'ingénierie de formation-(niveau organisationnel) se trouve à l'interface de l'ingénierie des politiques (niveau stratégique et décisionnel) et de l'ingénierie pédagogique (niveau pédagogique) ».*

Le Boterf (1990)<sup>44</sup> situe l'ingénierie : *« comme l'ensemble coordonné des activités permettant de maîtriser et de synthétiser les informations nécessaires à la conception et à la réalisation d'un ouvrage(...), en vue : d'optimiser l'investissement qu'il contient et d'assurer les conditions de viabilité ».* Elle prend en compte les demandes et les besoins en formation, la conception d'un projet de formation, les moyens à mettre en œuvre, la coordination et le suivi de la formation pour permettre des conditions favorables à l'apprentissage.

### 8.2 Les différents niveaux de l'ingénierie de formation

L'ingénierie de formation se décline par différents niveaux :

Au niveau macro et à long terme qui se caractérise par la mise en œuvre d'un programme de formation au niveau d'un programme national. C'est le niveau stratégique et décisionnel.

Au niveau mezzo et à moyen terme qui correspond à la dimension organisationnelle de la formation ; ce niveau permet de prendre en compte l'environnement, les acteurs. Il est le cœur

---

<sup>43</sup> ARDOUIN Thierry (2003), « La formation est-elle soluble dans l'ingénierie ? Petite histoire de l'ingénierie de la formation », *Education permanente*, N°157, pp.13-29.

<sup>44</sup> LE BOTERF Guy (1990), *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*, Paris, Ed d'organisation, 172p.

de la construction du dispositif de formation et permet également les innovations pédagogiques.

Au niveau micro et court terme, qui se définit par l'ingénierie pédagogique que nous définirons comme le niveau pédagogique et opérationnel. Cette ingénierie se centre sur les pratiques mises en place, les moyens pédagogiques dont dispose les formateurs chargés de la formation.

L'ingénierie de la formation se centre davantage vers la politique globale de la formation, elle correspond à la phase organisationnelle. Pour la mise en œuvre de séquences de simulation en soins infirmiers, il faut en effet après analyse des besoins, travailler avec des partenaires extérieurs, définir le budget, prévoir l'aménagement des locaux alors que l'ingénierie pédagogique s'occupe des moyens pédagogiques d'un dispositif.

### **8.3 L'ingénierie pédagogique**

L'ingénierie pédagogique est l'activité d'étudier, de concevoir, de réaliser et d'adapter des dispositifs d'enseignement auprès des étudiants. Par ingénierie pédagogique nous désignerons l'ensemble des principes, des procédures et des tâches qui permettent de définir le contenu d'un dispositif de formation au moyen d'une identification des connaissances et des compétences visées, de réaliser une scénarisation pédagogique des activités d'une séquence pédagogique par simulation définissant le contexte d'utilisation et la structure des matériels d'apprentissage et, enfin de définir les infrastructures, les ressources et les services nécessaires à la diffusion des cours et au maintien de la qualité.

Dans un dispositif classique, le formateur conçoit son intervention dans une unité d'enseignement, en solo en fonction d'objectifs pédagogiques définis par le programme de formation, il en réfère au responsable pédagogique pour validation.

Dans un dispositif transversal, les interventions doivent être intégrées dans le dispositif global, ce qui nécessite l'instauration d'un dialogue entre différents acteurs de cultures différentes, confrontés à des contraintes elles aussi différentes, voire antagonistes, ce qui fait référence au concept de la sociologie des organisations que nous aborderons ultérieurement.

En regard de l'évolution de la santé, de la législation de nouveaux dispositifs de formation sont enclins à être introduits dans nos pratiques professionnelles. La simulation en soins est un des éléments porteurs mais elle introduit des réactions des acteurs de la formation confrontés à l'innovation. En effet toutes modifications dans un dispositif établi favorise l'émergence de questionnements multiples de la part des personnes assujetties à vivre ce

changement, le dispositif de formation va être transformé dans son processus pédagogique et organisationnel et peut ainsi engendrer des phénomènes d'acceptation ou de rejet.

## **9. L'innovation pédagogique**

L'innovation, ou toute introduction de nouveautés dans notre société, donne lieu à des réactions de rejet, de répulsion ou d'attraction. Liée à l'idée de changement, elle révèle les structures d'une société. D'un point de vue contemporain, le terme d'innovation est relié à l'idée de progrès pour permettre à notre société de s'adapter à un environnement en mutation mais garde une connotation économique. Pour notre part, la notion d'innovation est celle du domaine de la formation.

L'innovation peut se caractériser par l'introduction du nouveau, au sens étymologique du terme. Cette introduction de l'innovation va générer du changement, en effet si rien n'est perturbé, il n'y a pas d'innovation. Nous pouvons en lien avec nos recherches précédentes apporter une nuance, la notion de volonté de changer. S'il n'y a pas de réelle volonté de changer, d'évoluer, nous pouvons parler d'une adaptation à une nouvelle « contrainte ».

L'innovation est une « action sociale finalisée », elle est en effet sous-tendue par des valeurs que certains qualifient d'amélioration. Dans le monde de l'entreprise en particulier, l'innovation est associée à l'idée de performance économique, souvent en termes de productivité. Dans notre domaine de la formation, cet aspect est moins présent, nous ne cherchons pas à produire d'avantage, mais à « produire mieux », à améliorer l'existant en mettant au cœur de nos réflexions la place de l'apprenant et ses processus d'apprentissage.

L'innovation est enfin un processus, une série d'évènements qui se succèdent dans le temps avec des périodes de ralentissement et d'accélération dépendantes de facteurs externes. Nous avons pu le constater lors de notre stage.

La simulation semble bien s'adapter à cette grille de lecture, c'est une nouveauté, elle génère du changement dans une organisation et tend à répondre aux besoins des apprenants.

Face à ce changement, le concept de la sociologie des organisations peut nous aider à comprendre les enjeux de cette évolution.

### **9.1 Les organisations et l'innovation**

En sociologie, le terme organisation peut se définir selon différentes orientations : un regroupement d'humains qui coordonnent leurs activités pour atteindre certains buts, les

diverses façons par lesquelles ces groupements structurent les moyens dont ils disposent pour parvenir à leurs fins, et l'action d'organiser, ou encore le processus qui engendre les groupements ou les structures d'organisation.

Nous devons distinguer trois champs qui interfèrent dans l'approche des organisations :

Le domaine de l'analyse de l'organisation dont nous cherchons à comprendre le fonctionnement, la façon dont les relations d'entraide, de pouvoir et d'influence se font.

Puis celui de la gestion des organisations dont la finalité est de mettre en place des méthodes qui permettent d'augmenter, d'améliorer l'efficacité des pratiques (le management).

Et enfin plus particulièrement le domaine de la communication dans une organisation qui inclut des phénomènes comme les représentations, le sentiment d'appartenance, l'identité professionnelle et sociale, les positionnements et les stratégies implicites car inconscientes ou volontaires.

La sociologie des organisations met en avant certaines problématiques, qui sont souvent liées aux tensions qui affectent les organisations.

Comme nous avons pu le constater, ce projet interpelle nos pratiques. Il fait émerger des postures différentes chez les formateurs. D'une part, les adhérents au dispositif de formation par simulation, ayant accepté de suivre une formation et s'investissant dans ce projet par la construction de scénarii, les intègrent dans des Unités d'Enseignement, acceptent de prendre en compte les difficultés organisationnelles et d'être perçus par leurs collègues comme des « supra-formateurs en simulation ». D'autre part, les « plus ou moins » adhérents perçoivent l'intérêt de ce nouvel outil, et sont ou ne sont pas dans une posture de doute et de questionnement.

Comment les organisations gèrent ces innovations, comment elles les intègrent pour s'adapter à leur environnement technique et comment chaque organisation résout les tensions et les contradictions en maintenant une unité de travail ?

La problématique des relations de pouvoir et d'influence engendre des phénomènes de conflits, de blocage et peut avoir comme conséquence l'apparition de situation de stress, de doute, de perte d'autonomie.

Aborder sociologiquement une organisation, c'est nous faire réfléchir à la question de savoir comment des êtres humains établissent des relations dans le but de produire des biens et dans le but de réguler et d'ajuster les comportements de chacun vis à vis des autres pour vivre en société.

## 10. Les théories de l'organisation

C'est vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que les premières études sociologiques du phénomène de l'organisation apparaissent. Elles sont liées à un double mouvement : le développement des grandes industries et des bureaucraties, la constitution de la sociologie comme corps de connaissance distinct.

En Allemagne, Max Weber, économiste et sociologue est le pionnier et le référent d'un modèle d'organisation. Il propose un modèle d'organisation qui s'appuie sur des procédures explicites de fonctionnement pour rationaliser la notion d'autorité. C'est la règle qui détermine et régit l'ordre. Indépendamment des hommes, de leur affectivité, de l'environnement, l'organisation est fermée au monde et mise en place selon une rationalité qui se veut absolue.

Aux États-Unis, et selon Frederick W. Taylor, ingénieur, la direction d'une organisation ne relève ni du génie individuel ni d'aptitudes personnelles, mais d'une technique qui s'apprend et axée sur l'optimisation et la rationalisation de la production en limitant le gaspillage en temps et en matière. En France, Henri Fayol, ingénieur, s'intéresse quant à lui aux différents types d'administrations. Il cherche les procédés de gestion qui sont les mieux adaptés pour établir une administration optimale. Il est considéré comme le père du management moderne. Pour lui, l'organisation humaine, n'a plus pour seule fin le rendement, mais le meilleur fonctionnement global de l'entreprise.

Dans les années 1930 aux États-Unis d'Amérique, Elton Mayo, psychologue et sociologue, met en avant l'importance des relations de groupes et l'importance d'un climat psychologique, l'influence des attitudes et des relations sur l'organisation. C'est l'école des relations humaines qui affirme, contre le taylorisme, le rôle essentiel du facteur humain et relationnel. À partir de cette analyse, des auteurs comme Abraham Maslow ou Frederick Herzberg ont approfondi la motivation au sein des organisations.

D. Mc Gregor, professeur des Universités Américaines, docteur en psychologie, remarque que les objectifs organisationnels ne sauraient être atteints si ceux des agents ne sont pas en même temps, dans une certaine mesure, réalisés. Dans sa théorie, une organisation qui ne tient pas compte des buts et motivations personnelles de ses agents est une mauvaise organisation. L'homme motivé par le travail, accepte et recherche les responsabilités, la direction n'a pas besoin d'être autoritaire, c'est la théorie Y de Mc. Gregor.

Le fonctionnement de toute organisation est lié à l'influence de l'environnement, la « bonne organisation » est celle qui sait s'adapter à son environnement.

Pour Crozier et Friedberg (1977)<sup>45</sup> sociologues, les organisations doivent être comprise à partir des actions des acteurs qui l'a composent ; « *Il s'agira de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d'action* » ainsi les agents ne choisissent pas au hasard, leurs choix dépendent de leurs valeurs, mais aussi de la manière dont ils perçoivent la situation, et des moyens dont ils disposent pour en tirer parti. Les acteurs des organisations obéissent à des motifs, poursuivent un but fixé qui peut être d'accroître leur influence en tenant compte des objectifs organisationnels.

C'est la théorie de l'acteur stratégique. Chaque acteur a sa stratégie personnelle, joue son propre jeu dans le cadre du système d'actions dont il fait partie, et cherche à augmenter son pouvoir, ainsi qu'à développer l'étendue de la zone placée sous sa responsabilité.

Nous retrouvons cette conception chez Bourdieu (1979)<sup>46</sup>, sociologue, qui entrevoit dans la société globale comme dans ses différents champs (champ économique, champ culturel, champ religieux, champ bureaucratique, etc. ...), que l'objectif des dominants est de légitimer leurs pratiques, d'imposer leurs choix comme étant les meilleurs, ceux à imiter, ce qui permet de reconnaître ceux qui peuvent les pratiquer et les adopter, et d'exclure les autres.

Selon les auteurs Amblard, Bernoux, Herreros, Livian (1996)<sup>47</sup>, sociologues, qui se placent dans la continuité de l'analyse stratégique, l'organisation réunit des acteurs ayant des intérêts particuliers et devant travailler à un objectif qu'ils partagent plus ou moins. Il peut exister une opposition totale ou partielle entre les intérêts propres de chacun et l'objectif commun. Agir ensemble passe par le conflit mais aussi par la coopération. Les conflits de pouvoir sont omniprésents dans les organisations et vont de pair avec la recherche d'accords. Les auteurs définissent schématiquement le concept de logique d'action de la façon suivante : « *Acteur + Situation d'action = logique d'action* ». L'acteur a une dimension identitaire, culturelle et social-historique en regard de son parcours et de son expérience professionnelle.

---

<sup>45</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Ed du Seuil, p392.

<sup>46</sup> BOURDIEU Pierre (1979), « La Distinction. Critique sociale du jugement », *Revue Française de Pédagogie*, N°55-1981, pp.35-38.

<sup>47</sup> AMBLARD Henri, BERNOUX Philippe, HERREROS Gilles, LIVIAN Frédéric (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Ed Le Seuil, 245p.

Sous l'impulsion de Jacques Lacan, psychiatre et Eugène Enriquez, sociologue, les organisations sont considérées comme des systèmes sociaux et humains, lieux où s'entrecroisent phantasmes, désirs individuels et collectifs.

Suite à cette étude, nous pouvons constater qu'une organisation, pour nous une équipe pédagogique, est assujettie à des modes de fonctionnement qui tiennent compte des facteurs humains et de l'environnement. De ce fait, nous pouvons penser que lors d'un changement dans cette organisation, va émerger un impact déterminant, en lien avec l'introduction de la simulation en soin et sa nouvelle technologie dans le dispositif de formation.

### **10.1 Le changement dans l'organisation**

Selon Alter (1998)<sup>48</sup> « *Toute organisation a pour but de programmer, de coordonner et de standardiser les activités du travail ; sa mise en œuvre consiste donc en une réduction des incertitudes du processus de production. A l'inverse, l'innovation a pour but de transformer les relations entre les différents éléments du processus de production et du rapport au marché. (...) Ces deux logiques sont bien évidemment complémentaires et antagonistes* ».

Nous pouvons considérer que l'innovation, en regard de cette affirmation de l'auteur, s'intègre mal dans les structures d'une organisation, car elle bouscule l'ordre établi.

Les sociologues Crozier et Friedberg montrent que les phénomènes de résistance au changement n'ont rien de pathologique, ils sont normaux. Le changement est souvent considéré comme bon et tous ceux qui ne sont pas d'accord sont fréquemment perçus comme des acteurs du passé qui ne comprennent rien aux véritables enjeux de ce changement. Il introduit une modification de la situation des acteurs et il est compréhensible que ceux-ci s'interrogent, s'inquiètent de l'impact que ce changement aura sur leur position. Le changement peut en effet, susciter plusieurs types de craintes, perte d'avantages acquis et de pouvoir, modification des routines, des habitudes, sources de questionnement, doutes sur les compétences...

Nous pouvons en effet faire un parallèle avec l'introduction de cet outil au sein de notre organisme de formation.

A l'origine de ce projet de mise en place d'un dispositif d'enseignement par simulations de soins, seuls les cinq formateurs acteurs directs, c'est-à-dire ceux formés à la

---

<sup>48</sup> ALTER Norbert (1998), « Quelques principes de l'analyse sociologique de l'innovation », *Education permanente*, N°134, pp. 21-34.



simulation ont fait vivre le dispositif , sans dénomination d'un chef de projet et sans objectifs précis, sans un calendrier fixant les étapes de ce nouveau projet. L'aide occasionnelle d'un technico-commercial du laboratoire fournisseur des mannequins et des appareillages (scopes, appareil à tension, ordinateur, programmeur...) a été fortement appréciée, permettant une maîtrise de la technologie et limitant les zones d'incertitude, génératrices d'insécurité, en effet la maîtrise du matériel étant capitale dans la gestion d'une situation simulée, pour ne pas entacher le réalisme du scénario.

Nous constatons ainsi, une modification des profils des formateurs qui se doivent de suivre une formation sur l'utilisation de la technologie et acquérir des connaissances et des compétences dans ce domaine.

De plus, un manque de traçabilité dans le suivi des actions, la culture de l'oral prédominante uniquement au sein du groupe dans la conduite de ce projet et le manque de communication au reste de l'équipe pédagogique ont été en faveur de l'émergence d'une indifférence au sein de l'équipe.

Un changement dans une organisation en regard de l'introduction d'une innovation n'est pas un processus linéaire, il passe par des phases et est assujettie à faire des retours en arrière. Lors de l'introduction d'une innovation pédagogique, en ce qui nous concerne la simulation en soins, notre place de formateur entre l'aspect organisationnel de l'ingénierie de formation et l'aspect opérationnel de la mise en œuvre de l'apprentissage soulève-t-elle un questionnement en lien avec notre identité professionnelle ?

## **11. L'identité professionnelle**

Ion (1996)<sup>49</sup>, sociologue, définit l'identité professionnelle comme: « *l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur* ». Nous constatons d'une part une reconnaissance interne dans le groupe et d'autre part une reconnaissance externe.

L'identité est un processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante pour nous-même mais aussi pour les institutions.

Selon Dubar (2002)<sup>50</sup>, sociologue, « *L'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des*

---

<sup>49</sup> ION Jacques (1996) *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Ed Dunod, pp.91.

<sup>50</sup> DUBAR Claude (2002), *La Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Ed Armand Colin, pp.109.

*divers processus de socialisation qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* ». Cette définition nous indique que notre identité sociale a une configuration dynamique qui n'est pas figée et qu'elle peut se modifier en fonction des individus, de la posture du groupe d'appartenance, des éléments extérieurs.

L'identité est à la fois permanente et changeante. Nous sommes toujours les mêmes personnes, mais selon notre évolution professionnelle nous changeons, De ce fait beaucoup de collègues persistent ainsi à nous voir tel que nous étions et non tel que nous sommes à présent. Pour rejoindre notre constat vu dans l'ingénierie de la formation, cela se produit lorsqu'un formateur investit la mise en œuvre de nouvelles approches pédagogiques. En plus des difficultés inhérentes à toute prise de poste, il doit aussi construire et habiter une nouvelle identité. Les collègues savent qu'il est toujours le même, c'est la même personne, mais doivent pourtant accepter qu'il ne soit plus le même car une composante importante de son identité a changé.

Nous pouvons percevoir que la psychologie sociale étudie la dynamique des groupes d'une part dans leurs formes organisationnelles, les amitiés, le pouvoir, l'influence le leadership... mais aussi dans le champ des besoins et des motivations propres à chacun. L'identité de l'individu est, en psychologie sociale, la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres.

De ce fait, notre identité dépend des autres, notre identité soi-disant « unique » et qui n'appartient qu'à nous ne se construit en fait qu'en fonction de l'autre. Ces changements dans les modèles et pratiques de formation nous conduisent à nous poser la question de l'évolution du processus de travail et de nos compétences au travers de la transformation de nos systèmes d'activités professionnelles, d'envisager une transformation de notre identité professionnelle. La transposition de compétences en ingénierie pédagogique vers des compétences en ingénierie de formation est aussi source de changement dans notre organisation.

Nous avons pu percevoir ces modifications, lors de la mise en œuvre des séances de simulation sur l'année 2012.2013 et 2013.2014 auprès des étudiants infirmiers, avec l'émergence de nouvelle posture de formateurs, les « convaincus » des bénéfices de la simulation, optant pour une réorganisation des semestres de formation afin d'introduire la simulation en soins, les « moins convaincus », mettant en avant les difficultés d'organisation pour un bénéfice non réellement évalué à ce jour.

Ces perceptions différentes obligent nos structures à entreprendre une réflexion en équipe pédagogique pour l'optimisation de notre dispositif de formation.

## 12. La nécessité d'une réflexion pédagogique

L'engouement partagé devant le caractère innovant reconnu des activités de simulation dans l'apprentissage des soins en santé ne nous dispense pas d'un questionnement rigoureux au sujet de ses bénéfices réels. L'intégration des séances de simulation dans la formation en IFSI peut optimiser l'acquisition de nouvelles compétences chez les futurs professionnels mais aussi chez les formateurs, favoriser l'autonomie personnelle et professionnelle. L'usage des séances de simulation nécessite un apprentissage par une pédagogie active, de l'action, apprendre en faisant, qui développe également l'autoformation et l'expérience.

En termes de conception pédagogique et en respectant les différentes théories de l'apprentissage, la contextualisation, la transférabilité, l'accessibilité et l'évolutivité doivent systématiquement être pris en compte dans nos programmes de simulation. Les situations cliniques rencontrées et la réalité des scénarii doivent permettre le transfert des compétences à la pratique quotidienne.

Tous les formateurs en institut de formation de professionnel de santé sont en capacité de conduire des séquences pédagogiques favorisant l'émergence de savoirs et leurs transferts, mais lors de l'introduction de nouvelles techniques d'apprentissage apparaissent des questionnements, des doutes en regard de leurs propres représentations de la pédagogie et de leurs compétences professionnelles. L'adhésion ou à contrario des résistances aux changements peuvent avoir une incidence sur la dynamique de l'équipe. Nous pouvons noter que pour la mise en œuvre de séquences de simulations simulées en lien avec l'organisation (groupe de 10 étudiants / sur trois promotion de 140 et 1 seule salle de simulation) cela engendre effectivement des bouleversements.

Les entretiens informels que nous avons menés auprès de cadres formateurs ayant participé aux séances de simulation tendent à mettre en avant pour certains de grandes satisfactions avec un sentiment d'efficacité, mais font ressortir de nombreux questionnements en regard de leurs compétences.

Selon Bandura (2008)<sup>51</sup> : « *L'auto-efficacité régule le fonctionnement humain au travers de quatre processus principaux : les processus cognitifs, motivationnels, émotionnels et de sélection. Les croyances d'efficacité affectent les modes de pensée d'un individu en renforçant ou en diminuant sa tendance à penser de manière optimiste ou pessimiste. Au plan motivationnel, l'efficacité perçue influence les buts que les personnes se fixent et la manière*

---

<sup>51</sup> [http://osp.revues.org/1596/Rencontre avec Albert Bandura, L'homme et le scientifique](http://osp.revues.org/1596/Rencontre_avec_Albert_Bandura,_L'homme_et_le_scientifique), revue OSP, N° 37-1, consulté le 24 Mars 2014

*dont elles jugent et expliquent les causes de leurs succès ou de leurs échecs. L'auto-efficacité joue un rôle dans le maintien du bien-être affectif et rend plus résistant contre le stress et la dépression. Les personnes ayant des sentiments d'efficacité élevés manifestent de nettes tendances à choisir des activités qui présentent des défis et donc qui peuvent promouvoir le développement de leurs savoirs et compétences. »*

Par l'analyse de son activité, un formateur va percevoir ses compétences et développer un sentiment d'auto-efficacité, mais nous constatons qu'il interfère également dans ce processus, la représentation psychosociale de la compétence, la vision par l'environnement social qui émet un jugement sur sa performance en regard des attentes du groupe.

Nous pouvons donc dire que la compétence a une signification partagée en lien avec des jugements sociaux issus d'un groupe et que les formateurs agissent quand ils pensent que leurs actions vont produire les performances désirées par eux et en regard des attentes du groupe.

Dans le cas qui nous occupe ici, celui de la mise en œuvre de la pédagogie par simulation dans la formation en soins infirmiers, l'auto-efficacité individuelle se combine avec l'auto-efficacité collective. Le sentiment d'efficacité collective est selon Bandura<sup>52</sup> : « *une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisations (...).L'efficacité collective n'est pas simplement la somme des croyances des individus en leur efficacité, mais il s'agit plutôt d'une caractéristique émergente du groupe, produite par des dynamiques coordonnées et interactives. »*

Les facteurs de construction de l'auto-efficacité collective sont les mêmes que ceux de l'auto-efficacité individuelle, L'efficacité d'un groupe est liée à la croyance collective que le groupe est et sera productif; la désirabilité du groupe et sa cohésion augmentent en conséquence. En fait, le niveau d'auto-efficacité collective influence les réalisations du groupe à travers les stratégies qu'il mettra en œuvre, sa persévérance face aux difficultés et la quantité d'énergie qu'il pourra mobiliser. Ainsi, lors de l'introduction de nouvelle séquence de formation, l'analyse de l'auto-efficacité individuelle et de l'auto-efficacité collective aide à mieux comprendre les obstacles aux changements.

La prise de distance réflexive, l'analyse de ses pratiques, la découverte de nouveaux concepts, l'appropriation des technologies deviennent des passages obligés pour les formateurs.

---

<sup>52</sup> BANDURA Albert (2003), Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle, Bruxelles, Ed. De Boeck,

Ceci démontre donc que les formateurs face à l'introduction d'un nouveau dispositif pédagogique, sont dans un processus de transformation, qui engendre des besoins nouveaux, des questionnements multiples, des modifications organisationnelles et structurelles au sein des établissements. Il s'agit peut-être du passage de formateur à ingénieur-formation, terme que l'on découvre dans les fondements de l'ingénierie de formation.

## DEUXIEME PARTIE

### De la problématique vers les hypothèses

L'étude de ces différents concepts, nous conduit à penser que l'introduction d'un dispositif de séquence de situation de soins simulés dans un dispositif de formation infirmier, questionne le formateur et les équipes pédagogiques.

Il semble nécessaire pour les formateurs de sortir d'un contexte de travail mobilisant des actions de formation pour se projeter dans un processus de création de nouvelles formes de formation, de prendre de la distance par rapport à leur pratique, d'entreprendre une réflexion pour la production de changement.

Ces changements dans les modèles et pratiques de formation nous conduisent à nous poser la question de l'évolution du processus de travail, de nos compétences au travers de la transformation de nos systèmes d'activités professionnelles, et de notre identité professionnelle. Cette identité doit évoluer et en regard de l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité en soins, nous orienter vers de nouvelles compétences à la fois pédagogiques et technologiques.

Nos recherches conceptuelles sur la pédagogie par simulation dans les soins, ses enjeux et impacts sur les formateurs, et à l'issue des enquêtes, entretiens menés et du stage, nous orientons notre problématique vers :

#### **Quelle différenciation identitaire est induite et renforcée chez les formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers, par l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité ?**

Les objectifs que nous visons au travers l'étude de cette problématique se situent dans l'identification des éléments qui contribuent à l'émergence de différents profils de formateurs en lien avec l'introduction de la technologie.

Les hypothèses permettant de préciser cette recherche étant :

1. Une nouvelle catégorie de formateurs émerge : le programmeur, concepteur de scénarii, l'ingénieur-formation,
2. Les formateurs opposés à l'apprentissage par simulation moyenne et haute-fidélité affirment leurs résistances.

# TROISIEME PARTIE

## Méthodologie et résultats

### 13 Le choix de la méthodologie

Carole DAVERNE-BAILLY<sup>53</sup> nous présente les différentes méthodes afin de mener une recherche en sciences sociales. Il s'agit de « percevoir le réel et de le confronter aux jeux des hypothèses ». Laurent LESCOUARCH<sup>54</sup> nous décrit les deux méthodologies : d'une part, la méthodologie qualitative (approche interprétative) et d'autre part, la méthodologie quantitative (approche par les statistiques).

La première est une démarche qui consiste à interpréter. Elle est composée d'entretiens (directs, libres ou semi-directifs), d'observations ou d'un questionnaire à optique qualitatif. Une méthode qualitative de recherche est une stratégie de recherche combinant diverses techniques de recueil et d'analyse qualitatives dans le but d'expliquer, en compréhension, un phénomène. La méthodologie quantitative est orientée vers le traitement des questionnaires et des enquêtes. De toutes les approches méthodologiques, nous avons défini une démarche pragmatique afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses inhérentes à notre problématique. Nous avons donc choisi l'entretien semi-directif en regard du thème de notre recherche, méthodologie qualitative nous permettant de pouvoir apporter des validations ou non validations, totales ou partielles à nos hypothèses.

### 14 Les entretiens

#### 14.1 Le type d'entretiens

L'entretien est la technique la plus utilisée dans le cadre de recherches qualitatives, Moliner, Rateau et CohenScali<sup>55</sup> mettent en avant que plusieurs objectifs peuvent coexister dans un entretien avec en particulier :

---

<sup>53</sup> DAVERNE-BAILLY Carole UE5 : Méthodologie de l'enquête quantitative Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014

<sup>54</sup> LESCOUARCH Laurent UE5 : Méthodologie de l'enquête qualitative Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014 p.6

<sup>55</sup> LESCOUARCH Laurent UE5 : Méthodologie de l'enquête qualitative Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014 p.8

L'obtention d'information sur des faits des comportements, l'exploration d'opinions, d'attitudes et de motivations, l'évolution possible des opinions, des attitudes et la modification des comportements.

Ces objectifs correspondent bien à notre problématique de recherche, c'est pourquoi nous avons choisi cette méthodologie.

Notre élément de méthodologie sera une recherche empirique par l'intermédiaire d'entretiens directs.

Gaston MIALARET cite Monsieur BLANCHET<sup>56</sup>: « *l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeur et normes ...) ou encore le fait d'étudier le fait de parole lui-même ...* ».

Concernant le choix du type d'entretien mené, l'entretien suppose que « *l'enquêteur pose ses questions dans l'ordre avec une formulation identique pour tous les entretiens qu'il conduit. (...) il est parfois difficile de distinguer semi-directif et directif car des questions précises dans chaque thématique peuvent être prévues en amont d'un guide d'entretien et être posées ou non selon que les personnes abordent les différents aspects spontanément* »<sup>57</sup>. De plus, il nous était plus confortable de diriger les questions afin d'éviter tout débordement. Enfin, les entretiens directs sont plus sécurisants : « *la structuration de l'entretien est également pour le chercheur débutant un moyen de se rassurer et de produire des données en rapport avec le thème de recherche.* »<sup>58</sup>

Nous allons donc expliquer la construction de notre méthodologie qualitative au travers de l'entretien. Les entretiens nous permettront d'avoir un échange en face à face, d'avoir des questions ouvertes et dans l'entretien semi-directif, des questions de relance ou de reformulation.

## **14.2 La construction du guide d'entretien**

Tout d'abord, nous avons préparé notre grille d'entretien en deux temps :

Nous avons dans un premier temps posé sur papier l'ensemble des questions que nous jugeons nécessaire. Nous sommes partis de nos questions de départ, base de notre problématique.

Une fois toutes ces questions posées, nous avons cherché à les regrouper en thématiques afin de bien cadrer les éléments de réponse. Nous avons procédé à une relecture à

---

<sup>56</sup> MIALARET Gaston cite Monsieur BLANCHET (2004) dans *Les méthodes de recherche en sciences de l'Education*, Ed PUF (p.52)

<sup>57</sup> Ibid

<sup>58</sup> Ibid p.12



froid de l'ensemble afin de vérifier la pertinence des questions posées et des hypothétiques réponses à recueillir. Après relecture du premier jet du mémoire, surtout du cadre théorique, nous avons enrichi nos thèmes tout en les rendant intelligibles. Nous avons ensuite procédé à un entretien test afin de nous permettre d'identifier la pertinence et la compréhension de nos questions<sup>59</sup>.

## **15 Le choix des formateurs interviewés**

Visant à répondre à notre sujet d'études, de par la nouveauté de cette méthode pédagogique en Institut de formation en soins infirmiers, en regard de notre étude conceptuelle, il nous a semblé plus pertinent de faire des entretiens auprès de formateurs dont les établissements ont mis en place ce dispositif.

Pour cela, nous avons optimisé notre réseau de connaissance, pris contact avec les directions pour accord et ensuite pris des contacts et rendez-vous en présentiel, par téléphone ou par Visio entretien avec 12 formateurs dont nous ne connaissions pas le parcours professionnel. Nous ne voulions pas par un choix spécifique de formateurs, orienter les réponses en regard de nos hypothèses.

Les données recueillies, nous ont permis de faire ainsi une analyse qualitative, à partir des données extraites des concepts. Nous étions dans une méthode qui soumettait au terrain des hypothèses pour lesquelles nous avons vérifié la fidélité et la validité des données, afin de les confirmer ou de les infirmer.

## **16 Le déroulement des entretiens**

Après avoir arrêté la liste des formateurs à rencontrer nous avons pris le soin de les contacter un par un afin de leur faire part de notre projet, de nos besoins et d'avoir leur accord. Une fois leur contribution déterminée, un rendez-vous a été fixé, selon leurs disponibilités afin de ne pas les perturber dans leur quotidien et afin de garantir la réussite de notre rencontre. Un climat de confiance et de bonne entente s'est instauré rapidement. Cela a permis de lever certaines réticences des formateurs à nous livrer leurs expériences, leurs points de vue.

---

<sup>59</sup> Annexe 3 : guide entretien

Nous avons tenu à mettre à l'aise les interviewés en leur expliquant que leurs propos seraient fidèlement retranscrits et non interprétés en respectant un anonymat. Pour cela, nous avons modifié le prénom des formateurs et nous n'avons pas cité leur établissement.

## 17 Les méthodes de travail

Après avoir mieux cerné notre problématique, nous avons défini notre action de la manière suivante.

### Démarche méthodologique

Etapes	Méthodes/démarches	Résultats
Première étape	Choix de la méthodologie	Entretiens
Deuxième étape	Relecture du cadre théorique et de la problématique	Création de l'outil
Troisième étape	Lancement de l'outil (phase 1)	Vérification de l'outil par entretien test
Quatrième étape	Lancement de l'outil (phase 2)	Retranscription des entretiens
Cinquième étape	Analyse des résultats <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ analyse longitudinale</li> <li>▪ analyse transversale</li> </ul>	Utilisation des grilles d'analyse

## 18 L'analyse des résultats

### 18.1 L'analyse longitudinale <sup>60</sup>

**Mme C.**, 45 ans, ancienne infirmière de service d'urgence, formatrice depuis 6 ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 120 étudiants infirmiers par promotion et environ 60 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis quelques mois. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

Mme C. perçoit la simulation en soins moyenne et haute-fidélité comme un moyen de transposition des acquis des étudiants dans des situations de soins différentes, dans des

<sup>60</sup> Annexe 4 : retranscription des entretiens

contextes différents mais aussi de permettre à des professionnels en activités de revisiter leurs compétences de professionnels. Nous retrouvons dans ses propos la notion de compétences et d'apprentissage dans l'action.

Elle soulève en regard de son implication dans ce dispositif de formation, l'obligation émanant de sa direction de se former, ce qui a eu pour incidence une charge de travail importante pour elle en terme d'ingénierie de pédagogie. Elle parle d'une implication forcée qui a eu une incidence sur la perception que pouvait avoir certains collègues sur son identité professionnelle. Elle était la seule « capable de ». Nous retrouvons dans ces propos la notion du changement de perception et du regard des autres formateurs ainsi que l'incidence de l'ingénierie de formation issue de la direction sur l'ingénierie pédagogique. Ce travail d'ingénierie pédagogique a été source de questionnement et d'une réflexion d'équipe.

L'introduction de ce nouvel objet a provoqué chez Mme C. la nécessité de concevoir de nouveau modèle d'apprentissage. Nous retrouvons les notions de réflexivité et de didactique professionnelle. Pour elle, la pédagogie par simulation de soins est une continuité de sa pratique de formatrice en soins d'urgence, mais elle lui a permis de percevoir la nécessité de travailler sur des objectifs plus précis pour chaque séquence par rapport à ce qui était fait pour les soins d'urgence. De plus l'introduction de la technologie questionne Mme C. sur ses compétences en informatique pour la manipulation des mannequins haute-fidélité et elle crée pour elle un climat d'insécurité. Elle nous parle des doutes induits par la simulation dans la maîtrise de l'élément nouveau qu'est la technologie, l'insécurité en lien avec ses compétences dans la maîtrise de l'outil.

Face à cette innovation pédagogique, Mme C. a dû comme nous l'avons vu dans notre cadre conceptuel, passer par une phase d'instrumentalisation et d'instrumentation, qui incite les formateurs à une analyse de leur posture et à prendre de la distance en regard de leurs actions. Les aspects psychiques du changement en lien avec une interrogation sont ici présents.

L'analyse des réponses de Mme C. nous permet de constater que ce dispositif de formation par la simulation en soins, lui a permis de se questionner sur les modalités spécifiques de conduite d'action de formation engageant une production de nouveaux schémas d'action.

Mme C. verbalise-la nécessité d'une cohésion d'équipe pour mettre en œuvre ce dispositif, cohésion pas toujours présente. Elle évoque, après une demande de ma part, un clivage entre les adhérents et les opposés. Ensuite, elle ne développe que les raisons en lien avec une opposition à ce dispositif, raisons en lien avec une charge de travail supplémentaire,

des incapacités à maîtriser l'informatique mais aussi une non volonté de certains de se questionner sur l'état du dispositif actuel. Elle évoque l'insécurité de certains dans leur poste de formateur, face à l'introduction de la simulation dans le dispositif de formation en soins infirmiers. Nous retrouvons ici des notions d'ergonomie cognitive des apprentissages, dans un contexte d'innovation pédagogique.

Elle évoque une prise de position plus affirmée dans l'ingénierie pédagogique pour mener à bien le dispositif ainsi que dans ses relations avec les collègues, elle perçoit chez elle une affirmation de sa posture professionnelle. Le positionnement de Mme C. dans le dispositif de simulation en soins lui a été un élément positif pour son affirmation professionnelle; on peut se questionner sur ce besoin de d'affirmation, est-il à mettre en lien avec un besoin d'être reconnu en tant que formatrice (Mme C. n'étant pas titulaire du diplôme de cadre de santé), est-ce pour elle le moyen d'être perçue par sa direction et ses collègues comme légitimée ? Nous retrouvons dans les propos de Mme C. une notion de changement de son identité professionnelle et une satisfaction en lien avec un sentiment d'auto-efficacité. Les propos de Mme C. nous permettent de percevoir que cette nouvelle forme de pédagogie par simulation moyenne et haute-fidélité engendre l'apparition de profils différents chez les formateurs, les adhérents et les opposés, ce qui est à mettre en lien avec nos hypothèses.

**Mme L.**, 37 ans, ancienne infirmière en psychiatrie, formatrice depuis 4 mois ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis l'an dernier. Elle n'a pas eu à ce jour de formation à la simulation en soins.

Mme L. perçoit la simulation en soin moyenne et haute-fidélité comme un excellent moyen d'apprentissage au plus proche de la réalité dans la mise en œuvre des soins, mais aussi comme un temps d'échange entre les étudiants et les formateurs sur leurs vécus de la situation, par contre elle évoque des limites à ce dispositif par la crainte d'être observé ce qui limite les volontaires. Nous retrouvons dans ces propos la notion de l'impact de la technologie sur le dispositif d'apprentissage et les phases d'appropriation par lesquelles les formateurs doivent passer Elle évoque aussi les limites de la simulation qui doivent être enclin à une réflexion d'équipe. Nous percevons dans ses propos les notions pour une jeune formatrice, novice en formation le besoin d'une réflexion d'équipe, le besoin de faire l'analyse de ce nouvel outil. Son arrivée récente dans la structure de formation, lui a permis d'être présente à différentes séances de simulation auprès des étudiants, et par cela elle perçoit des différences

entre les formateurs, ce qui semble l'inquiéter. Nous retrouvons dans ses propos les questionnements propre aux nouveaux formateurs qui dans une prise de poste ont besoin de trouver des modèles et que des modèles différents sont sources d'insécurité. Des doutes et une insécurité sont palpables dans les propos de Mme L.

Mme L. verbalise le travail important en ingénierie pédagogique, en lien avec ce dispositif de simulation.

Son implication à ce jour n'est axée que sur l'observation, car étant jeune formatrice et non formée, elle dit ne pas être reconnu comme légitime par les formateurs formés à la simulation ainsi que par la direction ; elle est positionnée comme n'étant pas capable de mener une séance, alors que dans d'autres séquences pédagogiques elle n'a pas eu ce sentiment d'être capable ou non. Elle met en avant que certains formateurs formés à la simulation se positionnent comme plus compétents en regard de leur formation et que cela engendre des tensions au sein de l'équipe, mais que malgré tout ils laissent une place aux autres formateurs, surtout si les scénarii demandent une participation en tant qu'acteur pour la simulation de moyenne fidélité.

Nous remarquons donc, que de la part des formateurs formés à la simulation, apparaît une posture légitimée que n'ont pas les autres formateurs, il semble se profiler un changement d'identité professionnelle chez les formateurs formés, changement identifié par Mme L. ce qui engendre pour elle un questionnement sur son identité professionnelle de jeune formatrice et ses compétences. Elle évoque le terme de « super formateurs » que l'on peut assimiler aux supra-formateurs, et que cette nouvelle identité de certains peut être difficilement acceptée par des formateurs plus anciens non reconnus dans cette posture. Nous percevons dans ses propos des notions de clivage.

Ce changement est à mettre en lien avec une orientation de formation de sa direction qui, certainement en regard des recommandations de l'Haute Autorité en Santé, préconise que les formateurs doivent d'avoir suivi une formation pour être en mesure de mener des séquences de simulation auprès des étudiants.

Cependant, en regard des propos de Mme L. jeune formatrice, nous pouvons entrevoir un questionnement de sa part sur la nécessité de faire une analyse en équipe afin de comprendre en quoi la simulation, si ce n'est l'apprentissage de la manipulation de la technologie, diffère-t-elle d'une autre animation de groupe ou l'on doit faire émerger des étudiants une analyse de leurs prestations (écrites ou orales) pour leur permettre un transfert dans les soins ? L'analyse des réponses de Mme L. nous permet de constater que ce dispositif de formation par la simulation en soins lui a permis de se questionner sur les modalités

spécifiques de conduite d'action de formation engageant une production de nouveaux schémas d'action.

Mme L. évoque des besoins en formation surtout en regard de la maîtrise des outils informatiques et des mannequins haute-fidélité, par contre elle se sent tout à fait capable de s'impliquer dans la moyenne fidélité en tant qu'actrice avec un scénario bien écrit. L'outil technologique est à ce stade un élément de questionnement, qui crée de l'incertitude chez cette formatrice.

La technologie est un élément modificateur en « haute-simulation » qui est à l'origine d'une modification d'un schéma d'apprentissage et qu'en cela, il engendre des questionnements de cette formatrice.

Pour Mme L. jeune formatrice, toutes les séquences pédagogiques sont pour elle des outils qu'elle ne maîtrise pas totalement, cependant il lui semble que pour la simulation, il n'y a pas beaucoup de réflexion en regard des compétences des formateurs, si l'on a une formation on est compétent, si l'on a pas de formation, on n'est pas compétent !!! Il lui semble nécessaire de réfléchir à ce constat.

Effectivement, ce postulat en lien avec l'introduction d'une innovation pédagogique doit amener une réflexion des équipes pédagogiques pour ne pas être à l'origine de clivage des équipes. Nous retrouvons l'impact du changement dans une organisation et ainsi les hypothèses de notre cadre conceptuel.

**Mme D.**, 45 ans, ancienne infirmière de chirurgie, cadre de santé formatrice depuis 16 ans dans un institut de formation en soins infirmiers de la région Auvergne, qui accueille environ 150 étudiants infirmiers par promotion et environ 100 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle n'a pas à ce jour suivi une formation à la simulation en soins.

Mme D. perçoit la simulation en soins comme une valeur ajoutée au système de formation actuel, mettant les étudiants au plus proche de la réalité, elle insiste aussi sur la plus-value pour les établissements en lien avec les enjeux des partenariats avec les universités et la compétitivité des différents établissements proposant ces formations en soins. Mme D. nous parle de la mise en place d'un dispositif d'ingénierie de formation en réponse aux recommandations de la Haute Autorité en Santé et elle nous parle de la notion de compétitivité qu'entreprennent les instituts de formations.

Nous constatons dans ces propos les notions d'ingénierie de formation.

Son investissement est moindre car elle n'a pas eu une participation active dans les séquences auprès des étudiants par contre elle s'est investie dans l'ingénierie pédagogique au niveau de la programmation et de la gestion du matériel.

Elle est confiante en ses capacités d'actrice si besoin, par contre la technologie demande un temps de maîtrise, des compétences et des besoins en formation. Par contre mener une séquence ne lui semble pas inaccessible. Elle verbalise que la simulation ne fait pas émerger chez elle, un questionnement sur ses compétences de formatrice, mais qu'il est important par contre de se questionner en équipe, c'est-à-dire réfléchir en équipe sur l'analyse de nos pratiques afin de percevoir l'impact de la simulation chez les étudiants. Pour elle, il ne faut pas faire pour faire parce que cela a été préconisé comme bien, il y avait déjà des outils de formation utilisés par les instituts de formation qui semblaient déjà répondre aux besoins des étudiants pour le développement de compétences. Nous percevons dans ces propos l'incidence de l'ingénierie de formation prédéfinie par une direction sur l'ingénierie pédagogique.

De plus, Mme D. par ses propos nous verbalise que l'introduction de la technologie en lien avec la simulation (utilisation de caméras, de mannequins « haute-fidélité »), est source de peur, mais aussi inconsciemment ne verbalise-t-elle pas la peur de perdre de sa posture de formatrice, remplacée par un mannequin, car on perçoit dans ses propos la nécessité d'être au cœur de l'action et cela se confirme par sa volonté de participation en tant qu'actrice.

Nous pouvons constater que les propos de Mme D. s'orientent vers les notions de didactique professionnelle, de réflexivité, que cette innovation pédagogique est source de modification dans un dispositif de formation, mais aussi source de questionnement individuel.

Mme D. verbalise le clivage issu par l'introduction de la simulation en soins dans l'équipe pédagogique, avec une appropriation des formateurs formés et une modification de leur posture professionnelle qui se reconnaissent comme seuls compétents par leur formation et qui se détournent des autres besoins des équipes dans des séquences d'enseignement.

Mme D. pense que la simulation en soins a modifiée l'identité de certains formateurs avec un besoin de reconnaissance pour certains dans une fonction de formateur, non certifié par un diplôme de cadre de santé et en lien avec un management spécifique de sa direction en regard de la mise en œuvre d'une ingénierie de formation. Nous retrouvons dans les propos de Mme D., les notions étudiées dans notre cadre conceptuel, en regard également de l'impact psychologique d'une innovation, les notions de conflits pouvant émerger lors d'un changement dans une organisation, avec l'apparition de dominants.

Mme D., formatrice depuis de nombreuses années, n'ayant pas eu de formation à la simulation se sent certainement dans une posture de perte d'un pouvoir et face à l'émergence de nouveau profil de « supra-formateurs », nous retrouvons les notions de changement d'identité professionnelle, les notions de dominants dans une nouvelle organisation et le refus de la perte d'une posture reconnue pour d'autres formateurs.

Cette formatrice ne se positionne pas comme une non adhérente à ce dispositif, mais son investissement et ces propos tendent vers une opposition à ce dispositif, plus en lien avec un choix de la direction qui à ce jour n'a formé dans cet établissement que certains formateurs. Ce choix de la direction a provoqué un clivage important dans l'équipe avec l'apparition de nouvelle posture de supra formateur simulation. On perçoit dans ces propos, qu'en tant que formatrice depuis 16 ans, donc ancienne et experte, la nécessité d'accepter de perdre de son expertise et de permettre à d'autres d'affirmer leurs positionnements d'experts dans un domaine précis. Elle nous fait par d'un élément important, la notion de reconnaissance pour des formateurs non titulaire du diplôme de cadre de santé, d'être reconnu dans un aspect spécifique de la formation.

En regard de nos hypothèses, nous pouvons dire que cette formatrice sans vouloir vraiment le verbaliser, avance l'idée de l'apparition de profils différents.

**Mme F.**, 54 ans, ancienne infirmière diplômé du secteur de psychiatrie, formatrice depuis quelques mois dans un institut de formation en soins de la région Rhône –Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis l'an dernier. Elle n'a pas eu à ce jour de formation à la simulation en soins.

Mme F., perçoit dans la simulation en soins comme un moyen de confrontation des étudiants à des situations de soins rencontrées ou non en stage, avec comme exemple le champ de la psychiatrie ou les relations entre patients et soignants peuvent être complexes et sources d'inquiétude pour les étudiants. Elle émet des limites à la simulation en soins « moyenne fidélité » ou les besoins en acteurs non issus de l'établissement pour plus de réalisme vont vite être un facteur économique important. En regard de ce constat, elle parle de la nécessité d'ouvrir son carnet d'adresse, de travailler avec des partenaires extérieurs, nous sommes dans un dispositif d'ingénierie de formation avec la recherche de partenaires extérieurs.



Mme F. stipule la nécessité de bien réfléchir à l'introduction à bon escient de la simulation en soins. Cela nous revoit à la notion d'une réflexion en équipe pour l'utilisation de cet outil, d'analyser les besoins pour concevoir des réponses adaptées.

Elle souhaite avoir une formation à la simulation, mais avec une approche plus dans les soins relationnels et les situations de psychiatrie, donc moins dans la manipulation de l'objet technologique mais dans la construction de scénarii en lien avec la psychiatrie. Elle veut également par cette formation transférer sa position de formatrice à celle d'élève pour vivre ce que les étudiants vont vivre, afin de mieux les accompagner. Nous percevons dans ses propos la nécessité pour cette formatrice de sortir de sa posture de formatrice, d'être en positionnement d'apprenant, et ainsi comprendre les incidences de la simulation sur les étudiants dans leur parcours de formation. Ses propos nous renvoient à un besoin de questionnement et d'analyse de son travail pour la construction de modèles d'apprentissages différents.

Mme F. dit que dès son arrivée en formation, elle a eu des implications dans la simulation « moyenne fidélité » et que pour elle c'est un dispositif comme les autres, qu'il faut analyser et cela l'amène à se questionner sur le pourquoi d'un tel engouement autour de cette pédagogie. Est-ce un phénomène de mode en regard d'une innovation ?

Par contre elle conçoit que cela puisse être difficile pour des formateurs plus anciens qui ont eu une ré-interrogation à la fois de l'organisation et de la difficulté d'être novice dans un métier qu'il pratique depuis des années, d'accepter de perdre de leur posture de formateur « expert ». Ses demandes de formations sont axées principalement sur l'analyse de ses propres activités afin d'être en capacité de mieux analyser le vécu et le ressenti des étudiants. Cela nous renvoie à des notions de didactique professionnelle, de changement d'identité, des aspects psychiques du changement. L'innovation engendre de l'incertitude chez les formateurs par une modification de leur posture, de leur identité. Est-il plus facile pour Mme F. d'accepter ce changement, car étant jeune formatrice, elle n'a pas encore pris conscience d'une posture professionnelle de formatrice ?

Mme F. constate au sein de l'équipe des adhérents et des réfractaires comme chaque fois qu'il y a une mise en œuvre de quelque chose de nouveau qui peut faire peur, mais elle remarque que la simulation a un impact sur l'organisation de la formation et que la simulation peut avoir un impact sur la dynamique d'équipe, qu'il est nécessaire que tous les formateurs suivent la formation pour mettre tout le monde au même niveau, avec une appropriation différente selon les formateurs, ce qui obligera les équipes à réfléchir à une réorganisation en regard de compétences spécifiques de chacun ou en regard de desiderata. Mme F. met en

avant les écueils d'une introduction trop rapide d'une ingénierie de formation, favorisée par la direction, peut être en regard d'autres enjeux.

Nous retrouvons dans ces propos de nombreuses notions étudiées dans notre cadre conceptuel, les notions de réflexivité, de didactique, la nécessité de sortir d'un schéma d'organisation enclin à des enjeux dans la nature des relations au sein d'une équipe avec l'apparition de tension. Mme F., verbalise les 2 postures engendrées par l'introduction de la simulation en soins moyenne et haute-fidélité, l'apparition de nouveau profil pour certains et l'affirmation de résistances pour d'autres.

**Mr D.**, 45ans, ancien infirmier de l'armée, cadre de santé formateur depuis 10 ans dans un institut de formation de la région PACA, qui accueille 180 étudiants infirmiers par promotion et 120 élèves aides-soignants. Son établissement ne dispose pas d'un laboratoire de simulation, les formateurs utilisent essentiellement la simulation « haute-fidélité » au sein des unités d'enseignements des soins d'urgence. Mr D. n'a pas bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

Mr D. perçoit la simulation moyenne et haute-fidélité en soins comme un outil complémentaire pour les étudiants dans une approche réflexive, au plus proche de la réalité, et en conformité aux recommandations de la Haute Autorité en Santé. C'est pour lui une continuité de son travail de formateur en FGSU (formation aux gestes et soins d'urgence), mais avec une technologie permettant de mettre les étudiants dans des conditions plus réelles, avec l'enregistrement de données leurs permettant de constater l'efficacité réelle de leurs actions et non en regard de la parole du formateur.

Cela nous fait percevoir que l'introduction d'un élément technologique qui crée de l'incertitude, peut également être un outil qui ôte des doutes quant à une interprétation des étudiants liée à la pleine puissance des formateurs. En effet, souvent les étudiants et surtout dans un système normatif, renvoient aux formateurs qu'il n'y a que la vision formateur en regard de la réalisation d'un acte ou d'action de soin. L'enregistrement par la technologie de résultats attendus réduira cet espace de confrontation. Il est donc important d'avoir des compétences dans la maîtrise des logiciels informatiques et des compétences en anglais.

Mr D. verbalise dans ces propos la notion d'une modification de la posture de formateur, la notion d'une modification d'un schéma d'apprentissage et le besoin pour les formateurs de s'adapter à un nouveau contexte.

Mr D. met en avant le besoin de bien fixer des objectifs pour chaque scénarii, et le fait que la simulation en soins permet une approche d'une diversité importante de situations cela l'oblige à être constamment dans un questionnement et une évolution pédagogique.

Mr D. affirme la nécessité inhérente aux équipes pédagogiques mettant en place un dispositif pédagogique par simulation, de se questionner sur le dispositif pédagogique, d'analyser leur travail et leurs activités. Nous retrouvons les notions de didactique professionnelle, de réflexivité...

Son implication est de 100% car il est un des deux seuls formateurs à assurer les séquences de simulation « haute-fidélité » dans son établissement et même à l'extérieur, il est inscrit dans un projet d'ingénierie de formation que nous définirions de niveau mezzo et micro. Cela a pour impact une charge de travail très importante et un isolement de ce formateur au sein de son équipe, donc un impact sur la dynamique d'un groupe avec des cloisonnements. Mr D. vit bien cet isolement, mais en regard de son investissement important et de sa perception du travail en équipe, nous pouvons nous poser la question de son acceptation d'un nouveau formateur dans ce dispositif de formation par simulation.

Nous percevons dans ces propos un sentiment d'autosatisfaction important.

Mr D. verbalise que pour les autres formateurs la simulation est considérée un domaine d'expertise dans les unités de soins d'urgence et que de ce fait ils ne se sentent pas compétents. Il dit être considéré comme un supra formateur par ses collègues, ce que lui ne perçoit pas comme tel du fait qu'il n'a pas suivi de formation. Nous percevons que la notion de changement d'identité professionnelle est une notion induite par ce dispositif nouveau de simulation en soins.

Pour Mr D. l'introduction de cette pédagogie dans d'autres champs de la pratique infirmier, va certainement créer des tensions et des réticences en regard de questionnement, de doutes et d'insécurité pour les formateurs, mais que la formation est basée sur un modèle socioconstructivisme d'apprentissage dans l'action pour le développement de compétences et qu'il se doit d'être mis en place dans un dispositif de formation.

Nous retrouvons dans ses propos les notions de réflexivité, de didactique professionnelle. Ces notions sont issues de l'introduction de la simulation en soin « haute-fidélité », Mr D. ne faisant pas mention de la « moyenne fidélité » dans ses propos. Il mentionne l'acceptation par les formateurs de ce nouvel outil qui crée de l'incertitude en regard d'un dispositif déjà établi. Il fait le parallèle avec l'introduction de NTIC il y a quelques années. Cela émet l'hypothèse de l'émergence d'un questionnement chez les

formateurs, sur leur posture de formateur, leurs compétences et leurs capacités à accepter l'introduction d'un dispositif nouveau en pédagogie.

Mr D. verbalise que ce dispositif de formation n'étant pas une priorité de sa direction, ces questionnements qui pour lui sont essentiels, ne se profilent pas à ce jour dans l'équipe pédagogique. Nous constatons, que la décision des directions pour la mise en œuvre d'une ingénierie de formation a une incidence sur l'ingénierie pédagogique et des conséquences sur les formateurs et la dynamique d'équipe. La perception au sein d'une équipe de profils différents comme le verbalise Mr D. est à mettre en lien avec nos hypothèses.

**Mme S.R.**, 40 ans, ancienne infirmière de secteur psychiatrique, cadre de santé, formatrice depuis 5 ans dans un institut de formation de la région Bretagne, qui accueille 80 étudiants infirmiers par promotion, 40 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement ne dispose pas d'un laboratoire de simulation, mais d'une salle de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

Mme SR., perçoit la simulation moyenne et haute-fidélité comme une méthode pédagogique innovante et complémentaire en regard du manque de diversité des stages des étudiants en formation dans le nouveau programme de formation en soins infirmiers. Nous retrouvons la, le constat fait au sein de notre institut de formation qui fût à l'origine de l'investissement de notre direction dans ce dispositif de formation par simulation.

Mme S.R. qualifie son investissement dans la simulation en soin comme une posture de formateur en ingénierie pédagogique avec une aide éventuelle pour des formateurs dans des thématiques en regard de son expérience d'infirmière en secteur psychiatrique et donc experte en soins relationnels.

Pour elle, la mise en place de ce dispositif pédagogique a nécessité une ré-interrogation de ces compétences de formatrice pour la construction de scénarios, avec des objectifs très précis et beaucoup plus analysés, car pour elle, la simulation peut avoir des impacts psychologiques importants par le fait d'éventuellement revivre des situations réelles vécues en stage et ayant déjà eu un impact sur les étudiants. Elle verbalise son besoin de se réassurer en balisant au mieux les scénarios de simulation, alors qu'elle se permettait plus de liberté dans d'autres secteurs pédagogiques. Nous retrouvons dans les réponses de Mme S.R. que ce dispositif de formation par la simulation en soins lui a permis de se questionner sur les modalités spécifiques de conduite d'action de formation engageant une production de nouveaux schémas d'action.

Ces propos nous font également percevoir que pour cette formatrice, un besoin d'analyse de son activité a été nécessaire en regard de l'analyse de nouvelles formes d'apprentissage, la simulation peut selon Mme S.R., créer des incidences sur les étudiants qu'il est important d'entrevoir, par une réflexion pédagogique. Cette innovation fait émerger une forme d'incertitude chez cette formatrice.

Nous retrouvons les notions de stress et d'incertitude en lien avec l'introduction d'un nouvel élément dans un schéma pédagogique.

Pour elle, il est également important d'accepter de perdre de son statut de formateur possédant des savoirs, pour laisser la place à une vision beaucoup plus intime de l'être humain, qui se dévoile dans des mises en scènes où son profil devient celui d'un acteur et non plus celui d'un formateur. La notion d'acceptation par les formateurs de sortir d'une organisation et d'une représentation de leur fonction est ici mise en avant. Ils doivent être dans une posture d'acceptation de changement ce qui a pour incidence, un impact psychologique dû à une nécessité de se réinterroger sur ce qu'ils sont, la représentation de leur posture, de leur identité professionnelle.

Mme S.R., nous fait part de sa satisfaction du travail en équipe pour l'a mise en œuvre de la simulation dans son équipe, cela semble pour elle un élément rassurant permettant d'établir un climat de confiance dans des zones d'incertitudes liées à une innovation pédagogique.

Concernant les changements éventuels dans l'identité professionnelle des formateurs, Mme S.R., verbalise sans hésitation que oui cela amène des changements pour certains, changements à la fois positifs pour des apports en terme de pédagogie, mais très négatifs dans une reconnaissance de chef de projet qui, à contrario d'être une aide, devient une forme de pouvoir hiérarchique. Il semble être difficile pour certains formateurs d'apprendre à habiter une nouvelle identité et de ne pas oublier par l'émulation et cette pleine puissance de réfléchir et de ne pas faire pour faire pour assoir cette nouvelle identité. Il lui semble nécessaire de prendre du recul par rapport à cette nouvelle forme de pédagogie, de faire une analyse de travail et des orientations pédagogiques.

L'ingénierie pédagogique est mise à mal par une ingénierie de formation car nous retrouvons dans les propos de Mme S.R., l'impact de l'orientation de la direction qui souhaite un retour sur investissement.

Mme S.R. met en avant le clivage issu de l'émergence de profils différents comme annoncé dans la formulation de nos hypothèses.

**Mme L.G.**, 44 ans, ancienne infirmière de service de soins intensifs, cadre de santé, formatrice depuis 6 ans dans un institut de formation de la région Languedoc-Roussillon, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

Mme L.G. émet dès le début de l'entretien que l'élément important de la simulation en soins est l'environnement dans lequel les étudiants vont évoluer, pour elle la reconstitution d'une chambre va permettre un meilleur transfert de la posture de soignant, surtout dans la relation avec les patients. Par contre l'utilisation d'un mannequin « haute-fidélité » lui semble une barrière à la une approche au plus près de la réalité, pour elle, les mannequins mettent une distance à la perception d'une situation au plus proche du réel. La « moyenne fidélité » lui semble appropriée dans des scénarii de soins relationnels, mais y a-t-il besoin de la vidéo, d'enregistrement ou la reconstitution d'une chambre est-elle suffisante ? Cela lui semble correspondre aux moyens déjà utilisés en formation, comme par exemple dans des jeux de rôle. Elle verbalise dès ce début d'entretien la nécessité de réfléchir à l'introduction de la simulation en soins dans le dispositif de formation. Nous retrouvons un questionnement sur l'ingénierie pédagogique, le besoin d'une réflexion en équipe.

Mme L.G. anime de nombreuses séances de simulation en soins auprès des étudiants, et elle apprécie particulièrement les échanges lors du débriefing, mais elle s'interroge sur un constat émergeant des différents axes du débriefing, axes différents selon l'appropriation par les formateurs de ce sur quoi il est important de faire une analyse dans un débriefing et en particulier la place de l'erreur.

Nous retrouvons dans ses propos un des axes du rapport de la haute Autorité en Santé. Elle a constaté que pour certains formateurs, cette notion d'erreur était pour eux une source d'inquiétude et que de ce fait, ils l'occultaient de peur d'amener chez les étudiants un sentiment d'échec, que d'autres formateurs percevaient la simulation en soin comme pouvant potentiellement être dangereuse pour les étudiants.

Il y a dans ses propos une réelle interrogation sur des pratiques différentes au sein d'une équipe, que la simulation en soin permet une analyse du travail et que pour certains il est facile de sortir d'un schéma pour entrer dans une autre modèle d'apprentissage, mais que cette nouvelle pédagogie fait émerger des doutes chez les formateurs.

Nous retrouvons également dans les propos de Mme L.G. la nécessité de laisser une place à la créativité des étudiants, ce qui rejoint la notion d'acceptation par les formateurs d'une perte de leur pouvoir, qui est également et certainement source de stress.

Une autre notion est mise en exergue par Mme L.G., la notion de dynamique d'équipe. En effet, Mme M.G. nous fait part d'une émulation avec une dynamique d'équipe importante, mais elle notifie cependant la réticence de certains collègues qui n'adhèrent pas à cette nouvelle pédagogie par simulation, ce qui a eu pour incidence des discussions, on constate encore à ce niveau que l'introduction d'une innovation pédagogique favorise le questionnement des équipes, des formateurs dans leur posture de formateur et dans la perception qu'ils ont de l'apprentissage. Il y a une réelle interrogation sur les modèles d'apprentissage.

Pour Mme L.G., son positionnement en tant que formatrice formée à la simulation n'a pas été source de questionnement ni de constat en regard de son identité professionnelle, pour elle c'est une évolution, un moyen de s'ouvrir à un travail en collaboration avec d'autres équipes. Elle verbalise que cela a été source de travail supplémentaire dans son organisation, mais aussi une source de satisfaction personnelle dans son métier de formatrice.

Nous percevons dans ces propos la notion d'auto-efficacité que verbalise Mme L.G par sa satisfaction dans la collaboration avec d'autres formateurs.

L'analyse de l'entretien de Mme L.G. nous permet de constater que la mise en œuvre de la pédagogie par moyenne et haute-fidélité est également dans son établissement source d'opposition en regard d'une forme de réticence de certains formateurs. Nous retrouvons l'impact du changement dans une organisation et ainsi les hypothèses de notre cadre conceptuel.

**Mme R.**, 40 ans, ancienne infirmière de service d'urgence, cadre de santé, formatrice depuis 5 ans dans un institut de formation de la région Auvergne, qui accueille environ 150 étudiants infirmiers par promotion et environ 100 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis quelques mois. Elle a bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

Mme R. perçoit la simulation comme un dispositif très lourd à mettre en œuvre en terme d'ingénierie pédagogique, mais inscrit dans les recommandations de la Haute Autorité en Santé. Son implication est importante dans ce dispositif pédagogique. Par ses propos, Mme R. semble être référente de la simulation en soins dans son équipe, ce qui peut correspondre à une posture d'ingénieur formation, qu'elle analyse comme une évolution de son poste dans le dispositif de formation. Cette innovation lui demande un investissement important, en lien avec la création de scénarii qui engendre une ré-interrogation des dispositifs déjà en place, des

questionnements sur les objectifs des séquences. Nous pouvons faire un lien avec la notion de réflexivité et de didactique professionnelle.

Mme R. verbalise une évolution de sa vision de son profil de formatrice par la production de nouvelles compétences et part la nécessité penser autrement par rapport à ce qui est existant, il faut pour elle se réinterroger sur le dispositif.

Pour Mme R. cette innovation pédagogique n'engendre pas un sentiment d'insécurité, mais parfois un sentiment de régression. En effet pour Mme R. il faut un temps d'appropriation des enseignements liés à une formation, période qui pour elle correspond à perte d'une certaine forme de liberté dans la pédagogie.

Nous pouvons percevoir dans ces propos qu'un changement dans un contexte de travail en lien avec l'introduction de nouvelles formes d'apprentissage, amène des questionnements des formateurs sur leurs méthodes, mais aussi sur leurs compétences, que ce changement dans l'organisation en lien avec l'introduction de cette nouvelle pédagogie, crée des formes de résistance, voire d'opposition.

Mme R. fait aussi le lien avec le besoin obligatoire d'une traçabilité en regard de la démarche qualité et la mise en œuvre de l'accréditation des établissements de formation.

En regard du travail en équipe et de la dynamique d'équipe, Mme R. verbalise de nouveau la charge de travail importante liée à l'ingénierie pédagogique, et les tensions inhérentes à l'adhésion ou pas des formateurs à ce dispositif, elle nous parle d'un clivage dans les équipes.

Le choix de sa direction, les investissements en regard de ce choix semble se transformer en une obligation, non clairement dite mais fortement conseillée, ce qui pour Mme R. risque d'être source de conflits d'une part, entre une orientation de la direction et une équipe de formateurs, mais aussi entre des représentations différentes de la simulation en soin au sein d'une équipe.

Il est donc primordial pour Mme R. les formateurs de réfléchissent en équipe, qu'ils aient une prise de recul sur ce nouveau dispositif afin de le positionner en regard d'objectifs pédagogiques précis et compris de tous.

Nous percevons dans ces propos les notions d'ingénierie pédagogique en prise avec des orientations parfois différentes de l'ingénierie de formation.

Mme R. ne verbalise pas de changement dans son identité professionnelle, mais elle utilise cependant le terme de supra-formatrice en lien avec sa formation.

Nous percevons dans ces propos un besoin de verbaliser une posture que Mme R. définit comme une aide, mais qui sous-tend que la formation lui a permis d'être reconnue, de



ce fait nous pouvons parler d'une modification de son identité professionnelle. Ce changement dans une organisation en lien avec une innovation pédagogique a eu pour incidence l'apparition de postures différentes dans l'organisation, les adhérents et les réfractaires.

Nous pouvons donc dire que l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité dans un dispositif de formation en soins infirmiers, facilite l'émergence de profils de formateurs différents, que ces profils sont à ce jour source de clivage dans les équipes, non pas par les formateurs eux-mêmes, mais plutôt en regard de la posture voulue par les directions.

Nous retrouvons dans les réponses de Mme R. la notion de l'impact de l'ingénierie de formation sur l'ingénierie pédagogique, les directions pour répondre aux recommandations de l'HAS, ne s'autorisent pas la possibilité de laisser une place à l'expérience pédagogiques des formateurs. Ne pas reconnaître une expertise crée des clivages dans les équipes et permet l'affirmation de certains dans une posture de supra formateur simulation et affirme peut être de ce fait les oppositions des autres.

**Mme M.** 52 ans, ancienne infirmière de service de pédiatrie, cadre de santé formatrice depuis 12 ans dans un institut de formation de la région PACA, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle n'a pas bénéficié de la formation à la simulation en soins.

Mme M. perçoit la simulation comme un dispositif déjà présent depuis longtemps dans le dispositif de formation, pour l'acquisition de compétences, elle précise que ce sont les moyens qui changent avec l'utilisation de la technologie. Nous constatons dans ces propos la notion que l'introduction d'un nouvel objet technologique peut avoir un impact sur la posture des formateurs.

Elle verbalise que son implication a été au niveau de la création de scénarios et une participation au débriefing. Pour elle, en regard de ce nouveau dispositif, émerge des questionnements en lien avec les objectifs pédagogiques, dont tout le monde n'a pas la même orientation, cela nécessite une réflexion et un travail important à mettre en place, elle précise même que l'emploi d'une nouvelle terminologie doit être enclin à une réflexion.

La nécessité d'une analyse du travail est verbalisée par cette formatrice qui constate des orientations différentes au sein de son équipe.

En formation, les formateurs ne sont pas tous identiques dans leurs postures professionnelles, mais les orientations pédagogiques ont un axe que les formateurs doivent

connaître, l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité semble avoir comme incidence pour Mme M. l'apparition d'une incertitude au sein de son équipe et cela engendre des doutes et le besoin d'une réflexion

Nous retrouvons dans les réponses de Mme M. les notions de réflexivité et de didactique professionnelle ainsi que les notions d'incertitude liées à l'introduction d'une nouveauté dans un dispositif d'apprentissage. Comme tout changement dans une organisation, des zones de questionnement et d'incertitude peuvent apparaître.

Mme M. ne semble pas être une adhérente au dispositif pédagogique par simulation sous la forme actuelle, ce dispositif est pour elle trop protocolaire et réducteur, par contre pour elle l'avenir se situe dans l'hôpital virtuel. Nous retrouvons un profil de formatrice non adhérente qui affirme sa position. De plus, pour Mme M. ce dispositif est à l'origine de tensions dans les équipes par l'émergence de profil décrit comme des petits chefs.

Mme M. verbalise des conflits intergénérationnels. Pour certains il est difficile d'accepter ces changements, cela nous renvoie à une crise de confiance, à une difficulté de sortir d'une organisation établie. Les changements dans une organisation sont sources d'enjeux de pouvoir, avec l'apparition de dominants. Mme M. met bien en avant ce concept.

Les notions de changement d'identité professionnelle sont donc abordées, il semble difficile pour cette formatrice d'accepter que ce changement ait un impact sur son propre dispositif de formation et que le fait de l'engouement pour une nouveauté pédagogique crée un clivage entre les formateurs. Le besoin d'être reconnu comme des formateurs incontournables (supra formateurs) pour certains dans ce dispositif, questionne Mme M. sur les orientations de la pédagogie par simulation qui nécessite des artifices technologiques. Les phases d'instrumentalisation et d'instrumentation ont besoin d'être identifiées et analysées par les équipes.

Nous retrouvons dans ces propos, une réticence en regard de la simulation en soin, que nous pouvons mettre en lien avec notre hypothèse N°2

**Mr L.**, 55ans, ancien infirmier de service de chirurgie et de psychiatrie, formateur depuis 20 ans dans un institut de formation de la région Languedoc-Roussillon, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Il ne possède aucune formation à la simulation.

Mr L. perçoit la simulation comme un artifice non indispensable à la formation, mais plus nécessaire à des secteurs très pointus en termes de techniques médicales dans des

domaines comme la chirurgie. Pour lui, notre métier de soignant de proximité est basé essentiellement sur la relation aux patients, avec effectivement des actes techniques à réaliser, mais que le cœur de notre métier, dans son apprentissage ne nécessite pas des investissements à la hauteur des sommes investies par des établissements, il émet donc l'hypothèse que d'autres enjeux émanant des directions se profilent, avec également un effet de mode et une attraction pour la nouveauté.

La mise en place d'une ingénierie de formation d'un niveau national avec les investissements associés, a eu selon Mr. L. une incidence sur les instituts régionaux et sur la pédagogie, en ce sens que cet effet de mode prend une place importante dans les dispositifs pédagogiques, de façon rapide et sans un questionnement essentiel sur les bénéfices réels pour les étudiants. Pour lui, on entre dans un dispositif de rentabilité des investissements et non dans une réflexion pédagogique de fond.

Nous retrouvons chez Mr L. les notions d'ingénierie de formation et d'ingénierie pédagogique qui semble être antagoniste pour ce formateur.

De plus, Mr L. se questionne beaucoup sur l'impact de cette pédagogie sur les étudiants en regard de ce mélange de vrai et d'illusion, la notion de la Haute Autorité en Santé de « jamais la 1<sup>ère</sup> fois sur le patient » le fait réagir, car pour lui, il y aura toujours une première fois sur le patient dans l'individualisation d'une relation. Ce dispositif très embolisant dans l'ingénierie pédagogique, pour un bénéfice pas encore établi à ce jour dans la formation infirmier, le questionne. Il émet même l'hypothèse d'une dangerosité dans l'espace créé par la simulation, entre : « *on va penser que c'est au plus proche du réel, mais ce n'est pas le réel* ».

Nous pouvons constater par ses propos que Mr L. est dans une période de grande réflexion et d'interrogation sur l'introduction de ce nouvel outil pédagogique. Son questionnement se centre exclusivement sur d'éventuels impacts qui selon lui peuvent s'avérer néfastes pour les étudiants et non-inscrits dans une aide à l'acquisition de compétences. Il n'est absolument pas investi dans ce nouveau dispositif et verbalise son opposition de façon claire. Il ne met en avant que des points négatifs. Pourtant son analyse montre qu'il est assujetti à un questionnement sur le dispositif de formation, mais qu'à ce jour, il n'y a pas suffisamment de réflexion des équipes, il faut faire de la simulation pour faire bien, la notion de didactique professionnelle est ici abordée.

Nous apercevons ici, un profil bien établi que nous pouvons mettre en lien avec notre hypothèse N°2.

Mr. L. aborde la notion de l'identité professionnelle par une notion d'endoctrinement de certains formateurs qui par injonction de la direction ne sont pas en capacité de verbaliser leur éventuel questionnement. Ils verbalisent que certains de ces collègues se plient au cadre institutionnel et adoptent une posture de supra formateur.

L'analyse des réponses de ce formateur, nous permet de constater que ce dispositif de formation par la simulation devrait questionner beaucoup plus les formateurs, qu'une analyse du travail en équipe permettrait une prise de distance par rapport à cette innovation qui crée de l'incertitude dans ses objectifs pédagogiques et qui pour lui est mise en œuvre de façon trop rapide.

Nous remarquons que Mr. L. se situe dans un profil de formateur non adhérent à ce dispositif de moyenne et haute-fidélité. Les hypothèses formulées dans notre travail de recherche sont ainsi remises en exergue par l'analyse des réponses de ce formateur.

**Mr P.**, 45ans, ancien infirmier de service réanimation et bloc opératoire, cadre de santé formateur depuis 13 ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis l'an dernier. Mr P. a bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

Mr. P. perçoit la simulation moyenne et haute-fidélité comme un outil pédagogique nouveau, permettant aux étudiants de faire le lien entre la théorie et la pratique. Il nous parle très rapidement des zones d'incertitudes créées par ce nouveau dispositif de formation et de la nécessité d'une réflexion en équipe.

Nous retrouvons les notions de réflexivité et de didactique professionnelle, avec également la notion d'un changement dans une organisation en lien avec une innovation pédagogique.

Mr. P. aborde de façon très sereine les questionnements issus de ce changement dans le dispositif de formation, nous pouvons penser que son intégration dans un groupe régional de travail sur la simulation dans les soins infirmiers lui permet de prendre de la distance et de ne pas être totalement en accord avec le faire pour faire demander par les directions des établissements. Il met en avant le réel besoin d'une réflexion en équipe et d'une analyse du travail pour le développement des compétences.

Nous pouvons établir que Mr. P. se situe dans un poste de formateur chargé de la mise en œuvre de la simulation dans son établissement avec un profil de formateur-ingénieur, il participe aussi à l'ouverture de la simulation en soin à l'extérieur de son établissement. La

notion de l'impact d'un changement dans une organisation est bien mise en avant avec comme principal effet, la création d'opposant, ce formateur nous parle de la difficulté à montrer les avantages de cette pédagogie à certains formateurs et il met en avant que même certains formateurs ayant suivi une formation ne sont pas tous convaincus des effets pour l'acquisition de compétences chez les étudiants.

Il nous parle ainsi de la difficulté par des formateurs de sortir d'un schéma et d'une forme d'organisation pour entrer dans un nouveau modèle, qui amène des doutes et des questionnements sur les compétences. La notion de réflexivité est abordée.

Il émet des limites à la simulation en soins « moyenne fidélité » ou les besoins en acteurs non issus de l'établissement pour plus de réalisme vont vite être un facteur économique important. Il parle de la mise en place d'un dispositif de mutualisation des ressources, nous sommes dans un dispositif d'ingénierie de formation avec la recherche de partenaires extérieurs, ce qui semble aussi correspondre au profil d'ingénieur-formateur.

Un clivage dans les relations entre les formateurs formés et les non formés est présent dans l'établissement de Mr. P. avec un changement de la perception de l'identité professionnelle des formateurs formés par certains des formateurs non formés accentuer par le fait qu'à ce jour un petit nombre de formateurs soit formé. Mr P. évoque l'impact du choix de la direction pour accéder à la formation. ce qui nous démontre que des injonctions du dispositif d'ingénierie de formation ont une incidence sur l'ingénierie pédagogique.

Cela nous évoque également que dans une organisation et surtout lorsque cette organisation est assujettie à des changements, la vision du groupe change et des postures professionnelles émergent avec plus ou moins d'incidence sur le groupe.

En regard de nos hypothèses, les réponses de ce formateur nous permettent d'établir un parallèle, en effet, Mr P. nous verbalise bien que dans son institut de formation des clivages apparaissent en lien avec l'adhésion ou non des formateurs à ce dispositif.

**Mme B.** 40 ans, ancienne infirmière de service, enseignante depuis 6 ans au sein d'un institut école en santé d'un canton Suisse, qui accueille environ 240 étudiants infirmiers par promotion. Son établissement dispose de plusieurs laboratoires de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins et est titulaire d'un DU.

Mme B. perçoit la simulation comme une approche pédagogique pour le développement des compétences des étudiants. L'utilisation de ce dispositif de simulation moyenne et haute-fidélité est un dispositif en place depuis de nombreuses années dans l'établissement de formation qui dispose de moyens importants pour sa mise en œuvre.

Elle nous parle du travail en petit groupe qui permet une approche différente de la relation formateurs/formés, le sentiment d'être perçu comme une professionnelle et non comme une formatrice. Nous constatons par ces propos que cette enseignante (titre dans son établissement) a accepté de perdre sa place d'enseignante pour un profil de professionnelle des soins. Elle est donc passée par une réflexion sur sa posture de formatrice pour entrer dans un autre schéma de représentation.

Concernant le travail en équipe sur une réflexion pédagogique, en regard de la simulation, cela a été fait depuis plusieurs années, en effet ce pays est en avance dans la mise en place de la simulation dans les soins et surtout de la simulation hautefidélité. Les différents laboratoires se rapprochent d'un hôpital virtuel.

L'établissement dispose d'un annuaire de personnes ressources pour les jeux d'acteurs, ce qui facilite encore plus l'approche au plus près de la réalité.

Mme B. en tant que responsable du laboratoire de simulation est dans un profil d'ingénierie de formation et d'ingénierie pédagogique.

Nous pouvons percevoir dans les propos de Mme B. que les séquences pédagogiques de la simulation moyenne et hautefidélité sont en place depuis plusieurs années et que les besoins de réflexion, d'analyse des pratiques et du travail, les notions d'ergonomie cognitive des apprentissages en cours chez les formateurs des instituts de formation en France ne sont pas en phase avec les questionnements des professionnels de la formation en soins en Suisse.

Les processus de modifications des modèles d'apprentissage sont en Suisse depuis plusieurs années pris en compte par les équipes et à ce jour, la simulation est intégrée comme toutes autres séquences pédagogiques dans le dispositif, avec la création de poste de technicien informatique, la participation de psychologue à la construction de scénarii.

Mme B. reconnaît que cela est source de confort pour elle, que son travail de coordinatrice avec les équipes et les partenaires extérieurs est ainsi facilité.

L'émergence d'une reconnaissance par sa direction et ses collègues nous fait percevoir que Mme B. a été assujettie à une transformation de son identité professionnelle, même si elle ne le verbalise pas ainsi, elle parle d'un changement de son statut professionnel, mais nous constatons que ce changement est également l'origine de tension entre les enseignants.

## 18.2 L'analyse transversale des données <sup>61</sup>

### 18.2.1 Le regard des formateurs sur la simulation en soins

La simulation en soins comme méthode pédagogique est pour l'ensemble des formateurs une méthode constructive en regard de l'évolution des technologies et de leur introduction dans les dispositifs de formation, elle est en lien avec les évolutions et semble être en corrélation avec les demandes des étudiants

Nous retrouvons dans cette analyse des réponses aux grands axes du rapport de l'HAS, ce qui semble nous indiquer que les instituts de formation en soins s'orientent vers ce dispositif afin de répondre aux besoins des apprenants et des professionnels en activité. Pour l'ensemble des formateurs interrogés, la simulation « haute-fidélité » est un moyen pédagogique nouveau par l'utilisation d'une technologie nouvelle qui renforce la notion de réflexivité, de cohésion d'équipe soignante avec le droit à l'erreur, cette pédagogie permet l'approche de situations de soins diverses que les étudiants ne rencontrent pas forcément dans leur cursus de stage. Elle permet l'apprentissage dans l'action sans risque pour le patient, la mobilisation et le transfert de compétences. Les formateurs sont conscients des enjeux liés à une réflexion sur les modalités d'apprentissage en regard de l'acquisition de compétences et dans le souci de former des professionnels. Nous retrouvons dans l'analyse de cette grille les notions de compétences et d'apprentissage dans l'action définies par les auteurs Le Boterf, Wittorski, Perrenoud, Levy-Leboyer et Zarifian.

En regard de la simulation « moyenne fidélité », les avis divergent selon les formateurs et l'on constate que les formateurs en poste depuis plusieurs années émettent une critique à ce dispositif sous cette nouvelle forme qui pour eux « embolise » le dispositif de formation. Ils verbalisent que cette méthode est déjà utilisée en formation depuis des années. On parlait auparavant de jeux de rôles, d'analyse de situations qui ont également pour objectif que les étudiants, face à une réalité de soins, mettent en œuvre à la fois des savoirs, des savoirs faire et des savoirs être. Ce qui change de nos jours avec la simulation « haute-fidélité », c'est l'apparition de moyens permettant aux étudiants de faire un transfert de connaissances et de compétences dans un environnement au plus proche de la réalité, mais que dans la formation en soins infirmiers, la simulation est depuis longtemps utilisée mais avec des terminologies différentes.

---

<sup>61</sup> Annexe 5 : grille analyse

Nous pouvons à ce stade de notre analyse percevoir des orientations différentes sur ce dispositif, tous les formateurs sont d'accord pour dire que la simulation en soins participe à l'acquisition et au transfert de compétences chez les apprenants, mais les nouvelles formes de simulations en soins font émerger des représentations différentes chez les professionnels de la formation. Un changement dans une organisation est source de transformation des représentations et nécessite un travail de réflexion pour une adaptation à un nouveau contexte, nous retrouvons là les études de Vergnaud.

Ces propos nous permettent de percevoir que cette nouvelle forme de pédagogie par simulation moyenne et haute-fidélité engendre l'apparition de profils différents chez les formateurs, les adhérents et les opposés, ce qui est à mettre en lien avec nos hypothèses.

Tous les formateurs interrogés ont conscience du coût financier important de ce dispositif et aussi des limites de ce dispositif pédagogique, ce n'est qu'un outil qui tente de se rapprocher au plus de la réalité, mais la simulation reste une méthode pédagogique et rien ne remplacera l'immersion dans des services de soins pour l'apprentissage des étudiants.

Pour l'ensemble des formateurs, le dispositif d'apprentissage par la simulation en soin a été source d'un questionnement et d'une nécessaire réflexion en équipe, ils sont conscients des enjeux financiers, mais conscients qu'il ne faut pas faire pour faire. Nous retrouvons les notions de réflexivité et de didactique professionnelle, définies par Schön. Cela rejoint également les travaux de Pastré, qui indiquent la nécessité de l'analyse de son travail en vue du développement de compétences.

La notion de compétitivité pour les établissements de formation est aussi un aspect évoqué par des formateurs, ce qui tend à penser que la direction des établissements ayant investi dans l'achat de matériel nécessaire à la simulation envisage d'une part un bénéfice pour l'apprenant dans sa formation mais aussi un attrait pour le choix de la structure de formation par les étudiants. Nous pouvons parler de la mise en œuvre par les établissements d'un dispositif d'ingénierie de formation selon les écrits de Ardouin et Le Boterf.

### **18.2.2 L'implication des formateurs**

L'analyse des réponses des formateurs nous montrent que la simulation en soins est mise en œuvre dans les établissements de formation par des formateurs ayant suivi une formation, en réponse aux recommandations de l'HAS et qu'il semble pour ces formateurs que cette formation soit indispensable. Cela crée un clivage très important avec les formateurs non formés qui se retranchent derrière une pédagogie plus ancienne, nous retrouvons encore



dans ces profils, un critère en lien avec l'ancienneté en formation. Les formateurs en poste depuis plusieurs années ne semblent pas être adhérents à ce dispositif. Cela engendre des questionnements des formateurs sur leur posture de formateur. Nous pouvons mettre en lien ces propos avec les travaux de Wittorski sur la professionnalisation, qui nous précise que dans le cadre du développement professionnel, les sujets passent par un processus de transformation au fil de leur activité dans un dispositif organisationnel avec une demande de reconnaissance, il nous parle d'identité agie et vécue.

Il semble difficile pour certains de concevoir un autre schéma d'apprentissage par une adaptation à un nouveau contexte. Cela nous évoque les travaux de Vergnaud dans le champ de la didactique professionnelle.

Pour les jeunes formateurs non formés à la simulation en soins, la problématique est différente, ils ne trouvent pas leur place ou on ne leur laisse pas de place. Ils sont de ce fait enclins à des questionnements sur leurs compétences, en effet ils semblent compétents dans d'autres modèles pédagogiques, mais non compétents pour la simulation moyenne et haute-fidélité. Pour certains de ces jeunes formateurs déjà en questionnement du fait de leur « novicité » en formation, un questionnement sur leurs compétences peut émerger et créer un climat d'insécurité. Ces notions liées à une modification de l'organisation ont un impact psychologique chez les formateurs, ce qui converge vers les aspects psychiques du changement étudiés par Amalberti.

La structure même d'une équipe pédagogique est redéfinie lors de l'introduction d'une innovation dans une organisation et cela provoque des changements pouvant être source de conflits, d'opposition. Nous constatons ce fait chez les formateurs plus anciens qui par leurs propos nous montrent une forme de résistance. Ont-ils peur de perdre une forme de pouvoir en lien avec leur expertise en formation ? Ont-ils peur de ne plus être reconnu ? Les travaux de Crozier, Friedberg nous permettent de mieux comprendre les stratégies mises en place par les formateurs. Chacun veut ne pas perdre de pouvoir ou à contrario prendre une forme de pouvoir. Nous retrouvons aussi les travaux de Bourdieu.

### **18.2.3 Les sources de changement dans la pratique professionnelle**

La notion de changements évoquée dans cette question, nous a permis de percevoir chez l'ensemble des formateurs, que l'introduction de la simulation en soins a été source de changements dans les pratiques de formation. Tous les formateurs ont eu au niveau des équipes pédagogiques, le besoin de réfléchir sur les modalités, la pertinence, les niveaux de

simulation, les étapes, en regard des besoins des étudiants. Les formateurs ont donc tous eu une réflexion et une analyse du travail. Nous retrouvons de nouveau le lien avec les études de notre champ conceptuel avec les travaux de Pastré, Vergnaud.

Pour les changements individuels, de nombreux formateurs ont eu une phase d'interrogation en regard de leurs compétences et surtout leurs compétences en informatique. Peut-on parler de compétences en informatique ou de capacité à comprendre et apprendre à utiliser un logiciel ? Nous avons perçu les notions de compétences par les auteurs Le Boterf, Joannert, Wittorski et Perrenoud dans notre étude conceptuelle.

La simulation par son aspect technologique est à l'origine d'une genèse instrumentale comme nous évoque Rabardel. Les formateurs doivent en effet reconnaître et accepter l'objet technologique comme un artéfact inscrit dans une triade : formateur, objet technique, étudiant.

Les changements perçus chez les formateurs ayant suivi une formation ou étant titulaire d'un diplôme en lien avec la simulation en soins, semblent s'inscrire dans une continuité et une évolution de la formation et de leur poste de formateur. Les formateurs ont conscience qu'il faut introduire dans la formation, de nouvelles formes d'apprentissage et que cela bouscule les habitudes de certains qui semblent ne pas vouloir adhérer. Nous retrouvons l'impact du changement dans une organisation en lien avec nos hypothèses.

Cependant ces innovations sont sources de questionnement, d'incertitude, d'insécurité, pour tous. Schön nous parle de la crise de confiance par rapport à son action, cela semble correspondre aux réactions et à la nécessité de prendre du recul. Wittorsky nous parle du processus de transformation des compétences et comment un nouveau schéma de formation génère une prise de distance qui professionnalise l'individu. L'analyse de son travail rejoint les notions de didactique professionnelle vue par Pastré et Vergnaud.

Cela a permis à ces formateurs d'entrer dans un dispositif d'ingénierie pédagogique et pour certains d'ingénierie de formation avec l'ouverture vers l'extérieur des structures de formation pour la recherche de partenaires.

#### **18.2.4 L'impact sur la dynamique d'équipe**

Cette question sur la dynamique d'équipe, nous a permis de bien percevoir que l'introduction d'un nouveau dispositif dans une organisation est source de modifications des relations entre les individus qui constituent le groupe. Nos lectures des écrits de Crozier et Friedberg prennent une réelle perception.

Les formateurs interrogés nous ont tous évoqués des notions de tensions, de clivage voir d'impact négatif sur la dynamique d'équipe. Ce fait est commun à la fois aux formateurs ayant suivi une formation et à ceux n'ayant pas à ce jour été formés. La seule formatrice qui n'évoque pas de tension officie dans une école en soins ou la pédagogie par simulation moyenne et haute-fidélité est en place depuis de nombreuses années, ce qui à ce jour ne peut être considérée comme une innovation.

L'analyse des réponses des formateurs, nous permet de percevoir que les impacts sur la dynamique d'équipes se situent à différents niveaux.

Sur un plan de la réflexion en équipe, les formateurs sont tous conscient de la nécessité d'une réflexion, nous avons déjà constaté ce fait dans les réponses aux questions précédentes. Cela nous confirme que dans toutes situations de travail, dans une organisation, il faut prendre en compte les évolutions de la société, les modifications nécessaires à apporter en fonction des besoins des bénéficiaires. Mais ce travail nécessaire et conscient engendre de nombreuses zones de tensions. Dans le champ de l'ingénierie pédagogique, une charge de travail importante est verbalisée par les formateurs ayant suivi une formation. Cette charge de travail a été source de premiers clivages dans les équipes avec la participation ou non des formateurs non formés à la simulation, l'acceptation par les formateurs formés et reconnus par l'institution de laisser une place à leurs collègues dans le dispositif. Le refus est aussi lié à l'introduction de la technologie qui pour certains est source de questionnement à la fois sur le fond et la forme des séquences pédagogiques, nous sommes dans les phases d'instrumentalisation et d'instrumentation que nous avons étudiés par les écrits de Rabardel.

Un autre aspect de l'impact sur les équipes, lié à l'introduction de la simulation est généré par l'orientation voulue par la direction des établissements. En effet, nous constatons que 6 formateurs évoquent que le choix de la direction pour accéder à la formation a été une source supplémentaire de clivage, des questions ont émergées, pourquoi ce choix ? En quoi ces formateurs sont-ils plus aptes ? Ce choix imposé par la direction de certains établissements en regard d'une nouvelle organisation liée à l'introduction de la simulation en soin, a favorisé l'émergence d'une nouvelle identité chez les formateurs. Les travaux de Wittorsky nous apportent un éclairage sur ce point. Les inégalités ressenties par certains provoquent des divergences entre la direction et les équipes mais ces divergences sont beaucoup plus verbalisées dans les équipes et les groupes de travail. La dynamique de groupe souffre donc de ce phénomène de reconnaissance et l'apparition d'identité différente amène des intérêts divergents en regard d'objectifs pédagogiques. Les auteurs Amblard, Bernoux, Herreros et Livian nous parlent du concept de logique d'action.

Les formateurs émettent l'hypothèse que ces phénomènes vont tendre à disparaître, en effet, beaucoup d'organismes de formation sont à ce jour dans la phase d'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité en soin qui est une innovation et qu'une innovation bouscule l'ordre établi.

Nous constatons que l'analyse des réponses à notre question nous renvoie à nos hypothèses et qu'effectivement cette redistribution des pouvoirs engendre pour certains une reconnaissance de leur identité professionnelle mais que d'autres remettent en cause cette redistribution en contestant la légitimité de l'outil.

### **18.2.5 Les besoins en formation**

Les besoins en formation émises par les formateurs nous montrent que le clivage entre les formateurs plus anciens dans un poste de formateur et les formateurs en poste depuis moins longtemps. En effet, nous constatons que dans notre échantillon, les formateurs ayant plus de 8 ans d'ancienneté, ne semble pas ressentir le besoin d'une formation spécifique, si ce n'est une formation pour certains à la manipulation de l'objet technologique et du logiciel informatique. En regard de la mise en œuvre d'un dispositif A.C.R.E., ils ne ressentent pas de besoin et ils pensent que leur expertise est adaptée.

Par contre pour les formateurs ayant suivi un cursus de formation, les réponses sont différentes et beaucoup d'entre eux verbalisent le nécessité d'avoir un approfondissement, une continuité. Nous pouvons penser que ces formateurs, de par les transformations liées à la formation à la simulation, sont dans un processus de changement et que ce changement induit des doutes, des incertitudes dans la mise en œuvre des séquences pédagogiques, ils se retrouvent novices dans une autre forme de pédagogie. Certains formateurs nous précisent qu'ils se rassurent en faisant appel pour la construction de scénarii à d'autres collègues formés ou pas.

On peut donc penser que l'expérience et l'expertise garde une place dans une innovation, ce qui est en corrélation avec les dires des formateurs plus anciens en poste.

### **18.2.6 Le questionnement sur l'identité professionnelle**

Sans avoir posé directement cette question, nous avons pu percevoir dans les réponses aux questions précédentes que l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité avait un impact sur l'identité professionnelle.

L'analyse des réponses des formateurs concernant un éventuel changement de leur identité professionnelle nous a permis d'entrevoir un phénomène d'autosatisfaction pour les

formateurs ayant suivi une formation. Autosatisfaction par une reconnaissance de certains dans leur poste de formateur, pour les autres une satisfaction en terme d'évolution professionnelle et d'adaptation de la fonction de formateur à un nouveau visage de la formation. Nous pouvons faire un lien avec les études de Bandura.

A contrario, les formateurs interrogés n'ayant suivi la formation sont tous unanimes pour entrevoir un changement de l'identité des formés, ils mettent tous en avant des comportements de chefs, supra formateurs, avec des propos parfois très durs à l'encontre de leur collègue et de la direction qui est par ses choix à l'origine de ces conflits.

L'introduction de la simulation en soins semble avoir eu comme incidence l'émergence d'identité reconnue et attribuée par la direction dans un champ spécifique qui vient en opposition avec l'identité agie et vécue selon Wittorski. Ce constat nous permet de faire également un parallèle avec les travaux de Dubar et Ion.

Nous pouvons ainsi faire un lien avec nos hypothèses.

## **19 La vérification des hypothèses**

Notre première hypothèse de recherche :

1. Une nouvelle catégorie de formateurs émerge : le programmeur, concepteur de scénarii, l'ingénieur-formation

Nous pouvons affirmer après analyse des réponses des personnes interrogées que l'introduction de la simulation en soins dans un dispositif de formation en soins infirmiers est bien à l'origine de l'émergence d'une nouvelle catégorie de formateurs que nous identifierons comme des formateurs en charge de l'ingénierie pédagogique et aussi de l'ingénierie de formation pour l'ouverture de la simulation sur l'extérieur.

Notre seconde hypothèse :

2. Les formateurs opposés à l'apprentissage par simulation moyenne et haute-fidélité affirment leurs résistances

Il en est de même pour cette deuxième hypothèse, l'innovation pédagogique est génératrice de résistances qui peuvent même se transformer en conflits dans les équipes pédagogiques, cette opposition est souvent en lien avec un sentiment de perte d'un pouvoir pour certains ou en lien avec le refus de changer dans des modèles d'apprentissage.

## 20 Les préconisations

Ces rencontres nous ont permis de voir les choses différemment et de mieux comprendre le fonctionnement de certains instituts tout en repositionnant les événements dans le contexte actuel en regard des recommandations de la Haute Autorité en Santé,

Comme nous avons pu le constater, il serait intéressant de permettre à tous les formateurs, formés ou non à la simulation de travailler dans un contexte serein et enclin à favoriser l'acquisition de compétences chez les étudiants.

Comme toute innovation, il y a perception d'un engouement pour cette nouveauté par certains et non par d'autres. En effet, une innovation a tendance à prendre une place importante dans un dispositif. Ce qui est nouveau est sujet à beaucoup de discussions lors des réunions institutionnelles.

Il serait favorable de laisser la place aux formateurs adhérents à cette pédagogie dans le dispositif et de mettre en place des moyens nécessaires mais en parallèle il serait aussi important de resituer et de valoriser les dispositifs déjà en place.

L'ingénierie de formation est source de modification de l'ingénierie pédagogique.

Cela nous semble être une mission d'un coordinateur d'équipe ou d'un responsable pédagogique. Comme le verbalisait une jeune formatrice, il y a de la place pour tous.

Une réflexion en équipe est importante et il nous semble très important de bien réfléchir à une nouvelle organisation, de ne pas être dans la précipitation comme semble nous l'indiquer des formateurs par les expressions ; « *il ne faut pas faire pour faire parce que cela fait bien...* »

Mettre en place une transversalité dans un fonctionnement vertical par module est un élément incontournable.

Il y a peut-être une précipitation, en lien avec une nouveauté et aussi en lien avec les investissements assujettis à cette pédagogie.

A ce jour, nous avons constaté que peu de formateurs ont pu bénéficier de la formation, en regard de coûts importants, que de plus toutes les structures de formation ne disposent pas d'un laboratoire de simulation, il en ressort un isolement des ingénieurs-formateurs en simulation, ce qui explique aussi certaines attitudes pour être reconnu.

Ce fait va tendre à disparaître lorsque de plus en plus de formateur accéderont à des formations. L'exemple du pays voisin visité pour les entretiens nous démontre que l'innovation trouve peu à peu sa place.

Recréer une motivation pour ceux et celles qui semblent ne pas adhérer, favoriser l'accessibilité à la formation pour ceux qui le désire par un plan de formation, nous semble être des dispositifs favorables à une dynamique de groupe au sein d'une équipe pédagogique dans un institut de formation.

## CONCLUSION

Ce travail de recherche associé à notre mission, au sein de notre établissement a été pour nous source de satisfaction, en regard de l'évolution de notre posture de formateur mais aussi source d'apprentissage tout au long de son déroulement, en particulier en lien avec l'ingénierie de formation.

La mise en œuvre d'un nouveau dispositif de formation, nécessite la mise en place de moyens au service du développement et des acteurs de cette formation. Les investissements entrepris par les établissements, en accord avec les recommandations de la Haute Autorité en Santé, ont une incidence sur l'ingénierie pédagogique. L'introduction de la simulation en soins « moyenne-fidélité » et « haute-fidélité », comme toute innovation a un impact sur les équipes pédagogiques en provoquant des changements dans l'organisation et permet aux formateurs d'entreprendre une réflexion sur leurs modèles d'apprentissage.

Cette mise en œuvre semble aussi, avoir des impacts sur la dynamique des équipes et comme toute innovation dans un contexte propice, elle tend à favoriser l'émergence de différentes catégories de formateurs. Cette différenciation identitaire est à ce jour bien perceptible dans les instituts de formation visités pour la réalisation de nos entretiens, avec la rencontre de formateurs en accord avec ce modèle d'apprentissage et investis dans un nouveau profil de formateur-ingénieur, et d'autre part la rencontre avec des formateurs résistants et opposés à cette innovation.

Les lectures de notre phase de recherche conceptuelle, nous ont permis de mettre en lien des attitudes, des réactions, des postures rencontrées et perçues dans les entretiens avec les études et les conclusions des auteurs cités dans notre mémoire.

Nous pensons avoir développé des compétences dans les domaines de l'organisation, du management des équipes et dans la création d'outils nécessaires. La dynamique de groupe, vecteur important pour la réussite de notre mission, fut favorisée par la compréhension de mécanismes en lien avec un changement dans une organisation. Nos lectures nous apportèrent un éclairage aux situations parfois rencontrées lors de notre stage et les entretiens réalisés nous permirent aussi de faire des liens avec les écrits des auteurs.

C'est sur la validation de nos hypothèses de recherche que s'achève partiellement notre mémoire car le sujet reste vaste et soumis à se transformer, une innovation est assujettie à trouver sa place et ainsi à permettre à tout formateur de percevoir la formation comme un processus en évolution, nécessitant une perpétuelle adaptation.



TABLE DES MATIERES
--------------------

<u>Première partie</u>	P.5
1 Le constat de l'évolution des attentes et des usagers en matière de santé	P.5
1.1 La législation	P.5
1.2 Le programme national pour la sécurité des patients	P.5
2. L'évolution des techniques médicales et des nouvelles technologies	P.6
3. La simulation en santé ; un outil didactique prometteur ?	P.7
3.1 La simulation en santé	P.8
3.2 L'historique de l'évolution des techniques d'enseignement en santé	P.8
3.3 Les orientations de la simulation en soins	P.10
3.4 L'ouvertures des centres de simulations en santé	P.10
3.5 Les degrés de fidélité de la simulation et le simulateur clinique	P.11
3.6 Le déroulement d'une séance de simulation en soins	P.12
4 Le projet de l'IRFSS Croix-Rouge de St Etienne	P.15
4.1 La filière formation au sein de la Croix-Rouge Française	P.15
4.2 L'institut de formation de St Etienne	P.15
4.3 La simulation à l'IFSI de St Etienne	P.16
4.4 L'innovation pédagogique par la simulation « haute-fidélité » à l'IRFSS de St Etienne	P.17
5 Quels changements pour les structures et les acteurs	P.18
5.1 Pour les étudiants	P.18
5.2 Pour les formateurs	P.21
6 La question de départ	P.21
7. L'évolution du processus apprendre dans la formation en soins infirmiers	P.22
7.1 La notion de compétences	P.24
7.2 Les compétences professionnelles	P.26
7.3 La notion de réflexivité	P.28
7.4 La didactique professionnelle	P.29
7.5 L'ergonomie cognitive des apprentissages	P.31
8. La place du formateur dans le dispositif de formation par simulation	P.33
8.1 L'ingénierie de formation	P.33
8.2 Les différents niveaux de l'ingénierie de formation	P.33
8.3 L'ingénierie pédagogique	P.34

9. L'innovation pédagogique	P.35
9.1 Les organisations et l'innovation	P.35
10. Les théories de l'organisation	P.37
10.1 Les changements dans l'organisation	P.39
11. L'identité professionnelle	P.40
12. La nécessité d'une réflexion pédagogique	P.42
<u>Deuxième partie : De la problématique vers les hypothèses</u>	P.45
<u>Troisième partie : Méthodologie et résultats</u>	P.46
13. Le choix de la méthodologie	P.46
14. Les entretiens	P.46
14.1 Le type d'entretiens	P.46
14.2 La construction du guide d'entretien	P.47
15. Le choix des formateurs interviewés	P.48
16. Le déroulement des entretiens	P.48
17. Les méthodes de travail	P.49
18. L'analyse des résultats	P.49
18.1 L'analyse longitudinale	P.49
18.2 L'analyse transversale	P.70
18.2.1 Le regard des formateurs sur la simulation en soins	P.70
18.2.2 L'implication des formateurs	P.71
18.2.3 Les sources de changement dans la pratique professionnelle	P.72
18.2.4 L'impact sur la dynamique d'équipe	P.73
18.2.5 Les besoins en formation	P.75
18.2.6 Questionnement sur l'identité professionnelle	P.75
19. La vérification des hypothèses	P.76
20. Les préconisations	P.77
<u>Conclusion</u>	P.79
<u>Table des matières</u>	P.80
<u>Bibliographie</u>	P.82
<u>Annexes</u>	P.85

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- AMALBERTI René (2005), *La conduite des systèmes à risque*, Paris, PUF, 2<sup>o</sup> édition, 242p.
- AMBLARD Henri, BERNOUX Philippe, HERREROS Gilles, LIVIAN Frédéric (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Ed Le Seuil, 245p.
- CROZIER Michel, FRIEDBER Erhard (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Ed du Seuil, 500p.
- DUBAR Claude (2002), *La Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Ed Armand Colin, 255p.
- ION Jacques (1996) *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Ed Dunod, 166p.
- JOANNERT Philippe (2009), *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Éditions De Boeck Université, 2<sup>ème</sup> édition. 97p.
- LE BOTERF Guy (1990), *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*, Paris, Ed d'organisation, 172p.
- LE BOTERF Guy (2000), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Editions d'organisation, 218p.
- LEVY-LEBOYER Claude (2009), *La gestion des compétences*, Paris, Ed d'organisation, 2<sup>ème</sup> édition, 144p.
- RABARDEL Pierre (1995), *Les Hommes et les technologies, approche cognitive des instruments contemporains*, Paris, Ed Colin, 239p.
- SCHÖN Donald (1994), *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Ed Logiques, 418p.
- WITORSKI Richard (2005), *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, Ed L'Harmattan, 190 p.
- ZARIFIAN Philippe (1999), *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*, Paris, Ed Liaisons, 229p.

### REVUES

- ALTER Norbert (1998), « Quelques principes de l'analyse sociologique de l'innovation », *Education permanente*, N°134
- ARDOUIN Thierry (2003), « La formation est- elle soluble dans l'ingénierie ? Petite histoire de l'ingénierie de la formation », *Education permanente*, N°157, pp.13-29.
- BEGUIN Pascal (2006), « Une approche opérative de la simulation », *Education Permanente*, N°166
- BOURDIEU Pierre (1979), « La Distinction. Critique sociale du jugement », *Revue Française de Pédagogie*, N°55-1981
- JAFFRELOT Morgan (2009), *Projet de développement d'un centre de simulation pour la formation de professionnels en science de la sante. Mémoire de MASTER 2, Education, clinique et santé, spécialité : Ingénierie des formations en santé, 2009, Université Paris 13*
- PASTRE Pierre, MAYEN Patrick, VERGNAUD Gérard (2006), « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie*, N°154
- WITORSKI Richard (1998), *De la fabrication des compétences*, *Education permanente*, N°135

- WITTORSKI Richard (1997), « Evolution de la formation et transformation des compétences des formateurs », *Education Permanente*, N°132

## RESSOURCES MUMERIQUES

- <http://www.cafoc.acnantes.fr/ficpdf/publication/analysetravail.pdf> Pastré Pierre (2001) « Analyse du travail et didactique professionnelle », *Rencontre du CAFOC de Nantes le 13/11/2001*
- <http://www.santé.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>, Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire»
- <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>
- [http://www.sante.gouv.fr/Rapport\\_nouvelles\\_attentes\\_du\\_citoyen\\_acteur\\_de\\_santé](http://www.sante.gouv.fr/Rapport_nouvelles_attentes_du_citoyen_acteur_de_santé)
- <http://jama.jamanetwork.com/article>, Communiqué HAS « Simulation en santé : état des lieux et perspectives de développement » et JAMA 2011; Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis
- <http://www.laerdal.com/fr/UserStories/42189533/Simulation-dans-le-cadre-de-la-formation-aux-soins-infirmiers>
- [http://wikipedia.org/wiki/Angélique\\_du\\_Coudray](http://wikipedia.org/wiki/Angélique_du_Coudray)
- <http://www.csen.com/err.pdf> « To err is human ». Building a Safer Health System. 1999. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C., abstract détaillé
- <http://www.sante.gouv.fr/1-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis.html>
- <http://www.ilumens.org/>
- <http://www.thefreelibrary.com/A+framework+for+designing/> Jeffries Ross Pamela (2005), A framework for designing implementing and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing, *Nursing Education Perspectives*, N°26
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/763183> Harden R.M. et Gleeson F.A. (1979) Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination, *Medical Education*, N°13
- [http://www.has-sante.fr/simulation\\_en\\_santé\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/simulation_en_santé_-_rapport.pdf), consulté le 16 décembre 2013.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14641632> Bradley Paul et Postlethwaite Keith (2003) Simulation in clinical learning, *Medical Education*, N°37
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.08.003> Vozenile John, Huff Stephen, Reznick Martin, Gordon James (2004), “See one, do one, teach one: advanced technology”, *Medical Education*, volume 11
- <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article107> Robin Paulard Isabelle (2012), La simulation haute-fidélité en santé, Adjectif Analyses Recherches sur les TICE
- BO Santé-Protection sociale-Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009
- [http://www.unige.ch/.../perrenoud/php\\_main/php\\_1995/1995\\_08.html](http://www.unige.ch/.../perrenoud/php_main/php_1995/1995_08.html) Perrenoud Philippe (1995), « Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? », *Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève*
- [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teaching/tc101/competence\\_concept/](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teaching/tc101/competence_concept/) Perrounoud Philippe (2001), « Compétences, langage et communication », *Didactique des langues romanes. Le développement de compétences chez l'apprenant*, Bruxelles, De Boeck Duculot

- [http://www.pedagopsy.eu/competences\\_vergnaud.htm](http://www.pedagopsy.eu/competences_vergnaud.htm)/VERGNAUD Gérard. (2006), Les compétences, Bravo ! Mais encore ?
- <http://osp.revues.org/1596>/Rencontre avec Albert Bandura, L'homme et le scientifique, revue OSP, N° 37-1

## **COURS**

- ARDOUIN Thierry UE 2 Ingénierie pédagogique Module Ingénierie de formation cours Définir l'ingénierie de formation Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014
- DAVERNE-BAILLY Carole UE5 : Méthodologie de l'enquête quantitative Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014
- DIVERT Nicolas, de Lescure Emmanuel UE 2 Ingénierie de projet sociologie de la formation et de la professionnalisation Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014
- LE DOUARON Pierre UE 1 Politique, système et institutions cours « le droit de la formation » Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014
- LEGAY Hélène UE 2 Ingénierie de projet Module GRH Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014
- LESCOUARCH Laurent UE5 : Méthodologie de l'enquête qualitative Master 2 ICF Université de Rouen Année 2013-2014

# ANNEXES

ANNEXE 1

**GUIDE DE PREPARATION DE SCENARIO DE SIMULATION**

**Nom du scénario :**

**Formation :**

**Participants :**

**Auteurs :**

**Version :**

**Date :**

**RESUME**

**OBJECTIF PRINCIPAL**

**QUELS OBJECTIFS PEDAGOGIQUES SECONDAIRES EN TERMES :**

<b>Cognitif</b> (connaissances)	<b>Technique</b> (savoir-faire)	<b>Comportement</b> (relationnel, gestion d'équipe, CRM...)

--	--	--

**INTERVENANTS :**

--

**CONTEXTE DE LA SITUATION :**

--

**SCENARIO DETAILLE :**

--

**PREPARATION DE LA SALLE :**

--

**PREPARATION PHYSIQUE DU SIMULATEUR :**

--

**PARAMETRAGE SIMULATEUR :**

--

**PRECISIONS CLINIQUES EN DEBUT DE SCENARIO**

(à donner aux participants lors du briefing)

<p><b>1- <u>Le thème :</u></b></p> <p><b>2- <u>Le contexte :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lieu :</li></ul>
--



- Service :
- Localisation
- Participants
- Contraintes particulières liées à la simulation :

**3- Histoire clinique du patient**

**REPOSE ATTENDUE :**

--

**CRITERES D'EVALUATION :**

--

**DEBRIEFING :**

<b>Cognitif</b> (connaissances)	<b>Technique</b> (savoir-faire)	<b>Comportement</b> (relationnel, gestion d'équipe, CRM...)

**TAKE HOME MESSAGE :**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

## **GUIDE DE BRIEFING AVANT UNE SEQUENCE DE SIMULATION**

**Aujourd'hui, pendant 1H, nous allons travailler en simulation.**

**La simulation, c'est :**

**Reproduire les situations les plus réelles possibles ou chacun est dans son rôle, en partant de situation prévalentes que vous avez rencontrées en stage ou aurez à gérer dans votre future pratique professionnelle.**

**L'objectif de cette session est de travailler sur : Nom du scénario du guide de préparation**

**Nous savons que vous êtes compétant, que vous savez faire.**

**Nous allons exploiter ce que vous vivrez dans la simulation en toute confidentialité, pour atteindre les objectifs de votre formation.**

**Ce qui se passe dans ce groupe, reste dans ce groupe.**

**Nous restons par contre disponible pour reparler de la situation avec vous si besoin.**

**La séance de simulation est filmée, et retransmise en direct à vos collègues.**

**La séance n'est productive que si tout le monde participe activement du début à la fin.**

**Voilà comment nous allons procéder tous ensemble :**

- ❖ Présentation des locaux et du matériel**
- ❖ Présentation du cas clinique**
- ❖ Sur la base du volontariat, 2 étudiants ou élèves seront mis en situation de simulation et le groupe observera par la vidéo**
- ❖ Débriefing en trois temps :**

- 1. vos ressentis par rapport à la simulation**
- 2. analyse du déroulement de la situation**
- 3. la synthèse de l'ensemble de notre réflexion**

## Présentation du guide des entretiens

### **Quelle différenciation identitaire est induite et renforcée chez les formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers, par l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité ?**

Les objectifs que nous visons au travers l'étude de cette problématique se situent dans l'identification des éléments qui contribuent à l'émergence de différents profils de formateurs en lien avec l'introduction de la technologie, de comprendre le réajustement de l'identité professionnelle des formateurs.

Les hypothèses permettant de préciser cette recherche étant :

3. Une nouvelle catégorie de formateurs émerge : le programmeur, concepteur de scénarii
4. Les formateurs opposés à l'apprentissage par simulation moyenne et haute-fidélité affirment leurs résistances

Afin de confirmer ou infirmer les hypothèses définies ci-dessus, nous mènerons des enquêtes auprès des formateurs sur deux Instituts de formation en soins infirmier utilisant ces méthodes pédagogiques. Nous réaliserons des entretiens au sein d'institut de formation mettant en œuvre des séquences de formation par simulation moyenne et haute-fidélité, auprès de formateurs participant ou pas à des séances de simulation, les entretiens permettant d'avoir un échange en face à face, d'avoir des questions ouvertes et des questions de relance, de reformuler et de faire du qualitatif.

Les données recueillies, nous permettrons de faire ainsi une analyse qualitative, à partir des données extraites des concepts. Nous sommes dans une méthode qui soumet au terrain des hypothèses pour lesquelles nous vérifierons la fidélité et la validité des données, afin de les confirmer ou de les infirmer.

Pour cela, nous avons élaboré un guide d'entretien comportant 6 questions ouvertes. Les entretiens se dérouleront sur les mois d'avril et mai auprès de 10 formateurs de 4 structures de formation.

Après une présentation individuelle des formateurs (âge, ancienneté dans la fonction de formateur, unité d'enseignement en charge), nous permettant de les situer dans leur posture de formateur, nous procéderons à la formulation des questions, avec comme objectif de découvrir leur profil de formateur en regard de la simulation en soin et d'en comprendre les choix. Les questions ouvertes vont parfois nécessiter le besoin de reformulation des questions ou d'approfondissement des réponses apportées, afin d'avoir des éléments fiables et précis pour leur analyse.

## Guide entretien

1. Quelle est votre représentation de l'apprentissage par la simulation moyenne et haute-fidélité ?
2. Quel est votre niveau d'implication dans la pédagogie par simulation ?
3. En quoi l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité est-elle source de changements dans votre pratique professionnelle personnelle ?
4. Quel impact la simulation moyenne et haute-fidélité a-t-elle sur le travail en équipe ?
5. Quels sont les besoins d'un formateur pour s'inscrire dans le dispositif d'apprentissage par la simulation ?
6. En quoi le changement généré par l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité changement, est-t-il source de questionnement identitaire chez le formateur ?

## RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

**Entretien 1 : Mme C.** 45 ans, ancienne infirmière de service d'urgence, formatrice depuis 6 ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 120 étudiants infirmiers par promotion et environ 60 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis quelques mois. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

## Question 1

Je pense que la simulation en sante est un moyen pédagogique intéressant, basse fidélité et haute-fidélité je dirais que pour la haute-fidélité il y a un coût financier et que de nombreux scénarios pourraient se tester sur de la moyenne et basse fidélité comme en AFGSU peut être que la haute-fidélité peut se tester plus sur des professionnels de type profession médicale. Pour les étudiants en apprentissage la simulation permet d'ouvrir la formation à des situations que les étudiants ne rencontrent pas sur les stages, les situations étant tellement différentes d'un patient à l'autre cela permet de les faire réfléchir et de les aider à transposer leurs acquis  
Ce que je constate est la satisfaction des étudiants ayant pu bénéficier de séquences, ils verbalisent tous une possibilité de se coller au plus près de la réalité, les scénarios étant souvent une simulation de travail en binôme cela renforce le travail en équipe.

## Question 2

Implication récente, puisque je viens de faire la formation à la demande de la direction ; mon implication est un peu forcée, c'était une demande de ma direction à laquelle je n'ai pas eu le choix, je suis la seule formatrice formée dans cette équipe j'ai pu tester des séquences auprès des étudiants de 3<sup>ème</sup> année, j'ai réalisé avec l'aide de collègues des scénarios c'est quelque chose qui m'intéresse par contre j'ai remarqué que cela demandait beaucoup de travail en amont et finalement malgré le fait que les étudiants soient satisfaits au moment même de la séquence, je n'ai pas assez de recul par rapport à l'atteinte des objectifs sur la professionnalisation des étudiants, en regard de la somme de travail en amont pour la construction des scénarios et la programmation difficile en petit groupe. Ce travail de construction de scénarios était intéressant, mais il nous a beaucoup questionner sur le choix des UE, les thématiques, les objectifs à poser. Nous avons réalisé un vrai travail de fond par l'analyse de ce qui était fait et comment nous pourrions le faire en simulation.

## Question 3

Alors, je dirai que le fait d'être formatrice FGSU a été aidant car finalement la simulation ressemble sur certains aspects à ce que l'on fait en FGSU , car on part de situation de gens qui observe et ensuite d'un débriefing, c'est pour moi une continuation de ma pratique avec cependant une technique à prendre en compte pour les mannequins haute-fidélité, et des scénarios beaucoup plus évolués qu'en FGSU donc un point positif, mon travail à ce jour, est de reproduire des scénarios de simulation en soin basse fidélité dans les séquences FGSU ou nous partions souvent dans la création de scénarios au moment des séquences d'FGSU et parfois avec une demande faite aux étudiants, je me suis questionnée sur notre méthode utilisée en FGSU, la différence majeure pour moi c'est que pour l'FGSU nous sommes dans un dispositif évaluatif normatif alors qu'en simulation, il n'y a pas

d'enjeux pour les étudiants en terme de note, simplement un objectif formatif. Nous sommes beaucoup plus protocolisé en simulation qu'en FGSU avec des scénarios écrits, testés, décortiqués en termes d'objectifs. J'ai été obligé de me questionner sur ma façon de faire et de prendre en compte que l'on peut faire autrement, j'ai pu analyser et percevoir qu'il faut se questionner Par contre la technique et la technologie prennent une part importante dans la simulation haute-fidélité, et cela crée de l'insécurité pour moi en termes de compétences en technique, je maîtrise l'informatique, mais l'utilisation des mannequins haute-fidélité, l'enregistrement des paramètres est un élément nouveau que je dois m'approprier.

#### Question 4

De par mon expérience, j'ai pu remarquer la nécessité du travail en équipe pour la construction des scénarios, je pense qu'il faut une cohésion d'équipe avec comme éléments facilitateurs la collaboration de collègues car construire toute seule une séquence et un scénario cela n'est pas chose facile, voir une mission impossible, on a besoin de s'aider j'ai constaté certaines réticences dans l'organisation de la part de certaines collègues ou a contrario une adhésion totale, soit les gens sont intéressés soit ils ne le sont pas. La simulation est un travail collectif qui nécessite pour ceux qui y participe une adhésion à ce projet, il faut respecter le choix de chacun de s'investir ou pas

(Après reprise de ma part d'où peuvent venir ces différences d'investissement), je pense que certaines collègues au vue du travail que cela demande, ne souhaitent pas s'investir car elles ont déjà une charge de travail importante, pour d'autres elles disent ne pas se sentir capable par rapport à la maîtrise de la technologie, d'autres sont très récalcitrantes et nous disent que c'est un nouveau jouet, qu'il n'y a pas besoin de tous ces investissements en matériel, que les jeux de rôle déjà utilisés en formation permettent aux étudiants de se mettre en situation et d'analyser leurs actions. J'ai parfois eu le sentiment d'être en difficulté, car étant formée, j'étais parfois la seule « capable de » et de ce fait j'étais obligée de gérer toutes les difficultés

#### Question 5

La formation a été utile car elle comportait beaucoup de pratique, pour mener des débriefings devant les autres ce qui n'est pas évident de jouer, savoir se mettre à nu, faire des jeux de rôle, se mettre en situation d'apprenants et non de formateurs, de vivre ce que les étudiants vivront à posteriori

Pour la construction de scénarios, nous avons eu une formation précise avec un travail sur la façon d'élaborer une séquence et une trame nous a été donnée, c'est pour cela que je me suis questionner sur notre façon de procéder en FGSU sans trame

#### Question 6

Oui un changement car la simulation n'est pas connue dans les IFSI et non pratiquée à ce jour, donc précurseur dans ce domaine au sein de notre institution

Après reprise de ma part, regard par rapport à votre identité individuelle et non identité collective de la structure

Changement de regard surtout des étudiants à qui nous proposons la simulation en soin, ils me considèrent comme la référente simulation en 3<sup>ème</sup> année car en effet à ce jour je suis la seule formatrice à avoir aminée les séquences

Au niveau de l'équipe bien que j'ai eu la formation spécifique, je pense que tout formateur est en capacité de mener des séquences, je ne sens pas une étiquette spécifiques et des compétences particulières, je dirai même que certains formateurs sont plus aptes que moi à mener un groupe car ils ont plus d'expérience que moi dans la formation. Le débriefing est un aspect de notre profession que nous utilisons dans d'autres UE

L'organisation, la planification est un aspect de ma profession que je coordonne habituellement dans l'organisation de certains TP en particulier les TP CIP ou je dois planifier des groupes de 12 étudiants avec 2 formateurs. Au niveau de la planification effectivement c'est une charge de travail importante ou j'ai dû solliciter des collègues avec une adhésion de certains et par contre des refus, oh oui oui de certains, certains évoquaient des indisponibilités parfois avec des justifications peu fondées ou des refus catégoriques verbalisés ou pas, mettant en avant le non intérêt pour la simulation en soin. Je suis contente d'avoir eu des collègues acceptant de participer. J'ai dû faire preuve de diplomatie, cela m'a aidé à me positionner beaucoup plus qu'auparavant car je suis d'un tempérament plutôt discret. L'étiquette situations simulées est parfois source de refus de certains, car c'est un outil nouveau, qui est encore pour moi source d'insécurité du point de vue technologie, j'ai toujours peur d'un bug informatique que je ne maîtrise pas, de ce fait certains collègues se détournent de cette pédagogie car je pense qu'ils ne veulent pas à ce stade de début de la simulation dans l'IFSI se créer une charge de travail et une insécurité dans leur poste de formateur.

**Entretien 2 : Mme L.** 37 ans, ancienne infirmière en psychiatrie, formatrice depuis 4 mois ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis l'an dernier. Elle n'a pas eu à ce jour de formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Excellent moyen d'apprentissage dans le sens où cela permet de visualiser à distance la prestation des étudiants sans être présent pour plus de réalité, pour amener plus de réalité, et aussi le temps de débriefing où les étudiants peuvent échanger dans le respect, et de construire une meilleure prise en charge avec description des points positifs, de verbaliser leurs ressentis, leurs manques dans la gestion de la situation, et les axes de progression ; la gestion des émotions tient une place importante. La réflexivité est importante.

Pour autant lors de la description je pensais que les caméras, l'observation par les autres étaient un frein, avec aussi l'enregistrement, j'ai pu observer la difficulté à ce que les étudiants se portent volontaires pour être les acteurs, peur d'être jugé, cela est un frein.

La simulation a des limites, c'est un bel outil mais il ne faut pas l'utiliser pour tout, en faire pour en faire, réfléchir au UE où la simulation peut trouver une place, donc réfléchir en équipe il y a 3 axes à étudier, simplifier la technologie, construire en équipe des scénarios et non être mis devant un scénario déjà construit dont on ne maîtrise pas tout et travailler sur les orientations du débriefing car à ce jour j'ai observé des débriefings différents avec certains plus constructifs que d'autres où la parole des étudiants était plus constructive et les échanges actifs alors que certains groupes restaient très passif ce qui est dommage en regard de l'investissement financier, de la charge de travail.

#### Question 2

Mon implication dans la pédagogie est uniquement à ce jour, observatrice, car je ne suis pas formée et de plus je suis récente dans mon poste de formatrice.

Je n'interviens pas dans les séquences ni lors du débriefing, très largement je ressens le fait que si l'on n'est pas formé on ne peut pas mener un débriefing de simulation.

(après un questionnement de ma part sur le pourquoi de ce ressenti) je ressens de la part des formateurs formés à la simulation et acteur de ses séquences, mais aussi de la part de la direction que si l'on est pas formé, on ne maîtrise pas les modalités nécessaires à la conduite du débriefing qui est basé sur la mise en avant des acquis des étudiants dans la gestion de la situation, il semblerait important de ne pointer que les aspects positifs et de ne pas mettre l'étudiants face à ses erreurs. Je ne m'autorise pas une place, alors que dans d'autres TP je participe mais là, il me semble que la simulation est très protocolaire dans l'établissement et que si nous ne sommes pas formés on se doit de regarder, j'ai bien ressenti cet aspect, les formateurs formés font valoir que mener un débriefing n'est pas facile. Je suis nouvelle en formation, je n'ai pas eu ce sentiment de la part de mes collègues dans d'autres séquences pédagogiques, j'ai été reconnu apte pour les TP et les TD, alors que face à un groupe d'étudiants, je prends l'exemple de l'analyse de situation de stage, on m'a demandé si je me sentais capable, ce à quoi j'ai dit oui, j'ai donc pu animer des groupes.

Lors de mes observations, j'ai pu constater que le temps de débriefing est très long et important et je ne suis pas certaine que de promouvoir uniquement le côté positif aide les étudiants à progresser dans leurs apprentissages, à mon sens le débriefing en simulation ou on ne valorise que les aspects positifs me dérange un peu et à mon sens empêche l'étudiant de progresser en regard de ses erreurs. Il ne faut pas que les étudiants soient mis en situation d'échec, pourtant reconnaître une erreur peut être formateur. Je pense que les formateurs formés à la simulation, sont trop dans « leur truc », qu'ils ne considèrent pas que le débriefing soit un temps d'échange avec les étudiants comme dans d'autres activités.

### Question 3

Oui des changements, moi j'opterais pour un débriefing à mon sens plus formateur de travailler aussi sur les manques des étudiants, la simulation me semble trop protocolaire en ne voulant pas mettre en avant les erreurs du fait que les étudiants soient observés par d'autres étudiants pour qu'ils ne se sentent pas jugés il me manque l'axe de progression, il me semble qu'il y a façon de dire les erreurs sans que les étudiants se sentent jugés.

Après reprise de ma part, les changements pour elle, dans sa pratique professionnelle.

Oui, cela me renvoie que je semble ne pas être compétente, que la simulation est réservée à certains formateurs formés et que les autres ne sont pas capables.

### Question 4

Beaucoup d'émulation, en regard de la nouveauté, bel outil, plutôt une dynamique porteuse par rapport au rendu des étudiants et leurs satisfactions, par contre à ce stade de début ou tout le monde n'est pas impliqué, on peut, peut-être penser que la technique dont j'ai parlée tout à l'heure est peut-être un frein, l'aspect technique crée des écarts entre ceux qui maîtrisent et ceux qui ne maîtrisent pas et de plus la logistique étant importante cela peut créer des tensions, je pense cependant que tout le monde peut trouver sa place, acteur, technicien, créateur de scénarios, programmeur, utiliser les compétences de chacun.... A ce jour, la direction a opté pour un profil de



formateurs en charge de la simulation, mais l'ouverture dans les années à venir à l'ensemble des formateurs réduira cet écart.

Je ne pense pas qu'il y ait eu des réticences majeures car les formateurs à ce jour formés ont une ouverture au reste de l'équipe, ils nous sollicitent, la porte est grande ouverte soit pour participer ou pour observer, mais il y a quand même un clivage entre ceux qui participent et/ou observent et ceux qui ne s'investissent pas, on peut, peut-être parler d'une certaine retenue face à la simulation dans l'attente de résultats plus probants en regard des bénéfices sur les étudiants.

#### Question 5

La formation initiale pour comprendre les enjeux de la simulation et aussi un matériel plus accessible en termes de technologie, pour éviter d'avoir des doutes par rapport à la maîtrise de l'informatique et une formation avec un technicien pour l'outil mannequin.

A ce jour, je suis dans l'incapacité de maîtriser la haute-fidélité et cela a un impact sur mon investissement dans la construction de scénarios nécessitant l'utilisation de cette technologie. En ce qui concerne la moyenne fidélité, ou les besoins sont des besoins en terme d'acteur je ne vois pas là de soucis majeurs si ce n'est la bonne connaissance des objectifs de la séquence pour que dans le rôle d'acteur je puisse permettre aux étudiants d'accéder aux objectifs, j'ai pu observer des collègues actrices et j'ai pu percevoir que malgré des différences dans leurs prestations, dans l'ensemble elles permettaient aux étudiants d'accéder aux objectifs, je me sens capable de le faire. J'ai pu observer que les acteurs étaient souvent les mêmes collègues et qu'au fil des séquences elles évoluaient et surtout elles se rassuraient par rapport à leur prestation. Il faut un guidage avec des objectifs très précis.

#### Question 6

J'ai été surprise par le côté très protocolaire du débriefing et que les formateurs pourtant formés à la simulation ne s'autorisaient pas à sortir des cases bien établies du débriefing, j'avais l'impression qu'il y avait une retenue, cela est peut-être dû à la nouveauté.

Certains cependant, s'accordaient une certaine forme de « pouvoir », c'est-à-dire qu'ils ne laissaient pas forcément la place aux autres formateurs dans la conduite du scénario et surtout du débriefing, ne souhaitant pas forcément que d'autres formateurs prennent la parole.

Depuis que je participe à des séances de simulation, je me questionne effectivement sur certaines de mes compétences, pas forcément sur mon identité de formatrice car je viens de commencer dans la formation, mais je ressens une certaine forme de différenciation entre des « super formateurs simulations » et les autres. Je pense que pour certains formateurs anciens dans la fonction, cela peut être difficile à accepter.

**Entretien 3 : Mme D.** , 45 ans, ancienne infirmière de chirurgie, cadre de santé formatrice depuis 16 ans dans un institut de formation en soins infirmiers de la région Auvergne, qui accueille environ 150 étudiants infirmiers par promotion et environ 100 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle n'a pas à ce jour suivi une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Je l'ai vu de façon assez éloignée, c'est vrai que c'est une valeur ajoutée à tout ce que l'on peut mettre en place, comme le e-learning, je pense aussi que c'est un lieu où les étudiants ont le droit à l'erreur sans préjudice, par contre il faut avoir une vraie représentation d'un service de soin avec une vraie chambre, du vrai matériel pour mettre les étudiants dans les conditions les plus réelles. Par contre c'est aussi une plus-value pour l'établissement même si nous n'en sommes qu'au début, avec des enjeux en regard de l'université, et pour que les IFSI soient compétitifs ils doivent attirer les étudiants, la simulation est un attrait supplémentaire et elle fait partie des orientations de notre direction, on se doit d'apporter des plus-values. Dans la région nous sommes un des seuls IFSI à mettre en place ce dispositif, alors que certaines universités le développent également, il faut être compétitif.

#### Question 2

A ce jour, je laisse mes collègues d'année participer à la simulation, on ne peut pas être sur tous les fronts, je suis plutôt moi dans l'organisation de l'année en tant que coordinatrice d'année. J'ai lu des scénarios, j'ai observé, j'ai répondu à des besoins en commande de matériel pour aider ma collègue formée à la simulation, j'ai géré les listes de groupe, les absences, je n'ai pas eu une participation active mais je ne suis pas hermétique à la simulation, je me suis proposée pour être actrice.

#### Question 3

Je ne suis pas une actrice, mais je me fais confiance, j'ai des capacités au bout de 16 ans de formation et de posture, je vois facilement les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en place pour les étudiants. J'ai une certaine expertise.

La haute-fidélité, demande un high-tech importante et comme toute nouveauté il faut du temps pour se l'approprier et il faut surtout le pratiquer souvent pour avoir une maîtrise, avec une formation à la technologie.

A ce jour, monter un scénario mener un débriefing ne me semble pas être quelque chose d'inaccessible, par contre l'aspect technique me fait un peu peur.

Je pense que s'impliquer dans la simulation haute-fidélité, demande des compétences technologiques, si c'est pour quelques séquences de temps en temps, c'est dommage et cela peut peut-être envisagé sous d'autres formes de TP tels que les jeux de rôles que nous mettons en place depuis des années dans de nombreux modules, avec des scénarios déjà construits. Nous devons réfléchir à cela et ne pas faire pour faire, parce que cela a été prédéfini comme bien, mais faire en réfléchissant au réel bénéfique pour les étudiants.

On rejoint dans la simulation des aspects des jeux de rôle que nous maîtrisons.

#### Question 4

Oui, Impact sur la dynamique d'équipe car le choix des formateurs pour la formation de formateur à la simulation n'a pas été un choix, je n'ai pas vu de mail proposant cette formation, le choix a été fait en lien avec un groupe de formateur qui ont été choisi par la direction, laissant certains collègues devant leur déception, ce groupe de formateurs étant un groupe officiant principalement sur la même année de formation, cela a eu un impact car il nous a été difficile de mettre en place la simulation sur les autres années de formation ou ces formateurs n'intervenaient pas.

De plus j'ai souvent entendu, on fait de la simulation donc on ne fait pas d'autres choses où il peut y avoir des besoins en formateurs, on se retranche derrière la simulation demande du travail, débrouillez-vous sans nous, nous sommes nous formé à la simulation, vous ne pouvez pas prendre la responsabilité de ses séquences si ce n'est qu'en tant qu'aide.

Il y a eu un renfermement durant certaines périodes de ce groupe

Quand il a fallu mettre en place des séquences de simulation sur certaines années, l'équipe d'année a fait valoir qu'elle se déchargeait de la simulation car aucun membre n'était formé, le groupe de formateurs formés a verbalisé à ce moment-là qu'il ne pouvait pas tout faire. J'ai cependant remarqué, que les formateurs non cadre de santé étaient ceux qui verbalisaient le plus ce statut, ce qui me renvoi peut être à un besoin de reconnaissance au travers de ce statut. Ils se veulent être de « supra-formateurs »

A la fois, ils ne voulaient pas que l'on touche à leur « bébé », que cela leur demandait du travail, mais il fallait quand même que nous construisions des scénarios sans être formé, ce qui ne me semblait pas impossible en regard de mes compétences, mais il ne faut vouloir le beurre et l'argent du beurre, c'est-à-dire à la fois être reconnu comme les seuls compétents mais demander quand même de l'aide et refuser de venir en aide.

La direction voit peut être d'une autre façon la simulation, par rapport à l'accréditation et la qualité, il faut en regard des instances justifier des formations, des diplômes et cela créer des inégalités entre les formateurs. Il faut réfléchir en équipe d'une équité entre les formateurs en fonction de leurs envies et de leurs compétences.

#### Question 5

Réponse rapide, aucun besoin, je pense qu'en tant que formateur nous possédons des compétences qui sont tout à fait en lien avec la simulation, peut-être une formation pour l'utilisation de l'informatique en regard des mannequins haute-fidélité

#### Question 6

Je n'ai pas moi ce regard de toute puissance par rapport à une fonction spécifique, je suis titulaire d'un Master2 en sociologie, je ne l'expose pas cette façon, les collègues le savent, si ils ont besoin de moi pour des UE en sociologie, je suis là.

Par contre clairement le profil de certains a changé, avec des phrases comme, vous ce que vous faites dans les jeux de rôles c'est du bricolage, la simulation n'a rien de comparable.

Parfois même, des réflexions comme, avec notre formation en simulation, nous pouvons exporter nos prestations en dehors de l'IFSI, certains ce voient comme des supra formateurs en simulation, alors que d'autres collègues ayant des masters ou autres diplômes ne le font pas valoir si ouvertement.

Pour certains, ils sembleraient qu'ils ont besoin d'être reconnus dans leur posture de formateur en simulation, cela en différent entre les profils et les personnalités de chacun.

Certains savent mettre à profit leur compétence pour la formation des étudiants, d'autre semble avoir le besoin d'être reconnu dans une certaine posture, avec des investissements de l'établissement et une ouverture sur l'extérieur avec l'ouverture d'un laboratoire de simulation en soin au niveau régional. Ce besoin de reconnaissance me questionne, pour certains formateurs ce besoin est il en lien avec des doutes sur leurs compétences et le fait d'être étiqueté comme les seuls

capables de, entraîne un besoin d'être enfin reconnu ? Je n'ai pas de réponse mais cela me questionne.

**Entretien 4 : Mme F.** 54 ans, ancienne infirmière diplômée du secteur de psychiatrie, formatrice depuis quelques mois dans un institut de formation en soins de la région Rhône –Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis l'an dernier. Elle n'a pas eu à ce jour de formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Je trouve que la moyenne fidélité est un excellent support pour la confrontation des étudiants à des situations particulières, soit des situations qu'ils n'auront pas la possibilité de rencontrer en stage, et surtout dans le champ de la psychiatrie, où les rapports entre soignants et patients sont parfois complexes, et source d'inquiétude voire de peur pour les étudiants. Par contre, en fonction des scénarios, si le formateur est l'acteur les limites seront vite atteintes car les étudiants nous connaissent et attendent des choses de certains formateurs, je pense que c'est des patients acteurs ou des professionnels ou semi-professionnels cela va vite devenir très cher pour l'établissement, il faut donc s'orienter vers des bénévoles patients acteurs, issus de profession de la santé. Je pense mais peut-être que je me trompe qu'il serait bien que ces personnes soient des gens issus du soin pour mieux comprendre les situations. Pour atteindre les objectifs et avoir une sensibilité soignante. Mais il va falloir développer notre carnet d'adresse, et de nos jours trouver des personnes qui acceptent de jouer, bénévoles ou pas, cela est difficile.

La haute-fidélité je n'en pense pas grand-chose car je n'ai pas de pratique, ce que j'en ai vu est pas mal, je pense que l'avantage sera quand nous ferons des scénarios avec des gestes très techniques dans les différentes années exemple pour les sondages avec en plus de l'acte les réactions du patient, la surveillance des constantes.

Je pense que la simulation en soin est une réponse à des besoins des étudiants et aussi des professionnels pour évaluer ou réévaluer leurs compétences en situation de travail. Il faut y réfléchir pour l'introduire à bon escient.

#### Question 2

On peut dire, comment dire, moyen mais mon objectif est d'y participer encore plus, faire la formation mais pas dans le même centre que mes collègues déjà formés pour avoir un autre aspect de la formation, entendre peut-être d'autres choses il faut aussi travailler aussi sur la psychiatrie qui est mon domaine, à ce jour c'est un réel plaisir de participer comme actrice dans les situations de moyenne fidélité avec l'équipe de 1<sup>ère</sup> année.

Je ne suis pas trop dans la construction de scénarios qui est plus réservé aux collègues formés, mais j'ai eu l'occasion de participer avec eux à la création de scénarios. Je souhaite travailler sur des scénarii de psychiatrie qui est mon champ de compétences. Je me suis investi dans un rôle d'actrice

#### Question 3

Je viens de commencer dans la fonction de formatrice et je suis donc arrivé avec la simulation et j'ai rencontré cela dès mon arrivée, je pense que cela peut modifier certaines pratiques professionnelles

de formateurs plus ancien, oui cela change quelques choses, cela peut déranger certains qui n'adhèrent pas, voir être difficile pour eux, difficile pour plein de choses, en particulier la technique à maîtriser, la simulation est très protocolaire dans ce que j'ai pu voir, le débriefing en particulier ou on ne met en avant que les points positifs de la prestation des étudiants, le fait d'être acteur pour certains formateurs n'est pas facile cela nécessite une parfaite acceptation de ce rôle et tout le monde n'est pas à l'aise avec cela, tout le monde n'est pas acteur, en ce qui me concerne je fais du théâtre depuis longtemps et je suis à l'aise, car il ne faut pas oublier que les étudiants qui sont acteurs de la situation se sentent observés et doivent se mettre à nu devant leurs copains, mais les formateurs acteurs doivent également passer par là, se sentir observé à la fois par les élèves et leurs collègues formateurs, cela n'est pas facile pour tout le monde, cela ce remarque lorsque nous testons les scénarios, les volontaires formateurs ne se bousculent pas en terme de volontariat. Certains se questionnent en regard de leurs compétences dans un nouveau rôle, certains n'acceptent pas d'être mis en position de novice dans un autre rôle que celui de formateur. Il faut être à l'aise dans le jeu et dans l'adaptabilité dans la bienveillance auprès des étudiants, si l'on n'est pas à l'aise, les étudiants vont le ressentir et de ce fait il y aura une barrière aux objectifs à atteindre, il faut en somme des compétences d'acteurs et accepter de sortir de ce positionnement de formateur qui maîtrise tout.

Je pense que pour mener un briefing et un débriefing, formé ou pas à la simulation, il faut aussi être à l'aise, en TP les formateurs sont plus dans une transmission de savoir alors que le débriefing revêt des capacités d'animation de groupe importantes, de facilité l'analyse, de faire du retour sur expérience, de savoir rattraper un groupe qui n'est pas dans la bienveillance avec les étudiants acteurs ou même de savoir aider un étudiant dont la prestation lui a renvoyé des difficultés et l'aider à cheminer sur un sentiment de culpabilité, je prends l'exemple des situations avec arrêt cardio respiratoire ou la prestation de certains dans la réalité aura amené le décès du patient. Il est difficile de mener un groupe qui n'est pas forcément dans la bienveillance, je me trompe peut être mais la simulation est un partage d'expériences qui parfois diffère selon le niveau des étudiants.

Le partage d'acquisition de savoir dans la simulation ou seulement 2 étudiants se mettent en scène est un incontournable et comment arriver à stimuler le reste du groupe qui n'est qu'observateur, on ressent souvent une certaine passivité du groupe il faut parfois trouver des moyens pour engendrer une participation de tous et cela n'est pas facile pour tous les formateurs, et voir même être un risque pour certains ; mettre une dynamique de groupe en place quand seulement 2 étudiants ont été actifs n'est pas facile.

On parle du risque que prennent les étudiants en simulation mais on oublie le risque que prennent les formateurs soit en tant que acteur ou animateur, ils sont aussi dans une posture de novices pour certains sachant que nous débutons avec la simulation

#### Question 4

Un impact oui, mais pas plus que d'autres choses, il faut travailler en équipe pour les scénarios, pas plus que d'autres créations de séquences de cours de TD, TP qu'il faut programmer, on sait qu'il y a toujours ceux qui acceptent et ceux qui refusent une innovation, qui « rouspètent » lorsque l'on parle de la simulation

Par contre avoir un collègue formé est facilitateur forcément car il connaît le guide de construction savoir qu'il ne faut viser qu'un seul objectif à la fois.

Mais je n'ai pas senti de réelle opposition à la simulation, mais il faut lui donner l'importance qu'elle a mais sans plus, le défaut c'est le temps que la simulation prend dans le dispositif, et que les formatrices chargées de l'organisation des groupes ont bien joué le jeu même si elle ne se sont pas investies dans les séquences, l'équipe a pris la simulation comme un nouvel outils, favorable, mais sans plus, a contrario d'autres équipes plus en difficultés pour la mise en œuvre dans leur année de formation ont eu des difficultés avec parfois des tensions.

#### Question 5

La formation certainement, mais comme je l'ai dit une autre que celle de mes collègues, une formation sur le champ des scénarios de psy, une formation à la technique, mais avec une pratique +++ cela ne me parait pas infranchissable, de voir comment je fais-moi quand je suis à la place de l'étudiant, inverser les rôles pour mieux comprendre leur vécu, me mettre en posture moi aussi d'apprenant pour laisser tomber mes certitudes de formatrice, comment voir lorsque c'est moi qui suis mise en scène comme on le demande aux étudiants, voir mes affects, mes craintes.

#### Question 6

Je n'ai pas ressenti de changement chez les formateurs dans mon équipe, une cohésion avec des niveaux différents mais pas de changement chez les formateurs formés  
Pour moi pas de changement d'identité par mon investissement sans être formé, le fait que tout le monde soit dans quelque temps formé sera une bonne chose, je pense que c'est une bonne politique de la direction que tout le monde soit formé même si tout le monde ne met pas en pratique cet outils, il y a toujours dans un groupe de gens formés des profils différents qui se manifestent, certains investissent plus cette fonction avec parfois des demandes de formation supplémentaires, aller plus loin de se l'approprier plus, sans être péjoratif dans mes propos certains investissent plus comme pour les TPCIP ou Perf ou certains sont souvent absents et d'autres trop présents.  
Par contre, il me semble important de ne pas se précipiter aussi rapidement, il faut bien réfléchir en équipe à ce quoi on veut tendre avec la simulation. La direction nous demande de faire de la simulation, pourquoi si vite, je pense qu'il y a des enjeux au niveau de la région.  
La formation ne va pas créer toutes les compétences, elle mettra tout le monde au même niveau en regard les uns des autres mais pour autant certains seront compétents d'autres pas  
Chacun fera ce qu'il voudra de cette formation et de la simulation, le fait que tout le monde soit formé évitera qu'il y est des plus et des moins, après charge à chacun d'être un expert ou pas, cela évitera un clivage institutionnel entre les supra et les non supra de la simulation.  
Par contre il n'y a pas une telle émulation en regard d'autres champ de compétences je prends exemple de la sociologie ou certaines ont des masters de sociologie et que personne n'en fait état.  
Pour moi, cet outils est un outils pour les étudiants avec un travail relationnel important dans les groupes, charge aux formateurs de le saisir ou pas, mais il me semble important que tout le monde soit formé car cette proximité et les ressentis, vécus par les étudiants lors de la simulation doivent faire l'objet d'une attention particulière des formateurs, c'est une des bases du métier de formateur, et la formation à la simulation pour les formateurs va permettre de revoir cet accompagnement des étudiants, la formation au débriefing est importante, je parle surtout pour des situations de psychiatrie (prévention du suicide par exemple), la simulation est un outils essentiel, il faut ouvrir la simulation à tous les champs du métier, je pense qu'à l'avenir la simulation devra être inscrite dans les formations de formateurs,

**Entretien 5 : Mr D.** 45ans, ancien infirmier de l'armée, cadre de santé formateur depuis 10 ans dans un institut de formation de la région PACA, qui accueille 180 étudiants infirmiers par promotion et 120 élèves aides-soignants. Son établissement ne dispose pas d'un laboratoire de simulation, les formateurs utilisent essentiellement la simulation « haute-fidélité » au sein des unités d'enseignements des soins d'urgence. Mr D. n'a pas bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Mise en place cette année d'un outil qui apporte énormément aux étudiants, pour le formateur c'est un outil complémentaire pour permettre aux étudiants d'avoir une approche réflexive, d'agir dans l'action de réagir et de modifier soit dans l'action soit à postériori.

Travail de groupe avec les étudiants avec non pas avec un patient inerte ou un formateur connu, mais avec un patient au plus proche de la réalité avec la possibilité de faire évoluer son état, avec des limites en lien avec la technologie.

Très bel outil complémentaire qui permet d'être au plus proche de la réalité, avec un contrôle des paramètres trouvés par les étudiants en regard des paramètres préétablis, cela correspond à former des étudiants compétents en regard de situations diverses et d'être plus rapidement professionnel dans des champs de soins différents. Outil conforme aux recommandations de l'HAS sur l'item « jamais la 1<sup>ère</sup> fois sur le patient »

#### Question 2

Nous sommes à ce jour 2 formateurs au sein de l'IFSI à mettre en œuvre la simulation, pour des promotions des plus de 200 étudiants par années, donc implication à 100%, c'est notre domaine et personne ne souhaite y participer à ce jour. Nous sommes investi dans le dispositif de A à Z, c'est-à-dire de la conception de scénarios en regard des années de formation, de la gestion du matériel, de la planification, des contacts avec l'extérieur pour des formations extra-muros, de la réalisation, des bilans....cela est lourd mais ce dispositif est important pour les étudiants et de ce fait je ne compte pas mes heures.

Après reprise de ma part, pourquoi nous ne sommes que 2, honnêtement moins nous sommes nombreux, plus le travail avance, pas besoin de l'avis d'un tel ou un tel, par contre pourquoi 2 à ce jour, je ne sais pas, il faudrait demander aux autres formateurs.

#### Question 3

Changement oui et non, on travaillait déjà avec la basse fidélité en soins d'urgence, à ce jour la haute-fidélité m'intéresse, j'ai toujours été impliqué dans les technologies d'information et de communication, j'ai mis en place le e-learning il y a quelques années, donc cela ne m'a pas perturbé, par contre cela m'a permis par les enregistrements des données en fonction des scénarii, d'éviter que la parole des formateurs soit remise en question, d'apporter une complémentarité à la parole des formateurs, par exemple pour une prise de TA l'étudiant peut vérifier par les données enregistrées que son résultat est conforme et non pas conforme à la bonne parole du formateur, surtout dans le cadre de la simulation en soins dans les évaluations des modules d'urgence.

Il y a une traçabilité enregistrée des données et des résultats de l'étudiant et pas seulement la parole du formateur.

#### Question 4

Impact sur notre charge de travail car nous ne sommes que 2, effort de prendre du temps sur notre temps personnel.

Nous sommes perçus mon collègue et moi par les autres formateurs comme les référents simulations mais comme nous gérons de A à Z sans demande d'aide du reste de l'équipe, nous sommes plutôt appréciés, la simulation « haute-fidélité » est perçue comme un domaine d'expertise dans les unités d'enseignement des soins d'urgence, mais comme nous devons introduire des séquences dans d'autres champs, je pense que nous allons aller au-devant de difficultés, il y aura des réticences de la part de formateurs à nous voir investir leur Unités d'enseignement.

La difficulté est de savoir si les autres formateurs voudront uniquement se servir de scénarios déjà construit par nous, dans ce cas je pense que nous serons perçu comme des preneurs de compétences dans des domaines no touch que sont leurs Unité d'enseignement, par contre si certains veulent s'investir et c'est ce qui me semble le plus approprié, dans la construction de scénarios, il faut les rassurer, cela ressemble aux jeux de rôle qui sont déjà utilisés en pédagogie.

Si, par contre l'outil technologie est une barrière, il faut leur dire que cela prend du temps pour maîtriser la technologie, qu'il faut se donner du temps et vouloir s'investir dans la simulation.

D'autre part à ce jour, la simulation n'est pas une priorité de ma direction, en ce sens que d'éventuels investissements en formation pour les formateurs et en achat de matériel ne sont pas à l'ordre du jour. Cela ne va pas faciliter le développement de la simulation « haute-fidélité ».

A ce jour nous conduisons la totalité des séquences, de la construction, la programmation, les répartitions des étudiants en groupe et la réalisation des séquences et l'évaluation

On retrouve les mêmes réticences que pour l'introduction des NTIC il y a quelques années, il faut accepter de vivre avec la technologie de nos jours et ne pas rester sur des dispositifs plus anciens qui certes fonctionnent mais qui peuvent être revus.

#### Question 5

Si c'est un formateur formé à la pédagogie il est censé avoir des bases en pédagogie

Ce dispositif de simulation demande des compétences en informatique, en accompagnement de petits groupes pour le débriefing, mais c'est surtout ce que nous formateurs mettons dans cette pédagogie, quelle place en regard des besoins des étudiants, quel plus pour le développement des compétences, quels sens et orientations voulons nous y donner en fonction des scénarios, il est donc important de bien réfléchir aux objectifs de ces séquences de simulation.

Des compétences en technologie sont importantes, mais une fois que l'on s'approprie le logiciel c'est comme toute innovation un plus pour la formation, il est cependant important et cela peut faire peur de maîtriser la construction de logiciel en fonction des scénarios, et l'ensemble des logiciels sont en anglais donc il est important de maîtriser l'anglais !!!!

Pour ma part, je n'ai pas eu de formation spécifique, mon collègue et moi sommes des autodidactes.

#### Question 6

Pas de transformation ni de questionnement en ce qui me concerne car j'ai uniquement transféré mes compétences de pédagogie basse fidélité à de la simulation moyenne et haute-fidélité,



l'animation de groupe je connais depuis des années, le regard des autres en ce qui me concerne je n'en tiens pas compte, être un supra formateur pour les autres ne l'ai pas pour moi, je suis simplement curieux de nature et j'aime l'innovation dont les bénéficiaires sont tournés vers les étudiants. De plus je ne suis pas formé à la simulation, je suis autodidacte.

Je me questionne uniquement sur mes compétences en anglais !!!! tous formateurs depuis des années a vu l'évolution de la pédagogie avec l'introduction de l'informatique , des NTIC, des nouveaux mannequins basse ,moyenne et haute-fidélité, et ils se doivent de suivre l'évolution de la pédagogie, nous ne sommes plus face à des étudiants qui reçoivent uniquement des connaissances dans une classe ou un amphi, mais bien et encore plus avec la simulation dans des objectifs de professionnalisation par l'acquisition de compétences. La simulation le permet dans un contexte sécuritaire, sans risque pour le patient ni pour l'étudiant, d'apprendre dans l'action.

**Entretien 6 : Mme SR.**, 40 ans, ancienne infirmière de secteur psychiatrique, cadre de santé, formatrice depuis 5 ans dans un institut de formation de la région Bretagne, qui accueille 80 étudiants infirmiers par promotion, 40 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement ne dispose pas d'un laboratoire de simulation, mais d'une salle de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Nous faisons de la simulation depuis septembre 2013, de la moyenne et de la haute-fidélité.

C'est une méthode pédagogique innovante et complémentaire qui permet d'être plus proche de la réalité pour les étudiants et qui permettra de développer des situations de soins dans des domaines variés que les étudiants ne rencontrent pas forcément dans leur cursus de stage, les stages étant plus long et moins diversifiés dans le nouveau programme de formation.

#### Question 2

Je suis principalement investie dans des séquences de simulation en regard de l'UE de psychopathologie, en fonction de mon ancien champ d'activité professionnelle il s'agit donc de la simulation de moyenne fidélité ou les formateurs sont aussi des acteurs. J'analyse avec mes collègues des UE de psychopathologie, les besoins des élèves, nous construisons des scénarios et nous planifions les séquences.

La haute-fidélité est plus utilisée dans des unités d'enseignements avec des besoins en actes techniques de soin en particulier dans les soins d'urgence. C'est le domaine de nos collègues ayant le DU simulation en soins.

Mon investissement est en fonction des besoins des formatrices des UE, qui me sollicitent pour la création du scénario en psychopathologie ou soin relationnels et qui me demande de participer s'il y a beaucoup de groupes à animer.

Je ne participe pas à la planification des séquences de simulation, car cela est pris en charge par des collègues, par contre je suis dans l'obligation de gérer les autres groupes qui ne sont pas en simulation.

#### Question 3

Des changements oui, surtout pour la construction des scénarios.

Des compétences dans la construction des scénarios ou il a fallu réinterroger les objectifs que nous avons dans les jeux de rôle, objectifs par forcément écrits, de devoir envisager les réactions des étudiants dans des situations diverses, de savoir animer ces petits groupes et surtout de créer un climat de confiance. Je pense l'avoir toujours pris en compte dans d'autres séquences, mais encore plus en simulation qui met ou remet les élèves en situation vécue avec plus ou moins d'impact psychologique selon le contexte de soin.

D'autre part je parlerais aussi de compétences d'actrice car en psycho pathologie, les formateurs sont souvent mis en scène comme les patients afin de faire émerger les signes des pathologies. Il faut accepter que les étudiants nous perçoivent différemment, nous perdons notre statut de formateur pour celui d'acteur, pour ensuite revenir à un statut de formateur et cela en 1h !!!!

Une forme d'insécurité en regard des réactions des étudiants, d'envisager une multitude de réactions et de savoir les prendre en compte. Cette insécurité, je la retrouve également dans d'autres séquences pédagogiques en soins relationnels, en particulier dans le cadre de l'analyse du vécu en stage en psychiatrie. Il est toujours important de se questionner et d'avoir des incertitudes en regard de ce que peuvent nous verbaliser les étudiants. Il ne faut jamais rester sur des acquis, être compétent est peut-être sécurisant, mais il faut être attentif à ce que peuvent ressentir des étudiants mis en situation au plus proche du réelle.

#### Question 4

Les formateurs de l'institut se sont bien impliqués dans la simulation, formés ou pas, pour moi c'est un plus et surtout pour les situations de psychopathologie qui sont difficilement explicables par des cours, mais qui prennent sens en simulation, cela est constructif pour comprendre les situations de violence par exemple, la gestion des émotions en regard de situation difficile. Nous avons une bonne dynamique d'équipe avec l'implication de tous les formateurs de mon équipe et c'est un plus pour se sentir en confiance.

#### Question 5

Nous avons tous eu une formation de 4 jours à la simulation, certaines collègues ont donc un DU simulation en soins, la formation de base est très courte et ne permet pas de se sentir complètement apte à mener des séquences, et surtout pour construire des scénarios. L'expertise de nos collègues est importante et elle nous permet de nous rassurer dans la formulation des objectifs et des scénarios.

#### Question 6

Personnellement je ne suis pas qualifiée de formatrice référente simulation, par contre mes collègues ayant le DU oui, l'institut de formation oui.

Pour moi pas de changement mais des questionnements, par contre je dirais que mes collègues ayant le DU ont changées, elles deviennent pilote de projet, chef de la simulation et elles se sont appropriées une forme de reconnaissance et de prestance au sein de l'équipe, surtout avec les nouvelles formatrices avec qui elles entretiennent une forme de pouvoir hiérarchique.

Elles ne conçoivent pas que l'on ne puisse pas au sein de l'institut tout mettre en œuvre pour la simulation, elles veulent tout trop rapidement à mon goût et j'ai peur que cela n'engendre d'autres problèmes relationnels, par exemple elles sont conscientes que cela crée des problèmes de

planification, mais elles ne se préoccupent pas des conséquences, elles décident de dates et l'équipe doit combler les trous dans le planning. Pour elles, il faut faire de la simulation +++, il me semble que tout n'est pas forcément approprié à la simulation, elles manquent de prise de distance.

Elles sont dans leurs domaines, domaine superbe il va de soi mais il faut savoir concilier l'ensemble des formateurs, et surtout ceux qui sont plus réticents.

Des réticences il y en a, pas toujours verbalisées, surtout sur le fait de l'ingénierie de formation et non sur le fond car tout le monde reconnaît un plus à cette pédagogie. Cela est peut-être également dû aux demandes de la direction qui souhaite un développement rapide de la simulation dans notre institut.

**Entretien 7 : Mme L.G. .**, 44 ans, ancienne infirmière de service de soins intensifs, cadre de santé, formatrice depuis 6 ans dans un institut de formation de la région Languedoc-Roussillon, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

C'est quelque chose d'apprenant pour les étudiants, la moyenne fidélité est bien mais on peut faire des jeux de rôle, des scénettes, comme nous faisons auparavant, par contre la reconstitution d'une chambre est un plus, les acteurs aussi car les étudiants se sentent plus en relation avec une personne et à ce niveau il me semble que cela est plus riche, alors que la haute-fidélité n'est pas si extraordinaire que cela dans le sens où les étudiants ont du mal à se détacher du mannequin, les étudiants sont « mannequins dépendants » pour certains, d'autres non. Dans les situations relationnelles la moyenne fidélité me semble beaucoup plus appropriée alors que la haute-fidélité me semble plus appropriée pour des situations avec des actes techniques, mais avec le bémol lié aux mannequins qui ne remplaceront jamais un vrai patient. Par contre les mannequins plus sophistiqués vont permettre la réalisation d'actes, mais encore faudra-t-il réfléchir aux actes à introduire dans les scénarios.

En fonction des objectifs posés il faut bien réfléchir à quel niveau la simulation est appropriée.

#### Question 2

Je suis très impliquée dans mon année de formation, dernièrement nous avons fait des séquences de simulation moyenne fidélité pour le module d'encadrement où les étudiants avaient pour consigne de se positionner en tant qu'étudiants encadrant un autre étudiant, ils ont eux-mêmes réfléchi aux objectifs de leur séquence et construit eux-mêmes les scénarios, cela était hyper intéressant. Les formateurs avaient un objectif axé sur le positionnement d'encadrant, les étudiants avaient l'objectif de la réalisation d'un acte. Le débriefing a été très riche car les étudiants débriefaient en regard de la réalisation de l'acte et les formateurs en regard de la posture d'encadrant.

#### Question 3

Pas de changement dans ma pratique professionnelle, à part que je m'en sers, du coup les UE que nous menions sans simulation ont été revus pour y intégrer de la simulation, la simulation nous a obligé à re-réfléchir sur nos enseignements et par exemple dans le cas des séances pour

l'encadrement, à laisser une place plus importante aux étudiants dans la gestion des scénarios, les consignes étant vous devez encadrer un étudiant durant la réalisation d'un acte de soin.

Notre équipe avait un profil particulier car nous étions nombreux à être formés, cela a été une émulation cette année, par contre un membre de l'équipe est très réticent à la simulation, il pense que certaine situation vécue en simulation font écho chez les étudiants et peuvent être destructrice, en effet nous n'avons pas beaucoup de recul sur ce fait, il est donc très retissant, il n'a pas voulu s'inscrire dans le dispositif et il a animé un groupe pour l'UE encadrement sans simulation, c'est-à-dire que l'ensemble des étudiants était dans la même salle de cours, il n'y avait pas le décor de la chambre. Les étudiants pour certains étaient frustrés de ne pas avoir eu le décor de la chambre, par contre cela n'a rien enlevé dans l'atteinte des objectifs.

Il y a eu une différence de perception des étudiants, certains se sentaient en sécurité dans un espace ne reproduisant pas une chambre, ils étaient en formation à l'IFSI, ils avaient l'impression de moins être observé.

#### Question 4

Pas de problème de dynamique, mais des discussions parfois un peu houleuse oui, la simulation engendre des remaniements plus ou moins acceptés par tous, mais il faut respecter le fonctionnement de chacun, certains disent oui, certains disent non

#### Question 5

La formation ne me semble pas essentielle, car en tant que formatrice nous menons depuis longtemps des séquences pédagogiques où nous devons construire la séquence en termes d'objectifs, la mener et faire des débriefings, il me semble que tout formateur peut le faire. La formation que j'ai suivie est un plus mais pas une réelle découverte. Je retiens simplement la mise en avant de la place de l'erreur, cependant je me situais déjà avant ma formation dans cette orientation. Je dis toujours aux étudiants qu'il y a une différence entre erreur et échec, l'erreur a sa place en simulation pour éviter les échecs en tant que professionnel, c'est ma vision donc il faut se servir des erreurs pour progresser, moi je m'en sers comme support dans le débriefing, mais je sais qu'en fonction des formations certains n'en parle pas de peur de mettre les étudiants non pas en situation d'erreur, mais d'échec. Il faut bien que nous réfléchissions à ces notions, pour moi l'apprentissage par l'erreur est formateur, il faut donc que les étudiants soient conscients des erreurs pour avoir des axes de progression. Il faut leur proposer des pistes de progression pour les stages ou même en termes de connaissance, si nous ne pointons pas les erreurs ils risquent de les reproduire, et ce n'est pas le but de la simulation en soins

#### Question 6

Pas de changement, un arc supplémentaire en terme de formation mais pas plus, je ne me sens pas investi d'un plus par rapport aux autres, la sollicitation des formateurs non formés a été un enrichissement en terme de travail avec d'autres équipes, d'autres collègues avec qui je n'avais pas forcément travaillé, par contre effectivement une charge de travail supplémentaire, partagée avec les formateurs non formés pour la création de scénarios, de planification, d'organisation.

**Entretien 8 : Mme R.** 40 ans, ancienne infirmière de service d'urgence, cadre de santé, formatrice depuis 5 ans dans un institut de formation de la Auvergne, qui accueille environ 150 étudiants infirmiers par promotion et environ 100 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation fonctionnel depuis quelques mois. Elle a bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

C'est un dispositif très lourd à mettre en œuvre en termes de constructions de scénarios, en termes de ressources humaines, de planification, de matériel, de choix des UE mais porteur pour les étudiants car les statistiques et les dires des étudiants se tournent vers une approche au plus près de la réalité, mise en condition pas tout à fait réelle mais au plus proche de ce qu'ils vivent en stage et avec la notion de jamais la première fois sur le patient.

#### Question 2

Je suis impliquée dans l'écriture des scénarios, tests des scénarios, mise en place des scénarios dans l'année de formation où je suis, réalisation de séquence avec briefing, débriefing, en fait tout le parcours d'ingénierie de formation je suis investie de A à Z

#### Question 3

Je ne pense pas avoir perçu des changements réelle dans mon poste de formatrice, mais des changements dans l'utilisation de dispositif de formation, les buts de ma fonction sont les mêmes mais les moyens changent, par contre ces changements me poussent à acquérir de nouvelles compétences et surtout en informatique.

Ce qui a changé c'est l'apparition très concrète d'écrire des scénarios, pour d'autres séquences de TP, TD...il n'y a pas toutes ces écritures, les fiches pédagogiques sont là pour identifier les objectifs de la séquence mais il n'y a pas autant de questionnement face aux hypothèses de réaction et de comportement des étudiants, en cela la simulation est très chronophage.

La simulation moyenne et haute-fidélité demande des scénarios très bien écrit, ficelé. Face à ces recommandations que j'ai eu pendant ma formation à la simulation en soins, je suis toujours un peu septique par rapport au temps que l'on passe à décrypter toutes les réactions possibles et imaginables des étudiants, à les écrire pour bien suivre le mode d'emploi lors de la séquence, on laisse moins de place à l'imprévu, j'ai l'impression de devoir tout canaliser, sécuriser, comme si j'étais une jeune formatrice qui a besoin d'avoir un cadre où l'improvisation n'a pas sa place, c'est dommage, cette sécurisation prend beaucoup de temps et ôte l'aspect personnel qu'un formateur peut mettre dans sa pédagogie. J'ai parfois l'impression d'être dans l'obligation de régresser pour correspondre aux nouvelles demandes issues de la formation.

Dans le champ de la démarche qualité dans les établissements, cette traçabilité est un plus sur le fond mais un bémol en terme de liberté pédagogique.

#### Question 4

Pas de sentiment spécial sur le travail en équipe, la direction a émis le souhait que tous les formateurs soient formés. Un travail important en termes de choix de la place des séquences dans les UE, construction de scénarios, planification et besoins humains, des tensions par rapport aux besoins en formateur et du fait de la non adhésion de certain à ce dispositif, qui de ce fait ne

participait pas à des réunions, un clivage mais basé sur le choix individuel de chacun dans sa vision de la simulation et le choix des moyens pédagogiques propres à chacun des formateurs. Cependant, la direction ayant investie de l'argent dans l'achat du matériel, elle, pour objectif l'optimisation de l'utilisation et je pense que des conflits peuvent émerger dans le futur entre des logiques différentes. A ce jour, la direction nous demande sans nous demander directement, de faire de la simulation. Mais faire pourquoi me semble être avant tout la question à se poser.

#### Question 5

Pour moi, la formation devrait apporter aux formateurs une présentation de la simulation, pourquoi fait-on de la simulation, les tenants et les aboutissements d'un scénario, conduire un débriefing car il faut être clair avec la ou l'on veut amener les étudiants.

Avant on ne parlait pas de débriefing dans les séquences de TP,TD il faut être au clair avec ce terme, il permet d'être beaucoup plus précis sur les objectifs qui sont beaucoup plus décortiqués, un seul objectif à la fois en simulation alors que dans d'autres séquences de TP, TD on menait plusieurs objectifs à la fois et pas toutes forcément le même, en cela la simulation, nous permet de repenser nos séquences antérieures, de se réapproprier notre pédagogie, et de travailler sur le débriefing car l'erreur est permise mais il ne faut pas un sentiment d'échec.

#### Question 6

L'utilisation d'une technologie nouvelle, des compétences informatiques, des compétences organisationnelles, mais pas de différences en regard de ce que l'on fait habituellement, par contre un charge de travail plus importante dans mon travail et surtout en terme de contrainte par rapport à mes disponibilités pour animer des séquences, il me semble avoir été perçue non pas comme une supra-formatrice mais comme une aide par le fait que j'ai eu la formation, j'ai toujours eu le sentiment de rester à ma place en respectant le scénario établi par les équipes et les objectifs de ces derniers même si je n'étais pas à l'origine du choix du scénario, j'ai su rester à ma place d'aide et non pas me positionner comme la seule formatrice être capable de, car je pense que conduire un débriefing peut être dans les compétences de tout formateur.

La direction m'a positionnée comme apte à mettre en œuvre ce dispositif avec certains collègues formés comme moi, pour autant je pense que d'autres collègues peuvent avoir les compétences pour mener également ce dispositif, mais à ce jour on ne leur propose pas car ils ne sont pas formés. On a le sentiment que par rapport à la simulation pour être compétent il faut avoir suivi la formation. Cela me questionne et me dérange.

**Entretien 9 : Mme M.** 52 ans, ancienne infirmière de service de pédiatrie, cadre de santé formatrice depuis 12 ans dans un institut de formation de la région PACA, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Elle n'a pas bénéficié de la formation à la simulation en soins.

#### Question n°1

La simulation ont en fait depuis tout le temps, depuis tout le temps on s'inspire de situations issues du réel au plus proche de la réalité, on en fait à travers des situations concrètes au plus proche de

l'aspect professionnel, on met en œuvre des situations problématiques qui posent questionnement avec plus ou moins de moyens, ce qui change avec la simulation c'est les outils, en effet les outils sont beaucoup plus adaptés qu'il y a 20 ou 30 ans.

Le fond de cette pédagogie que nous utilisons depuis longtemps n'a pas changé, par contre la forme oui, avec les moyens techniques de la simulation haute-fidélité par exemple, l'environnement a changé avec effectivement un environnement au plus proche de la réalité avec la création de salle de soins, de chambre..., avant dans une salle de classe classique les élèves pouvaient ne pas se sentir dans une situation réelle, aujourd'hui avec le décor ce là se rapproche plus et permet peut être plus à l'élèves de se projeter dans une situation réelle, je dirai que l'environnement est plus adapté de nos jours, mais je pense que même au plus proche de la réalité, les situations les plus apprenantes se situent en stage dans une immersion totale, c'est là que je pense que les élèves sont le plus assujettis à vivre les situations, et de la part des professionnels de percevoir leurs compétences

La réflexivité par les jeux de rôle, a toujours été présente, je pense que les outils sont simplement différents, nous avons toujours essayé de mettre en œuvre dans la pédagogie, les notions de transfert de savoir face à un contexte de soins, soit par des jeux de rôle mais aussi lors de l'analyse de situations que les étudiants devaient écrire et analyser à chaque retour de stage.

#### Question 2

J'ai participé à la construction de scénario avec l'équipe, et j'ai participé au débriefing mais je trouve que l'on allait un peu vite dans le débriefing, le débriefing oral ne permet pas à tous de verbaliser leurs ressentis, l'analyse des actions, le transfert, pour moi une phase d'écriture serait nécessaire, je ne suis pas persuader que ces séances laissent une trace individualisée à chacun, sachant que seulement 2 élèves par groupe de 10/12 sont les acteurs des situations les autres sont simplement observateurs. L'écriture permettrait vraiment à chacun de laisser une trace de son analyse individuelle de la séance et le transfert de connaissances et compétences

L'utilisation de ce terme de débriefing me gêne un peu, avant on parlait d'analyse, dans les scénarios construits à ce jour, nous avons comme consigne de la part des formateurs formés de ne fixer qu'un seul objectif, cela est très réducteur, car au débriefing il faut que les élèves verbalisent l'objectif que nous attendions, cela n'est pas nouveau, pour chaque séances de travaux en groupe, nous avons des objectifs voir plusieurs, on reprend ensemble, chacun s'exprime oralement ou par écrit, maintenant il faut utiliser le terme de débriefing.

Je ne suis pas formé à la simulation par une formation m'attribuant le titre de formatrice formée à la simulation, mais franchement par mes compétences professionnelles de formatrice je me sens tout à fait capable de mener des séances de simulation. Il faut bien réfléchir en équipe sur la façon de mener ces séquences, tout le monde ne semble pas en adéquation avec les mêmes principes.

#### Question 3

Par rapport à la technologie, il me semble que si nous l'utilisons régulièrement, comme toute innovation il faut s'y adapter, le plus complexe dans la simulation en soin n'est pas la technologie, mais le sens que l'on veut donner à la situation, se fixer les objectifs que nous voulons faire atteindre aux étudiants. A ce jour dans mon équipe il y a des différences de perception et cela nous oblige à avoir des réunions très souvent pour que nous soyons tous dans la même orientation.

Je n'ai pas identifié un endroit où j'aurais pu être en difficulté, ni dans la construction de scénarios avec identification des objectifs en regard des objectifs des semestres de formation ou des modules de formation, ni dans le travail de planification dans l'année, ni dans l'animation, le débriefing et l'analyse.

La construction des scénarios pour la simulation me semble très simple et simpliste car un objectif que nous devons décortiquer sous toutes ses formes ne laisse pas l'approche de plusieurs objectifs en regard de situations de soin qui ont le sait sont très souvent, voir souvent complexes et on peut très facilement mener plusieurs objectifs en regard des situations, pour cela la simulation me laisse un peu perplexe et j'ai eu des discussions assez tendues avec les formateurs du groupe simulation. La simulation est trop protocolaire et très réductrice, je pense que la simulation est simplement un tremplin vers l'hôpital virtuel, qui lui sera vraiment un lieu où nous formateurs nous pourrions visualiser les aptitudes et les compétences de nos élèves et étudiants à gérer un service avec des problématiques différentes, des simulations d'équipes, de faire des choix de priorisation. L'hôpital virtuel est pour moi l'avenir, les élèves aiment bien à ce jour la simulation car c'est une forme nouvelle de pédagogie, mais pour moi trop réductrice et les bénéfices pour les étudiants ne sont pas à ce jour connus.

#### Question 4

Un impact pour le travail en équipe, la nouveauté est porteuse pour certains moins pour d'autres, de toutes façon en regard des séances de simulation il fallait bien prévoir d'autres séquences de cours, certains se sont portés volontaires pour ça ou autre chose, L'animation de ces séquences par un groupe autoproclamé de formateurs ayant suivi ou pas la formation, cela crée un fossé avec certains qui se sentent comme des formateurs sup simulation et cela n'est pas toujours bien perçu, on a parfois l'impression d'être dans une posture de demande à un petit chef pour certains, mais cela est normal pour des jeunes formateurs, moi je passe outre ce phénomène, je conçois qu'il puisse exister car ils se positionnent comme des incontournables, ils se sentent pour certains investis d'une fonction suprême !!!!

#### Question 5

Une formation pour moi ? Directement en regard de l'hôpital virtuel, je ne pense pas avoir besoin d'une formation pour l'écriture ou le briefing et débriefing, je pense que cela a un tel coup important, qui pour moi ne me semble pas forcément nécessaire, 2 salles avec 2 lits qui correspond à un secteur de 4 patients est déjà pour moi mieux pour mettre les étudiants en situation plus réelle que 2 chambres ou les étudiants ne prennent en charge qu'un patient

#### Question 6

Je ne pense pas que la simulation est un impact sur moi et sur mon identité professionnelle, c'est un outil de plus, jamais je ne ferais que ça, j'ai besoin d'avoir des formes différentes de pédagogie, par contre certains changent et en particulier les jeunes formateurs qui ont peut-être besoin d'avoir des accessoires pour ne pas être en relation trop directe avec les étudiants

L'entretien d'explicitation est pour moi un élément essentiel de la pédagogie, c'est-à-dire cette phase où l'on re-visionne les actes réalisés lors de la séances en demandant aux étudiants d'expliquer leurs choix, or à ce jour on ne l'exploite pas sous peine de faire revivre aux élèves leurs prestations, pour



moi je ne comprends pas trop, un étudiant ne se rappelle pas forcément ce qu'il a fait, en re-visionnant, je pense qu'ils auraient plus de moyens d'expliquer ou de comprendre ses actes. J'espère que les supra formateurs à la simulation, en ne voulant pas re-visionner ne sont pas dans une situation de pleine puissance face aux étudiants en ne faisant souvent remonter que leurs propres observations, ils restent dans une posture de pleine posture de formateur, qui ont, eux perçus et analysés.

**Entretien 10 : Mr L.**, 55ans, ancien infirmier de service de chirurgie et de psychiatrie, formateur depuis 20 ans dans un institut de formation de la région Languedoc-Roussillon, qui accueille 140 étudiants infirmiers et 90 élèves aides-soignants et auxiliaire de puériculture. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Il ne possède aucune formation à la simulation.

#### Question 1

Pour en avoir discuter avec des collègues fan de cela, moi qui ne suis pas un grand spécialiste de la simulation, je ne me suis pas plus renseigné sur les études, les rapports, je regarde de loin, mais la première chose que je dirai c'est que ce n'est pas la première fois que l'on fait de la simulation, on en a toujours fait, cela fait 20 ans que je fais de la formation et nous avons toujours fait de la simulation, mais on la faisait à moindre prix, dans la mesure où l'impact sur la formation aujourd'hui est le prix, cela coute très cher que ce que c'est, c'est le sentiment que j'ai pour le moment, des gros, gros investissements pour des choses que l'on arrivaient à faire avec d'autres moyens.

Ensuite je pense qu'il y a un effet de mode, et que cela gagne tout le monde avec un enjeu financier, c'est devenu un marché financier

Il y a plusieurs modes de simulation, autant en chirurgie des méthodes de très hautes fidélités demandent des mannequins qui permettent des procédures chirurgicales, d'endoscopie, je me dis pourquoi pas, dans la mesure où l'on est sûr quelques choses de très technique, avec des gestes ect... Nous soignant infirmier, nous sommes plus dans la relation, le geste technique existe mais c'est quand même la relation qui prédomine, de ce fait est ce que l'on a besoin d'investir 10000 euros dans une pièce pour si peu de technique, il me semble que l'on peut bricoler comme ça. Avant les étudiants se prenaient mutuellement la tension, ils vivaient de moment et étaient en contact avec une réalité, la sensation de la peau, les dires de la personne lorsque l'appareil était trop gonflé par exemple.

Ce que je reproche à ce système c'est de vouloir faire comme du vrai avec du faux, sur un plan intellectuel, soit on est dans le vrai, soit on est dans le faux, cette formulation actuelle on va faire comme si c'était vrai au plus proche de la réalité me semble une illusion et une illusion dangereuse et que il faut savoir si réellement on joue ou pas, comme quand on était petit et que l'on jouait aux cowboys et aux indiens, il y avait toujours un moment où le jeu n'était plus un jeu et cela devenait inquiétant. J'ai du mal avec cette idée de on va faire au plus proche de la réalité, ça ne sera jamais la réalité et de plus c'est donner une fausse illusion de la réalité, c'est dangereux. La formule « jamais la première fois sur le patient » me fait bondir car il y aura toujours une première fois sur le patient dans la complexité des relations humaines, et de plus au vue du nombre d'étudiants des promotions infirmiers et aides-soignants, combien sont mis en situation et combien se contente de regarder dans une salle sur un écran ? Cela me questionne, cela demande une organisation lourde, la simulation est en train d'emboliser le système de formation, cela devient envahissant, ce que ça apporte en

regard de ce toute une formation doit apporter, la simulation prend trop de place dans le dispositif de formation, c'est super envahissant pour un tout petit bout de la formation par étudiants.

On a beau dire, on va en mettre partout, il faut en coller partout, on est en train de glisser vers un objectif de rentabilisation du matériel et des investissements, on est en train de faire pour faire, on ne se questionne pas suffisamment sur quand réellement en avons-nous besoin, je ne suis pas si sûr que nous en ayons besoin si souvent. Il vaut mieux réfléchir où et en quoi la simulation est porteuse que de dire on en fait pour en faire.

Il y a un enjeu économique pour les instituts de formation, et une valorisation de l'institut avec un effet de mode, un atout publicitaire, c'est chic. Je ne suis pas contre la simulation en soi, car on en faisait déjà, l'aspect de situations très techniques en bloc opératoires, chirurgie oui, mais pas forcément essentiel dans notre métier de soignant de proximité, je n'interroge toujours sur cette utilité dans la mesure où les cas faisant appel à la haute-fidélité ne sont l'axe central de la formation. Et enfin, je le répète, jouer à « c'est le réel mais ça ne l'est pas », à quel point ne donne-t-on pas aux étudiants l'illusion que c'est fait et ce que vous avez fait est bon que cela leur donne quitus de, ce que vous avez fait est bon c'est comme si c'était réel, c'est bizarre ce que je vais dire, mais c'est comme si on pouvait valider l'erreur. Si on ne repère pas l'erreur dès le départ, comme on leur a dit que c'était comme si c'était réel, cela veut dire que si on ne repère pas l'erreur cela les confirme dans l'erreur est bonne. Alors que si dès le départ on dit que l'on est dans le faux et le faire semblant, on définit un cadre où il y a possibilité d'erreurs puisque déjà on fait semblant, ce que je recherche c'est comprendre le sens des choses et non une reproduction de type sciences comportementales.

## Question 2

Investissement zéro, si on parle de la simulation haute-fidélité, niveau zéro pour la moyenne avec enregistrement vidéo dans les salles du laboratoire de simulation, par contre investissement depuis 20 ans dans la simulation par jeux, théâtre...

Je ne suis pas dans une opposition farouche, mais les quelque fois où l'on m'a demandé de faire de la simulation, j'avais le sentiment qu'il fallait en faire pour faire, pour montrer que le dispositif fonctionnait pour la direction, à part cela la question que j'ai posé à mes collègues, qu'est-ce que cela apporte si ce n'est des « emmerdes » en terme de programmation, tout cela pour que seulement 1 ou 2 étudiants passent par groupe, donc pour des promotions de 180 étudiants, excusez-moi, mais c'est le bordel, il faut des formateurs ++, et il y a une perte de temps au détriment d'autres choses. Dernièrement pour une Unité d'enseignement contributive, il a fallu réajuster et décider de finalement prendre des groupes dans une salle, sans caméra, pour le même scénario de simulation de moyenne fidélité, la seule différence était que l'ensemble des étudiants était dans la même salle, les acteurs étaient observés par leurs collègues, non filmés, et ensuite effectivement, nous analysons la prestation.

La différence lorsqu'on réfléchit, réside uniquement dans le fait que dans le labo, les étudiants étaient seuls avec des caméras, alors que dans la salle de TD, les étudiants avaient leurs collègues à proximité, ce qui peut être à la fois difficile mais ils y sont habitués car dans de nombreux TP TD en groupes, ils se voient s'observer, s'aide si besoin, dans ce sens la présence des autres peut-être rassurante, il y a les 2 hypothèses. Etre obligé de bloquer des journées pour faire de la simulation dans l'objectif de montrer que l'on en fait, me semble dommage, j'ai eu l'occasion d'en discuter avec un responsable de laboratoire qui effectivement dit qu'il y a un besoin de réguler, et qu'il faut vraiment réfléchir à cela. Pour moi, après discussion avec les étudiants, ils ont autant apprécié la petite pièce de théâtre avec des spectateurs autour, que la simulation dans le labo avec la vidéo.

Je ne suis pas certain que la vidéo soit un plus pour toutes les situations de soins, sauf peut-être comme je l'ai dit précédemment en haute-fidélité. Je le redis, il vaut mieux réfléchir où et en quoi la simulation est porteuse que de dire on en fait pour en faire.

### Question 3

Mon idée est que ce nouveau programme positionne les formateurs en ingénierie de formation et non en posture de formateur, je trouve que notre passé de professionnel, notre expérience clinique, qui était le moteur de notre fonction, ne sont plus à ce jour des vecteurs de transferts pour les étudiants, nous sommes dans un système nord-américain de socioconstructivisme qui va avec un modèle de pensées et d'enseignements, je suis peut-être dans un conflit de génération entre les anciens comme je suis et les jeunes formateurs.

Trouver le bénéfice de 10000 euros d'investissement par salle, avec parfois du matériel qui éloigne encore plus de la réalité, les mannequins haute-fidélité ne donne pas l'illusion de quelques choses de réelle avec un physique un peu spécial, un son pourri pour la voix, des images diffusées aussi pourries tout cela pour une formation en soins infirmier, il faut m'expliquer.

De plus, à ce jour pour les unités d'enseignement que je mène en soins relationnels, je dis non à la simulation, je reste persuadé dans ce que l'on a appelé dans le temps les jeux de rôle, ce qui est une définition dangereuse, je sais que le jeu de rôle on ne joue pas avec ça surtout dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie car cela peut très vite amener les étudiants à des situations très difficiles à vivre et quand plus on leur demande de penser que c'est vrai, qu'il faut être sacrément être en tant que formateur dans une capacité d'analyse de ce que vit l'étudiant sur un plan psychologique, par contre la définition de théâtre me convient, je fais du théâtre avec les étudiants depuis des années, moins à ce jour avec le nouveau programme mais le théâtre, c'est du théâtre et le socle est posé, on n'est pas dans un mélange de vrai et de faux. En soins relationnels, visualiser un film avec des étudiants sur des comportements psychiatriques et en suite l'analyser en petit groupe en plus porteur que la simulation moyenne fidélité. Il y a une différence de prix entre 1 film complet sur l'histoire de vie d'une jeune schizophrène que je passe chaque année à des promotions entières et 1 labo ou 2 ou 3 de simulation. De plus 1 film est plus enclin à visualiser la réalité.

### Question 4

Heureusement que dans notre équipe, il y a une entente très amicale et que l'on peut avoir des échanges vifs sans pour autant impacter la dynamique de l'équipe, mais ce n'est pas le cas partout. Il y a des difficultés par forcément sur le fond de la simulation, mais sur l'aspect organisationnel et surtout pour la planification. Par contre, il y a peu de place pour des échanges avec la direction, il faut faire de la simulation, pour faire de la simulation.

### Question 5

Je ne vois pas l'intérêt d'être formé, il faut me monter en quoi cette formation peut apporter, en quoi les micros, caméras, sont des outils vraiment nécessaires. La haute-fidélité pourquoi pas, mais une formation pour ça, pourquoi ? Même en haute-fidélité à part une hypo ou une hypertension, on peut nous même reproduire beaucoup de signes cliniques. Ce n'est pas la simulation qui me gêne, mais il faut accepter de dire que c'est de la simulation, c'est faux, on fait avec.

### Question 6

Non certainement pas pour moi en terme d'identité professionnelle, mais je parlerai d'endoctrinement de certains avec un engouement majeur, en accord avec les orientations de la direction, donc il faut aussi prendre en compte que si la direction « ordonne » cela est bien pour certains de se plier au cadre institutionnel de ne surtout pas être reconnu comme anarchique et contestataire. A ce jour, personne des professionnels qui utilisent la simulation de savent réellement m'expliquer en quoi la simulation est si porteuse et de quoi.

Par contre cela risque de créer des clivages et des heurts importants selon les équipes, certains des formateurs pro simulation, afin d'asseoir leur posture de pro simulation, pour une vision positive de la direction, sont en train de vouloir tout révolutionner sans trop de réflexion pédagogique.

Heureusement que certains assurent le quotidien de la formation. Il faut se rejoindre dans l'équipe pédagogique sur oui on fait de la simulation, mais quand ou comment pourquoi et sortir de ce qui en train de se profiler, on fait pour faire.

**Entretien 11 : Mr P**, 45ans, ancien infirmier de service réanimation et bloc opératoire, cadre de santé formateur depuis 13 ans dans un institut de formation de la région Rhône-Alpes, qui accueille environ 140 étudiants infirmiers par promotion et environ 80 élèves aides-soignants. Son établissement dispose d'un laboratoire de simulation. Mr P. a bénéficié d'une formation à la simulation en soins.

#### Question 1

Je pense que la simulation est un bon outil pédagogique, que cela permet aux formateurs de faire travailler les liens entre théorie et pratique aux étudiants, par contre cela est chronophage et nécessite des moyens énormes en humains et en temps. Il faut bien peser le pour et le contre dans les objectifs que l'on pose pédagogiquement et surtout ne pas faire de la simulation pour faire, il faut bien réfléchir et faire de la simulation si cela a un impact sur la formation des étudiants dans leurs apprentissages. L'outil à ce jour est en plein développement, on tâtonne, on cherche un peu les meilleurs moyens, scénarios, les meilleures mises en forme et cela nous pousse à une réflexion en équipe.

#### Question 2

Je fais partie d'un groupe de réflexion sur la simulation dans mon établissement et d'un groupe de réflexion régional pour mutualiser les scénarios, j'ai participé à la présentation au colloque infirmier d'un travail sur la simulation réalisé dans mon établissement, je fais partie des personnes ressources pour la simulation en soins, je participe auprès des équipes à la mise en œuvre de séances de simulation en soins moyenne et haute-fidélité.

#### Question 3

Le temps consacré à la simulation est important dans mon organisation, pour pouvoir répondre au besoin de mes collègues ; je ne suis pas dégagé d'autres missions, j'ai aussi des UE à conduire. Par contre la nécessité de réfléchir, de penser la simulation dans un semestre ou une année de formation n'était pas des choses auxquelles on réfléchissait auparavant, à ce jour, il y a un besoin important de réflexion en équipe, de réfléchir à la fois sur quels sont les besoins des étudiants, en quoi la

simulation moyenne et haute-fidélité peut-elle y répondre et quels sont les outils à construire. Il faut construire tout un dispositif de formation selon le niveau de formation et les besoins des étudiants.

#### Question 4

Oui, la mise en place et l'introduction de ce dispositif a un impact sur la dynamique d'équipe, car tout le monde n'adhère pas à la simulation en soins, cela va peut-être se niveler dans le temps, mais à ce jour c'est nouveau sous cette forme, car on fait déjà de la simulation, mais pas avec les moyens actuels, le laboratoire, la vidéo, les mannequins « haute-fidélité ». Cette nouveauté entraîne des changements et ces changements provoquent des réticences. Il y a des formateurs formés, d'autres pas, cela est source des différences, mais même chez les formateurs formés, certains ne voient toujours pas la nécessité de la simulation en soin, il y a des réticences qui s'expliquent aussi par le fait que se sont surtout des formateurs aux gestes et soins d'urgence qui sont à ce jour formés, ce profil ayant été décidé par la direction. La simulation est certainement un bel outil pour d'acquisition de gestes techniques, mais elle peut s'élargir à d'autres soins infirmiers et c'est à ce niveau que nous devons tous réfléchir. Tous les soins infirmiers, techniques ou relationnels peuvent être abordés par la simulation surtout par la moyenne fidélité, mais il faut arriver à en monter l'intérêt aux collègues récalcitrants. Une situation d'entretien thérapeutique en psychiatrie auprès d'un patient schizophrène peut très bien être formatrice et permettre aux étudiants de mieux comprendre ce qui se joue dans les relations entre le patient et le soignant. Par contre cela demande des compétences d'acteurs de la part des formateurs ou la nécessité de faire appel à des acteurs professionnels, mais cela va avoir un coup important et je ne pense pas que la direction valide !!! L'idéal serait d'avoir des acteurs qui sont d'anciens ou des professionnels de santé pour déjà avoir la connaissance des pathologies, et surtout que ces personnes ne soient pas connues des étudiants, en effet un formateur connu comme formateur, il sera moins crédible dans un rôle de patient pour les étudiants. Nous avons eu des exemples cette année lors de séances, les étudiants voyant un formateur dans un rôle ont eu du mal à le percevoir comme un patient. En cela la moyenne fidélité demande des moyens humains importants alors que la haute-fidélité demande des moyens en accessoires, les mannequins. Nous réfléchissons au niveau de notre groupe de travail régional à une mutualisation de formateurs/acteurs pour des échanges entre nous, nous ferions appel à des collègues afin que les étudiants soient en relation avec des personnes qu'ils ne connaissent pas. Nous n'en sommes qu'au début de notre réflexion car cela est une grosse machine à mettre en route.

#### Question 5

J'ai eu une formation, mais je pense qu'il faut des compléments de formation, ma formation préconise un débriefing avec des groupes de 6 étudiants, il y a d'autres façon de faire avec la vidéo, la vidéo à distance je pense qu'il faut voir d'autres formations à la simulation pour avoir différents modèles et ainsi choisir le plus adapté en regard de la situation et des objectifs de la séance de simulation dans la formation.

#### Question 6

Je ne pense pas trop, mais cela questionne effectivement. La simulation on en fait depuis longtemps, on fait des scénettes, des situations, des jeux de rôle, des cas cliniques ; par contre comment faire vivre la transversalité dans une formation et avec la simulation, cela est important d'y réfléchir. A ce jour, n'étant pas forcément nombreux à être formés, nous sommes parfois perçus comme

spécialistes et incontournables, cela amène des réflexions surtout lorsque nous ne pouvons répondre favorablement à des demandes d'aide dans certaines années ou UE, face à une charge de travail importante et des demandes tardives. Le groupe est restreint, de plus la direction insiste sur le fait que nous sommes responsable de la simulation, cela ne facilite pas toujours les rapports mais jamais de tensions importantes. Une forme de clivage, mais c'est à nous de faire changer cette perception et elle changera si un jour tout le monde sera formé.

Aujourd'hui, nous sommes perçu par certains formateurs comme ceux qui ne font que de la simulation et se détournent des enseignements autres et qui lorsqu'on a besoin d'eux pour de la simulation ne sont pas disponibles, heureusement que ce n'est pas la perception de toute l'équipe car si c'était le cas nous aurions un gros problème.

Il faut vraiment une réflexion d'équipe et une vision claire de ce travail en transversalité, afin que tout le monde perçoive la simulation comme un plus et non pas comme une obligation de faire.

**Entretien 12 : Mme B.** 40 ans, ancienne infirmière de service, enseignante depuis 6 ans au sein d'un institut école en santé d'un canton Suisse, qui accueille environ 240 étudiants infirmiers par promotion. Son établissement dispose de plusieurs laboratoires de simulation. Elle a suivi une formation à la simulation en soins et est titulaire d'un DU.

#### Question 1

Nous pratiquons la simulation en soins moyenne et haute-fidélité depuis de nombreuses années dans nos formations.

Cela permet une approche au plus près de la réalité des situations de soins. Permettre aux élèves de transférer des savoirs, savoirs faire et savoirs être en situation, dans un contexte sécuritaire avec le droit de se tromper, de pouvoir réfléchir à ses actions, de prendre du recul. Le travail en petit groupes est important, avoir le temps d'échanger en petites sections est riche pour eux et pour nous formateurs, nous n'avons pas la même représentation et nous ne sommes pas perçues que comme des professeurs mais aussi comme des professionnels soignants, ayant une expérience.

La moyenne fidélité et la haute-fidélité ne diffère pas dans la conception, il faut en effet dans les 2 cas réfléchir à la construction de scénarii adaptés aux besoins des élèves, pour notre école cela est fait, nous avons un catalogue de scénarii pour des situations de soins de moyenne et haute-fidélité.

#### Question 2

Je suis responsable du module Habilité clinique et donc responsable du laboratoire de simulation. Je travaille en collaboration avec une collègue formatrice pour la création de scénario, l'intégration au parcours de formation, la coordination avec les équipes, l'animation des séances, mais aussi je travaille sur la recherche de partenaires extérieurs pour des besoins d'aide en simulation moyenne fidélité, nous sommes continuellement à la recherche de professionnel de santé voulant bien être acteur /patient, ce que l'on nomme patient simulé ou patient standardisé.

Un patient simulé est une personne jouant un rôle plus ou moins élaboré en fonction du scénario, il peut y avoir une part d'improvisation, le patient standardisé correspond à un rôle en lien avec un cas clinique et son jeu est fait de manière répétitive, les acteurs sont spécialement formés à ce scénario.

#### Question 3

Je suis beaucoup plus dans l'ingénierie et je suis en poste de responsable du laboratoire, je reste une formatrice mais mes compétences sont aujourd'hui en regard de la simulation, je ne participe pas aux autres enseignements, je suis engagée sur une mission transversale depuis plusieurs années. Je conçois avec ma collègues des formations en simulation, je forme des formateurs, je forme des personnes au rôle de patient simulé et standardisé.

#### Question 4

Avec les équipes pédagogiques, nous n'avons aucun problème car notre dispositif pédagogique est en place et bien accepté, nous prenons en charge toute l'ingénierie pédagogique en regard de la simulation, cela est un travail en moins pour les équipes et c'est notre profil de poste. Nous fonctionnons depuis des années avec la simulation et nous avons construit un dispositif pédagogique avec des moyens humains importants.

Nous travaillons avec notre technicien en informatique, pour la préparation des salles, les besoins en matériel, toute la partie logistique est prise en charge par notre technicien, nous n'avons qu'à lui faire part de nos besoins en regard des objectifs pédagogiques. Les responsabilités sont bien établies, nous formatrices avons un rôle de coordination avec les équipes, la création de scénario, l'animation, la recherche de partenaire extérieur pour des besoins en acteurs ainsi que le développement de la simulation en soin sur l'extérieur. Notre technicien a lui pour mission la programmation des mannequins si besoin, l'entretien et les éventuelles réparations, la logistique des salles, l'ouverture et la fermeture des salles, les commandes et la gestion des stocks, du matériel vidéo et audio, ainsi que les partenariats avec les laboratoires pour le suivi et l'achat de matériel.

Cela est un confort pour nous.

Nous travaillons aussi avec un psychologue pour la création des scénarios car sa vision d'éventuels incidences et impacts est importante surtout dans des situations relationnelles ou des situations difficiles pouvant renvoyer un vécu aux élèves. Nous ne pouvons cependant pas tout envisager, mais son point de vue est important et cela est encore une source de confort pour nous.

#### Question 5

J'ai eu la possibilité de suivre un DU de formateur à l'enseignement clinique et ma collègue un DU de simulation en santé qui ont été bénéfique pour notre poste de responsable du laboratoire, nous sommes en effet par cette formation reconnue par notre direction mais surtout par nos collègues.

#### Question 6

Pas de changement dans mon identité professionnelle ; mais un changement dans mon statut professionnel, j'ai par la simulation pu évoluer dans ma carrière, j'ai eu des doutes et des questionnements par rapport à mes capacités à suivre la formation, j'ai fait des sacrifices personnels pour pouvoir obtenir ce diplôme, je suis en sorte fière de moi, je ne sais pas si cette fierté est un questionnement sur mon identité, mais elle a été un questionnement sur mes compétences. Au départ j'étais seule pour ouvrir le laboratoire, et mes collègues étaient plutôt admiratrices de mon travail, aujourd'hui, de nouvelles collègues n'ayant pas vu le travail fait au départ, jugent nos postes et on ressent un peu de jalousie. On essaye toujours de faire comprendre l'orientation de notre poste, on essaye d'inciter d'autres formatrices à nous rejoindre car notre direction pense encore élargir le laboratoire.

## Grille d'analyse



Formateurs	Age	Diplôme	Ancienneté	Question 1 Quelle est votre représentation de l'apprentissage par la simulation moyenne et haute-fidélité ?
Mme C	45 ans	IDE Formation simulation	6 ans	Moyen pédagogique intéressant, coût financier important, renforcement du travail en équipe pour les étudiants et satisfaction pour eux
Mme L	37 ans	IDE	4 mois	Excellent moyen d'apprentissage, plus de réalité, ne pas l'utiliser pour tout, besoin réflexion équipe
Mme D	45 ans	CDS	16 ans	Vision éloignée, droit à l'erreur sans jugement, plus-value pour l'établissement pour compétitivité pour l'établissement, orientation de la direction
Mme F	54 ans	IDE	5 mois	Excellent moyen d'apprentissage, des limites à la simulation car les conditions ne sont pas totalement réelles, la simulation en soin est une réponse à des besoins des étudiants et aussi des professionnels pour évaluer ou réévaluer leurs compétences en situation de travail, besoin d'une réflexion équipe
Mr D	45 ans	CDS	10 ans	Outils complémentaire à la formation, pour une approche réflexive, des limites dans son utilisation en regard de la technologie, lien avec HAS
Mme SR	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Méthode innovante et complémentaire qui permet l'approche de situations diverses et variées
Mme LG	47 ans	CDS Formation simulation	6 ans	Méthode apprenante pour les étudiants, mais des limites à l'utilisation, besoin d'une réflexion en équipe
Mme R	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Proche de la réalité pour les étudiants mais dispositif très lourd à mettre en place lien avec HAS
Mme M	52 ans	CDS	12 ans	Le fond reste le même ce qui change c'est la forme avec des outils de plus en plus perfectionnés qui permettent à l'étudiants de se projeter plus facilement dans la réalité,
Mr L	55 ans	IDE	20 ans	Méthode déjà utilisée sous une autre forme depuis des années. Investissement financier très important, introduction trop rapide et trop importante, il faut faire pour faire, pas assez de réflexion effet de mode, vouloir faire du vrai avec du faux, embolisation du système de formation, enjeux financiers
Mr P	45 ans	CDS Formation simulation	13 ans	Bon outil pédagogique, lien entre théorie et pratique, mais dispositif important donc besoin d'une réflexion équipe
Mme B	40 ans	CDS DU	6 ans	Transfert des savoirs, besoin d'une réflexion et d'une analyse des besoins

		simulation		
Formateurs	Age	Diplôme	Ancienneté	Question 2 Quel est votre niveau d'implication dans le dispositif pédagogique par simulation ?
Mme C	45 ans	IDE Formation simulation	6 ans	Implication récente car je viens de faire la formation à la demande de la direction, implication forcée, implication totalité ingénierie
Mme L	37 ans	IDE	4 mois	Je viens de débiter, je ne suis qu'observatrice, je ne m'autorise pas de prendre une place, car la simulation semble être très protocolaire, les formateurs formés font valoir que mener un débriefing n'est pas facile, alors que je conduis des séquences de TP
Mme D	45 ans	CDS	16 ans	Pas d'investissement, je laisse la place à mes collègues, je suis plutôt dans l'organisation, je ne suis pas hermétique à la simulation
Mme F	54 ans	IDE	5 mois	Investissement moyen, mon objectif est de faire la formation, je participe en tant qu'actrice pour un scénario de 1 <sup>ère</sup> année
Mr D	45 ans	CDS	10 ans	Implication à 100%, charge de travail importante, seul 1 collègue avec moi pour promo de 200 étudiants
Mme SR	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Investissement uniquement dans l'UE de mon champ d'activité antérieure car formateur ayant DU responsable simulation
Mme LG	47 ans	CDS Formation simulation	6 ans	Implication importante dans l'année de formation
Mme R	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Implication importante, totalité de l'ingénierie
Mme M	52 ans	CDS	12 ans	Peu d'investissement,
Mr L	55 ans	IDE	20 ans	Investissement 0 sentiment de faire pour faire à ce jour en regard demande de la direction +++ ; autres méthodes utilisées tout aussi porteuse
Mr P	45 ans	CDS Formation simulation	13 ans	Investissement important, groupe de travail régional, référent de son établissement, ingénierie
Mme B	40 ans	CDS DU simulation	6 ans	Responsable du laboratoire, totalité de l'ingénierie

Formateurs	Age	Diplôme	Ancienneté	Question 3 En quoi l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité est- elle source de changements dans votre pratique professionnelle personnelle ?
Mme C	45 ans	IDE Formation simulation	6 ans	Continuité de son travail de formatrice, notion de changement en lien avec la technologie, questionnement sur ses méthodes, re-questionnement de ses pratiques professionnelles, notion d'insécurité, appropriation d'un nouvel objet
Mme L	37 ans	IDE	4 mois	La simulation lui renvoi un sentiment d'incompétence car interdiction d'en faire si non formée
Mme D	45 ans	CDS	16 ans	Pas d'implication, mais pas de questionnement, rien d'inaccessible, maîtrise des autres supports pédagogiques
Mme F	54 ans	IDE	5 mois	Difficulté pour des anciens formateurs de revisiter leur fonctionnement, l'acceptation de ne plus être dans la maîtrise, d'être perçu comme un novice, d'accepter d'être regardé en tant qu'acteur
Mr D	45 ans	CDS	10 ans	La simulation permet à l'étudiant de ne pas percevoir la parole du formateur comme la seule parole, mais par l'enregistrement de paramètres permet une sécurisation de ces paroles.
Mme SR	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Changements importants, dispositif ACRE, compétence d'acteur, notion d'insécurité
Mme LG	47 ans	CDS Formation simulation	6 ans	Ré-interrogation et nouvelle réflexion,
Mme R	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Nouvelles compétence en lien avec l'évolution des technologies, introduction d'un outil source de questionnement et par le besoin de maîtriser l'inconnu. L'insécurité en regard de l'innovation engendre le sentiment de régression dans sa liberté pédagogique.
Mme M	52 ans	CDS	12 ans	Nouvelles compétence en lien avec l'évolution des technologies, mais pas de changement dans sa posture de formatrice
Mr L	55 ans	IDE	20 ans	La simulation, nouveau modèle de pensée, conflit, modèle dangereux pour les unités de soins relationnels et soin en psychiatrie car décalage entre vouloir faire penser que c'est vrai, mais avec du faux , autant dire que c'est faux.
Mr P	45 ans	CDS Formation simulation	13 ans	Temps important, ingénierie, réflexion
Mme B	40 ans	CDS DU simulation	6 ans	Ingénierie totale, évolution de poste

Formateurs	Age	Diplôme	Ancienneté	Question 4 Quel impact la simulation moyenne et haute-fidélité a-t-elle sur le travail en équipe ?
Mme C	45 ans	IDE Formation simulation	6 ans	Des réticences et des adhésions en lien surtout avec une charge de travail supplémentaire et l'outil technologique malgré sa formation, besoin de l'aide de l'équipe
Mme L	37 ans	IDE	4 mois	La simulation crée des écarts et des tensions, clivage entre les formateurs choix de la direction tout le monde doit trouver sa place
Mme D	45 ans	CDS	16 ans	Rivalité par le choix de la direction, clivage entre formés et non formés, perception de supra-formateur surtout en regard de formateurs non cadre de santé, lien avec la démarche qualité des établissements
Mme F	54 ans	IDE	5 mois	Rôle facilitateur du formé, par contre possibilité de conflit entre les adhérents et les non adhérents
Mr D	45 ans	CDS	10 ans	Pas d'implication du reste de l'équipe, isolement, sentiment d'être perçu comme seul formateur référent simulation conflit possible
Mme SR	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Implication de tous, formés ou pas dans une petite équipe
Mme LG	47 ans	CDS Formation simulation	6 ans	Discussion houleuse du fait de la nouveauté qui engendre des remaniements acceptés ou pas, respect de l'adhésion ou pas
Mme R	40 ans	CDS Formation simulation	5 ans	Clivage entre formés et non formés en lien avec choix de la direction, conflit entre faire pour faire de la direction en réponse aux investissements et besoin d'une réflexion pédagogique, lien avec la démarche qualité des établissements
Mme M	52 ans	CDS	12 ans	La simulation comme toutes les nouveautés est porteuse ou pas, clivage entre les professionnels formés et les non formés en lien avec décision de la direction posture de petit chef
Mr L	55 ans	IDE	20 ans	Des échanges vifs dans les équipes, des problèmes d'organisation, pas de possibilité d'échange avec la direction il faut faire pour faire
Mr P	45 ans	CDS Formation simulation	13 ans	Choix de la direction Des difficultés d'adhésion de tous, les changements provoquent des réticences, besoin de réfléchir dans une dynamique d'équipe, de mutualiser les ressources avec d'autres établissements
Mme B	40 ans	CDS DU simulation	6 ans	Pas de problème avec les équipes, travail avec un technicien et un psychologue

<b>Formateurs</b>	<b>Age</b>	<b>Diplôme</b>	<b>Ancienneté</b>	<b>Question 5</b> Quels sont les besoins d'un formateur pour s'inscrire dans le dispositif d'apprentissage par la simulation ?
<b>Mme C</b>	<b>45 ans</b>	<b>IDE Formation simulation</b>	<b>6 ans</b>	Formé Besoin d'une formation pour la construction de scénarii et conduite de débriefing
<b>Mme L</b>	<b>37 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>4 mois</b>	Non formé Besoin formation outil technologique
<b>Mme D</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>16 ans</b>	Non formé Aucun besoin, formation informatique
<b>Mme F</b>	<b>54 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>5 mois</b>	Non formé Besoin de comprendre ce que vivent les étudiants en simulation pour mieux comprendre, laisser tomber ses certitudes
<b>Mr D</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>10 ans</b>	Non formé Autodidacte, pas besoin de formation, anglais !!!
<b>Mme SR</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>5 ans</b>	Formé Besoin d'une formation plus longue pour mieux maitriser la simulation
<b>Mme LG</b>	<b>47 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>6 ans</b>	Formé Pas de besoin particulier, la formation suivie n'a pas été source de nouvelle découverte
<b>Mme R</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>5 ans</b>	Formé Besoin de formation pour resituer la simulation, les tenants et les aboutissants
<b>Mme M</b>	<b>52 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>12 ans</b>	Non formé une formation pour la simulation au sein d'un hôpital virtuel, pas de besoin pour écriture de scénarii et pas besoin de formation au débriefing
<b>Mr L</b>	<b>55 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>20 ans</b>	Non formé, aucun intérêt
<b>Mr P</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>13 ans</b>	Formé, mais avoir aussi un autre regard de l'utilisation de la simulation
<b>Mme B</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS DU simulation</b>	<b>6 ans</b>	Formé DU, reconnaissance par l'école et les collègues

<b>Formateurs</b>	<b>Age</b>	<b>Diplôme</b>	<b>Ancienneté</b>	<b>Question 6</b> En quoi le changement généré par l'introduction de la simulation moyenne et haute-fidélité, est-t-il source de questionnement identitaire chez le formateur ?
<b>Mme C</b>	<b>45 ans</b>	<b>IDE Formation simulation</b>	<b>6 ans</b>	changement au niveau global de l'institution car innovation un peu plus de positionnement dans son équipe autosatisfaction l'expérience peut remplacer la formation
<b>Mme L</b>	<b>37 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>4 mois</b>	pas de questionnement sur son identité car jeune formatrice mais observation d'une forme de pouvoir des formés, clivage et difficultés pour les formateurs anciens non formés d'accepter ce nouveau statut des jeunes formateurs
<b>Mme D</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>16 ans</b>	clivage et apparition de supra-formateurs, pleine puissance besoin de reconnaissance de certains formateurs, pas autant de changement pour d'autres formations Exemple de Master
<b>Mme F</b>	<b>54 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>5 mois</b>	pas de changement car non formée tout le monde doit être formé pour éviter les clivages institutionnels
<b>Mr D</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>10 ans</b>	pas de changement mais être perçu comme un formateur curieux en terme d'innovation et non comme un supra formateur,
<b>Mme SR</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>5 ans</b>	pas de changement notable car non perçue comme référente par contre Titulaire du DU devient chef de projet, nouveau statut et nouveau comportement de chef
<b>Mme LG</b>	<b>47 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>6 ans</b>	pas de changement, arc supplémentaire, charge de travail en plus, partage avec les autres formateurs
<b>Mme R</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>5 ans</b>	compétence informatique compétences organisationnelles par une charge de travail importante, posture d'aide et non pas de supra formatrice
<b>Mme M</b>	<b>52 ans</b>	<b>CDS</b>	<b>12 ans</b>	pas d'impact sur elle par contre impact sur les formés, besoin d'un accessoire pour les nouveaux formateurs, posture de pleine puissance dans le débriefing,
<b>Mr L</b>	<b>55 ans</b>	<b>IDE</b>	<b>20 ans</b>	pas d'impact mais endoctrinement des formés, surtout ne pas être un anarchique, répondre à la direction, clivage, posture de pro simulation
<b>Mr P</b>	<b>45 ans</b>	<b>CDS Formation simulation</b>	<b>13 ans</b>	peu de formateurs formés donc statut de spécialistes et incontournables en lien avec demande de la direction
<b>Mme B</b>	<b>40 ans</b>	<b>CDS DU</b>	<b>6 ans</b>	changement de statut, évolution de carrière, fierté personnelle

Université de Rouen

UFR Sciences de l'homme et de la société

Département des sciences de l'éducation

Mémoire de Master 2 Ingénierie et Conseils en Formation

CARLE Gisèle

**Quelle différenciation identitaire est induite et renforcée chez les formateurs en  
Institut de Formation en Soins Infirmier, par l'introduction de  
la simulation moyenne et haute-fidélité, dans le dispositif de formation ?**

sous la direction de Nicolas GUIRIMAND

**Mots-clés :** Innovation pédagogique, simulation en soin « haute-fidélité » et « moyenne-fidélité », compétences des formateurs, didactique professionnelle, ingénierie de formation, ingénierie pédagogique.

**Résumé :** Ce travail de recherche, nous a permis de percevoir en quoi l'innovation pédagogique par simulation de soins « moyenne et haute-fidélité » a une incidence sur le travail des formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers, en quoi elle interroge les compétences des formateurs et amène le besoin d'une réflexion pédagogique. Nous avons exploré le processus de transformation de la posture des formateurs et de leur identité professionnelle en nous servant des travaux de différents auteurs. Nous nous sommes intéressés aux changements au sein des structures de formation, en partant d'une brève exposition des conséquences de l'innovation dans l'organisation d'une structure à but formatif. Les entretiens réalisés, nous ont permis de confirmer que l'introduction de la simulation en soin « moyenne-fidélité » et « haute-fidélité » est à l'origine d'une différenciation identitaire chez les formateurs et ainsi de pouvoir répondre à nos hypothèses. Cette différenciation identitaire favorise l'émergence de formateurs ingénieurs, concepteurs et de formateurs résistants et non adhérents à ce dispositif.