

Faculté de santé publique

L'influence de la simulation clinique sur la collaboration interprofessionnelle et sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants en soins infirmiers

Mémoire réalisé par
Camille Hucq

Promoteur(s)
Lucia Alvarez
Caroline Mertens

**« L'influence de la simulation clinique sur la collaboration
interprofessionnelle et sur le sentiment d'efficacité
personnelle des étudiants en soins infirmiers »**

Mémoire réalisé par
Camille Hucq

Promoteur(s)
Pr. Lucia Alvarez
Mme Caroline Mertens

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire :

Tout d'abord, je voudrais remercier ma promotrice, Madame Alvarez, pour son aide, ses précieux conseils qui ont nourri ma réflexion et sa disponibilité durant toute la réalisation de ce travail.

Je remercie également ma co-promotrice, Madame Mertens, pour ce sujet passionnant, pour ses conseils qui m'ont toujours poussée à aller plus loin, pour son aide dans les traductions et pour son humour à toute épreuve.

Un tout grand merci à l'école du Parnasse-ISEI qui m'a si bien accueillie, aux professeurs et étudiants qui ont été interviewés pour leur temps et leur investissement. Un merci particulier à Madame Dedonder pour son aide dans la réalisation des guides d'entretien.

Merci beaucoup à tous les infirmiers référents étudiants que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont accordé du temps et partagé leur passion.

Merci à mes parents et grands-parents pour leur soutien indéfectible, les relectures et les corrections de ce mémoire ainsi que de tous les autres travaux de ce master et bachelier avant celui-ci.

Un merci tout particulier à ma petite maman pour les encouragements, les bons petits plats et les journées papotes pour la détente.

Un tout grand merci à mon compagnon Xavier Lambinon pour son soutien et ses encouragements pendant toute cette année.

Et enfin, un tout grand merci à mes amis de master car tous ensemble on y est arrivé !

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction :	1
2. Cadre Théorique :	3
2.1 <i>La simulation clinique</i>	3
2.1.1 Définition	3
2.1.2 La simulation clinique : la situation mondiale	4
2.1.3 La simulation clinique : la situation belge	5
2.1.4 Les intérêts de la simulation clinique dans la formation infirmière	6
2.1.5 Les limites de la simulation clinique	7
2.2 <i>La simulation clinique : la situation au Parnasse-ISEI</i>	8
2.2.1 Descriptif d'une séance de simulation au Parnasse-ISEI	10
2.2.2 Les compétences visées par le référentiel de compétences de l'Infirmier Responsable en Soins Généraux (IRSG)	11
2.2.3 Les compétences visées par le référentiel de compétences en bachelier sage-femme	12
2.2.4 Les objectifs visés par la simulation	13
2.2.5 Les compétences infirmières et les critères de performance de la simulation clinique	14
2.3 <i>Choix des compétences étudiées dans ce travail</i>	15
2.4 <i>La confiance en soi - le sentiment d'efficacité personnelle</i>	16
2.5 <i>La communication et la collaboration interprofessionnelle</i>	17
2.6 <i>Le questionnement</i>	19
3. Méthodes :	20
3.1 <i>Choix de la méthode qualitative</i>	20
3.2 <i>Collecte des données</i>	20
3.2.1 Collecte des données auprès des professionnels de terrain	21
3.2.2 Collecte des données auprès des professeurs	22
3.2.3 Collecte des données auprès des étudiants	23
3.2.4 Description du guide d'entretien	24
3.3 <i>Traitement des données</i>	25
3.3.1 Autorisation pour les entretiens	25
3.3.2 Traitement des données	26
4. Résultats :	27
4.1 <i>Les professionnels de terrain</i>	27
4.1.1 Opinion sur la simulation clinique	27
4.1.2 Le sentiment d'efficacité personnelle	28
4.1.3 La collaboration interprofessionnelle	29
4.2 <i>Les enseignants</i>	30
4.2.1 Opinion sur la simulation clinique	30
4.2.2 Le sentiment d'efficacité personnelle	32
4.2.3 La collaboration interprofessionnelle	33
4.3 <i>Les étudiants</i>	34
4.3.1 Opinion sur la simulation clinique	34
4.3.2 Le sentiment d'efficacité personnelle	36
4.3.3 La collaboration interprofessionnelle	37

4.4 Les « baguettes magiques ».....	37
4.5 Les convergences et divergences	39
5. Discussion :	40
5.1 Liens avec la littérature.....	40
5.2 Les forces de cette recherche	41
5.3 Les biais de cette recherche	42
5.4 Perspectives pour la recherche :	44
6. Conclusions :	45
7. Bibliographie :	47

1. Introduction :

Le contexte actuel des soins de santé en Belgique est marqué par plusieurs éléments : le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'augmentation des problèmes de santé complexes, la pénurie touchant les métiers de la santé - et ce depuis plusieurs années - ainsi que les contraintes économiques qui mettent sous tension les budgets consacrés à la santé. (1)

Ces éléments obligent les infirmiers à faire appel, constamment, à leurs connaissances, leurs capacités à résoudre des problèmes de plus en plus complexes ainsi qu'à leur jugement clinique. Il est essentiel de garder à l'esprit que la sécurité du patient reste au centre des préoccupations des organisations des soins de santé et de la société en général. (2)

Plusieurs études ont déjà montré l'association entre la pénurie d'infirmiers et les effets négatifs sur la qualité des soins. Une étude de Kane RL. et al, (2007) rapporte que le surmenage des soignants engendrerait une augmentation des événements indésirables graves mais évitables. (2, 3)

Cette problématique constitue aussi la réalité quotidienne des étudiants en soins infirmiers. Ils sont de plus en plus exposés à ces mêmes situations complexes et sont confrontés à des enjeux éthiques et déontologiques durant leurs stages. N'oublions pas que, bien souvent, les services hospitaliers comptent sur cette main d'œuvre. (2, 4)

La simulation clinique pourrait être un élément de réponse à cette situation complexe. En effet, celle-ci « *permet la répétition à l'infini des gestes techniques, la possibilité de se tromper et d'apprendre de ses erreurs, et ce, dans un environnement entièrement sécurisé pour le patient et pour l'étudiant.* » (2, 4)

La simulation clinique se développe de plus en plus en Belgique. Alors qu'elle est une pratique bien développée et implantée aux États-Unis, au Canada et dans les pays du nord de l'Europe, elle n'en est qu'à ses débuts en Belgique. (5, 6)

Bien qu'elle soit reconnue par la littérature scientifique comme ayant une influence positive sur les savoirs-être et savoirs-faire des étudiants en soins infirmiers, celle-ci n'évoque que peu

les résultats à long terme de la simulation ainsi que ses effets concrets sur la pratique des étudiants en stage. (4, 7, 8)

C'est dans ce contexte que l'auteur a voulu étudier l'influence de cette pratique pédagogique sur la pratique clinique des étudiants au Parnasse-ISEI, Haute École où elle a réalisé ses études en soins infirmiers.

Diplômée en juin 2014, l'auteur n'a pas eu l'occasion de suivre des séances de simulation durant ses études. En effet, ce n'est qu'en septembre 2014 que le Parnasse-ISEI a mis cette technique pédagogique au programme. L'auteur regrette de n'avoir pu disposer de cette formation bien utile et souhaite, dans son projet de carrière personnelle, en tant que candidate professeur, pouvoir accompagner les étudiants lors des séances de simulation.

Quatre années d'expérience de simulation clinique au Parnasse-ISEI permettent de réaliser un premier bilan de la situation. Un intérêt particulier a été porté aux compétences du sentiment d'efficacité personnelle et de la collaboration interprofessionnelle chez les étudiants en stage, compétences mises en avant par l'école lors des simulations et qui sont, selon l'auteur, d'une importance capitale pour la vie professionnelle des futurs acteurs de la santé.

Afin d'aborder le sujet du présent mémoire, l'auteur s'est appuyé sur une méthode qualitative. Les perceptions des étudiants, des professionnels de terrain et celui des professeurs supervisant ces étudiants ont ainsi été récoltées. Ces informations ont été obtenues par le biais d'entretiens semi-directifs pour les professeurs et les infirmiers de terrain et par des focus-groups pour les étudiants.

Cette recherche a été structurée comme suit :

- Cadre théorique : dans cette partie, la simulation clinique a été remise en contexte et les concepts principaux ont été repris et analysés.
- Méthodes : les méthodes pour répondre aux questions de recherche y ont été exposées
- Résultats
- Discussion et conclusions : La discussion a établi des liens entre les résultats et la littérature scientifique et a présenté les forces et les faiblesses de cette recherche avant de tirer des conclusions.

2. Cadre Théorique :

Le cadre théorique de ce mémoire va définir les différents concepts abordés dans ce travail et va décrire le contexte de la simulation clinique au Parnasse-ISEI. Ce cadre théorique a été construit sur base de la littérature scientifique. Les bases de données exploitées pour la recherche ont été : Pubmed, CINAHL, le site officiel de l'HAS et Google scholar. Dans un souci de concision, la méthodologie relative à la revue de la littérature a été postée en annexe 1.

Dans ce travail, la simulation clinique sera dans un premier temps abordée de manière générale, ensuite la simulation au sein du Parnasse-ISEI sera décrite puisque c'est à cette institution en particulier que ce travail s'intéresse. Un lien sera réalisé entre le référentiel de compétences du Parnasse-ISEI et le guide des objectifs de la simulation du Parnasse-ISEI. Les concepts de sentiment d'efficacité personnelle et de collaboration interprofessionnelle seront enfin décrits.

2.1 La simulation clinique

Dans un premier temps, la simulation clinique sera définie. Ensuite, un état des lieux de son développement au niveau mondial puis au niveau belge sera établi. Enfin, les avantages et les limites de la simulation clinique seront exposés.

2.1.1 Définition

Dans son rapport de mission de janvier 2012 sur la simulation dans le domaine de la santé, la Haute Autorité de la Santé (HAS) reprend la définition de la simulation clinique suivante :

« Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (5)

La simulation clinique est omniprésente dans la formation des professionnels de santé. Il existe en effet différents types de simulation :

- la simulation basse fidélité qui vise l'acquisition de gestes techniques, de procédures et d'une certaine dextérité. Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, les

étudiants s'entraînent ainsi de façon répétée sur des bras de perfusion, des sites d'injection en plastique, des pieds de porc à suturer...

- La simulation moyenne et haute-fidélité : simulation par ordinateur ou encore avec des mannequins robotisés et informatisés qui peuvent être de plus en plus perfectionnés et peuvent répondre à des stimuli. Les plus performants peuvent parler ou réagir à une administration de médicaments. Les étudiants sont alors mis en situation à travers un scénario proposé par les formateurs. Ces scénarii, très proches de la réalité professionnelle, leur permettent de mobiliser leurs connaissances et de les mettre en action. Dans un second temps, le débriefing permet de revenir sur le déroulement de la simulation et de l'analyser. (7, 9)

La simulation est donc un outil pédagogique basé sur l'apprentissage par l'expérience et la pratique réflexive. *« Elle s'adresse à tous les professionnels de santé, à tous les apprenants, afin de développer, de maintenir voire de renforcer leurs compétences pour prodiguer des soins réflexifs, de qualité, en respectant les critères de sécurité exigés, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) : Jamais la première fois sur le patient! »* (10)

Les programmes de simulation peuvent donc être réalisés aussi bien dans le cadre de la formation initiale que durant la formation continue des professionnels de la santé (infirmiers, médecins, anesthésistes, chirurgiens ...) (11)

2.1.2 La simulation clinique : la situation mondiale

« Au cours des dernières décennies et particulièrement de ces vingt dernières années, la simulation clinique s'est imposée, et s'impose de plus en plus comme une modalité incontournable d'enseignement ».(6) Alors qu'elle est une pratique plutôt récente en Europe, elle est utilisée de manière routinière en Amérique du Nord, au Canada et dans les pays scandinaves dans le cadre de l'enseignement initial des professions médicales et paramédicales. (5)

Aux États-Unis ainsi qu'au Canada, de nombreuses organisations et associations professionnelles encouragent l'apprentissage par la simulation clinique. Aux États-Unis,

certains états ont remplacé des cours de pratique clinique par des heures de simulation, d'autres envisagent de rendre la simulation clinique obligatoire dans les cursus de formation. (9)

2.1.3 La simulation clinique : la situation belge

En Belgique, la simulation clinique se développe de manière aléatoire depuis une dizaine d'années dans le domaine des soins infirmiers. Dans un premier temps en tant qu'évaluation certificative sous forme d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré qui permet d'évaluer des compétences complexes, des savoir-faire et savoir-être, par des mises en situation clinique) et plus tard en tant que formation, comme exercice non évalué.

En France, la simulation est régie par les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de la Santé (HAS) (11) . Aux USA et au Canada, la profession est autorégulée par les ordres nationaux infirmiers. Là-bas, il existe des recommandations officielles en matière de simulation. (12)

En Belgique, ni les praticiens représentés par CFAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier), ni le pouvoir pédagogique représenté par l'ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur) n'émettent de recommandation ou de ligne de conduite en ce sens. De plus, en Belgique, plusieurs personnes sont compétentes pour la formation des infirmiers (ministre de l'enseignement supérieur, communauté française, communauté flamande...) ce qui rend plus complexe la prise de décision.

Aujourd'hui, de nombreuses hautes écoles et universités belges possèdent une salle de simulation au sein de leurs bâtiments ou ont créé des centres de simulation en partenariat : l'Henallux de Namur avec son centre de simulation NaSim ; le SimLabS, « Laboratoire d'apprentissage des métiers de la santé par la simulation » du Campus Erasme : projet commun de l'Université libre de Bruxelles et de la Haute Ecole libre de Bruxelles Ilya Prigogine ; le centre de simulation médicale de Liège en collaboration avec le CHU de Liège ...

« En 2018, la société belge de simulation en santé a été fondée par l'ULg, l'ULB et l'UCL, le but de la Société Belge de Simulation est de concourir à l'amélioration de la qualité des soins de santé. La Société Belge de Simulation en Santé souhaite contribuer à l'amélioration des techniques de simulation, des méthodes pédagogiques, de l'évaluation des praticiens et de la sécurité des patients, favorisant ainsi de meilleurs soins aux patients. » (13)

2.1.4 Les intérêts de la simulation clinique dans la formation infirmière

Les stages sont une partie importante de l'enseignement pour les étudiants durant leur formation (2300 h de pratique sur l'ensemble de la formation depuis la directive européenne 2013/55/UE). (14) Cependant, certaines situations ne peuvent être transposées dans des situations d'apprentissage. Par exemple, certaines situations d'urgence, imprévisibles, lorsque le pronostic vital est engagé... Or, il est essentiel que les étudiants puissent savoir quelles actions entreprendre et trouver leur place dans ce genre de situation.

La simulation clinique peut donc être une réponse possible à cette problématique. (7)

Jusqu'à présent, ces situations étaient enseignées soit par un cours théorique soit en laboratoire clinique avec une démonstration pratique de la part de l'enseignant. Cependant, selon la pyramide de l'apprentissage, les étudiants retiennent moins d'informations pendant un cours théorique que lors d'une mise en pratique. Ainsi la simulation clinique permet un meilleur apprentissage pour les étudiants. (15)

De plus, le recours à la simulation répond aussi à une préoccupation éthique formulée dans les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) : jamais la première fois sur le patient ! En effet, de nombreux patients expriment leur volonté de ne pas être « utilisés comme des cobayes » par des jeunes apprenants inexpérimentés. (7)

La simulation permet donc aux étudiants de développer leurs compétences tant techniques que non techniques sans aucun risque pour le patient. (7)

Dans la méta-analyse de Cook et al. de 2011 abordant la simulation dans la formation des professionnels de santé reprenant 10 903 articles de la littérature, les auteurs ont sélectionné 609 études comportant 35 226 participants. Les résultats montrent que la formation par la simulation clinique est associée à une amélioration significative des connaissances, des pratiques et des comportements des professionnels et futurs professionnels du secteur de la santé. (16)

« La simulation clinique permettrait de :

- Former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;
- Acquérir et réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques;
- Analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même;
- Aborder les situations dites « à risque pour le patient » et améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarii qui peuvent être répétés ;
- Reconstituer des évènements indésirables, les comprendre et mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; » (11)
- Aider à la prise de décisions complexes ;
- Améliorer le travail en équipe et les capacités relationnelles ;
- Améliorer les compétences organisationnelles, la capacité d'adaptation et la capacité de résolution de conflits ;
- Améliorer la communication avec le patient et avec les autres professionnels ;
- Augmenter la confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité ;
- Développer l'esprit critique. (17)

Parmi tous ces avantages, les mécanismes expliquant l'influence de la simulation sur le sentiment d'efficacité personnelle et sur la collaboration interprofessionnelle seront développés aux points 3 et 4 de ce travail.

2.1.5 Les limites de la simulation clinique

Bien que la simulation représente les nombreux avantages que nous venons d'énumérer, il est nécessaire de souligner quelques limites à celle-ci retrouvées dans la littérature et confirmées par les observations de l'auteur lors des séances de simulation au Parnasse-ISEI.

La simulation ne peut être utilisée comme seule méthode d'apprentissage, les étudiants doivent avoir un minimum de connaissances théoriques pour que la simulation puisse être efficace. (9)

Le matériel de simulation (mannequin, matériel, environnement adapté...) représente un coût financier important pour les établissements de formation. Il faut aussi tenir compte du coût de la maintenance de ce matériel. Cela peut donc représenter une barrière à la mise en place de la simulation. (2)

Un local adapté est nécessaire pour y accueillir et organiser une séance de simulation. En effet, l'environnement doit ressembler au maximum à la réalité. Tout le matériel nécessaire à la réalisation du scénario doit être disponible. (2)

Les mannequins de simulation, malgré leurs nombreuses capacités, ne sont pas humains. Il peut y avoir un risque de représentation incomplète de la réalité.

L'équipe enseignante doit adhérer au projet de mise en place d'une formation par simulation mais il doit aussi être formé au nouvel équipement et à cette nouvelle technique d'apprentissage. Le mannequin de simulation est un outil très technique et difficile à manipuler, il est nécessaire que les enseignants apprennent toutes les possibilités du mannequin et qu'ils puissent utiliser le logiciel informatique en lien avec celui-ci. (9)

« Les étudiants présentent quelques fois des résistances à investir les situations proposées, il est, en effet, parfois difficile de s'exposer au regard de ses pairs et du formateur, aussi bienveillant l'environnement soit-il. » (7)

Ainsi, la simulation clinique aurait de nombreux avantages tant sur les compétences techniques que non techniques pour les étudiants en soins infirmiers. Elle permettrait d'améliorer leur savoir-être et savoir-faire sans pour autant risquer des conséquences pour les patients. Cependant, la littérature met en évidence quelques limites à la simulation clinique telles que l'investissement financier, humain et la logistique qu'elle nécessite.

2.2 La simulation clinique : la situation au Parnasse-ISEI

Dans cette partie, une description de l'école Parnasse-ISEI sera réalisée. Ensuite, le déroulement d'une séance de simulation sera décrite. Enfin, des liens seront établis entre les compétences infirmières et sages-femmes et les compétences visées par la simulation clinique.

La Haute École Léonard de Vinci est composée de 4 instituts: École normale catholique du Brabant wallon, Institut libre Marie Haps, Institut Paul Lambin et Parnasse-ISEI.

Le Parnasse-ISEI est une haute école implantée sur deux sites : Woluwe-Saint-Lambert à Bruxelles et Louvain-la-Neuve. L'institut propose un enseignement non-universitaire, de type court (bachelier) ou de type long (master). Ses secteurs sont le paramédical, le pédagogique et

le social : psychomotricité, kinésithérapie, podologie, ergothérapie, coach sportif, éducation physique, éducateur spécialisé, infirmier responsable de soins généraux et sage-femme. Le Parnasse-ISEI représente environ 3000 étudiants sur les 8000 de la Haute École. (18)

L'implémentation de la simulation clinique dans les départements sage-femme et infirmier du Parnasse-ISEI a été introduite à la suite d'une réflexion stratégique autour de 3 outils de développement et d'innovation de l'enseignement clinique : la supervision indirecte en stage, le tutorat des étudiants par le personnel de terrain et la simulation en activité intégrée lors des stages. Ainsi, la simulation clinique a été inscrite dans les dispositifs pédagogiques des étudiants de bloc 3 (anciennement 3^{ème} année) en soins infirmiers, aux étudiants des spécialisations en soins péri-opératoires, soins intensifs – urgences (SIAMU), pédiatrie, anesthésie, oncologie et aux étudiantes sage-femme et ce, depuis 4 ans (2014). Ces séances se déroulent avant ou pendant les périodes de stage. Le nombre d'heures de simulation varie selon les disciplines. Ce travail se concentrera sur les disciplines suivantes : soins péri-opératoires, pédiatrie et sage-femme. En effet, c'est dans ces 3 disciplines que le nombre d'heures de simulation est le plus important. Il faut de garder en mémoire que la totalité des heures de pratique exigée par la directive européenne 2013/55/UE est de 2300h. (14)

Bloc 3	Spécialisation soins péri- opératoires	Spécialisation SIAMU	Spécialisation pédiatrie	Spécialisation anesthésie	Spécialisation oncologie	Sage-femme
1séance de 3h →3h/an	8 séances de 3h →24h/an	1séance de 4h + 2 séances de 2h → 8h/an	3 séances de 6h →18h/an	3 séances de 3h →9h/an	2 séances de 4h → 8h/an	8h en 3 ^{ème} + 8h en 4 ^{ème} →16h/2ans

Les professeurs du Parnasse-ISEI chargés des séances de simulation clinique ont, soit reçu une formation interne organisée à l'ISEI, soit reçu une formation externe : certificat EUSIM (Liège) ou formation REPORT'in. Chaque année, ces enseignants organisent une formation continue pour entretenir leurs compétences.

2.2.1 Descriptif d'une séance de simulation au Parnasse-ISEI :

Toutes les séances de simulation du Parnasse-ISEI sont construites sur le même modèle dans un souci de standardisation et d'équité pédagogique.

La séance de simulation clinique dure 2 à 3h. Un ou deux scénario(i) sont joués par séance. Six à huit étudiants sont présents pour la séance: 3-4 acteurs et 3-4 observateurs. Deux enseignants les accompagnent et facilitent la réalisation de la simulation, tantôt comme observateur, tantôt comme opérateur lors du scénario. Ils réalisent ensemble l'animation de briefing et du débriefing

Déroulement de la séance :

- Accueil et présentation de chacun des participants. Les étudiants et les enseignants se présentent, chacun porte un badge avec son prénom.
- Une présentation Power Point sur la simulation clinique est présentée aux étudiants dans le cas d'une première séance. (Définition, origine de la simulation ...)
- **Briefing (10-15 min) :**
 - Explication du déroulement d'une séance de simulation.
 - Prise de contact avec le matériel de simulation : mannequin, monitoring, chariot de matériel ...
 - Distribution des rôles entre les différents étudiants sur base volontaire : acteurs et observateurs. Les acteurs (l'anesthésiste, l'infirmière, le médecin, l'étudiant infirmier...) ont des documents décrivant la situation et leur rôle (dossier du patient, antécédents ...)
 - Les observateurs ont également un rôle : observer la communication entre les acteurs, avec le patient, la chronologie des faits...
 - Les objectifs de la séance de simulation sont énoncés. Exemple d'objectifs pour une simulation en soins péri-opératoires : Accueil du patient, prise en charge adéquate et pertinente, checklist de l'OMS, priorités/chronologie des gestes, connaissances sur les médicaments de l'anesthésie, communication patient et professionnel, communication thérapeutique, division des tâches...
- **Scénario (10-20 min).**
- **Débriefing (45-60 min):**
 - Le débriefing commence toujours par le partage du ressenti et des émotions des acteurs du scénario. En fin de débriefing, la même question sera posée afin de voir l'évolution des émotions grâce au partage et à l'analyse du scénario.

- Reprise, de manière chronologique avec les observateurs, des évènements qui se sont déroulés durant la simulation. Les éléments partagés sont très précis et le plus objectifs possibles, jusqu'aux intonations utilisées.
- Les enseignants facilitent les échanges et gèrent le temps de parole des participants. Ils veillent également à l'atteinte des objectifs.

(Voir annexe 2 : schéma d'une séance de simulation)

2.2.2 Les compétences visées par le référentiel de compétences de l'Infirmier Responsable en Soins Généraux (IRSG)

En Belgique, les compétences infirmières sont définies par le CFAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier)(Annexe 3) tandis que les compétences attendues pour un étudiant en fin de formation de bachelier infirmier responsable en soins généraux sont définies par l'ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur)(Annexe 4). Les compétences du CFAI et de l'ARES n'étant pas communes, l'école du Parnasse-ISEI a décidé de créer son propre référentiel de compétences en s'inspirant des compétences du CFAI et de celles de l'ARES : (Document complet en annexe 5) (19, 20, 21)

- Compétence 1 :** Concevoir et mettre en œuvre de projets de soins
- Compétence 2 :** Assurer une communication professionnelle
- Compétence 3 :** Collaborer avec le patient, la famille, le réseau et l'équipe interdisciplinaire
- Compétence 4 :** S'engager et assurer ses responsabilités
- Compétence 5 :** Promouvoir la santé
- Compétence 6 :** Gérer les ressources humaines et administratives
- Compétence 7 :** Promouvoir la qualité des soins

2.2.3 Les compétences visées par le référentiel de compétences en bachelier sage-femme

Le référentiel de compétences des sages-femmes de l'ISEI (Annexe 6) (22) a été rédigé en respectant la description des fonctions et des compétences décrites dans le référentiel de compétences intégré interréseaux en bachelier sage-femme. (Annexe 7) (23)

-Compétence 1 : S'impliquer dans sa formation et dans la construction de son identité professionnelle

-Compétence 2 : Prendre en compte les dimensions déontologiques, éthiques, légales, réglementaires de sa profession

-Compétence 3 : Participer à la gestion humaine, matérielle et administrative

-Compétence 4 : Réaliser une démarche clinique globale en période pré-conceptionnelle, pré-, péri- et post-natale

-Compétence 5 : Réaliser des actes techniques en période pré-conceptionnelle, pré-, péri- et post-natale

-Compétence 6 : Réaliser une démarche de promotion et d'éducation à la santé

-Compétence 7 : Assurer une communication professionnelle envers les bénéficiaires et l'entourage professionnel.

Les compétences infirmières (CI) et sages-femmes (CSF), reprises dans leur référentiel respectif, peuvent être mises en commun et réunies autour de 7 compétences :

1. Réaliser une démarche clinique (C1 pour CI et C4 pour CSF)

2. Réaliser des actes techniques (C1 pour CI et C5 pour CSF)

3. Assurer une communication professionnelle envers les bénéficiaires et l'entourage professionnel (C2 + C3 pour CI et C7 pour CSF)

4. Prendre en compte les dimensions légales, éthiques, déontologiques de sa profession (C4 pour CI et C2 pour CSF)

5. Réaliser une démarche de promotion de la santé (C5 pour CI et C6 pour CSF)

6. Gérer les ressources humaines, matérielles et administratives (C6 pour CI et C3 pour CSF)

7. S'engager professionnellement et promouvoir la qualité des soins (C4+C7 pour CI et C1 pour CSF)

2.2.4 Les objectifs visés par la simulation

La grille d'objectifs/critères de performance utilisée pour guider les séances de simulation au Parnasse-ISEI, est le fruit d'une collaboration entre plusieurs professeurs du Parnasse-ISEI et deux collègues du CEGEP (Collège d'enseignement général et professionnel) du Québec au Canada. La grille a été construite en fonction du niveau de formation des étudiants. Ainsi, cette grille est divisée en plusieurs niveaux de formation : pré-novice et novice (qui correspondent aux deux quadrimestres du bloc 1 en IRSG), débutant et débutant avancé (qui correspondent aux deux quadrimestres du bloc 2 en IRSG) et junior, sénior et expert (qui correspondent aux deux quadrimestres du bloc 3 en IRSG et soit aux deux quadrimestres du bloc 4 en IRSG soit au niveau d'une année de spécialisation). (24)

Guide des critères de performances attendus en simulation par immersion clinique

Catégories	Pré- Novice	Novice	Débutant	Débutant avancé	Junior	Sénior	Expert
Évaluation	Évaluation faite avec l'aide d'un guide		Distinguer le normal de l'anormal Intervenir après validation Réévaluer avec aide* Reconnaître les complications courantes		Reconnaître les changements dans la condition du patient Intervenir adéquatement Réévaluer Anticiper les complications		Gérer les complications
Histoire	Recueillir des données à l'aide d'un guide		Recueillir des données pertinentes à l'aide d'un guide Amorcer les liens		Recueillir des données pertinentes Effectuer des liens pertinents		Entrevoir les risques potentiels Effectuer des liens entre les données passées et actuelles
Enseignement/Éducation	Appliquer un cadre de référence pour effectuer l'enseignement		Expliquer les procédures Débuter l'enseignement avec aide*		Vulgariser les informations pertinentes Expliquer les procédures Effectuer l'enseignement judicieux		Faire preuve de créativité pour enseigner
Examens laboratoires	Effectuer l'examen demandé		Effectuer l'examen demandé ou au besoins et reconnaître l'anormalité		Effectuer l'examen demandé ou au besoins et interpréter Assurer le suivi		Initier ou suggérer des examens
Interventions infirmières	Être capable de poser des interventions simples		Identifier le ou les problèmes avec aide* pour choisir ses interventions		Identifier le ou les problèmes avec aide* pour prioriser ses interventions	Identifier le ou les problèmes Être capable de prioriser ses interventions Déléguer	Initier et ajuster les interventions infirmières en s'appuyant sur des assises scientifiques
Jugement clinique	Reconnaître la normalité dans la condition du patient Être référer aux ressources	Reconnaître la normalité dans la condition du patient Être référer aux ressources pour établir des priorités	Reconnaître les variations dans la condition du patient Utiliser les ressources pour établir une priorité		Déterminer les priorités face à une situation variable Utiliser les ressources dans les situations complexes	Déterminer les priorités face à une situation variable avec des imprévus Utiliser les ressources dans les situations nouvelles	Transférer et mettre à profit ses connaissances dans une nouvelle situation complexe

Guide des critères de performances attendus en simulation par immersion clinique

Communication	Établir un premier contact	Entrer en relation Amorcer une relation d'aide	Effectuer une relation d'aide	Gérer une relation d'aide		S'engager dans une relation d'aide
Continuité de soins et suivis	Assurer la transmission de l'information orale et écrite avec aide*			Assurer la transmission de l'information orale et écrite	Assurer la transmission pertinente de l'information orale et écrite en priorisant	Assurer la transmission pertinente de l'information orale et écrite dans le réseau
Sécurité	Appliquer les principes de base		Identifier les risques Déterminer les besoins avec aide* Appliquer les principes	Identifier les risques Déterminer les besoins Appliquer les principes		Appréhender les risques et les besoins
Interdisciplinarité	Exécuter les consignes des autres professionnels de la santé		Exécuter les consignes des autres intervenants et proposer l'intervention de différents professionnels de la santé	Participer aux orientations établies en interdisciplinarité	Travailler en interdisciplinarité	Collaborer avec le réseau
Facteurs humains	Reconnaître ses propres émotions avec aide* Amorcer la gestion de ses propres émotions avec aide* Initier une réflexion éthique		Gérer ses propres émotions avec aide* Être à l'affût des émotions des autres Repérer et analyser une situation éthique	Faire preuve de leadership Être capable de gérer une situation de crise Gérer son stress Intervenir dans une situation éthique		Reconnaître ses limites

*Humaines ou documentations

Élaboré en octobre 2017 par : Mélanie St-Amant et Cynthia Vallée du Cégep St-Félicien, Marie Druart et Caroline Mertens de la Haute École Vinci, Anick Montpetit et Thanya St-Michel du Collège de Valleyfield

Inspirer de la source d'origine : Lu Sweeney, personal communication, Sweeney-Clark's Simulation Performance Rubric, August 23, 2010

LUETKE, rebecca, et DAMASK BEMBENER, Betty. "Simulation evaluation: A comparison of two simulation evaluation rubrics" presentation Power Point en ligne, p.9, http://www.qsen.org/docs/2012_conference/QSEN_2012_Luetke.pdf (page consultée le 25 octobre 2017)

2.2.5 Les compétences infirmières et les critères de performance de la simulation clinique

Les différentes catégories de critères de performance, reprises dans les tableaux ci-dessus, peuvent être mises en lien avec les objectifs de formation des études en soins infirmiers et sage-femme.

- Les catégories : évaluation, histoire, jugement clinique et sécurité permettent de développer la compétence du **jugement clinique**.
- Les catégories : enseignement/éducation et facteurs humains aident les étudiants à atteindre des objectifs dans la compétence de **l'engagement professionnel et de la promotion de la qualité des soins**.
- Les catégories : communication, continuité des soins et suivi, interdisciplinarité permettent de développer la compétence : **assurer une communication professionnelle et engagement professionnel**.
- Les catégories : examens laboratoires et interventions infirmières permettent de développer la compétence : **réaliser des actes techniques**.

2.3 Choix des compétences étudiées dans ce travail

Au Parnasse-ISEI, il n'y a pas de simulation clinique aux blocs 1 et 2. Elle est en effet, concentrée sur les années de spécialisations et la dernière année de bachelier. Les professeurs responsables de la simulation clinique ont, de ce fait, décidé de mettre l'accent sur les compétences du savoir-être plutôt que du savoir-faire, estimant qu'à ce stade de la formation les compétences en savoir-faire sont déjà beaucoup plus développées que celles du savoir-être (gestion des facteurs humains, leadership, communication, gestion du stress, assertivité...).

De plus, après « la publication du rapport « *To err is human* » (Kohn et al. 1999), une prise de conscience a été faite sur l'importance des facteurs humains dans les erreurs médicales. »

En effet 80 % des incidents évitables seraient liés à la défaillance humaine. (25)

L'enseignement doit pouvoir répondre aux demandes du milieu professionnel qui souhaite des soins plus sûrs. La question à laquelle il a été nécessaire de trouver une réponse était : sur quels leviers peut-on s'appuyer pour assurer des soins plus sécurisés aux patients ?

Ce même rapport indique que 30% des incidents évitables dus à la défaillance humaine seraient liés à des dysfonctionnements dans le travail en équipe et des problèmes de communication. Or, il ne suffit pas de regrouper des personnes compétentes et expérimentées autour d'une situation de soin pour qu'une action efficace soit mise en place. Il faut que ces personnes travaillent et collaborent toutes ensemble. (25, 26)

Suite à ce constat, la compétence de la **collaboration et la communication interprofessionnelle** a été sélectionnée pour une analyse approfondie dans ce travail.

Ensuite, après l'observation sur le terrain, l'auteur de cette recherche a pu se rendre compte de l'importance de la confiance en soi pour un étudiant, constat soutenu par la littérature qui précise : si le professionnel est conscient d'être compétent, il sera plus engagé dans l'action qu'il mènera. Le sentiment d'efficacité personnelle joue donc un rôle important dans la performance. (25) De plus, pour assurer des soins de qualité aux patients, le professionnel doit avoir confiance en ses compétences. Un infirmier qui a confiance en lui et en ses capacités a la possibilité de se concentrer sur les besoins de ses patients et non sur ses propres besoins. (27)

Suite à ces observations, **le sentiment d'efficacité personnelle** a été sélectionné pour être plus amplement étudié dans cette recherche.

Les deux concepts seront décrits aux points 3 et 4 de ce travail. Ensuite, le questionnement ayant permis l'élaboration de ce mémoire sera décrit au point 5. Le sentiment d'efficacité personnelle et la collaboration interprofessionnelle seront analysés et décrits de façon indépendante.

2.4 La confiance en soi - le sentiment d'efficacité personnelle

Selon Albert Bandura, le sentiment d'efficacité personnelle peut se définir par : « *Les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières.* » Il est considéré comme un moteur de réussite et d'atteinte de ses objectifs par l'individu. Il joue un rôle essentiel dans le processus de décision. (28)

Pour Serge Blanchard et Patrick Vrignaud, auteurs du livre : « Intérêts professionnels et sentiment de compétences. Questions d'orientation », le sentiment d'efficacité personnelle s'apparente au sentiment de compétence. Ils le différencient de la confiance en soi ; le sentiment de compétence faisant référence à des situations particulières alors que la confiance en soi s'applique de manière plus générale. « *Par exemple un infirmier peut avoir un sentiment de compétence assez fort en cardiologie et un sentiment de compétence assez faible en diabétologie. Son estime de soi quant à elle concernera sa capacité à être à la hauteur, dans sa vie et de manière plus générale.* » (26)

Albert Bandura définit **quatre sources** principales à la croyance d'efficacité personnelle : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, les états physiologiques et émotionnels.

L'expérience active de maîtrise est une des sources les plus importantes sur la croyance en l'efficacité personnelle. Plus une personne expérimente le succès, plus sa croyance en son efficacité personnelle augmente.

L'expérience vicariante ou apprentissage social est le fait d'observer ses pairs expérimenter des succès dans des situations données. Cela peut améliorer le sentiment d'auto-efficacité d'une personne. Au contraire, observer ses pairs échouer dans leurs activités peut remettre en question le sentiment d'efficacité personnelle.

La persuasion verbale par autrui : lorsqu'un individu est encouragé et soutenu dans ses compétences par des personnes considérées comme étant des experts dans le domaine des compétences en question, cela peut améliorer son sentiment d'auto-efficacité. (28)

L'état physiologique et émotionnel : *« lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif. »* (28)

En tenant compte des sources d'efficacité personnelle développées par Albert Bandura, on peut aisément imaginer que la simulation clinique a une influence sur le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, la simulation est une expérience active de maîtrise, un apprentissage social et peut être un moment de persuasion verbale par autrui. Une étude interventionnelle de 2015 montre une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle suite aux séances de simulation. *« En recréant une situation de soin de manière extrêmement contextualisée, la simulation haute-fidélité permet d'intervenir sur les quatre sources du sentiment d'efficacité personnelle. »* (29)

2.5 La communication et la collaboration interprofessionnelle

Il existe plusieurs manières de représenter *« les relations entre des professionnels de disciplines différentes qui offrent des services simultanés à une même clientèle. »* (30)

Selon D'Amour (1997) la collaboration est *« faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leurs expertises, leurs expériences, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients ».*(30)

« La collaboration interprofessionnelle se réalise à travers un processus d'interactions entre les acteurs d'une part et entre les acteurs et l'environnement d'autre part, dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions, de responsabilités et d'actions. Ces acteurs sont interdépendants, ils interagissent selon des modalités qui s'enracinent dans leurs rôles, statuts et culture professionnelle respectifs. Les principes clés de la collaboration interprofessionnelle sont la communication, la coopération et la

coordination. Elle suppose la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives. » (25)

La collaboration interprofessionnelle a de nombreux avantages : elle permet d'améliorer la confiance et la communication entre les professionnels, de soutenir l'esprit d'équipe, de diminuer le stress au travail, de mieux identifier les compétences et les rôles respectifs des professionnels de l'équipe... (30)

La collaboration a non seulement des effets sur les équipes soignantes mais il a été démontré qu'elle influencerait la santé des patients et la qualité des soins. En effet, une bonne collaboration interprofessionnelle permettrait une approche globale des situations de santé, une meilleure coordination, communication et interaction entre les professionnels qui sont en lien direct avec des résultats positifs de santé du patient. (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1986) (30)

De nombreux déterminants peuvent influencer la collaboration interprofessionnelle. Cependant, le système éducatif est repris dans la littérature comme étant un des facteurs d'influence le plus important. En effet, c'est durant l'éducation professionnelle que sont transmises les valeurs des futurs professionnels de santé. Durant leur formation, souvent dispensée de manière cloisonnée, ceux-ci sont peu- voir pas du tout- confrontés aux autres catégories de professionnels et ne connaissent donc pas leurs pratiques, leurs compétences et leurs valeurs. (30)

Une communication efficace et standardisée existe dans le milieu professionnel pour diminuer les risques liés à l'erreur humaine. A cette fin, différents outils utilisés sur le terrain sont abordés dans la simulation parmi lesquels : la checklist au quartier opératoire, la méthode ABCDE dans la prise en charge urgente d'un patient, le SBAR (Situation/identification – antécédents/problèmes pertinents – évaluation – recommandation).

2.6 Le questionnement

Il existe une abondance de recherches sur le sujet prouvant l'efficacité de la simulation clinique en tant que méthode pédagogique et montrant ses répercussions positives lors de son intégration dans les formations en santé. Les étudiants et formateurs expriment souvent une grande satisfaction après les séances de simulation clinique.

Cependant, peu d'études portent sur le transfert de la simulation à la pratique clinique et à la prise en charge effective de patients. En effet, la majorité de la littérature porte sur les gains à court terme atteints dans le cadre de la simulation. On pourrait donc se demander : quelles sont véritablement les répercussions de la simulation sur la pratique clinique des étudiants et sur les patients qu'ils prennent en charge ? Plus globalement : quelles sont les répercussions à plus long terme, compte tenu du coût important du dispositif et de la mise en place de la simulation au sein de la formation initiale en soins infirmiers ? (4, 7)

Dans le cadre de ce mémoire, une analyse sera réalisée sur la manière dont la simulation influence la pratique clinique des étudiants. Le sentiment d'efficacité personnelle de l'étudiant et sa collaboration interprofessionnelle seront analysés plus en profondeur. Pour cela, la problématique sera étudiée selon trois points de vue : les étudiants, les professeurs et les infirmiers de terrain. L'apport du point de vue des professionnels de terrain, très peu exploité dans la littérature, va permettre d'obtenir des informations concrètes sur la pratique clinique des étudiants ayant reçus une formation par simulation.

3. Méthodes :

La méthodologie de cette recherche est présentée en trois parties. La première abordera la méthode choisie pour répondre aux questions de recherche. La deuxième partie décrira la manière dont les données ont été collectées enfin, la troisième partie développera le traitement de ces données.

3.1 Choix de la méthode qualitative

Le choix de la méthode de cette recherche s'est porté sur une méthode qualitative. En effet, les données recherchées étaient de l'ordre du ressenti et des perceptions. Ce sont des informations qui révèlent la subjectivité d'une personne, d'une expérience, d'une histoire.

(31)

Les questions de recherches étaient : **Quelle est l'influence de la simulation sur le sentiment d'efficacité personnelle ? Quelle est l'influence de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle ?** Comment sont perçus le sentiment d'efficacité personnelle et la collaboration interprofessionnelle des étudiants en stage ? Comment la simulation clinique est-elle perçue par les étudiants, par les infirmiers référents étudiants sur le terrain et par les professeurs.

Pour répondre à ces questions, le ressenti des étudiants, des professionnels de terrain et celui des professeurs supervisant ces étudiants ont été récoltés. Ces informations ont été obtenues par le biais d'entretiens semi-directifs pour les professeurs et les infirmiers de terrain et par des focus-groups pour les étudiants.

3.2 Collecte des données

Par définition, la méthode de collecte des données par entretiens semi-directifs est une méthode qui consiste en une interaction verbale entre le chercheur et la personne interrogée. Cette interaction est guidée par un cadre : le guide d'entretien. Cependant, l'interviewé a une liberté de parole assez importante qui permet une certaine souplesse et des échanges riches qui se font sur le mode de la conversation. (31)

Cette méthode a été choisie pour mener les entretiens auprès des professeurs et des professionnels de terrain pour permettre de récolter un maximum d'informations tout en respectant une certaine structure pendant l'entretien.

Des focus-groups ont été préférés aux entretiens semi-directifs individuels pour la collecte des données auprès des étudiants. Ceux-ci ont été estimés plus riches. En effet, en groupe, les étudiants seraient plus à même de parler ouvertement et leurs interactions permettraient une plus grande richesse des informations collectées.

3.2.1 Collecte des données auprès des professionnels de terrain :

Pour la collecte des données auprès des professionnels de terrain, la question s'est posée de savoir la pertinence des informations que ceux-ci pourraient apporter dans le cadre de cette recherche. En effet, comment ceux-ci pourraient juger de l'influence de la simulation sur le travail des étudiants en stage (sur leur sentiment d'efficacité personnelle et sur leur collaboration interprofessionnelle).

Cependant, les professionnels de terrain sont les personnes ayant le plus de contacts avec les étudiants sur le terrain, ce sont donc eux qui sont le plus à même de juger la pratique clinique des étudiants.

Dans un premier temps, il a été imaginé réaliser des entretiens avec ceux-ci en début d'année puis en fin d'année pour évaluer l'évolution des étudiants grâce à la simulation. Cependant, comment savoir si l'évolution des étudiants est due à la simulation clinique ou simplement due à l'augmentation de leurs heures de pratique en stage au fil de l'année voir même lié à d'autres facteurs touchant l'évolution du professionnel en « construction » ?

A la lecture de la littérature, il a été démontré que les professionnels de terrain ne sont pas interrogés sur cette problématique. Aucune méthode déjà réalisée ne pouvait donc être utilisée dans ce travail.

Après discussion avec la promotrice et avec la co-promotrice de ce travail, il a été décidé de réaliser des entretiens uniques auprès de professionnels de terrain. En effet, ceux-ci ont l'expérience du travail avec les étudiants et ont l'habitude de les superviser pendant leur stage. En tenant compte que les infirmiers référents étudiant (IRE) ont des expériences différentes et que certains ont reçu des formations particulières pour occuper cette fonction...

Ceux-ci devant répondre aux conditions suivantes :

- avoir la fonction d'infirmier référent des étudiants (IRE) dans les services de pédiatrie, de salle d'opération ou dans le secteur mère-enfant
- avoir une expérience de simulation clinique
- travailler dans des services accueillant des étudiants ayant reçu la formation par simulation clinique au Parnasse-ISEI.

Le dernier critère de sélection fut un critère de convenance : recommandation de certains professionnels et disponibilité de ceux-ci.

Des emails ont été envoyés à 6 IRE à la fin du mois de décembre 2018 - début du mois de janvier 2019 et tous ont répondu positivement à l'invitation à participer à la recherche. Les 6 IRE ont été sélectionnés dans différents hôpitaux bruxellois. Deux infirmiers travaillant dans des services de pédiatrie, deux infirmiers travaillant dans des services de salle d'opération et deux sages-femmes référentes étudiant.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de ceux-ci sur base d'un guide d'entretien. Les entretiens ont été réalisés sur leur lieu de travail en dehors de leurs heures de travail entre fin décembre 2018 et début janvier 2019. Ils ont duré entre 40 minutes et 1h15.

3.2.2 Collecte des données auprès des professeurs:

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de huit professeurs du Parnasse-ISEI. Les professeurs ont été sélectionnés dans une liste fournie par la co-promotrice de cette recherche en fonction de plusieurs critères :

- leur présence sur le terrain,
- leur discipline (salle d'opération, pédiatrie et sage-femme)
- leur expertise en matière de simulation.

Huit professeurs ont été contactés par email à 2 reprises pour les inviter à participer à cette étude : à la fin du mois de décembre 2018 et début du mois de janvier 2019. Trois professeurs ont répondu positivement après le 1^{er} email, ensuite, les 5 professeurs restant ont répondu positivement à la suite du 2^{ème} email envoyé. Les entretiens ont été réalisés entre mi-janvier et mi-février 2019 dans les locaux du Parnasse-ISEI où dans un lieu de rendez-vous fixé par le professeur interviewé . Ils ont duré entre 50 minutes et 1h20.

3.2.3 Collecte des données auprès des étudiants :

Les étudiants ont été contactés par le chercheur soit via les délégués de classe, soit via leur responsable de section qui ont transmis le mail d'invitation à la recherche à l'ensemble des étudiants de chaque spécialisation.

Le seul critère de sélection était que les étudiants inclus dans la recherche devaient être inscrits en 4^{ème} année sage-femme ou en spécialisation pédiatrie ou en spécialisation soins péri-opératoires au Parnasse-ISEI durant l'année académique en cours (2018-2019).

Trois focus-groupes ont ainsi été réalisés auprès de 17 étudiants du Parnasse-ISEI. Ils étaient composés de 5 étudiants issus de la spécialisation pédiatrie, 7 étudiants issus de la spécialisation en soins péri-opératoires et 5 étudiantes issues de la section sage-femme.

Les 17 étudiants retenus ont été les 17 seuls répondants.

Après une tentative de convenir d'une date avec des étudiants issus des 3 spécialisations réunies sans succès, il a été décidé de ne pas réaliser les focus-groupes de façon mixte. En effet, pour les étudiants ayant des horaires très différents en fonction de leur spécialité, cela était difficilement réalisable d'un point de vue organisationnel.

Les focus groupes se sont déroulés dans les locaux du Parnasse-ISEI entre fin janvier et début février 2019. Ils ont duré environ 1h15-1h30 chacun.

Un ancien étudiant de la faculté de santé publique a accepté de jouer le rôle d'observateur pour les 3 focus-groupes. Celui-ci a été préféré à un professeur de l'école dans un souci de neutralité vis-à-vis des étudiants.

Le nombre de personnes interrogées, défini au départ, n'a pas été sujet à des modifications car la saturation des informations a été atteinte après le nombre de focus groupes prédéfinis.

3.2.4 Description du guide d'entretien :

Les guides d'entretien de ce mémoire ont été réalisés en collaboration avec deux professeurs de l'ISEI. La construction de ceux-ci, s'est faite sur base des questions et objectifs de recherche de ce mémoire. (Annexe 9)

Les guides des entretiens semi-directifs destinés aux professeurs et aux IRE sont composés de douze questions ouvertes précédées par quelques questions sur l'expérience personnelle de l'interviewé par rapport à la simulation clinique.

Les deux guides ont été construits de manière à s'adapter aux différentes personnes interrogées (professeurs, professionnels de terrain). La même structure a été gardée pour ces deux guides ; seules les questions sur l'expérience personnelle vis-à-vis de la simulation ont été modifiées.

Les questions sont donc divisées en trois parties : la première sur l'expérience professionnelle de l'interviewé, la deuxième composée de six questions sur le sentiment d'efficacité personnelle et la dernière composée de six questions sur la collaboration interprofessionnelle.

Aucune définition de concepts n'a été faite en début d'entretien (simulation clinique, sentiment d'efficacité personnelle, collaboration interprofessionnelle...) car les 3 parties avaient pour 1^{ère} question : « Selon vous, qu'est-ce que la simulation clinique ? », ensuite « Selon vous, qu'est-ce que le sentiment d'efficacité personnelle ? », enfin « Selon vous qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle ? »

De cette manière, cela a permis d'explorer les connaissances des personnes interviewées et de partir de ces connaissances pour redéfinir les concepts clefs (simulation, sentiment d'efficacité personnelle et collaboration interprofessionnelle) tels que définis dans cette recherche. Ainsi, toutes les personnes interviewées étaient « sur la même longueur d'onde » concernant les 3 concepts avant de répondre aux questions.

La dernière question de chacune des 2 dernières parties était une question « baguette magique » formulée comme suit : « Si vous pouviez changer quelque chose avec une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité des étudiants ? » et « Si vous pouviez changer quelque chose avec une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez pour favoriser la collaboration interprofessionnelle des étudiants ? »

Concernant les entretiens avec les IRE, une explication a été donnée pour qu'ils comprennent que les questions ne concernaient que les étudiants du Parnasse-ISEI.

Concernant le guide pour les focus-groupes avec les étudiants, celui-ci a été élaboré en suivant les recommandations de : « Guidelines for conducting a focus group » (32). Le guide a été construit pour répondre aux questions et objectifs de la recherche de ce mémoire. La trame principale des questions était la même que celle pour les professeurs et les IRE. Les questions « concepts » et « baguette magique » ont été gardées pour les focus groupes.

Tous les guides ont été testés sur des professionnels de la santé pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.

3.3 Traitement des données

3.3.1. Autorisation pour les entretiens :

Une autorisation a été demandée auprès de la direction du Parnasse-ISEI pour la réalisation des entretiens auprès des professeurs et des étudiants de l'école.

Une autorisation d'enregistrement a été demandée oralement en début d'entretien.

L'anonymat de chacune d'entre elle a été garanti. Les étudiants interrogés sont tous majeurs, aucune autorisation parentale n'a donc dû être demandée.

Concernant les entretiens avec les infirmiers de terrain, des autorisations ont été demandées aux directeurs de nursing des hôpitaux concernés.

Concernant les autorisations pour les cliniques universitaires Saint Luc, le comité d'éthique a été contacté mais celui-ci a estimé qu'une demande officielle n'était pas nécessaire car seuls les professionnels étaient interviewés pour cette recherche. Une demande d'enquête a été faite auprès de la cellule formation du département infirmier et auprès de la cellule IPEH (Infirmier Partenariat École Hôpital), une autorisation a été reçue pour la réalisation des entretiens.

3.3.2. Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure qu'ils ont été réalisés.

Des notes de terrain ont également été utilisées dans le but d'enrichir le contenu des entretiens effectués. La même méthode d'analyse a été utilisée pour toutes les données (entretiens semi-directifs et focus-groupes)

Une analyse thématique descriptive a été réalisée sur un support papier.

→ La thématisation :

Dans un premier temps, un découpage en unités d'analyse des entretiens a été réalisé. Les unités d'analyse correspondent à des unités de sens ou de signification (=une phrase ou un ensemble de phrases liés à une même idée, un même sujet, un même « thème » abordés par plusieurs répondants).

Ces unités d'analyse ont été nommées en fonction des sujets qu'ils abordent = des thèmes. Le mode d'inscription des thèmes : en marge.

« Le type de démarche de thématisation : la thématisation en continu : démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique. Ainsi les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin et finalement hiérarchisés sous forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents ect... (...) La démarche en continu permet une analyse vraiment fine et riche du corpus. (...) Elle correspond à un corpus plus humble et une démarche plus personnelle » (33)

→ Construction de l'arbre thématique :

L'arbre thématique est une schématisation de l'essentiel des propos contenus dans l'ensemble des données collectées. *« Il s'agit de regroupement d'un certain nombre de thèmes principaux, détaillés par des thèmes subsidiaires et par des sous-thèmes, et parfois placés eux-mêmes sous des rubriques générales. (...) Il suffit de lui ajouter une colonne incluant les extraits du verbatim les plus éloquents pour chacun des thèmes. (33)*

Dans un deuxième temps, une analyse interprétative a été réalisée. L'objectif de celle-ci consistait à interpréter les résultats, produire des hypothèses, expliquer les résultats...(31)

Dans un souci de respect de l'anonymat des personnes interrogées, les 6 professionnels de santé ont été renommés : infirmier A , B, C ,D , E et F ; les professeurs ont été renommés : professeur A, B, C, D ,E, F, G et H.

4. Résultats :

4.1 Les professionnels de terrain

4.1.1 Opinion sur la simulation clinique

Les 6 professionnels de santé ont fait l'expérience de la simulation au moins une fois à l'occasion de leur formation initiale et /ou lors de formation continue. Deux d'entre eux sont infirmiers dans des services de pédiatrie, deux autres sont infirmiers instrumentistes au quartier opératoire et les deux derniers travaillent en tant que sage-femme au bloc d'accouchement pour l'une et à la maternité et bloc d'accouchement pour l'autre. La simulation est perçue par tous comme étant une expérience positive. Aucun élément négatif n'est ressorti des entretiens avec les professionnels de terrain concernant la simulation. Les professionnels étaient tous au courant que les étudiants bénéficient de simulation clinique pendant leur formation au Parnasse-ISEI.

La confiance en soi

Les infirmiers B, C, D et F évoquent la confiance en soi comme étant une des plus-values essentielles de la simulation clinique. Ceux-ci estiment que le fait de s'exercer sur des situations rencontrées sur le terrain permet aux participants de la simulation de se sentir mieux préparés et de mieux gérer leur stress face aux scénarii travaillés en simulation. Selon l'infirmier F : *« Pour l'avoir vécu moi-même, je pense que ça peut aider à prendre confiance en soi, je veux dire, après ma formation, comme on avait fait plusieurs séances de simulation sur la réanimation néonatale, du coup, après, ben on se sent plus capable, on sait quoi faire. »* L'infirmier D ajoute que *« Si l'on est plus à l'aise, on gagne du temps en situation d'urgence et donc meilleure qualité des soins pour le patient . »*

Apprendre par essai-erreur

L'infirmier A *« Je pense qu'un débriefing est organisé après, et ça, ça peut être tout à fait bénéfique de voir comment on pourrait adapter ses conduites à tenir. Et le fait de répéter plusieurs fois la simulation ça permet aussi à l'étudiant d'avancer et de ne pas rester sur un éventuel échec. »* Les infirmiers B, D et E évoquent aussi dans leurs entretiens que lorsque l'on simule des situations *« pour de faux »*, quand ces mêmes situations se produisent dans la réalité, *« ça revient plus vite »*.

Collaboration/communication interprofessionnelle

Les infirmiers D, E et F évoquent les avantages de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle. La simulation permettrait selon eux d'apprendre à savoir se placer dans une situation d'urgence. L'infirmier F explique : « *Ca apprend à communiquer entre les différents professionnels. Souvent les étudiants pendant les réanimations veulent un peu tout faire et ne communiquent pas avec les autres. Je pense que c'est surtout ça : prendre sa place et communiquer.* »

Analyse critique

La simulation est vue par plusieurs professionnels de terrain comme un outil permettant d'aiguiser le sens critique des participants, de prendre du recul sur des situations problématiques. L'infirmier C estime que « *C'est toujours intéressant d'avoir des interactions avec les autres car on ne pense pas tous de la même manière. Et donc, des fois qu'on nous fasse remarquer des choses c'est nécessaire et c'est encore plus touchant quand c'est quelqu'un qui est dans la même situation que nous.* »

4.1.2 Le sentiment d'efficacité personnelle

→ Perception

Les infirmiers référents étudiants estiment qu'il est difficile d'évaluer de manière précise, quantifiée et exacte le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants durant leur stage. Sans doute par manque de temps et d'outils. En effet, selon eux, ce sentiment est fortement dépendant de chaque étudiant et lié à sa personnalité. Selon les IRE, les étudiants travaillant en parallèle de leurs études en soins infirmiers ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que les autres. Les infirmiers A, B, C et D estiment que globalement les étudiants n'ont pas un sentiment d'efficacité personnelle très élevé.

→ Influence de la simulation

La simulation clinique est perçue par les infirmiers référents étudiants comme ayant une influence positive sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants. Selon les infirmiers A, B, D, E et F, la répétition de gestes et la mise en situation aident les étudiants à se sentir plus compétents et plus confiants en leurs capacités. L'infirmier E explique : « *Après, on se dit, ok, je ne ferai plus jamais cette erreur. La prochaine fois je saurai le faire. Je pense vraiment que la simulation peut vraiment faire changer ce sentiment* ».

Les infirmiers A et D estiment que la simulation permet aux étudiants de se sentir plus confiant pour **prendre plus d'initiatives**.

L'infirmier C a un avis plus nuancé. Selon lui, la simulation clinique peut avoir un effet positif comme négatif sur le sentiment d'efficacité personnelle. Il s'explique en évoquant le stress qu'engendre la simulation clinique lié à la peur du jugement des autres, que ce soit des professeurs ou des autres étudiants. Il est cependant d'accord sur le fait que la simulation a une influence positive sur la confiance en eux des étudiants en nuancant encore une fois : *« Je pense que tant que c'est pas une simulation avec des points à la clef, du moment que c'est formatif et que ça reste bien privé, c'est assez bien perçu. Mais je pense quand même que c'est assez stressant. Donc ça a une influence positive et négative sur le sentiment d'efficacité personnelle »*.

4.1.3 La collaboration interprofessionnelle

→ Perception

La collaboration interprofessionnelle des étudiants est perçue comme étant faible par l'ensemble des infirmiers référents interrogés excepté l'infirmier B. Ceux-ci expliquent que les étudiants communiquent aisément avec les infirmiers avec lesquels ils travaillent mais qu'il leur est plus difficile d'aborder des professionnels d'autres métiers. L'infirmier D précise qu'il existe selon lui une différence entre les étudiants qui travaillent dans le secteur des soins en parallèle de leur formation. L'infirmier C pense que la collaboration interprofessionnelle s'améliore au fil des stages.

L'infirmier B a, quant à lui, un avis différent des autres professionnels de terrain. En effet, selon lui : *« Je pense que ce n'est pas trop leur place... Je veux dire, si une étudiante vient me voir en disant qu'une patiente saigne et qu'elle appelle le gynéco, je vais être vexée.. Elle passerait au-dessus de moi »*. De plus, selon elle, les professionnels pourraient ne pas avoir confiance aux étudiants et vouloir communiquer avec l'infirmier responsable.

→ Influence de la simulation

Les professionnels de terrain sont partagés concernant l'influence de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle.

Les infirmier A, D, E et F estiment qu'il existe une influence positive de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle. Selon eux, la simulation va améliorer la communication entre professionnels, elle permet à l'étudiant de trouver sa place au sein de l'équipe, de

comprendre le rôle de chacun, d'apprendre à travailler en équipe... L'infirmier D estime que *« Clairement, ça apprend à s'écouter ! Il n'y a rien à faire, si on a toute une école, toute une volée d'étudiants qui apprend à travailler comme ça, le jour où il sortent de l'école et qu'ils sont sur le terrain, ils auront appris à communiquer efficacement et ça sera un gain de temps (...) un gain de temps et donc un gain de qualité des soins dans les situation d'urgence par exemple. »*

Les infirmiers B et C ont un avis plus nuancé et estiment que la simulation n'influence que très peu la collaboration. Pour ces deux infirmiers, le fait de faire simuler à des étudiants des rôles qui ne sont pas le leur pour améliorer la collaboration interprofessionnelle n'est pas efficace (les étudiants infirmiers jouent tous les rôles : infirmier, chirurgien, kiné...). Car, en face d'eux, ce sont toujours « leurs copains » qui jouent un rôle.

4.2 Les enseignants

4.2.1 Opinion sur la simulation clinique

L'ensemble des professeurs interviewés ont une perception très positive de la simulation clinique. Certains éléments négatifs ont été mentionnés par plusieurs professeurs.

Contexte bienveillant

Les professeurs A, C, D, E, F et G soutiennent le fait que l'une des plus-values de la simulation clinique serait le contexte bienveillant qui entoure les séances de simulation. Selon eux, la simulation clinique apporte aux étudiants un environnement non jugeant, confidentiel et instaurant une relation de confiance entre les différents participants. Le professeur A explique : *« Elles sont là, avec leur vraie personne et elles ne se sentent, oui elles se sentent observées mais par des gens qu'elles connaissent bien et par un contexte bienveillant et confidentiel et ça je trouve que c'est tellement différent qu'à l'hôpital (...)»*

Apprendre à se connaître/ confiance en soi

« Parfois, lors de la mise en pratique de certains exercices de simulation, certains étudiants se révèlent à eux-mêmes et comprennent certains modes de fonctionnement très personnel qui n'ont jamais été pointés au cours de la formation jusque-là ». Voici les propos du professeur F qui sont en accord avec ceux des professeurs A, B, C et E. Pour ceux-ci, la simulation va permettre à beaucoup d'étudiants de *« se rendre compte de ses capacités »*. Pour les étudiants

stressés « *au débriefing, elle se rend compte, par l'œil des autres qu'elle a été efficace (...)* elle se rend compte qu'elle sait le faire » précise le professeur B.

Apprendre par essai-erreur

Tout comme les professionnels de terrain, les professeurs de l'ISEI relèvent aussi la plus-value pour les étudiants d'apprendre en ayant droit à l'erreur et ce, grâce à la simulation. Voici les propos du professeur E : « *Je les sens plus à l'aise en simulation, « même si je ne suis pas sûre, j'ose ! » On est pas sur un être humain vivant avec les conséquences... On leur dit : droit à l'erreur, droit à oser faire quelque chose que vous n'oseriez peut être pas faire sur le terrain* ». Les professeurs A et B évoquent le même avantage dans leur interview.

Situation proche de la réalité

Les professeurs D, G et H, abordent un autre avantage que la simulation offre aux étudiants : une approche proche de la réalité abordant des situations rencontrées soit très fréquemment en stage soit très rarement en stage pour permettre aux étudiants de s'entraîner à des situations plus exceptionnelles.

Communication interprofessionnelle

Pour les professeurs C et F, un des autres avantages de la simulation clinique est l'amélioration de la communication interprofessionnelle. Voici les propos du professeur C : « *Il y a aussi tout l'aspect de la communication aussi bien lors de la séance en interprofessionnel mais aussi cette communication bienveillante lors du débriefing, je trouve qu'ils apprennent à ce moment-là à communiquer les uns avec les autres (...)* ».

Certains points négatifs ont été émis par les professeurs :

Dépendance à la technologie

Pour les professeurs A, C, F, G et H, le fait de dépendre de la technologie, du mannequin haute-fidélité est un désavantage. Voici les réserves du professeur H : « *Quand la technologie ne fonctionne pas, ça arrive très souvent. C'est les connexions wifi avec le mannequin, les câbles qui manquent...* » ou encore celles du professeur C : « *Ce que je n'aime pas (...) c'est parfois le fonctionnement du matériel, essentiellement le programme Laerdal, le programme du mannequin. Quand ça va, c'est bien mais par moment quand ça beugue, ça peut faire foirer toute une séance de simulation.* »

Investissement variable des étudiants

Le professeur B émet une réserve concernant certains groupes d'étudiants parfois peu investis lors des séances de simulation : *« Ce que je n'aime pas, c'est quand le groupe n'est pas assez dynamique. Tu fais très vite la différence entre les groupes dynamiques qui profitent pleinement de la simulation pour se tromper, pour débriefer ou tu vois qu'ils retiennent un truc sur les erreurs qu'ils ont faites et les autres groupes »*

4.2.2 Le sentiment d'efficacité personnelle

→ Perception

La plupart des professeurs estime qu'il est difficile d'évaluer le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants car c'est un sentiment qui est fort dépendant de chaque personne. Certains professeurs ont tout de même émis un avis : Les professeurs C et G estiment que pour la majorité des étudiants, ce sentiment est assez faible. Voici ce qu'en dit le professeur G: *« Le problème c'est qu'à l'heure actuelle, les étudiants rencontrent beaucoup de difficultés avec les équipes infirmières et je pense que du coup ce sentiment d'auto-efficacité est fortement réduit alors je dis c'est pas toutes les équipes hein (...) Et moi je suis toujours étonnée, justement par ce sentiment qu'ils n'ont pas de ... ils ne se sentent pas compétents parce qu'en stage on les rabroue très régulièrement. »*

Le professeur D a, quant à lui, une perception différente de ce sentiment chez les étudiants : *« Alors je n'ai rien de formel, mais moi perso je les trouve au top. C'est très subjectif peut être mais mes collègues disent la même chose, aux urgences, les équipes... On a zéro retour négatif, zéro retour d'étudiant pas adéquat. Bon après ça dépend fortement des personnalités des étudiantes... »*

→ Influence de la simulation

Les professeurs sont tous d'accord pour affirmer que la simulation clinique influence positivement le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants. Le professeur B explique : *« Ah oui ! Je pense oui. Si le débriefing est bien fait et s'ils sont reconnus par leurs pairs. (...) Quand ces gens-là disent « non, mais tu ne te rends pas compte. Tu as dit ça et tu as fait ça » et tu vois vraiment que la personne prend conscience à posteriori de tout ce qu'elle a été capable de faire.»*

Les professeurs A, B, C, G et H nuancent simplement qu'il est difficile de voir une différence sur le terrain car ils n'ont pas assez de recul, la simulation étant plutôt récente. :

« Globalement remarquer un changement, c'est difficile. Récemment il y a 2 filles de 4^{ème} qui sont venues me parler des simulations qu'elles ont vécues en 3^{ème} et que oui ça les a aidées dans des situations d'urgences. De l'avoir déjà vécu en faux. (...) donc oui, je pense que ça apporte quelque chose. Mais c'est juste ce que j'en pense mais voir sur le terrain, on a pas encore assez de recul. On ne sait pas encore en tirer un changement global » explique le professeur A.

Les professeurs D, E et F ont déjà pu observer une différence dans le sentiment d'auto-efficacité des étudiants en stage : « Même en tant que professionnel sur le terrain parfois je travaille avec elles et je leur dis, tiens ça te fait pas penser à quelque chose ? Ah oui on l'a vu en simulation ! Et qu'est-ce qu'on avait fait ? » raconte le professeur E.

4.2.3 La collaboration interprofessionnelle

→ Perception

L'ensemble des professeurs estime que la collaboration interprofessionnelle des étudiants en stage est difficile et doit encore être améliorée. « C'est difficile pour elles, il y a une dose de stress pour faire mon travail à moi correctement et donc parfois elles sont le nez dans le guidon, dans le ventre de la maman. Elles ne savent pas encore prendre du recul. (...) J'ai pas que le tracé du monito... il y a le médecin, l'anesthésiste, le pédiatre... C'est difficile pour elles » affirme le professeur E.

Les professeurs A, B, C, D, E et F précisent aussi que la collaboration interprofessionnelle est très fortement liée à la personnalité de l'étudiant, son caractère, sa confiance en lui. « Il y a du boulot encore. Ils sont étudiants (..) C'est une question de caractère, de confiance en soi, d'histoire personnelle, d'équipe et d'intensité de stress du service. » explique le professeur B.

→ Influence de la simulation

Les professeurs ont des avis partagés concernant l'influence de la simulation clinique sur la collaboration interprofessionnelle. Les professeurs B, C et G estiment qu'à l'ISEI, la collaboration interprofessionnelle n'est pas encore suffisamment travaillée pour influencer la pratique des étudiants. Le professeur B répond à la question de l'influence de la simulation

sur la collaboration interprofessionnelle : *« Pas autant qu'on voudrait je vais nuancer. Mais c'est à sens unique. Si tu fais des simulations avec uniquement des infirmières et des infirmiers peut être que l'infirmier apprenti va se rendre compte qu'il est important de bien communiquer donc là le travail est bon. Mais en face ça sera un infirmier qui joue le rôle d'un médecin qui va forcément être sympa. Donc dans un sens ça peut être positif. La communication est essentielle, c'est 70% des erreurs humaines. »*

Les professeurs A, D, E, F et H soutiennent quant à eux que la simulation à l'ISEI a une influence sur la collaboration interprofessionnelle des étudiants en stage. Le professeur E explique : *« Oui je pense (que la simulation influence la collaboration interprofessionnelle des étudiants). Oui car en simulation (...) ça leur donne la possibilité de travailler justement cette interdisciplinarité, le monitoring, je me base sur les faits, je fais quoi, j'appelle qui, c'est qui la personne (...) On fait des scénarii où le patient se plaint de douleur, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'il faut appeler quelqu'un ou je peux gérer, la patiente diabétique ? On appelle un diabétologue, il y a un téléphone sers- toi de ce téléphone. J'essaye de trouver des scénarii où elles ont la possibilité de travailler ça. »*

4.3 Les étudiants

4.3.1 Opinion sur la simulation clinique

La simulation clinique est perçue généralement de manière positive par l'ensemble des étudiants. Cependant, plusieurs désavantages ont été pointés par ceux-ci.

Situation proche de la réalité

Tout comme les professeurs, les étudiants interrogés estiment que la simulation clinique dans leur école propose des scénarii proches de la réalité que ce soit par des situations se produisant fréquemment ou à l'inverse, des situations très rares. Une des étudiantes sages-femmes interrogée explique : *« Moi je trouve que ça permet de voir des situations qu'on ne voit pas souvent en stage. Je trouve que c'est intéressant de pouvoir pratiquer ces choses-là parce que c'est rare mais ce sont des urgences vitales et donc je trouve que c'est vraiment super intéressant de l'avoir fait au moins une fois même si c'est pas vraiment la réalité mais d'avoir posé des gestes au moins une fois ».*

Apprendre par essai-erreur

Tout comme les professeurs et les professionnels de terrain, les étudiants soulignent que la simulation leur permet d'apprendre en ayant la possibilité de se tromper, sans avoir le stress de la réalité de terrain. Un étudiant de la spécialisation pédiatrie : *« C'est un peu pouvoir prendre sa place parce qu'on n'ose pas toujours et puis déjà c'est un mannequin. Donc, peu importe ce que tu fais, il n'y a pas une vie qui est en jeu. Donc c'est moins stressant. »*

Confiance en soi

Les étudiants, les professeurs et les infirmiers de terrain sont en accord avec le fait que la simulation clinique améliore la confiance en eux des étudiants. Un étudiant de la spécialisation pédiatrie s'explique : *« Moi, personnellement, la simulation ça me rassure, car j'ai tendance souvent à me sous-estimer avec les stages et que justement en stage on est jamais seul et qu'une fois qu'on se retrouve seul on se dit ben est-ce que je vais être capable de le faire et même si pour la simulation on est pas seul non plus, on est entre étudiants et entre étudiants on remarque qu'on arrive à gérer ensemble donc on se dit que c'est qu'on est capable de le faire quoi. »*

Analyse critique

Les étudiants sont en accord avec les professionnels de terrain sur le fait que la simulation permet une meilleure analyse critique des situations vécues lors de leur pratique professionnelle. *« Pour moi ce qui est intéressant dans la simulation c'est de poser un diagnostic. Parce que je trouve que toute cette étape-là, elle prend du temps. (...) Et je pense que faire la simulation ben on a vu des signes et cette étape-là elle va être beaucoup plus rapide pour la fois d'après et ça va nous permettre de gagner du temps. De poser des gestes plus rapidement »*

Installations et infrastructures de simulation

Un des éléments négatifs soulevés par l'ensemble des étudiants est l'installation des locaux de simulation au Parnasse-ISEI. Selon eux, les locaux sont trop petits et mal adaptés pour des séances de simulation. Voici les propos de plusieurs étudiants : *« Le matériel qu'on a n'est pas du tout optimal » « Déjà normalement on peut injecter des médicaments dans la perfusion du mannequin et là on ne peut pas car le mannequin coûte cher » « Finalement le problème principal, ce sont les locaux qui ne sont pas adaptés. »*

Peur du jugement

Les étudiants des 3 sections interviewées ont soulevé le problème de la peur du jugement de l'autre. Que cela soit le jugement de leurs collègues étudiants ou que cela soit le jugement des professeurs supervisant la simulation. Voici les propos d'une étudiante sage-femme : « *Je pense que c'est humain et que d'office on est jugé et d'office on se sent jugé, on se sent évalué et on a toujours peur que, arrivé à la simulation, on passe complètement à côté du truc c'est possible, on est en formation pour apprendre mais forcément la prof peut se dire, olala quelle catastrophe, elle est en 4^{ème} et elle ne connaît pas les signes d'hémorragie...* »

4.3.2 Le sentiment d'efficacité personnelle

→ Perception

Tous les étudiants interrogés sont d'accord sur le fait que le sentiment d'efficacité personnelle est dépendant de chaque étudiant. Dans une seconde position, ce sentiment est influencé par les lieux de stage et les équipes qui accueillent les étudiants. Un étudiant de la spécialisation en soins péri-opératoires s'explique : « *Forcément si on se trouve avec une équipe qui nous accueille bien, et qui le matin nous dit : c'est quoi tes objectifs et tu veux apprendre quoi ? on sera plus en confiance que si on nous dit : comme on se connaît pas aujourd'hui tu regardes ce que je fais... Là forcément on se sent un peu diminué et en fin de journée on a rien fait de bon, on se sent un peu nul...* »

Les étudiants rappellent à quel point le renforcement positif de la part des professeurs et des équipes soignantes est important pour eux et que cela contribue positivement à leur sentiment d'efficacité personnelle. « *Il faut qu'ils nous montrent qu'ils ont confiance en nous, ça manque parfois. Certaines personnes ont plus facile à souligner tout ce qu'on n'a pas fait et le négatif. Il faudrait mettre en avant le côté positif de nos actions pour nous donner un peu plus confiance en nous* »

→ Influence de la simulation

Les étudiants sont unanimes concernant l'influence de la simulation sur le sentiment d'efficacité personnelle. Tous estiment que la simulation va améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle. « *Sur une échelle de capacité personnelle, je vais toujours ressortir en étant plus élevée après chaque simulation car j'aurai appris des choses. Mon efficacité est d'office augmentée car il y a des choses que tu connais et que tu ne connaissais pas avant.* » « *Personnellement, je pense que ça augmente toujours le sentiment d'efficacité personnelle. Je pense que, en effet, dans le cas où on a réussi et trouvé rapidement, on sort en ayant plus*

confiance en nous. Et dès qu'on ressort de la simulation, même si on a pas réagi comme on aurait dû etc. on a appris quelque chose et moi, ça me donne toujours confiance en moi »

4.3.3 La collaboration interprofessionnelle

→ Influence de la simulation

Les étudiants sont plus mitigés concernant l'influence de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle. Dans un premier temps, ils estiment qu'il est difficile pour eux de jouer un rôle qui n'est pas le leur : un étudiant infirmier qui joue le rôle d'un médecin, d'un anesthésiste... Dans un deuxième temps, les étudiants estiment que la simulation les aide essentiellement à savoir qui appeler, quand et comment appeler à l'aide en situation d'urgence. *« Ce qu'il y a aussi, c'est quel que soit notre rôle, on voit la personne qui joue le rôle du chirurgien par exemple comme un infirmier ». « C'est là que je trouve que c'est compliqué parce que je trouve que, quand on est en simulation, on est toujours des sages-femmes. Et donc, on est qu'entre sages-femmes, on connaît nos propres compétences et on connaît un peu les compétences des autres professionnels mais bon... C'est vrai que dans la simulation, on apprend ce qu'il faut dire aux médecins pour donner les informations essentielles, quand il faut le dire mais on n'a pas leur point de vue à eux. »*

4.4 Les « baguettes magiques »

→ Pour le sentiment d'efficacité personnelle

A la question : si vous pouviez changer quelque chose avec une « baguette magique » que changeriez-vous pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité des étudiants? Les professeurs, les étudiants et les professionnels ont de nombreuses suggestions.

Tout d'abord, plusieurs estiment que **la pratique** pourrait améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. *« C'est en forgeant que l'on devient forgeron »*. Selon eux, plus on pratique plus on se sent compétent et donc confiant. Cette pratique pourrait se concrétiser par une **augmentation du nombre d'heures de simulation**. Toutes ces heures permettraient *« de réduire le gap entre l'école et le terrain. »*

Les professionnels, les professeurs ainsi que les étudiants sont d'accord sur le fait qu'il faudrait faire un **travail sur les professionnels** de santé eux-mêmes cela permettrait d'améliorer le sentiment d'efficacité personnel et la collaboration interprofessionnelle . *« Il*

faut qu'on les écoute et qu'on leur donne leur vraie place sur terrain, une vraie place à part entière. Leur laisser un espace. Pas faire à leur place. Ça prend du temps.» « Il faudrait travailler sur le professionnel de santé, sur nous-même. Essayer de laisser la place à l'étudiant. Même si sur le terrain c'est difficile. »

Les étudiants pensent que pour améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle, ils auraient besoin de **renforcement positif** de la part de leurs professeurs ainsi que des professionnels : *« Du renforcement positif, tant des sages-femmes sur le terrain que des professeurs. Les profs qui nous disent tout ce qu'on a fait de bien ça fait vachement de bien ! »*

Certains professionnels et étudiants ont expliqué que lors de leur Erasmus, ils ont eu l'occasion d'expérimenter **un autre système d'accompagnement des étudiants en stage**. En Finlande et au Canada, chaque étudiant est pris en charge par une seule infirmière durant tout son stage. *« Du coup, je faisais des objectifs qui étaient vraiment pris en compte. La sage-femme a du coup plus confiance en moi car elle connaît mes compétences, sait ce que je sais faire et elle me donne des cas pour que j'atteigne mes objectifs. Elle me fait confiance et du coup j'ai plus confiance en moi aussi. Par rapport à ici, ou chaque jour on travaille avec des personnes différentes tous les jours où on doit tout reprendre à zéro chaque jour. »*

→ Pour la collaboration interprofessionnelle

L'ensemble des personnes interviewées estime que pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, il est nécessaire de mettre en place de la **simulation en pluridisciplinaire**. *« La simulation interprofessionnelle je pense que c'est le truc le plus efficace pour améliorer les contacts entre les différents professionnels de santé. Je pense que ça permet de voir les autres en tant que personne en dehors du contexte du boulot. Discuter avec eux lors des débriefings ça permet d'améliorer les contacts entre les différents professionnels. »*

Les étudiants évoquent aussi **les infrastructures de l'ISEI**. Selon eux, elles ne sont pas adaptées pour travailler adéquatement. *« Il faudrait simplement avoir plus de simulation. Car pour le moment on n'en a pas assez et les locaux ne sont pas adaptés ».*

4.5 Les convergences et divergences

→ Les divergences

Il existe plusieurs éléments divergents entre les discours. Les professeurs mettent en évidence l'ambiance et le contexte bienveillant de la simulation. De l'autre côté, les étudiants soulignent que malgré la volonté d'instaurer un climat de confiance de la part des professeurs, les étudiants ressentent un certain stress à l'idée d'être observés et jugés tant par leurs pairs que par leurs professeurs.

Un deuxième point de divergence est le ressenti des personnes interviewées par rapport à l'influence de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle des étudiants. Certains professeurs estiment que la simulation a une influence positive. D'autres professeurs ainsi que la majorité des étudiants et des référents étudiants pensent que la simulation réalisée au Parnasse-ISEI (en non pluridisciplinaire) n'a pas une influence suffisante sur la collaboration interprofessionnelle des étudiants en stage.

→ Les convergences

De manière générale, la simulation est perçue de manière positive par l'ensemble des personnes interviewées. La simulation est pour tous une méthode pédagogique permettant à l'étudiant de prendre confiance en lui, d'apprendre par essai-erreur et d'améliorer son analyse critique.

Tous sont d'accord pour dire que la simulation clinique a une influence positive sur le sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, il est difficile pour les professeurs ainsi que pour les IRE, d'évaluer le sentiment d'efficacité personnelle de manière précise, quantifiée et exacte. Selon eux, l'auto-efficacité est fortement variable selon la personnalité de chaque étudiant.

5. Discussion :

5.1 Liens avec la littérature

Les résultats de cette recherche peuvent être corrélés avec les données retrouvées dans la littérature scientifique.

Tout d'abord, cette recherche a permis de conclure que la simulation clinique était perçue positivement par l'ensemble des personnes interviewées. Tant les étudiants que les professeurs et les professionnels de terrain ont pu relever de nombreux points positifs : le contexte bienveillant, la situation proche de la réalité, apprendre par essai-erreur, la confiance en soi... Certains points plus négatifs ont également été soulevés : la peur du jugement, les infrastructures de l'école pas tout à fait adaptées, le programme du mannequin difficile à manipuler pour certains professeurs...

Tous ces éléments sont également retrouvés dans la littérature scientifique en ce qui concerne les étudiants et leurs professeurs. En effet, plusieurs études obtiennent les mêmes résultats que ceux-ci dans leur recherche : le rapport de recherche de Simoneau et Paquette de 2014 conclut aussi que les étudiants en soins infirmiers ont vécu une expérience positive lors de leurs séances de simulation, qu'ils avaient pu apprendre de leurs erreurs et que la simulation clinique était une méthode pédagogique qui leur convenait bien et qui les préparait efficacement pour leurs stages. (2, 4)

Un des autres résultats importants de cette recherche est que la simulation clinique semble augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants, qui se sentent plus confiants et sont rassurés sur leurs compétences pour aller en stage. Cette perception est retrouvée tant chez les étudiants, chez les professeurs que chez les professionnels de terrain. Une nuance est apportée par certains selon laquelle il est possible que les étudiants soient stressés par le fait de se sentir observés et jugés et que cela pourrait diminuer leur sentiment d'efficacité personnelle. Ces résultats sont confirmés par une étude de Secheresse et al. (2016) selon laquelle le sentiment d'efficacité personnelle de professionnels de la santé (y compris les infirmiers) a été amélioré par des séances de simulation clinique et ce, même sur le long terme. (29)

Suite aux recherches dans la littérature, une seule étude a pu être trouvée évaluant l'efficacité de la simulation clinique en monodisciplinaire sur la collaboration interprofessionnelle. (25) Cela peut, peut-être, expliquer les résultats plutôt mitigés de notre étude concernant ce point

en particulier. En effet, on pourrait supposer que l'impact de la simulation sur la collaboration interprofessionnelle est peu évalué dans la littérature dans les centres où la simulation est réalisée en monodisciplinaire car il est supposé que ce type de simulation soit peu efficace sur la collaboration interprofessionnelle.

L'étude de Policard de 2014 montre qu'à partir d'observations et d'entretiens réalisés dans des groupes mono ou pluri-professionnels, la simulation clinique permet de : « *construire une vision partagée de la situation-problème ainsi que des schémas opératifs communs au service d'une meilleure communication et d'un « savoir travailler ensemble.* » (25)

La présente recherche a permis de trouver des résultats mitigés concernant les effets de la simulation clinique sur la collaboration interprofessionnelle.

Cependant, toutes les personnes interviewées ont pu suggérer dans leur réponse à la question sur la baguette magique, que la simulation devrait être réalisée en pluridisciplinaire pour pouvoir avoir une influence effective sur la collaboration interprofessionnelle.

Cette suggestion se retrouve de façon pratique dans la littérature. En effet, de nombreuses recherches ont été effectuées sur la simulation en pluridisciplinaire et son influence sur la collaboration interprofessionnelle, la communication et le travail en équipe. Toutes ces recherches arrivent aux mêmes conclusions : la simulation réalisée en pluridisciplinaire améliore la collaboration et la communication interprofessionnelle. (2, 25, 34, 35)

On pourrait émettre l'hypothèse que si la simulation pluridisciplinaire n'est pas encore organisée au Parnasse-ISEI, c'est probablement lié à une question d'organisation et d'infrastructures. Cependant, plusieurs professeurs ont évoqué le fait que c'était un projet et que la simulation en pluridisciplinaire allait arriver au Parnasse-ISEI.

5.2 Les forces de cette recherche

Une des nouveautés mise en évidence par cette recherche est d'avoir récolté le point de vue des professionnels de terrain s'occupant spécifiquement des étudiants infirmiers. Leur perspective n'est que très peu retrouvée dans la littérature.

Ce nouveau point de vue a permis de se rendre compte que les IRE estiment que, de manière générale, les étudiants en soins infirmiers n'ont pas un sentiment d'efficacité personnelle très élevé et que la simulation clinique permettrait, selon eux, d'améliorer cette situation.

Ce travail est donc innovant car il permet de mettre en relation les points de vue des étudiants, des professeurs supervisant en stage et des infirmiers de terrain « référent étudiant ». Ce qui, jusqu'ici ne se retrouve pas dans la littérature.

L'un des autres points forts de cette étude est le type de recherche sélectionnée. Cette méthode a permis d'entendre la diversité des opinions des personnes interviewées, leur ressenti et leurs attentes. Ainsi, les informations collectées allaient plus loin que la simple satisfaction des personnes interviewées mais exploraient bien leurs représentations ainsi que leur ressenti profond. Durant les focus-groupes, l'auteur a vraiment perçu des interactions positives et dynamiques entre les personnes interviewées.

Il est important de mettre en évidence l'engagement du corps professoral du Parnasse-ISEI, des IRE ainsi que des étudiants dans la recherche. Cela révèle leur volonté à s'investir dans l'amélioration de la formation des étudiants en soins infirmiers et dans la recherche scientifique en général.

De plus, les infirmiers référents étudiants interviewés répondaient tous à des critères de sélection très stricts ce qui faisait d'eux des participants très pertinents pour cette recherche. En effet, tous les IRE interrogés ont une expérience de simulation que cela soit dans leur formation initiale ou continue. Ce critère de sélection n'a pas été aisé à appliquer étant donné que la simulation est une pratique assez récente. Cependant, cela a permis d'obtenir des réponses plus adéquates et pertinentes car ceux-ci ont pu répondre aux questions en toute connaissance de cause sans devoir passer par une étape d'explications et de définitions de concepts.

Enfin, l'échantillon de cette étude qualitative a été suffisamment important que pour atteindre la saturation des informations. Ce qui signifie que cette recherche se base sur assez d'interviews pour que ces résultats soient considérés comme pertinents.

5.3 Les biais de cette recherche

Cette recherche présente certains biais qu'il faut mettre en évidence. De cette manière, les résultats pourront être interprétés à leur juste valeur.

Dans un premier temps, l'auteur de la recherche étant une ancienne étudiante du Parnasse-ISEI, une grande facilité dans tous les échanges avec la Haute École a été présente. Les autorisations ont été obtenues très aisément et l'ensemble des professeurs a répondu

favorablement à la demande d'interview. Étant bien connue par ceux-ci, les entretiens n'ont-ils pas été influencés par cette proximité ? Les accords de l'école n'ont-ils pas été obtenus plus aisément car l'auteur est connu de la direction ? De quelle manière cela a pu influencer la façon dont les interviews ont été conduites ? Comment cela a-t-il pu influencer la perception et l'interprétation des résultats ? Par rapport à un chercheur extérieur, il est juste de dire que l'auteur avait l'avantage de partager la même culture que les étudiants et professeurs interrogés et ainsi révéler beaucoup d'implicites dans les entretiens.

Cependant, des stratégies ont été mises en place pour tenter de contrer ces possibles biais. Tout d'abord, la volonté d'interroger des professeurs, des étudiants et professionnels de la santé a permis d'explorer 3 points de vue différents de façon à rester le plus objectif possible et d'étudier la problématique sous tous les angles. De plus, l'analyse des résultats a été réalisée sur base d'une retranscription fidèle des entretiens accompagnées de notes de terrain. La thématisation (découpage en unités d'analyse) a été réalisée manuellement sur tous les entretiens et focus-groupes sans pouvoir distinguer qui était la personne interrogée et ainsi rester le plus neutre possible.

Toujours concernant les entretiens, un plus grand panel de réponses ainsi que des échanges plus riches auraient pu être obtenus si les focus groupes des étudiants avaient pu se réaliser en mélangeant les spécialités de ceux-ci. Cela n'a malheureusement pas pu être réalisé de cette manière pour une question d'organisation : les étudiants issus des différentes spécialités étaient en stage ou en cours à des périodes différentes avec des horaires difficilement combinables.

Les professeurs interviewés ont été sélectionnés sur base d'une liste d'enseignants correspondants aux critères de recherches, fournies par la co-promotrice de cette recherche.

Tous les IRE n'ont pas reçu la même formation pour occuper leur poste. Dans certaines institutions, une formation de plusieurs jours est obligatoire tandis qu'ailleurs une simple affinité pour l'encadrement des étudiants est suffisante. Ainsi, tous les IRE n'ont pas les mêmes exigences envers les étudiants de par la présence ou l'absence de cette formation. De plus, ceux-ci ont parfois été influencés dans leurs réponses par leur expérience personnelle de simulation et non par la réelle observation des étudiants. Enfin, il faut mettre en évidence le type de service dans lesquels les IRE travaillent. En effet, on peut supposer que le type de service a eu une influence sur leurs perceptions et leurs attentes vis-à-vis des étudiants. Il a pu

être constaté que les IRE travaillant dans des services plus aigus avaient un avis plus mitigé concernant la collaboration interprofessionnelle.

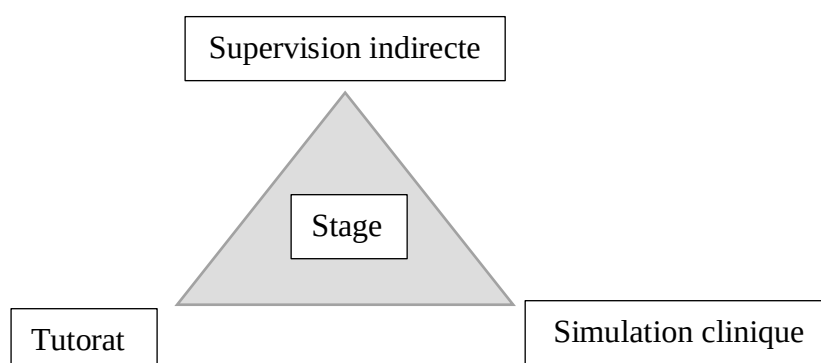
Enfin, le développement de la simulation clinique étant différent dans chaque institution de formation en soins infirmiers, les résultats présentés dans cette recherche ne sont applicables qu'au Parnasse-ISEI.

5.4 Perspectives pour la recherche :

Si l'actualité dans les formations en soins infirmiers est telle que les supervisions directes en stage réalisées par les professeurs vont être repensées voir réactualisées, des recherches pourraient être effectuées sur la manière de repenser ces supervisions.

Au Parnasse-ISEI, un projet, issu d'un travail de réflexion au sein de l'école, a été imaginé dans le but de défendre la simulation d'un point de vue financier auprès de la direction. Dans ce projet, il était envisagé de créer une triangulation entre les supervisions individuelles indirectes, le tutorat par les IRE et la simulation clinique à l'école.

- Les supervisions individuelles indirectes seraient réalisées par les professeurs qui endosseraient le rôle de coachs et qui travailleraient sur le lieu de stage mais pas au chevet du patient et qui permettraient de travailler le **jugement clinique** avec les étudiants et pouvoir, avec eux, prendre du **recul sur une situation clinique**.
- Le tutorat serait réalisé par les infirmiers référents de terrain qui prendraient en charge les étudiants pendant tout leur stage. Ils permettraient d'avoir une **vision plus pratique du travail de l'étudiant sur le terrain**. Les IRE devraient pour cela suivre une formation de tutorat de manière à optimiser leur accompagnement.
- La simulation clinique permettrait, comme vu dans cette recherche, de travailler avec les étudiants sur **des compétences du savoir-être** dans un contexte où il y a droit à l'erreur tout en restant proche de la réalité et s'intégrant dans la vision de l'HAS : « Jamais la première fois sur le patient ».



Perspectives pour la Haute École : Les pistes de réflexion suivantes permettraient, selon l'auteur, de favoriser la simulation clinique au sein de l'école. L'amélioration architecturale et matérielle du laboratoire de simulation pourrait être envisagée lors de la construction du nouveau bâtiment du Parnasse-ISEI, l'inscription de la simulation à partir du bloc 1 et pour toute la durée de la formation comme objectif pédagogique prioritaire et le support d'un technicien responsable de la partie technique de la simulation afin que les enseignants ne soient plus responsables que des compétences pédagogiques.

6. Conclusions :

De manière générale, dans cette étude, la simulation clinique est perçue positivement tant par les étudiants en soins infirmiers, que par les professeurs et les professionnels de terrain.

La simulation clinique aurait, selon tous ceux-ci, une influence positive sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants. Même si certains d'entre eux estiment que ce sentiment est également dépendant de chaque étudiant en fonction de sa personnalité, tous estiment qu'il faudrait plus d'heures de simulation de manière à améliorer la confiance en eux des étudiants.

La simulation aurait plus d'influence positive sur la collaboration interprofessionnelle si elle était pratiquée en pluridisciplinaire ce qui n'est pas le cas à l'école du Parnasse-ISEI où elle est réalisée en monodisciplinaire. Ainsi, selon les personnes interviewées, la simulation en monodisciplinaire n'aurait qu'une influence moyenne sur la collaboration interprofessionnelle. Cependant, elle permettrait d'aider les étudiants en soins infirmiers à améliorer leur communication interprofessionnelle. Par exemple : savoir quand appeler à l'aide, comment formuler le message pour un appel à l'aide...

Il est aisément compréhensible que la mise en place de simulation pluridisciplinaire va bien au-delà de la volonté de la Haute École Léonard de Vinci. Elle nécessiterait une grande collaboration entre les différents établissements impliqués : la coordination des services horaires pour faire concorder les disponibilités des étudiants et des professeurs, la mutualisation du financement des prestations enseignantes et du matériel entre les différentes disciplines, une collaboration et un engagement des enseignants autour d'objectifs pédagogiques communs, d'un public cible, de la gestion du matériel et des agendas...

On pourrait ainsi proposer la mise en place de simulation dans la formation initiale des étudiants en soins infirmiers du Parnasse-ISEI en collaboration avec d'autres disciplines de la Haute École Léonard de Vinci : les étudiants en kinésithérapie, en ergonomie, assistants sociaux...

voir même avec des étudiants externes à la haute école : la faculté de médecine de l'UCL située sur le même site que le Parnasse-ISEI. Il pourrait aussi être envisagé de réaliser plus de simulations interdisciplinaires dans le cadre de la formation continue par exemple lors des formations ALS (Advanced Life Support), ILS (Immediate Life Support) ou encore en équipe pluridisciplinaire dans des centres de simulation.

7. Bibliographie :

1. Service Public Fédéral Belge. (2018). *Les métiers en pénuries*. Consulté en ligne le 7 août 2018 :
https://www.belgium.be/fr/emploi/recherche_d_emploi/marche_du_travail/metiers_en_penurie.
2. Simoneau IL., Paquette C. (2014). Pédagogie par la simulation clinique haute fidélité dans la formation collégiale en santé. Préparation clinique, interdisciplinarité et intégration au curriculum. *Rapport de recherche PAREA PA2012-015*, Sherbrooke, QC : Cégep de Sherbrooke.
3. Kane RL., Shamliyan T., Mueller C., Duval S., Wilt TL. (2007). Nurse Staffing and Quality of Patient Care. *Evidence Reports/Technology Assessments*, n°151.
4. Simoneau I. L., Ledoux I., Paquette C. (2012). Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers. *Rapport de recherche PAREA PA2010-04*, Sherbrooke, QC : Cégep de Sherbrooke.
5. Granry JC., Moll MC. (2012). Rapport de mission : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS.
6. Betz R., Ghuysen A., D'orio V. (2014). Simulation en pédagogie médicale: état des lieux. *Revue médicale de Liège*. 69 :3 :132-138.
7. Crossin F. (2013). La formation par simulation et le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009. *Info CEFIEC*, 31. 10-14.
8. Norman J. (2012). Systematic review of the literature on simulation in nursing school. *Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*. 23(2):24-8.
9. Hoang-Tho C., Hoang-Tho S-E. (2011). La simulation dans l'apprentissage des soins infirmiers. *Soins*, 56(752). 24-26. Doi : SOINS-01-02-2011-56-752-0038-0814-101019-201100754
10. Michon F. (2017). L'apprentissage par la simulation en santé. *Soins*, 813. 21-60
11. Haute Autorité de santé (HAS). (2012). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Saint-Denis La Plaine : HAS.

12. Comité d'experts sur les stages cliniques. (2009). Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée. Rapport. OIIQ. Comité de la formation des infirmières.
13. Université de Liège- Centre de simulation médicale. (2017). *Société Belge de Simulation en Santé*. Repéré en ligne le 18 janvier 2019 :
https://www.smile.uliege.be/cms/c_3559736/fr/smile-societe-belge-de-simulation-en-sante
14. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n ° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur)
15. Anderson L.W., Krathwohl D.R., Airasian P.W., Cruikshank K.A., Mayer R. E., Pintrich, P. R., *et al.* (2000) A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York, Pearson, Allyn & Bacon.
16. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Szostek JH., Wang AT., Erwin PJ et al. (2011). Technology-Enhanced Simulation for Health Professions Education A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 306(9). 978–988. Doi: 10.1001/jama.2011.1234.
17. Hala S. (2017). The Impact of Simulation on Pediatric Nursing Students' Knowledge, Self-efficacy, Satisfaction, and Confidence. *Journal of Education and Practice*. 8(11), 95-102.
18. Haute école léonard de Vinci. *L'institut : quelques chiffres*. Consulté en ligne le 25 janvier 2019 : <http://www.vinci.be/fr-be/Parnasse-Isei/Pages/Quelques-chiffres.aspx>
19. Référentiel de compétences et grille minimale de formation. (2016). Avis de commission paramédicale, CT HE- EPS, ARES.
20. Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2015). Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux, approuvé par le CFAI en sa séance du 1/04/2015. Consulté en ligne :
http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19103245_fr.pdf
21. Haute École Léonard de Vinci, Parnasse-ISEI. (2018). Document d'évaluation des acquis d'apprentissage. Repéré à URL :
<https://moodle.vinci.be/mod/folder/view.php?id=28817>

22. Haute École Léonard de Vinci, Parnasse-ISEI. (2018). Référentiel d'évaluation bachelier sage-femme : Familles de situation initiales, intermédiaires et finales. Repéré à URL :
https://moodle.vinci.be/pluginfile.php/46413/mod_resource/content/1/2017%2007%2003%20Réf%20déval.%20sit.%20fond.%20et%20finales%20B1-4%20SFE%2017-18.pdf
23. Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge Avis 2016/01 du Conseil Fédéral des Sages-Femmes Approuvé le 15 mars 2016
24. St-Amant M., Vallée C., Druart M., Mertens C. (2017). Guide des critères de performances attendus en simulation par immersion clinique.
25. Policard, F. (2015). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117(2), 33-49.
26. Erny J-C. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 91-97.
27. Leigh G. (2008). High-Fidelity Patient Simulation and Nursing Students' Self-Efficacy: A Review of the Literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-17. Doi: 10.2202/1548-923X.1613
28. Bandura A. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck, 2007, 2^{ème} édition, 859 p.
29. Secheresse T., Usseglio P., Joriot C., Habold D. (2016). Simulation haute-fidélité et sentiment d'efficacité personnelle. Une approche pour appréhender l'intérêt de la simulation en santé. *Anesthésie & Réanimation*. Volume 2, Issue 2. Pages 88-95. Doi : 10.1016/j.anrea.2015.10.015
30. Kosremelli A., Wacheux F. (2007) Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Université Saint-Joseph. *Conférence Internationale en Management*, pp.57-75.
31. Aujoulat, I. (2018). WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique [Présentation PowerPoint]. Repéré sur Moodle:
<https://moodleucl.uclouvain.be>

32. Eliot and associates. (2005). *Guidelines for conducting a focus group*. Repéré en ligne : https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf.
33. Paillé P, Mucchielli A. (2003). L'analyse thématique. *L'analyse thématique en sciences humaines*. Armand Colin. Paris. (p°123-145).
34. Lalonde M, Malouin-Benoit MC, Michon A, Maisonneuve M, Gagnon E, Desroches J,. (2017). Évaluation de la satisfaction des étudiant(e)s en sciences infirmières suite à leur participation à une simulation interprofessionnelle : une étude de cas. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. Volume 3, Issue 4, Pages 253-261. Doi : 10.1016/j.refiri.2017.07.009
35. Lalonde M., Malouin-Benoit M-C., Gagnon E., Michon A., Maisonneuve M., Desroches J. (2017). Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*. 2017/4 N°131, pages 71 à 84.

