

La formation des nouveaux professionnels arrivants en service de réanimation et en unités de soins continus par la simulation : « Gestion des situations critiques, un enjeu pour la sécurité du patient »

Training of Recently Recruited Healthcare Professionals to Intensive Care Units and High Dependency Units Using Simulation Methods: “Management of Critical Situations, a Major Challenge for Patients’ Safety”

J. Kerneur (Infirmier) · D. Chauvin (Infirmier) · J. Huntzinger (Médecin réanimateur) · I. Le Morillon (Cadre de santé formateur)

Reçu le 8 février 2018 ; accepté le 4 juillet 2018
© SRLF et Lavoisier SAS 2018

Résumé Les professionnels du service de réanimation du centre hospitalier Bretagne-Atlantique et de l’institut de formation des professionnels de santé de Vannes ont réalisé une formation relative à la gestion des situations critiques en réanimation et en unité de soins continus (USC). Cette formation a été construite suite aux constats suivants : 1) d’une part, les infirmières exerçant dans ces services ne bénéficient pas, en France, d’une spécialisation qualifiante ; 2) d’autre part, leur formation initiale ne leur permet pas d’être autonomes dans la gestion de l’imprévu dans ces services de haute technicité ; 3) pour autant, une expertise est nécessaire afin d’être performant dans la gestion des situations d’urgence mettant en jeu le pronostic vital du patient. Au regard de cette problématique, des événements critiques issus de la pratique professionnelle ont été scénarisés pour faire l’objet d’une formation en pratique simulée. Les infirmiers du territoire de santé affectés en réanimation et en USC ont ainsi pu expérimenter les situations à travers la simulation en santé. Cette méthode est particulièrement adaptée en matière de développement de compétences spécifiques dans ce contexte, car elle conjugue analyse de la pratique, réflexion sur l’action, apport de connaissances, mise en œuvre de bonnes pratiques et coordination des actions. L’expérience de cette action de formation et son bilan sont présentés dans cet article.

Mots clés Réanimation · Unité de soins continus · Infirmier nouvellement affecté · Situation critique · Simulation en santé

Abstract Health professionals in the Intensive Care Unit (ICU) at Centre Hospitalier Bretagne Atlantique and at the Training Centre for Health Professionals at Vannes have comprised a training course to manage critical situations in ICU and High Dependency Units (HDU). This training course was designed to counteract the following observations: 1) Registered General Nurses (RGNs) working on the wards in France do not have access to a qualifying ICU specialization course; initial RGN training does not enable nurses to be fully autonomous in the management of unexpected events in highly technical environments; however, such expertise is necessary in order to be fully effective in emergency situations where the vital prognosis of the patient is at stake. Considering these observations, some critical events that can arise in professional practice have been sequenced and made the subject of simulated practice training. RGNs in our catchment area that have been recruited to ICUs have been able to experience these situations via healthcare simulation. This method is particularly adapted to the development of specific skills within the ICU context as the course includes analysis of practices, reflection on actions taken or to be taken, further knowledge input, implementation of good practices and coordination of actions. The conclusions drawn from the training course in question are presented in this article.

J. Kerneur (✉) · D. Chauvin · J. Huntzinger
Centre hospitalier Bretagne-Atlantique,
20 boulevard du Général Guillaudot,
F-56017 Vannes, France
e-mail : julieker56@gmail.com

I. Le Morillon
Institut de formation des professionnels de santé,
11, rue André Lwoff, F-56000 Vannes, France

Keywords Intensive Care Unit (ICU) · High Dependency Unit (HDU) · Newly recruited ICU · Registered General Nurse (RGN) · Critical situation · Healthcare simulation

Introduction

En unité de réanimation et en unité de surveillance continue (USC), les professionnels doivent prendre en charge des situations critiques graves, pouvant engager rapidement le pronostic vital des personnes. Ils ont parfois à gérer ces situations d'urgence seuls dans un premier temps. Ces événements, tels que l'autoextubation d'un patient ou un arrêt cardiaque, nécessitent une expertise paramédicale qui s'acquiert avec l'expérience.

Les instituts de formation initiale (IFSI) forment des infirmiers novices. Ces jeunes professionnels se trouvent souvent en difficulté dans ce type d'unité pour gérer efficacement ces imprévus potentiellement graves chez des patients fragiles et instables. Ils ont besoin d'aide pour déterminer les priorités.

Par ailleurs, il est à noter qu'en matière de formation continue il n'existe aucune formation complémentaire nécessaire pour exercer dans ces services très spécifiques. Or, l'exercice dans ces unités impose une expertise.

Bien conscients de ces enjeux de qualité des soins, de sécurité des patients et de professionnalisation des infirmiers débutants en service de réanimation et d'USC, les sociétés savantes de la spécialité ont publié des recommandations d'experts. Ils proposent de s'appuyer sur un référentiel de compétences, un livret d'adaptation à l'emploi et sur des fiches techniques [1,2].

Forts de ces constats et de la grande disparité en matière de formation d'adaptation à l'emploi pour les infirmiers, les professionnels du service de réanimation du centre hospitalier Bretagne-Atlantique (CHBA) en partenariat avec l'institut de formation des professionnels de santé de Vannes (IFPS) ont conçu et mis en œuvre un dispositif de formation en laboratoire de pratiques simulées dédié aux nouveaux arrivants.

Ce programme s'inscrit dans les orientations nationales prioritaires de formation 2016–2018 du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé (arrêté du 8 décembre 2015, « innover pour la qualité des soins et l'éducation du patient, orientation n° 31 : amélioration de la pertinence des soins »).

Simulation en santé : « améliorer sa pratique au plus proche de la réalité »

La simulation est une méthode pédagogique active, fondée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive [3]. Elle consiste à placer les professionnels dans des situations de soins, au plus proche de la réalité du terrain, sans risque pour le patient. Le droit à l'erreur est mis en avant lors du briefing.

Cette méthode permet de développer la posture soignante par le biais de l'analyse de sa pratique [4,5]. Le soignant améliore ainsi ses capacités de raisonnement clinique, de

prise de décisions, d'habiletés gestuelles, de confiance en soi et de capacité à travailler en équipe pluriprofessionnelle [6–10]. La finalité est de développer des compétences pour gérer ces situations critiques en laboratoire de simulation afin de transférer les apprentissages sur le terrain, pour une prise en charge de qualité du patient [7,10].

Ainsi, les participants :

- se forment à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;
- acquièrent et réactualisent des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels...) ;
- analysent leurs pratiques professionnelles en apportant un nouveau regard sur eux-mêmes lors du débriefing ;
- abordent les situations dites à risque pour le patient et améliorent leur capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;
- reconstituent des événements indésirables et les comprennent lors du débriefing, mettant en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Fig. 1).

Programme de formation initié à Vannes : « Gestion des situations critiques en réanimation/unité de soins continus »

Contexte : accueil et encadrement des infirmiers nouveaux arrivants en réanimation/unité de soins continus

En cohérence avec les recommandations de la Société de réanimation de langue française et pour développer des compétences spécifiques à l'exercice dans ce type d'unité [1,2],



Fig. 1 Un peu d'histoire... xviii^e siècle : Angélique du Coudray, sage-femme auvergnate, a parcouru la France pour former, grâce à des mannequins en tissu, plus de 5 000 femmes à l'art des accouchements. Elle est la pionnière de la simulation. 1910–1970 : Mme Chases, fabricante de jouets, met au point un mannequin en bois utilisé par les élèves infirmières du Hartford Hospital Training School of Nurses, pour la pratique des soins de nursing. 1960 : premier mannequin contrôlé par ordinateur qui inspirera, par ses capacités et son réalisme, les mannequins haute-fidélité actuels

une stratégie d'accueil (Fig. 2) et d'encadrement des infirmiers nouveaux arrivants a été mise en place au sein du service de réanimation du CHBA, stratégie soutenue par l'équipe médicale, la direction et l'Agence régionale de santé :

- un temps d'accueil contractualisé durant lequel les outils facilitant l'adaptation sont présentés :
 - le livret d'accueil des nouveaux arrivants ;
 - le référentiel de compétences ;
 - le livret d'adaptation à l'emploi ;
 - le livret de matériels, de protocoles du service, les fiches techniques.
 Une attention particulière est accordée par l'équipe afin de faciliter l'accès aux ressources relatives aux bonnes pratiques ;
- un tutorat formalisé :
 - un infirmier référent est désigné. Son rôle est d'accompagner en proximité le nouveau professionnel dans le développement des compétences spécifiques ;
 - une période de doublure de deux semaines minimum est fixée. Elle peut en cas de besoin être allongée à trois semaines ;
- une journée de formation, avec utilisation de la simulation en santé, à l'IFPS. Les jeunes professionnels bénéficient de ce temps de formation après leur période d'intégration, en fonction des dates de formation disponibles (nous proposons trois sessions de formation par an). Ils sont alors mélangés à des professionnels plus expérimentés qui bénéficient aussi de la simulation (et sont très demandeurs).

Les objectifs de cette stratégie d'accueil et d'encadrement sont :

- améliorer l'intégration des nouveaux arrivants ;
- renforcer la sécurité des patients et la qualité des soins ;
- accroître la confiance des équipes ;
- améliorer la gestion du stress en situation.



Fig. 2 La réanimation : un environnement complexe !

Objectifs pédagogiques

Compétences techniques (procédurales et cognitives)

- Diagnostiquer une situation critique en réanimation ou en USC
- Mettre en place des actions urgentes face à la situation

Compétences non techniques (*crew resources management*)

- Organiser une prise en charge en urgence en équipe
- Transmettre les informations au sein de l'équipe
- Appliquer les consignes médicales en équipe
- Gestion du leadership en situation critique

Choix des méthodes : alternance de théorie et de pratique

Plusieurs temps sont définis.

Apports de connaissances théoriques

Ils sont réalisés le matin par le médecin réanimateur sur le système ventilatoire, cardiovasculaire, la sédation, les amines, les états de choc, l'arrêt cardiorespiratoire (ACR)... Cette phase est essentielle, car elle permet de remobiliser et d'approfondir les connaissances antérieures. Elle aide les apprenants à analyser les situations qui sont mises en scène durant le temps de simulation l'après-midi. On ne teste pas les connaissances en simulation, mais leur mise en application (Fig. 3).

Simulation procédurale

Ce temps permet un apprentissage par répétition de gestes (Fig. 4).

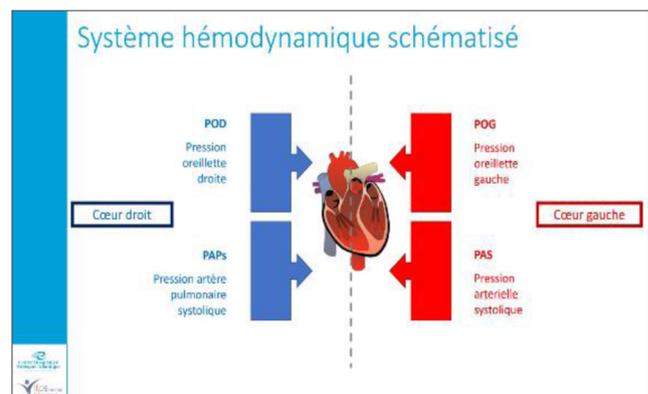


Fig. 3 Extrait de l'apport théorique sur l'hémodynamique



Fig. 4 Formation procédurale à la VNI

Cette matinée est ponctuée de deux ateliers :

- **mise en place et réglages d'une ventilation non invasive (VNI)** : chaque apprenant est invité à tester quelques instants les différents modes d'un ventilateur. Cela permet de renforcer l'autonomie des professionnels, notamment dans la mise en place et la surveillance d'un patient sous VNI, mais aussi de prendre en compte le ressenti des patients, favorisant une meilleure observance de la technique lors de l'installation ;
- le second atelier, encadré par des formateurs « gestes et soins d'urgence » (GSU), consiste en **un rappel de la prise en charge d'un ACR** avec une mise en pratique des compressions thoraciques, de la ventilation au masque. Il est important de remobiliser les bonnes pratiques, car les professionnels ne se connaissent pas, et ils devront l'après-midi prendre en charge en équipe un ACR.

Simulation de situations de soins

Nous déplaçons les chambres de réanimation ou d'USC et nos problématiques dans le laboratoire de simulation de l'IFPS. Les professionnels en formation sont placés dans des situations de soins au plus proche de la réalité. Ils sont acteurs de scénarios préétablis et réagissent selon les événements en équipe pluridisciplinaire.

Laboratoire de simulation

À l'IFPS, le laboratoire est modulable et flexible, il s'organise autour d'une régie centralisée, de trois chambres conformes aux normes hospitalières, équipées de fluides médicaux et de deux salles de débriefing. Sa modularité nous permet de recréer différents modes de prise en charge en chambres de réanimation ou d'USC. Un écran tactile se trouve dans la

salle, permettant d'afficher les données standard du scope, qui sont modifiées en fonction des actions des acteurs. Tout le matériel de réanimation nécessaire à la bonne réalisation des scénarios est positionné dans la salle (chariot d'urgence, kit de trachéotomie, défibrillateur, ventilateur, matériel d'intubation...). La régie centrale est placée entre les salles de simulation, séparée d'elles par des vitres sans tain permettant aux enseignants d'observer les acteurs sans être vus (Fig. 5).

Une visite virtuelle du laboratoire est disponible ici :

<http://www.ifsi-vannes.fr/main/index.php/visite-virtuelle-labo>

Nous disposons de deux mannequins : « le Kelly » qui respire, parle, peut être choqué, massé, perfusé... et « le Nursing Anne ».

Les postes informatiques du laboratoire sont intégrés à un serveur pour pouvoir diffuser la vidéo et le son des séances de simulation dans la salle de débriefing, permettant aux apprenants qui ne participent pas en tant qu'acteurs à la séance de simulation de vivre le scénario en direct.

Zoom sur la pratique simulée « Jamais la première fois sur le patient »

Conception de scénarios issus de la réalité professionnelle

Chaque scénario a été conçu en collaboration avec des infirmiers experts, le médecin responsable et des formateurs de l'IFPS à partir de cas cliniques issus de la pratique infirmière en réanimation.

Nous avons fait le choix de travailler sur des situations très techniques : l'autoextubation, l'obstruction mécanique d'une canule de trachéotomie, l'ACR...

Nous proposons également un scénario permettant de développer des compétences relationnelles dans la prise en charge d'une famille lors d'une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) ou d'annonce de mort encéphalique.

Après avoir été testés et réajustés dans le laboratoire de simulation, ces scénarios préétablis ont été paramétrés au sein du moniteur instructeur.

La pédagogie par simulation nécessite, comparativement aux autres méthodes d'apprentissage, un ratio enseignants/apprenants très élevé. Dans notre pratique, nous avons quatre à cinq enseignants (technicien compris) pour huit à dix apprenants, ce qui représente un coût de formation élevé. Il n'est pas possible d'accroître le nombre d'apprenants, car tous ne pourraient pas passer en séance de simulation.



Fig. 5 Laboratoire de simulation

Trois temps incontournables en simulation (Tableau 1)

Une séance de simulation est toujours composée d'un briefing, du déroulement du scénario et du débriefing, et se structure comme suit [7,11].

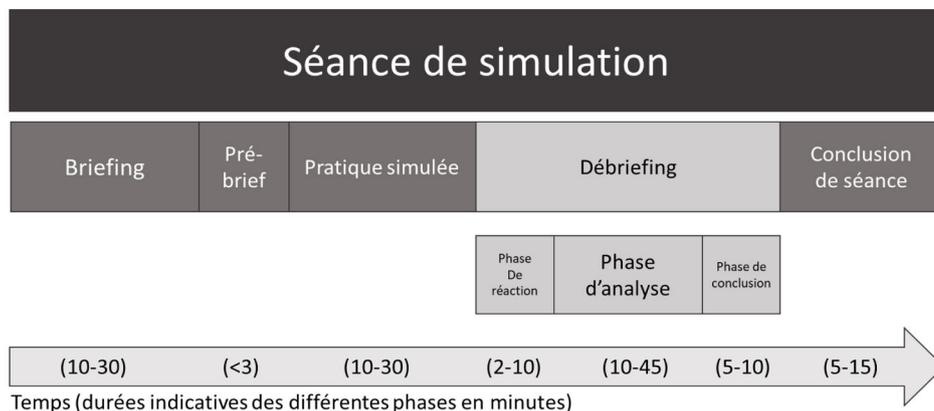
Briefing

C'est une étape importante, un moment clé qui vise à assurer une parfaite adhésion des participants au projet de formation. Nous y apportons un soin particulier, car il conditionne le bon déroulement de la séance de simulation.

Les objectifs principaux de cette phase sont d'expliquer l'intérêt de la pratique simulée dans le processus d'apprentissage, de mettre en sécurité le groupe et de présenter le déroulement de l'activité. Il y a souvent de l'apprehension de la part des professionnels, car ils s'exposent devant leurs collègues. Tout l'art des formateurs est de créer une relation

de confiance. Un contrat déontologique est formalisé avec le groupe fondé sur les éléments suivants :

- **la bienveillance** : il s'agit du respect du vécu et de la parole au sein du groupe. Les formateurs sont facilitateurs ; en aucun cas, les participants ne seront mis en difficulté ;
- **le droit à l'erreur** : « ce n'est pas la vraie vie ». Il faut aller jusqu'au bout des actions lorsque vous êtes acteurs, il n'y a aucun risque pour le patient et le professionnel acteur ;
- **l'instantané** : c'est un jeu de rôle, ce n'est pas forcément ce qu'ils feraient dans la vraie vie, mais ça va servir de base pour la réflexion lors du débriefing ;
- **la non-évaluation** : « il ne s'agit en aucun cas de vous évaluer, c'est un temps de formation ». La seule finalité est de mieux gérer ces situations critiques sur le terrain, avec moins de stress ;
- **la confidentialité** : les scénarios et les actions des apprenants doivent rester secrets, « ce qui se vit au sein du groupe appartient au groupe ».

Tableau 1 Schéma d'une séance de simulation (Boet et al., 2013, p. 315 [3])

Ensuite, le briefing technique : visite de la chambre de réanimation et familiarisation avec le matériel : présentation du mannequin, de ses possibilités et de ses limites, du matériel à disposition, de l'environnement (la chambre, le lit, le téléphone, les fluides...) et du micro d'ambiance qui permet aux acteurs de poser une question et aux formateurs de répondre.

Puis la présentation du déroulement de l'activité : les acteurs sont filmés, observés pendant la gestion de la situation du patient, la simulation est retransmise en direct dans la salle de débriefing, chacun devient observateur. Les acteurs verbalisent souvent du stress à s'exposer devant leurs collègues. Cependant, lors du bilan, ils sont très satisfaits d'avoir participé et expriment une disparition du stress à l'arrivée dans la chambre, car ils sont absorbés par le jeu de rôle. Chaque participant est acteur dans un des scénarios.

Le briefing se termine par la présentation et les transmissions du premier cas clinique : *Monsieur John James, 64 ans, hospitalisé pour décompensation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) nécessitant une intubation et une ventilation mécanique. Antécédents : BPCO, néoplasie de prostate, hypertension artérielle...*

Déroulement du scénario

Chaque scénario dure environ dix minutes. Deux acteurs entrent dans la chambre, le scénario débute.

Les scénarios enregistrés au sein du moniteur instructeur évoluent automatiquement en fonction des actions mises en œuvre et des décisions prises par les acteurs. Le médecin supervise le dispositif et peut également modifier manuellement les paramètres en fonction des actions prises ou non par les soignants.

Un facilitateur peut intervenir à tout moment si la situation est bloquée. Le médecin, suite à l'appel téléphonique

des acteurs, arrive généralement en fin de scénario. En fonction de la situation, il peut intuber le patient, prescrire des médicaments... Le travail en équipe sera repris lors du débriefing.

Les formateurs observent la prise en charge afin de reprendre certains éléments lors du débriefing : les actions mises en place, l'appel au médecin, le travail d'équipe...

Le médecin indique aux acteurs la fin du scénario ; ils rejoignent la salle de débriefing où ils sont applaudis par leurs collègues.

Un formateur se trouve toujours avec les apprenants qui ne participent pas au scénario pour pouvoir observer avec eux le déroulement de l'action grâce à l'écran et aux micros présents dans la salle.

Débriefing

C'est un temps majeur d'apprentissage et de réflexion. Il permet aux formateurs de revenir sur le déroulement du scénario. Le fil conducteur s'appuie sur les objectifs pédagogiques de la séance. Le débriefing est animé par un infirmier expert, si besoin par le médecin et le formateur. Il accompagne le groupe dans l'analyse de la situation selon une méthode structurée : expression des ressentis des acteurs, verbalisation des actions mises en place par les acteurs, phase d'analyse de la situation, remobilisation des bonnes pratiques dans la gestion de la situation, phase de synthèse qui permet de faire ressortir les messages clés. Il est important de permettre aux acteurs d'exprimer le stress vécu durant la séance de simulation pour qu'ils ne partent pas avec, le soir, après la journée de formation.

L'apprentissage passe par la mise en œuvre d'actions adaptées aussi bien dans la situation que dans l'analyse des erreurs commises.

Les apprenants qui n’ont pas participé au scénario ont pu observer son déroulement. Ils participent activement au débriefing, les formateurs les intégrant à la discussion pour qu’ils puissent analyser la prise en charge qu’ils auraient faite dans un cas semblable.

Finalité

La formation a pour premier objectif le développement des compétences des professionnels nouvellement arrivés en service de réanimation/USC : confrontés aux situations critiques en sécurité au sein du laboratoire, ils pourront transférer les acquis en situation réelle pour les gérer efficacement et avec moins de stress. La formation est aussi ouverte aux professionnels expérimentés de ces unités, qui sont très demandeurs de remobiliser leurs connaissances. La pratique simulée est une réelle plus-value en termes de développement des compétences et représente un atout considérable pour améliorer la performance des équipes [8,10,12,13].

Au-delà de cet objectif de développement de compétences individuelles, la formation favorise les rencontres et le partage d’expérience. En effet, durant les sessions, les équipes de réanimation et d’USC du territoire de santé sont « brassées » et apprennent à se connaître, les pratiques sont harmonisées.

Retour d’expérience

Le bilan à chaud des participants est très favorable tant en matière de mobilisation de connaissances qu’en matière de transfert des pratiques professionnelles. Cent pour cent des participants sont satisfaits :

- satisfaction globale de la journée : « excellente » ;
- qualité des apports théoriques : « totalement adaptée » ;
- séances de pratique simulée en laboratoire : « très nettement supérieures à l’enseignement traditionnel » ;
- transfert en situation professionnelle des apports : « totalement ».

Les acteurs de ces journées expriment aussi le stress qu’ils avaient en début de formation à l’idée de réaliser des soins sous le regard des formateurs et des autres apprenants. Cette inquiétude est largement dissipée à la fin de la journée, les formateurs insistant sur l’absence de jugement et la bienveillance.

Évaluation à distance des participants

Afin d’évaluer le transfert des acquis à distance, un questionnaire a été adressé à chaque participant. En effet, si la satis-

faction « à chaud » de ces méthodes pédagogiques est très élevée [6,7,9], il est plus difficile d’en évaluer le réel impact sur les pratiques professionnelles. Nous avons pour projet de prévoir un questionnaire pré- et postformation, sur un modèle dématérialisé, pour pouvoir mieux nous évaluer dans le futur.

À ce jour, sur les 20 questionnaires envoyés, nous avons un taux de réponse de 50 %, ce qui peut introduire un biais du fait du faible effectif de notre échantillon.

Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Nous pouvons constater que la satisfaction initiale retrouvée chez les apprenants à la fin de la journée de formation est largement confirmée à distance, avec 90 % de réponses positives. Un autre élément important pour nous est la similitude retrouvée entre les cas traités en simulation et ce que vivent les infirmiers dans leurs unités, avec 90 % des apprenants qui ont été confrontés à des situations similaires à celles qu’ils avaient vécues en simulation. Nous touchons ici au cœur de cette méthode qui doit permettre de vivre des situations à haut risque en toute sécurité.

Avoir déjà vécu ces situations de soins en simulation a permis aux infirmiers de se sentir bien plus performants qu’avant la formation, y compris pour des personnels qui exerçaient dans ces unités depuis de nombreuses années.

Tableau 2 Questionnaire d’évaluation de la formation

	Oui (%)	Non (%)	Ne se prononce pas (%)
À ce jour, cette formation vous semble-t-elle avoir été bénéfique dans votre pratique professionnelle ?	90	0	10
Depuis la formation, avez-vous été amené à gérer des situations semblables aux cas étudiés ?	90	10	0
Cette formation vous a-t-elle permis d’aborder la gestion de ces situations plus facilement et plus sereinement par rapport à :			
La gestion de la situation globalement	100	0	0
La gestion du stress	89	11	0
La prise d’initiatives face à la situation	89	11	0
La capacité à gérer la situation en équipe	56	33	1
L’efficacité des actions mises en place	100	0	0
Seriez-vous intéressé pour participer à une autre formation utilisant la même méthode d’apprentissage ?	100	0	0

Nous retrouvons un effet bénéfique de la formation à la fois dans l'efficacité de la prise en charge du patient en situation critique, mais aussi dans la gestion du stress pour le personnel ainsi que dans sa capacité à prendre des initiatives, situation fréquente en USC autonome. Nos résultats sont moins bons en ce qui concerne la capacité à travailler en équipe, le fait qu'à ce jour nous n'intégrons pas les aides-soignants à nos formations en est probablement la raison, c'est en tout cas un axe d'amélioration sur lequel nous allons travailler en 2018.

Enfin, à la question ouverte « Quelles sont les plus-values de l'apprentissage par la simulation ? » Voici les réponses que nous avons obtenues :

« Très enrichissant au niveau des prises en charge », « Moins de stress si on est confronté aux mêmes situations », « les scénarios bien ancrés dans la réalité ainsi que la chambre et le mannequin », « Pouvoir se remettre en question sur nos pratiques », « les situations exposées sont représentatives de celles rencontrées en réa », « entraînement sur mannequin pour être plus performants sur nos patients », « le débriefing qui permet de se poser les bonnes questions, pourquoi on met les actions en place, la hiérarchie de celles-ci », « le fait que le mannequin ne peut pas mourir, c'est un vrai entraînement ».

Perspectives

La formation des infirmiers nouveaux arrivants est une préoccupation constante des unités de réanimation et d'USC du fait du turnover des effectifs et de l'absence de formation complémentaire exigée. Notre démarche s'inscrit dans cet objectif, avec une franche amélioration du sentiment d'efficacité perçu par les apprenants. C'est un élément d'évaluation important, car l'arrivée dans un service de ce type entraîne une charge d'apprentissage importante (beaucoup de nouvelles techniques à acquérir) mais aussi une charge émotionnelle majeure. Le stress induit par la peur de mal faire peut être diminué par les séances de simulation. Celles-ci permettent aux professionnels d'accroître leur confiance en eux et de les préparer à réagir sereinement à des situations critiques, car ils les auront déjà vécues en tant qu'acteurs ou observateurs durant la formation.

La simulation en santé ne peut en aucun cas remplacer la formation traditionnelle par compagnonnage et les autres outils comme le livret d'accueil, le référentiel de compétences et le livret d'adaptation à l'emploi qui sont des éléments indispensables à la formation d'un infirmier de réanimation ou d'USC. En effet, si cette pédagogie est plébiscitée par tous, son coût et le besoin d'une structure spécifique pour sa réalisation en limitent la portée. Il ne faut pas méconnaître

le ratio enseignants/apprenants qui est quasiment d'un pour deux. Cela induit un coût de formation très élevé, même si dans notre cas un soutien financier de l'ARS Bretagne permet d'en limiter le prix pour les établissements.

Enfin, cette pédagogie nécessite des enseignants formés à ses spécificités, car la simulation peut avoir des répercussions importantes sur le psychisme des apprenants en cas de sentiment d'échec dans un scénario.

Élargissement du public

L'ARS Bretagne, convaincue de l'intérêt et de la qualité de la formation, soutient financièrement le projet pour permettre son extension vers d'autres USC autonomes. Nous travaillons actuellement pour pouvoir étendre la formation aux aides-soignants, car le travail en équipe est indispensable pour gérer efficacement les situations critiques. Il est partie intégrante de la qualité et de la sécurité des patients. La simulation en santé étant un puissant outil pour développer le travail en équipe, il paraît pertinent d'ouvrir la formation au public aide-soignant et de l'adapter afin d'envisager l'interprofessionnalité.

Dispositif hybride de formation

La pertinence de la formation au regard du besoin des professionnels a d'ores et déjà amené les pilotes du projet à envisager de faire évoluer la formation dispensée en l'intégrant dans un dispositif plus large qui vient compléter la formation en pratique simulée. Nous proposons de créer une formation hybride, couplant une période de regroupement présentiel (la journée de simulation) avec des contenus pédagogiques disponibles à distance en amont comme en aval de ce temps de regroupement.

Ces modalités aujourd'hui rendues possibles grâce aux technologies numériques favorisent chez les participants l'engagement, l'autonomie, l'analyse de l'expérience et une dynamique de développement continue des compétences.

Des séquences pédagogiques et des ressources d'apprentissage sont en cours de création. Le projet est de mettre ces moyens à disposition sur une plateforme pédagogique numérique qui sera accessible aux apprenants pour leur fournir un support théorique et pratique relatif aux bases physiologiques et aux gestes techniques spécifiques à ces unités.

Cela suppose :

- le déploiement d'une plateforme de management de contenus (LCMS) à une échelle suffisante pour créer les conditions du partage et de la collaboration. Une version est actuellement en cours de développement sur le GHT ;

- la création de séquences pédagogiques ad hoc et d'outils collaboratifs (questionnaires d'autodiagnostic, forum en ligne, documents ressources, vidéos, cours en modalité de classes inversées...).

Conclusion

La simulation en santé trouve toute sa place dans le contexte spécifique de l'exercice en service de réanimation et d'USC, en lien avec le déploiement actuel des parcours patients.

Le programme de formation présenté dans cet article répond à des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il démontre son intérêt en matière de :

- santé publique par l'intégration du personnel des USC autonomes à ces journées ;
- professionnalisation à travers le développement de compétences au-delà de la formation initiale ;
- innovation pédagogique par son originalité et par les perspectives d'évolution en complétant le dispositif avec de la formation numérique à distance ;
- décloisonnement entre l'IFPS et le service de réanimation, au service de la formation continue des professionnels de santé.

Par ailleurs, s'il permet l'expression du sentiment d'efficacité des participants, il soulève aussi du plaisir à former, nous invite à poursuivre notre engagement dans la construction d'espaces de rencontre sur et autour de situations professionnelles pour développer les compétences, l'intelligence collective et les synergies.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. SRLF, CREUF, GFRUP, SFAR, (2011) Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation. *Reanimation* 20: 737–746
2. SRLF, CREUF, GFRUP, SFAR, (2011) Livret d'adaptation à l'emploi : infirmier de réanimation. *Reanimation* 20: 747–766
3. Boet S, Granry JC, Savoldelli G, (2013) La simulation en santé : de la théorie à la pratique. Springer-Verlag, Paris, 442 p
4. Wittorsky R, Blanchard-Laville C, Fablet D, (2003) Travail social et analyse des pratiques professionnelles. L'Harmattan, Paris, pp 69–89
5. Wittorski R, (2008) Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés. *Rev Fr Sci Soc Formation Emploi* 101: 105–117
6. Turkelson C, Aebersold M, Redman R, Tschannen D, (2017) Improving nursing communication skills in an intensive care unit using simulation and nursing crew resource management strategies: an implementation project. *J Nurs Care Qual* 32: 331–333
7. Hudgins K, (2017) Clinical simulation learning in critical care. *Crit Care Nurs Q* 40: 108–110
8. Lemarie P, Vidal-Husser S, Gergaud S, Verger X, Berton J, Granry JC, Lasocki S, (2015) La formation des IDE de réanimation par la simulation permet une meilleure prise en charge de l'hémodilution. Une étude prospective randomisée. *Anesth Reanim* 1: A222–A223
9. Cant RP, Cooper SJ, (2010) Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *J Adv Nurs* 66: 3–15
10. Przybyl H, Evans J, Haley L, Bisek J, Beck E, (2017) Training and maintaining: developing a successful and dynamic continuous renal replacement therapy program. *AACN Adv Crit Care* 28: 41–50
11. Granry JC, Moll MC, (2012) État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. HAS. Évaluation et amélioration des pratiques
12. Papin A, Girard O, Poiroux L, Verron D, Degiovanni F, Mercat A, Pierrot M, (2015) La formation paramédicale à l'ECMO par la simulation : un enjeu de sécurité. *Reanimation* 24: 444–451
13. Jarachovic M, Mason M, Kerber K, McNett M, (2011) The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 20: 304–311