

*UNIVERSITE PARIS DESCARTES*

**MEMOIRE DE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE  
FORMATEURS A L'ENSEIGNEMENT DE LA  
MEDECINE SUR SIMULATEUR**

Par

Melle Anne-Sophie LIMOGÉ  
Née le 10 août 1985 à Chenove

**SIMULATION HUMAINE ET PATIENT  
STANDARDISE : ANALYSE DE DEUX  
SESSIONS DE FORMATION  
DESTINEES AU PERSONNEL DU SAU  
DE L'HOPITAL SAINT CAMILLE**

## **Abréviations**

### **1. Introduction**

### **2. Objectifs**

### **3. Patient standardisé et simulation, revue de littérature**

### **4. Méthode**

4.1 Description

4.2 Ressources

4.3 Evaluation

### **5. Résultats et discussion**

5.1 Participation

5.2 Satisfaction : évaluation immédiate de la session par les apprenants

5.3 Efficacité et impact : évaluation à distance de la session par les apprenants

5.4 Discussion

### **6. Conclusion**

### **7. Annexes**

### **8. Bibliographie**

### **9. Remerciements**

## Abréviations

ACR	Arrêt Cardio-Respiratoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
AS	Aide-Soignant
SAU	Service d'accueil des urgences
PS	Patient Standardisé
SOFRES	Société Française d'Enquête par Sondage
HAS	Haute Autorité de Santé
ECOS	Examen Clinique Objectif Structuré
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DU	Diplôme Universitaire
NSP	Ne sait pas
CRM	Crisis Ressource Management
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
PEC	Prise en charge
O2	Oxygène
HF	Haute-Fidélité
SP	Sapeur-Pompier
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
TDM	Tomodensitométrie
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation

# **1. INTRODUCTION**

La pratique médicale et paramédicale inclut un savoir théorique, un savoir-faire et un savoir-être relationnel vis à vis de l'équipe soignante, des patients et des familles. La simulation a un bénéfice dans ces trois domaines et représente un outil pédagogique considérable pour la médecine d'urgence (1).

Elle permet l'entraînement aux gestes techniques, la mise en œuvre de procédures, la formation aux démarches diagnostiques et thérapeutiques mais également les approches comportementales et la synergie d'équipe. En effet, la qualité et la sécurité des soins ne concerne pas uniquement les gestes techniques. Les compétences non techniques sont également nécessaires pour une gestion optimale des patients. Ces compétences associent plusieurs éléments comme le travail en équipe, la communication, la gestion du stress, la prise de décision et plus généralement, ce qu'il est convenu d'appeler les facteurs humains. Ceux-ci jouent un rôle important dans la prise en charge des patients tout particulièrement lors d'une situation de crise. En dehors des situations de crise, l'importance des compétences non techniques pour les professionnels de santé est aussi essentielle. C'est le cas par exemple de l'annonce au patient et/ou son entourage d'une maladie grave telle le cancer, d'un handicap, d'un prélèvement multi-organes ou d'un événement indésirable grave associé aux soins (2).

Parmi les facteurs humains, la communication est un élément fondamental. En effet, la plupart des litiges voire des conflits qui surviennent résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. Il est donc important de remédier à cette situation en veillant à la qualité de celle-ci, particulièrement en service d'urgence et à la formation de tous les acteurs de santé (3).

Les compétences non techniques peuvent être enseignées de différentes manières. Cependant, les méthodes d'enseignement de type expérientiel ont tendance à être plus efficaces et plus appréciées.

La simulation avec l'utilisation de patient standardisé comme méthode d'apprentissage offre de nombreux avantages (4). Elle permet tout d'abord le respect d'un principe éthique fondamental « jamais la première fois sur le patient » (5), tout en permettant au professionnel d'être confronté à une situation clinique proche de la réalité, dans laquelle il peut exercer son savoir-faire et son savoir-être dans un environnement sans danger pour le patient (6), en particulier dans le cas de situations émotionnellement lourdes.

Au sein du service d'accueil des urgences adultes de l'hôpital Saint Camille, une équipe de 17 médecins seniors, 20 médecins attachés, 6 internes, 4 externes, 17 IDE de jour, 13 IDE de nuit, 8 AS et 6 brancardiers oeuvre pour la prise en charge des patients.

En 2015, le SAU a accueilli 42 000 patients soit une moyenne de 115 patients par jour. Ce qui fait de ce service un lieu de forte activité où le personnel est en constante interaction avec le patient et/ou l'entourage, le plus souvent dans un environnement sous tension.

L'approche relationnelle du patient et de son entourage nécessite une préparation et requiert un apprentissage individuel et en équipe. Or le personnel ne bénéficie à cet égard d'aucune formation dans le cursus de formation classique (7), tant médical que paramédical.

Au cours des trois dernières années, nous avons mis en place au sein de notre service, des sessions de simulation pour le personnel des urgences adultes de notre hôpital.

Ces séances de formation à la prise en charge des urgences vitales sont fondées sur des scénarii utilisant la simulation sur mannequin haute-fidélité (gestion d'un ACR, d'une détresse respiratoire, accident transfusionnel...).

Cependant, il nous a paru essentiel d'intégrer à notre projet de formation par la simulation l'apprentissage comportemental interprofessionnel , également sur demande du personnel.

Durant deux sessions, nous avons donc axé notre travail sur des objectifs comportementaux à l'aide de la simulation humaine avec patient standardisé.

La première session a porté sur la gestion de l'agressivité aux urgences, d'un patient dans un premier scénario, et d'une famille dans un second.

La deuxième session a abordé l'annonce d'évènement grave non prévu aux urgences, à travers un décès inopiné aux urgences, et une découverte fortuite de tumeur cérébrale.

## **2. Objectifs**

Les objectifs pédagogiques de ces deux sessions étaient fondés sur l'approche comportementale avec apprentissage de compétences non techniques :

- Gestion de l'auto / hétéro-agressivité
- Répartition optimale des rôles
- Apprentissage d'une communication adaptée
- Gestion du stress, des émotions, de la perte de contrôle
- Apprentissage du savoir-être face à une communication difficile
- Connaissance du droit des patients et des familles
- Déontologie médicale

Nous avons alors fait le choix de l'utilisation du patient standardisé comme méthode d'apprentissage afin :

- De créer un contexte qui puisse répondre à ces objectifs
- De permettre une mise en situation d'interactions réelles avec un patient et/ou son entourage permettant l'intégration des habiletés de communication
- D'augmenter le degré de fidélité de la situation simulée et ainsi le réalisme
- De permettre un feed-back du PS
- De créer un milieu contextualisé authentique facilitant le transfert des connaissances

Ce mémoire a pour objectif l'analyse de ces deux sessions de simulation avec patients standardisés en :

- évaluant et analysant la réaction immédiate des participants de ces deux sessions de simulation en s'intéressant à leur satisfaction et en mesurant leur apprentissage en terme de connaissances et compétences acquises sous forme de questionnaire

- et en évaluant la pertinence de cette méthode d'apprentissage, en analysant l'impact à distance de ces deux sessions de formation à l'aide d'un questionnaire remis aux apprenants à un an pour la première session et à un mois pour la seconde

### **3. Patient standardisé et simulation,** **revue de littérature**

Selon la SOFRES, en 2003, un tiers des patients atteints de cancer étaient choqués par la façon dont leur était annoncée la maladie, et en 2012, un tiers des français étaient insatisfaits de la qualité du dialogue avec le personnel médical (8).

L'utilisation du patient standardisé en simulation médicale paraît être aujourd'hui un bon outil dans l'exercice du savoir-être des professionnels de santé tant dans la formation initiale que dans la formation continue.

En effet, en oncologie, il a été mis en évidence que la formation par la simulation chez les étudiants pour l'annonce d'une maladie ou d'une mauvaise nouvelle présentait de nets avantages ainsi que lors de consultations de tabacologie chez des patients standardisés où cette méthode d'apprentissage était supérieure aux autres modèles d'enseignement. Une revue complète de littérature montre également que la simulation et le recours aux patients standardisés dans la formation en psychiatrie étaient utiles et adaptés (5). D'autant plus que Sanson Fisher et Poole n'ont pas trouvé de différence significative entre les interactions avec des patients réels et des patients standardisés (9).

La technique du PS est née aux Etats-Unis en 1963 à l'initiative du Dr Barrows, neurologue, qui fit la première expérience avec un cas simulé de sclérose en plaque paralysante (11). Dans les années 80, plusieurs universités introduisent un programme de PS dans leur cursus. La majorité des centres se trouvent alors aux Etats-Unis et au Canada qui emploient cette technique de simulation dans divers contextes professionnels (médecins, IDE, assistantes sociales,...).

Haren développe également en 1975 l'ECOS, qui inclut la méthode du PS pour l'évaluation des compétences cliniques dans différents domaines de la santé (13).

La simulation avec PS existe aussi en Europe, entre autres aux Pays Bas (Université de Maastricht), ainsi qu'en Angleterre, en Suisse (Université de Genève, Fribourg, Lausanne) et en Belgique.

Elle a conquis également depuis quelques années le territoire français (Faculté de médecine de Nantes, CHU d'Angers, Brest) (6, 8, 11-14).

Selon la HAS, « le patient standardisé est un patient volontaire ou un acteur qui est sollicité sur la base d'un scénario pré-établi et d'une description détaillée de son rôle. Il permet de développer des compétences en matière de communication avec le patient lorsqu'il existe un enjeu fort (annonce d'une mauvaise nouvelle par exemple) ou lorsqu'il convient de donner une information complexe à un patient (information bénéfique/risque). Il autorise aussi la réalisation par exemple de consultations simulées. » (10) La HAS préconise que les expériences pédagogiques avec la simulation doivent être reproductibles et standardisées (5).

Les PS sont parfois des acteurs professionnels, des volontaires, des soignants. La possibilité de l'émergence de formations spécialisées pourrait permettre d'encadrer et de structurer ce nouveau métier de la simulation, comme c'est le cas aux Etats-Unis, en Suisse et en France (15-18).

Récemment, lors du XXVI<sup>ème</sup> colloque national des CESU, le Dr Moll a proposé un mode d'emploi du PS encadrant ainsi la qualification des comédiens, leur formation ainsi que leurs conditions d'exercice (chartre, rémunération) et de confort (soutien psychologique) (19).

## **4. Méthode**

### **4.1 Description**

Durant ces deux dernières années, nous avons intégré à notre projet de formation par la simulation pour le personnel des urgences adultes, quatre séances fondées sur l'apprentissage comportemental.

Cette formation spécifique au personnel du service a été réalisée sur deux journées en décembre 2014 (session 1 et 2), et deux journées en décembre 2015 (session 3 et 4).

Ces sessions se sont effectuées sur la base du volontariat pour le personnel médical et ont été inclus de façon obligatoire sur le planning des IDE, AS et brancardiers.

Ces quatre journées étaient articulées autour de quatre scénarii comportant deux scénarii avec objectifs techniques le matin et deux scénarii avec objectifs comportementaux l'après-midi. Nous nous intéresserons uniquement au déroulement de ces derniers.

Pour chaque séance, un groupe de simulation est composé par :

- L'équipe encadrante comprenant un médecin diplômé du DESC de médecine d'urgence et du DU de formateur à l'enseignement de la médecine sur simulateur (Dr Hervieux Aurélie) et d'une IDE impliquée dans la prise en charge des patients au SAU (Melle Limoge AS)

- Un mannequin haute-fidélité type Resusci Ann de marque Laerdal et 3 patients standardisés interprétés par des acteurs intervenant en tant que famille du patient pour les scénarii 1, 3 et 4 (annexes 1, 3 et 4) ; ou 1 patient standardisé interprété par un acteur pour le scénario 2 (annexe 2)

- 1 médecin, 2 IDE, 1 AS et 1 brancardier en exercice pour les scénarii 3 et 4 (annexes 3 et 4) ; et 2 IDE et 1 brancardier pour les scénarii 1 et 2 (annexes 1 et 2)

- 1 psychologue en observateur et participant au débriefing

Les deux dernières sessions ont été réalisées dans une salle équipée et dédiée à la simulation au sein des urgences, alors que les deux premières sessions se sont déroulées in situ, dans un box du SAU faute de salle dédiée à ce moment-là.

Chacune des situations simulées a été supportée par un scénario rédigé à l'avance avec des objectifs préalablement établis.

Les scénarii abordés lors des sessions 1 et 2 portaient sur la gestion d'une famille agressive puis la gestion d'un patient agressif aux urgences (annexes 1 et 2)

Les scénarii des sessions 3 et 4 étaient fondés sur l'annonce à l'entourage d'un décès inopiné puis l'annonce d'une découverte fortuite de tumeur cérébrale aux urgences (annexes 3 et 4), avec une durée de 15 minutes environ pour chaque scénario.

Le déroulement de chacune de ces séances s'est organisé de manière identique comme défini dans le rapport de mission de la HAS (5) : briefing, mise en situation et débriefing selon la méthode du Dr Savoldelli (annexes 10).

En fin de chaque débriefing, une recommandation concernant le thème étudié a été remise aux apprenants (21-23).

Nous avons choisi de ne pas communiquer à l'avance la méthode d'apprentissage reposant sur l'utilisation du patient standardisé aux apprenants. Leur intervention était alors constatée par les apprenants en début de scénario (pour le scénario 2) et en cours de situation (pour les scénarii 1, 3 et 4), créant ainsi un effet de surprise et renforçant le réalisme de la situation simulée.

## **4.2 Ressources**

**Le patient standardisé** peut être un comédien amateur ou professionnel. Nous avons choisi de faire appel pour chacune de nos sessions à une troupe de comédiens amateurs, bénévoles, *l'Atelier théâtre seniors Nogentais*, animée par un comédien professionnel. Cette troupe travaille habituellement sous forme d'ateliers d'improvisation, ce qui nous a paru être un plus pour nos séances. En effet, cette pratique peut leur permettre de complexifier leur jeu pour des apprenants plus expérimentés et de donner un réalisme supplémentaire aux échanges lors des situations simulées.

Le patient est dit standardisé, il est donc essentiel de pouvoir encadrer la prestation des comédiens. Leur rôle doit alors être défini de façon précise dès la préparation des scénarii. Pour chacun d'entre eux a été détaillé l'histoire médicale du patient, les antécédents personnels et familiaux, l'âge, le sexe. Il est primordial de définir également les caractéristiques personnelles du patient et des proches, leur personnalité, le type de réactions attendues et les mécanismes de défense prévus au cours de la séance de simulation (principales réactions psychologiques à jouer, attitudes à avoir, paroles à dire) (19).

Toutes ces précisions indiquées dans la trame de nos scénarii sont communiquées plusieurs semaines à l'avance aux comédiens leur permettant ainsi de travailler leur rôle à plusieurs, lors de leurs ateliers.

Un briefing destiné aux comédiens est également réalisé le jour de la séance par les formateurs.

Il est important d'assurer une protection psychologique des acteurs (19). Celle-ci va débiter avant même la mise en situation en décrivant aux comédiens les situations auxquelles ils vont être possiblement confrontés (personnes agressives, autoritaires,...). Dans le scénario sur le thème du patient agressif par exemple, le comédien était averti au préalable de la possibilité d'usage de contentions physiques et son accord a été recueilli en amont.

Leur intervention est encadrée par un contrat signé avec l'hôpital les couvrant d'éventuels dommages et incluant une charte de confidentialité.

Le PS est un vecteur de formation mais peut être utile également en tant que témoin (19). Lors de nos formations, les comédiens participent de manière active au débriefing. Ils n'évaluent pas les apprenants mais donnent un feed-back très utile en témoignant de leur vécu sur l'expérience qu'ils viennent de vivre.

Nous n'avons jusqu'à présent pas créé ni utilisé de grille spécifique d'évaluation de la prestation des comédiens. Une évaluation non formalisée est cependant réalisée lors du débriefing de l'équipe encadrante en fin de session.

**La psychologue** fait partie elle aussi des personnes ressources dans cette formation. Comme pour toute autre thématique abordée, il nous a paru important de faire intervenir un expert. Outre sa participation active lors du débriefing, nous voulions, par sa présence, présenter un intervenant très peu sollicité aux urgences, qui peut cependant s'avérer être une aide importante pour les professionnels.

### **4.3 Evaluation**

Suivant la HAS, l'évaluation est indispensable à un processus de formation et doit s'appliquer aux apprenants, aux formateurs et aux programmes de simulation (10).

La qualité de l'apprentissage et donc des soins dépend de la qualité de l'enseignement (20).

Il est donc primordial d'évaluer celle-ci afin de reconnaître ses forces et ses faiblesses et d'en dégager des points d'amélioration (10).

Avec l'utilisation du patient standardisé comme nouvelle méthode d'apprentissage dans nos sessions de simulation, il nous a semblé indispensable d'évaluer le processus d'apprentissage des apprenants de ces quatre sessions afin d'évaluer la pertinence de ce modèle pédagogique.

Pour ce faire, nous avons utilisé le modèle d'évaluation de Donald Kirkpatrick (annexe 9).

A la fin de chaque session a été remis un questionnaire avec questions ouvertes et fermées (annexes 5 et 6).

Ceux-ci ont pour but :

- d'évaluer la satisfaction immédiate des apprenants en terme de réalisme, d'implication, de technique de simulation et de contenu (niveau 1)

- de mesurer l'apprentissage des apprenants en terme d'acquisition de connaissances, de compétences et d'attitudes afin de vérifier que les objectifs pédagogiques de la séance ont été atteints (niveau 2)

Une évaluation à distance a également été réalisée à un an pour les sessions 1 et 2 et à un mois pour les sessions 3 et 4 sous forme d'auto-évaluation avec un questionnaire à questions ouvertes et fermées remis à tous les participants (annexes 7 et 8).

Ceux-ci ont permis de mesurer les changements de pratiques professionnelles liés à chaque session de simulation et le transfert d'apprentissage (niveau 3).

Ces questionnaires nous ont également permis de connaître à quelle fréquence il paraissait utile aux apprenants de refaire une telle formation.

## **5. Résultats et discussion**

### **5.1 Participation**

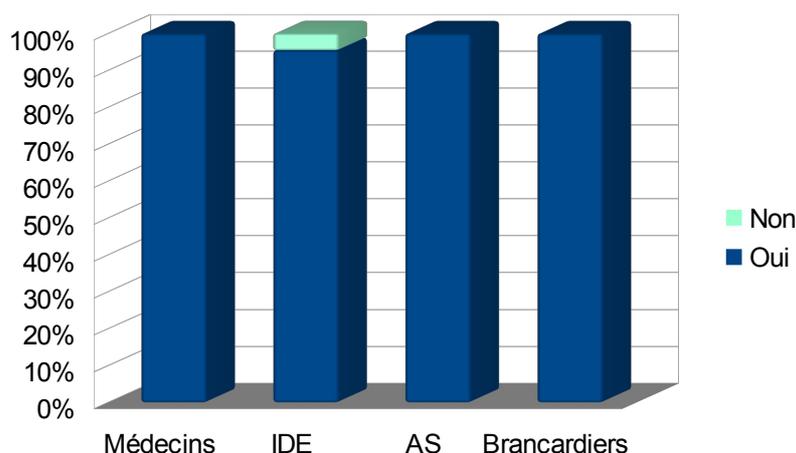
Les sessions 1 et 2 sur le thème de l'agressivité ont fait participer 1 brancardier, 12 IDE et 2 médecins ; 10 IDE (dont 1 IDE spécialisé dans la prise en charge des urgences psychiatriques), 2 AS et 5 médecins ont pris part aux sessions 3 et 4 sur l'annonce d'un événement grave aux urgences. 22 IDE, 2 AS, 1 brancardier et 7 médecins ont participé à ces quatre sessions soit un total de 32 personnes formées.

Tous les participants ont répondu aux questionnaires.

### **5.2 Satisfaction : évaluation immédiate de la session par les apprenants**

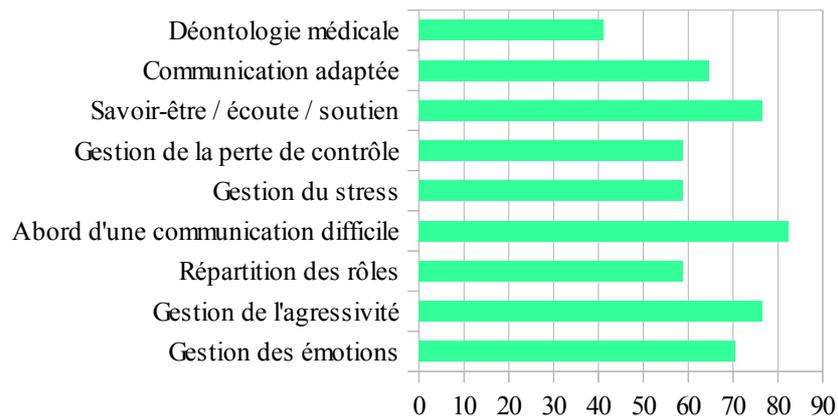
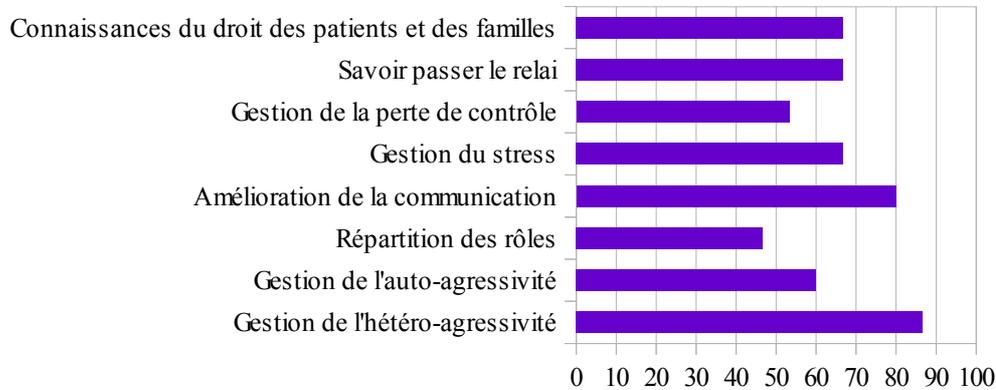
L'analyse des questionnaires de satisfaction a pu mettre en évidence que les participants ont été dans l'ensemble satisfaits de la formation. Celle-ci a répondu dans 96,3% des cas aux attentes et besoins de l'ensemble des participants (seule l'IDE spécialisée en psychiatrie a estimé que la formation n'avait pas répondu à ses besoins car celle-ci n'a pas trouvé sa place au cours du scénario et a été peu sollicitée par l'équipe).

100% ont trouvé que la formation était adaptée aux objectifs pédagogiques et que ceux-ci avaient un intérêt pour eux.



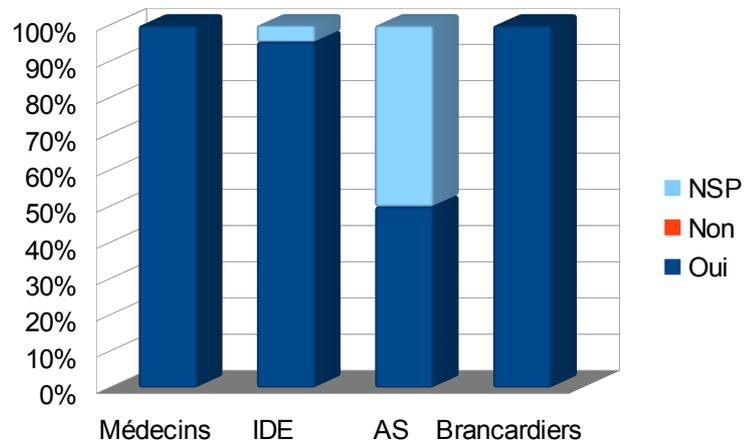
**Figure 1 : pourcentage de réponses à la question 1 « La formation a-t-elle répondu à vos attentes, vos besoins ? » sur l'ensemble des questionnaires de satisfaction**

Sur l'ensemble des sessions, 15 objectifs pédagogiques pré-établis sur 17 ont été considérés comme atteints par au moins 50% des apprenants.



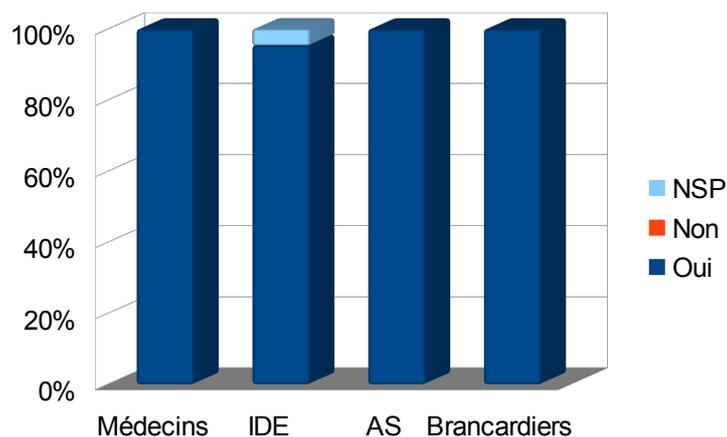
**Figure 2 : pourcentage d'apprenants qui estiment que les objectifs pédagogiques suivants ont été atteints lors de la formation**

Concernant l'utilisation du patient standardisé, l'ensemble des apprenants trouve cette méthode adaptée aux objectifs et 93,8% considèrent que celle-ci a favorisé leur implication dans le scénario. Tous ont appuyé l'importance de l'interaction réelle avec les acteurs et le réalisme de la situation simulée se rapprochant au maximum des situations rencontrées dans leur pratique, ce qui a favorisé leur investissement et la spontanéité de leurs réactions. Ceci étant amplifié par le fait que les acteurs étaient des personnes extérieures au service.



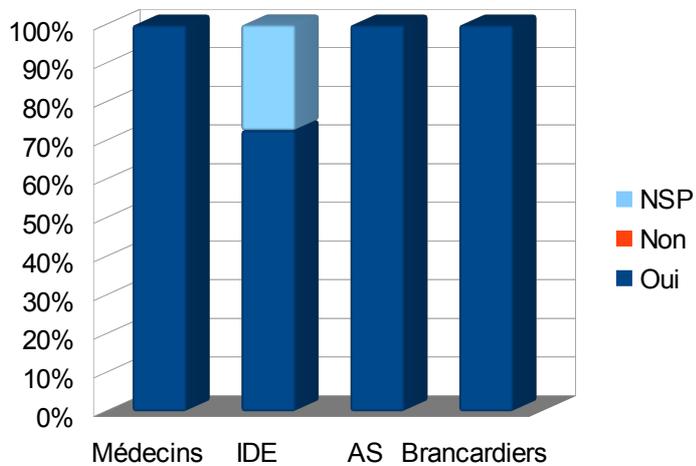
**Figure 3 : pourcentage de réponses à la question 6 « L'utilisation du patient standardisé a-t-elle favorisé selon vous, votre implication dans le scénario ? » sur l'ensemble des questionnaires de satisfaction**

Enfin 97% des participants estiment que cette formation va leur être utile dans leur pratique professionnelle principalement en termes de gestion du stress et de la perte de contrôle.



**Figure 4 : pourcentage de réponses à la question 7 « Pensez-vous que cette formation va vous être utile dans votre pratique professionnelle ? » sur l'ensemble des questionnaires de satisfaction**

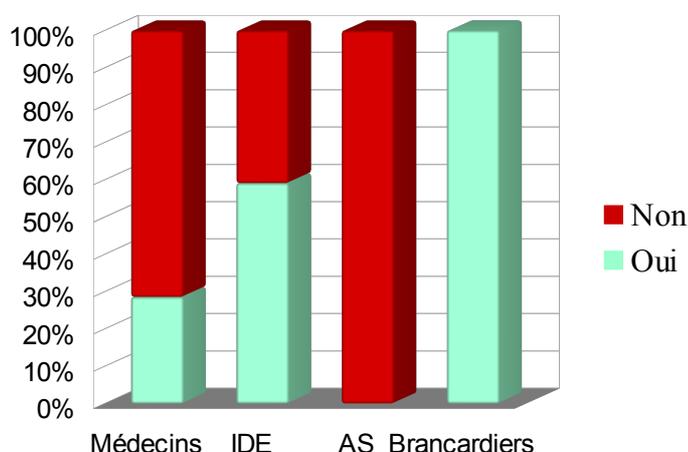
Et 81% se disent plus à même d'aborder une situation similaire avec un comportement adapté (attitude, prise de recul, communication verbale et non verbale).



**Figure 5 : pourcentage de réponses à la question 8 « Vous sentez-vous capable, après cette formation d'aborder des situations similaires dans votre pratique quotidienne ? » sur l'ensemble des questionnaires de satisfaction**

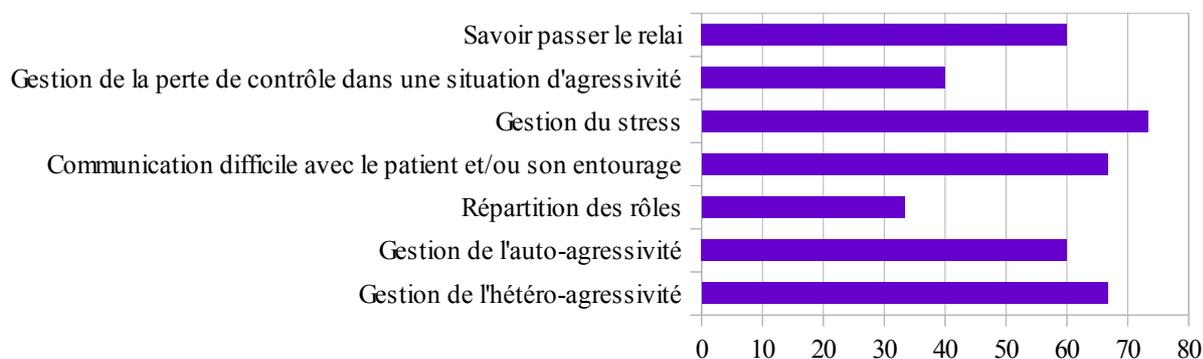
### **5.3 Efficacité et impact : évaluation à distance de la session par les apprenants**

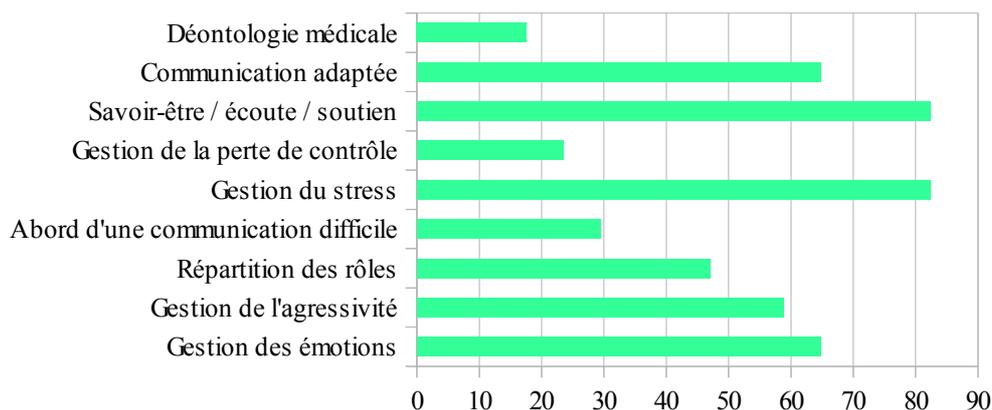
L'analyse des questionnaires sur l'impact à distance montre que sur l'ensemble des sessions, 50% des participants ont été amené à gérer une situation semblable au cas étudié depuis la formation. On note cependant un réel écart suivant les thèmes abordés puisque 86,7% des participants ont rencontré une situation similaire dans leur pratique avec une fréquence qu'ils estiment dans l'ensemble à plusieurs fois par mois pour les sessions 1 et 2 (agressivité), contre seulement 17,6% pour les sessions 3 et 4 (annonce d'un événement grave), où seuls les IDE ont pu être amené à gérer un cas semblable.



**Figure 6 : pourcentage de réponses à la question 1 « Depuis la formation, avez-vous été amené à gérer une situation semblable au cas étudié ? » sur l'ensemble des questionnaires d'impact à distance**

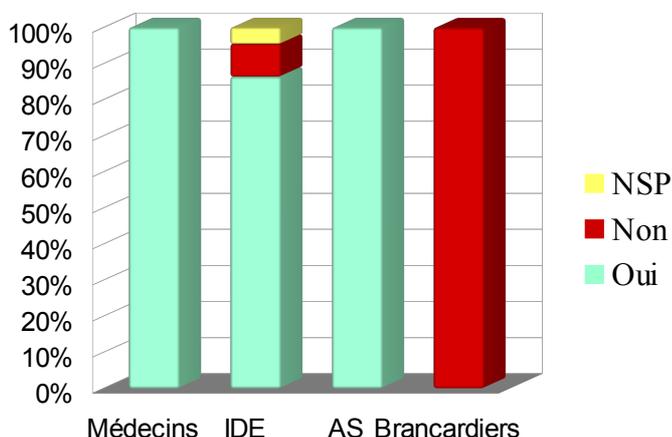
Sur l'ensemble des séances, 62,5% des objectifs pédagogiques ont pu être mis en application au moins une fois dans la pratique quotidienne par 50% des participants.





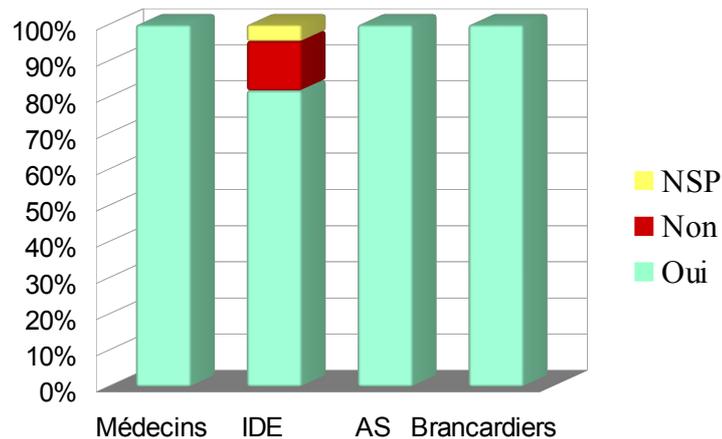
**Figure 7 : pourcentage d'apprenants ayant pu mettre en application les objectifs pédagogiques suivants depuis la formation**

87,5% estiment que cette formation leur a permis d'aborder ces différents points plus facilement. Ils reconnaissent pour la plupart accorder une plus grande importance à la communication avec le patient et son entourage et favoriser la répartition des rôles en passant le relais, diminuant ainsi l'auto et l'hétéro-agressivité. Plusieurs d'entre eux admettent que les connaissances acquises lors de la formation (importance d'une communication adaptée, attitudes, prise de recul) leur ont permis de désamorcer des situations difficiles et d'aborder ces situations plus sereinement.



**Figure 8 : pourcentage de réponses à la question 3 « Cette formation vous a-t-elle permis d'aborder ces différents points plus facilement ? » sur l'ensemble des questionnaires d'impact à distance**

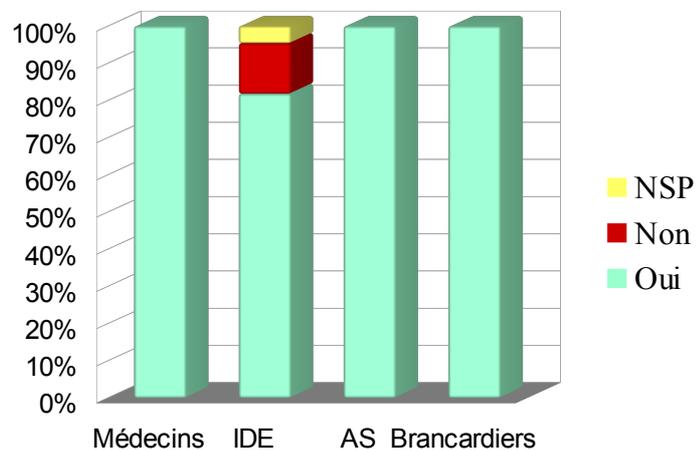
87,5% des participants estiment que la formation a été utile pour eux, que celle-ci a eu un impact positif et qu'elle a entraîné un changement dans leur pratique professionnelle. Ils admettent notamment privilégier un travail en amont de la situation de crise en analysant leurs propres réactions et en favorisant la prise de distance.



**Figure 9 : pourcentage de réponses à la question 4 « Cette formation a-t-elle eu un impact et a-t-elle apporté un changement dans votre pratique professionnelle ? » sur l'ensemble des questionnaires d'impact à distance**

Sur l'ensemble des sessions, 87,5% pensent qu'il serait utile de réitérer une telle formation. Ils estiment pour la plupart qu'une seule formation n'est pas suffisante et qu'il est primordial de se former régulièrement permettant ainsi la poursuite de l'amélioration des pratiques professionnelles (évaluation des acquis, des capacités, des difficultés, approfondissement des connaissances). Ils considèrent que la répétition de cette formation permettrait un apport bénéfique dans leur prise en charge à long terme, que cela leur permettrait d'être plus à l'aise et de mieux appréhender les situations difficiles, tout en favorisant l'expression en équipe.

78,1% considère qu'une telle formation devrait être renouvelée 1 à 3 fois par an.



**Figure 10 : pourcentage de réponses à la question 6 « Vous semble-t-il utile de réitérer une telle formation ? » sur l'ensemble des questionnaires d'impact à distance**

Enfin 90,6% des apprenants seraient intéressés pour participer à une autre formation avec utilisation du patient standardisé car cette méthode leur paraît adaptée à la pratique quotidienne et qu'elle favorise la communication inter et intra-équipe. Ils soulignent également l'intérêt d'avoir plusieurs points de vue lors de l'analyse post-situation.

## **5.4 Discussion**

D'après les différents résultats recueillis lors de l'analyse des questionnaires, il se dégage plusieurs points importants :

- Les apprenants ont été dans l'ensemble très satisfaits de la formation (contenu, implication, réalisme, intérêt)
- L'apprentissage en termes d'acquisition de connaissances et de compétences a été pour la majorité validé et a pu être mis en application, validant ainsi le transfert d'apprentissage
- La méthode d'apprentissage (soit l'utilisation du PS) a été approuvée par 93,8% des participants et a eu une influence directe sur leur satisfaction et leur apprentissage
- Enfin, l'impact positif estimé et l'analyse du changement des pratiques professionnelles à distance confirme la pertinence de cette méthode d'apprentissage

Concernant la méthodologie d'évaluation, des limites sont cependant apparues. Tout d'abord, la mesure de l'impact clinique de la formation (niveau 4) n'a pas pu être réalisée.

Il aurait été également pertinent d'évaluer le degré de satisfaction en incluant une échelle numérique ou échelle de Likert aux questions.

Le niveau 2 de l'évaluation n'a pu être mesuré que par auto-évaluation. L'analyse du feed-back des comédiens aurait pu être intéressante.

Enfin , le caractère obligatoire de la participation des IDE, AS et du brancardier a pu créer un biais dans l'auto-évaluation de ces participants, contrairement aux médecins qui ont participé de façon volontaire à la formation.

## **6. Conclusion**

L'utilisation du patient standardisé comme méthode d'apprentissage lors des sessions de simulation paraît être approuvée et reconnue par le personnel du SAU tant au niveau médical que paramédical.

De plus, cette méthode présente un avantage important en termes de coût. En effet, jusqu'à présent, le financement de ces séances ne comptait que le temps de présence de l'équipe encadrante et des participants.

Il apparaît donc intéressant de réitérer une telle formation au sein du service pour la formation des compétences non techniques avec le maintien en parallèle de sessions de simulation utilisant le mannequin haute-fidélité.

Des thèmes pertinents ont d'ailleurs été proposés par le personnel ayant participé à cette formation (prise en charge d'un patient agité avec pathologie psychiatrique, prise en charge d'un patient potentiellement grave en refus de soins, gestion d'une réanimation avec conflit inter-équipe), et pourront être mis en place lors de futures sessions.

## 7. Annexes

### 7.1 Annexe 1

#### Nom du scénario : Prise en charge d'une famille agressive

<b>Objectifs pédagogiques</b>	
<u>Médicaux</u>	<u>CRM</u> Gestion agressivité Garder le contrôle Droits des patients et de la famille Répartition des rôles Informations à donner à la famille
<b>Points majeurs à débriefer</b>	
<u>Médicaux</u>	<u>CRM</u> Ressenti hétéro-agressivité Ressenti auto-agressivité Comment gérer une perte de contrôle ? Passer le relais Identification du soignant

<b>Description narrative du cas</b>	
<p>Mr X, 66 ans, est actuellement hospitalisé au box chir 5 pour décompensation de BPCO. Il est connu de l'hôpital pour de nombreux passages. A chaque fois ça s'est mal passé à l'hôpital avec sa famille.</p> <p>Lors de la PEC, le patient s'aggrave avec désaturation. Le médecin s'occupe de la désaturation, appelle les réanimateurs, etc...</p> <p>L'agent administratif appelle pour dire que la famille « pète les plombs » à l'accueil. Le médecin en charge du patient envoie l'IDE à l'accueil pour gérer la famille.</p>	
<b>Nombres de participants et rôles</b>	
<i>Formateurs :</i> 1 observateur, 1 médecin complice 2 comédiens famille	<i>Apprenants :</i> 1 IDE référente 1 IDE renfort si besoin 1 brancardier
<b>Précisions cliniques</b>	
<u>Au début du scénario</u>  TA 16/9 FC 95 Sat 95% sous 5L O2 Rythme sinusal Position demi-assis	<i>A la demande</i>

Durant le scénario

TA 20/9  
FC 110  
Sat 82% sous 5L  
Sinusal  
sueurs

**Préparation de la salle**

*Environnement type :*

Box chir 5 : patient mannequin HF  
Salle de réunion : accueil du SAU

*Comprenant :*

Box :

- brancard
- mannequin HF en chemise d'hôpital perfusé
- aérosol en cours
- scopé

**Préparation physique du simulateur**

En chemise d'hôpital, perfusé, aérosol en cours, scopé

**Instructions pour le ou les facilitateurs**

**1. comédiens famille :**

**1.1. mère :**

agressive d'emblée  
demande à voir le médecin  
veut voir le nom de l'IDE qui lui parle  
insultes verbales : « vous n'êtes qu'une pauvre IDE, je veux voir le Docteur », « sale conne », « faites votre boulot de merde », « allez boire votre café au lieu de me faire chier »...

**1.2. frère**

agressif d'emblée  
bien habillé  
demande à voir le patient  
menace de porter plainte  
connaît ses droits  
sa sœur avocate arrive et ça va mal aller

**2. médecin**

focalisé sur la gestion du patient qui s'aggrave  
délègue la gestion de la famille à l'IDE  
non aidant vis-à-vis de son équipe en difficulté

**Action de fin de scénario**

*Quand*

Quand la famille force le passage vers le  
box Chir 5

*Comment*

## 7.2 Annexe 2

### Nom du scénario : Prise en charge d'un patient agité

<b>Objectifs pédagogiques</b>	
<u>Médicaux</u> Quelles sont les bonnes pratiques de la contention physique ? Quelles sont les bonnes pratiques de la contention chimique ? Causes d'agitation non psychiatriques	<u>CRM</u> Comment gérer une perte de contrôle ? Quand passer le relais ? Répartition des rôles
<b>Points majeurs à débriefer</b>	
<u>Médicaux</u> Prescription écrite, horodatée, en temps réel Surveillance du patient contentonné : constantes, lieu de contention...	<u>CRM</u> Ressenti de l'hétéro agressivité et de l'auto agressivité Répartition des rôles
<b>Description narrative du cas</b>	
<p>4 h 30 du matin, un homme de 45 ans, arrive par les SP pour alcoolisation aigue. Patient mis en box. S'agite brutalement, se lève, va tomber, hurle. Appel téléphonique à l'interne de garde qui dort. Prescrit par téléphone la contention physique sans se déplacer. Après contention physique, le patient continue à hurler. Arrivée du sénior de garde, recadre, prescription de contention chimique.</p>	
<b>Nombres de participants et rôles</b>	
<b><u>Formateurs :</u></b> 1 observateur, 1 médecin complice (interne par tel puis senior présent à la fin du scénario) 1 comédien patient	<b><u>Apprenants :</u></b> 1 IDE référente 1 IDE renfort 1 brancardier
<b>Précisions cliniques</b>	
<u>Au début du scénario</u> TA 145/88 FC 104 Saturation 95% en air ambiant	<u>A la demande</u> HGT 0.78 Température 36.8

<p><i>Durant le scénario</i></p> <p>Après contention TA 112/62 FC 72 Sat 94% AA Temp 36.1 HGT 0.7</p>	
---	--

<p><b>Préparation de la salle</b></p> <p><i>Environnement type :</i> Box puis box bleu</p> <p><i>Comprenant :</i></p> <p><input type="checkbox"/> contentions X 4 + ceinture ventrale <input type="checkbox"/> valium <input type="checkbox"/> loxapac <input type="checkbox"/> chariot de soin <input type="checkbox"/> brancard <input type="checkbox"/> chemise d'hôpital</p>	

<p><b>Instructions pour le ou les facilitateurs</b></p> <p><b>1. Comédien patient :</b> S'agite brutalement Alcoolisé ++ Titube Agressif Insultant Refuse de s'allonger Veut partir Trébuche...</p> <p><b>2. Interne :</b> Dort Râle quand on appelle Prescrit par téléphone la contention physique Ne prescrit pas les constantes Ne demande pas de précision sur l'histoire de la maladie</p> <p><b>3. Senior :</b> Arrive à la fin Demande le dextro, l'histoire de la maladie Recadre toute l'équipe</p>	
<b>Action de fin de scénario</b>	
<i>Quand</i>	<i>Comment</i>
Après préparation de l'injection, avant l'injection	Entrée des formateurs

## 7.3 Annexe 3

### Nom du scénario : Annonce d'un décès inopiné aux urgences

<b>Objectifs pédagogiques</b>	
<u>Médicaux</u> Gestion ACR Connaître les 3 phases du deuil initiales : refus, colère, tristesse	<u>CRM</u> Annonce d'un décès inattendu Identifier le référent Position adaptée Dominer ses propres émotions Savoir qui parle Saluer, donner son nom, fonction, présenter les autres personnes Confirmer l'identité du défunt Redonner la chronologie des événements ayant conduits au décès Eviter tout jargon médical : utiliser le mot « mort » Après l'annonce, savoir instaurer un temps de silence Proposer à la famille de voir le corps, en leur laissant un délai de réflexion Rendre le corps présentable pour la présentation : pas de tube, VVP, électrodes, environnement propre et non sanglant Remplir le certificat de décès

### **Description narrative du cas**

Mr M, 52 ans, kinésithérapeute, se présente aux urgences pour douleur thoracique. Au moment de l'installation par l'IAO, il s'effondre.

### **Nombres de participants et rôles**

<i>Formateurs :</i>  1 IAO 1 observateur et simpad 3 comédiens : 1 femme, 1 fils, 1 fille 1 psychologue	<i>Apprenants :</i>  1 médecin 2 IDE 1 AS 1 brancardier
--	--

### **Précisions cliniques**

<i>Au début du scénario</i> D'emblée en asystolie.	<i>A la demande</i> Femme en salle d'attente
---	---

<i>Durant le scénario</i>	
Reste en asystolie	
<b>Préparation de la salle</b>	
<i>Environnement type :</i> SAUV Couloir	
<i>Comprenant :</i>	
<input type="checkbox"/> mannequin habillé <input type="checkbox"/> salle de SAUV <input type="checkbox"/> dans le couloir prévoir 2-3 chaises <input type="checkbox"/> certificat de décès	
<b>Préparation physique du simulateur</b>	
habillé	
<b>Programmation du simulateur</b>	
<i>Paramètres cliniques et vitaux initiaux</i>	<i>Evolution souhaitée</i>
Asystolie permanente	Reste en asystolie

<b>Instructions pour le ou les facilitateurs</b>	
<b>Femme :</b>	
Demande comment va son mari, veut le voir, « est ce qu'il va mieux ? »	
Cherche son mari mais sans être intrusive	
Effondrée d'emblée à l'annonce du diagnostic et de la mort	
Mutique ou crie pleure, en alternance	
<b>Fils :</b>	
Veut une raison à sa mort	
Si le docteur dit : « arrêt cardiaque » ou « il nous a quitté » ou « il n'a pas pu être réanimé » : ne comprend pas, « mais il va bien n'est ce pas ? », pose des questions « comment va-t-il ? » « on peut le voir s'il va mieux ? »	
<b>Fille :</b>	
A l'annonce du décès agressive « vous n'avez pas tout fait pour lui sûrement il ne serait pas mort ailleurs », « vous avez été trop long à le prendre en charge » « j'ai vu, il a marché pour aller dans votre salle »	
Cherche à gifler le docteur tellement elle est en colère	
<b>Action de fin de scénario</b>	
<i>Quand</i>	<i>Comment</i>
Entrée des formateurs	

## 7.4 Annexe 4

### Nom du scénario : Annonce d'une mauvaise nouvelle

<b>Objectifs pédagogiques</b>	
<u>Médicaux</u>	<u>CRM</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Relation soignant- soigné</li> <li>– Communication adaptée</li> <li>– Savoir être / écoute</li> <li>– Connaissances des étapes du deuil</li> <li>– Connaissances des mécanismes de défense patients et soignants</li> <li>– Gestion des émotions, de ces limites</li> <li>– Connaissances des bonnes conditions d'annonce (lieux, par qui ? A qui ? Entourage présent?)</li> <li>– Déontologie médicale (droit à l'information claire et appropriée)</li> </ul>

### **Description narrative du cas**

Il est 15h, Mme S., 32 ans s'est présentée aux urgences en début d'après-midi accompagnée par son mari et sa soeur pour clonies de la main droite évoluant depuis le réveil. Après 1h30 de prise en charge, Mme S. installée en salle de déchocage, fait une crise convulsive ne cédant pas. Les résultats d'un TDM cérébral réalisé auparavant sont transmis au médecin en charge avec découverte d'une masse cérébrale.

### **Nombres de participants et rôles**

<i>Formateurs :</i> 1 formateur observateur 1 Simpad 2 comédiens (mari + sœur) 1 psychologue	<i>Apprenants :</i> 1 médecin 1 IDE 1 AS 1 brancardier
--	--

### **Précisions cliniques**

<u>Au début du scénario</u>  TA = 98/54 pouls = 112 Sat° = 89%	<u>A la demande</u>  HGT = 1,12 T° = 36,1° GSG = crise comitiale
--	--

<p><u>Durant le scénario</u></p> <p>TA = 94/57  pouls = 98  sat° = 95% si mise sous O2 sinon 88%</p>	
--	--

<p><b>Préparation de la salle</b></p> <p><i>Environnement type :</i></p> <p><i>Déchocage</i>  <i>Couloir</i></p> <p><i>Comprenant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 mannequin HF en blouse, perfusé</li> <li><input type="checkbox"/> 1 scope</li> <li><input type="checkbox"/> 1 brancard</li> <li><input type="checkbox"/> 1 ampoule de Rivotril</li> <li><input type="checkbox"/> 1 ampoule de Valium</li> <li><input type="checkbox"/> Prodilantin</li> <li><input type="checkbox"/> résultats TDM cérébral</li> <li><input type="checkbox"/> Couloir avec 3 chaises</li> </ul>	
<p><b>Préparation physique du simulateur</b></p> <p>En blouse, perfusé, scopé.</p>	
<p><b>Programmation du simulateur</b></p>	
<p><i>Paramètres cliniques et vitaux initiaux</i></p> <p>TA = 98/54  pouls = 112  Sat° = 89%</p>	<p><i>Evolution souhaitée</i></p> <p>TA = 94/57  pouls = 98  sat° = 95% si mise sous O2 sinon 88%</p>

## Instructions pour le ou les facilitateurs

**Mari** : Veut voir sa femme, intrusif, veut avoir des nouvelles, des informations claires et précises. Agressif à l'annonce, s'énerve, ne comprend pas le mot « masse », « *c'est un cancer ?* », « *ce n'est pas possible, elle allait bien, elle a 32 ans, vous êtes sur de votre diagnostic, je veux un autre avis* », « *pourquoi on ne la transfère pas dans un service de neurologie alors, il faut l'opérer rapidement !* ». Crie sur le médecin, ne le laisse pas parler.

**Soeur** : Prostrée, mutique à l'annonce, dans le déni, ne comprend pas ce qui se passe, calme, n'assimile pas le discours du médecin. « *Mais ce n'est pas trop grave Docteur ?* », « *Vous pensez qu'elle pourra sortir ce soir ? Qu'elle pourra reprendre le travail rapidement ?* »

### Action de fin de scénario

*Quand*

*Entretien d'annonce terminé*

*ment*

*Entrée des formateurs*

## **7.5 Annexe 5 : Questionnaire satisfaction agressivité**

1) La formation a t elle répondu à vos attentes, vos besoins ?

- oui  non

2) Cette formation a-t-elle atteint les objectifs pédagogiques suivants ? (Si oui, cochez la case)

- gestion de l'hétéro-agressivité
- gestion de l'auto-agressivité
- répartition des rôles
- amélioration de la communication
- gestion du stress
- gestion de la perte de contrôle
- savoir passer le relais
- connaissances du droit des patients et des familles

Si non, pourquoi ?

3) Les objectifs pédagogiques de cette formation avaient-ils un intérêt pour vous ?

- oui  non

4) Le contenu de la formation était-il adapté aux objectifs pédagogiques ?

- oui  non

Si non, pourquoi ?

5) Pensez-vous que l'utilisation du patient standardisé était une méthode pédagogique adaptée aux objectifs de cette formation ?

- oui  non

Si oui, pourquoi ?

Si non, quelle autre méthode vous aurait semblé plus adaptée ?

6) L'utilisation du patient standardisé a-t-elle favorisé selon vous, votre implication dans le scénario ?

- oui  non

7) Pensez-vous que cette formation va vous être utile dans votre pratique professionnelle ?

oui

non

Si oui, quels points acquis lors de cette formation allez-vous pouvoir mettre en application ?

8) Vous sentez-vous capable, après cette formation d'aborder des situations similaires dans votre pratique quotidienne ?

oui

non

## **7.6 Annexe 6 : Questionnaire satisfaction annonce d'évènement grave**

1) La formation a-t-elle répondu à vos attentes, vos besoins ?

- oui                       non

2) Cette formation a-t-elle atteint les objectifs pédagogiques suivants ? (Si oui, cochez la case)

- gestion des émotions
- gestion de l'agressivité
- répartition des rôles
- abord d'une communication difficile
- gestion du stress
- gestion de la perte de contrôle
- savoir-être / écoute / soutien
- communication adaptée
- déontologie médicale

Si non, pourquoi ?

3) Les objectifs pédagogiques de cette formation avaient-ils un intérêt pour vous ?

- oui                       non

4) Le contenu de la formation était-il adapté aux objectifs pédagogiques ?

- oui                       non

5) Pensez-vous que l'utilisation du patient standardisé était une méthode pédagogique adaptée aux objectifs de cette formation ?

- oui                       non

Si oui, pourquoi ?

Si non, quelle autre méthode vous aurait semblé plus adaptée ?

6) L'utilisation du patient standardisé a-t-elle favorisé selon vous, votre implication dans le scénario ?

- oui                       non

7) Pensez-vous que cette formation va vous être utile dans votre pratique professionnelle ?

oui

non

Si oui, quels points acquis lors de cette formation allez-vous pouvoir mettre en application ?

8) Vous sentez-vous capable, après cette formation d'aborder des situations similaires dans votre pratique quotidienne ?

oui

non

## **7.7 Annexe 7 : Questionnaire impact à distance agressivité**

1) Depuis la formation, avez-vous été amené à gérer une situation semblable au cas étudié?

oui

non

Si oui, à quelle fréquence ?

2) Depuis la formation, avez-vous pu mettre en application les points suivants dans votre pratique professionnelle ? (Si oui, cochez la case et précisez à quelle fréquence)

- gestion de l'hétéro-agressivité
- gestion de l'auto-agressivité
- répartition des rôles
- communication difficile avec le patient et/ou son entourage
- gestion du stress
- gestion de la perte de contrôle dans une situation d'agressivité
- savoir passer le relais

3) Cette formation vous a-t-elle permis d'aborder ces différents points plus facilement ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

Pourquoi ?

4) Cette formation a-t-elle eu un impact et a-t-elle apporté un changement dans votre pratique professionnelle ?

oui

non

Si oui, comment ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

5) A ce jour, cette formation semble-t-elle vous avoir été utile dans votre pratique professionnelle ?

oui

non

Pourquoi ?

6) Vous semble-t-il utile de réitérer une telle formation ?

oui

non

Pourquoi ?

Si oui, à quelle fréquence ?

7) Vous serait-il intéressant de participer à une autre formation utilisant la même méthode d'apprentissage (utilisation du patient standardisé) ?

oui

non

Pourquoi ?

Si oui, quel sujet aimeriez-vous aborder ?

## **7.8 Annexe 8 : Questionnaire impact à distance annonce événement grave**

1) Depuis la formation, avez-vous été amené à gérer une situation semblable au cas étudié ?

- oui  non

Si oui, à quelle fréquence ?

2) Depuis la formation, avez-vous pu mettre en application les points suivants dans votre pratique professionnelle ? (Si oui, cochez la case et précisez à quelle fréquence)

- gestion des émotions
- gestion de l'agressivité
- répartition des rôles
- abord d'une communication difficile
- gestion du stress
- gestion de la perte de contrôle
- savoir-être / écoute / soutien
- communication adaptée
- déontologie médicale

3) Cette formation vous a-t-elle permis d'aborder ces différents points plus facilement ?

- oui  non

Si oui, lesquels ?

Pourquoi ?

4) Cette formation a-t-elle eu un impact et a-t-elle apporté un changement dans votre pratique professionnelle ?

- oui  non

Si oui, comment ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

5) A ce jour, cette formation semble-t-elle vous avoir été utile dans votre pratique professionnelle ?

oui

non

Pourquoi ?

6) Vous semble-t-il utile de réitérer une telle formation ?

oui

non

Pourquoi ?

Si oui, à quelle fréquence ?

7) Vous serait-il intéressant de participer à une autre formation utilisant la même méthode d'apprentissage (utilisation du patient standardisé) ?

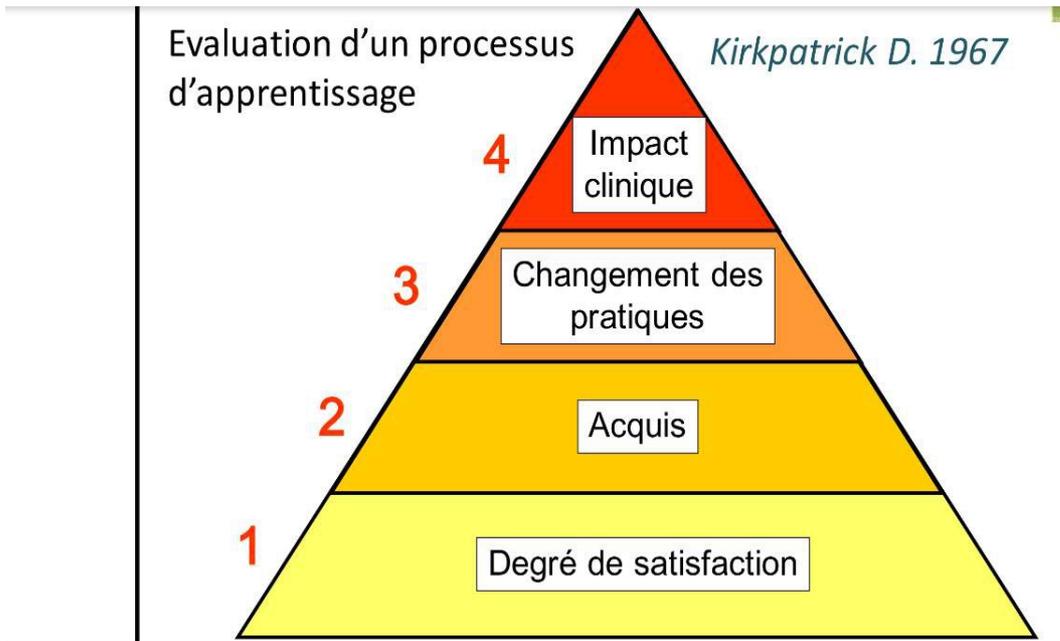
oui

non

Pourquoi ?

Si oui, quel sujet aimeriez-vous aborder ?

## 7.9 Annexe 9 : Modèle d'évaluation de Donald Kirkpatrick



## 7.10 Annexe 10 : Tableau de débriefing

Pour chacun des principes du débriefing ci-dessous, inscrivez, en vous inspirant de la simulation que nous venons de faire, des phrases types ou des questions types qui vous permettront de mettre en œuvre ces principes dans vos propres débriefing

	« Efficace / Constructif »	« Inefficace / Délétère »
<b>Garantir la sécurité affective</b> : diminuer le stress, la tension, faire verbaliser sentiments / émotions		
<b>Explorer le processus cognitif</b> : rendre explicite les comportements observés		
<b>Activer les connaissances</b> : explorer les connaissances antérieures des participants		
<b>Contextualisation</b> : stimuler une réflexion des participants sur leurs performances et sur la synthèse du problème		
<b>Décontextualisation</b> : faire des lien , générer le transfert des connaissances à d'autres situations		
<b>Recontextualisation</b> : amener les participants à identifier des objectifs d'apprentissage		

D'après M. Jaffrelot et G. Savoldelli

## 8. Bibliographie

1. Ghazali A, Boureau-Voultoury A et al. (2012) La simulation : du task-trainer au crisis ressource management, un défi pédagogique pour la médecine d'urgence. *Ann Fr. Med Urgences* 2:384-392
2. Granry JC, Moll MC (2014) La simulation : un facteur de développement des compétences professionnelles. *Risques et qualité*, Volume XI, 1 : 21-25
3. Mantz JM, Wattel F (2006) Importance de la relation soignant-soigné. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, vol. 190, 9 : 1999-2011
4. Cuenot S, Cochand P, Lanares J, Feihl F, Bonvin R, Guex P, Waeber B (2005) L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie médicale* nov 2005;6 : 216-224
5. Granry JC, Moll MC (2012) Etat 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. Rapport de mission HAS du 10 janvier 2012 ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))
6. Layat C, Baroffio A, Demaurex F, Huber P, Pr Nu Viet Vu, Programme des patients standardisés, Université de Genève, Faculté de médecine : 8
7. Laborie JM, Haegel A, Carli P (2002) L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières. *Jeur* 2002 15 : 5-14
8. Barron O. Des comédiens réinventent l'art de la consultation , *Le Monde*, 16 janvier 2013
9. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Med Educ* 1980;14:249-53
10. Granry JC, Moll MC. Evaluation et amélioration des pratiques – Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, décembre 2012
11. Programme des patients standardisés, Université de Fribourg/Faculté des sciences : 5
12. [www.ouest-france.fr/bretagne/brest-29200/sante-des-acteurs-pour-former-les-praticiens](http://www.ouest-france.fr/bretagne/brest-29200/sante-des-acteurs-pour-former-les-praticiens)
13. Guide pour les examens des compétences cliniques (OSCE/ECOS) à l'usage des enseignants évaluateurs, Université de Fribourg / Faculté des sciences
14. [www.letelegramme.fr/local/morbihan/lorient/ville/ifsi-des-acteurs-dans-la-peau-des-patients](http://www.letelegramme.fr/local/morbihan/lorient/ville/ifsi-des-acteurs-dans-la-peau-des-patients)

15. Leonce C. Aux frontières du réel : le patient dans tous ces états. Une typologie des différents modèles utilisés pour la simulation en santé aux Etats-Unis, ResearchGate, avril 2014
16. [www.aspeducators.org](http://www.aspeducators.org)
17. <http://www.afsarmu.fr/wp-content/uploads/2014/04/Synthèse-PS.pdf>.
18. Verborg S, Reliat C, Granry JC, Moll MC, Berton J, Cartier-Chatron I, Hureaux J. Le patient standardisé : un nouveau métier de la simulation. L'expérience du CHU d'Angers
19. Moll MC. Le patient simulé. XXVIème colloque national des CESU, Toulon, décembre 2015
20. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (2000), To err is human
21. Lejonec J.L., Ducasse J.L., Ducreux J.C., Lauque D, Lebrin P. Agitation en urgence (petit enfant excepté) Texte long. SFMU, 9ème conférence de consensus, Toulouse, 6 décembre 2002
22. Mihura J, Erbaut M, Chabot J.M, Grenier C. Annoncer une mauvaise nouvelle, HAS, février 2008
23. Loreta S. (2011) Décès inopiné aux urgences, annonce et prise en charge de la famille, SFMU ; 107 : 1201-1207

## **9. Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier le Dr Lecomte, pour m'avoir communiqué cette passion pour la simulation, outil que je souhaite vraiment continuer à développer et à approfondir au sein de ma structure hospitalière.

Je remercie également Aurélie Hervieux pour m'avoir accompagné et fait confiance dans ce beau projet durant ces trois dernières années.

Merci aux comédiens de l'Atelier théâtre seniors Nogentais pour leur travail et leur disponibilité lors de chacune de ces séances de formation.

Merci à Marie Christine Le Gaillart, Séverine Teissier et au Dr Wargon pour avoir permis la réalisation de ce projet au sein du service.

Merci au Dr Wargon et à Aurélie pour leurs relectures attentives.