

Remerciements

J'adresse mes premières reconnaissances à mes Chers Encadrants Pr. ELACHQAR Abdelrhani, Pr. SQALLI HOUSSAINI Tarik, malgré leurs multiples occupations et responsabilités, pour leurs précieux conseils et leurs efforts continus d'accompagnement et de soutien durant toutes les années de formation. C'est avec un immense plaisir que je vous exprime mes Chers Encadrants, les expressions de respect et de considération les plus sincères.

Mes chaleureux remerciements sont adressés également à Mme le Pr. KADDARI Fatiha qui m'a accompagnée tout au long de ce travail avec ses directives, conseils et remarques pertinents. Les discussions de travail avec elle ont été toujours sources d'inspiration. Qu'elle trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

Nos vifs remerciements s'adressent également aux membres de jury rapporteurs, les Professeurs HILALI Abderraouf, BOUKATTA Brahim, HIMMI Banacer et examinateurs les Professeurs TACHFOUTI Nabil, DAGHMAOUI Hassan et EL OUALI LALAMI Abdelhakim qui ont accepté d'évaluer ce présent travail de Thèse.

Nous adressons un remerciement spécial à tous les étudiants et le corps pédagogique et administratif de l'ISPITS Fès, ainsi, tous les professionnels de santé ayant participé à nos études.

Nous tenons à remercier, chaleureusement, tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce document.

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mes Chers Parents, Frères et Sœurs qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de notre des années de formation, et qui m'ont fait preuve de sacrifice, de patience et d'amour.

A ma Femme et mes Enfants pour leur présence continue à mon côté, pour leur soutien énorme, leur disponibilité et leur bienveillance.

A mes Chers Ami(e)s et Collègues pour leurs encouragements et leur assistance et collaboration.

A tous ceux qui me sont Chers pour leurs sentiments de confiance et de respect envers ma personne.

Je vous souhaite toutes et tous une vie pleine de santé, bonheur et épanouissement.

Je vous serai toujours reconnaissant.

Que DIEU vous protège et vous apporte le succès.

Liste des travaux et publications

► Liste des Articles

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T. & Kaddari, F. (**2019**). Impact of tutoring method on improving the quality of clinical supervision in the context of nursing education. *European Scientific Journal (ESJ)*, 15(6). e-ISSN 1857- 7431. February 2019. [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139).

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., & Kaddari, F. (**2020**). Study of the implementation of the teachings in a simulation laboratory: Case of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez, Morocco. *International Journal of Advanced Research in Innovation, Management & Social Science (IJARIMSS)*, ISSN: 2739-6797, 2(1), June 2020.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., & Kaddari, F. (**2021**). Study of teaching / learning by simulation applied in nursing training: Case of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez. *Review of International Geographical Education (RIGEO)*, 11(5), SPRING 2021, ISSN : 2146-0353, doi: 10.48047/rigeo.11.05.171.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., & Kaddari, F. (**2022**). Study of the relationship between simulation and clinical internships for nursing and technical health professions students. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 17(15), pp. 108–122. e-ISSN: 1862-0383. <https://doi.org/10.3991/ijet.v17i15.31827>.

► Liste des Communications Orales

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., & Kaddari, F. (**2018**). A Comparative study of clinical supervision methods for nursing students. La 1^{ère} édition de la *Conférence Internationale, Technologie, Innovation et Systèmes d'Information « CITISI'18 »* à l'ENSA de Tétouan, les 17-18/03/2018. ISBN : 978-613-8-40762-1, Editions Universitaires Européennes.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., et Kaddari, F. (**2018**). Les contraintes d'instauration du système Tutorat dans l'encadrement clinique des étudiants infirmiers.

La 3^{ème} édition de la *Conférence Internationale sur les Approches Pédagogiques et E-Learning* « APEL'18 » à l'EST de Fès, les 28-29-30/11/2018.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., & Kaddari, F. (**2020**). Study of the implementation of the teachings in a simulation laboratory: Case of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez, Morocco. La *Conférence Internationale, innovation, management et technologies* « ICIMT'8 » à Poitiers en France, les 25-26-27/04/2020. ISSN : 2665-8763.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., et Kaddari, F. (**2021**). Etude de la mise en œuvre des apprentissages dans un laboratoire de simulation : Cas de l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé de Fès, Maroc. La 2^{ème} édition des *Journées Scientifiques* « 2JSISPITSF » à l'ISPITS de Fès, les 02-03/07/2021. Dépôt légal: 2021M03034, ISBN: 978-9920-33-977-3.

Merabti, A., Elachqar, A., Sqalli Houssaini, T., et Kaddari, F. (**2022**). Expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement clinique des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. La 3^{ème} édition des *Journées Scientifiques* « 3JSISPITSF » à l'ISPITS de Fès, les 24-25/06/2022. Dépôt légal: 2021M03034, ISBN: 978-9920-33-977-3.

Sommaire

Remerciements	2
Dédicaces	3
Liste des travaux et publications	4
Résumé général	8
General abstract	9
ملخص عام	10
Liste des abréviations	11
Liste des tableaux	12
Liste des figures	13
Liste des annexes	15
Introduction générale	1
Partie I : Les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et l'encadrement par tutorat	13
Chapitre I : Étude de l'état des lieux des stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et les méthodes utilisées dans l'encadrement	14
1. Résumé	15
2. Introduction	15
3. Revue de littérature	17
4. Méthodologie	24
5. Résultats	25
6. Conclusion	25
Chapitre II : Etude d'impact de la méthode tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques au contexte de la formation des professions infirmières et techniques de santé	26
1. Résumé	27
2. Introduction	28
3. Revue de littérature	28
4. Méthodologie	35
5. Résultats	36
6. Conclusion	37
Chapitre III : Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé	39
1. Résumé	40
2. Introduction	40
3. Revue de littérature	41
4. Méthodologie	43
5. Résultats et discussion	44
6. Conclusion	50
Chapitre IV : Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé	52

1. Résumé -----	53
2. Introduction -----	54
3. Revue de littérature -----	55
4. Méthodologie -----	63
5. Résultats -----	64
6. Conclusion -----	74
Partie II : La pratique de la simulation dans le cursus de formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé -----	76
Chapitre I : Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé -----	77
1. Résumé -----	78
2. Introduction -----	78
3. Revue de littérature -----	79
4. Méthodologie -----	83
5. Résultats et discussion -----	84
6. Conclusion -----	95
Chapitre II : Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé -----	96
1. Résumé -----	97
2. Introduction -----	98
3. Revue de littérature -----	99
4. Méthodologie -----	100
5. Résultats et discussion -----	101
6. Conclusion -----	109
Partie III : Etude de la relation entre la pratique de la simulation et les stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé --	110
1. Résumé -----	111
2. Introduction -----	111
3. Revue de littérature -----	112
4. Méthodologie -----	116
5. Résultats et discussion -----	117
6. Conclusion -----	125
Partie IV : Les Guides de Bonnes Pratiques -----	126
Chapitre I : Guide de Bonnes Pratiques de la Simulation dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé -----	127
Chapitre II : Guide de Bonnes Pratiques de Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé -----	161
Recommandations -----	193
Conclusion générale et perspectives -----	195
Références -----	199
Annexes -----	208

Résumé général

L'aspect pratique de la formation des professions infirmières et techniques de santé revêt une importance capitale dans le système de santé, puisqu'il permet à l'étudiant l'acquisition des différents savoirs. Cet aspect pratique se concrétise à travers les stages cliniques et la pratique de la simulation. Par ailleurs, ces deux méthodes d'enseignement/apprentissage connaissent quelques contraintes et difficultés lors de leur application. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail de thèse, qui a pour objectif d'étudier les enseignements/apprentissages pratiques (stage clinique et simulation) réalisés dans le contexte de la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Ce travail propose des suggestions qui seront d'un grand intérêt dans l'amélioration de la qualité de ces enseignements/apprentissages.

Pour accomplir ce travail de thèse, nous avons réalisé plusieurs études, théoriques et empiriques, quantitatives et qualitatives, de type descriptive, exploratoire, analytique et expérimentale, auprès des enseignants et des étudiants de l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé de Fès. La collecte des données a été faite à travers des enquêtes via des questionnaires et des entretiens semi-dirigés moyennant des guides. Les données collectées à travers les questionnaires ont été analysées selon la méthode des statistiques descriptives à l'aide des logiciels Epi-Info (7.2) et Excel (2007). Alors que, les réponses collectées lors des entretiens ont été analysées selon la méthode d'analyse de contenu (thématique).

Les principaux résultats de nos études se résument comme suit : a) Le tutorat semble la méthode d'encadrement des stages cliniques la plus pertinente et la plus adaptée au contexte marocain. b) Un Tutorat bien appliqué permet au tuteur d'acquérir des expériences en enseignement, et au tuteur de réussir sa formation. c) Parmi les contraintes d'instauration de cette méthode de tutorat, la pénurie des infirmiers exprimée par 59,60% des étudiants interrogés. d) Après l'expérimentation de l'instauration du tutorat, 45,45% des tuteurs ont rencontré une surcharge du travail, et 67,20% des tutorés ont noté une nécessité de généralisation de cette méthode. Au sujet des résultats relatifs à l'enseignement/apprentissage par la simulation : e) Concernant l'état des lieux de cette pratique, 40,70% des étudiants étaient insatisfaits du déroulement des séances de simulation. f) Après la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un nouveau laboratoire de simulation, l'étude a révélé que 64% des enseignants n'ont pas reçu une formation sur les méthodes et outils pour la manipulation du matériel, et 26% des étudiants étaient peu satisfaits par rapport aux contenus pédagogiques. Concernant la relation entre la simulation et les stages cliniques, 52% des étudiants ont annoncé qu'il est souvent possible de transférer les acquis de l'apprentissage par simulation en gestes pratiques lors des stages cliniques. Finalement, ce travail mérite d'être développé, par des études d'impact des pratiques de tutorat et de simulation, au niveau national.

Mots clés : Enseignement, Apprentissages, Pratique, Stage clinique, Tutorat, Simulation, Formation infirmière, ISPITS.

General abstract

The practical aspect of the training of the nursing professions and health techniques is of crucial importance in the training system, since it allows the student to acquire different knowledge. This practical aspect materializes through clinical internships and the practice of simulation. Moreover, these two teaching/learning methods have some constraints and difficulties during their application. It is in this context that this thesis work falls, the objective of which is to study the practical teaching/learning methods (clinical internship and simulation) carried out in the context of the training of students in the nursing professions and health techniques. This work offers suggestions that will be of great interest in improving the quality of this teaching/learning.

To accomplish this thesis work, we carried out several studies, theoretical and empirical, quantitative and qualitative, of a descriptive, exploratory, analytical and experimental type, with teachers and students of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques of Fez. The data collection was done through surveys via questionnaires and semi-structured interviews using guides. The data collected through the questionnaires were analyzed using the descriptive statistics method using Epi-Info (7.2) and Excel (2007) software. Whereas, the responses collected during the interviews were analyzed using the content (thematic) analysis method.

The main results of our studies can be summarized as follows: a) Tutoring seems to be the relevant and the most adapted to the Moroccan context among the methods of supervising clinical internships. b) A well-applied Tutoring allows the tutor to acquire teaching experience, and the tutee to succeed in his training. c) Among the constraints of introducing this tutoring method, the shortage of nurses expressed by 59.60% of the students questioned. d) After experimenting with the introduction of tutoring, 45.45% of the tutors encountered an overload of work, and 67.20% of the tutees noted a need for generalization of this method. On the outcomes of teaching/learning through simulation: e) Concerning the state of play of this practice, 40.70% of the students were dissatisfied with the progress of the simulation sessions. f) After the implementation of the teaching/learning in a new simulation laboratory, the study revealed that 64% of the teachers did not receive training on the methods and tools for handling the material, and 26% of the students were unsatisfied with the educational content. Regarding the relationship between simulation and clinical internships, 52% of students reported that it is often possible to transfer learning from simulation into practical actions during clinical internships. Finally, this work deserves to be developed, through studies of the impact of tutoring and simulation practices, at the national level.

Keywords: Teaching, Learning, Practice, Clinical internship, Tutoring, Simulation, Nursing training, HINPHT.

ملخص عام

يعتبر الجانب التطبيقي في تكوين المهن التمريضية والتقنيات الصحة ذو أهمية قصوى في المنظومة الصحية، لأنه يسمح للطالب باكتساب مختلف المعارف، ويتجسد هذا الجانب التطبيقي من خلال التدريبات السريرية وممارسة المحاكاة. هذان الأخيران يواجهان بعض القيود والصعوبات أثناء تطبيقهما. في هذا الإطار، تهدف أطروحتنا إلى دراسة طرق التدريس والتعلم التطبيقية (التدريب السريري والمحاكاة) في إطار تكوين طلبة المهن التمريضية وتقنيات الصحة، وكذلك اقتراح السبل التي من شأنها تحسين جودة التكوين.

لإنجاز أطروحتنا، قمنا بإجراء العديد من الدراسات، النظرية والتجريبية، الكمية والنوعية، من النوع الوصفي والاستكشافي والتحليلي والتجريبي، مع أساتذة وطلبة المعهد العالي للمهن التمريضية ولتقنيات الصحة بفاس. تم تجميع المعطيات من خلال استطلاعات الرأي باستخدام استبيانات وإجراء مقابلات شبه موجهة. تم تحليل البيانات التي تم تجميعها من خلال الاستبيانات باستخدام طريقة الإحصاء الوصفي باستخدام برنامجي Epi-Info (7.2) و Excel (2007). فيما يتعلق بالأجوبة التي تم تجميعها خلال المقابلات، فقد تم تحليلها باستخدام طريقة تحليل المحتوى (الموضوعي).

يمكن تلخيص النتائج الرئيسية لدراساتنا على النحو التالي: (أ) يبدو أن التأطير عن طريق Tutorat هو الأكثر أهمية وملاءمة للسياق المغربي من بين طرق تأطير التدريبات السريرية. (ب) يسمح التنزيل الجيد لطريقة التأطير عن طريق Tutorat للمدرس باكتساب خبرة تدريسية، كما يسمح للطالب بالنجاح في تكوينه. (ج) من معوقات إرساء هذه الطريقة في تأطير الطلبة، نجد النقص الحاد في عدد مهنيي الصحة الذي صرح به 59,60٪ من الطلبة. (د) بعد إرساء التأطير عن طريق Tutorat، 45,45٪ من الأساتذة واجهوا عبئ العمل الإضافي، و67,20٪ أشاروا إلى الحاجة لتطبيق هذه الطريقة في جميع مواقع التدريبات السريرية. بخصوص نتائج التدريس والتعلم عن طريق المحاكاة: (هـ) فيما يتعلق بحالة التدريس/التعلم من خلال هذه طريقة، فإن 40,70٪ من الطلبة غير راضين عن حصص التكوين بهذا النمط. (و) بعد العمل بالتدريس/التعلم في مختبر محاكاة جديد، 64٪ من الأساتذة لم يتلقوا أي تدريب يخص طرق وأدوات التعامل مع المعدات، كما أن 26٪ من الطلبة غير راضين عن المحتوى البيداغوجي. فيما يتعلق بالعلاقة بين المحاكاة والتدريبات السريرية، أعلن 52٪ من الطلاب أنه من الممكن في كثير من الأحيان تنزيل مكتسبات التعلم من خلال المحاكاة إلى تقنيات عملية أثناء التدريبات السريرية. في الأخير، هذا العمل يستحق التعمق والتطرق لجوانب أخرى خصوصاً على الصعيد الوطني.

الكلمات المفتاحية: التدريس، التعلم، التطبيق، التدريبات السريرية، المحاكاة، تكوين تمريضي، المهن التمريضية، تقنيات الصحة.

Liste des abréviations

ACESI	: Association Canadienne des Ecoles de Sciences Infirmières
AEIC	: Association des Etudiantes Infirmières du Canada
AIIC	: Association des Infirmières et des Infirmiers au Canada
ANOVA	: ANalysis Of VAriance
APEL	: Approches Pédagogiques et E-Learning
BO	: Bulletin Officiel
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIFI	: Centre d'Innovation en Formation Infirmière
CITISI	: Conférence Internationale, Technologie, Innovation et Systèmes d'Information
CSSS	: Centre de Santé et de Services Sociaux
DOI	: Digital Object Identifier
ENSA	: Ecole Nationale des Sciences Appliquées
ERIC	: Education Resources Information Center
ESJ	: European Scientific Journal
EST	: Ecole Supérieure de Technologie
GBP	: Guides de Bonnes Pratiques
HAS	: Haute Autorité de Santé
IAR	: Infirmier en Anesthésie Réanimation
ICIMT	: Conférence Internationale, innovation, management et technologies
IDE	: Infirmiers Diplômés d'Etat
IFCS	: Institut de Formation aux Carrières de Santé
IFSI	: Institut de Formation en Soins Infirmiers
IJARIMSS	: International Journal of Advanced Research in Innovation, Management & Social Science
IJET	: International Journal of Emerging Technologies in Learning
INACSL	: International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
INP	: Infirmier en Néonatalogie et pédiatrie
IP	: Infirmier Polyvalent
ISBN	: International Standard Book Number
ISM	: Infirmier en Santé Mentale
ISPITS	: Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé
ISSN	: International Standard Serial Number
ISUSI	: Infirmier en Soins d'Urgence et Soins Intensifs
OIIQ	: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PSI	: Pôle des Soins Infirmiers
RESSP	: Réseau des Etablissements des Soins de Santé Primaires
RH	: Réseau Hospitalier
RIGEO	: Review of International Geographical Education
RIH	: Règlement Intérieur des Hôpitaux
SCSLM	: Société Canadienne de Science de Laboratoire Médical
SI	: Soins Infirmiers
TL	: Technicien de Laboratoire
TRx	: Technicien de Radiologie
US	: United States
VH	: Volume Horaire
VHG	: Volume Horaire Global

Liste des tableaux

Tableau 1 : Volume horaire des stages -----	3
Tableau 2 : Ancienneté des infirmiers, Nombre d'infirmiers par équipe de travail et Nombre d'années d'encadrement-----	64
Tableau 3 : Appréciation des étudiants du déroulement des séances de simulation -----	84
Tableau 4 : Appréciation du rôle de l'enseignant pendant une séance de simulation-----	86
Tableau 5 : Respect des étapes de la séance -----	88
Tableau 6 : Stress et conflits pendant la séance -----	89
Tableau 7 : Disponibilité et fonctionnement du matériel -----	89
Tableau 8 : Etat des locaux -----	89
Tableau 9 : Effectif réel des étudiants -----	101
Tableau 10 : Relation entre la capacité des participants à faire le lien entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages et la possibilité de transfert des acquis de la simulation à des gestes pratiques lors des stages cliniques-----	120
Tableau 11 : Relation entre la perception des participants sur la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques et l'effet de la simulation sur le développement des compétences non techniques chez l'étudiant -----	121
Tableau 12 : Relation entre la perception des participants sur la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques et l'effet de la simulation sur le développement des compétences techniques chez l'étudiant	122

Liste des figures

Figure 1 : Modèle classique -----	17
Figure 2 : Modèle collaboratif -----	18
Figure 3 : Modèle Intégratif -----	18
Figure 4 : Acteurs de la fonction d'encadrement en milieu clinique -----	18
Figure 5 : Impact sur le tuteur -----	36
Figure 6 : Impact sur le tuteur -----	37
Figure 7 : Accompagnement des étudiants par les infirmiers durant toute la période de stage -----	44
Figure 8 : Satisfaction par rapport aux capacités et habiletés des infirmiers encadrants -----	44
Figure 9 : Contrainte de mise en place de la méthode Tutorat liée à la surcharge de travail -----	45
Figure 10 : Période de stage et intégration des savoirs -----	45
Figure 11 : Engagement des infirmiers dans l'activité d'encadrement des étudiants -----	45
Figure 12 : Contrainte de mise en place de Tutorat liée à la pénurie des infirmiers -----	46
Figure 13 : Arrivée d'un stagiaire à un site de stage -----	46
Figure 14 : Conflits entre les stagiaires et les infirmiers encadrants -----	46
Figure 15 : Formation en matière d'encadrement -----	47
Figure 16 : Appréciation de la mission d'encadrement des étudiants -----	47
Figure 17 : Difficultés lors de l'encadrement des étudiants -----	47
Figure 18 : Arrivée des stagiaires aux services -----	48
Figure 19 : Planification de l'encadrement des étudiants -----	48
Figure 20 : Arrivée des stagiaires sans connaissances théoriques en amont -----	48
Figure 21 : Coordination entre l'établissement de formation et les établissements de soins -----	49
Figure 22 : Accompagnement de la mission d'encadrement par vos responsables hiérarchiques -----	49
Figure 23 : Perception de l'encadrement des étudiants -----	64
Figure 24 : Qualités nécessaires à un tuteur pour assurer l'encadrement des stagiaires -----	65
Figure 25 : Fonctions et rôles d'un tuteur -----	65
Figure 26 : Apprentissages effectués par les étudiants lors d'un stage par tutorat -----	65
Figure 27 : Rencontre des difficultés lors de l'exercice de la fonction de tuteur -----	66
Figure 28 : Difficultés rencontrées lors de l'exercice de la fonction de tuteur -----	66
Figure 29 : Méthodes utilisées par les tuteurs dans l'encadrement par tutorat -----	66
Figure 30 : Apports du tutorat pour le tuteur -----	67
Figure 31 : Manières de gestion du tuteur avec l'étudiant sa pratique de soins, son intégration et sa relation dans l'équipe -----	67
Figure 32 : Styles d'encadrement -----	67
Figure 33 : Appréciation de la relation tuteur/stagiaire -----	68
Figure 34 : Conditions de réussite de l'encadrement par tutorat -----	68
Figure 35 : Satisfaction des tuteurs de leur encadrement par tutorat -----	68
Figure 36 : Perceptions des tutorés du rôle que devrait remplir un tuteur -----	69
Figure 37 : Implication des infirmiers dans l'encadrement des stagiaires -----	69
Figure 38 : Participants à l'encadrement des étudiants -----	69
Figure 39 : Attentes des tutorés d'un tuteur -----	70
Figure 40 : Tâches les plus difficiles à réaliser par le tuteur -----	70
Figure 41 : Déroulement d'accueil -----	70
Figure 42 : Appréciation de l'organisation du stage -----	71
Figure 43 : Appréciation de l'effectif total des étudiants dans un service de soins -----	71
Figure 44 : Relation tuteur/tuteur -----	71
Figure 45 : Disponibilité et proximité du tuteur -----	72
Figure 46 : Manières d'encadrement par les tuteurs -----	72
Figure 47 : Rencontre d'une situation conflictuelle avec le tuteur -----	72
Figure 48 : Etapes les plus importantes dans l'accompagnement des stagiaires -----	73
Figure 49 : Acquis de l'expérience d'être encadré par un tuteur -----	73
Figure 50 : Difficultés rencontrées lors du stage -----	73

Figure 51 : Nécessité de nomination d'un tuteur dans chaque service de soins-----	74
Figure 52 : Satisfaction des tutorés de l'expérimentation d'instauration du tutorat -----	74
Figure 53 : Cadre de référence adapté au cadre conceptuel de la simulation clinique en soins infirmiers, de Jeffries (2011)-----	83
Figure 54 . Points sur lesquels insistent les enseignants lors d'une séance de simulation -----	85
Figure 55 : Manière de déroulement des séances -----	85
Figure 56 : Visualisation des séquences de simulation-----	86
Figure 57 : Eléments qui retentissent négativement sur le déroulement de la séance-----	87
Figure 58 : Volume horaire de la séance-----	87
Figure 59 : Effectif des étudiants par séance-----	88
Figure 60 : Effectif des étudiants qui réalisent les répétitions -----	88
Figure 61 : Matériel qui permet la réalisation des scénarios -----	90
Figure 62 : Mesures de protection contre les risques et incidents-----	90
Figure 63 : Equipe des formateurs -----	90
Figure 64 : La formation des enseignants-----	101
Figure 65 : Appréciation de l'effectif des étudiants -----	101
Figure 66 : Effectif optimal des étudiants-----	102
Figure 67 : Volume horaire d'une séance de simulation-----	102
Figure 68 : Stress des étudiants -----	102
Figure 69 : Appréciation de la structure du laboratoire -----	103
Figure 70 : Appréciation de l'équipement du laboratoire-----	103
Figure 71 : Disposition du matériel au laboratoire-----	103
Figure 72 : Utilité du laboratoire de simulation -----	104
Figure 73 : Composition de l'équipe des formateurs dans une séance de simulation -----	104
Figure 74 : Effectif des étudiants au cours de la séance de simulation-----	104
Figure 75 : Stress des étudiants au cours des séances de simulation -----	105
Figure 76 : Déroulement des séances de simulation -----	105
Figure 77 : Volume Horaire et réalisation des répétitions -----	105
Figure 78 : Appréciation de l'équipement du laboratoire de simulation-----	106
Figure 79 : Appréciation de l'organisation des séances de simulation-----	106
Figure 80 : Appréciation du fonctionnement du matériel-----	106
Figure 81 : Appréciation des contenus pédagogiques -----	107
Figure 82 : Appréciation de la disposition du matériel et des équipements-----	107
Figure 83 : Appréciation générale sur les séances de simulation -----	107
Figure 84 : Suggestions des étudiants pour une mise en œuvre efficace des enseignements/apprentissages dans le laboratoire de simulation -----	108
Figure 85 : Satisfaction des étudiants vis à vis les séances de simulation-----	117
Figure 86 : Rapprochement entre l'apprentissage par simulation et la réalité des stages -----	117
Figure 87 : Appréciation de l'alternance entre les séances de simulation et les stages -----	117
Figure 88 : Importance de la simulation aux stages cliniques -----	118
Figure 89 : Apports de la simulation pour la réalisation des stages-----	118
Figure 90 : Capacité des étudiants à établir des liens entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages-----	118
Figure 91 : Remplacement des stages par les séances de simulation-----	119
Figure 92 : Possibilité de transfert des acquis de la simulation à des gestes en stage-----	119
Figure 93 : Effets de la simulation sur le développement des compétences techniques chez l'étudiant en stage-----	119
Figure 94 : Effets de la simulation sur le développement des compétences non techniques chez l'étudiant en stage-----	120

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire n°1 (Etudiants) : Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°2 : Questionnaire n°2 (Infirmiers) : Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°3 : Questionnaire n°3 (Tuteurs) : Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

Annexe n°4 : Questionnaire n°4 (Tutorés) : Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°5 : Questionnaire n°5 (Etudiants) : Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°6 : Questionnaire n°6 (Enseignants) : Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°7 : Questionnaire n°7 (Etudiants) : Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°8 : Questionnaire n°8 (Etudiants) : Etude de la relation entre la pratique de la simulation et les stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°9 : Guide d'entretien semi-dirigé (Enseignants) : Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé.

Annexe n°10: Article n°1: Impact of tutoring method on improving the quality of clinical supervision in the context of nursing education. *European Scientific Journal* « *ESJ* », Février 2019, Vol.15, No.6. e-ISSN 1857-7431.
[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139).

Annexe n°11: Article n°2: Study of teaching / learning by simulation applied in nursing training: Case of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez. *Review of International Geographical Education* « *RIGEO* », 11(5), SPRING 2021, ISSN : 2146-0353, doi: 10.48047/rigeo.11.05.171.

Annexe n°12: Article n°3: Study of the implementation of the teachings in a simulation laboratory: Case of the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez, Morocco. *International Journal of Advanced Research in Innovation, Management & Social Science* « *IJARIMSS* », ISSN: 2739-6797, Vol. 2, Issue 1, June 2020.

Annexe n°13: Article n°4: Study of the relationship between simulation and clinical internships for nursing and technical health professions students. *International Journal of Emerging Technologies in Learning* « *iJET* », e-ISSN: 1862-0383. Aout 2022.
<https://doi.org/10.3991/ijet.v17i15.31827>.

Introduction générale

La formation des professionnels de santé, surtout celle des infirmiers, est soumise de nos jours à un mouvement de réformes caractérisées par une révision des référentiels de formation, de compétences et d'activités de l'infirmier. Ces réformes ont été surtout motivées par l'évolution de la science et de la pratique médicale, l'accroissement et la complexification des besoins de santé des personnes, des familles et des populations. De plus, le concept qualité, tel qu'il est entendu dans l'entreprise selon le schéma clients-fournisseurs est aujourd'hui transposé dans le secteur de la santé. La relation soignant-soigné d'avant devient aujourd'hui une relation client-soignant. Pour relever ces défis, Bouchard en 2001 a souligné que les infirmiers se doivent d'être alors polyvalents, autonomes, flexibles, d'utiliser leur expertise et de redéfinir leurs fonctions. En fait pour exécuter ses responsabilités, l'infirmier a besoin d'une formation initiale en alternance théorique/pratique.

Selon Dekervasdoue (2000), la formation paramédicale est régie par des décrets qui définissent les modalités d'étude et d'obtention du diplôme d'infirmier de santé publique, à l'issue des trois années d'étude, les étudiants en formation initiale doivent effectuer deux types d'apprentissages : l'apprentissage théorique et l'apprentissage pratique, ce dernier est un processus structuré, qui a pour but l'acquisition des savoirs : savoir-faire et savoir être, nécessaires dans la réalisation des techniques des soins indispensables pendant le cursus de formation des infirmiers de santé publique. Selon Maamri, Tourrette Turgis en 2007, l'enseignement/apprentissage théorique permet l'acquisition des différents savoirs, alors que l'enseignement/apprentissage pratique permet la mise en application de ces savoirs, et les compléter, ainsi initier l'apprenant aux réalités de la vie sociale et professionnelle. Dans le cadre de la formation des professions infirmières et techniques de santé, ces activités se circonscrivent sur deux pôles en interaction, à savoir l'enseignement/apprentissage en situation scolaire (simulation) et celui en situation clinique (stage), c'est à dire à côté du patient (Tambwe Kabamba, Akumbakinayo Muinida et Kiyoko Belo, 2005).

D'après Otti, Pirson, Piette et Coppieters en 2017, la formation infirmière est organisée sur la base du principe de l'alternance entre un enseignement/apprentissage théorique en classe et un enseignement/apprentissage pratique sous forme de simulations cliniques et de stages en milieux de soins. Doureradjam et Dorsaz en 2013 ont souligné que les notions théoriques dans la formation en sciences infirmières sont généralement transmises par l'intermédiaire de cours magistraux dispensés en salle de classe, tandis que les notions

pratiques sont abordées en laboratoire et en situation clinique réelle. Dans le même ordre d'idée, Gavalet en 2012, a déclaré qu'il existe deux genres de situations qui sont sources d'enseignement/apprentissage pratique, une situation qui peut être simulée par des formateurs (exemple : apprendre à faire le massage cardiaque), et une situation qui peut être réelle en milieu de stage (exemple : gérer une urgence vitale d'un patient en arrêt cardiorespiratoire). Egalement, Allemann, Henchoz et Maillat (2020) ont précisé que les étudiants infirmiers peuvent à travers la simulation et leurs périodes de stage acquérir les apprentissages pratiques adéquats durant leur formation initiale, leur donnant la possibilité de satisfaire aux exigences rencontrées lors de la pratique professionnelle. Ceux-ci contribuent donc à garantir la sécurité et la qualité des soins dans les milieux pratiques. De ce fait, l'enseignement/apprentissage pratique est amélioré en utilisant la simulation combinée avec des stages traditionnels.

Par ailleurs, la formation en soins infirmiers doit intégrer des expériences pratiques si les étudiants veulent acquérir les compétences nécessaires pour intégrer le marché du travail en tant qu'infirmiers diplômés. La simulation et les stages cliniques sont donc des composantes essentielles des programmes de formation en soins infirmiers. Ensemble, ils offrent la possibilité de mieux préparer les diplômés en sciences infirmières à la transition de la théorie à la pratique. Cependant, les connaissances pratiques qu'ils offrent doivent être bien pensées. Bien qu'il puisse y avoir des variations considérables entre les programmes dans l'utilisation de la simulation et des stages cliniques, leur calendrier, leur intensité, leur sélection, la qualité de l'enseignement et le processus pédagogique dans les programmes d'études sont essentiels à la réalisation des attentes en matière de résultats pour les nouveaux diplômés (Association Canadienne des Ecoles de Sciences Infirmières « ACESI », 2012). Edward, Ousey, Playle et Giandinoto en 2017, ont également souligné que l'enseignement/apprentissage pratique, qui se compose de la simulation et les stages cliniques, permet aux étudiants infirmiers d'acquérir de l'expérience en soins de santé, le nombre d'heures et la qualité des expériences peuvent grandement varier selon le programme et le stagiaire.

Concernant **l'enseignement/apprentissage en situation clinique (Stage)**, il s'agit d'une approche d'encadrement modelée selon le type et le lieu de stage, c'est une fonction d'encadrement qui, regroupe des activités visant à fournir une aide personnelle aux étudiants (Elmajhad, 2009). Selon Formaux en 2002, le stage pratique est un temps fort et précieux de la formation infirmière dont le but est de permettre aux étudiants une mise en pratique de leur savoir, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir selon leur niveau d'apprentissage et dans le respect des règles et valeurs professionnelles. Puisqu'une compétence ne peut naître qu'en

situation clinique, il est important de porter un intérêt particulier à la qualité de l'encadrement clinique des étudiants infirmiers (Otti, Pirson, et Piette, 2015).

Au Maroc, la formation infirmière se déroule sur la base du principe d'alternance (théorie/pratique). Les Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) sont considérés des Etablissements de l'Enseignement Supérieur ne Relevant pas des Universités. Selon leur Règlement Intérieur de 2015, l'enseignement dispensé comprend des cours théoriques, travaux dirigés, travaux pratiques, travaux sur terrain ou projet et des stages. Ces derniers se déroulent à temps plein ou à temps partiel dans les structures sanitaires. En effet, le tableau suivant résume le Volume Horaire (VH) alloué aux stages par rapport au Volume Horaire Global (VHG) pour certaines options du niveau Licence des ISPITS du Maroc :

Tableau 1 : Volume horaire des stages

Options	VH stages	VHG	% du VH stages dans VHG
Infirmier en Anesthésie Réanimation (IAR)	1080 (120 x 9)	2530	43%
Infirmier en Soins d'Urgence et Soins Intensifs (ISUSI)	1200 (120 x 10)	2600	46,15%
Infirmier Polyvalent (IP)	1440 (120 x 12)	2740	52,5%
Infirmier en Santé Mentale (ISM)	1080 (120 x 9)	2530	43%
Infirmier en Néonatalogie et pédiatrie (INP)	1200 (120 x 10)	2640	45,15%

Source : Descriptifs des programmes de formation des ISPITS, Ministère de la Santé, Maroc (2017)

Par ailleurs, l'encadrement de ces stages était toujours un sujet complètement ambigu, du moment que l'article n°121 du Règlement Intérieur des ISPITS stipule que « Le personnel enseignant de l'institut dispense l'enseignement théorique et pratique et assure l'encadrement des étudiants au niveau des terrains de stage en rapport avec son domaine de compétence et son expérience... ». Ainsi, l'article n°32 de l'arrêté du Ministère de la Santé du Maroc N°456-11 du 6 juillet 2010 publié au Bulletin Officiel (BO) N°5926 (07 Mars 2011) portant Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH), stipule que les infirmiers chefs d'unités de soins et de services assurent l'encadrement des stagiaires, des infirmiers et des techniciens de santé stagiaires. De plus, l'article n°8 du RIH, indique que le chef du Pôle des Soins Infirmiers

(PSI) participe à l'encadrement des infirmiers stagiaires, ainsi l'article n°31 déclare que le chef du service médical est chargé d'assurer l'encadrement des étudiants et stagiaires. Alors que cet arrêté (RIH) n'a nullement cité l'enseignant formateur de l'ISPITS parmi les professionnels de santé ayant un rôle à remplir au sein de l'Hôpital public (article n°83). De même, ce cadre ne figure pas parmi les personnes qui bénéficient ni de la protection juridique (article n°98), ni de la protection contre les risques (article n°99) au sein de l'hôpital.

Plusieurs constatations insatisfaisantes et contraintes ont été, également, recensées dans la littérature, au sujet du déroulement des stages des étudiants infirmiers. En effet, l'encadrement dans les services de santé a été toujours réalisé, mais il a été souvent incomplet, car essentiellement axé sur le savoir-faire, alors que les savoirs et le savoir être avec le patient sont négligés (Aubry et Latil, 2007). Cet encadrement est souvent lourd et très dense, pour les étudiants, le cheminement pour acquérir cette formation est souvent semé d'embûches et il arrive que certains éprouvent des difficultés à se rendre jusqu'au terme de leurs apprentissages (Ezzaoui, 2011). Ses difficultés constituent un lourd fardeau pour les enseignants (Phaneuf, 2009). Ainsi, le Ministère de la santé du Maroc en 2012 a constaté que malgré la bonne volonté des équipes soignantes, l'apprentissage clinique des étudiants infirmiers laisse souvent une part importante à la formation sur le tas.

L'étude menée en 2015 par Otti, Pirson et Piette au niveau des centres hospitaliers du Bénin, pour identifier la perception des encadrants de stage du processus de gestion et de la qualité de l'encadrement clinique des étudiants infirmiers, a révélé que 92 % des encadrants n'ont reçu aucune formation spécifique à l'encadrement. Il n'existe ni cadre formel et réglementaire propice à l'encadrement, ni référentiel d'encadrement, ainsi la collaboration entre l'établissement de formation et les sites de stage est faible, et l'encadrement n'est pas intégré dans les missions des services, mais plutôt lié à une occasion contextuelle. Une étude faite auparavant en 2013 par les mêmes auteurs portant sur la perception des étudiants via le même sujet a montré des insuffisances d'ordre institutionnel, organisationnel, fonctionnel, gestionnaire. Egalement un manque de compétences en méthodologie d'enseignement clinique des encadrants de stage. Tout ceci ne peut donc pas garantir la qualité de l'encadrement clinique dont bénéficiaient les étudiants en stage.

Une étude faite en 2001 par Moisy auprès des infirmiers du centre hospitalier de Villefranche a dévoilé que plus des trois quarts des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) ont rencontré des difficultés lors de l'encadrement de l'étudiant infirmier. Pour cela 25,6%

recommandent un partenariat avec les Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), 23,1% exigent une réelle motivation, et 18% demandent une expérience professionnelle.

Une étude réalisée en 2005 par Tambwe Kabamba et al., dont l'objectif était de décrire la perception des infirmiers sur l'encadrement des stagiaires dans les institutions de soins, a précisé que 67% d'encadrants n'ont reçu aucune formation continue sur l'encadrement de stage. En plus, 50 % d'encadrants trouvent qu'il faut guider le stagiaire à s'auto-évaluer sur l'adéquation entre ce qu'il sait et ce qu'il faut faire. Au sujet de l'évaluation, à l'unanimité, les encadrants trouvent que les outils actuels d'évaluation des activités des stagiaires ne sont pas adaptés aux contextes ou situations vécues par les stagiaires. En matière de disponibilité des encadrants, seulement 25% des encadrants de l'école (enseignants formateurs) sont réguliers à leurs activités d'encadrement, alors que 75% ne s'y adonne pas effectivement. Cependant la disponibilité auprès des stagiaires est assurée par les encadrants de terrain. Concernant la relation entre l'école et l'institution de soins, tous les encadrants reconnaissent qu'il n'existe aucun contrat en matière d'encadrement. Et seulement 25% d'encadrants estiment qu'il existe des échanges au sujet d'encadrement entre les écoles et les terrains de stage.

Selon Formaux en 2002. Les équipes soignantes ont un devoir d'encadrement. Mais la charge de travail générée, dans un contexte de pénurie transitoire de personnel, combinée à un changement de profil d'étudiants et à une mutation du type de patients et de soins ne font pas forcément bonnes opportunités. Les terrains de stage sont exaspérés de recevoir des étudiants « qui ne savent rien faire ». Les professionnels croulent sous la charge de travail. De leur côté les étudiants ont la sensation d'être utilisés comme « petites mains ». Les cadres formateurs de l'institut de formation sont souvent pris à parti, car ils ne viennent pas travailler sur le terrain avec les étudiants, sont reprochés de rester « derrière leur bureau » et de se déconnecter de la réalité du terrain. Eux-mêmes sont submergés de tâches administratives et pédagogiques.

Maamri et Tourrette Turgis en 2007, lors d'une enquête auprès d'un échantillon de 100 étudiants lauréats de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) d'Oujda, a signalé que la moitié des étudiants infirmiers enquêtés ne trouvent pas de l'aide pour la réalisation des objectifs demandés en raison d'un sous-effectif des formateurs. Ainsi, la circulaire du Ministère de la Santé du Maroc en 1991 portant gestion des ressources humaines, prévoit un formateur pour 12 étudiants, ce qui n'est malheureusement pas le cas, du moment où le ratio

est d'un formateur pour 20 étudiants dans certains instituts (Fès, Oujda, Marrakech...) et par conséquent, les étudiants risquent d'être livrés à eux même aux sites des stages.

Talhaoui en 2006, a souligné que l'effectif des étudiants Infirmiers Polyvalents en formation ne cesse de croître, alors que les possibilités d'encadrement en stage par l'enseignant sont fortement réduites. Cet état de chose s'est compliqué suite aux départs volontaires de certains membres du corps enseignant. Ce qui a laissé implicitement le relais au personnel clinique. Les résultats d'une enquête menée en 1996 par le service de la formation de base auprès des étudiants de 2^{ème} année infirmier polyvalent à l'IFCS de Rabat, a révélé que 41% des étudiants enquêtés s'estiment mal encadrés par leurs enseignants.

Concernant **l'enseignement/apprentissage en situation scolaire (simulation)**, il s'agit d'une pratique qui 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 soin, 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 (Authenticated U.S. Government Information, 2009). L'enseignement par simulation s'intéresse à l'apprenant mais son principe central est avant tout éthique vis-à-vis du patient : « jamais la première fois sur un patient » (Granry et Moll, 2012). Ainsi, les ateliers de simulation semblent être les lieux privilégiés pour intégrer à la fois les différents savoirs scientifiques, technologiques et professionnels. En effet quel que soit le lieu où se déroule la simulation (centre de simulation, simulation in situ ou ateliers de simulation délocalisés), il est impératif qu'elle soit structurée et organisée selon les règles de bonnes pratiques (Laniel, 2015). Le déroulement d'une séance de simulation se fait en trois temps : (1) Briefing : qui consiste à exposer le thème de travail, les objectifs et les conditions de la mise en situation à venir ; (2) Mise en situation : pratique et interaction dans le cadre de déroulement du scénario et (3) Débriefing : le moment de retour d'expérience, d'analyse et de synthèse avec proposition d'actions d'amélioration (Thicoipe et Lalanne, 2015). Cette approche est basée sur l'utilisation des scénarios, plus ou moins complexes, pour permettre l'entraînement à des gestes techniques; la mise en œuvre des procédures; l'entraînement au raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique; la gestion des comportements et la gestion des risques (Haute Autorité de Santé [HAS], France 2012a). Cet outil pédagogique a pour intérêt d'assurer l'apprentissage en sécurité, la répétition des gestes, ce qui permet d'acquérir une

confiance en soi et le maintien des compétences, ainsi l'entraînement à des situations rares (Thicoipe et Lalanne, 2015).

Au Maroc, le Règlement Intérieur des ISPITS en 2015, stipule que les travaux pratiques sont parmi les activités dispensées aux instituts, en effet, ces activités se réalisent sous forme des enseignements/apprentissages par simulation. Cependant, lors de notre exercice professionnel nous avons constaté une insuffisance des salles réservées à cette pratique, un manque de matériel et d'équipement (procéduraux, simulateurs, fongibles...), une insuffisance du volume horaire, indiqué dans les descriptifs des programmes de formation, alloué à ces travaux pratiques, et l'effectif élevé des étudiants par séance de cours, ce qui retentit négativement sur la qualité de ces enseignements/apprentissages.

D'après la littérature, l'approche d'enseignement/apprentissage par simulation dans la formation des professions infirmières et techniques de santé est devenue dernièrement indispensable pour que les étudiants acquièrent les capacités techniques et non techniques, nécessaires pour la réalisation des soins au cours de leurs stages. Néanmoins, cette approche confronte plusieurs défis, en effet, les coûts se rapportant à la technologie, aux équipements et à l'entretien des laboratoires de simulation sont importants, l'espace requis pour installer ces laboratoires représente un obstacle à leur implantation. La résistance des enseignants au changement, ainsi que la formation qu'ils doivent recevoir pour maîtriser l'approche confronte également des défis non négligeables à surmonter (Ravert, 2004).

D'autres limites, liées au formateur, ont été mises en évidence : (a) danger de ne pas formuler les résultats en termes suffisamment généraux, (b) confusion entre l'essentiel et le secondaire, et (c) extrapolation abusive des résultats. Ces limites d'enseignement/apprentissage reposent essentiellement sur la formation et l'expérience du formateur en simulation, qu'il doit maîtriser la dynamique de groupe et les connaissances physiopathologiques. Bien qu'elle soit centrée sur l'apprenant et le savoir, c'est de la qualité de l'enseignant que dépend la pertinence de cette pratique de simulation (Ammirati, Amsallem, Gignon, Bertrand et Pelaccia, 2011). Boet, Granry et Savoldelli en 2013 ont souligné que les formateurs en simulation sont peu formés à l'interaction psychologique en situation émotionnelle désagréable, ce qui rend difficile à gérer utilement au débriefing la blessure psychologique de l'échec (la mort du mannequin) qui est le plus souvent contre-productive. Ainsi Fanning et Gaba en 2007 ont souligné que les enseignants ne savent pas toujours quoi observer et le débriefing est parfois peu structuré et souvent trop long. Granry et

Moll en 2012 ont déclaré que certains centres de simulation sont très actifs avec des moyens limités tandis que d'autres, avec des moyens importants travaillent peu. Cet usage suboptimal est souvent lié à un manque de personnel formé ou à un défaut de formation de ces derniers quand ils sont en nombre suffisant. Alors la simulation nécessite un formateur compétent et formé en cette méthode pédagogique pour qu'il puisse effectuer une synthèse qui reprend les éléments de réflexion et de correction.

Parmi les contraintes de la simulation, c'est que le matériel n'est pas toujours simulable. Bien qu'il soit assez aisé de simuler un état émotionnel ou même certaines réactions neurologiques lors d'un examen physique, certains symptômes ou signes cliniques (tels que bruits respiratoires ou cardiaques par exemple) ne peuvent être simulés. Des examens invasifs, tels qu'examen gynécologique, toucher rectal ou frottis, ne sont pas exercés sur les patients standardisés (Lycée Technique pour Professions de la Santé, Luxembourg, 2018). De ce fait, le matériel reste une barrière qui empêche la bonne pratique et la bonne compréhension, certains mannequins manquent encore de réalisme (Ducros, 2012), de plus certaines situations réelles ne peuvent être transposées en situations d'apprentissage. C'est le cas des situations qui sont porteuses d'une part d'imprévisibilité (exemple : refus de soins, accès de violence d'un patient ...), d'incertitudes ; mais également des situations où le pronostic vital du patient est engagé ou encore les situations où le temps est contraint (Christen, Gouverner-Valla, Donges et Pascault, 2013). Donc, Les mannequins n'ont pas toutes les caractéristiques cliniques d'un véritable patient et les comportements ne sont donc pas strictement superposables à la réalité (Ammirati et al. 2011). Le rapport de Granry et Moll de 2012 a permis de constater que globalement les centres de simulation sont peu équipés en matériel de simulation haute-fidélité, avec en moyenne 1,6 simulateur adulte, un seul simulateur pédiatrique et deux simulateurs néonataux par centre. Une enquête du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs, réalisée par Beydon, Dureuil, Nathan, Piriou et Steib en 2010 a mis en évidence que 60 % des centres interrogés disposent de matériel en prêt, du fait que la principale limite reste le coût élevé d'acquisition d'un simulateur haute-fidélité.

Egalement, parmi les limites de la simulation les coûts importants pour la mise en place d'un programme de simulation. Ceux-ci vont se répartir sur les locaux, le matériel, mais surtout sur le personnel (Granry et Moll, 2012). Ces coûts sont nécessaires pour faire fonctionner de manière optimale un centre de simulation et l'entretenir, Le coût en personnel tel que les techniciens en simulation et les formateurs ne doit pas être sous-estimé et peut

représenter plus de la moitié du budget de fonctionnement. De plus, des ressources financières sont nécessaires pour construire des locaux adaptés et acquérir, maintenir ou renouveler le matériel. Ces coûts importants peuvent être un frein au développement de la simulation (Ducros, 2012). L'Association francophone de simulation en anesthésie réanimation et en médecine d'urgence a mené une enquête auprès des centres de simulation répertoriés en France, en effet, elle a mis en évidence plusieurs points ; la quasi-totalité des centres de simulation est confrontée à des problèmes d'ordre financier car la simulation coûte cher, que ce soit lors de l'investissement initial pour l'acquisition du matériel ou lors de la couverture des besoins en ressources humaines. D'ailleurs, il n'est pas possible de faire fonctionner correctement un centre de simulation sans technicien et moniteurs (Levrant et Fournier, 2012).

Généralement, l'activité de simulation en santé est fortement marquée par des difficultés de financement, des équipements insuffisants et un manque d'harmonisation des pratiques (Abid, Benamor, Aloulou, Abid, Gargouri et Gargouri, 2017). Dans le même ordre d'idée, une enquête publiée en 2002 avait pour objectif de rassembler les informations concernant l'utilisation de la simulation pour la formation, en effet, l'insuffisance des ressources financières et humaines était le constat le plus fréquemment souligné par les répondants. En plus des contraintes humaines, matérielles et financières, les locaux et structures dédiées à la simulation semblent mal définies, les organigrammes et la gouvernance sont peu ou pas formalisés (Granry et Moll, 2012).

Concernant l'horaire, il n'est jamais simulé homothétiquement au réel dans une séance de simulation. Le contrôle du raccourcissement du temps réel imposé par le créneau disponible dicté par le programme de formation (une ou deux heures souvent) est un vrai problème et peut amener à de sérieuses erreurs pédagogiques. Le premier risque est de négliger certaines étapes clés du travail, par exemple les négligences fréquentes des temps nécessaires à l'asepsie. Le second risque est de négliger le rôle du temps comme organisateur de la solution cognitive. Si la situation évolue toujours trois fois plus vite que dans le réel, les étudiants risquent de ne pas développer les bonnes habiletés cognitives dans la prise en charge réelle du patient (Boet et al. 2013).

Concernant l'étudiant, l'acquisition des compétences s'effectue dans l'action. Dans la pratique de simulation, l'étudiant en soins infirmiers utilise le savoir dans un contexte donné. Pour que la compétence soit validée, il utilise également d'autres ressources nécessaires et

disponibles qui sont les savoirs faire et les capacités d'analyse, mais l'étudiant, d'une part, présente quelques fois des résistances à investir les situations proposées, il est parfois difficile de s'exposer au regard de ses pairs et du formateur (Christen et al. 2013). Ainsi, il éprouve des états d'anxiété par rapport à leur performance. D'autre part, Les mesures de protection qui entourent les simulateurs peuvent limiter l'accès des étudiants dans les centres de simulation, et l'aspect émotionnel et stressant du simulateur constitue aussi un frein pour leurs apprentissages ; le briefing joue ici un rôle capital pour rassurer les participants sur le caractère non sanctionnant de la formation qui leur est proposée (Granry et Moll, 2012). A propos la gestion de l'échec, l'investissement psychologique demandé aux apprenants lors des séances de simulation est important et peut conduire à des situations de débriefing difficiles en cas d'échec lors du déroulement du scénario de simulation. La prise en compte de l'impact émotionnel fait partie de la gestion globale du débriefing par le formateur (HAS, France, 2012b). Et lorsque le débriefing intervient après des scénarios complexes de longue durée, l'étudiant peut avoir des difficultés de souvenance. De plus le matériel est une barrière pouvant représenter un frein dans l'implication de l'étudiant dans le scénario, à cause du manque de réalisme (Ammirati et al. 2011).

De manière générale, la simulation comme outil pédagogique reste souvent limitée par plusieurs contraintes, Gatin en 2016 a résumé ces contraintes dans le nombre élevé des apprenants et leurs niveaux, le temps insuffisant, la mal organisation du calendrier, les locaux dédiés à la simulation mal équipés, les ressources humaines et matérielles insuffisantes et le coût très élevé des équipements. Malgré ces difficultés, la pratique de simulation reste une méthode pédagogique de grand intérêt, fortement choisie par les étudiants en soins infirmiers (Christen et al. 2013).

Par ailleurs, l'objectif général de cette Thèse est d'étudier les enseignements/apprentissages pratiques (stage clinique et simulation) réalisés dans le contexte de la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Cet objectif général a été développé en des objectifs opérationnels :

1. Décrire l'état des lieux des stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et comparer les méthodes utilisées dans l'encadrement de ces stages.
2. Etudier l'impact de la méthode Tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques au contexte de la formation infirmière.

3. Décrire les contraintes d'instauration du système Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers.
4. Expérimenter l'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.
5. Décrire l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation infirmière.
6. Décrire la mise œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation.
7. Etudier la relation entre la simulation et les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.
8. Elaborer des guides de bonnes pratiques de simulation et d'encadrement par tutorat dans la formation des professions infirmières et techniques de santé.

Ainsi les questions de recherche de cette thèse sont :

1. Quel état des lieux des stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé, et quelles sont les méthodes utilisées dans l'encadrement de ces stages ?
2. Quel impact de la méthode Tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques au contexte de la formation infirmière ?
3. Quelles sont les contraintes d'instauration du système Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers ?
4. Quelle expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé ?
5. Quel enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation infirmière ?
6. Quelle mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation ?
7. Quelle relation entre la simulation et les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé ?
8. Quels guides de bonnes pratiques de simulation et d'encadrement par tutorat dans la formation des professions infirmières et techniques de santé ?

Le présent document de thèse est structuré en quatre parties, une première partie qui rapporte les études sur les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et leur encadrement pendant ces stages par la méthode de tutorat. Cette partie est subdivisée en quatre chapitres : 1) un premier chapitre qui présente une étude sur

l'état des lieux des stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et la comparaison entre les méthodes utilisées dans l'encadrement de ces stages, 2) un deuxième chapitre qui présente une étude d'impact de la méthode tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques au contexte de la formation des professions infirmières et techniques de santé, 3) un troisième chapitre qui présente une étude des contraintes qui sont susceptibles d'être confrontées lors de l'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé au contexte Marocain, et 4) un quatrième chapitre qui présente une étude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Une deuxième partie qui rapporte les études sur la pratique de la simulation dans le cursus de formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Cette partie est subdivisée en deux chapitres : 1) un premier chapitre qui présente une étude sur l'état des lieux de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé, et 2) un deuxième chapitre qui présente une étude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Une troisième partie qui rapporte une étude de la relation entre la pratique de la simulation et les stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Une quatrième et dernière partie qui présente deux livrables sous forme de deux Guides de Bonnes Pratiques. Cette partie est subdivisée en deux chapitres : 1) un premier chapitre qui présente le Guide de Bonnes Pratiques de Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé, et 2) un deuxième chapitre qui présente le Guide de Bonnes Pratiques de la Simulation dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Partie I :

Les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé et l'encadrement par tutorat

Chapitre I :

**Étude de l'état des lieux des stages cliniques dans la formation des étudiants
des professions infirmières et techniques de santé et les méthodes utilisées
dans l'encadrement**

1. Résumé

Plusieurs études s'accordent pour dire que la mission d'encadrement des stages cliniques génère aujourd'hui plus qu'hier, une certaine insatisfaction de part et d'autres. En effet, il est remarqué une faiblesse de collaboration entre l'institution de formation et les sites de stage, l'encadrement réalisé est souvent incomplet, l'aide pour la réalisation des objectifs demandés est insuffisante en raison d'un sous-effectif des enseignants-formateurs. Ce qui a laissé la tâche d'encadrement au personnel organique, ces derniers n'ont reçu aucune formation continue sur l'encadrement de stage, c'est pourquoi ils recommandent un partenariat avec les instituts de formation.

La présente étude a pour objectif de décrire les stages cliniques des étudiants infirmiers et l'encadrement proposé pour eux dans les unités de soins. Pour réaliser ce travail, plusieurs bases de données ont été consultées : Google scholar, Amazon, Erudit, Sciences direct, PubMed... Nous avons consulté, également, des documents de presse professionnelle, des thèses, des guides de stages et d'encadrement des pays étrangers. Plusieurs mots clés ont été utilisés dans nos requêtes : stage, stage clinique, encadrement, formation infirmière, étudiant infirmier, soins, soins infirmiers... Les articles et travaux retenus ont fait l'objet des lectures compréhensives et analytiques à l'aide de l'utilisation des fiches et grilles de lecture. En effet, les idées pertinentes en lien avec notre sujet ont été insérées dans notre travail en faisant des résumés et des paraphrases.

La littérature consultée décrit l'encadrement des stages cliniques selon plusieurs méthodes, ainsi nous avons trouvé principalement le préceptorat, le mentorat et le tutorat. Bien que les trois stratégies se ressemblent dans leurs approches, buts, intervenants et avantages, la mise en place d'une méthode d'encadrement par tutorat semble favorable pour la réussite et aura certainement un impact positif sur le développement de connaissances et l'intégration de savoir-faire durables. Ajouter à cela ses avantages sur le plan cognitif, métacognitif et socio-affectif des étudiants et son adaptabilité à notre contexte.

Mots clés : Encadrement, Stage, Formation, Soins, Infirmiers.

2. Introduction

L'apprentissage des soins infirmiers est plus qu'un simple programme technique qui forme de jeunes étudiantes et étudiants pour le marché du travail. S'investir dans une formation en soins infirmiers est un travail de longue durée qui nécessite de travailler sur soi. L'étudiante ou l'étudiant en soins infirmiers devra développer des compétences en intégrant

son savoir penser, son savoir agir et son savoir devenir lors de ses interventions auprès d'une clientèle hospitalisée. Le fait de travailler auprès des personnes implique d'apprendre à se connaître et à poser des gestes réfléchis auprès d'un être humain. Cette formation requiert plusieurs habiletés à développer au niveau des savoirs agir et savoirs penser (Bisson, 2012).

En France, Moisy en 2001 a souligné que la formation des étudiants infirmiers applique le principe de l'alternance entre les instituts de formation et les terrains de stage. D'après le programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, le stage représente plus de 50% du temps de formation (2240 heures de théorie, 2275 heures de stages cliniques). Ces stages s'effectuent en milieu hospitalier et en milieu extrahospitalier dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté.

Au Canada, au Québec, précisément au Cégep Limoilou, le programme de soins infirmiers est un programme technique qui invite les étudiants à participer à des cours théoriques, des laboratoires classes et enfin à appliquer leurs connaissances lors d'un stage en milieu clinique auprès de la clientèle hospitalisée. Le nombre d'heures prévues au programme pour les contenus théoriques est de 435 heures; en laboratoire, il est de 225 heures et le stage en milieu clinique est de 1035 heures pour la totalité du programme. Il y a 1035 heures de stage, soit l'équivalent de 129 jours de 8 heures de stage dans différents centres hospitaliers de la région de Québec. Le stage occupe une place quasi centrale dans le dispositif de formation des professionnels paramédicaux. Cependant, il est à noter que plusieurs contraintes sont vécues par les étudiants lors des stages. Bisson en 2012, à travers son étude a mentionné que les principales difficultés notées à partir des dossiers des étudiants du Cégep Limoilou au Québec sont les suivantes: rédaction d'un plan de travail avec difficultés ou d'un plan de travail incomplet, manques dans la collecte de données auprès de la clientèle hospitalisée, lenteur dans l'exécution des soins, difficultés à prioriser les soins, difficultés avec l'asepsie et la maîtrise des méthodes de soins, difficultés avec du matériel pour effectuer les soins, lenteur dans l'installation des patients, manque de connaissance de la médication administrée, difficultés avec l'administration des médicaments, erreurs d'administration des médicaments, difficultés pour inscrire une note complète au dossier, mais surtout manque d'autocritique et difficulté à s'organiser dans l'horaire avec deux patients (Bisson, 2012).

Si l'on considère le stage comme un véritable lieu d'apprentissage professionnel, clé de voûte de la formation en soins infirmiers, les professionnels de terrain ont donc un rôle indispensable dans l'encadrement des futurs infirmiers. D'eux, dépendra, pour une grande part, la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'avenir (Moisy, 2001).

Ainsi, notre travail se propose pour décrire les stages cliniques des étudiants infirmiers et l'encadrement offert pour eux dans les unités de soins.

3. Revue de littérature

Une recherche fructueuse a été faite à travers laquelle des écrits théoriques et empiriques ont été recensés, ces écrits ont fait l'objet des lectures compréhensives et analytiques pour ressortir les aspects suivants :

- Les modèles d'encadrement des apprenants en milieu clinique : Modèle classique, Modèle collaboratif et Modèle Intégratif.
- Les acteurs de la fonction d'encadrement en milieu clinique : Stagiaire, Coordonnateur, Tuteur, Equipe de soins, Enseignant formateur.
- Les méthodes d'encadrement : Préceptorat, Mentorat, Tutorat et d'autres méthodes particulières.

3.1. Les modèles d'encadrement des apprenants en milieu clinique

► *Modèle classique (juxtapositif)*

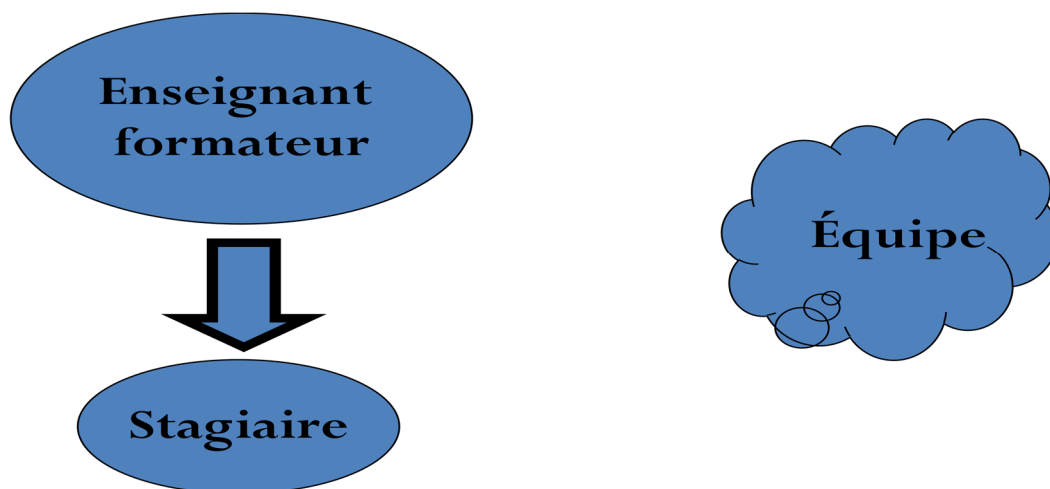


Figure 1 : Modèle classique

► *Modèle collaboratif*

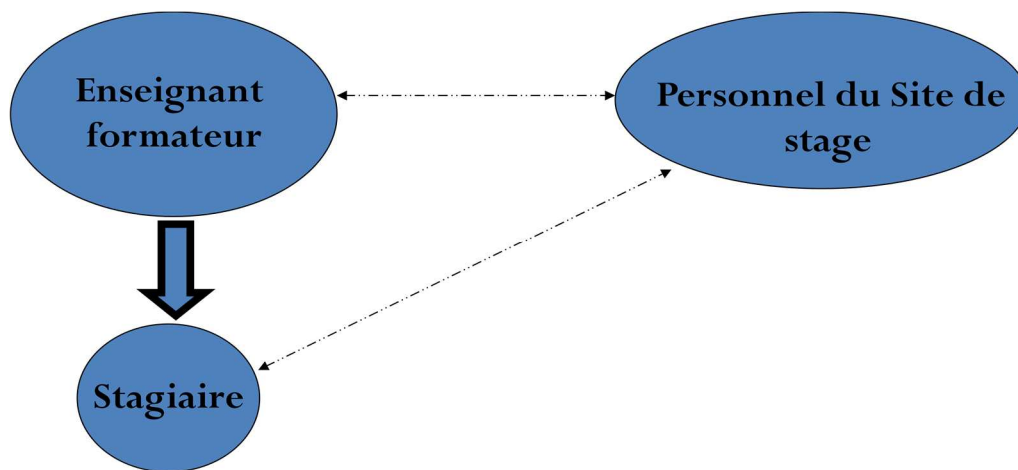


Figure 2 : Modèle collaboratif

► *Modèle Intégratif*

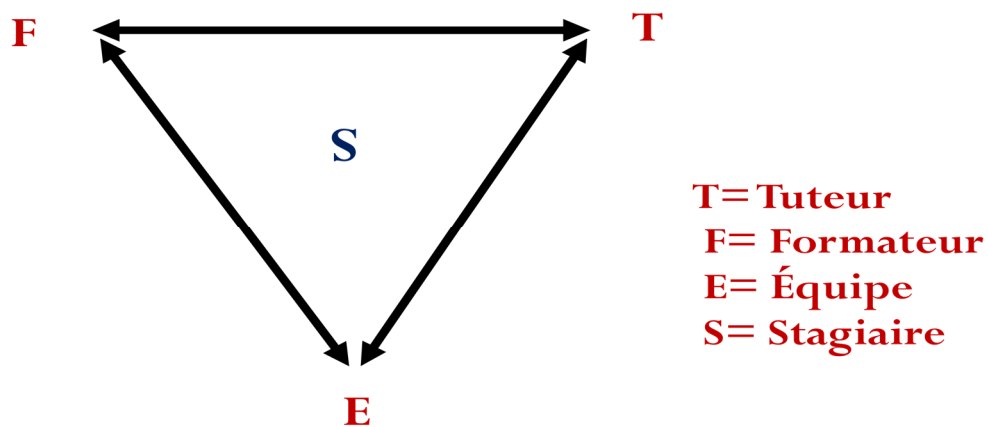


Figure 3 : Modèle Intégratif

3.2. Les acteurs de la fonction d'encadrement en milieu clinique

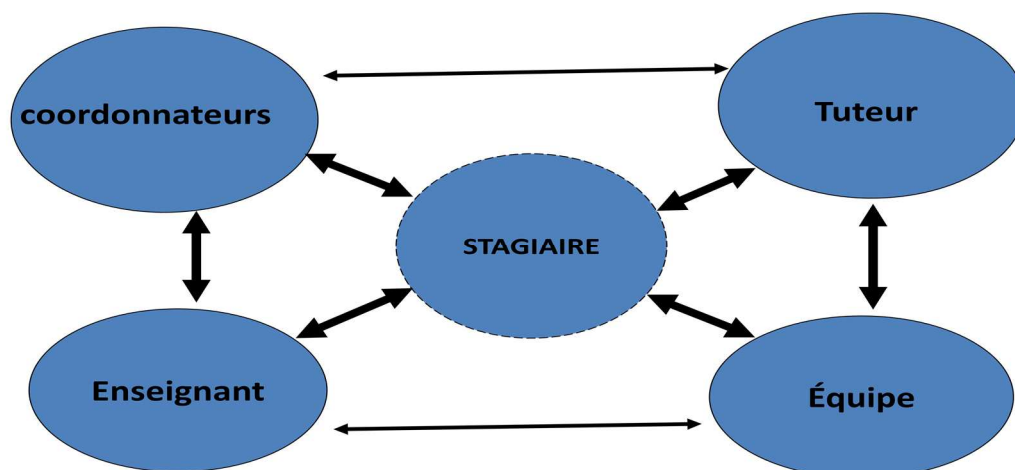


Figure 4 : Acteurs de la fonction d'encadrement en milieu clinique

Nous avons trouvé parmi les principaux acteurs de la fonction d'encadrement des stages cliniques, les étudiants eux-mêmes, regroupés par promotion de même année d'études. L'équipe pédagogique de l'institut, composée d'un directeur et de cadres formateurs, ainsi que les équipes de terrain, composées essentiellement d'infirmiers et d'aides-soignants, accompagnés par un cadre de santé. Il y a également l'institution, c'est-à-dire l'hôpital, car c'est elle, via le directeur des soins, qui impulse la politique institutionnelle en matière d'accueil et d'encadrement des étudiants. Si la direction des soins n'influe pas directement sur les étudiants, elle a un poids incontesté sur les cadres des services et les services eux-mêmes (Formaux, 2002).

3.3. Méthodes d'encadrement

La littérature décrit l'encadrement clinique des étudiants sous plusieurs formes (méthodes) et selon plusieurs intervenants, à titre d'exemple, il est trouvé :

En France : 1) Le maître de stage, 2) Le tuteur de stage, 3) Les professionnels de proximité et 4) Le référent de stage...

Au Québec : 1) La préceptrice, 2) La monitrice, 3) Le tuteur, 4) Le mentor et 4) La superviseure...

3.3.1. Le Préceptorat

Définitions

Selon l'Association des Infirmières et des Infirmiers au Canada (AIIC) en 2004, le préceptorat est une méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, dans laquelle les infirmières font du modelage de rôle clinique. Le préceptorat est en fait une période de temps durant laquelle une infirmière expérimentée aide une infirmière novice, soit une étudiante ou un étudiant, à s'adapter à son nouveau rôle et réussir dans l'application de ses nouvelles fonctions. Selon Le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française (2006), le préceptorat s'avère souvent utiliser dans le domaine de la santé afin de guider les novices dans l'exercice de leur profession pour une période déterminée.

Durée et buts du préceptorat

Le préceptorat est généralement limité dans le temps, et s'applique dans un contexte de travail ou d'apprentissage spécifique. Le préceptorat sert souvent à l'acquisition d'un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles, ainsi qu'à l'intégration sociale dans la profession ou le domaine de pratique. Dans une situation de préceptorat, une

période de temps est déterminée. Par exemple, un employeur peut décider de la période de temps afin qu'une infirmière ou un infirmier novice développe les compétences de son nouveau rôle pour une nouvelle unité de soins. Les périodes de temps allouées pour le préceptorat ont tendance à être de courte durée, soit d'un à deux mois. Cette période de temps varie selon le type de participante et de participant, le contexte de réalisation et les besoins ciblés (AIIC, 2004).

Avantages du préceptorat

Le préceptorat est une méthode basée sur l'enseignement/apprentissage visant à aider les infirmiers à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps. Il permet l'acquisition d'un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles, ainsi que l'intégration sociale dans la profession ou le domaine de pratique, en effet, il aide à développer le jugement clinique et le savoir-faire, à acquérir plus rapidement une autonomie professionnelle, à accroître la confiance en soi et diminue le stress, augmente le sentiment d'appartenance et donne accès à des modèles positifs (Lamoureux et Melançon, 2014).

Rôles et fonctions de la préceptrice

La préceptrice est une infirmière qui a une expertise clinique, qui agit en tant que modèle de rôle, qui a la capacité d'assister l'infirmière novice dans l'application de la pratique et qui est disponible à la supervision, les rôles et fonctions assignées à la préceptrice sont :

- Établit un partenariat et une relation de confiance avec les apprenantes ;
- Collabore avec l'apprenante pour créer des expériences qui permettent d'atteindre efficacement les objectifs ;
- Fournit un soutien quand les compétences ne peuvent pas être appliquées en toute sécurité ;
- Produit, au besoin, de la rétroaction formative (continue) et sommative (finale) quant aux progrès réalisés par rapport aux objectifs ;
- Fournit des expériences pour aider l'apprenante à s'intégrer socialement dans la profession ;
- Produit une rétroaction régulière et efficace dans une perspective d'amélioration continue du programme de préceptorat (Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS), du Sud-Ouest-Verdun pays 2008).

3.3.2. Le Mentorat

Définitions

Le mentorat consiste en une relation entre une personne plus expérimentée (le mentor) et un individu désirant améliorer ses compétences (le protégé ou mentoré). Ces deux personnes, une fois jumelées, forment une dyade. Le mentorat est une relation de soutien, d'apprentissage et d'échange. Il s'agit d'une relation d'aide au plan professionnel, mais aussi personnel (Centre de réadaptation MAB-Mackay, pays 2013).

Le mentorat peut être informel ou formel, Le mentorat informel repose sur une relation naturelle et une association spontanée. Le mentoré initie les démarches auprès de la personne qu'il choisit comme mentor. Il lui communique ses attentes face à la relation. Le mentorat formel implique un programme institutionnel qui prévoit une démarche structurée, appuyée par l'organisation afin que les personnes qui s'y inscrivent puissent en tirer les bénéfices escomptés. Les organisations qui implantent des programmes formels visent généralement à favoriser le développement de carrière des employés, leur insertion professionnelle ainsi que le développement de compétences utiles à l'exercice de leurs fonctions (Guay et Lirette, 2003).

Durée et but du mentorat

La relation entre le mentor l'étudiant repose plutôt sur les besoins de la personne qui développe un nouveau rôle ou qui s'adapte à de nouvelles fonctions. Cette relation peut varier de quelques mois à quelques années. En fait, la durée est reliée au temps que prendra l'apprenant pour atteindre ses objectifs. Le but principal du mentorat est de permettre à l'apprenant de développer des objectifs de carrière à long terme (Bisson, 2012).

Avantages du mentorat

Le concept du mentorat est important pour permettre aux patients et à leurs familles de bénéficier de soins sécuritaires et éthiques offerts par une main-d'œuvre compétente. Parmi les autres avantages du mentorat : une satisfaction professionnelle accrue; la baisse du besoin de recrutement et l'augmentation du maintien des effectifs infirmiers (Severson, 2015). La relation mentorale est une relation a comme objectif de permettre une croissance autant au point de vue professionnel que personnel. Elle met l'accent sur le savoir-faire, le savoir-être et le savoir-agir (Brunet, 2009). Le mentorat consolide les connaissances acquises, améliore la compétence, amène une confiance et un sentiment de sécurité plus accrus, diminue le stress,

amène une satisfaction au travail et contribue au développement du leadership clinique (Lamoureux et Melançon, 2014).

Qualités et rôles du mentor

Un bon mentor doit posséder de grandes habiletés interpersonnelles et faire preuve de pédagogie. Il doit ainsi avoir une excellente capacité d'écoute et d'empathie, tout en sachant garder les distances nécessaires afin de laisser son mentoré faire ses apprentissages lui-même. Il doit être capable de fournir de la rétroaction constructive, positive et utile, et donc faire montrer d'une bonne capacité d'analyse et de résolution de problème. Il doit être rassurant et avoir le leadership nécessaire pour motiver son mentoré, dont il reconnaît d'ailleurs les forces et les réussites. De plus, le mentor doit faire preuve d'ouverture face à la critique, il doit accepter de remettre ses idées et ses façons de faire en question. Enfin, le mentor doit être un modèle crédible pour son mentoré, et doit savoir, de par son honnêteté, instaurer une relation de confiance avec ce dernier (Guay et Lirette, 2003).

3.3.3. Le Tutorat

Définitions

Selon Boutet (2000), le tutorat réfère à une relation de soutien à l'apprentissage et au développement de l'identité, établie entre un éducateur et un étudiant. Le tutorat est une relation professionnelle formative et/ou normative entre deux personnes, un professionnel et un apprenant à la découverte d'un métier. Le tutorat est une forme d'aide individualisée en dehors de la classe. Le tutorat peut s'adresser à un étudiant seul ou à un groupe d'étudiants. Et le tuteur peut être un professeur, ou un autre étudiant "tutorat par les pairs" (Ministère de la santé, Maroc et Enfermeras Para el Mundo, Espagne 2012).

Durée et buts du tutorat

Pour Phaneuf (2013a), les buts visés par la présence d'un tuteur sont de permettre à l'étudiant de reconnaître les difficultés, de trouver de nouvelles méthodes d'acquisition des connaissances et de développer la personnalité professionnelle de l'aidé. Le tutorat est un encadrement limité dans le temps, soit pendant la période de formation ou la durée d'une activité d'apprentissage. Le tutorat peut être utilisé dans un groupe classe pour l'apprentissage de connaissances ou encore sur une plus longue période, tel qu'un stage en milieu de travail ou la durée d'une session.

Avantages du tutorat

Pour Ridet en 2016, le tutorat, dans le cadre d'un système de développement des compétences est un dispositif qui articule à la fois, des moments de formation et des moments de travail, mais aussi de développement de l'identité professionnelle et dont le tuteur se situe dans une fonction d'accompagnement. Toutefois le tutorat constitue un élément majeur de socialisation, de transmission des valeurs, d'appropriation des savoir-faire opérationnels et de développement des compétences. La première intention du tutorat et donc du travail du tuteur, est d'accompagner l'étudiant à l'appropriation de la dimension cognitive en l'aidant à comprendre l'interaction entre action et réflexion.

Fonctions du tuteur

Bruner (1983), repère six fonctions de l'activité du tuteur :

1. L'enrôlement : capacité du tuteur à intéresser et à faire adhérer le tutoré à une tâche.
2. La réduction des degrés de liberté : capacité du tuteur à découper la tâche en différents paliers successifs et accessibles au tutoré pour le mener au but attendu.
3. Le maintien de l'orientation : capacité du tuteur à maintenir l'attention et la motivation du tutoré afin d'arriver à l'objectif défini.
4. La signalisation des caractéristiques déterminantes : capacité du tuteur à indiquer les phases importantes pour l'exécution de la tâche.
5. Le contrôle de la frustration : capacité du tuteur à faire supporter les échecs au tutoré dans la résolution de la tâche.
6. La démonstration ou présentation de modèles : capacité du tuteur à montrer un modèle de résolution de la tâche. Le tutoré pourra utiliser le principe de l'imitation.

3.4 Synthèse

A première vue, le préceptorat, le mentorat et le tutorat sont des termes qui s'apparentent. Ces termes semblent tous d'une même origine. En terme de phonétique, ils se ressemblent également. Mais au regard de leurs définitions, ils sont différents.

Bien que le mentorat et le tutorat se ressemblent par leurs définitions, une nette distinction est remarquée entre le pair agissant en tant que mentor et le pair qui agit comme tuteur. Une personne tutrice agit non seulement au niveau des apprentissages et des compétences à atteindre, mais aussi aide la personne à mieux réussir tant au niveau professionnel que personnel (Bisson, 2012). Selon Phaneuf (2009), le tuteur est quelqu'un qui propose des objectifs, et des solutions aux difficultés que présente une personne apprenante.

Le guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers élaboré par le Centre de Santé et de Services Sociaux du Sud-Ouest-Verdun pays en 2008, a précisé que la durée d'un programme de mentorat est habituellement plus longue et souvent définie moins précisément que celle du préceptorat. Le mentorat diffère du préceptorat, car il repose moins sur les procédures et il est moins axé sur la supervision et l'évaluation du rendement.

Selon l'analyse des différentes définitions rapportées par Bisson en 2012, le tutorat et le préceptorat semblent être des stratégies intéressantes pour aider l'étudiant en difficulté lors de la supervision de certains stages en milieu clinique. L'étudiant a besoin d'aide occasionnellement pour surmonter ou se repositionner par rapport à une ou plusieurs difficultés lors d'applications en milieu clinique. L'étudiant a besoin d'une ressource extérieure pour l'aider à gérer et même diminuer les facteurs de stress que peut engendrer l'application des connaissances lors du stage clinique.

La différence est plus nuancée entre le préceptorat et le mentorat, en effet la relation de préceptorat est bien encadrée, limitée dans le temps et a une visée plus restreinte que le mentorat. Elle vise l'acquisition d'un certain niveau de base de connaissances, l'adaptation du nouvel employé à son milieu de travail et sa réussite dans ses nouvelles fonctions. Le mentorat, par opposition, requiert un plus grand niveau de flexibilité : il vise à comprendre et à apporter une réponse aux besoins du mentoré, à l'aider à atteindre un épanouissement personnel aussi bien que professionnel (Laroche, Lavoie et Rodrigue, 2009).

Globalement, le tutorat, le mentorat et le préceptorat présentent plusieurs similarités et la distinction entre eux n'est pas franche. En effet des différenciations ont été soulevées par rapport aux intervenants et leurs qualités requises, la durée, les apports de chaque méthode.

4. Méthodologie

Pour réaliser notre présent travail, des recherches bibliographiques fructueuses ont été effectuées, en effet, des requêtes au niveau de certaines bases de données (Google scholar, Amazon, Erudit, ScienceDirect, PubMed...) ont été faites. Ainsi des lectures de plusieurs documents de presse professionnelle, des thèses, des guides de stages et d'encadrement dans des pays étrangers. Les sites officiels de certains établissements et organisations dans le domaine de santé ont été également consultés. Les principaux concepts clés, que nous avons, utilisés étaient : stage, stage clinique, encadrement, formation infirmière, étudiant infirmier, soins, soins infirmiers... Par ailleurs, plusieurs articles et travaux ont été recensés (N=123), alors que seulement 45 ont été retenus. Les critères de choix se résument en : (a) la relation

avec notre sujet de recherche, (b) la pertinence de leurs contenus, (c) la bonne qualité scientifique et (d) l'expertise de leurs auteurs en domaine des stages cliniques des étudiants infirmiers. Ces articles et travaux ont fait l'objet des lectures compréhensives et analytiques à l'aide de l'utilisation des fiches et grilles de lecture. En effet, les idées pertinentes en lien avec notre sujet ont été insérées dans notre travail en faisant des résumés et des paraphrases.

5. Résultats

La présente étude a permis d'identifier que, malgré le support et la disponibilité des enseignants formateurs des instituts, l'aide en encadrement offerte actuellement est insuffisante pour surmonter toutes les difficultés lors des stages des étudiants. La situation actuelle indique que ces difficultés se poursuivent tout au long de la période des trois années de formation. En effet, la mise en place d'une méthode d'encadrement par tutorat semble favorable pour la réussite et aura certainement un impact positif sur le développement de connaissances et l'intégration de savoir-faire durables. L'encadrement par tutorat est une stratégie qui pourra contribuer à améliorer les savoirs et savoir-faire de l'étudiant tout en développant sa confiance en soi. En plus, il est remarqué une augmentation de l'usage du tutorat comme étant une stratégie pédagogique favorable à la réussite des étudiants. Ajouter à cela, ses avantages sur le plan cognitif, métacognitif et socio-affectif des étudiants et son adaptabilité à notre contexte.

6. Conclusion

À travers nos recherches bibliographiques, il est mis en évidence que la situation professionnelle des enseignants dans les instituts de formation des étudiants infirmiers ne leur permet pas de remplir, adéquatement, leurs fonctions d'encadrement des stages cliniques ; c'est pour cette raison, qu'un accompagnement par une tierce personne appartenant au milieu de soins, reste la solution la plus envisageable. En effet, d'après la littérature recensée, il existe plusieurs méthodes et approches pouvant supplier l'encadrement classique fait par l'enseignant de l'institut. Notre étude, de nature descriptive comparative, a permis de distinguer que, parmi ces méthodes, le tutorat reste la plus adaptée au contexte marocain et la plus avantageuse pour les différents intervenants.

Dans le cadre de la continuité de ce travail, il était souhaitable de réaliser une autre étude, qui aura comme objectif d'analyser l'impact de la méthode tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers. C'est l'objectif du travail suivant.

Chapitre II :

Etude d'impact de la méthode tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques au contexte de la formation des professions infirmières et techniques de santé

1. Résumé

La formation infirmière est une formation qui se base dans une grande partie sur les stages cliniques qui permettent aux étudiants de mettre en pratique leurs connaissances théoriques et d'acquérir des nouvelles compétences techniques, en se confrontant quotidiennement à diverses situations réelles de soins. De ce fait, l'encadrement de ces étudiants revêt une importance extrême, c'est le moyen qui permet d'assurer que leurs stages dérouleront dans les meilleures conditions, en matière d'apprentissage et des résultats, ce qui aidera à former des professionnels de santé qualifiés, responsables et capables de prendre en charge les patients en toute compétence.

Ce chapitre aborde l'impact du tutorat comme étant une méthode privilégiée d'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers. Pour bien cerner tous les éléments d'étude de cet impact, un travail d'analyse a été fait à la base des recherches bibliographiques dans plusieurs bases de données : ERIC, Pubmed, Scopus, Proquest, Web of science, Google scholar, Erudit, Researchgate... Ces bases de données ont été sélectionnées parce qu'elles comprennent des revues scientifiques, évaluées par des pairs, qui sont spécialisées dans la formation infirmière en général et l'encadrement des stages en particulier. Les principaux mots clés utilisés étaient : stage, étudiant infirmier, encadrement clinique, encadrement par tutorat, tutorat infirmier, encadrement des stages, impact, qualité, stage clinique, formation infirmière... des combinaisons de mots clés ont été également faites, par exemple : formation infirmière et tutorat, tutorat et encadrement clinique, tutorat et encadrement des stages, tutorat et qualité d'encadrement... Les références bibliographiques des articles consultées et des sites web des organisations infirmières internationales ont été également utilisées. Les articles retenus ont été exploités à l'aide des fiches de lecture en respectant les normes de rédaction scientifique.

L'analyse de la littérature recensée nous a permis d'apprécier la positivité de l'impact de cette méthode. Par ailleurs, il est démontré qu'une instauration du tutorat aura des bénéfices, principalement, d'une part, pour le tuteur : des expériences en enseignement (37,25%), la motivation (31,25%) et le développement d'une réflexion critique (12,50%). Et d'autre part, pour le tutoré : la réussite de la formation (19%), le développement de la pratique réflexive (12%) et la construction de l'identité professionnelle (12%).

Mots clés : Impact, Tutorat, Qualité, Encadrement, Stage clinique, Formation infirmière

2. Introduction

Le programme des soins infirmiers invite les étudiants à apprendre par des cours théoriques et des séances de simulation pour appliquer finalement leurs connaissances dans le milieu clinique (stage clinique) auprès des patients hospitalisés. Ce programme a plusieurs visées éducatives ayant pour objectif de préparer un infirmier capable de prodiguer des soins individualisés, être respectueux, de développer le sens d'autonomie, de responsabilité et de pensée critique, devant les exigences du programme pour obtenir une licence professionnelle de soins infirmiers (Bisson, 2012).

Le stage devient donc un élément essentiel du dispositif de formation professionnelle, un ingrédient clé de la dimension « pratique » de cette formation. Il s'agit d'une approche didactique parfaite et authentique sur le plan des situations d'apprentissage, puisqu'il offre à l'étudiant la possibilité de se frotter à la « vraie vie »: c'est le seul moyen qui offre aux apprenants l'opportunité de vivre des vraies situations avec des vraies malades, ce qui aide à construire et à développer les bonnes pratiques et les compétences qui sont primordiales dans la formation des cadres en soins infirmiers (Boraley et Dürrenberger, 2014). Dans ce cadre, la stratégie pédagogique de tutorat n'est évidemment pas nouvelle et elle a été couramment utilisée depuis longtemps, mais de manière moins formelle dans de nombreux établissements de formation en soins infirmiers. Actuellement, l'utilité de cette stratégie s'est largement augmentée dans la mesure où elle permet l'investissement dans les compétences des infirmiers chevronnés au bord de la retraite, et exploiter ces qualifications de la meilleure façon possible pour garantir un encadrement de haute qualité au profit des étudiants (Phaneuf, 2009).

Le présent travail consiste à étudier et d'analyser l'impact de la mise en œuvre d'un tutorat sur le développement de compétences individuelles chez les apprenants (tutoré) et les encadrants (tuteurs) dans le domaine de formation infirmière.

3. Revue de littérature

3.1. Définition du tutorat

Le tutorat est un ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail, en vue de contribuer à la production ou au transfert des compétences professionnelles (Barbier, 1996). Le tutorat est une relation formative entre un tuteur et un tutoré au sein d'un environnement professionnel. Il implique que la situation de travail soit

organisée de manière à faciliter l'apprentissage d'un métier, d'une fonction, dans le cadre d'une relation d'appui personnalisée et formalisée (Bastide, 2012).

3.2. Rôles du tuteur

Dugal (2006), recense cinq rôles du tuteur :

7. Conseiller : Etablir une relation, aider à cerner l'origine des problèmes.
8. Observateur : Recueillir et analyser des données, faciliter l'observation.
9. Pourvoyeur de feed-back : Renvoyer "en miroir", éclairer ses comportements.
10. Instructeur : Fournir des savoirs, des idées, des exemples.
11. Evalueur : Informer sur l'évolution de sa progression.

3.3. Principales fonctions du tutorat

Selon Bastide en 2013, le tutorat revêt trois principales fonctions, dont la pondération est dépendante en grande partie des dispositifs mis en œuvre, mais aussi des compétences des tuteurs.

Une fonction pédagogique

Essence même de la fonction tutorale, bien souvent citée comme objectif principal du dispositif, la fonction pédagogique a pour objet le développement des compétences du tuteuré via son accompagnement en situation de travail. Elle permet ainsi une optimisation de l'adéquation entre les compétences attendues et les compétences réelles de l'apprenant.

Une fonction de socialisation

Fréquemment considérée comme constituant un bénéfice secondaire pour l'apprenant, la fonction de socialisation, ou d'accompagnement social, n'en est pas moins une composante majeure à prendre en compte dans l'organisation du dispositif et le choix des tuteurs. Le tutorat s'avère ici générateur de lien social, il entretient une solidarité entre les membres d'une même communauté. En effet, en formalisant des échanges fondés sur une relation de confiance entre tuteur et tuteuré, le tutorat permet à ce dernier d'accéder à des savoirs relationnels, à des manières de faire et d'interagir spécifiques au service, facilitant son intégration.

Une fonction de management et d'encadrement

Cette fonction comprend des tâches de planification et d'organisation de l'intégration et du suivi des nouveaux apprenants, mais également de coordination avec les différents professionnels et intervenants dans l'apprentissage. Elle inclut aussi des tâches relevant de pratiques d'encadrement, par une répartition adaptée du travail des apprenants.

3.4. Impact du tutorat sur la qualité d'encadrement des stages cliniques

Lorsqu'ils sont en stage dans les établissements de santé, les étudiants infirmiers sont confiés à des personnels soignants qui, en tant que tuteurs, ont pour attribution de les accompagner et de les évaluer dans le cadre de leur formation professionnelle (Baudrit, 2012). Certainement cet accompagnement aura un impact sur les deux principaux acteurs de la fonction tutorale à savoir : le tuteuré et le tuteur.

3.4.1. Impact sur le tuteuré

Au sujet de l'utilité et bénéfices du tutorat

L'utilité de la situation de tutorat est largement discutée par plusieurs auteurs, une revue de littérature élaborée par Chaliès, Cartaut, Escalié et Durand (2009), a mis le focus sur les apports du tutorat sur le soutien émotionnel des stagiaires (Clarke & Jarvis-Selinger, 2005), leur accompagnement dans leur confrontation avec la réalité du travail (Hebert & Worthy, 2001), la construction de leur identité (Durand, 2000; Wang, Strong & Odell, 2004 ; Williams, Prestage & Bedward, 2001), l'acquisition de connaissances professionnelles (Bertone et al., 2003 ; Chaliès et al., 2004 ; Hascher et al., 2004 ; Ponte et al., 2004 ; Zanting, Verloop & Vermunt, 2003) et le développement de leur pratique réflexive (Parson & Stephenson, 2005; Ward & McCotter, 2004), en effet le tutorat paraît comme une composante essentielle de la formation.

Les répercussions de l'encadrement sur le futur soignant ont été étudiées par Chapuis, Girard, Graidia et Petit en 2015, à travers une enquête auprès de 13 étudiants et 4 tuteurs au niveau du Cedex Besançon. Les résultats ont révélé qu'à l'unanimité, les infirmiers diplômés d'Etat tuteurs enquêtés estiment que leur encadrement a un impact sur le futur soignant. Au vu de leurs réponses, l'attitude bienveillante des soignants semble qu'elle influence de façon positive l'autonomisation des étudiants. Par ailleurs, il est affirmé à travers cette étude que l'encadrement par tutorat proposé aux étudiants infirmiers a permis progressivement de leur acquérir un positionnement professionnel nécessaire pour mener à bien leurs missions.

Une recherche de nature descriptive qualitative réalisée à travers des entretiens, menés par Chevrier en 2006, à l'Université du Québec à Montréal, auprès des tuteurs et des étudiants, a souligné que la quasi-totalité des stagiaires interviewés considèrent qu'il y a des bénéfices à être encadrés. Ils disent premièrement que plus il y a de tuteurs, plus le stage est enrichissant, car il y a possibilité d'apprendre des différentes expériences et des forces de chacun. Deuxièmement, les stagiaires mentionnent qu'être encadrés leur permet de toujours avoir une personne-ressource pour répondre à leurs questions, et leur donner des explications. Ainsi ils déclarent que les tuteurs leur ont permis de découvrir les différents aspects du métier et les responsabilités qui en découlent; de ce fait, les étudiants ont une meilleure idée de leur choix de carrière. A travers la même étude, les étudiants interrogés ont déclarés leur satisfaction par rapport à l'accueil, la disponibilité et la confiance dont a fait montrer l'ensemble des tuteurs envers eux. Outre la disponibilité en terme de liberté de temps exprimée par un des stagiaires la disponibilité en terme de volonté d'aider est également sous-entendue dans certaines réponses des étudiants. La confiance, quant à elle, se traduit principalement par le fait que les stagiaires ont le sentiment d'être les bienvenus dans l'établissement de stage parce que les tuteurs les mettent à l'aise, et leur confient les clés des salles. Ces éléments sont, par ailleurs, attribuables à l'attitude des tuteurs; ils font également partie des aptitudes nécessaires pour tenir le rôle de tuteur. La totalité des stagiaires tiennent des propos positifs en regard de leurs relations interpersonnelles avec leurs tuteurs opérationnel et hiérarchique respectifs, de même qu'avec l'ensemble des employés qu'ils ont côtoyés. Les relations sont alors qualifiées de bonnes, amicales et cordiales. Ce genre de situation est très valorisant pour les stagiaires et engendre un effet positif sur leur estime et leur confiance.

Au sujet des pratiques et interventions tutorales

Une recherche réalisée par Chomienne et Poellhuber au Cégep à distance au Québec entre 2003 à 2006. Cette recherche était de nature mixte faisant appel à la fois à un design quasi expérimental et à une méthodologie qualitative reposant sur des entrevues individuelles et une étude multi-cas, auprès d'un échantillon de 916 étudiants, portant sur les effets de l'introduction de trois types d'intervention tutorales sur la motivation et la persévérance des étudiants. Les résultats ont montré que l'effet des mesures de tutorat sur la persévérance est important et significatif. Ainsi, 72,0% des étudiants faisant partie de l'échantillon ayant bénéficié des mesures de tutorat individuel persévèrent jusqu'au terme de la formation, alors que seulement 57,2% de ceux du groupe témoin le font. La différence s'observe aussi dans les

taux de réussite, celui des étudiants ayant bénéficié des interventions de tutorat étant supérieur de 18,4% à celui du groupe témoin. Dans les entrevues, les étudiants ont abondamment parlé des rapports avec les tuteurs, et presque toujours de façon positive.

Dugal en 2006 a réalisé une étude sur les attitudes spontanées que les tuteurs ont tendance à adopter vis-à-vis des stagiaires et leurs effets sur la formation initiale. Les résultats ont montré que les tuteurs adoptent principalement trois attitudes dominantes :

Des attitudes d'influence directe (évaluation, décision, soutien) : Elles risquent de réduire la participation du stagiaire : au plan quantitatif (il s'exprime moins), mais aussi au plan qualitatif (il ne s'exprime que par rapport à ce que dit le tuteur). D'un autre côté, elles peuvent contribuer à réduire l'angoisse du stagiaire; ce dernier aura la sensation que le tuteur prend en charge ses problèmes (ce qui en retour peut parfois engendrer une certaine dépendance).

Des attitudes d'influence indirecte (investigation, interprétation) : Elles semblent avoir des effets plus nuancés et une grande variabilité dans les effets produits selon la manière dont elles sont utilisées. Elles facilitent la progression vers une solution construite par le tuteur.

Une attitude de compréhension : Cette dernière favorise sans doute l'implication du stagiaire. Elle permet, véritablement, de "tenir conseil" avec le stagiaire, plutôt que simplement lui donner des conseils. En revanche, si cette attitude devient trop rigide ou trop répétitive, le tuteur se limitant à reformuler systématiquement le propos de son interlocuteur, elle peut entraîner une inévitable frustration chez le stagiaire.

L'étude de Chevrier (2006) a mis en évidence que les étudiants interviewés ont appris que les interventions des tuteurs leur ont permis de réaliser des apprentissages de nature variée tels que: les aspects techniques du métier, le fonctionnement de l'établissement de stage, le développement personnel, la socialisation et l'orientation professionnelle. Ces apprentissages ont été surtout possibles grâce à trois pratiques d'encadrement utilisées par les tuteurs que les étudiants ont identifiées comme favorisant leur apprentissage: le questionnement, la démonstration et la réalisation de tâches. Ces trois pratiques, telles que les utilisent les tuteurs, favorisent la réflexion et l'expérimentation et ainsi, soutiennent les étudiants dans leur processus d'apprentissage. Les résultats démontrent que ces pratiques, qui s'inscrivent dans une approche expérientielle de l'apprentissage en milieu de travail, peuvent effectivement être qualifiées de pratiques exemplaires. Plus spécifiquement, presque tous les étudiants interviewés mentionnent que le fait de se faire poser des questions ou demander des

explications sur pourquoi tel geste? Comment ça fonctionne? Quelle est la procédure à suivre? etc. les a aidés à apprendre, parce que, d'une part, cela incite le stagiaire à réfléchir et à analyser la situation. Et d'autre part, le questionnement teste les connaissances du stagiaire et, au besoin, l'encourage à relire ses notes de cours pour mettre à jour ou approfondir ses connaissances. Ces propos des étudiants sont confirmés par les tuteurs lorsqu'ils ont déclaré qu'ils ont aidé les stagiaires dans leurs apprentissages par le seul fait d'avoir partagé leur expérience du métier avec eux. Aussi ils ont indiqué qu'une bonne communication/relation entre tuteur et stagiaire favorise l'apprentissage et contribue à corriger des comportements jugés non professionnels chez le stagiaire. De plus, la majorité des étudiants considèrent qu'observer une démonstration du tuteur les aide à apprendre car l'observation leur permet de comprendre l'action, la démarche et de la mémoriser.

Les résultats d'une recherche expérimentale, auprès de 105 étudiants universitaires en psychologie et sciences de l'éducation en Belgique, menée par Quintin en 2007, dont le but est de cerner les effets, sur les performances des étudiants, de l'application de cinq modalités d'intervention tutorale (réactive, proactive non ciblée et proactive ciblée : socio-affective, pédagogique et organisationnelle), ont montré qu'une différence globale statistiquement significative entre les modalités d'intervention tutorale initiées par le tuteur et celles réalisées systématiquement par les étudiants dans le cadre d'activités d'apprentissage (test ANOVA : F. 2,50 ; p. 0,047). Par ailleurs, Les moyennes des notes obtenues entre le pré-test et le post-test s'étalent de 11,68 % pour le groupe suivi de manière réactive (moyenne la plus basse) à 39,80 % pour les étudiants encadrés proactivement par des interventions ciblées surtout la composante socio-affective (moyenne la plus élevée). D'après l'appréciation des résultats des étudiants suivis selon une modalité proactive ciblée au regard de l'expérience pédagogique des tuteurs (ancienneté), il est remarqué que ceux qui ont été encadrés par des tuteurs expérimentés obtiennent de meilleurs résultats (F. 5,339 ; p. 0,024). Les tuteurs disposant d'une plus grande expérience pédagogique semblent donc avoir été plus efficaces, ainsi les étudiants encadrés par ces tuteurs ont plus de chance d'obtenir des résultats élevés. En somme, cette recherche a permis de confirmer que les modalités d'intervention tutorale, aussi efficaces soient-elles, n'expliquent qu'une partie des performances observées. Il est souligné que d'autres variables sont également intervenues dans les progrès réalisés par les étudiants : résultats académiques antérieurs, expérience pédagogique des tuteurs ainsi que des facteurs liés à la motivation ou à l'engagement dans la formation.

Au sujet de la réussite de la formation

Plusieurs études ont traité les effets du tutorat sur l'intégration et la réussite de formation, en effet, ils ont indiqué que les étudiants qui ont profité du tutorat montrent un meilleur développement personnel et une plus grande satisfaction à l'égard de leur environnement de formation (Brown et DeCoster, 1982; Cosgrove, 1986; Terrell et Hassell, 1994; Tracey et Sedlacek, 1985). D'autres études ont précisé que le tutorat est associé à la persévérance aux études (Bishop et Brenneman, 1986), à la réussite scolaire (Wilson et al., 1997) et à l'augmentation du taux de diplômation (Frank et Kirk, 1975, cité par Duchesne et Larose, 2000).

Concernant la réussite scolaire, les résultats de l'étude de Duchesne et Larose en 2000 auprès de 148 étudiants à risque à l'Université de Laval indiquent qu'un contrôle actif des tuteurs, tel que perçu par eux-mêmes, prédit l'échec scolaire de l'étudiant. Ainsi, il est plausible qu'en accentuant le contrôle, le tuteur réponde à un besoin élevé, chez les étudiants à risque, d'être mieux organisés et structurés. En se comportant de façon plus autoritaire avec les étudiants à risque, les tuteurs chercheraient à combler ce manque d'organisation et de structuration. Le recours au contrôle pour aider l'étudiant paraît légitime, si l'on considère que les indices de contrôle, seraient associés positivement à la réussite des étudiants.

En général, les apports visés par un dispositif de tutorat visent à améliorer la réussite des apprentissages, et aussi à diminuer le taux d'abandon des études en aidant les étudiants dans leur insertion. Donc globalement, il s'agit d'un dispositif d'accompagnement à vocation formatrice (Alava et Clanet, 2000).

3.4.2. Impact sur le tuteur

Concernant les bénéfices pour les tuteurs, ces derniers indiquent que la présence des stagiaires leur apporte du « sang neuf » en leur permettant d'apprendre à l'occasion de nouvelles façons de faire dans une procédure, ou des aspects plus théoriques de leur métier, ou de remettre en question et de réviser des opérations. Aussi ils ont mentionné qu'encadrer des stagiaires leur permet de mettre leurs connaissances à jour et développer des compétences en communication ainsi apprendre à mieux transmettre l'information (Chevrier, 2006).

Dugal dans son étude en 2006 a précisé que de nombreux tuteurs ont souligné l'enrichissement engendré par l'exercice de cette fonction. Ils ont noté, par exemple, l'influence positive sur leur capacité d'écoute des étudiants et, par suite, sur la plus grande attention accordée à leurs erreurs. Selon Bastide (2013), parmi les apports du tutorat, il permet

ainsi de développer la motivation et l'épanouissement professionnel du tuteur, l'acte même de désignation du tuteur constituant un mode direct de reconnaissance de ses qualités professionnelles, pédagogiques et managériales.

Lors d'une étude réalisée par Alava et Clanet en 1997-1998, auprès de 120 tuteurs, pour décrire et expliquer les composantes de l'action tutorale à l'université. 47% ont affirmé que le tutorat est un des moyens d'avoir une expérience d'enseignement. Ainsi les séances de tutorat sont des expériences anticipées du métier d'enseignement (un tuteur est un futur enseignant). En effet, l'ancienneté dans la fonction de tuteur est prise comme un atout dans leurs activités. Ajouter à cela, pour les tuteurs, les activités de tutorat constituent pour eux une préparation aux métiers de l'éducation en même temps qu'un moyen naturel de dialoguer avec d'autres de leurs connaissances. Les tuteurs expérimentent des pratiques d'accompagnement qui sont fortement déduites de leur expérience personnelle. Dans le même ordre d'idée, être tuteur c'est l'occasion de se familiariser avec les fonctions exercées par les enseignants avec quelquefois des tentations : « être respecté, avoir des responsabilités, jouir d'une certaine estime ».

Selon Wittorski (1996), le tutorat n'est pas seulement un moyen pour transmettre des compétences à d'autres. Il conduit les tuteurs à se transformer du moment qu'ils appliquent de nouveaux schémas d'action en rupture avec leurs pratiques professionnelles habituelles. Les tuteurs deviennent ainsi conjointement objet et moyen de transformation. Ces transformations concernent notamment la production de nouvelles façons de voir et de penser le travail et les pratiques. Ainsi la production de nouveaux schémas d'action liés à des capacités transversales (analyse des situations, résolution de problèmes, anticipation) et à des formes nouvelles de gestion de leurs propres capacités (analyse des pratiques, connaissance de ses capacités d'action). Il s'agit de compétences de type processus de méta-compétences.

4. Méthodologie

Pour bien cerner tous les éléments de l'étude d'impact du tutorat, une revue de littérature a été élaborée à l'aide des recherches bibliographiques dans les bases de données suivantes : ERIC, PubMed, Scopus, ScienceDirect, Proquest, Web of science, z-lib, Google scholar, Erudit, Researchgate... Ces bases de données ont été sélectionnées parce qu'elles comprennent des revues scientifiques, évaluées par des pairs, qui sont spécialisées dans la formation infirmière en général et l'encadrement des stages en particulier. Les principaux mots clés utilisés étaient : stage, étudiant infirmier, encadrement clinique, encadrement par tutorat, tutorat infirmier, encadrement des stages, impact, qualité, stage clinique, formation

infirmière... des combinaisons de mots clés ont été également faites, par exemple : formation infirmière et tutorat, tutorat et encadrement clinique, tutorat et encadrement des stages, tutorat et qualité d'encadrement... les références bibliographiques des articles consultés et des sites web des organisations infirmières internationales ont été également utilisés. Par ailleurs, 157 articles et travaux ont été recensés, alors que seulement 53 ont été retenus. Afin de faciliter l'exploitation des articles retenus, nous avons utilisé des grilles de lecture dès le début de notre recherche pour s'organiser et trier les écrits selon : les noms des auteurs, les titres des documents, lieux et maisons d'édition, dates d'édition, localisation des documents, mots clés, résumés et principales idées. Ceci en respect des normes de rédaction scientifique.

5. Résultats

À partir de la littérature recensée au sujet de l'impact du tutorat sur l'amélioration de la qualité d'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers, il est mis en évidence plusieurs apports par rapport à la fonction tutorale, ces apports ont ciblé principalement le tuteur et le tuteur du moment que ce sont les intervenants qui se situent en pleine action dans cette fonction. En effet, ces apports offrent généralement, d'une part pour le tuteur : l'apprentissage, l'accompagnement et la réussite. D'autre part pour le tuteur : l'expérience en enseignement, la motivation et le développement de la réflexion critique.

Par ailleurs, les deux figures ci-dessous représentent l'analyse des travaux antérieurs recensés concernant l'impact du tutorat afin de mettre le focus sur les principaux apports et bénéfices de cette pratique d'encadrement.

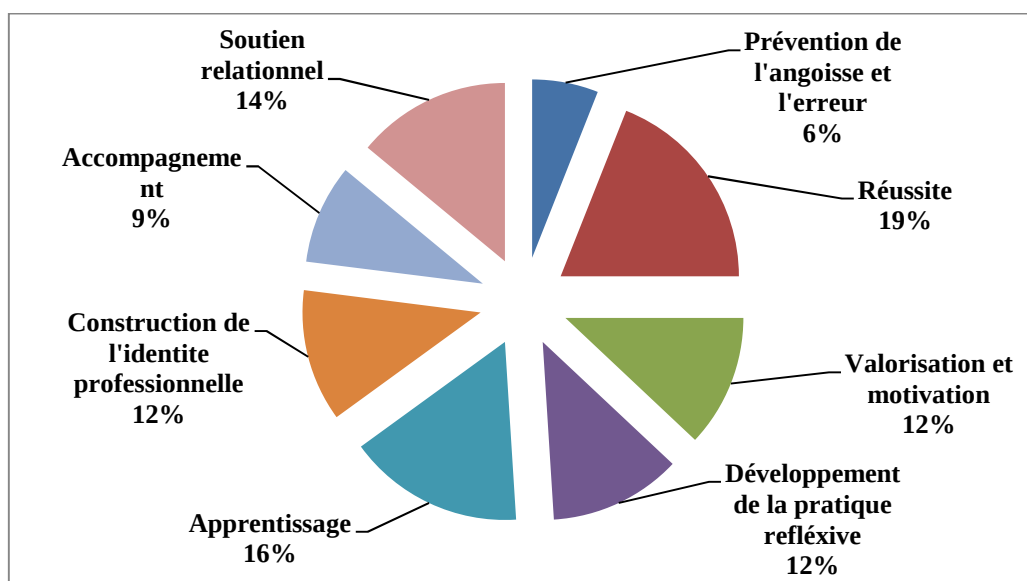


Figure 5 : Impact sur le tuteur

Selon la figure 5, il est constaté une positivité de l'impact du tutorat sur le tuteur dans les diverses dimensions pédagogiques, professionnelles et socio-affectives. Ainsi, les principaux bénéfices de cette méthode sont : 1) la réussite dans la formation (19%), qui reste l'apport le plus évoqué par les auteurs, 2) la réalisation des apprentissages (16%) et le soutien relationnel (14%). Egalement, d'autres bénéfices ont été évoqués à savoir : le développement de la pratique réflexive (12%), la construction de l'identité professionnelle (12%) et la motivation (12%).

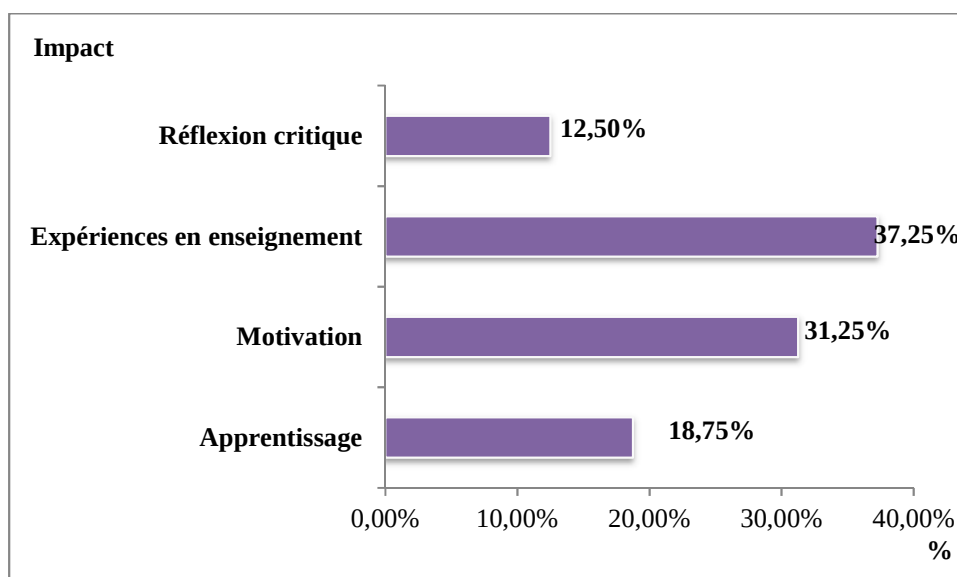


Figure 6 : Impact sur le tuteur

L'impact sur le tuteur a fait, également, l'objet de plusieurs études, de sa part, le tuteur tire profit de la fonction tutorale tant sur le plan d'exercice de ses fonctions professionnelles, que sur le plan pédagogique. La figure 6, illustre qu'en remplissant le rôle d'un tuteur. Ce dernier acquiert des expériences en enseignement (37,25%), de ce fait, il développe des habiletés de communication et se prépare au métier d'enseignant. Ajouter à cela, le tuteur, au cours de son accompagnement du tuteur, développe une motivation intrinsèque (31,25%) qui lui confère un épanouissement professionnel. Aussi, une réflexion critique (12,50%) est développée chez le tuteur du moment qu'il est censé d'avoir un regard critique envers ses actes devant le tuteur.

6. Conclusion

Le tutorat n'est pas seulement un moyen pour transmettre des compétences aussi bien pratiques que théoriques à un public novice. Cependant, il est un exercice qui engage les tuteurs dans une dynamique d'évolution de leurs savoirs faire techniques et pédagogiques du fait qu'ils initient et expérimentent de nouvelles procédures permettant le développement et

l'épanouissement de leurs postures professionnelles. Il est constaté que les types d'apprentissages, que les stagiaires peuvent avoir réalisés grâce aux tuteurs, touchent les niveaux d'acquisition, d'application et de transfert, qui sont possibles lors d'un stage en alternance.

Finalement, la notion de tutorat a été fortement popularisée ces dernières années dans le champ des professions infirmières. Le tutorat présente de forts intérêts pour le tuteur, le service et les patients. Certaines recommandations concernant l'organisation du dispositif peuvent être formulées et portent sur : le parcours d'apprentissage, le profil du tuteur, les outils de suivi et d'évaluation. Par ailleurs, les principaux freins à cette pratique innovante peuvent être dépassés s'ils sont correctement analysés en amont. Eu regard les bienfaits et les apports de la méthode tutorat, et pour la bien instaurer, il était important de décrire les contraintes susceptibles d'être confrontées lors de la phase d'expérimentation de son instauration. C'est l'objectif de l'étude suivante.

Chapitre III :

Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

1. Résumé

Le tutorat comme étant une méthode d'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers, constitue un sujet d'actualité puisqu'il participe à la résolution des problèmes rencontrés par les apprenants dans les milieux de soins. La problématique actuelle du tutorat dans l'encadrement en soins infirmiers tient au fait que le concept de compétences n'est pas encore intégré par les professionnels, ainsi que dans le contexte de pénurie des infirmiers, les étudiants se trouvent confrontés entre l'apprentissage et le rendement de soins. La présente recherche, de type descriptive quantitative, exploratoire, a pour but de décrire les contraintes d'instauration d'un système tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers. La collecte des données a été faite à travers une enquête à l'aide de deux questionnaires auto-administrés, un premier questionnaire était destiné à l'ensemble des étudiants infirmiers polyvalents (N=99) de l'ISPITS de Fès, et un deuxième questionnaire était destiné à un échantillon de 12 infirmiers encadrants choisis d'une manière non probabiliste à choix raisonné exerçants au niveau de six services de Médecine et de chirurgie à l'Hôpital des spécialités du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hassan II de Fès. Les données collectées ont été analysées selon les statistiques descriptives via les logiciels Epi-Info (7.2) et Excel (2007). Les résultats ont permis de dégager plusieurs contraintes, d'une part, les infirmiers encadrants ont déclaré un manque de coordination entre l'établissement de formation (ISPITS) et les établissements de soins (40%), et un manque des activités de planification de l'encadrement (33%). D'autre part, les étudiants ont soulevé une pénurie des infirmiers (59,60%) et une surcharge de travail (71%).

Mots clés : Contrainte, Instauration, Tutorat, Tuteur, Tutoré, Encadrement, Stage, Etudiant infirmier.

2. Introduction

Le stage est conçu comme une session de formation pratique imposée à un étudiant et qui a, en général lieu, dans un endroit apparenté au futur milieu de travail du stagiaire. En d'autres termes, c'est l'espace de confrontation, de vérification et d'intégration de la théorie dans la pratique ou de mise en pratique de la théorie. Le stage dans les soins infirmiers nécessite un accompagnement de la part des encadrants. Ainsi, la fonction d'encadrement des étudiants demande beaucoup de temps et d'investissement, et fait appel à toutes les techniques qui y sont inhérentes entre autres un projet de tutorat (Meirieu, 1999). Cette stratégie d'encadrement est très importante, car elle permet de développer les compétences des étudiants par leur accompagnement. Néanmoins, lors de son instauration formelle dans les

sites des stages des étudiants, elle peut confronter certaines contraintes, qui peuvent apparaître dans la relation entre les infirmiers encadrants avec les stagiaires, dans le rythme de travail des services, dans le choix et la formation des tuteurs ou dans les comportements et les pratiques des étudiants.

Dans notre contexte, il est constaté que la mission d'encadrement clinique réalisé par l'enseignant formateur de l'ISPITS en faveur des étudiants dans les différents sites des stages (services hospitaliers et ambulatoires) connaît certaines insuffisances, particulièrement en matière de disponibilité et d'accompagnement de l'enseignant formateur. En effet, pour pallier à ces insuffisances, un encadrement par tutorat doit être instauré. Par ailleurs, cette instauration mérite d'être étudiée en amont. C'est l'objectif de cette étude, qui cherche à décrire les contraintes susceptibles d'être confrontées lors de sa mise en œuvre effective.

3. Revue de littérature

Dans la pratique, il apparaît que certaines difficultés rencontrent l'instauration d'une formation tutorale soient dues à l'influence de facteurs appartenant à l'environnement organisationnel. Si le tuteur ne dispose, par exemple, pas de suffisamment de temps pour former ou si la direction ne soutient pas le projet, il est difficile pour le tuteur et l'apprenant de travailler dans un environnement défavorable à l'apprentissage (Baudrit, 1999).

La fonction tutorale, alors qu'elle induit généralement une charge de travail supplémentaire pour le tuteur, n'est bien souvent pas reconnue, ni statutairement, ni financièrement. Une telle reconnaissance influence pourtant la motivation, l'implication des tuteurs et des apprenants, et permet à chacun des intervenants de discerner les bénéfices et les avantages qui ressortiront de la nouvelle activité (Piette et Orban, 2003).

La plus grande réticence des terrains de stage est d'accueillir des stagiaires inexpérimentés ou peu expérimentés qui demande un plus grand investissement de la part de l'équipe de soins. Si le personnel est réfractaire, il est normal qu'il accueille mal ou pas du tout l'étudiant, et ce mauvais début va faire que l'étudiant sera intimidé, méfiant, il n'osera pas poser de questions à l'équipe et il est possible également qu'il se bloque (Parmentier, 2003). Le manque de personnel qualifié ou le sous-effectif et les résistances aux changements conduisent des responsables de lieux de stage, à refuser des places de stage pour des étudiants (Boissière, 2010).

Selon Béghin-do en 2015, les tuteurs, comme tous les infirmiers qui encadrent les étudiants, se sentent peu accompagnés dans leur rôle d'encadrement au regard des exigences

pédagogiques requises par le référentiel de formation. Ils verbalisent également un manque de temps, de considération de leur hiérarchie.

Le rythme de service, le manque de personnel, autrement dit les principes de réalité et de productivité font parfois oublier à l'équipe le statut d'apprenant de tuteur qui l'inclut dans ses effectifs. Le tuteur a donc la difficile tâche de rappeler parfois à l'équipe le statut de l'étudiant qui est d'être là pour apprendre et qu'en aucun cas, l'équipe doit compter sur son aide. Cette mission difficile peut le mettre dans des situations désagréables face à ses collègues. Mais s'il n'ose pas se positionner dans l'intérêt de l'étudiant, la situation d'apprentissage de ce dernier devient difficile. Le nombre et la complexité des roulements de travail de ces acteurs, et la charge de travail constituent autant de freins à une communication efficace (Jouanchin, 2007).

Les tuteurs sont généralement livrés à eux-mêmes. Si les types de dysfonctionnements rencontrés à ce stade sont cumulés, une liste a été établie, sans être exhaustive : (a) Absence de cadrage de la mission à exercer (début, fin, rôle, moyens...); (b) Pas de temps supplémentaire accordé (les tuteurs prennent généralement ce temps incompressible après leur temps de travail et parfois même à leur domicile); (c) Pas d'outils de référence, de gestion et de suivi fournis et (d) Peu d'informations pertinentes communiquées aux tuteurs concernant les personnes à intégrer ou former (Boru, 2016).

Le manque de soutien financier sous la forme de mesure d'incitation pour les prestataires de soins et les agents de santé communautaire participant à l'encadrement, ainsi qu'en matière de financement général pour diverses améliorations et acquisitions de nouveaux matériels et équipements peuvent retentir négativement sur la qualité des apprentissages des étudiants (Inchauspé, 2001).

Alisfa en 2014 souligne qu'il y a un déficit de coordination, entre les organismes de formation et les établissements de soins, dans la désignation des tuteurs et le suivi des tutorés, s'il y a des échanges, ils peuvent rester assez formels et leur fréquence insuffisante. Les difficultés de planning et d'organisation de l'activité quand les apprentis sont en formation, le manque de relations et de coopération avec les organismes de formation pouvant entraîner des dysfonctionnements difficiles à être repérés.

Selon Parmentier (2003). Plusieurs problèmes sont rencontrés de la part des tutorés, lors d'un encadrement par tutorat, à savoir : (a) L'absence de cohérence entre la théorie et la pratique de la part de l'étudiant en soins infirmiers, (b) Le nombre de stagiaires trop important

du fait de l'augmentation des quotas dans les instituts de formation, (c) La méconnaissance des missions hospitalières, notamment de formation, (d) La responsabilité par rapport au patient (angoisse du malade), (e) Le manque de temps des professionnels et le manque d'effectif par rapport au nombre croissant d'étudiants, (f) L'inexistence d'un protocole qui guiderait l'étudiant dans son apprentissage et (g) La sensation d'être démunie face aux attentes des tuteurs.

En somme, les difficultés relatives à la mise en œuvre effective d'un tutorat organisé dans un tel contexte se situent à trois niveaux : (a) Celui de l'action à réaliser en tant que tuteur pour effectuer tout ou partie d'une activité d'encadrement. (b) Celui de la préparation ou de l'organisation de cette action. Il peut s'agir notamment de rassembler des documents de présentation de l'établissement de soin, de ses services, un organigramme. (c) Celui de la coordination des actions avec d'autres tuteurs dont certains pourront exercer temporairement des activités de tutorat. Il peut s'agir, toujours pour la même activité, d'organiser un premier accueil groupé avec le service du personnel, de négocier avec des collègues et la hiérarchie directe, une organisation du travail différente pendant une période donnée (Boru, 2016).

4. Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative, exploratoire, qui vise à décrire les contraintes susceptibles d'être confrontées lors de l'instauration du système tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants infirmiers polyvalents de l'ISPITS de Fès. L'étude s'est déroulée au niveau de trois services de médecine (Gastro-entérologie, Médecine Interne, Dermatologie) et trois de chirurgie (Traumatologie, Chirurgie Viscérale, Urologie) de l'Hôpital des spécialités du CHU Hassan II de Fès. Le choix de ces services a été justifié par : (a) l'accessibilité, (b) la connaissance du lieu, (c) la collaboration du personnel, (d) l'accueil d'un effectif élevé de stagiaires et (e) la présence d'infirmiers impliqués dans l'encadrement des étudiants. La population de l'étude a été représentée par la totalité des étudiants Infirmiers Polyvalents tout niveau confondu ($S2+S4+S6 = 43+30+26 = 99$) de la session printemps de l'année universitaire 2017-2018. Ainsi, il a été recruté dans cette étude un échantillon non probabiliste à choix raisonné de 12 infirmiers encadrants exerçants au niveau des services lieux de notre étude. La collecte des données a été réalisée à travers une enquête à l'aide de deux questionnaires, un premier questionnaire était adressé aux étudiants et un deuxième était adressé aux infirmiers de notre échantillon. Cette collecte s'est déroulée à la fin du mois de Juin 2018 après avoir élaboré et testé les questionnaires. 111 questionnaires ont été distribués, le même nombre a été récupéré soit un taux de récupération de 100%. L'analyse des données

collectées a été faite selon les statistiques descriptives, les résultats obtenus sont présentés en fréquences et pourcentages dans des tableaux et sous forme des représentations graphiques à l'aide des logiciels Epi-info (7.2) et Microsoft Office Excel (2007).

5. Résultats et discussion

5.1. Résultats

5.1.1. Résultats du questionnaire adressé aux étudiants

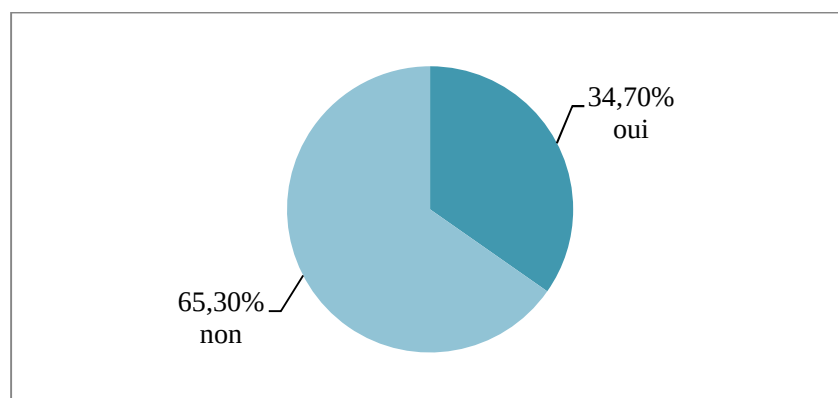


Figure 7 : Accompagnement des étudiants par les infirmiers durant toute la période de stage

La figure 7 montre que 65,30% des étudiants enquêtés ne sont pas accompagnés par les infirmiers encadrants durant toute la période stage.

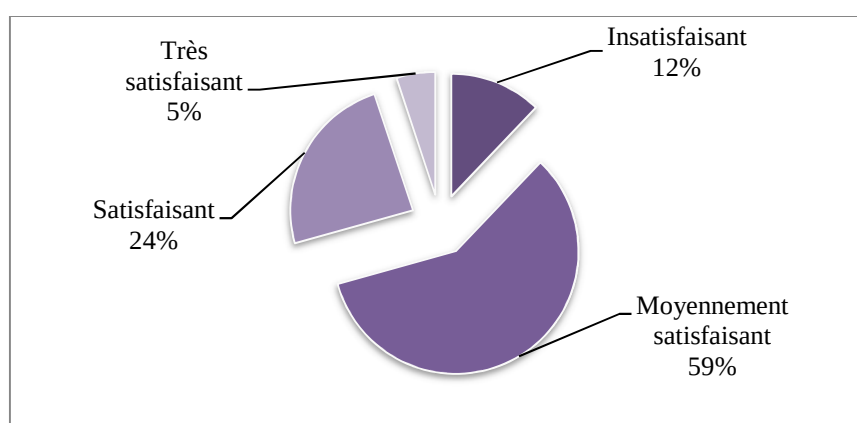


Figure 8 : Satisfaction par rapport aux capacités et habiletés des infirmiers encadrants

La figure 8 présente que 59% des étudiants sont moyennement satisfaits par rapport aux capacités et habiletés des infirmiers encadrants.

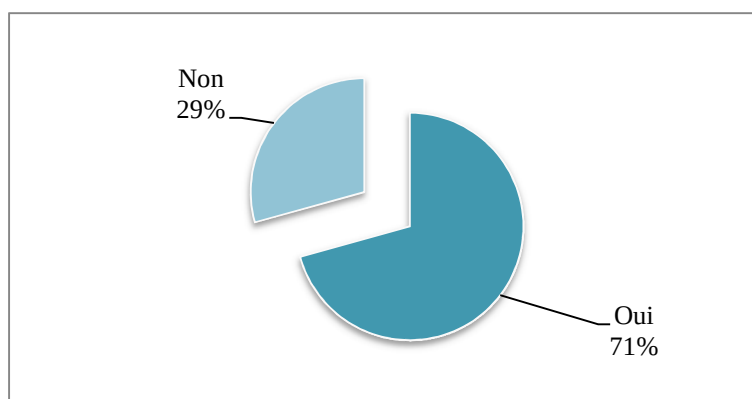


Figure 9 : Contrainte de mise en place de la méthode Tutorat liée à la surcharge de travail

D'après 71% des étudiants, la surcharge de travail est parmi les contraintes de mise en place de la méthode tutorat.

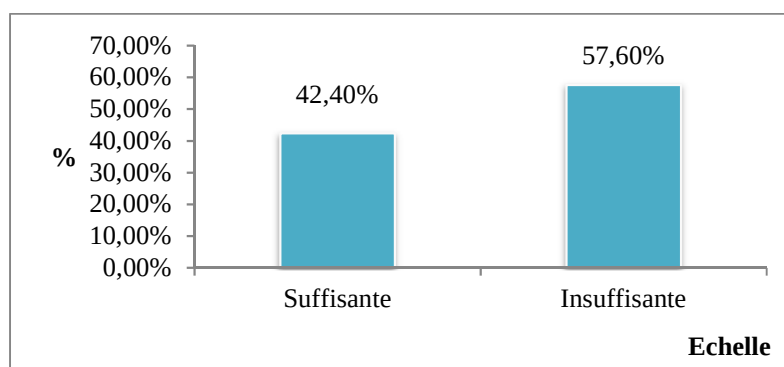


Figure 10 : Période de stage et intégration des savoirs

D'après 57,60% des étudiants, les périodes de stage ne sont pas suffisantes pour l'intégration de leurs savoirs.

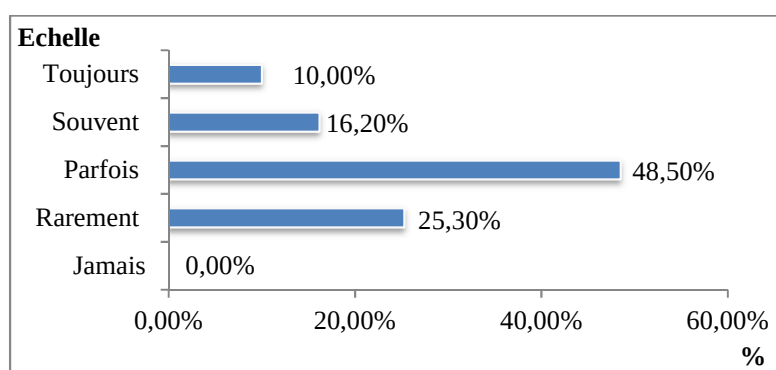


Figure 11 : Engagement des infirmiers dans l'activité d'encadrement des étudiants

La figure 11 expose que 48,5% des étudiants affirment que les infirmiers des services sont parfois engagés dans leur encadrement.

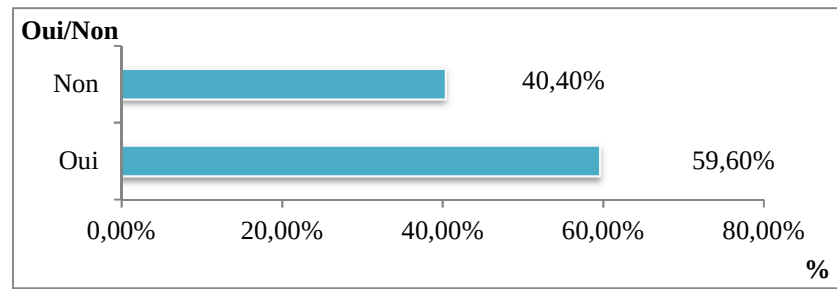


Figure 12 : Contrainte de mise en place de Tutorat liée à la pénurie des infirmiers

Plus de la moitié (59,60%) des étudiants ont déclaré que la pénurie des infirmiers dans les sites des stages représente une contrainte de la mise en place adéquate de la méthode Tutorat.

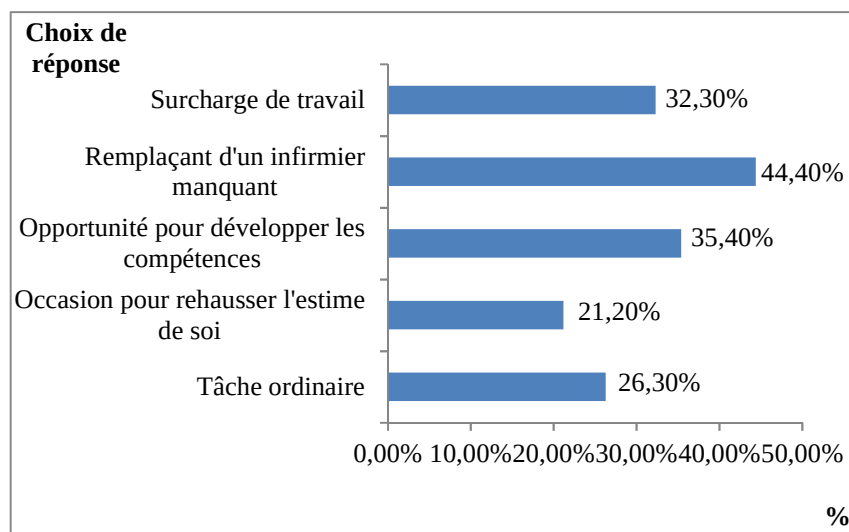


Figure 13 : Arrivée d'un stagiaire à un site de stage

D'après les données de cette figure, 44.40% des étudiants enquêtés soulignent que leur arrivée au site de stage est considérée comme un remplacement d'un infirmier manquant.

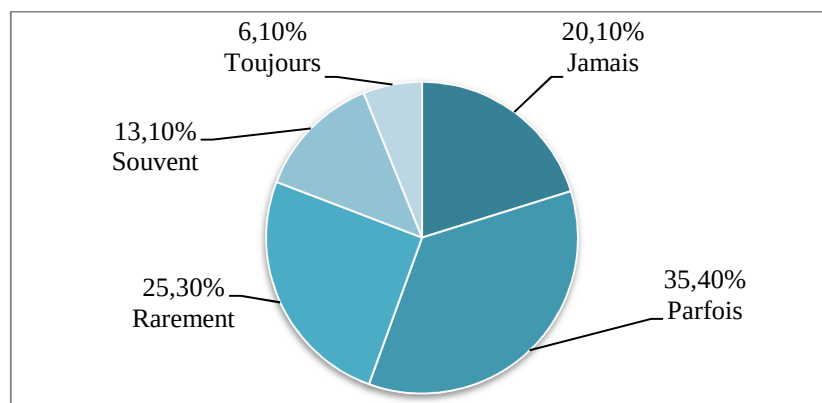


Figure 14 : Conflits entre les stagiaires et les infirmiers encadrants

D'après ce secteur, 35,40% des étudiants de notre échantillon ont déclaré que des conflits se déclenchent parfois entre les stagiaires et les infirmiers encadrants.

5.1.2. Résultats du questionnaire adressé aux infirmiers encadrants

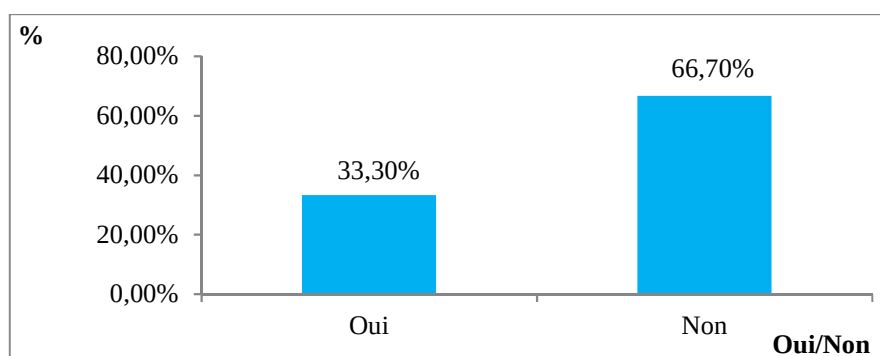


Figure 15 : Formation en matière d'encadrement

La majorité (66,7%) des infirmiers enquêtés n'ont pas reçu une formation spécifique à l'encadrement.

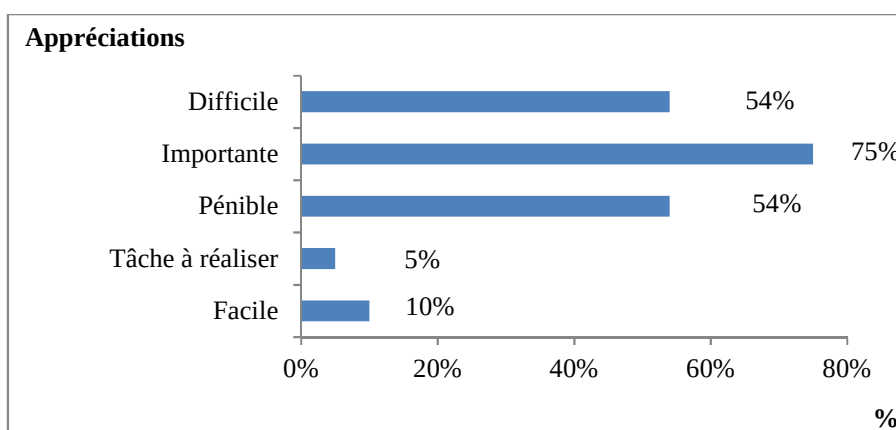


Figure 16 : Appréciation de la mission d'encadrement des étudiants

D'après les données de cette figure, 75% des infirmiers encadrants trouvent que la mission d'encadrement est importante, ainsi 54% la trouvent difficile et pénible.

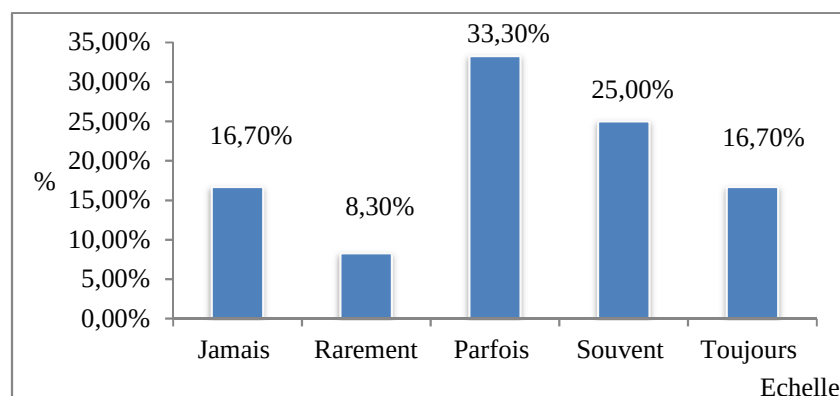


Figure 17 : Difficultés lors de l'encadrement des étudiants

La figure 17 indique que 33.30% des infirmiers encadrants ayant participé à cette étude trouvent parfois des difficultés dans l'encadrement des étudiants.

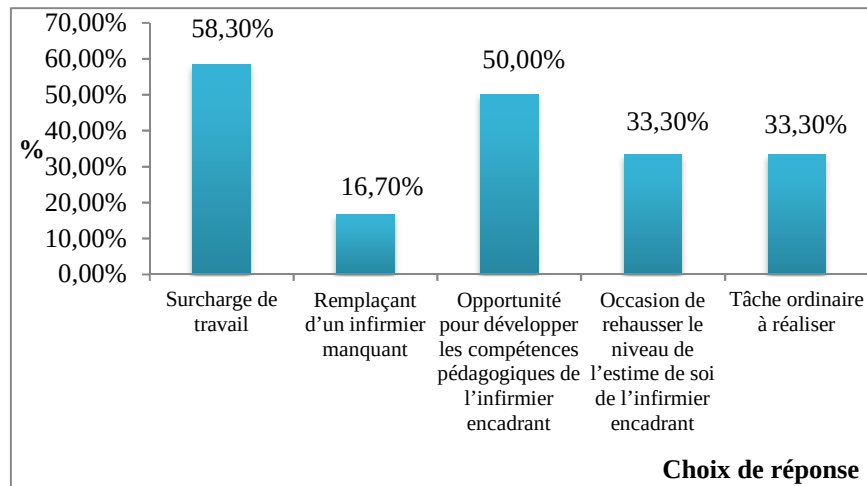


Figure 18 : Arrivée des stagiaires aux services

La figure 18 montre que plus que la moitié des infirmiers enquêtés (58,30%) considère que l'arrivée d'un stagiaire est une surcharge de travail pour eux, en revanche la moitié (50%) considère que l'arrivée d'un stagiaire est une opportunité pour développer leurs compétences pédagogiques.

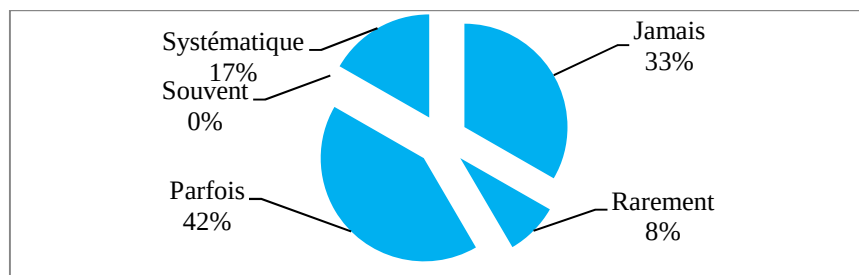


Figure 19 : Planification de l'encadrement des étudiants

D'après la figure 19, il est constaté que 42% des encadrants planifient parfois leurs activités d'encadrement des étudiants, contre 33% qui n'ont jamais fait une planification.

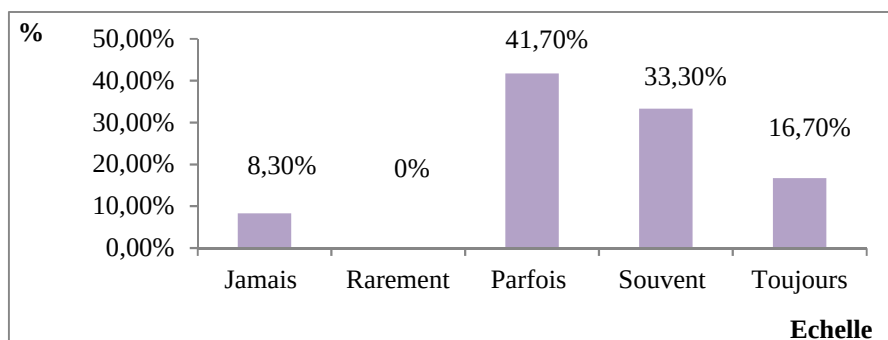


Figure 20 : Arrivée des stagiaires sans connaissances théoriques en amont

D'après la figure 20, 41,7% des infirmiers encadrants enquêtés ont affirmé qu'ils reçoivent parfois des stagiaires au niveau de leurs services sans connaissances théoriques au préalable.

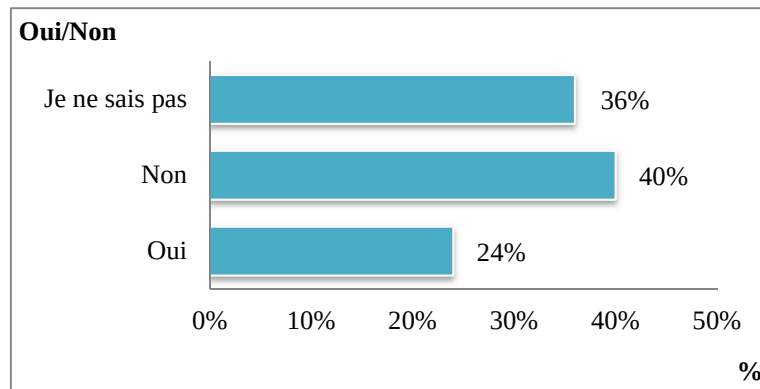


Figure 21 : Coordination entre l'établissement de formation et les établissements de soins

Selon la figure 21, 40% des infirmiers encadrants soulignent l'absence d'une coordination entre l'établissement de formation et les établissements de soins.

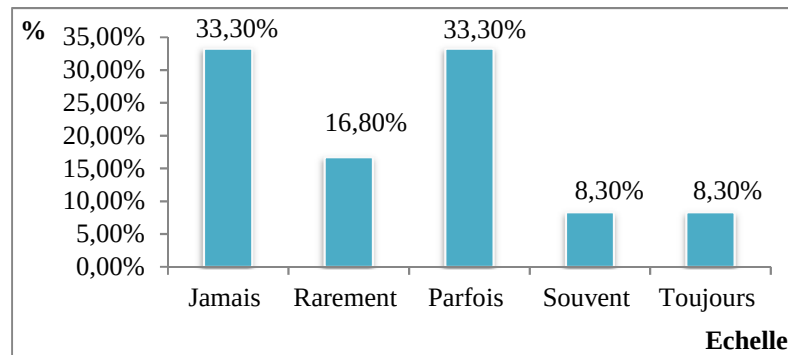


Figure 22 : Accompagnement de la mission d'encadrement par vos responsables hiérarchiques

La figure 22 signale que 33,3% des infirmiers encadrants ont souligné l'absence d'un accompagnement dans leur mission d'encadrement par leurs responsables hiérarchiques.

5.2. Discussion des résultats

D'après notre présente étude, plus de la moitié (59,60%) des étudiants participants ont déclaré que la pénurie des infirmiers encadrants dans les sites des stages représente une contrainte de la mise en place adéquate de la méthode Tutorat. Ceci rejoint l'idée de Boissière (2010) qui a précisé que le manque de personnel qualifié ou le sous-effectif et les résistances aux changements conduisent des responsables des lieux de stage, à refuser des places de stage pour des étudiants.

En matière de formation des encadrants, la majorité de ces derniers enquêtés (66,7%) ont confirmé l'absence des sessions de formation en matière d'encadrements des stages cliniques des étudiants, dans le même ordre d'idée, Tiphaine en 2012 a souligné que la formation des tuteurs demande beaucoup de temps et de patience de la part de ces derniers. Il

confirmé aussi que la validation des compétences des étudiants par le tuteur suppose une réflexion sur ses pratiques, car la validation de telle ou telle compétence de l'étudiant est un acte lourd de conséquence qui engage leur responsabilité.

L'arrivée d'un stagiaire à un site de stage est considéré par les participants à notre étude (44,4% des étudiants et 16,7% des infirmiers encadrants) comme étant un remplaçant d'un infirmier manquant, en revanche, Tiphaine en 2012 a déclaré que l'arrivée d'un stagiaire crée un surcroît de travail pour les équipes qui doivent intégrer les impératifs de la réforme (présence d'un tuteur, prise de connaissance du portfolio, validation des compétences...) dans leur organisation déjà surchargée, c'est pourquoi il faudrait restreindre les places disponibles sur un même lieu de stage.

Au sujet des conflits stagiaires/encadrants, 20,10% des étudiants enquêtés ont témoigné qu'il n'existe pas de conflits entre les étudiants et leurs encadrants, ainsi 35,4% ont témoigné l'existence parfois de ces conflits, par ailleurs, Boru en 2016 a déclaré que dans la grande majorité des situations de tutorat rencontrées, la gestion relationnelle tuteur-apprenant ne semble pas constituer une source importante de conflits.

A propos la collaboration et la coordination entre l'établissement de formation et les établissements de soins, 40% des infirmiers encadrants participants à notre étude ont déclaré qu'il n'existe pas de collaboration entre ces établissements, de sa part, Bastide (2013) a souligné qu'il semble important de travailler en collaboration étroite entre la direction des soins et les responsables de formation. A minima, les tuteurs devront faire l'objet d'entretiens préalables à leur prise de fonction, avec les cadres de santé et, si possible, d'autres collègues tuteurs.

En ce qui concerne l'accompagnement dans la mission d'encadrement par les responsables hiérarchiques, 33,3% des infirmiers encadrants se sentent parfois accompagnés, ainsi 33,3% ne se sentent jamais accompagnés, ce constat corrobore avec les propos de Béghin-do en 2015 qui a annoncé que les tuteurs, comme tous les infirmiers qui encadrent les étudiants, se sentent peu accompagner dans leur rôle d'encadrement au regard des exigences pédagogiques requises par le référentiel de formation. Ils verbalisent également un manque de temps, de considération de leur hiérarchie.

6. Conclusion

Les stages cliniques dans la formation des étudiants infirmiers ont pour finalité la professionnalisation du parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments

de sa compétence à travers l'acquisition de savoir, savoir-faire, savoir être et savoir agir, en s'appuyant à la fois sur des stages pratique mieux outillés et sur des unités d'intégration (analyse de situations professionnelles) des différents savoirs. Pour bien bénéficier en stage, l'étudiant doit être bien encadré. Dans ce cadre, le tutorat permet un plus grand développement des pratiques des étudiants et renforce les liens sociaux entre les tuteurs et les tutorés.

Les résultats obtenus de la présente étude ont mis en relief assez de contraintes et obstacles, notamment en matière de formation, de coordination, de planification et d'organisation. Ces contraintes et obstacles seront prise en considération dans la prochaine étape, relative à l'expérimentation d'instauration de la méthode tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. C'est l'objectif du travail suivant.

Chapitre IV :

Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

1. Résumé

Après l'universitarisation de la formation infirmière, l'apprentissage sur le terrain de stage, par un tuteur, est devenu une exigence. En effet, un projet tutorat concrétisant un partenariat entre les établissements de formation et les établissements de soins s'impose, d'une part, pour pallier aux contraintes et difficultés d'encadrement classique des étudiants par leurs enseignants formateurs, et d'autre part, pour tirer pleinement profit des expériences professionnelles des différents acteurs de la fonction tutorale dans les milieux de soins. Par ailleurs, l'objectif de cette présente étude est d'expérimenter l'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Cette étude est de type expérimental, qui s'est déroulée au niveau de 11 sites de stage à la ville de Fès, où évoluent les étudiants de l'ISPITS de Fès. Nous avons recruté un (e) infirmier (e) tuteur (trice) par site de stage (n=11), et un échantillon de 130 étudiants de différentes spécialités, poursuivant leurs études dans les trois niveaux de formation (Semestre 2, Semestre 4 et Semestre 6). L'expérimentation s'est déroulée du mois de septembre 2020 jusqu'au janvier 2021. Après cette période, nous avons mené une enquête à l'aide de deux questionnaires destinés aux infirmiers (tuteurs) et aux étudiants (tutorés). Les données collectées ont été analysées selon les statistiques descriptives, et présentées sous forme des figures et des tableaux à l'aide des logiciels Epi-info (7.2) et Microsoft Office Excel (2007).

Les principaux résultats de notre étude sont :

Pour les tuteurs : (a) 45,45% ont rencontré une surcharge du travail parmi les difficultés vécues lors de l'exercice de la fonction de tutorat, ceci est expliqué par le fait que 72,73% n'étaient pas exonérés d'une partie de leurs fonctions des soins, (b) 90,91% ont précisé qu'ils ont utilisé les démonstrations pratiques pour encadrer les étudiants, (c) la totalité (100%) a souligné que la fonction de tuteur leur a permis de tisser de bonnes relations avec les étudiants, (d) pour 72,73%, cette fonction, leur a permis le développement de leurs capacités d'enseignement, et (e) 81,82% étaient satisfaits de l'encadrement qu'ils ont assuré aux étudiants durant cette expérimentation.

Pour les tutorés : (a) 53,08% ont signalé que l'équipe des soins a participé à leur encadrement, (b) 61,54% ont attendu du tuteur, un encadrement personnalisé et de proximité, (c) 53,85% ont souligné que la tâche la plus difficile à réaliser par un tuteur est la gestion des conflits, (d) 56,69% ont évoqué que l'expérience professionnelle d'un tuteur n'est pas

suffisante pour l'encadrement des étudiants, (e) 67,20% ont noté la nécessité d'instaurer la méthode tutorat au sein de tous les sites des stages des étudiants, et (f) 49,59% sont moyennement satisfaits de leur participation à cette expérimentation.

Mots clés : Expérimentation, Instauration, Tutorat, Encadrement, Stage clinique, Tuteur, Tutoré.

2. Introduction

La formation infirmière s'est universitarisée, replaçant les savoirs au cœur du niveau de qualification. Elle a également renforcé l'apprentissage sur le terrain de stage, par le biais de tuteurs, investis d'un rôle pédagogique majeur. Les étudiants doivent s'approprier différents savoirs disciplinaires en les mobilisant dans les situations de travail et construire des savoirs pratiques au cœur de l'exercice professionnel. Le dispositif de formation alternant prend ici toute sa légitimité pour permettre cette appropriation dans l'articulation travail/construction de compétences, pour un agir professionnel de qualité (Béghin-Do, 2015).

L'apprenant construit ses connaissances à partir des confrontations entre son savoir théorique et son savoir issu de l'expérientiel. L'articulation des séquences théoriques et de terrain est fondamentale (Pape, 2008). Donc, l'alternance est un système dynamique où s'emmêlent et s'entrechoquent des significations, en lien avec le terrain ou la théorie, qui font alliance ou non. C'est un aller-retour constant entre savoirs pratiques et savoirs théoriques (Boissière, 2010).

Par ailleurs, le stage est une période d'apprentissage incontournable dans l'apprentissage des étudiants infirmiers. Il contribue à forger une identité professionnelle en étant un modèle fort d'identification et d'intégration à la culture professionnelle. Les stages cliniques constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle (Pape, 2008).

En domaine de formation des professions infirmières, l'encadrement des stages revêt une importance cruciale dans le cursus de formation des étudiants, néanmoins, il existe un clivage important entre instituts et services hospitaliers. Le manque de relation, de connaissance du travail des uns et des autres induisent des clichés tels : « les formateurs sont loin du terrain... ils ne connaissent plus la réalité des soins... », ou encore « c'est de la faute des services qui n'encadrent pas suffisamment les stagiaires... ». Ainsi, le suivi insuffisant des étudiants en stage ne contribue pas à un accompagnement personnalisé. D'une part, le temps pédagogique des formateurs sur les terrains est très réduit et, d'autre part, les cadres de

proximité et les infirmières mettent en évidence un certain nombre de problématiques en relation avec la surcharge de travail et le manque de formation en enseignement. Dans le système par alternance, plusieurs auteurs évoquent une dimension pédagogique par le tutorat. Cette notion de management relève de l'ingénierie de formation (Pape, 2008).

L'encadrement des étudiants en stage est fondé sur une coopération entre les acteurs où chacun peut réguler ses pratiques en les partageant avec l'autre. Le tutorat est une fonction essentielle dans la gestion de l'alternance car elle est l'interface entre deux mondes qui ont peu l'occasion de coopérer. Il peut contribuer au dépassement des classiques oppositions théorie / pratique en les surpassant par des conceptions où la formation est la résultante des interactions entre des lieux et des logiques parfois contradictoires. Le tutorat est devenu une véritable fonction stratégique qui vise à transmettre des pratiques professionnelles, donc à organiser un parcours initiatique. Il est le pivot de la formation sur le lieu de travail et réintroduit le milieu de soins comme acteur de la formation des étudiants en soins infirmiers (Boussouak, 2007).

Le tutorat se définit comme une situation d'accompagnement pédagogique faisant intervenir deux acteurs. Le tuteur est celui qui détient une expertise sans pour autant être un professionnel de l'enseignement, et le tutoré qui bénéficie de cette expertise. Le tutorat suppose la présence de quatre caractéristiques : 1) un accompagnement individualisé (soit individuel, soit en petits groupes ; permettant ainsi un suivi plus personnalisé et adapté aux difficultés rencontrées par l'étudiant), 2) un apprentissage mutuel (développement de connaissances et compétences, différentes selon le rôle de l'étudiant), 3) des acteurs non-professionnels (le tuteur n'est pas un professionnel de l'enseignement ou de l'accompagnement), et 4) un mécanisme d'identification (la proximité d'âge, sociale et culturelle, de langage, de parcours scolaire ou encore de difficultés favorisent ce processus) (Université Catholique de Louvain, Belgique, 2019).

La présente étude a pour objectif d'expérimenter cette méthode de tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

3. Revue de littérature

3.1. Le tutorat

La formation des étudiants infirmiers est une formation par alternance, réalisée pour moitié en centre de formation et pour l'autre moitié en stage clinique. Ainsi l'Institut de

Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et l'hôpital et donc leurs directeurs de soins respectifs sont en situation de coresponsabilité, dans leur professionnalisation (Pape, 2008).

Le partenariat entre instituts et terrains de stage dans l'alternance est une composante importante dans la formation des futurs professionnels. Il est par conséquent indispensable de déterminer la responsabilité et l'engagement de chaque partenaire. Les directeurs des soins doivent faire preuve d'inventivité pédagogique pour créer et mettre en scène des situations d'apprentissage qui apportent une plus-value éducative et fasse vivre l'alternance intégrative dans la formation initiale des infirmiers diplômés d'Etat (Boussouak, 2007). La mise en place d'un partenariat dans la formation infirmière relève de la responsabilité, d'une part, des directeurs des instituts : *« les instituts de formation sont dirigés par un directeur qui est responsable de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique...il choisit également les services hospitaliers où les étudiants effectuent leurs stages »*. D'autre part, le directeur des soins est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Dans ce cadre, et pour une bonne rentabilité de ces stages, une fonction tutorale s'impose (Pape, 2008). En effet cette fonction tutorale se définit comme un ensemble de moyens humains et organisationnels qu'un établissement et certains de ses gestionnaires, les tuteurs, mettent en œuvre pour intégrer et former en situation de travail un ou plusieurs apprenants (Malavialle, 2006). Elle se base sur les principes suivants : 1) Une guidance : Elaboration entre le tuteur et l'élève d'un projet personnel sur la base des pré-requis et des besoins. 2) Une transmission de connaissances en termes d'acquisition des savoir-faire du métier et, quelquefois, des savoirs théoriques en lien avec les situations de travail rencontrées. 3) Une fonction d'insertion avec la transmission du langage technique, des savoir-être, des comportements, des attitudes et postures professionnelles. Le tutorat doit également prendre en compte les contraintes, les règles internes de l'organisation. 4) Une évaluation. Il s'agit d'aider l'étudiant à se situer mais également à valider ses acquis et son stage (Terrier, 2011).

Plusieurs éléments doivent être présents dans la rédaction d'un projet de tutorat, en effet, il se divisera en trois sections. Il y a d'abord l'identification du projet qui sera composé du nom de la ou des personnes-ressources, le programme ou le département visé par ce projet. La deuxième partie présente la description du projet, soit le titre du projet, les objectifs poursuivis, la nature des activités proposées et les résultats attendus. La troisième partie présente le nom des personnes impliquées dans le projet, la durée et l'échéancier de réalisation (Bisson, 2012).

Comme tout projet, certains éléments pourraient influencer l'implantation du projet tutorat au département des soins infirmiers. Bien que plusieurs éléments soient étudiés afin de minimiser les difficultés qu'un tel projet pourrait rencontrer, il demeure que certaines difficultés sont incontournables. Voici les principales difficultés à considérer pour l'implantation du projet: 1) La complexité de l'horaire des étudiantes et des étudiants du programme de soins infirmiers, 2) La libération ou la rémunération de la tutrice ou du tuteur, 3) La complexité de sélectionner une tutrice ou un tuteur, 4) La difficulté d'obtenir parfois l'assentiment et la collaboration des autres intervenants, et 5) La disponibilité des milieux cliniques.

Par ailleurs, neuf avantages d'un tel un projet d'encadrement par tutorat au département de soins infirmiers sont recensés, qui sont : 1) Offrir un service d'aide qui favorise la réussite pour l'ensemble des étudiantes et des étudiants présentant des difficultés pendant la période des stages, 2) Offrir une référence pour tous et non pas seulement pour ceux qui ont de l'aide d'un parent ou de pairs à l'extérieur ou des contacts favorables, 3) Offrir une rétroaction supplémentaire et des moyens pour que l'étudiante ou l'étudiant développe un apprentissage durable, 4) Appliquer des activités d'accompagnement en milieu clinique, 5) Soutenir la motivation de l'étudiante ou de l'étudiant dans ses démarches pour la réussite de son stage, 6) Soutenir les apprentissages, mais aussi corriger au besoin les activités d'enseignement en fonction des besoins qui sont identifiés chez les étudiantes et les étudiants présentant des difficultés, 7) Donner une rétroaction aux enseignantes et aux enseignants afin de contribuer à améliorer les stages au programme de soins infirmiers, 8) Renforcer et améliorer la pédagogie en fournissant des recommandations futures pour la formation et ainsi favoriser la réussite à un autre niveau, et 9) Implanter une stratégie d'interventions adaptée au nouveau profil de la clientèle étudiante et contribuer au plan d'amélioration de la réussite en favorisant la persévérance dans le programme et en favorisant l'engagement des enseignantes et des enseignants vers la réussite des étudiantes et des étudiants (Bisson, 2012).

3.2. Les acteurs de la fonction Tutorat

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité, d'une part, d'un tuteur de stage (encadrant principal), d'un maître de stage, d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Et d'autre part, l'étudiant est constamment suivi par le formateur référent qui est l'enseignant de l'institut (Odile Galant, 2011).

3.2.1. Le tuteur

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement des étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre (Rémi et Bayle, 2016). Le tuteur de stage a un rôle capital dans la construction des compétences des étudiants; ils assurent des missions d'accueil, d'information, d'accompagnement, de formation, d'animation, de supervision de séquences d'apprentissage, d'évaluation et de transmission de connaissances, de savoir-faire, des valeurs et de l'identité professionnelle (Plazolles, 2016).

Concernant les modalités et les stratégies de nomination du tuteur de stage. Dans le référentiel de formation, il est précisé qu'il est préférable que le tuteur ne soit pas novice dans l'unité de soins. En effet, un minimum d'expérience paraît indispensable pour pouvoir accompagner un étudiant. Il s'agit pour le tuteur de connaître et de posséder : 1) Les bases du métier ; 2) L'organisation de l'unité de soins ; 3) Les techniques spécifiques à l'unité de soins ; 4) Les compétences évaluables dans l'unité de soins ; 5) Les situations prévalentes à l'unité de soins qui sont sources d'apprentissage ; et 6) Le contenu du référentiel de formation. Puis vient la question du volontariat. Il ne semble pas judicieux de vouloir imposer le tutorat à un professionnel, même si l'encadrement des stagiaires fait partie intégrante des missions de l'infirmier. La motivation du tuteur, si elle existe, optimisera la qualité d'accompagnement de l'étudiant. Les modalités de nomination d'un tuteur sont : 1) Des postes spécifiques d'infirmiers sont créés pour encadrer les étudiants ; 2) Certains infirmiers sont identifiés pour encadrer les étudiants mais les personnes ne désirant pas prendre cette posture sont dispensées. Le tutorat est une activité parallèle qui s'ajoute à la charge de travail ; et 3) Chaque infirmier va prendre la posture de tuteur à un moment donné (Rémi et Bayle, 2016).

3.2.2. Le formateur référent

Un formateur de l'institut est désigné référent pour chacun des stages, le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser. Le formateur référent de stage a un rôle de facilitateur entre le terrain, l'institut et l'étudiant. Il a un rôle de régulateur, Ce rôle peut l'amener à être le médiateur lors de rencontre sur le terrain entre l'étudiant et le tuteur. Il a un rôle

d'accompagnateur dont la finalité est d'aider l'étudiant à devenir un professionnel compétent et autonome. Il lui indique les moyens de développer ses compétences au travers d'un parcours de stage qualifiant tout au long de sa formation (Odile Galant, 2011).

3.2.3. Le maître de stage

Le maître de stage est responsable de l'accueil et du suivi de l'encadrement de l'étudiant en stage:

a) Accueille et intègre l'étudiant :

- Apporte toutes les informations nécessaires sur le lieu de stage et organise le parcours à suivre par l'étudiant.
- Présente l'étudiant aux équipes et s'assure de son intégration.
- Permet à l'étudiant de se positionner dans le lieu de stage.

b) Assure le suivi de la formation de l'étudiant :

- S'assure de la qualité de l'encadrement de proximité.
- Règle les difficultés éventuelles.

3.2.4. L'étudiant

L'étudiant construit progressivement ses compétences en interaction avec l'ensemble des professionnels :

- Prépare son stage en formulant des objectifs précis pour chaque stage.
- Se présente à tous les professionnels du stage.
- Renseigne le portfolio et le partage avec les professionnels.
- Mesure sa progression et réajuste ses objectifs.
- S'implique dans toutes les situations d'apprentissage.
- Mobilise et développe ses savoirs professionnels.
- Analyse sa contribution dans les situations de travail.

3.2.5. Le professionnel de santé

Assure le suivi et la formation de l'étudiant :

- Organise les activités d'apprentissage de l'étudiant, en lien avec les éléments du référentiel de compétences.
- Questionne, explique, montre, mène des activités en duo et laisse progressivement l'étudiant mener des activités en autonomie.
- Guide, indique ce qui est conforme aux bonnes pratiques et ce qui doit être amélioré.
- Explique les risques : réglementation, sécurité, ...

- Contribue au suivi de l'étudiant par des contacts réguliers avec le tuteur (Levrault, 2010).

3.3. Formes du tutorat

Le tutorat peut être pratiqué d'une manière individualisée ou collective. Il peut s'adresser à un étudiant comme à un groupe d'étudiants. Il peut être réactif ou proactif. Il est réactif lorsque le tuteur attend d'être sollicité par le tutoré qui demande une information complémentaire ou rencontre un problème. Il est proactif lorsque le tuteur prend l'initiative d'intervenir et propose au tutoré une activité, une aide, une réunion de travail, etc ; (Université Saint-Joseph, Beyrouth, 2015).

La fonction de tutorat s'exerce « naturellement », selon une longue tradition de formation sur le tas et nécessite pour être un bon tuteur, les dispositions suivantes : aimer les jeunes, être patient, vouloir montrer, etc. Le tutorat représente, de ce fait, une mission où l'activité est laissée à l'entière discrétion du tuteur. Elle demeure une fonction informelle plus ou moins reconnue, plus ou moins organisée par la hiérarchie. Le tutorat, qui s'exerce dans un environnement humain, organisationnel, technique et dynamique, peut rester une affaire collective, avec un étudiant pris en charge par l'ensemble des professionnels sans qu'aucun tuteur ne soit réellement désigné par la hiérarchie. Le tutorat se fait alors au gré des circonstances et des besoins. Le tutorat a, en effet, pour mission principale, de gérer le rapport évolutif entre un apprenti et les connaissances relatives au métier dans le but de le transformer en producteur compétent (Béghin-Do, 2015).

Il est distingué trois principales formes de tutorat : Un tutorat dit spontané, informel, fondé sur des initiatives personnelles ou des projets de service dans lesquels les tuteurs ne sont pas désignés en tant que tels ou ne sont pas forcément identifiés par l'organisation. Un tutorat institué dans le cadre des dispositifs de formation en alternance des professionnels de santé, le plus souvent peu formalisé (Boru, 1996). Un tutorat organisé caractérisé par l'implication de l'organisation à différents niveaux, celui de la direction (tutorat fonctionnel), celui d'une unité fonctionnelle (tutorat relais), celui des situations de travail (tutorat opérationnel). Le tutorat organisé reconnaît des compétences spécifiques liées aux activités de tutorat et prévoit : - des actions de formation pour les futurs tuteurs et des moyens supplémentaires distincts de ceux de leur cadre de travail habituel pour exercer leur mission ; - une articulation entre les niveaux hiérarchiques concernés ; - une instrumentation spécifique ; - une mise en cohérence du tutorat avec les autres fonctions de l'organisation. Ainsi est

apparue la nécessité de mettre en œuvre une méthodologie spécifique pour accompagner une implantation réussie de la fonction tutorale (Malavialle, 2006)

3.4. Conditions d'application du tutorat

Les conditions d'application de cette approche sont d'ordre juridique d'une part et organisationnel d'autre part. Aussi il y a lieu de respecter les principes de progression dans l'apprentissage et de sélectivité dans le choix des encadrants et des services de stage. En effet, les conditions à regarder dans une instauration du système tutorat peuvent se résumer comme suit :

- Mise à niveau des textes réglementaires, en effet, la responsabilité des intervenants dans les stages doit être clairement précisée dans les différents textes ;
- Réorganisation des stages, dans le sens de leur adéquation avec le système d'organisation de travail des services ;
- Elaboration d'une stratégie d'implantation du tutorat et création des mécanismes d'accompagnement et de suivi ;
- Choix des auteurs, sur la base des critères objectifs : compétence, qualités humaines, moralité et leur préparation à la fonction d'encadrement ;
- Adaptation et expérimentation de la formule dans certains services qui répondent à un minimum de conditions : ressources, performance, réponse aux attentes des stagiaires, avant de la généraliser ;
- Mise en place des mécanismes pour une communication permanente entre l'institut et la structure de soins et une coordination de la préparation et du déroulement de stage ;
- Instauration d'un partenariat matérialisé par une convention écrite ;
- Affectation des enseignants formateurs dans les services des soins ;
- Allocation d'une indemnité d'encadrement aux professionnels qui seront amenés à participer à ce projet de tutorat ;
- Négociation des objectifs de stage avec le personnel du terrain de façon à ne retenir que les objectifs réalisables dans le service ;
- Révision de l'organisation des stages, notamment la planification des plages horaires ;
- Implication du personnel dans toutes les étapes de stage, de la préparation, la programmation, la mise en œuvre à l'évaluation ;
- Dotation des services devant accueillir les stagiaires de moyens matériels permettant de faire face à la consommation de produits et autres fongibles exigée par l'apprentissage (Elmajhad, 2001).

3.5. Préalable

3.5.1. Avant le stage

a. Rencontres enseignant/équipe soignante

Il est aussi important que chaque équipe ait connaissance du programme d'études, du projet pédagogique de l'institut, des objectifs généraux des stages, des méthodes d'évaluation, de la programmation et du déroulement des mises en situation professionnelle. De leur part, les enseignants possèdent une information exacte de l'organisation du service, des pathologies rencontrées, du nombre des patients, des méthodes de travail, des projets d'encadrement des stagiaires, des objectifs spécifiques à chaque service.

b. Présentation du stage aux étudiants

Les enseignants peuvent proposer à une personne de l'équipe soignante de présenter les ressources du stage. Une fiche signalétique serait distribuée aux étudiants concernés. Cette fiche comporterait : l'organigramme du personnel, le nombre de personnes soignées, les pathologies rencontrées, la liste des soins techniques, objectifs de soins du service, projet d'encadrement, moyens organisationnels et matériels.

3.5.2. Pendant le stage

L'enseignant référent ayant la responsabilité du suivi pédagogique du stagiaire sert de lien et de régulateur entre la situation de stage et l'institut. Il serait bien fondé que l'enseignant soit présent lors du bilan de mi-stage, il serait ainsi le tiers nécessaire pour diminuer la subjectivité de la relation duelle formé/formateur, stagiaire/équipe soignante.

3.5.3. Après le stage

L'équipe soignante, ayant fait son bilan d'encadrement en notant ses points forts et ses points faibles, peut échanger avec l'institut pour trouver des solutions d'amélioration (Moisy, 2001).

3.6. Evaluation tutorat

Il est fortement judicieux de s'interroger sur l'évaluation du dispositif de tutorat, qui reste essentielle à sa crédibilité dans les établissements. La question reste sur quels indicateurs et critères cette évaluation doit se baser ? S'agit-il d'une évaluation quantitative (Nombre de rencontres, nombre de tutorés accompagnés...)?, d'une évaluation de la satisfaction des intervenants au travers des questionnaires de satisfaction ? (Nicolas, 2016).

3.7. Contraintes de pérennisation

Au sujet de la pérennisation du tutorat, dernièrement il est perçu la fragilité de ce dispositif du fait qu'il est soumis aux contraintes organisationnelles des établissements. Sans une volonté institutionnelle forte et une implication réelle des acteurs et notamment de l'encadrement, ce dispositif ne saurait être pérenne. Certains établissements pointent aussi la difficulté de trouver des professionnels expérimentés ou volontaires pour exercer la fonction de tuteur. La question de la reconnaissance des professionnels tuteurs, au-delà d'une dimension symbolique, se pose toujours depuis la création de ce dispositif (Nicolas, 2016).

4. Méthodologie

Notre étude est de type expérimental, qui s'est déroulée au niveau de 11 sites des stages cliniques des étudiants à la ville de Fès, répartis entre le Réseau des Etablissements des Soins de Santé Primaires (RESSP) et le Réseau Hospitalier (RH), où évoluent les étudiants de l'ISPITS de Fès. Le choix de ces sites a été fait selon des raisons d'accessibilité et d'offre d'opportunités d'apprentissage. Nous avons recruté un (e) infirmier (e) tuteur (trice) par site de stage (n=11), le choix s'est basé sur la volonté de l'infirmier (e) de participer à l'étude, son engagement, ces expériences professionnelles et ces qualités relationnelles. Nous avons demandé, également, la participation d'un échantillon de 130 étudiants (tutorés) de différentes spécialités, poursuivant leurs études dans les trois niveaux de formation (Semestre 2, Semestre 4 et Semestre 6). Méthodiquement, nous avons organisé des réunions avec les participants à notre étude (tuteurs et tutorés), pour leur expliquer cette nouvelle expérience d'encadrement des stages cliniques et leur donner les outils nécessaires pour qu'ils puissent remplir leurs rôles dans des conditions favorables.

L'expérimentation de cette nouvelle méthode s'est déroulée du mois de septembre 2020 jusqu'au janvier 2021. Après cette période, nous avons mené une enquête à l'aide de deux questionnaires, testés préalablement, destinés aux infirmiers (tuteurs) et aux étudiants (tutorés). Diverses questions (Q) ont été posées, de types : Q. dichotomiques, Q. à choix multiple, Q. filtres, Q. ouvertes, et Q. à échelle de mesure. Ces questions ont couvert les différents aspects de cette expérimentation d'instauration de la méthode tutorat. Les données collectées ont été analysées selon les statistiques descriptives, et présentées sous forme des figures et des tableaux à l'aide des logiciels Epi-info (7.2) et Microsoft Office Excel (2007).

5. Résultats

5.1. Résultats du questionnaire des tuteurs

Tableau 2 : Ancienneté des infirmiers, Nombre d'infirmiers par équipe de travail et Nombre d'années d'encadrement

	Moyenne	Minimum	Médiane	Maximum	Ecart type	Mode
Ancienneté en tant qu'infirmier dans la profession infirmière	22,82	7,00	19,00	39,00	13,50	11,00
Ancienneté en tant qu'infirmier dans le service	14,27	3,00	8,00	39,00	14,09	3,00
Nombre d'années de participation à l'encadrement des étudiants sans le titre de tuteur	7,45	1,00	5,00	19,00	5,92	3,00

Il est remarqué d'après le tableau 2 que la moyenne des années d'ancienneté de nos tuteurs dans la profession infirmière est environ 23 ans avec un écart type de 13 ans et demi, également, la moyenne des années de participation à l'encadrement des étudiants sans le titre de tuteur est environ 7 ans et demi avec un écart type d'environ 6 ans.

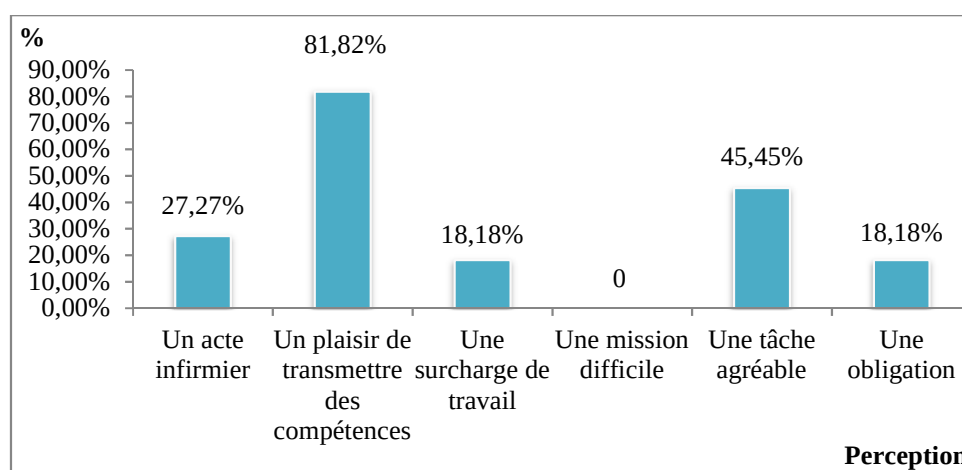


Figure 23 : Perception de l'encadrement des étudiants

D'après la figure 23, 81,82% des tuteurs, considèrent que l'encadrement des étudiants est un plaisir de transmettre des compétences.

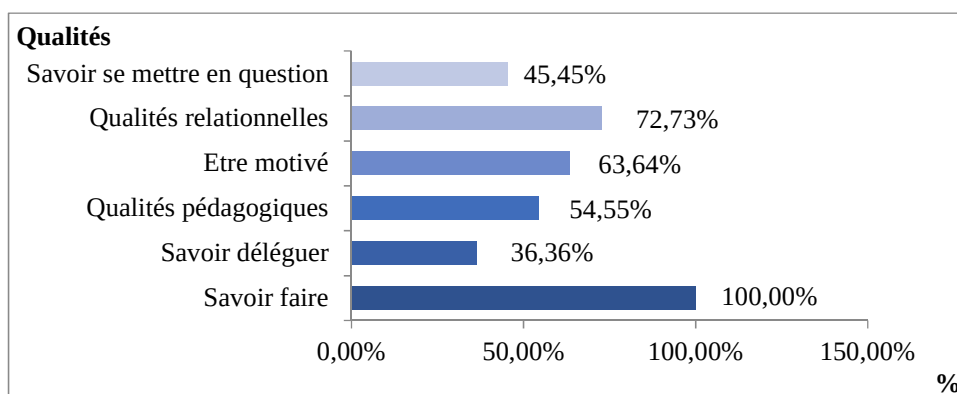


Figure 24 : Qualités nécessaires à un tuteur pour assurer l'encadrement des stagiaires

D'après la figure 24, pour assurer l'encadrement des stagiaires, le tuteur doit avoir un savoir-faire (100%), des qualités relationnelles (72,73%) et être motivé (63,64%).

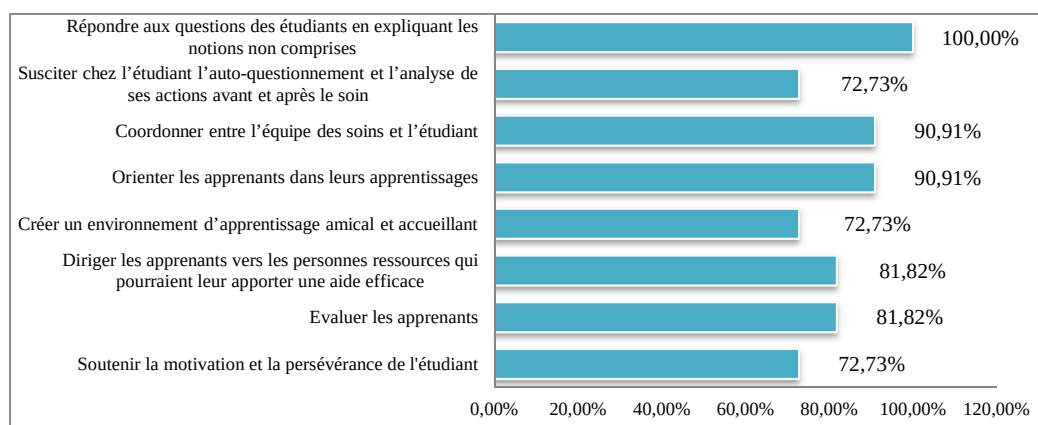


Figure 25 : Fonctions et rôles d'un tuteur

D'après la figure 25, les principales fonctions et rôles d'un tuteur sont : la réponse aux questions des étudiants en leur expliquant les notions non comprises (100%), la coordination entre l'équipe des soins et l'étudiant (90,91%), et l'orientation des apprenants dans leurs apprentissages (90,91%).

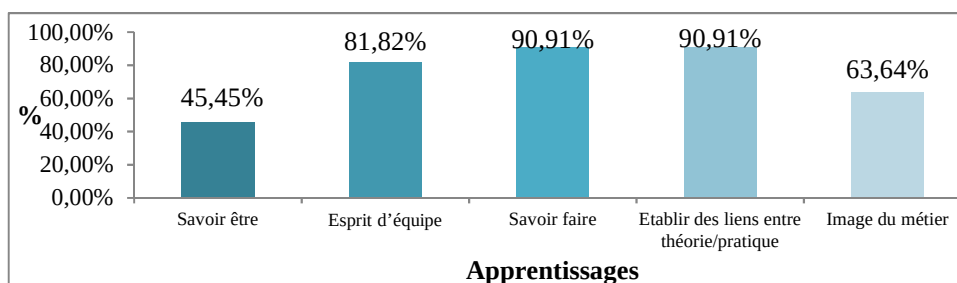


Figure 26 : Apprentissages effectués par les étudiants lors d'un stage par tutorat

D'après la figure 26, les principaux apprentissages effectués par les étudiants lors d'un stage par tutorat sont : l'établissement des liens entre théorie/pratique (90,91%) et l'acquisition du savoir-faire (90,91%).

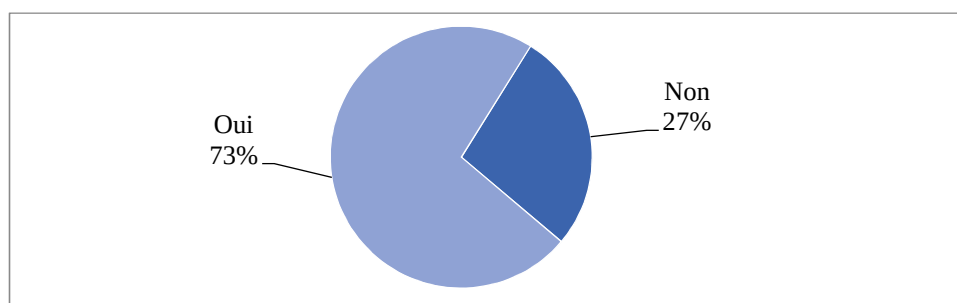


Figure 27 : Rencontre des difficultés lors de l'exercice de la fonction de tuteur

D'après la figure 27, 73% de nos tuteurs ont rencontré difficultés lors de l'exercice de leur fonction de tuteur.

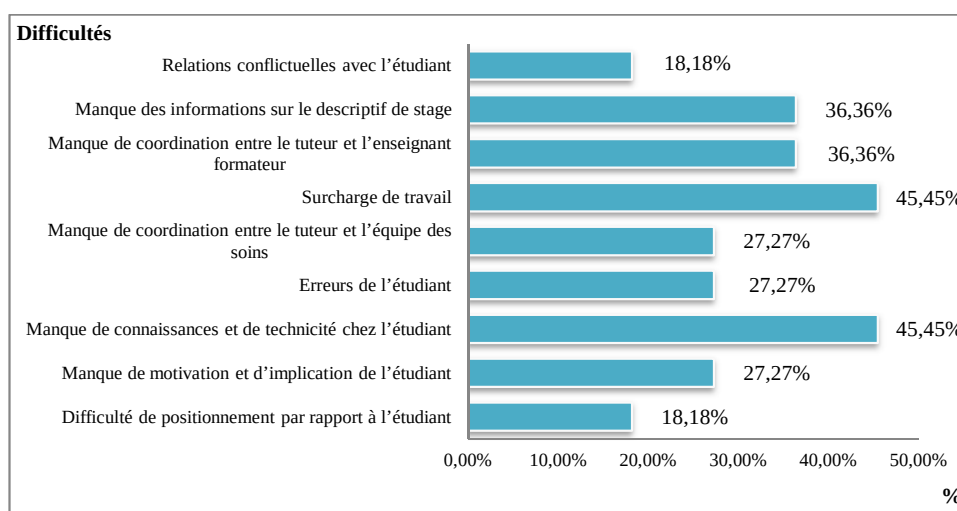


Figure 28 : Difficultés rencontrées lors de l'exercice de la fonction de tuteur

D'après la figure 28, les principales difficultés rencontrées lors de l'exercice de la fonction de tuteur sont : la surcharge de travail (45,45%) et le manque de connaissance et de technicité chez l'étudiant (45,45%).

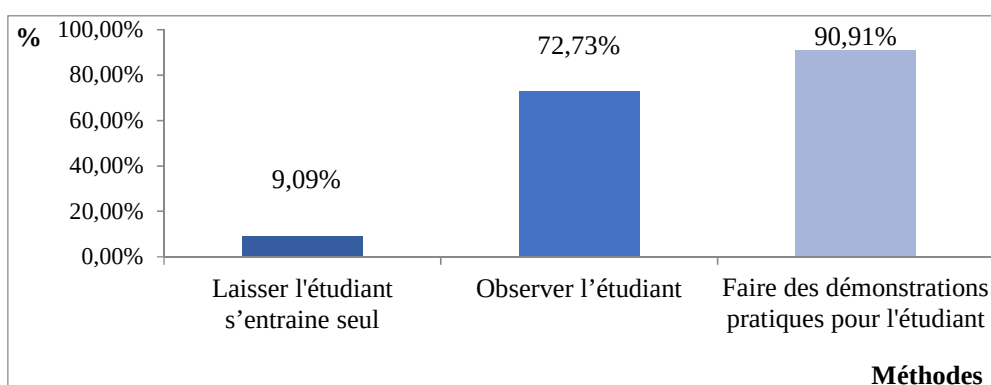


Figure 29 : Méthodes utilisées par les tuteurs dans l'encadrement par tutorat

D'après la figure 29, la majorité (90,91%) des tuteurs font des démonstrations pratiques comme méthode d'encadrement des étudiants.

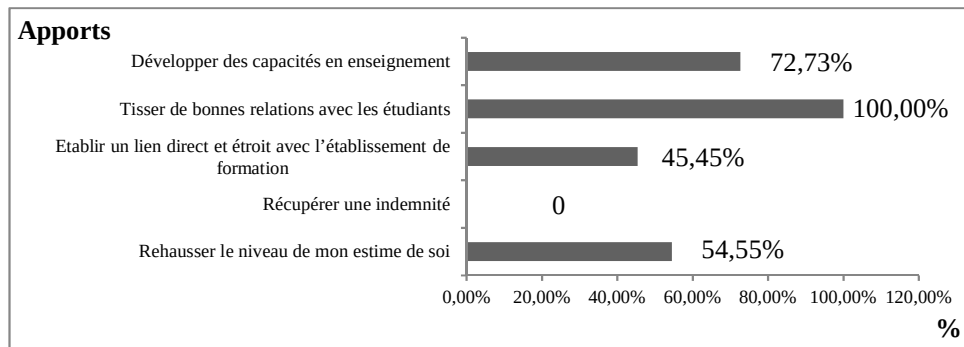


Figure 30 : Apports du tutorat pour le tuteur

D'après la figure 30, tisser de bonnes relations avec les étudiants (100%) et développer des capacités en enseignement (72,73%) sont les principaux apports du tutorat pour le tuteur.

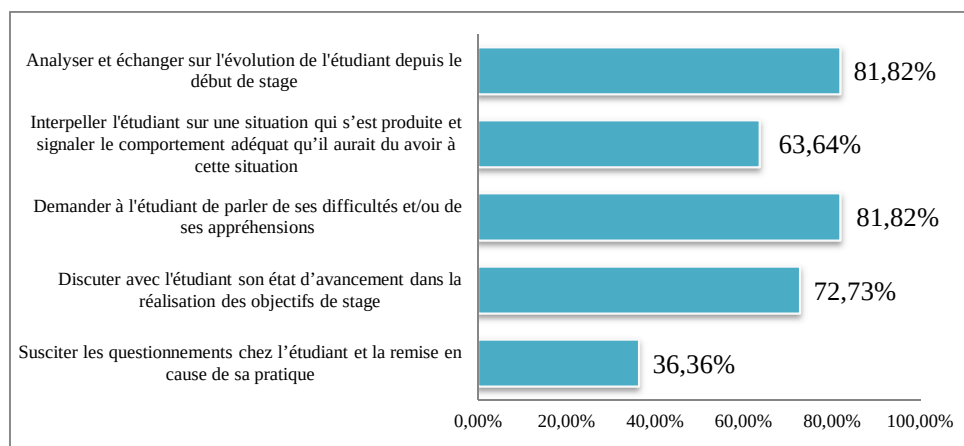


Figure 31 : Manières de gestion du tuteur avec l'étudiant sa pratique de soins, son intégration et sa relation dans l'équipe

D'après la figure 31, Demander à l'étudiant de parler de ses difficultés et/ou de ses appréhensions (81,82%) et Analyser et échanger sur l'évolution de l'étudiant depuis le début de stage (81,82%) sont les principales manières de gestion du tuteur avec l'étudiant sa pratique de soins, son intégration et sa relation dans l'équipe.

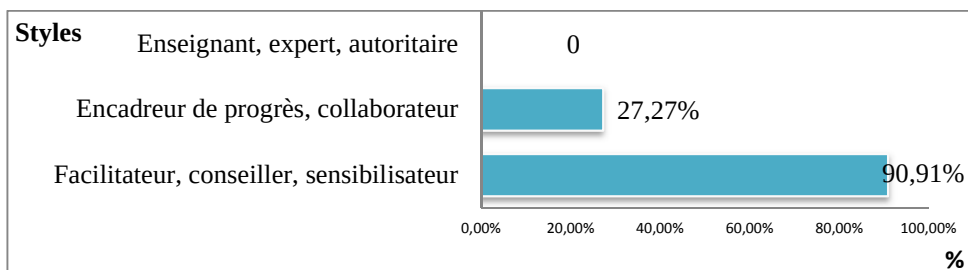


Figure 32 : Styles d'encadrement

D'après la figure 32, le style d'encadrement le plus dominant chez les tuteurs est celui de facilitateur, conseiller et sensibilisateur (90,91%).

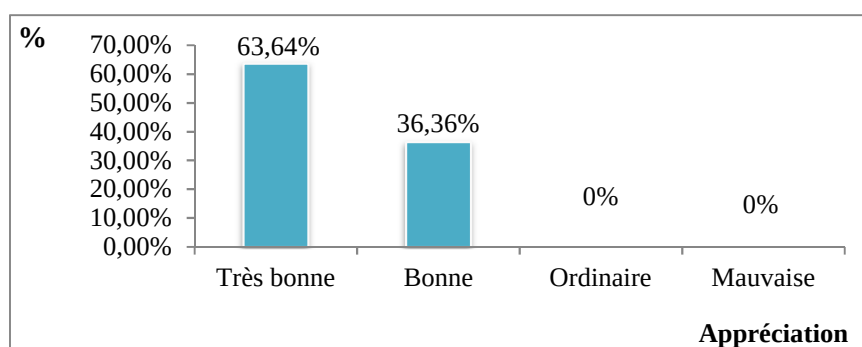


Figure 33 : Appréciation de la relation tuteur/stagiaire

D'après la figure 33, 63,64% des tuteurs enquêtés ont qualifié leur relation avec les stagiaires comme étant très bonne.

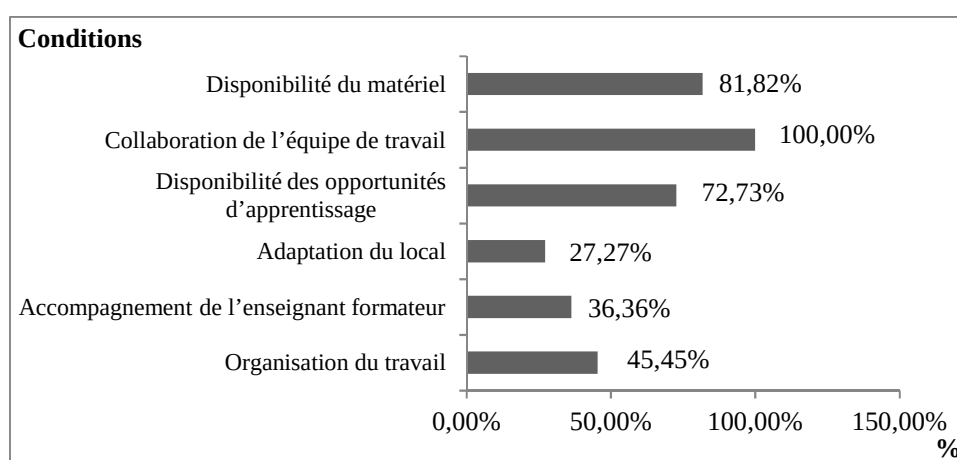


Figure 34 : Conditions de réussite de l'encadrement par tutorat

D'après la figure 34, la collaboration de l'équipe de travail (100%), la disponibilité du matériel (81,82%) et la disponibilité des opportunités d'apprentissage (72,73%) sont les principales conditions de réussite de l'encadrement par tutorat.

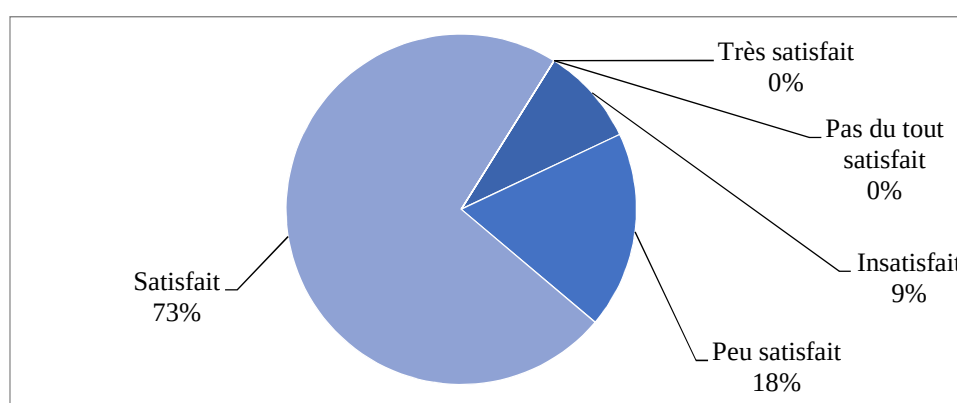


Figure 35 : Satisfaction des tuteurs de leur encadrement par tutorat

D'après la figure 35, 73% des tuteurs enquêtés sont satisfaits de leur encadrement par tutorat.

5.2. Résultats du questionnaire des tutorés

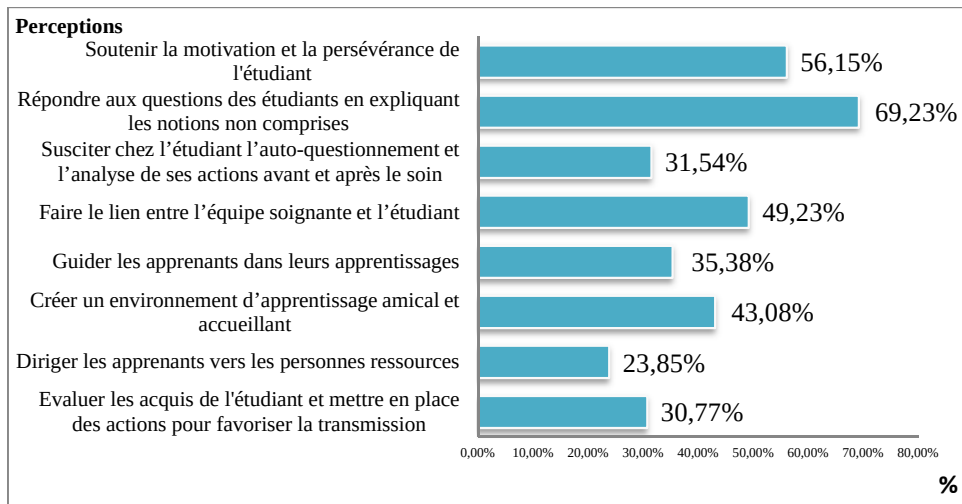


Figure 36 : Perceptions des tutorés du rôle que devrait remplir un tuteur

D'après la figure 36, répondre aux questions des étudiants en expliquant les notions non comprises (69,23%) et Soutenir la motivation et la persévérance de l'étudiant (56,15%) sont les principaux rôles que devrait remplir un tuteur.

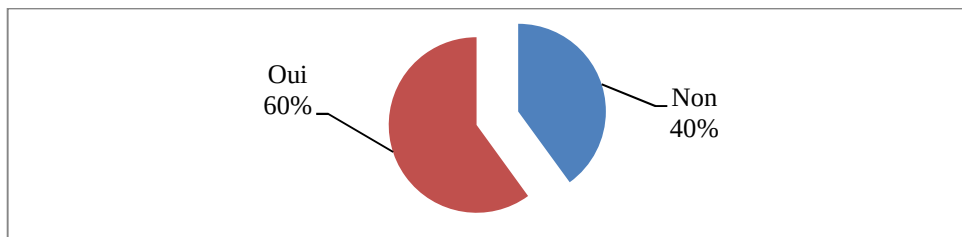


Figure 37 : Implication des infirmiers dans l'encadrement des stagiaires

D'après la figure 37, 60% des tutorés enquêtés ont déclaré que les infirmiers sont impliqués dans leur encadrement.

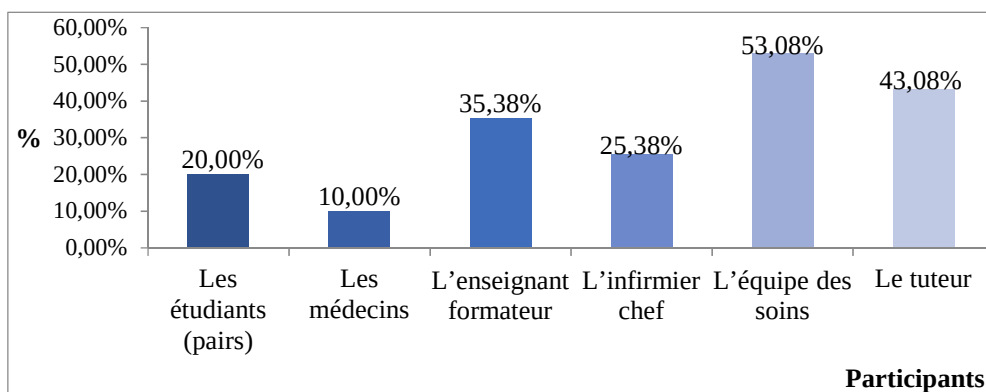


Figure 38 : Participants à l'encadrement des étudiants

D'après la figure 38, les principaux participants à l'encadrement des étudiants sont : l'équipe des soins (53,08%), le tuteur (43,08%) et l'enseignant formateur (35,38%).

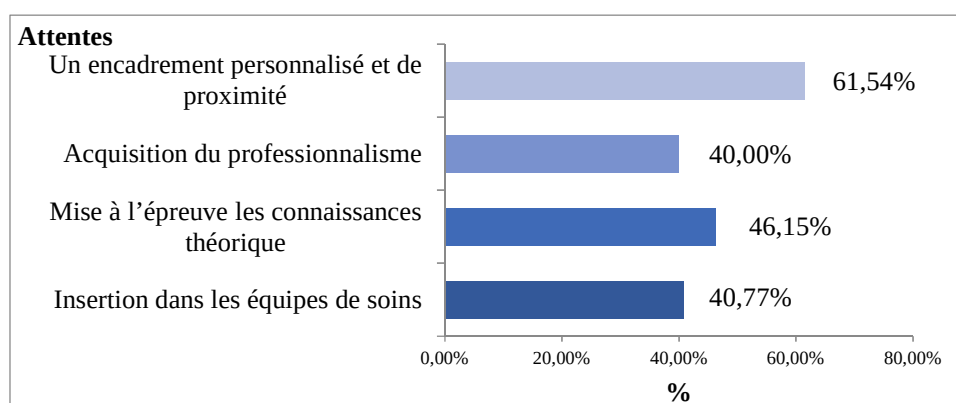


Figure 39 : Attentes des tutorés d'un tuteur

D'après la figure 39, 61,54% des tutorés enquêtés attendent du tuteur un encadrement personnalisé et de proximité.

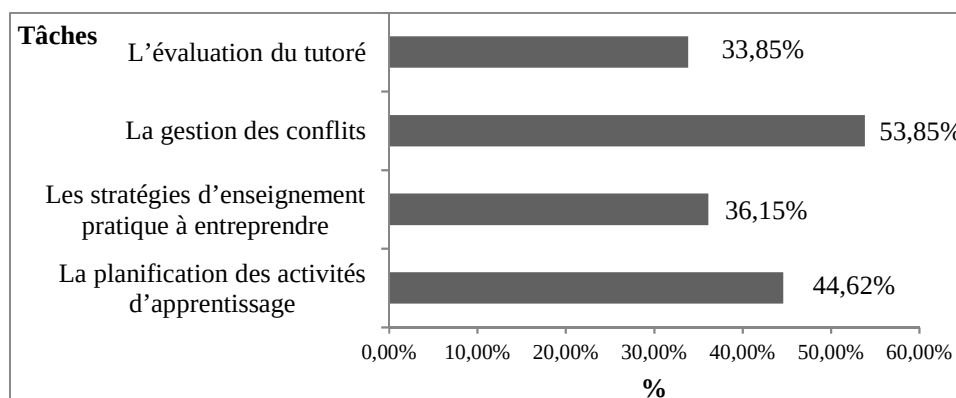


Figure 40 : Tâches les plus difficiles à réaliser par le tuteur

D'après la figure 40, les tâches les plus difficiles à réaliser par le tuteur sont : la gestion des conflits (53,85%) et la planification des activités d'apprentissage (44,62%).

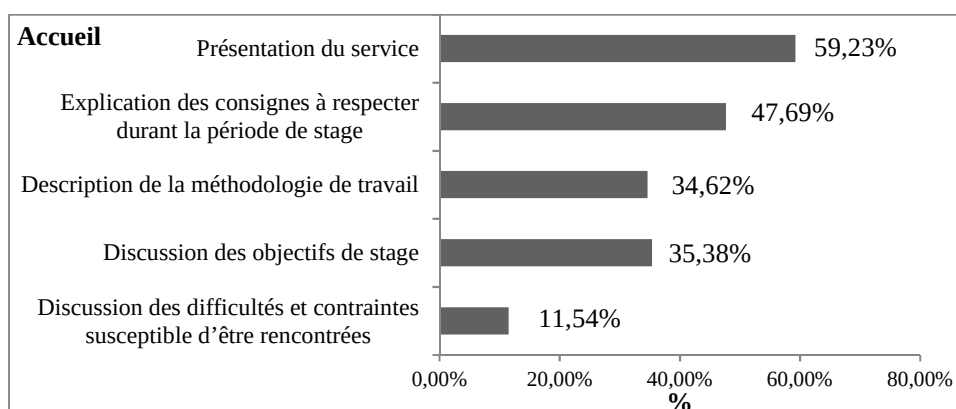


Figure 41 : Déroulement d'accueil

D'après la figure 41, les principales activités réalisées lors de l'accueil des stagiaires sont : la présentation du service (59,23%) et l'explication des consignes à respecter durant la période de stage (47,69%).

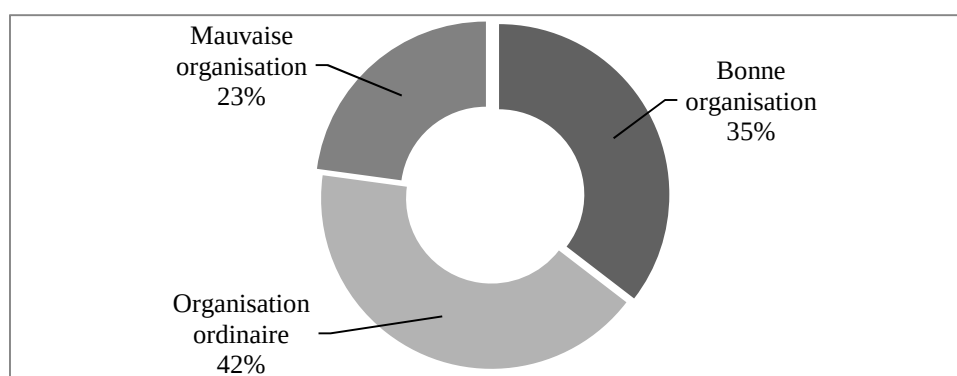


Figure 42 : Appréciation de l'organisation du stage

D'après la figure 42, l'organisation du stage était ordinaire pour 42% des étudiants enquêtés.

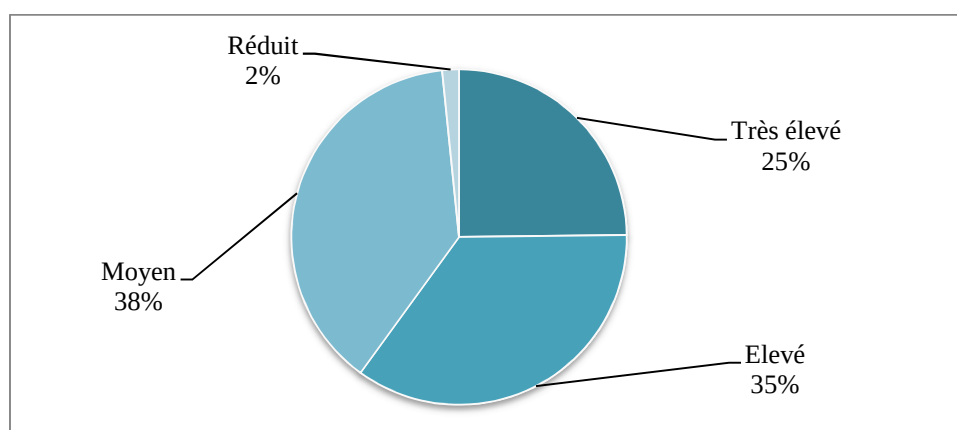


Figure 43 : Appréciation de l'effectif total des étudiants dans un service de soins

D'après la figure 43, l'effectif total des étudiants dans un service de soins est considéré moyen pour 38% des tutorés enquêtés, alors, cet effectif est considéré élevé pour 35%.

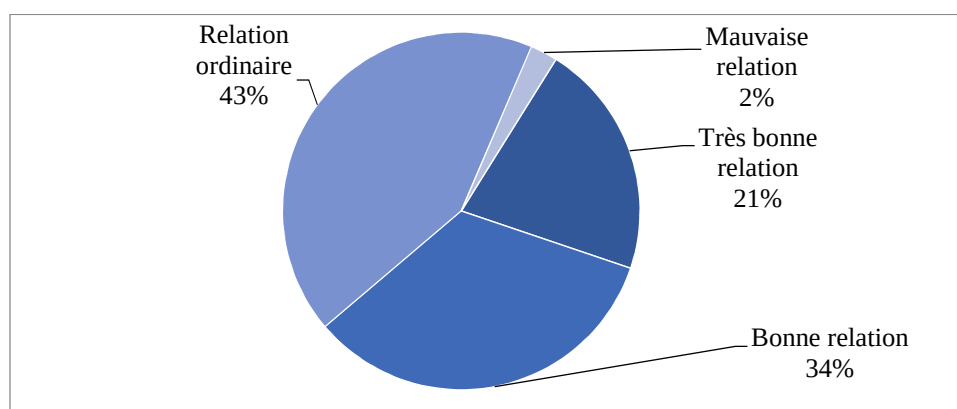


Figure 44 : Relation tutoré/tuteur

D'après la figure 44, la relation entre le tutoré et le tuteur est qualifiée ordinaire pour 43% des étudiants, alors 34% l'ont qualifié de bonne relation.

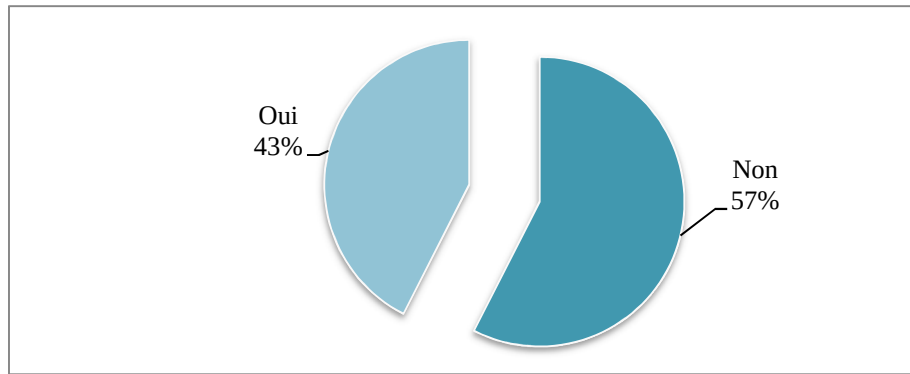


Figure 45 : Disponibilité et proximité du tuteur

D'après la figure 45, seulement 43% des étudiants ont déclaré que le tuteur est disponible et proche d'eux.

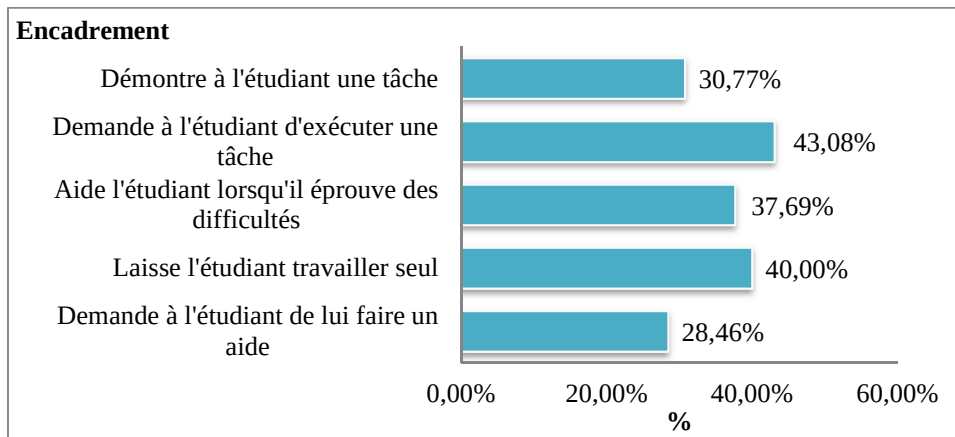


Figure 46 : Manières d'encadrement par les tuteurs

D'après la figure 46, les principales manières d'encadrement du tuteur sont : demande à l'étudiant d'exécuter une tâche (43,08%), laisse l'étudiant travailler seul (40%) et aide l'étudiant lorsqu'il éprouve des difficultés (37,69%).

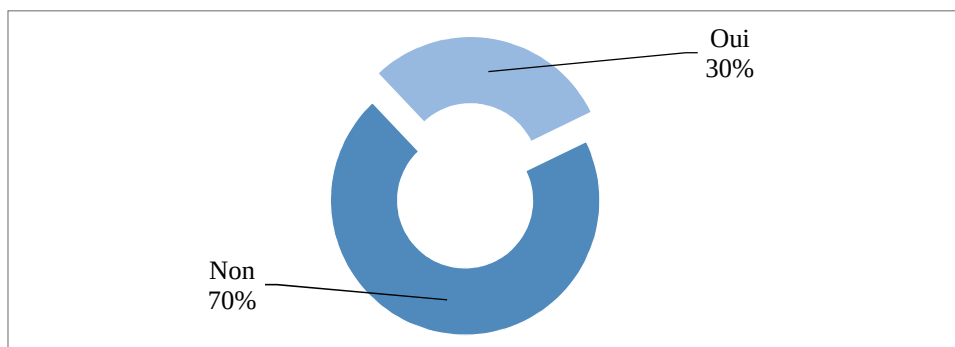


Figure 47 : Rencontre d'une situation conflictuelle avec le tuteur

D'après la figure 47, il est noté que 70% des étudiants n'ont pas rencontré de situation conflictuelle avec le tuteur.

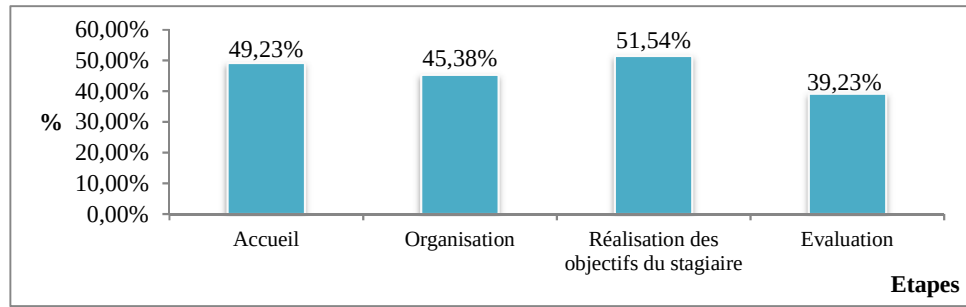


Figure 48 : Etapes les plus importantes dans l'accompagnement des stagiaires

D'après la figure 48, la réalisation des objectifs du stagiaire reste l'étape la plus importante dans son accompagnement (51,54%).

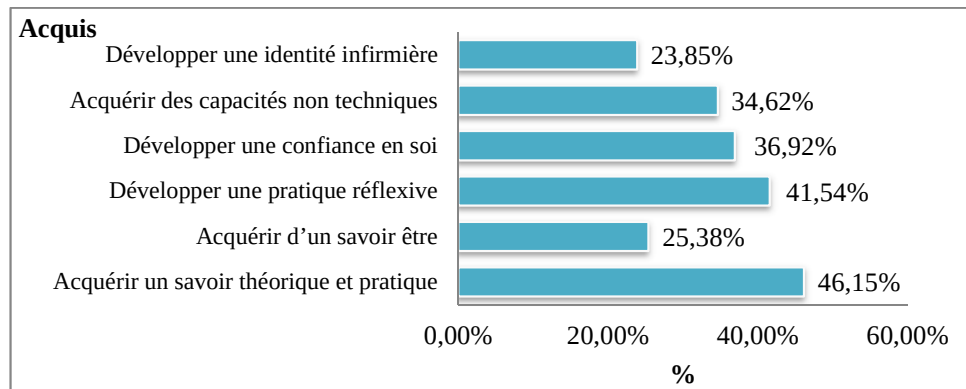


Figure 49 : Acquis de l'expérience d'être encadré par un tuteur

D'après la figure 49, acquérir un savoir théorique et pratique (46,15%), développer une pratique réflexive (41,54%) et développer une confiance en soi (36,92%) sont les principaux acquis retenus de l'expérience du tutorat par les étudiants.

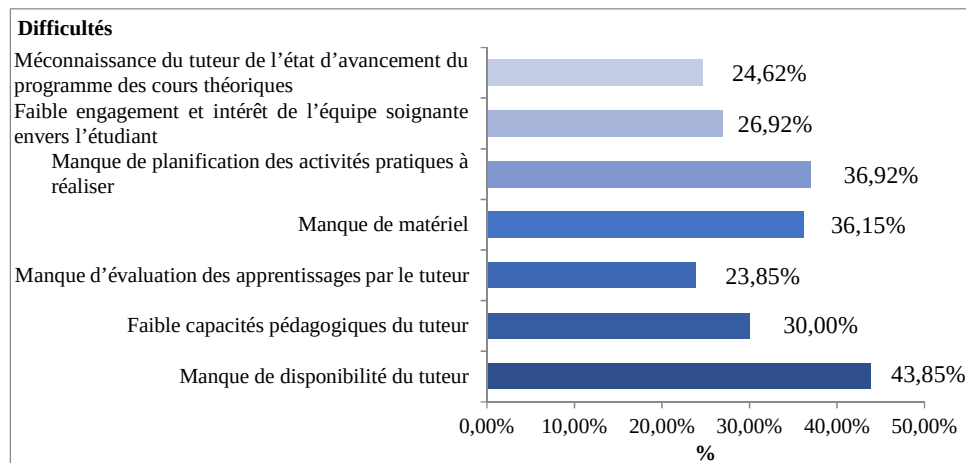


Figure 50 : Difficultés rencontrées lors du stage

D'après la figure 50, le manque de disponibilité du tuteur (43,85%), le manque de planification des activités pratiques à réaliser (36,92%), et le manque de matériel (36,15%) sont les principales difficultés rencontrées par les tutorés lors du stage.

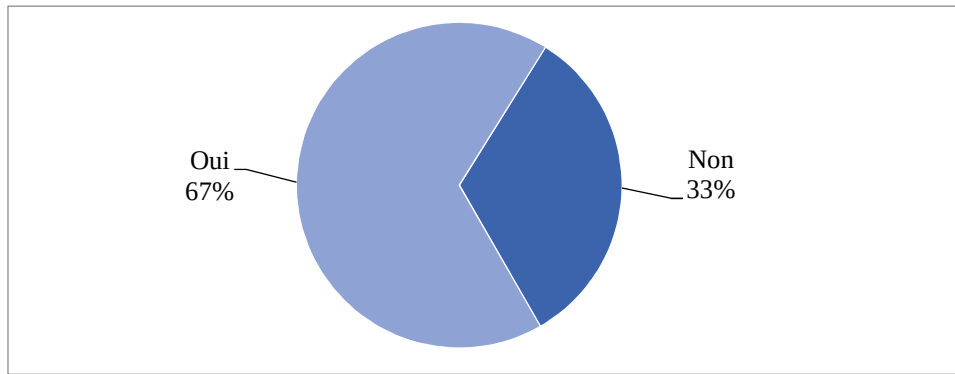


Figure 51 : Nécessité de nomination d'un tuteur dans chaque service de soins

D'après la figure 51, 67% des étudiants ont déclaré la nécessité de nomination d'un tuteur dans chaque établissement ou service de soins.

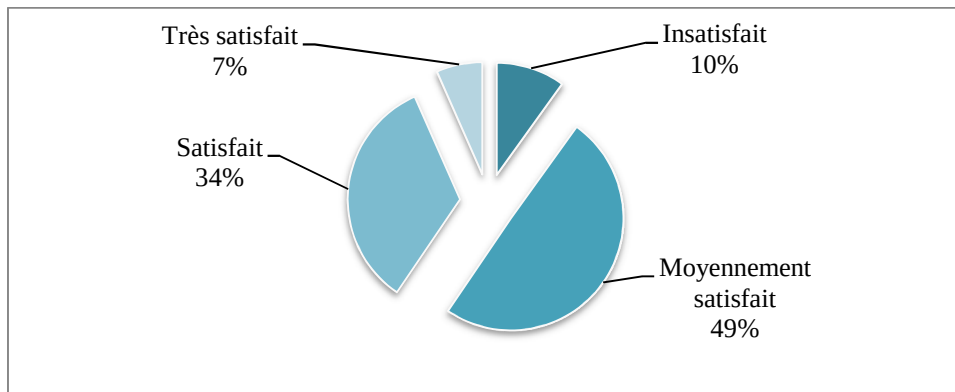


Figure 52 : Satisfaction des tutorés de l'expérimentation d'instauration du tutorat

D'après la figure 52, presque la moitié (49%) des tutorés enquêtés sont moyennement satisfaits de l'expérimentation d'instauration de la méthode tutorat.

6. Conclusion

Pour les différents acteurs, le tutorat reste un dispositif pertinent et utile de formation. Il vient soutenir le professionnel débutant dans les situations complexes du soin qui sont nombreuses. L'effet de ce dispositif sur une prise de confiance en soi est confirmé. Cette confiance acquise, permet au tutoré de positionner et confronter ses observations et analyses en équipe. Ajouter à cela, l'impact de ce dispositif sur les compétences collectives.

Par ailleurs, l'expérimentation d'instauration de ce dispositif, que nous avons mené, a permis de démontrer, que malgré les contraintes et difficultés rencontrées, une implication active des infirmiers tuteurs dans le processus d'encadrement, une amélioration de la relation tuteur/tutoré, un développement des capacités en enseignement chez les tuteurs, et une amélioration de la confiance et l'estime de soi chez les tutorés.

Eu regard de tous les apports de cette méthode d'encadrement, il sera judicieux d'étudier la possibilité de généralisation de ce dispositif au niveau national, dans tous les sites des stages cliniques des étudiants des ISPITS. Un tel projet ne peut aboutir que dans le cadre d'un partenariat avec les responsables de l'administration centrale du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, pour bénéficier de l'appui et du soutien nécessaires à la réussite de ce projet de grande envergure.

Parallèlement aux stages cliniques, les enseignements/apprentissages pratiques de la formation infirmière sont renforcés par la pratique de simulation, cette technique, largement utilisée, permet à l'apprenant de rentabiliser ces stages cliniques et de se former aux situations difficiles et rares avec la possibilité d'apprentissage par l'erreur. Dans ce cadre, la partie suivante de notre thèse a pour objectif d'étudier les enseignements/apprentissages par simulation au contexte de la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Partie II :

La pratique de la simulation dans le cursus de formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

Chapitre I :

**Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la
formation des professions infirmières et techniques de santé**

1. Résumé

Actuellement, la simulation en santé est de plus en plus intégrée dans le cadre de la formation initiale des différentes filières des professions infirmières et techniques de santé. L'apprentissage par simulation exige méthodiquement certaines normes qui doivent être respectées afin de profiter de toutes les opportunités de cette formation. L'objectif de la présente étude est de décrire l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation infirmière. Il s'agit d'une étude descriptive mixte (quantitative et qualitative), qui s'est déroulée au niveau de l'ISPITS de Fès, auprès d'un échantillon de 122 étudiants et 10 enseignants permanents. Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire adressé aux étudiants et des entretiens semi-dirigés avec les enseignants permanents. Les données dégagées des questionnaires ont été analysées selon la méthode des statistiques descriptives, tandis qu'une analyse du contenu a été faite pour les données issues des entretiens. Les principaux résultats de cette étude ont montré que 40,70% des étudiants sont insatisfaits du déroulement des séances de simulation, 54% des étudiants sont parfois stressés par l'effet de l'environnement de ces séances, et 77,70% des étudiants enquêtés ont soulevé l'insuffisance du volume horaire alloué à cette pratique de simulation. Cette dernière contrainte a été également soulevée par la majorité (8/10) des enseignants interviewés. Ainsi, la totalité des enseignants (10/10) ont indiqué un manque de formation continue à leur profit, relative aux nouvelles méthodes et approches de simulation (fonctionnement et entretien des simulateurs).

Mots clés : Enseignement, Apprentissage, Formation, Infirmier, Santé, Simulation.

2. Introduction

Dans le domaine de la santé, l'infirmier assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers telles que la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades (Phaneuf, 2013b). En fait, pour exécuter ses responsabilités, l'infirmier a besoin d'une formation initiale qui est constituée d'un enseignement théorique et d'un enseignement pratique. La formation infirmière, devient de plus en plus complexe, les exigences de terrain, c'est-à-dire du patient, sont en effet croissantes. L'évolution technologique, certes intéressante et incontournable, ne suffit pas à assurer les meilleures prestations aux patients. A la formation théorique, basée sur les cours magistraux, les enseignements dirigés..., s'ajoute la formation pratique par simulation (Abid, Benamor, Aloulou, Abid, Gargouri et Gargouri, 2017). Cette pratique correspond à une méthode pédagogique indispensable pour tous les professionnels de santé. Elle permet l'acquisition rapide et sans risque pour le patient des connaissances, des habiletés techniques et gestuelles, et des compétences non techniques

telles que la gestion d'équipe, la gestion de crise et le leadership. La simulation apparaît comme un outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en offrant l'opportunité de s'entraîner pour faire face à des situations courantes ou même rares (Queva, 2015).

La simulation suscite de plus en plus d'intérêt dans la littérature infirmière et fait partie des programmes internationaux d'enseignement infirmier de premier cycle. Elle est devenue une pédagogie établie pour l'enseignement des compétences cliniques en soins infirmiers, offrant à l'apprenant la possibilité d'acquérir des compétences essentielles dans un environnement représentant étroitement la réalité (Linder et Pulsipher, 2008).

Depuis quelques années, les simulateurs connaissent un développement important parallèlement au déploiement du numérique. Un tour d'horizon montre que beaucoup d'établissements mettent en place des stratégies d'investissement pour acquérir des plateformes de simulation, s'appuyant sur les bienfondés supposés de l'enseignement par simulation. L'enseignement/apprentissage par simulation est associé ainsi au concept d'amélioration de la sécurité des patients voulu et mis en place par la communauté médicale. Il s'agit subséquemment de confronter les apprenants à des situations avant leur prise en charge réelle (Laniel, 2015).

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'objectif de notre recherche qui étudie l'enseignement/apprentissage par simulation dans la formation infirmière. Cette recherche visait également à répondre à la question suivante : de quelle manière se déroule l'enseignement/apprentissage par simulation dans le contexte de la formation des professions infirmières et techniques de santé ? A notre connaissance aucune étude, sur ce sujet, n'a été menée dans les ISPITS du Maroc. Nos résultats seront d'un grand intérêt pour les enseignants et les gestionnaires au niveau local, régional et national en matière de la pratique de simulation.

3. Revue de littérature

L'avancement des concepts et des outils pédagogiques, ainsi que la recherche constante d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins centrés sur le patient obligent tous les participants à la formation en santé à développer des méthodes d'éducation médicale, en renforçant la part active et interactive de l'apprentissage. Par conséquent, il est particulièrement important de pouvoir faire des suggestions pour améliorer les programmes éducatifs existants en intégrant des solutions innovantes et dont l'efficacité a été démontrée

permettant d'incorporer ces différentes notions dans l'apprentissage des étudiants (Tesniere et Mignon, 2013).

Selon l'Association des Etudiantes Infirmières du Canada (AEIC) (2010), les programmes de formation en sciences infirmières ont pour objectif de transmettre les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires pour que les étudiants deviennent des professionnels de santé compétents. D'après Morgan (2006), les notions théoriques sont généralement transmises par l'intermédiaire de cours magistraux dispensés en salle de classe, tandis que les notions pratiques sont abordées en laboratoire de simulation et en situation clinique réelle.

La simulation est un concept qui prend rapidement sa place dans le cadre des méthodes pédagogiques des professions de santé. Nouvelle, complexe et parfois chère, la simulation est une famille d'approches de l'apprentissage, basée sur l'idée qu'il est important de développer les compétences avant, pendant et après les interactions avec les vrais patients. De ce point de vue, l'émergence de la simulation parmi les approches éducatives représente une nouvelle piste d'amélioration des soins, même si elle comporte plusieurs défis et génère des coûts additionnels (Boet, Granry et Salvoldelli, 2013).

Les infirmiers et autres professionnels de la santé utilisent plus couramment la simulation comme stratégie et comme outil d'enseignement et d'apprentissage à tous les niveaux nécessitant une formation clinique. Pendant des décennies, la formation infirmière a fait de la simulation une partie essentielle dans le programme des études. Des travaux de recherche récents ont indiqué que la simulation améliore les connaissances infirmières, la pratique clinique, la pensée critique, les compétences en communication, la confiance en soi et la satisfaction, ainsi que la prise de décision clinique (Tagwa, 2016). Eyikara et Baykara en 2017 ont souligné que les étudiants en sciences infirmières qui participent à des programmes de formation impliquant des simulations font moins d'erreurs médicales en milieu clinique et sont capables de mieux développer leur pensée critique et leurs compétences en prise de décision clinique. Pour ces raisons, les auteurs ont recommandé que la simulation, qui présente une méthode d'enseignement/apprentissage interactive, soit rendue plus courante dans les établissements de formation des infirmiers. De sa part, Policard (2018) a noté que ce format pédagogique, est largement utilisé dans la formation des professionnels de santé, en particulier la formation infirmière, il s'agit d'une méthode complémentaire aux stages en milieu de soins, et il est considéré comme une méthode prioritaire devant prendre une place de premier rang dans un mouvement général visant au développement des pédagogies actives.

Par ailleurs, il s'appuie sur les principes de l'apprentissage expérientiel, de l'apprentissage par problème et de la conceptualisation dans l'action, et vise la construction des compétences professionnelles.

Pour une meilleure mise en place des activités de simulation, des normes de bonne pratique ont été décrites dans la littérature, d'une part, Simoneau et Paquette en 2014 ont expliqué sept normes qui sont : La Norme I : stipule qu'une terminologie cohérente permet de communiquer clairement les conseils et les messages. La Norme II : mentionne que les activités pédagogiques et de recherche en simulation exigent que les attentes relatives aux attitudes et au comportement de chaque participant soient clairement explicitées. Ces activités doivent se dérouler dans des contextes de respect mutuel. La Norme III : précise que toutes les activités de simulation doivent débuter par la formulation des objectifs visés et que ces objectifs doivent avoir été transmis aux participants avant le début de ces activités. Les objectifs des participants sont les outils directeurs de la simulation; ils sont essentiels à l'atteinte des résultats attendus. La Norme IV : précise qu'il existe diverses méthodes de facilitation et que le facilitateur choisira d'en utiliser une en fonction des besoins d'apprentissage des participants et des résultats attendus. Il est primordial d'ajuster la méthode de facilitation en prenant en compte le fait que les participants ont des différences individuelles et culturelles susceptibles d'affecter leurs connaissances, compétences, attitudes et comportements. La Norme V : stipule qu'il faut un facilitateur efficace pour gérer une activité complexe comme la simulation. Le facilitateur de simulation est crucial à l'apprentissage des participants, car il les guide et soutient pour qu'ils puissent comprendre et réaliser leurs objectifs. Le facilitateur adapte la simulation pour qu'elle réponde aux objectifs d'apprentissage, Il guide les participants pour les aider à repérer leurs interventions positives. La Norme VI : stipule que tous les enseignements assistés par la simulation doivent inclure une séance planifiée de débriefing visant à encourager la réflexion chez les étudiants. La Norme VII : indique que la simulation est une méthode acceptable d'évaluer trois champs d'apprentissage, soit le cognitif (les connaissances), l'affectif (l'attitude) et le psychomoteur (les habiletés au plan technique). D'autre part, l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) en 2016 a élaboré 11 normes de bonnes pratiques de simulation : (1) Effectuer une évaluation des besoins pour fournir les preuves de la nécessité d'une expérience bien conçue fondée sur la simulation. (2) Construisez des objectifs mesurables. (3) Structurez le format d'une simulation en fonction de l'objectif, de la théorie et des modalités de l'expérience basée sur la simulation. (4) Concevez un scénario ou un cas

pour fournir le contexte expérience basée sur la simulation. (5) Utilisez différents types de fidélité pour créer les perceptions du réalisme. (6) Maintenir une approche de facilitation qui est participante centrée et guidée par les objectifs, les connaissances ou le niveau d'expérience du participant et les résultats attendus. (7) Commencez les expériences basées sur la simulation avec un pré-briefing. (8) Suivez les expériences basées sur la simulation avec un débriefing et / ou session de feedback. (9) Incluez une évaluation des participants, des facilitateurs, de l'expérience basée sur la simulation, de l'installation et de l'équipe de soutien. (10) Fournir du matériel de préparation et des ressources pour promouvoir la capacité des participants à atteindre les objectifs identifiés et à atteindre les résultats escomptés de l'expérience fondée sur la simulation. (11) Piloter des expériences basées sur la simulation avant la mise en œuvre complète.

Pour bien structurer notre travail, et pour décrire tous les aspects et éléments qui s'interviennent dans l'opération d'enseignement/apprentissage par simulation, nous nous sommes inspirés du cadre de référence conceptuel de la simulation clinique en soins infirmiers de la chercheuse Jeffries, qui a publié en 2005 la première version de ce cadre conceptuel pour guider le design pédagogique des interventions éducatives assistées par la simulation clinique dans le domaine de la formation infirmière. Le cadre de Jeffries est reconnu par la communauté de pratique en simulation clinique; il a été cité dans près de 100 articles scientifiques portant sur la simulation clinique. En 2011, Jeffries a élaboré une deuxième version de son cadre conceptuel, les principaux changements et ajouts ont touché les composantes et éléments du cadre, en effet, la nouvelle version comprend cinq composantes subdivisées en 21 éléments. Les composantes sont : 1- le facilitateur (1 élément); 2- le participant (3 éléments); 3- les stratégies pédagogiques (7 éléments); 4- les éléments du design pédagogique de la simulation clinique (5 éléments), et 5- les résultats (5 éléments). Pour une meilleure adaptation et application de ce cadre conceptuel à notre contexte, nous avons ajouté une sixième composante, relative à la structure de déroulement de l'activité de simulation, que nous l'avons subdivisé en trois éléments : a- salles, b- simulateurs/procéduraux, et c- installations techniques. La figure suivante (n°51) illustre une adaptation du cadre conceptuel de Jeffries à notre contexte (Simoneau et Paquette, 2014).

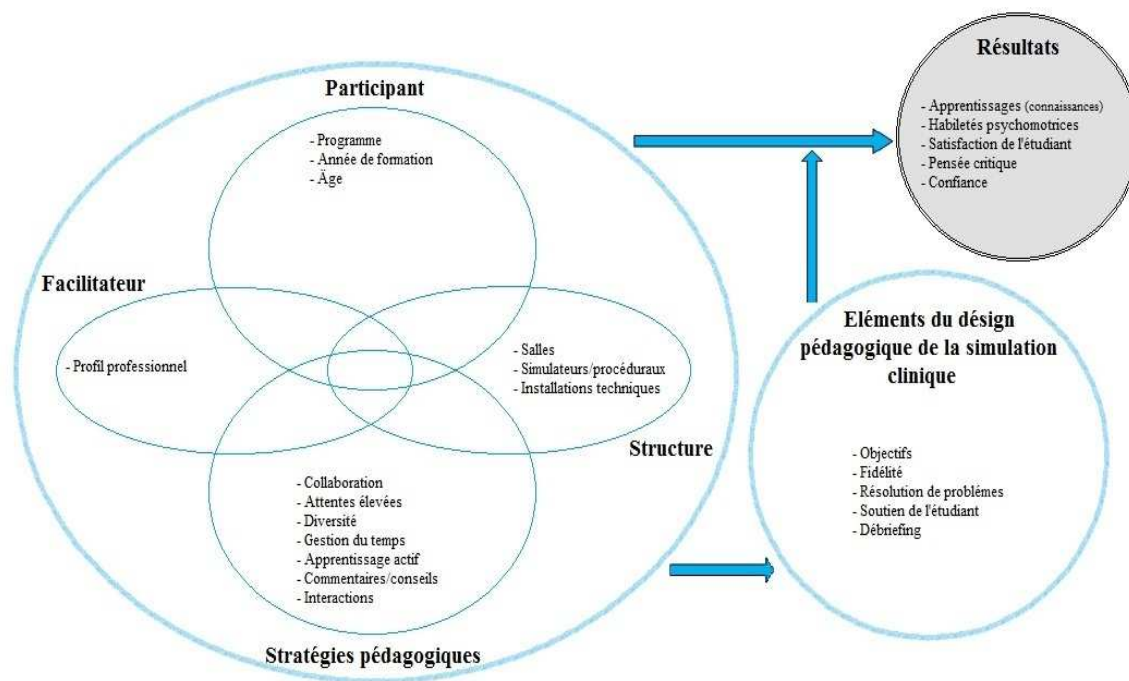


Figure 53 : Cadre de référence adapté au cadre conceptuel de la simulation clinique en soins infirmiers, de Jeffries (2011)

4. Méthodologie

Notre étude est de nature descriptive mixte, quantitative et qualitative, qui s'est déroulée à l'ISPITS de Fès. Cet institut crée par le décret n°2.13.658 du 30 septembre 2013, et qui est sous la tutelle de l'autorité gouvernementale chargée de la Santé. Il assure la préparation et la délivrance des diplômes nationaux organisés en trois cycles d'études dans les domaines des Professions Infirmières et des Techniques de Santé (Cycle de la Licence professionnelle, Cycle de Master et Cycle du Doctorat).

L'étude a inclus un échantillon de 122 étudiants, recrutés de façon non probabiliste à choix raisonné, tous ces étudiants étaient du niveau semestre 4, des spécialités suivantes : Infirmier Polyvalent, Infirmier en Santé Mentale, Infirmier en Soins d'Urgence et soins intensifs, Infirmier en Anesthésie et Réanimation, Infirmier en Néonatalogie et Pédiatrie et Sage-femme. Ce choix a été justifié par les raisons suivantes : (a) la disponibilité des étudiants du Semestre 4 à l'Institut durant la période de l'enquête ; et (b) la réalisation des enseignements/apprentissages par simulation. Les étudiants des Semestres 2 et 6 ont été exclus de notre étude pour les raisons suivantes : (a) La non disponibilité des étudiants du Semestre 6 durant la période de l'enquête (stage rural, préparation aux examens, réalisation des projets de fin d'études...) ; (b) Les étudiants du Semestre 2 n'ont pas assisté à des cours de simulation. Aussi, il a été inclus dans cette étude un échantillon de dix enseignants

permanents recrutés de façon non probabiliste à choix raisonné. Tous ces enseignants ont été choisis suite à leurs expériences en enseignements, leurs participations aux cours de simulation et leurs intérêts exprimés vis-à-vis de notre étude.

La collecte des données a été faite, d'une part, à travers une enquête, qui s'est déroulée en 2018, à l'aide d'un questionnaire adressé aux étudiants de notre échantillon, un pré-test a été fait pour ce questionnaire auprès de quatre étudiants n'appartenant pas à notre échantillon. Le questionnaire a inclus une variété des questions (dichotomiques, ouvertes, questions à choix multiples, questions filtres...) afin de mieux décrire et analyser le déroulement des séances d'enseignement/apprentissage par simulation. L'analyse des données collectées, a été faite par la méthode des statistiques descriptives. D'autre part, des entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide des guides avec les dix enseignants permanents, en effet, une analyse de contenu a été faite pour les résultats de ces entretiens.

5. Résultats et discussion

5.1. Résultats

5.1.1 Résultats du questionnaire

Au total de 122 questionnaires distribués, seulement 114 ont été récupérés, soit un taux de récupération de 93,44%.

Tableau 3 : Appréciation des étudiants du déroulement des séances de simulation

	Appréciation générale (%)	Appréciation sur l'organisation (%)
Très satisfait	4,40	3,50
Satisfait	41,60	23,90
Insatisfait	40,70	49,60
Très insatisfait	13,30	23,00

D'après le tableau 3, il est constaté que 40,70% des enquêtés sont insatisfaits du déroulement des séances de simulation.

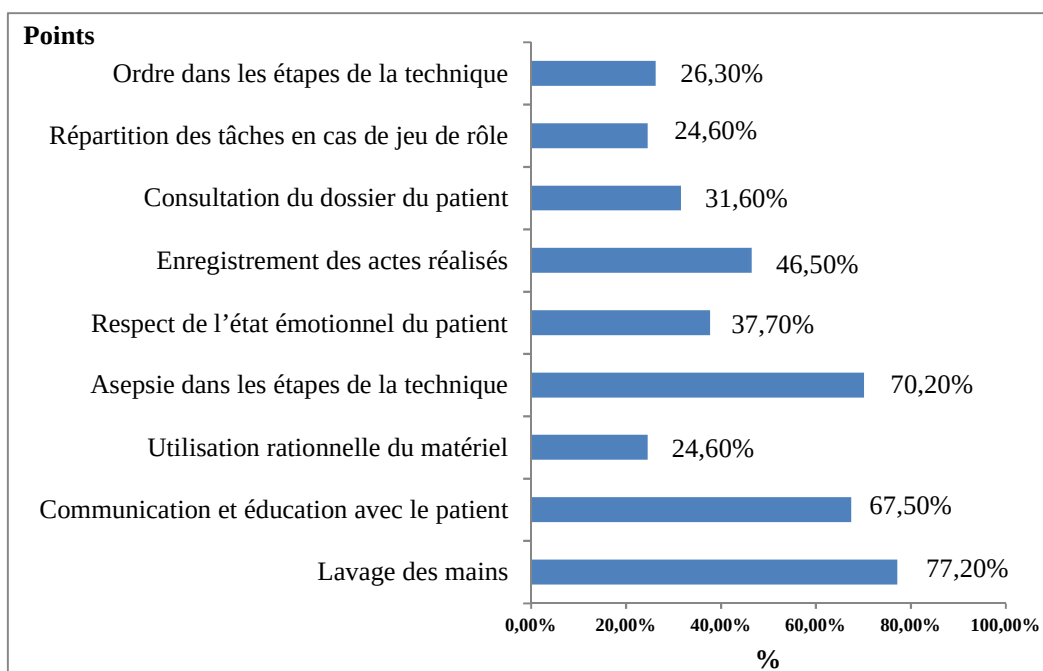


Figure 54. Points sur lesquels insistent les enseignants lors d'une séance de simulation

La figure 54 démontre que 77,20%, 70,20% et 67,50% des enquêtés ont signalé, respectivement, que les enseignants insistent lors de la séance de simulation sur le lavage des mains, l'asepsie dans la réalisation des techniques, et la communication avec le patient.

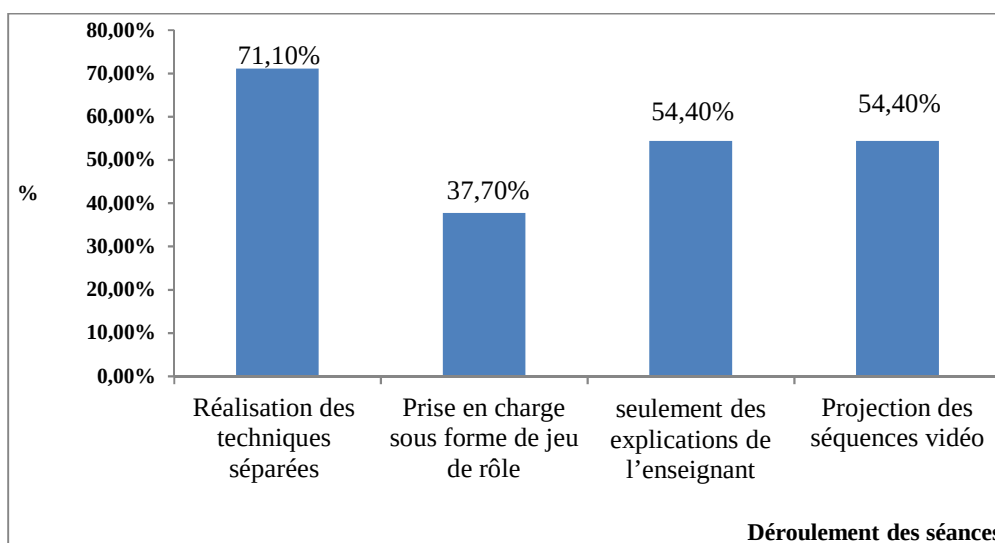


Figure 55 : Manière de déroulement des séances

Nous constatons d'après la figure 55 que 71,10% des enquêtés ont déclaré que les séances se déroulent sous forme de réalisation des techniques séparées.

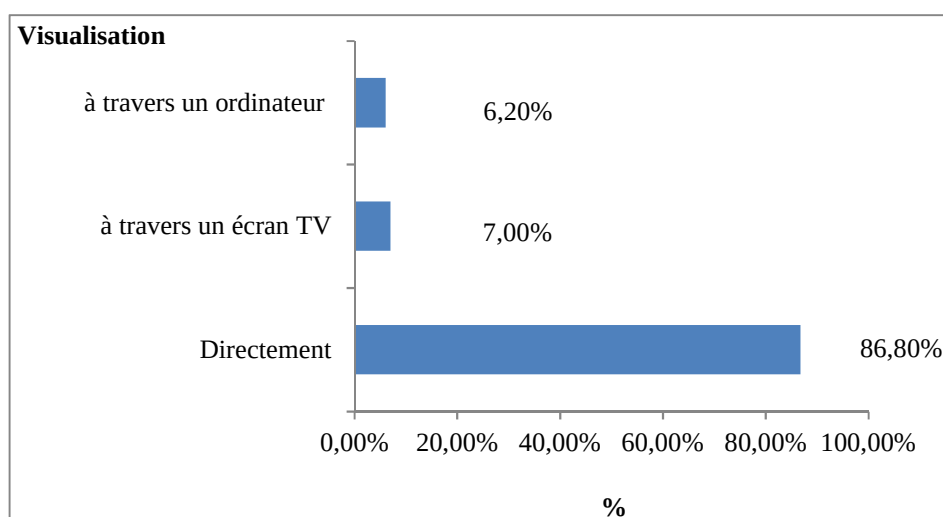


Figure 56 : Visualisation des séquences de simulation

A la lumière de la figure 56, nous remarquons que 86,80% des enquêtés ont mentionné que la visualisation des séquences de simulation se fait directement dans la salle de cours.

Tableau 4 : Appréciation du rôle de l'enseignant pendant une séance de simulation

Rôle de l'enseignant	Très satisfait %	Satisfait %	Insatisfait %	Très insatisfait %
La gestion du matériel	4,50	20,50	37,50	37,50
La gestion de la dynamique des apprenants	6,40	30,00	43,60	20,00
La gestion de temps	7,10	31,30	41,10	20,50
La relation enseignant/étudiant	16,70	35,90	31,60	15,80
Les connaissances théoriques et pratiques	10,70	44,60	33,00	11,70
La communication	7,10	53,60	31,30	8,00

Suite à une lecture du tableau 4, il est observé que 37,50%, 43,60%, 41,10% et 31,30% des enquêtés sont insatisfaits, respectivement, du rôle de l'enseignant dans la gestion du matériel, la gestion de la dynamique des apprenants, la gestion du temps, et de la communication.

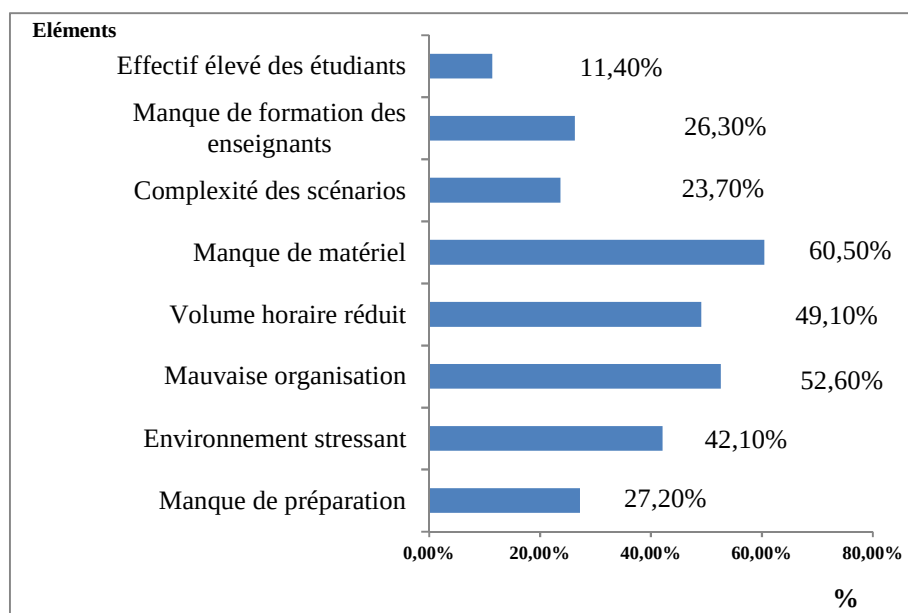


Figure 57 : Eléments qui retiennent négativement sur le déroulement de la séance

A l'aide de la figure 57, nous relevons que 60,50%, 52,60%, et 49,10% des enquêtés ont mentionné, respectivement, que le manque de matériel, la mauvaise organisation, et le volume horaire réduit, retiennent négativement sur le déroulement de la séance de simulation.

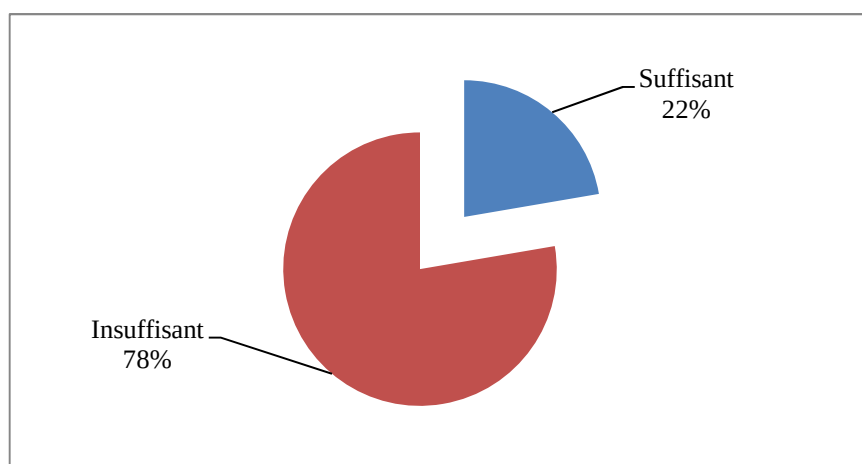


Figure 58 : Volume horaire de la séance

D'après la figure 58, 78% des enquêtés ont déclaré que le volume horaire d'une séance de simulation est insuffisant.

Tableau 5 : Respect des étapes de la séance

	Toujours (%)	Souvent (%)	Parfois (%)	Rarement (%)	Jamais (%)
Début: Rappel théorique	21,40	56,30	13,20	7,10	2,00
Trois temps de simulation:					
Briefing, mise en situation, débriefing	7,10	25,70	46,90	10,60	9,70
Fin: Synthèse de la séance	14,30	42,90	36,60	3,60	2,60

Le tableau 5 démontre que 56,30% des enquêtés ont souligné le respect souvent du rappel théorique au début de la séance, et 46,90% ont précisé le respect parfois des trois temps de la simulation. Ainsi, 42,90% ont signalé le respect souvent de la synthèse finale de la séance.

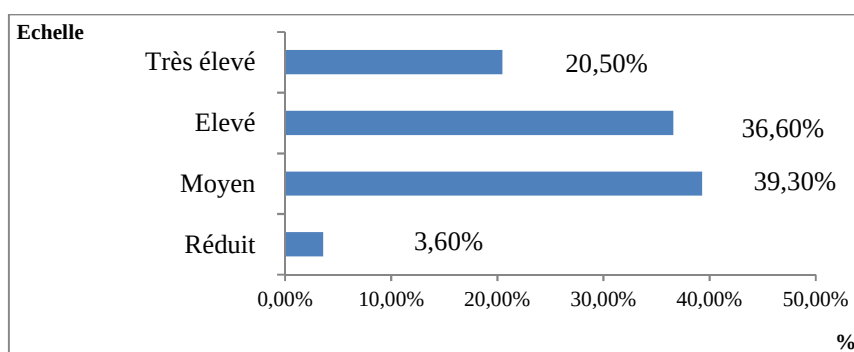


Figure 59 : Effectif des étudiants par séance

Nous constatons d'après la figure 59 que 36,60% des enquêtés ont déclaré que l'effectif des apprenants par séance est élevé.

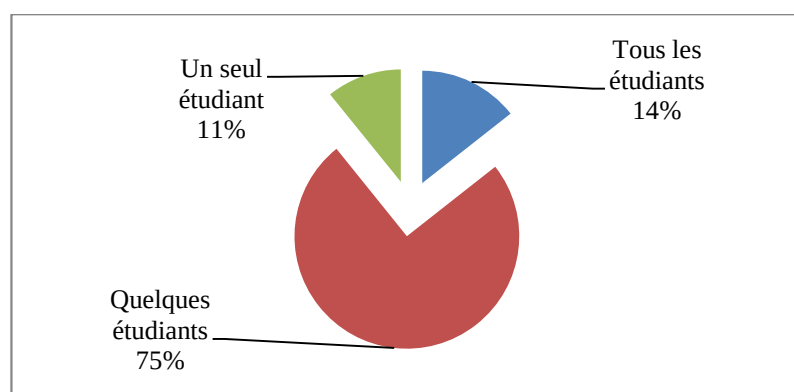


Figure 60 : Effectif des étudiants qui réalisent les répétitions

A la lumière de la figure 60, nous remarquons que 75% des enquêtés ont mentionné que seulement quelques étudiants qui réalisent les répétitions.

Tableau 6 : Stress et conflits pendant la séance

	Toujours (%)	Souvent (%)	Parfois (%)	Rarement (%)	Jamais (%)
Stress chez l'étudiant	8,80	20,40	54,00	10,60	6,20
Survenue des conflits	1,90	11,70	41,40	24,30	20,70

Il est observé du tableau 6 que 54% et 41,40% des enquêtés ont déclaré, respectivement, la survenue parfois du stress et des conflits pendant des séances de simulation.

Tableau 7 : Disponibilité et fonctionnement du matériel

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Insatisfait (%)	Très insatisfait (%)
Disponibilité (quantité)	1,80	12,70	41,90	43,60
Fonctionnement (qualité)	0,00	12,70	30,00	57,30

A l'aide du tableau 7, nous notons que 43,60% et 57,30% des enquêtés sont très insatisfaits, respectivement, de la quantité et de la qualité du matériel de simulation.

Tableau 8 : Etat des locaux

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Insatisfait (%)	Très insatisfait (%)
Superficie	13,70	25,80	42,20	18,30
Aération	16,40	28,90	41,10	13,60
Propreté	20,90	53,20	23,60	2,30

D'après le tableau 8, 42,20%, 41,10% et 23,60% des enquêtés sont insatisfaits, respectivement, de la superficie, l'aération et la propreté des locaux de simulation.

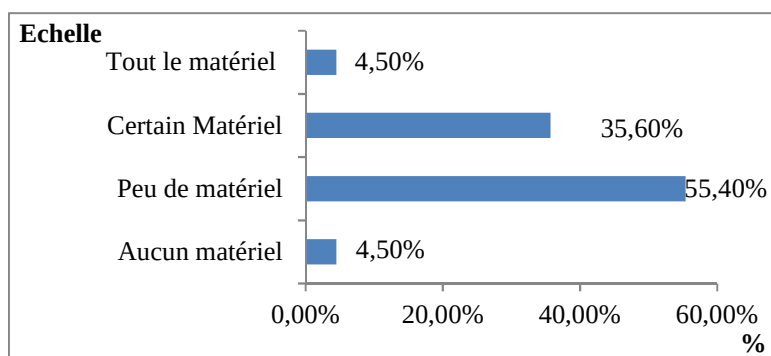


Figure 61 : Matériel qui permet la réalisation des scénarios

La figure 61 démontre que 55,40% des enquêtés ont mentionné que peu de matériel qui permet la réalisation des scénarios.

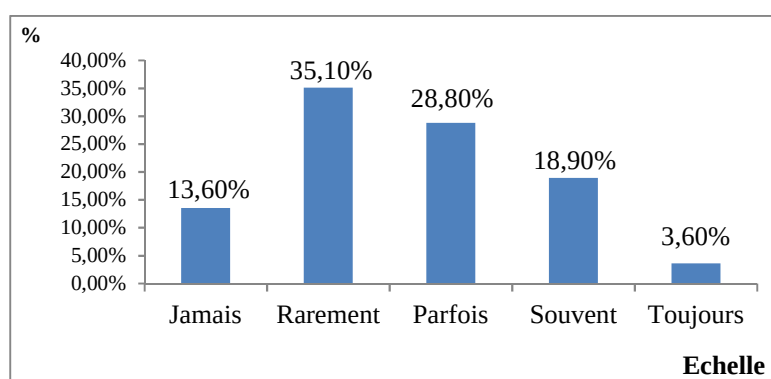


Figure 62 : Mesures de protection contre les risques et incidents

Nous relevons d'après la figure 62 que 35,10% des enquêtés ont souligné que rarement les mesures sont prises pour la protection contre les risques et les accidents.

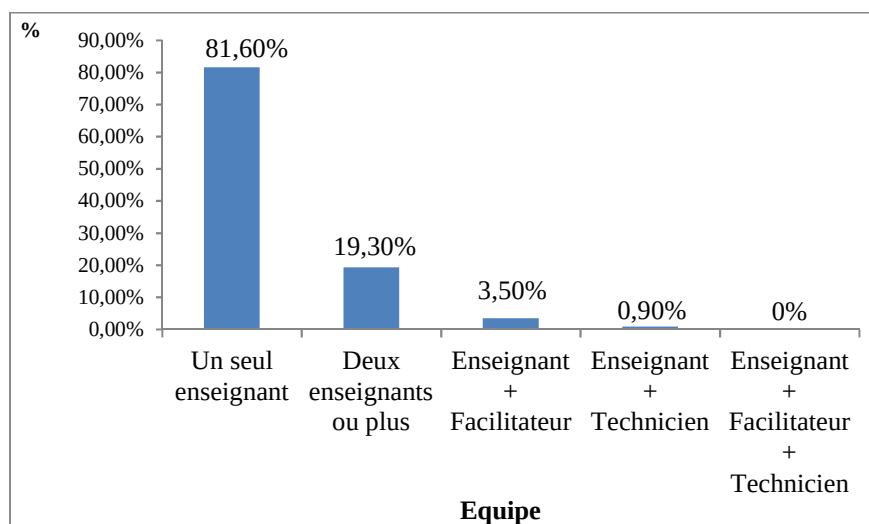


Figure 63 : Equipe des formateurs

Il est remarqué à partir de la figure 63 que 81,60% des enquêtés ont précisé que l'équipe des formateurs dans une séance de simulation est composée d'un seul enseignant.

5.1.2. Résultats des entretiens semi-dirigés

La moitié des interviewés (5/10) ont déclaré, d'une part, la mauvaise organisation des locaux et du matériel nécessaire pour des séances de simulation, et d'autre part, la faiblesse des connaissances théoriques des étudiants. Ce qui retentit négativement sur la mise en œuvre de ces séances de simulation. Ainsi, ils ont souligné un manque de motivation et d'engagement des étudiants.

A L'unanimité (10/10), les interviewés ont indiqué un manque de formation continue, au profit des enseignants, relative aux nouvelles méthodes et approches de simulation (fonctionnement et entretien des simulateurs). Ils ont souligné, également, plusieurs contraintes qui retentissent sur la pratique de simulation, dont : le matériel disponible n'est pas adaptable pour toutes les spécialités de formation, le volume horaire alloué aux séances est insuffisant (pour la préparation de la salle, la préparation du matériel, la mise en situation du scénario), les effectifs des étudiants sont très élevés, les locaux dédiés aux séances ne répondent pas normes recommandées, et les moyens financiers sont très élevés pour la mise en place et le fonctionnement d'un centre de simulation.

La majorité (8/10) des interviewés ont signalé que le volume horaire est très insuffisant pour que tous les étudiants puissent faire les répétitions nécessaires. Ils ont signalé, également, la survenue de quelques conflits entre les étudiants à cause du manque de communication et de collaboration entre eux. Ainsi ils ont indiqué un manque des réunions de coordination et de collaboration entre les enseignants des différentes spécialités pour partager et échanger de leurs expériences.

5.2. Discussion des résultats

Section 1 : La formation des formateurs

Selon les résultats de nos entretiens, la totalité des interviewés ont mentionné un manque de formation continue au profit des enseignants en matière des nouvelles méthodes et approches de simulation (fonctionnement et entretien des simulateurs). Effectivement, Granry et Moll en 2012 ont souligné que certains centres sont très actifs avec des moyens limités tandis que d'autres, avec des moyens importants travaillent peu. Cet usage suboptimal est souvent lié à un manque de personnel formé ou à un défaut de formation de ceux-ci. Aussi, Boets et al. en 2013 ont déclaré que les enseignants en simulation sont généralement peu formés. Egalement, Ammirati, Amsallem, Gignon, Bertrand et Pelaccia en 2011 ont souligné que les limites de cette méthode d'apprentissage reposent essentiellement sur la formation et

l'expérience du formateur. Aussi, selon Levraut et Fournier (2012), les centres de simulation fonctionnent beaucoup sur un mode « artisanal », avec du personnel souvent mal formé et travaillant parfois de façon non rémunérée. Notre étude a révélé aussi que 43,60% (Tableau 4) des étudiants enquêtés sont insatisfaits de la gestion de la dynamique des étudiants par l'enseignant, et 33% (Tableau 4) des étudiants sont insatisfaits des connaissances théoriques et pratiques de l'enseignant. Dans ce cadre, Ammirati et al. (2011) ont déclaré que la pertinence de la pratique de simulation dépend de la qualité de l'enseignant qu'il doit maîtriser la dynamique de groupe et les connaissances physiopathologiques.

Section 2 : L'effectif des étudiants

Concernant l'effectif des étudiants dans une séance de simulation, l'ensemble des enseignants interviewés (10/10), ainsi 36,60% des étudiants enquêtés (Figure 59) trouvent que cet effectif est élevé. Ces résultats corroborent avec les recommandations de Crossin (2013), qui a annoncé que les séquences de simulations doivent être réalisées auprès de petits groupes d'étudiants (environ 6 à 8 étudiants).

Section 3 : Les ressources matérielles

Concernant le matériel, d'une part, notre étude a révélé que 43,60% des étudiants (Tableau 7) sont très insatisfaits de la disponibilité du matériel, et 57,30% (Tableau 7) sont très insatisfaits du fonctionnement de ce matériel. Effectivement, selon Abid et al. (2017), la simulation est marquée par des équipements insuffisants. Ainsi que l'enquête du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs, faite par Beydon, Dureuil, Nathan, Piriou et Steib en 2010 a révélé que la principale limite de cette pratique pédagogique reste le coût élevé d'acquisition d'un simulateur haute-fidélité. D'autre part, 55,40% des étudiants interrogés (Figure 61) ont déclaré que peu de matériel permet la réalisation des prises en charges (scénarios) que les étudiants auront besoin au cours leurs stages cliniques. Ce constat est appuyé par le Lycée Technique pour Professions de la Santé, Luxembourg (2018), quand il a déclaré que parmi les contraintes de la simulation reste le matériel qui n'est pas toujours simulable. De façon générale, 60,50% des étudiants ayant participé à notre étude (Figure 57) ont affirmé que le matériel retient négativement sur le bon déroulement d'une séance de simulation, aussi, les 10 interviewés ont indiqué que le matériel disponible n'est pas adaptable à toutes les spécialités enseignées à l'institut. Dans le même sens Crossin (2013) a mentionné que le matériel constitue une barrière qui empêche la bonne pratique et la bonne compréhension chez l'étudiant, et certaines situations réelles ne peuvent être transposées en situations d'apprentissage.

Section 4 : Les ressources financières

Tous les enseignants interviewés (10/10) ont déclaré que la mise en place et le fonctionnement d'un centre de simulation exigent des moyens financiers très élevés pour l'acquisition des locaux et matériels, ainsi le recrutement des ressources humaines. Cette affirmation est faite aussi par Ducros en 2012, quand il a signalé que les ressources financières pour construire des locaux adaptés et acquérir, maintenir ou renouveler le matériel sont très importantes et peuvent être un frein au développement de la simulation. Levraut et Fournier (2012) ont montré que la quasi-totalité des centres de simulation en France est confrontée à des problèmes d'ordre financier, car la simulation coûte cher, que ce soit lors de l'investissement initial pour l'acquisition du matériel ou surtout pour la couverture des besoins en ressources humaines.

Section 5 : Le volume horaire

Concernant le temps nécessaire pour la pratique de la simulation, 77,70% des étudiants enquêtés (Figure 58) ont souligné que le volume horaire alloué aux séances est insuffisant, 49,10% (Figure 57) ont déclaré que ce volume horaire retentit négativement sur le déroulement de la séance, également, 74,80% (Figure 60) ont annoncé que seulement quelques étudiants qui font des répétitions. Dans le même ordre d'idée, 8 interviewés sur 10 ont indiqué que le volume horaire alloué à la simulation est insuffisant pour que les étudiants fassent les répétitions nécessaires. Ces résultats corroborent avec les idées de Boets et al. (2013) lorsqu'ils ont mentionné que le temps n'est jamais simulé homothétiquement au réel dans une séance de simulation. En effet le contrôle du raccourcissement du temps réel imposé par le créneau disponible (une ou deux heures souvent) est un vrai problème et peut amener à des sérieuses erreurs pédagogiques, d'où les étudiants risquent de ne pas développer les bonnes habiletés cognitives dans la prise en charge réelle du patient.

Section 6 : L'organisation de la séance de simulation

Au sujet de la gestion, Crossin (2013) a déclaré que la mise en œuvre des séquences de simulation pose différentes difficultés en termes d'organisation (programmation pédagogique, aménagement des locaux, matériel pédagogique, formation des formateurs...), ceci corrobore avec les résultats de notre étude, en effet, la moitié (5/10) des interviewés ont affirmé la mauvaise organisation des locaux et matériel nécessaires pour une séance de simulation, 49,60% des étudiants enquêtés (Tableau 3) sont insatisfaits de l'organisation des séances de simulation, et 52,60% (Figure 57) ont affirmé que la mauvaise organisation retentit

négalement sur le bon déroulement des apprentissages par simulation. Concernant les locaux, les 10 enseignants ont repéré que les locaux dédiés aux cours de simulation ne répondent pas aux normes. Ainsi 42,20%, 41,10% et 23,60% des étudiants enquêtés (Tableau 8) sont insatisfaits, respectivement, de la superficie, l'aération et la propreté des salles de simulation. Ces résultats se concordent avec le rapport de Granry et Moll (2012) qui a annoncé que les structures des centres de simulation semblent mal définies vu le coût très important de leur mise en place.

Section 7 : L'effectif des formateurs

Notre étude a également révélé que d'après 81,60% des étudiants enquêtés, (Figure 63), l'équipe des formateurs d'une séance de simulation se compose d'un seul enseignant. Dans ce sens, Ducros (2012) a souligné que les limites de la simulation sont principalement liées à un problème des ressources humaines nécessaires pour faire fonctionner de manière optimale un centre de simulation et l'entretenir. Selon Levraut et Fournier en 2012, il n'est pas possible de faire fonctionner correctement un centre de simulation sans techniciens et moniteurs en effectif suffisant.

Section 8 : L'environnement de la séance de simulation

Le rapport de Granry et Moll en 2012 a déclaré que les mesures de protection qui entourent les simulateurs peuvent limiter l'accès des apprenants dans les centres de simulation, et l'aspect émotionnel et stressant du simulateur constitue aussi un frein pour les étudiants. Ces déclarations ont été soulevées par 35,10% des étudiants de notre échantillon (Figure 62) quand ils ont répondu que rarement la protection contre les risques d'incident/accident (chute, traumatisme, se piquer ...) est respectée, ainsi 42,10% (Figure 57) ont déclaré que l'environnement stressant retentit négativement sur le déroulement d'une séance de simulation.

Au sujet des conflits, La majorité (8/10) des enseignants interviewés ont signalé une faiblesse de communication et de collaboration entre les étudiants et la survenue de certains conflits entre eux. Ainsi 41,40% des étudiants (Tableau 6) ont répondu que parfois des conflits apparaissent pendant le déroulement des séances de simulation. Ces résultats corroborent avec l'idée des auteurs Boets et al. (2013) ayant expliqué qu'un conflit important naît pendant le scénario entre les étudiants qui en viennent à des échanges agressifs. C'est pourquoi, Il est impératif d'intervenir et de calmer les esprits ou d'arrêter la simulation.

6. Conclusion

La pratique de simulation est en constante et rapide évolution tant au niveau des connaissances médicales et paramédicales que par l'évolution des techniques de simulation elles-mêmes. Les défis sont nombreux et la coordination entre les différents acteurs et partenaires (société savante, fournisseurs, établissements de formation, établissements de soins...) est devenue une importance cruciale.

A travers nos résultats, nous pouvons conclure que notre contexte est marqué encore par une pénurie de personnel, toute catégorie confondue, dédié à la simulation, et le manque de formation continue au profit de ce personnel. L'insuffisance du budget, également, reste aussi un problème majeur ne permettant pas l'acquisition et la maintenance du matériel nécessaire, ce qui empêche la réalisation des objectifs escomptés de la simulation. Ajouter à cela l'inadaptation des locaux qui ne favorisent pas le respect des trois temps de la simulation (briefing, scénario et débriefing). En dernier l'aspect organisationnel insatisfaisant dans nos salles de simulation, retentit négativement sur la qualité des apprentissages des apprenants.

La principale recommandation que nous pouvons émettre pour développer la pratique de la simulation dans la formation des étudiants infirmiers, est l'augmentation du budget qui doit être alloué à cette pratique. En effet, il est indispensable de créer des centres de simulation complètement équipés par une haute technologie. Pour son bon fonctionnement, tout centre de simulation est appelé à s'investir activement dans des programmes de formation continue adaptés aux besoins des formateurs et des techniciens exerçants au sein de ces centres. Aussi, nous recommandons que chaque centre doit établir des partenariats avec les établissements des soins, dans le but de mutualiser leurs opportunités.

La présente recherche a étudié les différents aspects de la pratique de simulation dans la formation des futurs infirmiers. Elle a décrit, également, les principales contraintes qui retentissent négativement sur le développement de cette pratique. Par ailleurs, pour bien décrire les apports de la simulation sur la formation des professionnels de santé, et sur la qualité des soins, il est judicieux de mener des études d'impact de la simulation sur le développement des capacités pratiques de l'étudiant infirmier au niveau des stages cliniques. Puis étudier l'impact de la formation par la simulation sur la sécurité des soins prodigués aux patients dans les établissements de soins.

Récemment, l'ISPITS de Fès a été doté d'un nouveau laboratoire de simulation, Après son lancement, nous avons jugé utile de décrire la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans ce laboratoire de simulation. C'est l'objectif de l'étude suivante.

Chapitre II :

**Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un
laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des
professions infirmières et techniques de santé**

1. Résumé

L'apprentissage sur des mannequins sans exposer les patients à des gestes réalisés pour la première fois est le fondement de la simulation. Il offre en plus aux étudiants l'opportunité d'apprendre de leurs erreurs sans conséquences néfastes sur leurs patients. Un laboratoire de simulation offre aux étudiants un environnement sécuritaire afin qu'ils exercent les diverses tâches qu'ils doivent maîtriser, et les aide à se préparer à voir des patients en milieu clinique. Il permet aux étudiants d'apprendre à réaliser des gestes techniques, et à prendre en charge des situations complexes ou rarement rencontrées dans la pratique quotidienne. Par ailleurs, plusieurs facteurs sont associés à la mise en œuvre d'un laboratoire de simulation : des facteurs liés aux enseignants, liés aux étudiants, liés au financement, et liés à l'organisation. Le présent travail a pour objectif l'étude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation récemment acquis par l'ISPITS de Fès.

L'étude s'est déroulée, d'une part, auprès de la totalité des étudiants du Semestre 2, des options : Infirmier en Anesthésie Réanimation (IAR), Infirmier en Soins d'Urgence et Soins Intensifs (ISUSI), Infirmier en Santé Mentale (ISM), Infirmier en Néonatalogie et Pédiatrie (INP), Infirmier Polyvalent (IP), Technicien de Radiologie (TRx) et Technicien de Laboratoire (TL), soit N=216, ayant assisté à des séances de simulation dans le nouveau laboratoire de simulation. Et d'autre part, auprès de tous les enseignants de la filière Soins Infirmiers (SI), soit N=14, puisqu'ils dispensent des séances de simulation dans ce nouveau laboratoire. Une enquête à l'aide de deux questionnaires, adressés aux enseignants et aux étudiants, a été réalisée. Les données collectées ont été analysées selon la méthode des statistiques descriptives en fréquences et pourcentages sous forme des tableaux et figures à l'aide des logiciels Epi-Info (7.2) et Microsoft Excel (2007).

Les principaux résultats de notre étude se résument en : Concernant les enseignants, (a) 64% n'ont pas reçu une formation sur les méthodes et les outils pour la manipulation du matériel de simulation (b) 71,50% ont déclaré que le laboratoire est moyennement équipé, et (c) 57,2% ont souligné que souvent les étudiants sont stressés lors de la séance de simulation. Concernant les étudiants, (a) seulement 23% ont apprécié que les séances de simulations sont pertinentes, (b) 26% sont peu satisfaits par rapport aux contenus pédagogiques, et (c) 48,50% sont un peu satisfaits par rapport à la disposition du matériel et des équipements.

Mots clés : Enseignement, apprentissage, Simulation, Santé, Mise en œuvre, Laboratoire de simulation.

2. Introduction

L'évolution des exigences sociétales en matière de prestations des soins, et les réformes successives des études en soins infirmiers ont rendu obligatoire l'utilisation de la simulation comme outil pédagogique pour la formation des futurs professionnels de santé (Granry et Moll, 2012). Selon Zimowski (2016), la raréfaction des ressources au sein de l'univers hospitalier, le besoin immense de développement des compétences de l'infirmier et l'accroissement de son autonomie, ont incité la formation des professions infirmières à mobiliser de nouvelles approches pédagogiques, dont la simulation. Cette approche est définie comme une stratégie d'enseignement qui facilite les apprentissages à travers la réflexion sur une situation fictive qui reproduit la réalité (Bland, Topping et Wood, 2011). Elle correspond à une technique - et non une technologie - qui permet de remplacer ou d'amplifier les expériences réelles par des expériences guidées qui évoquent ou reproduisent des aspects importants du monde réel de manière totalement interactive (Gaba, 2004).

Les centres de simulation clinique ont été créés en grande partie afin de résoudre les lacunes identifiées au niveau de la qualité des soins apportés aux patients, ainsi une réponse à l'évolution du cursus de formation des professionnels de la santé, qui est passé d'un système d'apprentissage en milieu hospitalier à un système universitaire prédominant avec moins de présence auprès des patients (Boet, Granry et Savoldelli, 2013). De ce fait, actuellement, la mise en œuvre des centres de simulation connaît actuellement un essor important en Europe. Néanmoins, il n'est pas établi que toutes les structures concernées constituent un ensemble homogène, que ce soit au regard de la nature et de l'importance des ressources qui y sont effectivement rassemblées ou à celui des usages pédagogiques qui en sont faits (Jaffrelot et Savoldelli, 2011).

Au Maroc, après le lancement du système Licence, Master, Doctorat (LMD) dans la formation des cadres infirmiers, début de l'année 2014, le Ministère de la Santé s'est lancé dans l'accompagnement des instituts dans la mise en place de ce système, cet accompagnement a focalisé sur le renforcement des compétences pédagogiques du corps enseignant et le développement du plateau technique des établissements, dans le but de rehausser le niveau des apprentissages des étudiants. Dans ce cadre, l'ISPITS de Fès a été doté d'un laboratoire de simulation clinique. Après l'aménagement des locaux et l'installation des équipements de ce nouveau laboratoire, les séances d'enseignement/apprentissage par simulation ont été démarrées. Cependant, plusieurs constats ont été relevés par rapport aux

activités de ce laboratoire, ces constats nous ont motivé à décrire la mise œuvre des enseignements/apprentissages dans ce laboratoire.

3. Revue de littérature

La simulation est fréquemment utilisée dans le domaine de l'éducation. Elle est décrite comme étant une activité pédagogique qui reproduit une situation réelle aussi fidèlement que possible dans le but de permettre une étude ou une confrontation avec ses divers aspects, sans qu'il soit nécessaire d'entrer en contact avec le monde réel (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). Elle se déroule en trois temps : **1-** Le briefing, étape importante qui permet au formateur de préciser le cadre de la séance de simulation et ses objectifs. **2-** Après le briefing, le scénario est réalisé par les apprenants et guidé par le formateur qui adapte son évolution en fonction de leurs réactions. **3-** Le débriefing est le temps d'analyse des pratiques et de synthèse qui succède à la mise en situation simulée (Jaffrelot et Savoldelli, 2011). Parmi les bénéfices de la simulation clinique, il est trouvé que la participation active de l'étudiant contribue à dynamiser les enseignements/apprentissages. Elle favorise le processus d'acquisition des connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles), elle contribue grandement au développement des habiletés en communication, du jugement clinique et de la pensée critique. Par ailleurs, la simulation permet la répétition à l'infini des gestes professionnels, la possibilité de se tromper et d'apprendre de ces erreurs, et ce, dans un environnement entièrement sécurisé pour l'étudiant. Enfin, la simulation permet le développement des compétences de travail en équipe interdisciplinaire (Simoneau et al. 2012).

Les enseignements/apprentissages réalisés dans un laboratoire de simulation sont souvent étroitement associés à certains facteurs : (a) Les facteurs liés aux enseignants : **1-** La simulation nécessite un personnel formé à cette méthode pédagogique, tant pour le débriefing que pour l'utilisation des techniques de simulation et du matériel audio-vidéo (Cellou, Béchir et Laurent, 2012). **2-** La formation des formateurs pour l'élaboration des scénarios et la conduite des débriefings, qui auraient sans doute pour effet l'optimisation de la qualité de cette séquence pédagogique (Gineyt, 2015). **3-** Les enseignants doivent pouvoir poursuivre des cours de perfectionnement professionnel portant sur les compétences informatiques et l'intégration des TIC dans les activités d'apprentissage (Dubois et Giroux, 2012). (b) Les facteurs liés au financement : **1-** Le coût des mannequins et des installations audiovisuelles sont notés comme une contrainte importante pour créer une structure dédiée à la simulation (Doureradjam et Dorzaz, 2013). **2-** La principale limite est le coût important pour la mise en

œuvre d'un programme de simulation (Granry et Moll, 2012). **3-** Le rapport du centre d'Alaska pour la santé rurale a révélé que les coûts se rapportant à la technologie de simulation sont importants (Alaska Center for Rural Health, 2008). (c) Les facteurs liés aux étudiants : **1-** Les conflits qui peuvent apparaître pendant les scénarios entre les étudiants (Boet et al. 2013). **2-** L'anxiété que manifestent les étudiantes devant les simulateurs, particulièrement ceux de haute-fidélité (Alaska Center for Rural Health, 2008). **3-** L'inconfort ressenti auprès des étudiants dû au fait d'être filmés (Benhaberou-Brun, 2017). (d) Les facteurs organisationnels : **1-** Il est souligné que la superficie exigée pour bâtir les laboratoires de simulation représente un obstacle à leur implantation (Alaska Center for Rural Health, 2008). **2-** Le nombre d'étudiants doit rester suffisamment limité, cela apporte une atmosphère propice à l'échange et facilite la mise en situation (Granry et Moll, 2012). **3-** Le matériel reste une contrainte majeure devant la qualité des apprentissages des étudiants (Ammirati, Amsallem, Gignon, Bertrand et Pelaccia, 2011).

4. Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive évaluative. Elle a pour objectif de décrire la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation récemment acquis par l'ISPITS de Fès. L'étude s'est déroulée, d'une part, auprès de la totalité des étudiants du Semestre 2, des options : Infirmier en Anesthésie Réanimation (IAR), Infirmier en Soins d'Urgence et Soins Intensifs (ISUSI), Infirmier en Santé Mentale (ISM), Infirmier en Néonatalogie et Pédiatrie (INP), Infirmier Polyvalent (IP), Technicien de Radiologie (TRx) et Technicien de Laboratoire (TL), soit N=216, ayant assisté à des séances de simulation dans le laboratoire de simulation. Et d'autre part, auprès de tous les enseignants de la filière Soins Infirmiers (SI), soit N=14, puisqu'ils dispensent des séances de simulation dans ce laboratoire. Une enquête à l'aide de deux questionnaires, préalablement testés, ont été adressés aux enseignants et aux étudiants, a été réalisée durant l'année 2019. Les données collectées ont été analysées selon la méthode des statistiques descriptives en fréquences et pourcentages sous forme des tableaux et figures à l'aide des logiciels Epi-Info (7.2) et Microsoft Excel (2007).

5. Résultats et discussion

5.1. Résultats

5.1.1. Résultats du questionnaire adressé aux enseignants

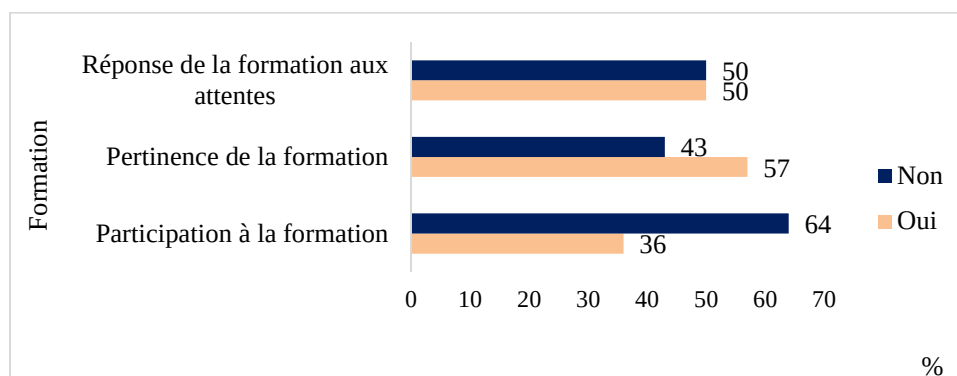


Figure 64 : La formation des enseignants

Il est constaté de cette figure que 64% des enseignants sont formés de la pratique de simulation. Alors que 65,57% ont déclaré la pertinence de la formation, et 50% ont soulevé que la formation a répondu à leurs attentes.

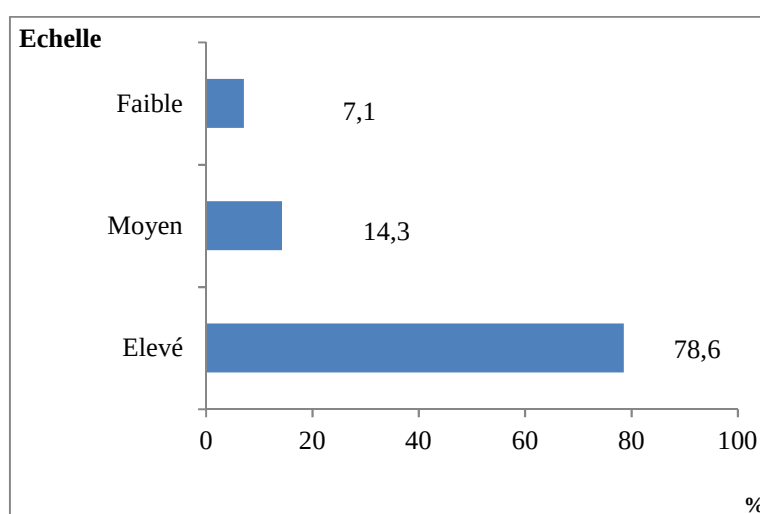


Figure 65 : Appréciation de l'effectif des étudiants

L'effectif des étudiants par séance de simulation est élevé pour 78,60% des enseignants.

Tableau 9 : Effectif réel des étudiants

Paramètre	Moyenne	Variance	Minimum	Maximum	Médiane	Ecart type
Effectif	18	33	10	30	18	6

L'effectif moyen des étudiants par séance est de 18 étudiants, avec un minimum de 10 et un maximum de 30 étudiants.

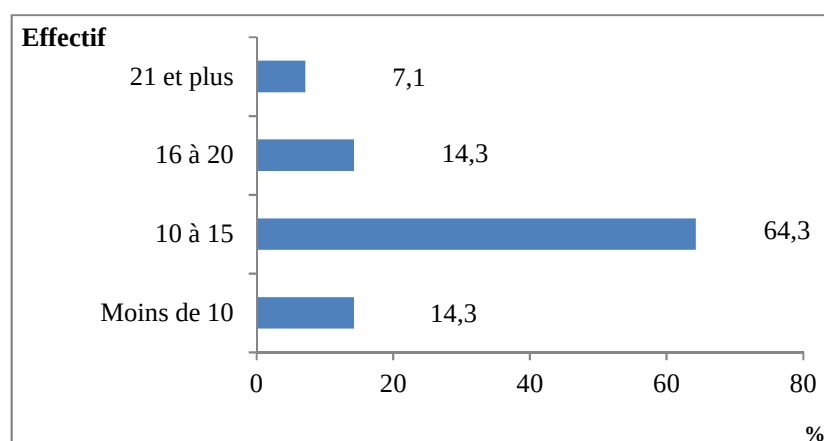


Figure 66 : Effectif optimal des étudiants

Entre 10 à 15 étudiants, est l'effectif optimal des étudiants par séance de simulation pour 64,30% des enseignants.

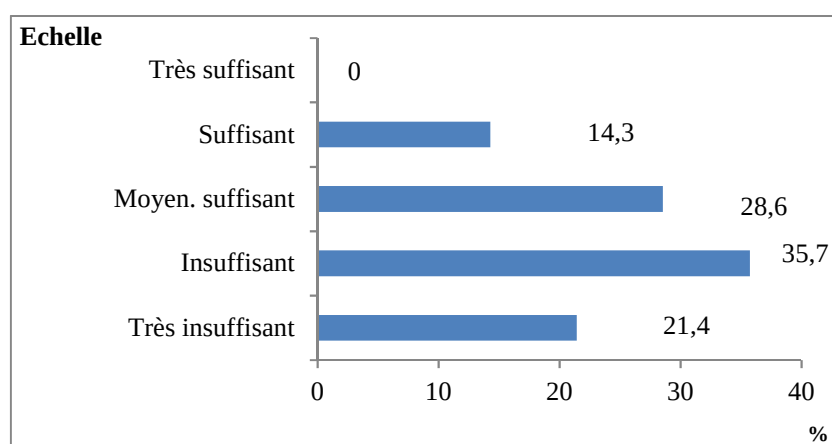


Figure 67 : Volume horaire d'une séance de simulation

D'après la figure 69, 35,70% des enseignants ont indiqué l'insuffisance du volume horaire des séances de simulation.

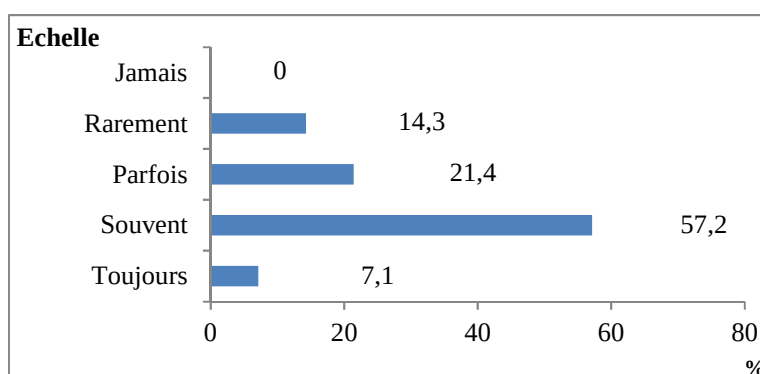


Figure 68 : Stress des étudiants

Pour 57,20% des enseignants, les étudiants sont souvent stressés au cours des séances de simulation.

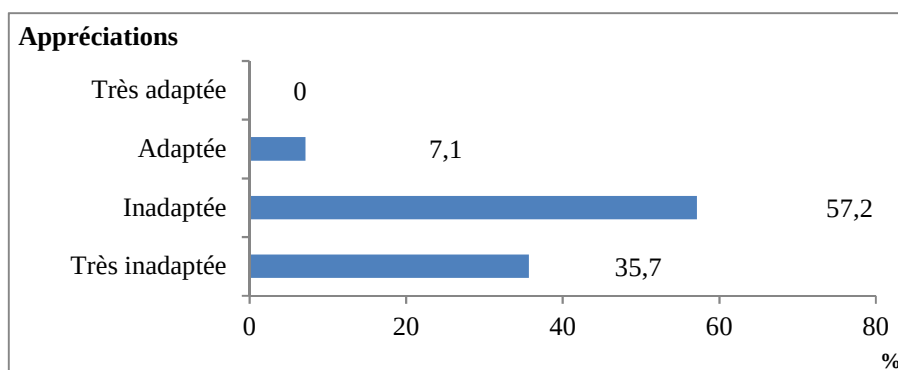


Figure 69 : Appréciation de la structure du laboratoire

Il ressort de la figure 71 que 57,20% des enseignants ont souligné l'inadaptation de la structure architecturale du laboratoire.

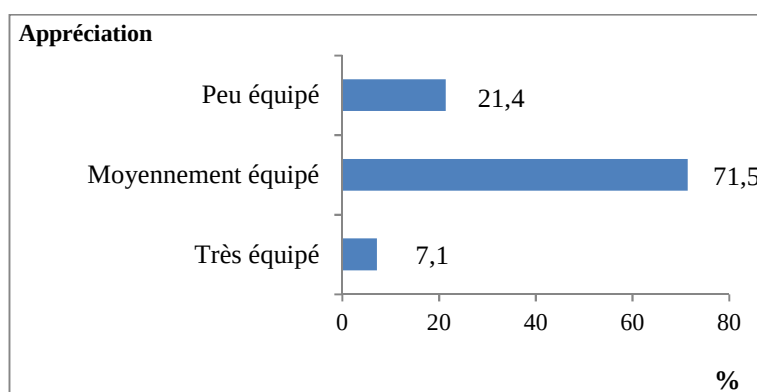


Figure 70 : Appréciation de l'équipement du laboratoire

D'après la figure 72, 71,50% des enseignants ont indiqué que le laboratoire est moyennement équipé.

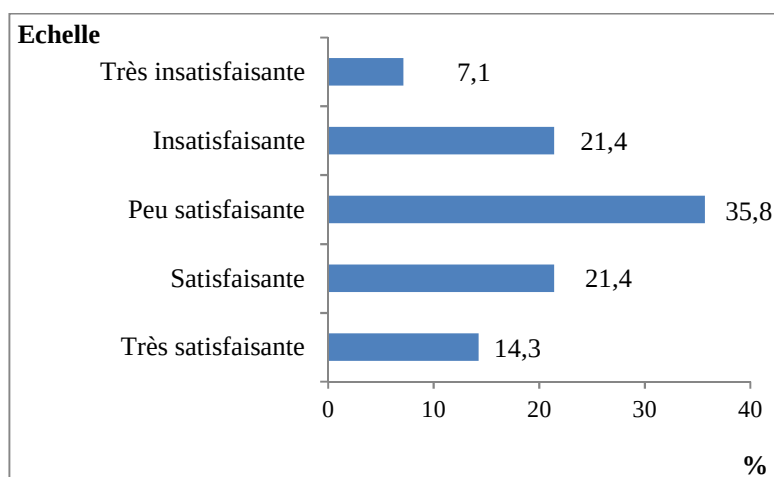


Figure 71 : Disposition du matériel au laboratoire

Pour 35,80% des enseignants, la disposition du matériel au laboratoire est peu satisfaisante.

5.1.2. Résultats du questionnaire adressé aux étudiants

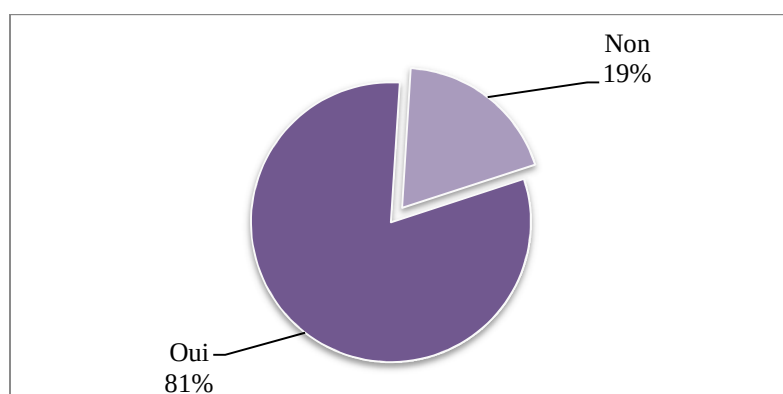


Figure 72 : Utilité du laboratoire de simulation

Le laboratoire de simulation est utile pour 81% des étudiants.

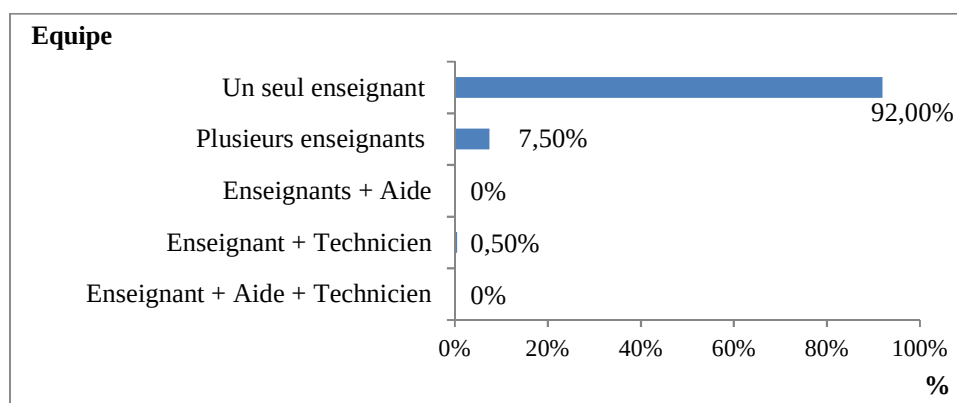


Figure 73 : Composition de l'équipe des formateurs dans une séance de simulation

Selon la figure 75, 92% des étudiants ont signalé que l'équipe des formateurs dans une séance de simulation est composé d'un seul enseignant.

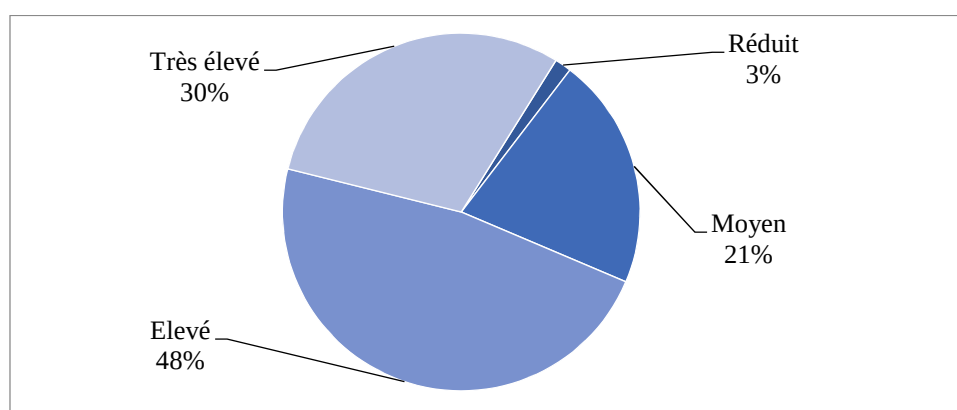


Figure 74 : Effectif des étudiants au cours de la séance de simulation

Il est constaté de la figure 76 que 48% des étudiants ont souligné que l'effectif des étudiants au cours de la séance de simulation est élevé.

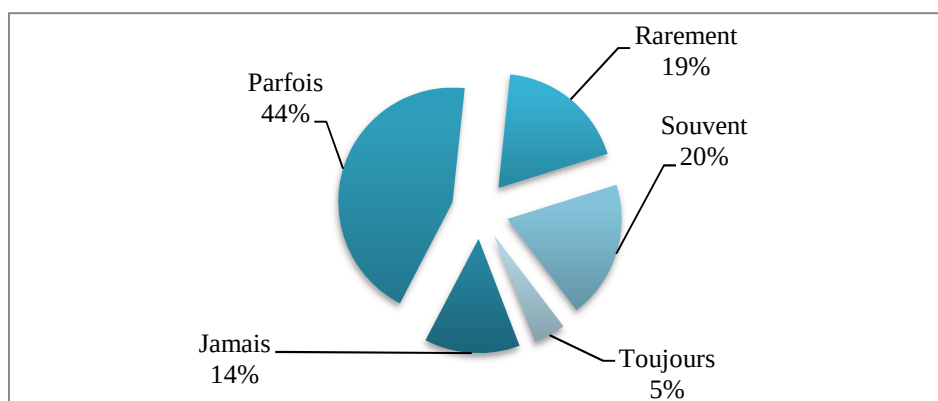


Figure 75 : Stress des étudiants au cours des séances de simulation

D'après la figure 77, il est remarqué que 44% des étudiants sont parfois stressés au cours des séances de simulation.

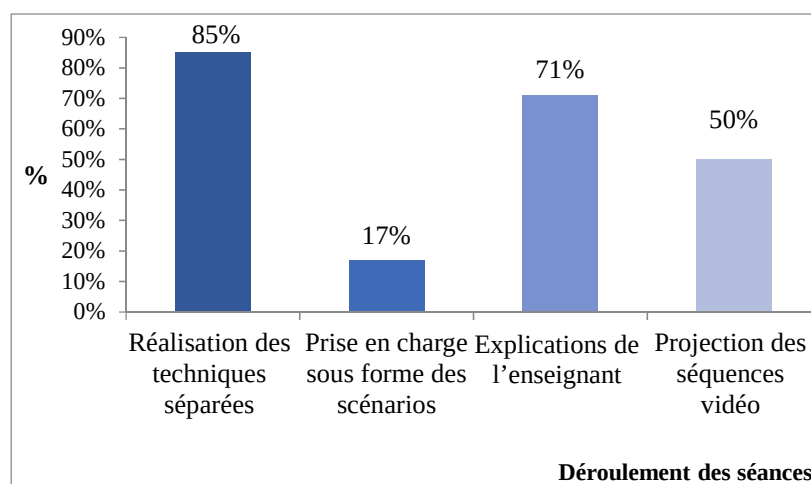


Figure 76 : Déroulement des séances de simulation

Selon la figure 78, il est noté que 85% des étudiants ont indiqué que les séances de simulation se déroulent sous forme de réalisation des gestes séparés.

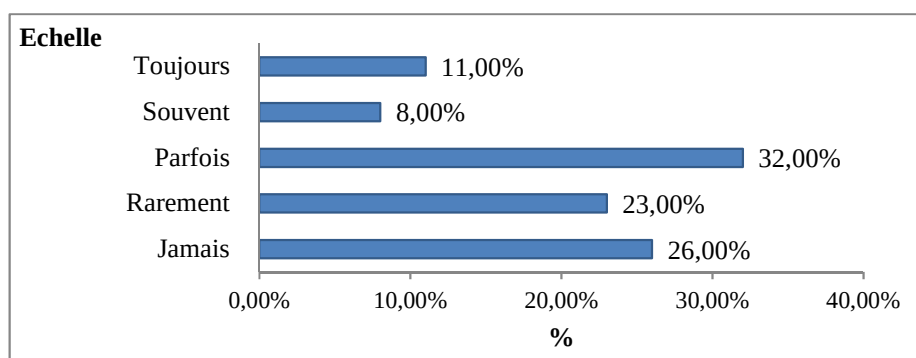


Figure 77 : Volume Horaire et réalisation des répétitions

La figure 79 indique que 32% des étudiants ont déclaré que parfois le volume horaire permet de faire les répétitions des techniques.

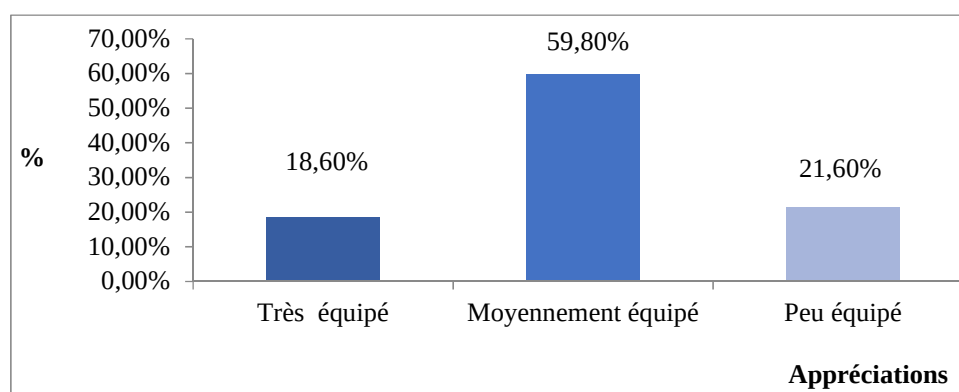


Figure 78 : Appréciation de l'équipement du laboratoire de simulation

Le laboratoire de simulation est moyennement équipé, selon 59,80% des étudiants enquêtés.

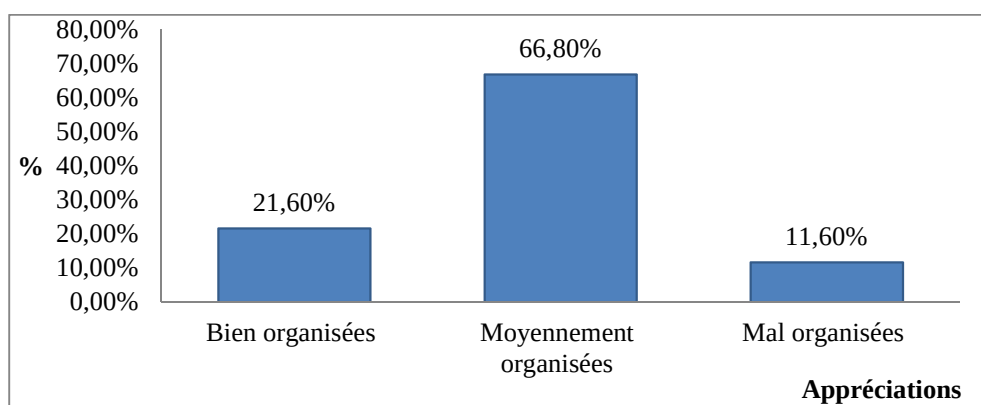


Figure 79 : Appréciation de l'organisation des séances de simulation

Les séances d'enseignement/apprentissage par simulation sont moyennement organisées, selon 66,80% des étudiants enquêtés.

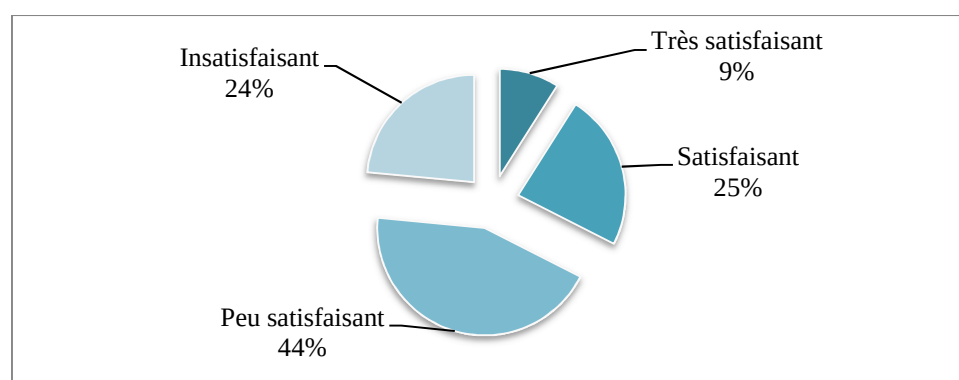


Figure 80 : Appréciation du fonctionnement du matériel

Le fonctionnement du matériel du laboratoire est peu satisfaisant, selon 44% des étudiants enquêtés.

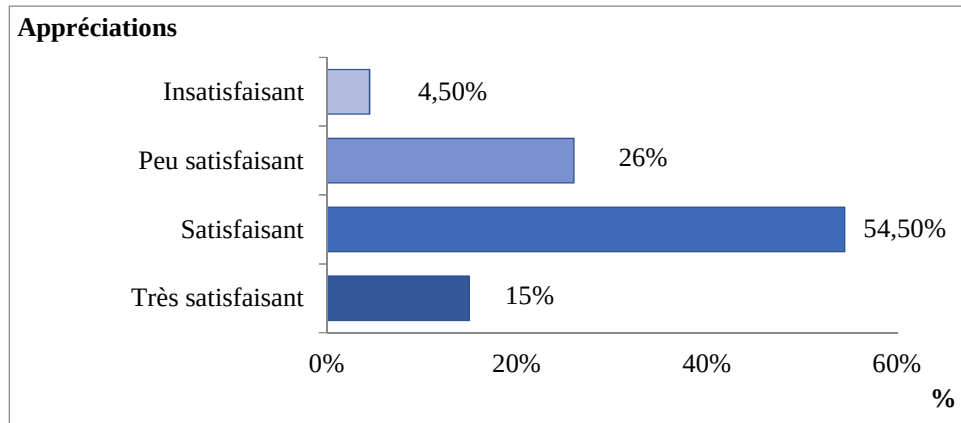


Figure 81 : Appréciation des contenus pédagogiques

D'après la figure 83, il est noté que 54,50% des étudiants enquêtés ont déclaré leur satisfaction par rapport aux contenus pédagogiques échangés lors les séances de simulation.

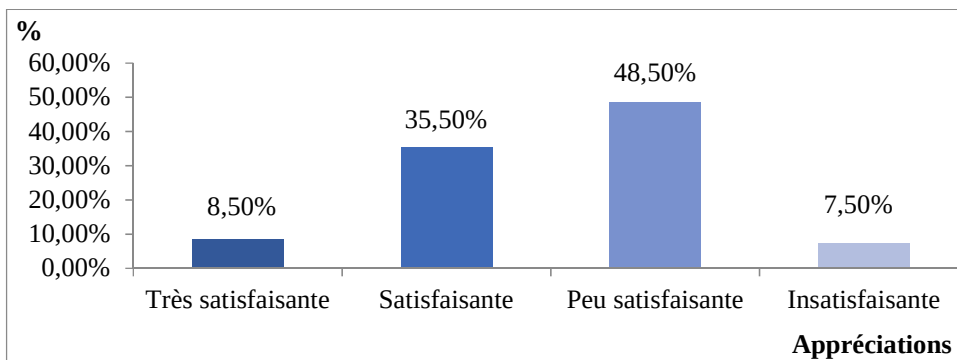


Figure 82 : Appréciation de la disposition du matériel et des équipements

Il est remarqué de la figure 84 que 48,50% des étudiants sont un peu satisfaits de la disposition du matériel et des équipements dans les locaux du laboratoire de simulation.

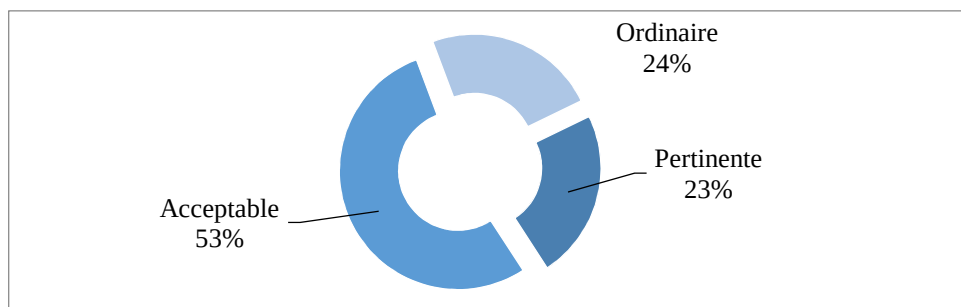


Figure 83 : Appréciation générale sur les séances de simulation

Généralement, les séances de simulation sont acceptables pour plus de la moitié (53%) des étudiants enquêtés.

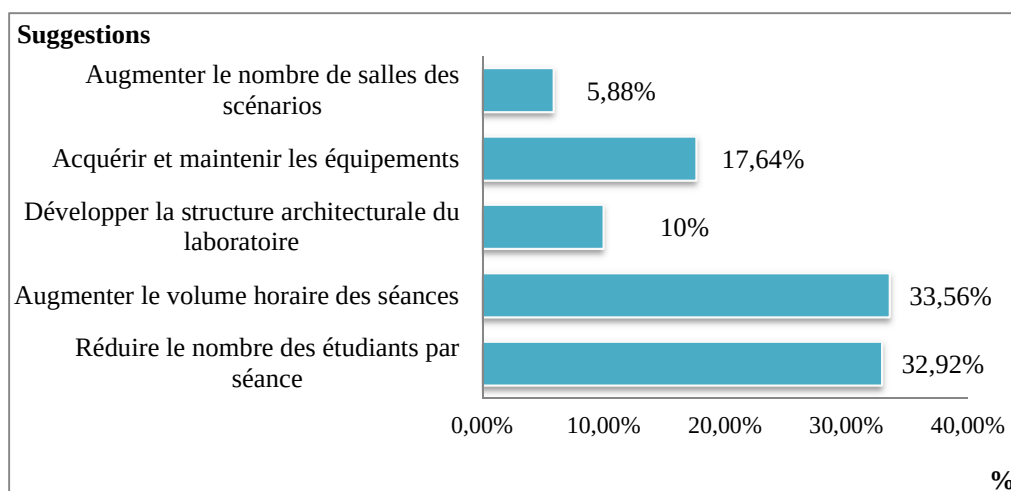


Figure 84 : Suggestions des étudiants pour une mise en œuvre efficace des enseignements/apprentissages dans le laboratoire de simulation

L'augmentation du volume horaire des séances, reste la principale suggestion proposée par les étudiants enquêtés (33,56%).

5.2. Discussion des résultats

Concernant la formation des enseignants, les résultats de notre étude ont montré qu'environ le tiers (36%) des enseignants ayant reçu une formation sur la simulation (Figure 64), parmi eux, seulement 57% ont apprécié la pertinence de cette formation (Figure 65), et 50% ont déclaré qu'elle a répondu à leurs attentes (Figure 66). Dans ce sens, Benhamou, Roulleau et Trabold en 2012 ont mentionné que la simulation comme méthode pédagogique nécessite une formation spécifique des formateurs notamment pour réaliser un débriefing de bonne qualité.

Pour l'effectif des étudiants, selon la Figure n°67, 78,6% des enseignants ont déclaré que l'effectif des étudiants dans une séance de simulation est élevé avec une moyenne de 18 et un maximum de 30 étudiants (Tableau 9), ainsi 64,3% suggèrent un effectif optimal de 10 à 15 étudiants (Figure 68). De leur part, 48% des étudiants enquêtés ont indiqué, également, que l'effectif des étudiants par séance de simulation est élevé (Figure 76). Ceci corrobore avec la recommandation du rapport de Granry et Moll (2012) qui a souligné que le nombre des étudiants dans une séance de simulation doit rester limité.

A propos le volume horaire des séances, pour 35,7% des enseignants, ce volume horaire reste insuffisant (Figure 67). Alors, pour 32% des étudiants, ce volume horaire ne permet que rarement de faire les répétitions des techniques (Figure 79). Par ailleurs, le guide de la HAS (2012b), a mentionné que le temps consacré doit être suffisamment long pour permettre

l'analyse de la situation, prendre en compte les questions des apprenants et formuler une synthèse avec les messages clés.

Au sujet de l'environnement des séances, Selon les figures n°71 et n°70, plus de la moitié (57,2%) des enseignants ont déclaré que les locaux du laboratoire sont inadaptés, et les étudiants sont souvent stressés. De leur part, 44% des étudiants, ont signalé que parfois sont stressés aux cours des séances de simulation (Figure 77). Ces constats sont appuyés par les déclarations de Granry et Moll (2012) qui ont annoncé que l'aspect des simulateurs crée du stress pour les étudiants et constitue un frein à leurs apprentissages. Ainsi que les structures des laboratoires apparaîtront mal définies.

Concernant l'équipement du laboratoire, Selon les enseignants, 71,5% (Figure 72) ont indiqué que le laboratoire est moyennement équipé, et 35,8% (Figure 73), ont déclaré que la disposition de ces équipements est peu satisfaisante. Selon les étudiants, 59,80% (Figure 80) ont souligné que le laboratoire est moyennement équipé, 48,50% (Figure 84) sont peu satisfaits de la disposition du matériel et des équipements, et 44% (Figure 82) sont peu satisfaits du fonctionnement du matériel, Dans le même cadre, Ammirati et al. (2011) ont souligné que le manque d'équipement d'un laboratoire de simulation reste une barrière pouvant représenter un frein à l'implication de l'apprenant dans le scenario.

6. Conclusion

La technique d'enseignement/apprentissage par simulation se confirme de plus en plus une technique pédagogique en plein essor dans le domaine de formation initiale et continue des professionnels de santé. Elle s'appuie sur l'analyse de situations réelles transposées à des fins didactiques vers des situations de formation permettant l'entraînement à la gestion de situations complexes ou critiques.

La mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans le laboratoire de simulation à l'ISPITS de Fès a été d'un grand apport pédagogique pour l'amélioration des acquisitions théoriques et pratiques des étudiants des différentes spécialités. Néanmoins, les résultats de notre étude ont révélé que certains aspects relatifs au déroulement des séances méritent des améliorations, ces aspects sont liés à l'enseignant, à l'étudiant et à l'environnement de formation.

La simulation comme technique d'enseignement/apprentissage innovante et les stages cliniques sont les deux piliers essentiels dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Après les avoir étudié séparément dans les deux parties précédentes de ce document, nous avons réalisé dans la partie suivante l'étude la relation entre les deux.

Partie III :

**Etude de la relation entre la pratique de la simulation et les stages
cliniques dans la formation des étudiants des professions
infirmières et techniques de santé**

1. Résumé

Le domaine de la formation infirmière permet l'intégration des savoirs pratiques et théoriques, la mobilisation des connaissances offre la possibilité d'éprouver les compétences nécessaires à l'exercice de la profession. Cette formation infirmière est organisée sur la base du principe de l'alternance entre un enseignement/apprentissage théorique en classe et un enseignement/apprentissage pratique sous forme de simulation dans des laboratoires et des stages cliniques dans les établissements de soins. En effet, à travers ce travail nous avons étudié la relation entre ces deux méthodes d'enseignement/apprentissage pratique dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Cette étude est de type descriptif corrélationnel, elle a été réalisée à travers une enquête que nous avons menée auprès d'un échantillon à choix raisonné de 289 étudiants de l'ISPITS de Fès, à l'aide d'un questionnaire élaboré via la plateforme Google Forms ; les données collectées, ont été analysées selon la méthode des statistiques descriptives, en fréquences et pourcentages, sous forme des figures et des tableaux simples et bi-variés (Contingence).

Les principaux résultats issus de cette étude ont montré que, (a) 59,17% des étudiants enquêtés sont moyennement satisfaits de l'alternance entre les séances de simulation et les stages, (b) 48% ont déclaré que l'apprentissage par simulation, parfois, se ressemble à la réalité des stages, (c) 52% ont annoncé qu'il est souvent possible de transférer les acquis de l'apprentissage par simulation en gestes pratiques lors des stages cliniques, et (d) 90,66% ont déclaré que l'apprentissage par simulation ne peut pas remplacer les stages cliniques.

De ce fait, la présente étude a permis de conclure que la formation infirmière se base sur l'enseignement/apprentissage pratique qui se matérialise en des activités de simulation et des stages cliniques qui sont fortement corrélées.

Mots clés : Simulation, Stage clinique, Relation, Enseignement, Apprentissage, Pratique, Etudiant infirmier.

2. Introduction

La formation infirmière prépare les étudiants à devenir des professionnels responsables, prêts à réagir dans des situations difficiles et assumer des décisions qui peuvent être vitales pour le patient. De plus, l'infirmier est amené à travailler de plus en plus en interdisciplinarité et ses responsabilités vont augmenter. C'est pourquoi qu'il est important que l'étudiant en formation doit acquérir les connaissances, l'expérience et surtout les compétences nécessaires qui feront de lui un professionnel responsable (Gavalet, 2012).

Dans ce cadre, la simulation est apparue depuis un certain temps comme un outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en offrant la possibilité de répéter à l'infini des situations courantes ou rares. L'objectif final étant d'améliorer les prises en charge des patients, et respecter le principe éthique (Nacir, 2017). Donc la simulation permet de reproduire une situation clinique en totalité ou en partie dans un contexte encadré pour permettre aux apprenants de mieux comprendre et gérer une situation similaire lorsqu'elle se produira réellement dans leur pratique des stages (Jeffries, 2005). Alors que le stage clinique est souvent la première occasion, pour l'étudiant, de découvrir et de confronter la réalité professionnelle à laquelle il se destine. Le stage permet aussi à l'étudiant d'apprendre par exercice de la pratique professionnelle, afin d'acquérir des capacités que l'enseignement, qui n'est qu'une simulation de la réalité, ne pourrait lui offrir (Desrosiers, 2009).

Malgré que la simulation soit bénéfique pour l'apprentissage des étudiants, les stages sont aussi fondamentaux à l'apprentissage du métier infirmier. Le stage permet la construction des compétences professionnelles lorsqu'il y a un accompagnement en situation de travail. Le rôle de l'institut de formation est d'enseigner les connaissances théoriques nécessaires à l'acquisition de capacités transférables pour produire l'émergence des compétences dans l'expérience en stage. Alors, ce qui est appris par l'institut n'est pas de même nature que ce qui est appris sur le terrain de stage. En effet, tous les deux participent à la construction des savoirs professionnels (Durand, 2003).

Notre étude a été réalisée pour étudier la relation entre la simulation et les stages cliniques des étudiants de la formation des professions infirmières et techniques de santé.

3. Revue de littérature

La formation des professionnels de santé, particulièrement les étudiants infirmiers, partout dans le monde obéit au principe d'alternance théorie/pratique. L'enseignement/apprentissage pratique revêt une importance cruciale dans le parcours de formation des apprenants, et se concrétise par des séances de simulation dans les instituts de formation et des stages cliniques dans les établissements de soins. En effet, une complémentarité a été démontrée dans la littérature entre ces deux méthodes d'enseignement/apprentissage.

Selon Gineyt en 2015, la simulation est un outil pédagogique recommandé dans le référentiel de formation en soins infirmiers pour participer au développement de certaines compétences chez les étudiants. Cette modalité pédagogique est jugée très positive par les

étudiants et les cadres formateurs pour les enseignements relatifs aux sciences et techniques infirmières en raison de leur caractère professionnalisant. Les premiers retours d'expérience de certains Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) en France ont confirmé son intérêt pour mobiliser les connaissances, faciliter l'acquisition des habiletés, diminuer l'anxiété, promouvoir l'exercice du jugement clinique etc. dans des environnements contrôlés et sécuritaires installés par les cadres formateurs.

Selon Pastré, Mayen et Vergnaud en 2006, l'intérêt d'une situation simulée est le temps. En effet, lors d'une simulation, il est toujours possible de stopper, de rectifier une erreur, de faire un feedback sur telle pratique, de compléter l'action, d'aider l'étudiant dans un geste, poser des questions, donc les situations simulées permettent un apprentissage plus accessible, car il y a une certaine souplesse et un degré de liberté. Contrairement à la situation réelle où il n'y a pas le temps pour stopper l'infirmier et le questionner paisiblement puis attendre la réponse ; parce que tout le temps, ce dernier est majoritairement dirigé vers les besoins des patients. En outre, l'infirmier ne peut pas rectifier les erreurs commises par le stagiaire au cours des soins car les conséquences sont irréparables.

Les différentes techniques et outils de simulation peuvent être utilisés de manière complémentaire dans le but d'apprendre dans un environnement très proche de la réalité de l'exercice professionnel, à travailler en équipe et à mieux appréhender la gestion des situations de crise en stage. La simulation permet l'acquisition des connaissances, des compétences et des comportements dont le but est de prendre en charge adéquatement des patients dans les stages cliniques (Midgley, 2006).

Concernant le stage clinique, Belghezli et al. en 2012, l'a défini comme un temps fort et précieux de la formation infirmière dont le but est de permettre aux étudiants une mise en pratique de leur savoir acquise en simulation selon leur niveau d'apprentissage et dans le respect des règles et valeurs professionnelles. Également, Tanicala en 2006 a affirmé que les compétences développées en stage permettent à l'étudiant de devenir un professionnel de la santé qui pratique de manière responsable et imputable dans des milieux de soins complexes. Concrètement, l'attrait des stages se situe dans l'incapacité des autres formules pédagogiques, que ce soit en classe dans les cours théoriques ou en laboratoire de simulation à reproduire la réalité des milieux de soins, la complexité des problèmes de santé et celle de l'interaction humaine.

La relation entre la simulation et les stages cliniques a été largement étudiée dans la littérature, en effet, Moisy en 2001 a souligné que l'étudiant infirmier passe 50% de sa

formation dans les terrains de stages et 50% dans l'établissement de formation. Il devra enrichir son savoir théorique par l'apprentissage de nouvelles techniques et par l'utilisation de sa réflexion dans les cours de simulation ; et développer dans le milieu de stage un savoir-être par la communication avec les patients et le relationnel avec l'équipe de travail, et un savoir-faire pour apprendre à soigner. Également, Simoneau, Ledoux et Paquette en 2012 ont déclaré que la simulation prépare, facilite et complète le stage et qu'en plus, elle diminue le niveau de stress, augmente la confiance en soi et peut pallier aux difficultés d'encadrement rencontrées par les étudiants en soins infirmier en sécurisant les apprentissages en stage. Pour Pastré et al. (2006), ils ont déclaré que l'utilisation de la simulation comme démarche didactique pose nécessairement le problème de la relation entre la situation professionnelle de référence et la situation simulée. Étant donné que le but est d'apprendre une activité, il faut bien que l'apprentissage effectué dans la simulation aboutisse à la maîtrise de l'activité portant sur la situation professionnelle de référence. Alors d'une part la simulation influence le stage et d'autre part ce dernier influence la situation simulée ; donc ils sont dans une corrélation réciproque qui aboutit à un meilleur apprentissage par l'étudiant. Les auteurs ajoutent que dans la formation infirmière, il n'est pas possible d'utiliser uniquement des situations simulées comme pédagogie, car l'étudiant ne serait alors jamais confronté à des situations réelles, donc au domaine professionnel. C'est lors de la confrontation avec des situations réelles des stages que les compétences seront évaluées. Dans ce sens, Issenberg, Mc Gaghie, Petrusa, Gordon et Scalese en 2005 ont signalé que la simulation peut être utilisée en complémentarité avec les stages, mais que celle-ci ne peut pas véritablement remplacer la formation clinique dans des vrais sites de soins auprès des vrais patients. Dans le même ordre d'idée, la Société Canadienne de Science de Laboratoire Médical (SCSLM) en 2016 a noté que la simulation peut suppléer, raccourcir ou améliorer les stages cliniques, mais elle ne peut pas remplacer ceux-ci en totalité, car le stage clinique est une autre forme de simulation. De plus, le rapport du Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal en 2013 a noté que la simulation est une avenue prometteuse qui permettrait de remplacer une partie des stages et de mieux préparer la relève infirmière. L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) en 2009 a déclaré que les cours théoriques et les séances de simulation doivent être liés aux stages soit pour la préparation, la réalisation ou le retour sur les expériences cliniques. Ce type d'activité contribue à enrichir les stages et permettent de tirer le maximum de la formation sans toutefois remplacer les stages qui sont réalisés dans des situations réelles de soins.

La positivité de la relation entre la simulation et les stages cliniques a été fortement démontrée dans la littérature, par ailleurs, Mouhaoui, Moussaoui, Yaqini, Khaleq et Louardi en 2012 ont déclaré que les cours de simulation permettant l'entraînement des étudiants infirmiers sur des gestes pratiques sont d'un grand appui. En effet, les apprenants sont mis face à des situations simulées, et de complexité différente, moyennant des mannequins sophistiqués, et permettant d'explorer le niveau d'apprentissage et la capacité à faire face à ces dites situations, tout en évitant les dangers éventuels générés chez des patients réels lors des mêmes manœuvres effectuées dans les établissements des soins. Le succès des différentes méthodes de prise en charge des patients est en effet fortement corrélé à l'entraînement sur les situations reproduites lors les séances de simulation. Dans le même sens, Appelshaeuser en 2014, lors des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'un groupe des professionnelles de santé et des étudiants, a déclaré que la simulation est un outil pouvant favoriser l'étudiant à l'entrée dans la vie professionnelle, car l'utilisation de cette dernière en formation permet d'être mieux armé face à la situation réelle en stage en donnant confiance au stagiaire et en lui s'approchant de plus en plus à la réalité des soins. Par ailleurs, un cadre de santé a déclaré qu'il considère, que lorsque l'étudiant trouve sa place dans la simulation, il trouve sa place en stage. Aussi, Hucq en 2019 a déclaré que la simulation ajoute un intérêt particulier aux compétences du sentiment d'efficacité personnelle et de la collaboration interprofessionnelle chez les étudiants en stage, compétences acquises à l'école lors des simulations et qui sont, selon l'auteur, d'une importance capitale pour la vie professionnelle des futurs professionnels de la santé.

En revanche, Boivin en 1995 a révélé qu'une des contraintes soulevées lors l'enseignement de compétences cliniques en soins infirmiers est de développer chez l'étudiant la capacité de passer de la théorie à la pratique professionnelle. Le transfert des apprentissages de l'étudiant s'effectue difficilement dans le milieu des soins infirmiers. Malgré les cours théoriques, les cours de simulation, l'étudiant semble hésitant lors de l'application, en milieu des soins, des notions théoriques apprises antérieurement à cause de la différence entre les conditions de la situation simulée et les conditions de la situation réelle. Boivin ajoute que, selon des observations faites par les enseignantes qui supervisent les stages, les étudiants oublient des détails élémentaires lors de l'application des techniques de soins auprès des clients et quelque fois les interventions de soins semblent inadéquates. Également, Lalonde, Malouin-Benoit, Gagnon, Michon, Maisonneuve et Desroches en 2017 ont déclaré qu'il y a plusieurs dimensions importantes de l'apprentissage par des stages qui sont absentes lors de

l'apprentissage dans le laboratoire de simulation. D'abord, une caractéristique importante des stages est d'exposer les étudiants aux professionnels de la santé en situation de travail, afin qu'elles développent une compréhension de leur rôle professionnel au sein d'une équipe de soins, alors que les effets de la simulation sur le processus de socialisation professionnelle ne sont pas encore bien connus, et il est ignoré encore si la simulation peut combler ce besoin chez les étudiants. Une autre caractéristique importante des stages est d'exposer les étudiants à des vrais patients, alors que malgré l'utilisation de mannequin et de patient standardisé, le contact avec un vrai patient demeure absent en apprentissage par simulation.

4. Méthodologie

Ce travail est de type descriptif corrélationnel, qui a pour objectif d'étudier la relation entre la simulation et les stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé, que nous l'avons effectué durant l'année 2021, à l'ISPITS de Fès. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon à choix raisonné de 376 étudiants parmi la totalité qui sont inscrits régulièrement et poursuivant les études au titre de l'année universitaire 2020-2021 (N=636). En effet, tous les étudiants de la deuxième année et la troisième année, des filières Soins Infirmiers, Sage-femme et Techniques de Santé ont été inclus dans notre étude, parce qu'ils ont reçu des séances de simulation et ils ont réalisé suffisamment des modules « Stages ». Pour collecter les données utiles à cette étude, nous avons mené une enquête à l'aide d'un questionnaire destiné à tous les étudiants de notre échantillon (n=376), alors que seulement 289 ont répondu à notre questionnaire, soit un taux de participation de 76,86%. Le questionnaire a été élaboré de façon électronique via la plateforme Google Forms. Par ailleurs, les questions posées ont été de types des questions dichotomiques, à choix multiple, ouvertes à développement court et à échelles de mesure. L'analyse des données collectées a été faite selon la méthode des statistiques descriptives, en fréquences et pourcentages, sous forme des figures et des tableaux simples et bi-variés (contingence).

5. Résultats et discussion

5.1. Résultats

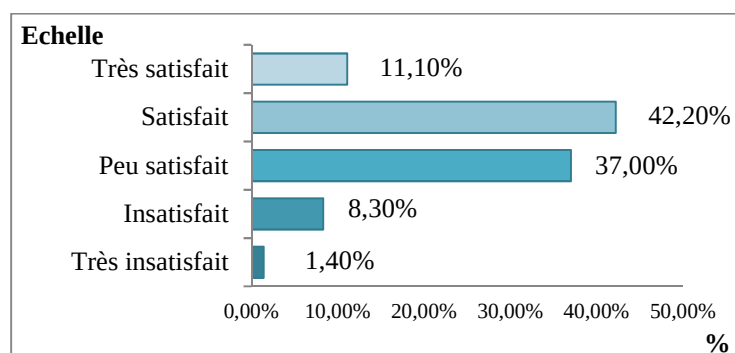


Figure 85 : Satisfaction des étudiants vis à vis les séances de simulation

La figure 87 montre que 42,20% des étudiants sont satisfaits et 37% sont peu satisfaits vis-à-vis les séances de simulations auxquelles ils ont assisté.

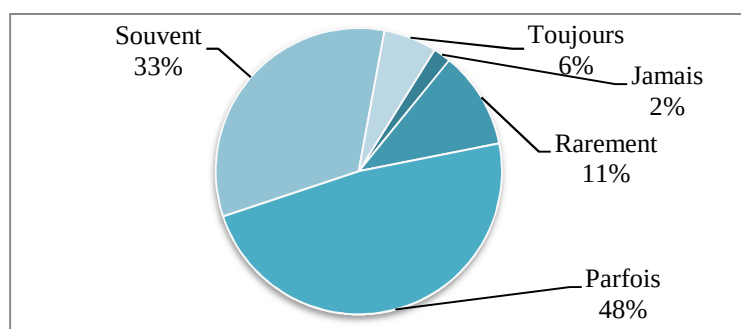


Figure 86 : Rapprochement entre l'apprentissage par simulation et la réalité des stages

Presque la moitié (48%) des étudiants enquêtés a déclaré que l'apprentissage par simulation parfois se ressemble à la réalité des stages.

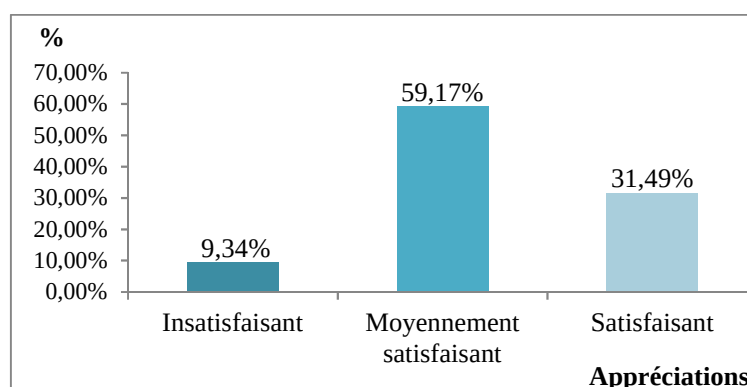


Figure 87 : Appréciation de l'alternance entre les séances de simulation et les stages

La figure 89 montre que 59,17% des étudiants sont moyennement satisfaits de l'alternance entre les séances de simulation et les stages cliniques.

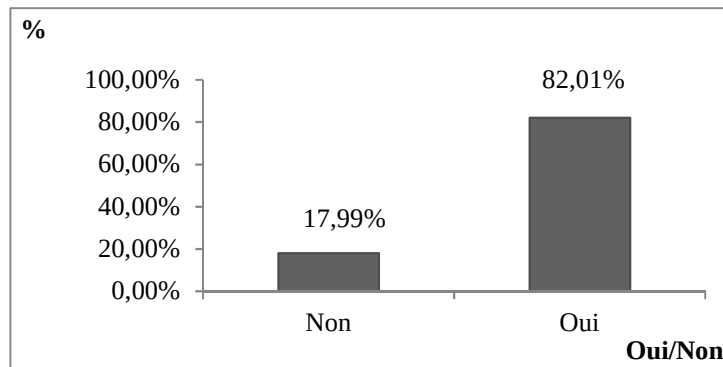


Figure 88 : Importance de la simulation aux stages cliniques

Selon la figure 90, la majorité des participants (82,01%) ont déclaré que la formation par simulation est importante à la pratique dans les stages cliniques.

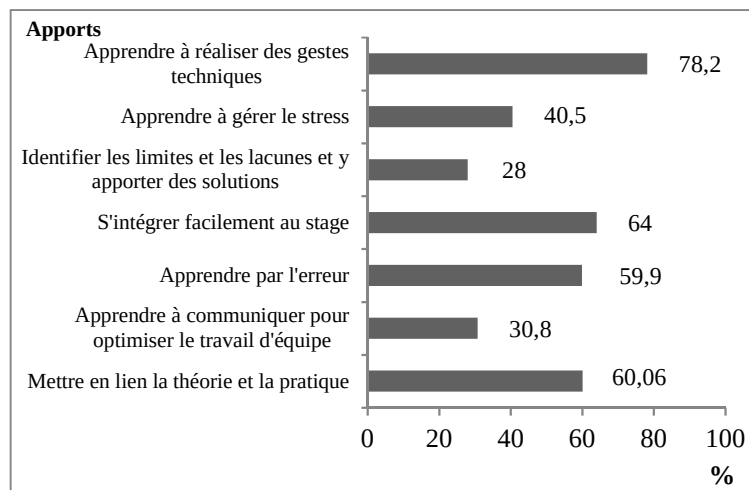


Figure 89 : Apports de la simulation pour la réalisation des stages

D'après la figure 91, 78,20% des participants ont déclaré que l'apport majeur de la simulation pour la réalisation des stages, est l'apprentissage des gestes techniques.

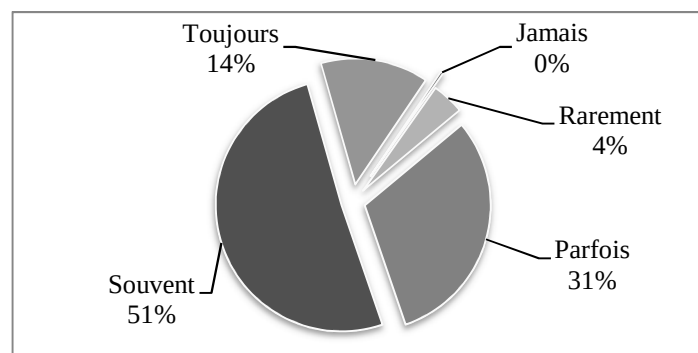


Figure 90 : Capacité des étudiants à établir des liens entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages

Plus de la moitié des participants (51%) ont déclaré qu'ils établissent souvent des liens entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages.

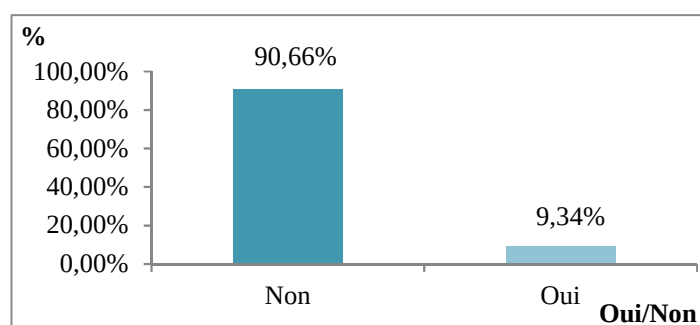


Figure 91 : Remplacement des stages par les séances de simulation

Selon la figure 93, la majorité des participants (90,66%) ont déclaré que l'apprentissage par simulation ne peut pas remplacer les stages cliniques.

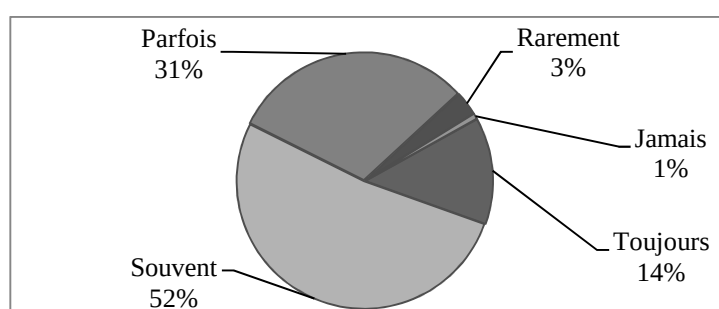


Figure 92 : Possibilité de transfert des acquis de la simulation à des gestes en stage

Selon la figure 94, plus que la moitié (52%) des participants ont annoncé qu'il est souvent possible de transférer les acquis de la simulation à des gestes pratiques lors des stages cliniques.

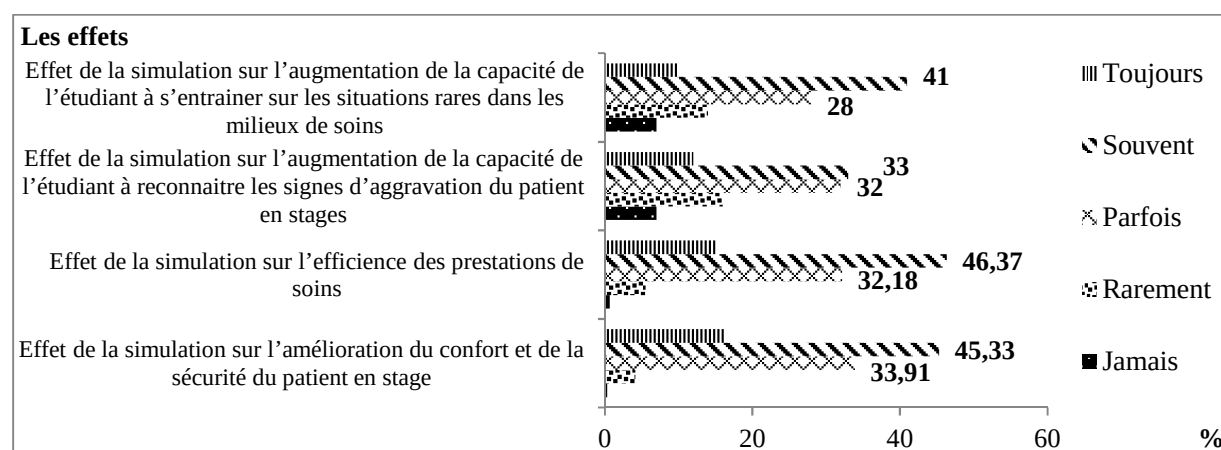


Figure 93 : Effets de la simulation sur le développement des compétences techniques chez l'étudiant en stage

D'après la figure 95, 46,37% des participants ont déclaré que souvent la simulation a un effet sur l'efficacité des prestations des soins, et 45,33% ont déclaré que souvent la simulation a un effet sur l'amélioration du confort et de la sécurité du patient lors les stages cliniques.

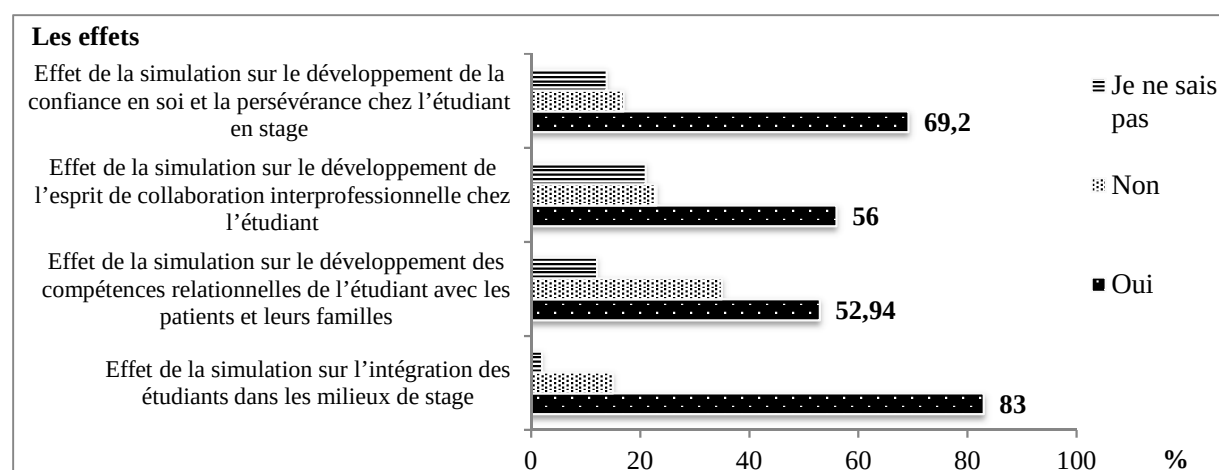


Figure 94 : Effets de la simulation sur le développement des compétences non techniques chez l'étudiant en stage

D'après la figure 96, les participants ont déclaré que la simulation a un effet sur le développement de la confiance et la persévérance de l'étudiant en stage (69,2%). Egalement, elle a un effet sur l'intégration des étudiants dans les milieux de stage (83%).

Tableau 10 : Relation entre la capacité des participants à faire le lien entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages et la possibilité de transfert des acquis de la simulation à des gestes pratiques lors des stages cliniques

		La possibilité de transfert des acquis de la simulation à des gestes pratiques en stage					
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Totale
La capacité des participants à faire le lien entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages	Jamais	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,35%)	0 (0%)	1 (0,35%)
	Parfois	1 (0,35%)	1 (0,35%)	48 (16,61%)	37 (12,80%)	2 (0,69%)	89 (30,80%)
	Rarement	0 (0%)	2 (0,69%)	5 (1,73%)	4 (1,38%)	1 (0,35%)	12 (4,15%)
	Souvent	1 (0,35%)	4 (1,38%)	30 (10,38%)	94 (32,53%)	18 (6,23%)	147 (50,87%)
	Toujours	0 (0%)	2 (0,69%)	6 (2,08%)	14 (4,84%)	18 (6,23%)	40 (13,84%)
	Total	2 (0,69%)	9 (3,11%)	89 (30,80%)	150 (51,90%)	39 (13,49%)	289 (100%)

D'après le tableau 10, il est constaté que les étudiants ayant déclaré qu'ils font souvent le lien entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages, ils transfèrent souvent leurs acquis de la simulation à des gestes pratiques en stage (32,53%).

Tableau 11 : Relation entre la perception des participants sur la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques et l'effet de la simulation sur le développement des compétences non techniques chez l'étudiant

		L'effet de la simulation sur le développement des capacités relationnelles des étudiants avec les patients et leurs familles.			
		Non	Oui	Je ne sais pas	Total
La nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques.	Non	22 (7,61%)	25 (8,65%)	5 (1,73%)	52 (17,99%)
	Oui	79 (27,34%)	128 (44,29%)	30 (10,38%)	237 (82,01%)
	Total	101 (34,95%)	153 (52,94%)	35 (12,11%)	289 (100%)
	L'effet de la simulation sur le développement de l'esprit de collaboration interprofessionnelle chez les étudiants.				
	Non	14 (4,84%)	22 (7,61%)	16 (5,54%)	52 (17,99%)
	Oui	51 (17,65%)	141 (48,79%)	45 (15,57%)	237 (82,01%)
	Total	65 (22,49%)	163 (56,40%)	61 (21,11%)	289 (100%)
	L'effet de la simulation sur le développement de la confiance en soi et la persévérance chez les étudiants en stages.				
	Non	11 (3,81%)	30 (10,38%)	11 (3,81%)	52 (17,99%)
	Oui	38 (13,15%)	170 (58,82%)	29 (10,03%)	237 (82,01%)
	Total	49 (16,96%)	200 (69,20%)	40 (13,84%)	289 (100%)

Le tableau 11 explicite clairement que les participants ayant déclaré la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques, ont précisé que la simulation développe notablement chez eux des capacités relationnelles avec les patients et leurs familles (44,29%), l'esprit de collaboration interprofessionnelle (48,79%), et la confiance en soi et la persévérance en stage (58,82%).

Tableau 12 : Relation entre la perception des participants sur la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques et l'effet de la simulation sur le développement des compétences techniques chez l'étudiant

		L'effet de la simulation sur le confort et la sécurité du patient					
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Nécessité sur la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques	Non	0 (0%)	3 (1,04%)	23 (7,96%)	16 (5,54%)	10 (3,46%)	52 (17,99%)
	Oui	1 (0,35%)	9 (3,11%)	75 (25,95%)	115 (39,79%)	37 (12,80%)	237 (82,01%)
	Total	1 (0,35%)	12 (4,15%)	98 (33,91%)	131 (45,33%)	47 (16,26%)	289 (100%)
	L'effet de la simulation sur l'efficacité des prestations des soins						
	Non	1 (0,35%)	4 (1,38%)	17 (5,88%)	23 (7,96%)	7 (2,42%)	52 (17,99%)
	Oui	1 (0,35%)	12 (4,15%)	76 (26,30%)	111 (38,41%)	37 (12,80%)	237 (82,01%)
	Total	2 (0,69%)	16 (5,54%)	93 (32,18%)	134 (46,37%)	44 (15,22%)	289 (100%)

Le tableau 12 montre que les participants ayant déclaré la nécessité de la formation par simulation à la pratique dans les milieux des stages cliniques, ont précisé que la simulation contribue souvent à l'amélioration du confort et la sécurité du patient (39,79%), ainsi à l'efficacité des prestations des soins (38,41%).

5.2. Discussion des résultats

D'après notre étude, 42,20% des étudiants ont déclaré leur satisfaction par rapport aux séances de simulation, dans ce sens, Jouffroy, Khélifi, Fontaine, Parlavecchio, Carli et Vivien en 2016 ont annoncé qu'il a été observé que la simulation est à l'origine d'un niveau de satisfaction élevé chez les étudiants, qui généralement la décrivent comme une expérience enrichissante avec un niveau de réalisme important. Pour avoir une formation complète, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) en 2009 a déclaré que les cours théoriques et les séances de simulation doivent être arrimés aux stages. Ils contribuent à les enrichir sans toutefois les remplacer. L'alternance dans le temps est donc d'une grande importance, par ailleurs, les résultats de notre étude ont révélé que seulement 31,49% des étudiants qui sont satisfaits de cette alternance alors que 59,17% des étudiants sont moyennement satisfaits.

A propos les liens entre les notions apprises lors de la simulation et pendant les stages cliniques, plus de la moitié (51%) des étudiants participants à notre étude ont déclaré qu'ils font souvent ces liens. Par ailleurs, Boivin en 1995 a révélé qu'un des problèmes soulevés par

l'enseignement de compétences cliniques en soins infirmiers est de développer chez l'étudiant la capacité de passer de la théorie à la pratique professionnelle. Dans le même ordre d'idée, 52% des étudiants enquêtés ont déclaré qu'ils font souvent le transfert des acquis d'apprentissage par simulation en gestes pratiques lors des stages cliniques. En revanche, Huchon (2005) a déclaré que, généralement, les étudiants ne savent pas aller à l'essentiel et cependant de transférer la théorie à la pratique. Le transfert des apprentissages de l'étudiant s'effectue difficilement dans le milieu clinique des soins infirmiers malgré les cours théoriques et les cours de simulation. En effet, l'étudiant semble hésitant lors de l'application, en milieu clinique, des notions théoriques apprises antérieurement, à cause de la différence entre les conditions de la situation simulée et les conditions de la situation réelle. Dans ce sujet de transfert des connaissances, Midgley en 2006 a signalé que le stage se présente communément comme une occasion pour l'étudiant de transférer les notions apprises lors des séances de simulation à la pratique en stage. L'étudiant est appelé à intervenir de manière sécuritaire auprès de patients en analysant les données de la situation pour ensuite sélectionner dans ses connaissances antérieures celles qui sont applicables au contexte.

Notre étude a révélé également que 82,01% des étudiants déclarent que la formation par simulation est indispensable à la pratique dans les milieux des stages cliniques, ceci corrobore avec l'idée de Coyer en 2013 quand il a affirmé que la formation des étudiants en professions de santé par la simulation apparaît comme indispensable, car un des avantages majeurs de cette méthode d'enseignement est l'absence de risque pour le patient. Egalement, 90,66% des participants ont déclaré que la formation par la simulation ne peut pas remplacer les stages, ce constat a été confirmé par l'examen systématique des écrits réalisé par Issenberg et al. en 2005, qui ont signalé que la simulation peut être utilisée en complémentarité avec les stages, mais que celle-ci ne peut pas véritablement remplacer la formation clinique dans des vrais milieux de soins auprès des vrais patients.

Concernant les effets de la simulation sur le développement des compétences techniques des étudiants en stage, presque la moitié (45,33%) des participants ont déclaré que la simulation améliore souvent le confort et la sécurité du patient. Egalement, la HAS (2019), dans son guide méthodologique, a signalé que la simulation en santé est une méthode pédagogique active, innovante et efficace. Elle est fondée sur un apprentissage expérientiel immersif et une pratique réflexive, qui permet d'améliorer la sécurité des patients et de traduire le concept opérationnel « Jamais la première fois sur un patient ». Ainsi, presque la moitié (46,37%) des étudiants enquêtés a déclaré que la simulation favorise souvent la

réalisation des prestations des soins plus efficaces, et 33% des étudiants ont déclaré que la simulation augmente souvent leurs capacités à reconnaître les signes d'aggravations auprès des patients en stage. Ces résultats sont appuyés par Vachon en 2018 quand il a précisé que l'apprentissage par simulation favorise une prestation de soins plus efficace et permet d'augmenter significativement la capacité de l'étudiant à reconnaître des signes de détérioration auprès des patients, ce qui contribue à améliorer leur survie.

Notre étude a montré également que 41% des participants ont indiqué que la simulation aide souvent à s'entraîner sur les situations qui sont rares dans les établissements de soins. Dans ce cadre, Drummond (2014) a souligné que la probabilité qu'un étudiant en stage prend en charge des situations rares est infime. Il ne peut donc pas se former à cette prise en charge lors d'un stage hospitalier. Au contraire, la simulation permet de reproduire autant de fois que nécessaire ces situations, l'étudiant peut acquérir de l'expérience en étant exposé à ces événements rares, et s'entraîner à prendre en charge les patients sans préjudice, et sans risque de traumatisme psychologique pour l'étudiant.

Concernant les effets de la simulation sur le développement des compétences non techniques des étudiants en stage, notre étude a révélé que plus de la moitié (52,94%) des participants ont déclaré que la simulation a un effet sur le développement des compétences relationnelles des étudiants avec les patients et leurs familles, ce qui a été soulevé par Darris et Quebre (2016) qui ont estimé que la simulation est utilisée depuis longtemps non seulement pour développer les compétences techniques et procédurales, mais aussi dans le but de renforcer les compétences relationnelles. Egalement, d'après notre étude, 56% des étudiants ont noté que la simulation a un effet sur le développement de l'esprit de collaboration interprofessionnelle chez les étudiants en stage. Ceci est affirmé par Hucq en 2019, quand il a mentionné que la simulation est d'une importance capitale pour la vie professionnelle des futurs acteurs de la santé, car elle ajoute un intérêt particulier aux compétences du sentiment d'efficacité personnelle et de la collaboration interprofessionnelle chez les étudiants en stage. Par rapport au développement de la confiance en soi chez les étudiants, l'étude réalisée au niveau de Université d'Angers-Ecole des Sages-femmes Rêne Rouchy par Coyer en 2013 a confirmé que le sentiment de confiance en soi, pour la majorité des participantes a augmenté de manière significative entre le début et la fin d'une formation par simulation. Notre étude rejoint ce résultat, du fait que 69,2% des étudiants ont noté que la simulation développe la confiance en soi et la persévérance de l'étudiant en stage.

6. Conclusion

La simulation est une pédagogie efficace pour former les étudiants en sciences infirmières. Ainsi, elle pourrait être utilisée pour remplacer quelques heures de stages cliniques, ce qui pourrait aider à compenser le manque de disponibilité de stage. De plus, notre étude a pu démontrer que la simulation doit rester complémentaire des autres formes d'enseignement/apprentissage, et doit se focaliser aux situations où son utilité est clairement établie. Également, l'étude a pu expliquer l'effet de la simulation sur le développement des compétences techniques et non techniques des étudiants pour profiter pleinement de leurs stages cliniques, dans le but d'améliorer l'efficacité de leurs soins.

Pour améliorer les liens entre la formation par simulation et les stages cliniques des étudiants infirmiers, plusieurs recommandations se proposent qui peuvent se résumer en : (a) renforcer la collaboration entre les établissements de soins et les instituts de formation pour rentabiliser les stages des étudiants, (b) élaborer une politique de stage concertée entre les établissements de soins et l'institut de formation, qui doit s'inscrire dans un partenariat structuré, (c) repenser à recruter des cadres formateurs qui accompagnent chaque groupe d'étudiants dans les deux milieux d'apprentissage à savoir les instituts de formation et les sites des stages, et (d) encourager une réflexion nationale sur la simulation et les stages cliniques, afin de déterminer la meilleure approche pour équilibrer les deux méthodes afin de mieux répondre aux besoins de la formation des professions infirmières.

Finalement, ce travail mérite d'être complété par l'étude de l'effet des soins prodigués par les étudiants infirmiers, ayant bénéficié d'une formation par simulation, sur l'amélioration de l'état de santé de leurs patients pendant leurs stages cliniques.

Pour que les enseignants et les étudiants profitent pleinement des enseignements/apprentissages par simulation et des stages cliniques, des guides de bonnes pratiques doivent être élaborés pour bien structurer et organiser ces activités. C'est l'objectif de la partie suivante de ce document.

Partie IV :
Les Guides de Bonnes Pratiques

Chapitre I :

Guide de Bonnes Pratiques de la Simulation dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé



Centre d'Etudes Doctorales
Sciences et techniques et sciences médicales (STSM)

Formation Doctorale
Didactique des Sciences et Ingénierie Pédagogique (DSIP)

Structure de recherche
Laboratoire d'Informatique, Signaux, Automatique et Cognitivisme (LISAC)

Guide de Bonnes Pratiques de la Simulation dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

Auteurs :
Mr. Abdelilah MERABTI, Pr. Abdelrhani ELACHQAR, Pr. Tarik SQALLI
HOUSSAINI, Pr. Fatih KADDARI

Mai, 2022

SOMMAIRE

I. Définition des concepts	3
II. La formation par simulation en soins infirmiers et techniques de santé	4
III. Les apports de la simulation	5
IV. Les limites de la simulation	6
V. La mise en place d'un programme de simulation	7
1) Analyse de la situation	8
2) Conception du programme de simulation	8
3) Mise en place du programme de simulation	9
4) Évaluation du programme de simulation	10
VI. Les différentes techniques de simulation	11
1) Patient standardisé (patient simulé)	12
2) Simulateurs patients	12
3) Simulateurs procéduraux	12
4) Simulation hybride	13
5) Réalité virtuelle	13
VII. La notion de fidélité des simulateurs	14
1) Les types de mannequins selon le niveau de fidélité	14
2) La relation entre la fidélité des mannequins et l'apprentissage	16
VIII. Les étapes d'une séance de simulation	16
1) Briefing	17
2) Déroulement du scénario	17
3) Débriefing	18
IX. L'élaboration des scénarios	20
X. Les rôles des différents intervenants dans la pratique de simulation	21
1) Le formateur	21
2) L'apprenant	21
3) Le responsable de l'infrastructure	22
4) Le responsable pédagogique et/ou scientifique	22
5) Le technicien	23
6) Le patient standardisé	23
XI. La gestion administrative	24
XII. La planification de l'espace	25
1) Salle d'opération simulée	26
2) Salle de contrôle	26
3) Salles de débriefing	26
4) Salle de communication	27
5) Amphithéâtre	28
6) Espaces extérieurs	28
7) Espaces de pause	28
8) Espaces de restauration	28
9) Vestiaires	29
10) Espaces de stockage	29
XIII. Le choix de l'équipement de communication	29
Conclusion	30
Références	31

I. Définition des concepts

Le guide de bonnes pratiques

D'après Beauchamp et Duplantie (2012), un guide de bonne pratique est l'ensemble des recommandations formulées de manière systématique et transparente par et pour les parties prenantes d'une intervention. Ces recommandations s'appuient sur les meilleures données scientifiques étayées par des données contextuelles et sur les connaissances d'experts notamment des chercheurs, des gestionnaires, des praticiens, des utilisateurs. Elles sont présentées dans un format clair et concis, pour soutenir la prise de décision et orienter la pratique des parties prenantes.

Selon la définition encyclopédique, l'expression « bonnes pratiques » fait référence à un ensemble de comportements dans un domaine d'expertise donné, dont la plupart sont considérés comme essentiels par les professionnels de ce domaine. Ces comportements se trouvent généralement sous la forme de « Guides de Bonnes pratiques » (GBP), conçus par les filières ou par les autorités (Wikipédia, 2021).

L'expression "guide de bonnes pratiques" est un terme générique qui englobe différents types de documents présentant des caractéristiques spécifiques. Ces documents recommandent les meilleures pratiques qui peuvent aider les utilisateurs à prendre des décisions, s'adressent aux praticiens et aux parties prenantes telles que les décideurs et les planificateurs, et fournissent des connaissances de manière claire, concise et facile à utiliser, et permettent une adaptation à des situations et des restrictions spécifiques (Rocheleau, 2015).

La simulation

Plusieurs définitions de la simulation sont retrouvées dans la littérature. Nous en proposons quelques-unes:

D'après Granry et Moll (2012), la simulation est une méthode d'enseignement, de savoir-faire et d'habiletés utilisés dans des tâches pour lesquelles un enseignement direct s'avère impossible pour des raisons déontologiques, économique ou technique. L'objectif est de permettre à l'opérateur d'apprendre à reproduire de la façon la plus réaliste et fidèle les comportements attendus.

Selon Bland, Topping et Wood (2011), La simulation est une stratégie d'enseignement qui facilite les apprentissages à travers la réflexion sur une situation fictive qui reproduit la réalité.

Gaba (2004) définit la simulation comme une technique et non une technologie qui permet de remplacer ou d'amplifier les expériences réelles par des expériences guidées qui évoquent ou reproduisent des aspects importants du monde réel de manière totalement interactive.

La simulation en santé

La simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour représenter des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels (Authenticated U.S. Government Information, 2009).

Le centre de simulation en santé

Le centre de simulation désigne les structures institutionnelles qui englobent l'ensemble de ressources humaines, scientifiques et éducationnelles, immobilières, techniques et logistiques destinées à être utilisées au service de l'apprentissage et de l'enseignement dans le cadre des programmes de formation des professionnels de santé (Jaffrelot et Savoldelli, 2013).

La fidélité

La fidélité est le degré avec lequel la simulation reproduit l'apparence ou les qualités de la réalité (Chiniara, 2007).

II. La formation par simulation en soins infirmiers et techniques de santé

La simulation est une stratégie d'apprentissage actif centrée sur l'apprenant, l'éducateur jouant le rôle de facilitateur de l'apprentissage et l'étudiant faisant preuve d'une plus grande motivation et d'une meilleure orientation, favorisant la compréhension et l'application des compétences cognitives et psychomotrices requises pour la fonction professionnelle future (Alinier, Hunt et Gordon, 2004). Il est prouvé que les étudiants en soins infirmiers souhaitent être davantage exposés à la simulation au cours de leur formation. Les formateurs en soins infirmiers estiment que la simulation est une stratégie d'apprentissage puissante pour les étudiants (Prion, 2008). D'après Bland et al. (2011), l'utilisation de la simulation comme stratégie d'apprentissage dans la formation des infirmiers de premier cycle décrit un processus dynamique avec cinq éléments essentiels. Il s'agit de : (a) la création d'une opportunité

hypothétique, (b) la représentation authentique, (c) la participation active, (d) l'intégration, et (e) la répétition, l'évaluation et la réflexion.

En 2003, la National League of Nursing (NLN) des États-Unis et la Laerdal Corporation ont formé le partenariat (NLN/Laerdal), ce partenariat a conduit au développement des ressources en ligne (Simulation Innovation Resource Center -SIRC-) destinées à stimuler le développement des méthodes d'enseignement par simulation au sein du corps enseignant en soins infirmiers. Parallèlement, un grand nombre de fondations nationales et internationales de simulation (par exemple, la Society for Simulation in Healthcare aux États-Unis, et la Society in Europe for Simulation Applied to Medicine en Europe) ont vu le jour dans le but de soutenir la formation à la simulation en soins de santé dans le monde entier. En 2010, l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) aux États-Unis, une association axée sur les soins infirmiers, a lancé un processus d'élaboration des normes avec des experts du monde entier. Sept normes relatives à la terminologie de la simulation et à la méthodologie éducative ont été publiées en 2013. Ces normes comprennent: La terminologie, l'intégrité professionnelle, les objectifs des participants, la facilitation, l'animateur, le processus de débriefing, et l'évaluation des participants (Riley, 2016).

Selon le National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) en 2015, jusqu'à 50 % de la simulation pourrait remplacer la clinique traditionnelle dans l'ensemble du programme de formation en soins infirmiers. En somme, l'enseignement/apprentissage fondé sur la simulation est devenu une approche pédagogique omniprésente en soins infirmiers. Les études d'évaluation de cette approche sont de grande qualité, ce qui justifie la crédibilité des résultats obtenus et la recommandation de son usage (Cégep de Drummondville, 2019).

III. Les apports de la simulation

L'acquisition et le développement des compétences

Selon plusieurs études, l'intérêt de la simulation a été démontré pour l'apprentissage des gestes techniques. L'un des avantages de la simulation sur mannequin est de pouvoir se former aux gestes les plus fréquents tels que le massage cardiaque externe, et aux gestes les plus rares comme la thoracostomie et la ponction intercricothyroïdienne. Il est noté également que la simulation a permis d'améliorer considérablement la performance des opérateurs, avec en particulier un nombre de délivrances et un niveau de confiance plus élevés dans des situations délicates (Abraham, Wade, O'Connell, Desharnais et Jacoby, 2011). De plus, la simulation permet une amélioration des connaissances complémentaires de l'expérience, en

permettant une meilleure compréhension des barrières à la mise en œuvre des connaissances théoriques. Les résultats d'une méta-analyse ayant comparé la formation par simulation à la formation classique sont ainsi également en faveur de la simulation (Andersen, Jensen, Lippert et Ostergaard, 2010).

Le contexte sécuritaire et éthique

Les activités de simulation pourraient faciliter le développement d'activités et d'espaces d'enseignement et d'apprentissage sécurisés et éthiques, pouvant être considérés comme un essai avant les premières expériences professionnelles sur les patients (Ziv, Wolpe, Small et Glick, 2003). Le laboratoire de simulation offre aux étudiants un environnement sécuritaire afin qu'ils s'exercent aux tâches très diverses qu'ils doivent maîtriser, et les aide à se préparer à voir des patients en milieu clinique. Cette méthode d'apprentissage réduit l'anxiété des étudiants, notamment parce qu'ils ont la possibilité de commettre des erreurs dans un contexte contrôlé et sécuritaire, sans conséquence pour le patient : « *Jamais la première fois sur un patient* » (Granry et Moll, 2012).

La possibilité de pouvoir se former aux gestes rares

D'après Jaffrelot et Savoldelli (2013), certaines expériences d'apprentissage authentiquement contextualisées peuvent être difficiles à accéder par les étudiants. Particulièrement, lorsque ces expériences concernent des situations professionnelles dont l'incidence est rare, ou même exceptionnelle. Dans ces conditions, il n'y a guère d'autre solution que de les simuler. De plus, les possibilités pour un étudiant d'être confronté à des situations cliniques authentiques auprès de patients, d'une part, et d'y être accompagné par un tuteur dans le cadre d'un compagnonnage cognitif, d'autre part, tendent à se raréfier. La simulation, et en particulier le recours aux mannequins simulateurs ou aux patients « standardisés », pourrait permettre de pallier ces déficits, en permettant la réalisation de gestes ou de techniques à caractère onéreux et/ou exceptionnels en situation simulée.

IV. Les limites de la simulation

La principale limite est le coût élevé pour la mise en place d'un programme de simulation, (acquisition des locaux, du matériel et recrutement du personnel). Bien que l'utilisation du simulateur sur les lieux même de l'exercice soit préférable, des locaux dédiés sont le plus souvent nécessaires pour pouvoir organiser de façon régulière des séances et pour disposer d'une infrastructure audio-vidéo. En effet, en santé, à la différence d'autres domaines, les coûts de simulation sont supérieurs à la situation réelle (Granry et Moll, 2012).

Malgré les progrès croissants de la robotique, le matériel de simulation actuellement commercialisé n'arrive pas encore à recréer le réalisme d'un patient. L'avenir de la simulation passera alors probablement par la réalité virtuelle ou augmentée, déjà utilisée en chirurgie, pour s'amender de ses limites et proposer une simulation encore plus immersive aux participants (Botden, Buzink, Schijven et Jakimowicz, 2007). Dans le même sens, Selon Jouquan (2002), l'environnement et les locaux ne répondent pas toujours à la fidélité requise pour réaliser des séances de simulation.

Malgré les difficultés, d'ordre essentiellement économique, la simulation est une méthode pédagogique d'intérêt. Elle est très largement acceptée et souhaitée, tant par les étudiants que les enseignants. Elle a déjà fait ses preuves dans différents domaines. Elle demande certainement à être développée, dans l'objectif prioritaire d'une amélioration des pratiques et de la gestion optimale des risques.

V. La mise en place d'un programme de simulation

La grande majorité des établissements de formation en santé dispose d'un programme de simulation. Il faut distinguer entre un programme en simulation et un centre de simulation. Un programme de simulation signifie que la simulation est utilisée comme outil d'éducation, alors qu'un centre de simulation correspond à un lieu physique dédié spécifiquement à l'enseignement/apprentissage par simulation. La distinction est intéressante, car il est possible de disposer d'un programme de simulation accrédité sans disposer de centre de simulation à proprement parler (Granry et Moll, 2012).

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) en France (2012b), Un programme de simulation est un programme de formation et/ou d'analyse de pratiques et/ou de recherche qui utilise la simulation. Selon le thème et les objectifs, il peut inclure d'autres méthodes comme les cours théoriques et les séminaires pratiques. Les programmes de simulation ont été conçus selon un processus défini et formalisé comme suit :

- Analyse de la situation
- Conception du programme de simulation
 - Objectifs généraux
 - Thèmes
 - Objectifs pédagogiques

- Mise en place du programme de simulation
 - Choix et description des approches
 - Choix et description des techniques
 - Choix et description des scénarios
 - Description des sessions et séances de simulation
- Évaluation du programme de simulation

1) Analyse de la situation

Cette étape consiste à identifier et décrire les problématiques présentant un intérêt et à analyser les points d'amélioration potentiels ainsi que leurs critères d'évaluation. Ces éléments peuvent être complétés par la description des points suivants :

- Le contexte et l'environnement
- Les apprenants et leurs besoins
- Les besoins institutionnels
- L'inventaire des ressources humaines et des techniques de simulation nécessaires.

2) Conception du programme de simulation

Objectifs généraux

Les objectifs généraux proviennent des besoins préalablement identifiés à l'étape précédente. Ils présentent d'une façon générale la finalité du programme de simulation et servent à formuler les objectifs pédagogiques. Les objectifs généraux prennent en compte :

- Les orientations nationales et/ou régionales telles que l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement de la sécurité de la prise en charge au profit du patient et du personnel
- Les objectifs de la discipline, de la spécialité, ou de la structure de soin ou d'enseignement
- La cible professionnelle concernée

Thèmes

Avant d'identifier les objectifs pédagogiques à atteindre par l'apprenant, il est nécessaire d'identifier les thèmes ou les sujets à aborder, susceptibles de répondre aux objectifs généraux énoncés.

Objectifs pédagogiques

Les objectifs pédagogiques visent à mettre en œuvre les objectifs généraux. Ils sont décrits pour chacun des thèmes identifiés et peuvent aborder des compétences techniques et/ou non techniques, permettant d'améliorer les différentes composantes du savoir, savoir-faire, savoir-être de la pratique professionnelle. Les objectifs pédagogiques aident à choisir les approches et techniques de simulation appropriées et déterminent les critères d'évaluation.

3) Mise en place du programme de simulation

Après la définition des objectifs et des thèmes du programme, celui-ci doit être mis en place en choisissant les moyens à mobiliser pour atteindre les objectifs visés.

Choix et description des approches

Plusieurs approches peuvent être choisies, utilisées seules ou combinées, en fonction de l'analyse de la situation et des objectifs pédagogiques définis :

- Réalisation de gestes techniques (usuels ou exceptionnels)
- Mise en œuvre de procédures (individuelles ou collectives)
- Raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique
- Gestion des comportements (mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication, etc.)
- Gestion des risques (reproduction d'événements indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc.).

Choix et description des techniques

Les techniques de simulation choisies doivent être pertinentes et systématiquement adaptées aux objectifs pédagogiques et aux approches choisies. Leur utilisation est justifiée, notamment par une recherche bibliographique et/ou un retour d'expérience, s'ils sont possibles.

Choix et description des scénarios

Le but de la simulation en santé est de recréer des scénarios ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste avec, comme double objectif, le retour d'expérience immédiat et l'évaluation des acquis. Ce sont des situations cliniques et/ou professionnelles, simples ou complexes, habituelles ou exceptionnelles, qui servent de support à la construction des scénarios.

Description des sessions et séances de simulation

Un programme de simulation peut comporter une ou plusieurs sessions de simulation. Une session de simulation peut comporter une ou plusieurs séances de simulation. Chaque séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend trois phases distinctes. La première est le briefing, qui permet au formateur de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis. La deuxième est le déroulement du scénario de simulation et enfin, la dernière phase est le débriefing pendant lequel le formateur fait part, en particulier, de son feedback à l'apprenant.

4) Évaluation du programme de simulation

Il est essentiel de reconnaître les forces et les faiblesses du programme de simulation mis en place ou de ses éléments constitutifs pour dégager des points d'amélioration. L'évaluation du programme de simulation fait partie intégrante du management qualité et permet d'analyser les difficultés rencontrées lors de sa mise en place, d'en déceler les lacunes, d'en souligner les points positifs et les points à améliorer, d'en modifier certains éléments, de suggérer certaines solutions et d'apporter les correctifs jugés nécessaires. Plusieurs modèles d'évaluations existent et celui de Kirkpatrick (1998) en 4 niveaux est le plus utilisé. Il grade l'efficacité de l'intervention pédagogique en fonction du degré de changement de comportement chez les apprenants en quatre niveaux :

Niveau 1 : les réactions des apprenants. Ce niveau se détermine généralement à l'aide de questionnaires, d'une note ou d'une échelle de Likert en fin de formation. Il peut s'agir aussi d'une évaluation immédiate individuelle ou de groupe au moment du débriefing

Niveau 2 : il a pour but la mesure des changements d'attitudes ou encore l'apprentissage des compétences et des connaissances. Ce niveau peut s'étudier en utilisant des tests de performance ou d'examens écrits.

Niveau 3 : il évalue les changements de comportement des apprenants en situation clinique. Ce niveau étudie le transfert des compétences, connaissances, et attitudes acquises en simulation dans la pratique.

Niveau 4 : c'est l'impact de la formation, d'une part sur l'établissement de soins et de son activité, et d'autre part sur les soins aux patients.

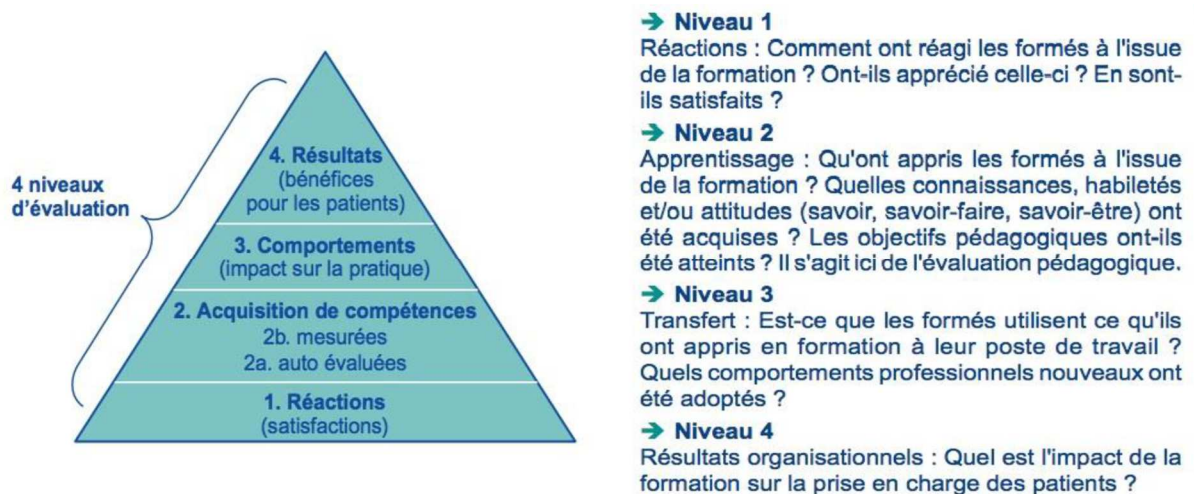


Figure 1 : Modèle de Kirkpatrick, D. (1998)

VI. Les différentes techniques de simulation

La simulation regroupe un ensemble très vaste de méthodes et de techniques. Certains auteurs (Chiniara, 2007 ; Ziv, Wolpe, Small et Glick, 2003) ont proposé d'adopter une classification qui distingue la simulation dite organique de celle dite non organique :

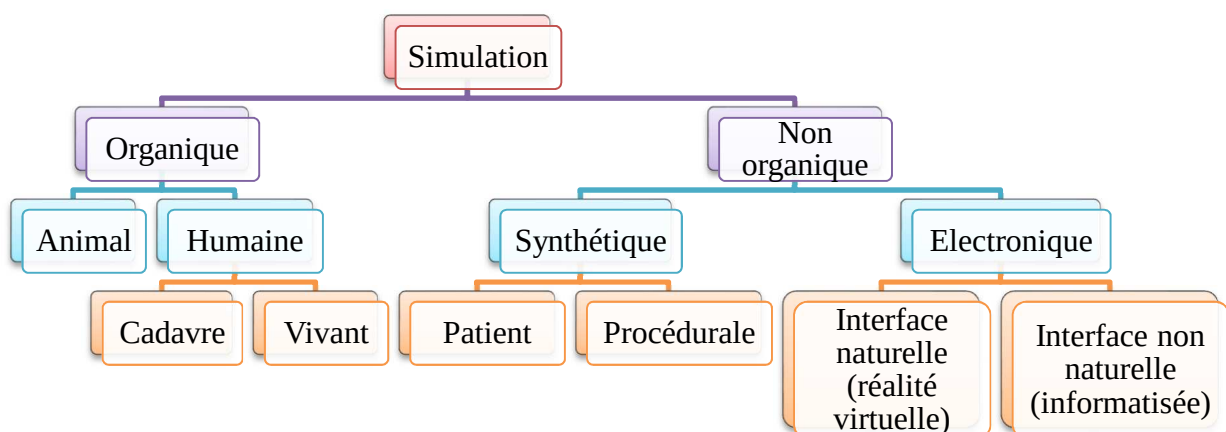


Figure 2 : Techniques de simulation, inspiré de la classification de Chiniara, G. (2007)

En effet, les techniques de simulation utilisées dans le domaine de la santé, généralement décrites dans la littérature sont :

1) Patient standardisé (patient simulé)

Le patient standardisé est un patient-acteur sollicité sur la base d'un scénario préétabli 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 de mauvaise nouvelle par exemple) ou lorsque la situation exige de donner une information complexe à un patient (l'explication d'un traitement au long cours avec notion de bénéfices/risques) (Huwendiek, De Ieng, Zary, Fischer, Ruiz et Ellaway, 2009).

2) Simulateurs patients

Les simulateurs patients sont des mannequins de grandeur nature (adulte, enfant, nourrisson) très réalistes. Plus ou moins sophistiqués, ils peuvent être contrôlés par ordinateur et ont la possibilité de respirer, parler, et répondre à des stimuli lors d'interventions (mannequins haute-fidélité) (Meller, 1997).

Pour certains simulateurs, l'intervention d'un opérateur est nécessaire pour réagir aux interventions des participants (*script-driven*) ; d'autres intègrent des modèles physiologiques permettant au simulateur de réagir automatiquement (*model-driven*). Ces simulateurs permettent aux étudiants de mettre en jeu et valider leurs connaissances théoriques, d'acquérir des compétences procédurales et techniques, de développer leurs attitudes, comportements et aptitudes de communication (Ducros, 2012).

3) Simulateurs procéduraux

Les simulateurs procéduraux permettent un apprentissage par la répétition des gestes techniques sans risque pour le patient. Ce type de simulateur couvre un large éventail de procédures : bras de perfusion pour apprendre la pose de cathéters intraveineux, tête d'intubation, arbre bronchique pour endoscopie, gestes chirurgicaux usuels tels que les différents types de sutures et les anastomoses digestives et vasculaires (HAS, 2012b).

Certains simulateurs sont plus sophistiqués et permettent de reproduire des situations interventionnelles de haute technicité comme par exemple des simulateurs de bronchoscopie reproduisant toutes les étapes de la fibroscopie jusqu'aux biopsies (Colt, Crawford et Galbraith, 2001), des simulateurs de coronarographie et des simulateurs de chirurgie (Wayne et al. 2005).

4) Simulation hybride

La simulation hybride est l'association de plusieurs techniques de simulation, par exemple la combinaison d'un patient simulé et d'une partie de mannequin comme un bassin d'accouchement ou un bras pour perfusion (Granry et Moll, 2012).

5) Réalité virtuelle

Selon Moorthy, Munz, Sarker et Darzi (2003), la réalité virtuelle est un ensemble de technologies qui permettent d'interagir efficacement avec des bases de données informatisées déformables en trois dimensions (3D), en temps réel, en utilisant leurs sens et habiletés.

Les simulateurs à réalité virtuelle reproduisent généralement des équipements réels mais font appel aux ordinateurs pour générer des données et fournir la rétroaction à l'utilisateur. Cette méthode permet d'appréhender des situations complexes, ou d'étudier des concepts illustrés de manière plus concrète en utilisant des modèles informatiques. Ces simulateurs permettent par exemple de comprendre comment un équipement peut être utilisé, de s'entraîner à prendre des décisions cliniques pour un patient virtuel en fonction de l'ajustement de différentes variables (Granry et Moll, 2012).

Benhaberou-Brun (2017) a résumé les avantages et les inconvénients de ces techniques dans un tableau adapté de Boet, Granry et Savoldelli (2013) :

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des différentes techniques de simulation

Techniques de simulation	Avantages	Inconvénients
Patient simulé ou standardisé	• Développement des compétences en communication • Collecte d'information • Examen physique • Répétition des scénarios • Application possible en santé mentale	• Impossibilité de pratiquer des gestes techniques réfractifs • Niveau élevé d'attention
Simulateurs patients	• Niveau élevé de réalisme • Participation active des étudiants • Développement de compétences techniques et non techniques • Développement de la pratique réflexive	• Niveau élevé d'attention • Stress élevé des étudiants • Inconfort

	• Formation d'équipes multidisciplinaires • Développement des aptitudes techniques • Coût peu élevé	• Faible niveau de réalisme
Simulateurs procéduraux	• Aucune formation pour les formateurs • Apprentissage en grand groupe • Absence de stress pour les apprenantes et étudiantes	• Pratique peu ou pas réflexive • Pratique décontextualisée
Simulation hybride	• Peu complexe à mettre en œuvre • Adaptée à l'apprentissage des situations de soins • Fait preuve de créativité	-----
Réalité virtuelle	• Développement des aptitudes techniques • Modèles reproductibles • Bonne rétention des techniques à long terme • Absence de stress pour les étudiants	• Faible niveau de réalisme (écran) • Application uniquement en secteurs spécialisés

VII. La notion de fidélité des simulateurs

1) Les types de mannequins selon le niveau de fidélité

La fidélité est définie comme le degré avec lequel la simulation imite la réalité. Les mannequins de simulation peuvent être catégorisés comme suit :

Mannequins de basse fidélité

Sans interface informatique, ils sont statiques et permettent essentiellement l'entraînement gestuel. Ils peuvent être utilisés pour l'apprentissage de la sémiologie, de soins, de gestes parfois inconfortables ou invasifs (Ammirati, Granry et Salvoldelli, 2013).

Mannequins de moyenne fidélité

Les mannequins de moyenne fidélité ont une interface informatique pilotée par le formateur et permettent en général une auscultation pulmonaire, cardiaque, la perception d'un pouls et la simulation de troubles du rythme cardiaque. Le plus souvent, les mouvements respiratoires spontanés ou la simulation d'autres paramètres vitaux ou physiologiques tels que pression artérielle et saturation ne sont pas pris en charge par ce type de mannequins (Ammirati, Granry et Salvoldelli, 2013).

Mannequins de haute-fidélité

Le mannequin haute-fidélité est un outil qui utilise les dernières technologies d'informatique et de robotique. Ce type de mannequin peut simuler l'état clinique global d'un patient, y compris ses paramètres vitaux (Riley, 2016). Doté de capteurs électroniques, il réagit aux consignes de l'enseignant, ainsi qu'aux interventions des étudiants. Il exécute des scénarios préprogrammés afin de reproduire, en toute sécurité, une variété infinie de situations cliniques (Fowler et Alden, 2008)

Le tableau suivant présente quelques exemples de tâches pratiques effectuées selon les différents niveaux de fidélité des mannequins (Cégep de Drummondville, 2019).

Tableau 2 : Propriétés des mannequins selon les niveaux de fidélité

Tâches	Basse fidélité	Moyenne fidélité	Haute-fidélité
Électroniques dans le mannequin	Non	Oui	Oui
Signes vitaux	Non	Oui	Oui
Accès au poulx	0	1	5 et +
Pression sanguine	Non	Oui	Oui
Respirations et sons respiratoires	Si acheté	Oui	Oui
Pupilles réactives	Non	Oui	Oui
Intubation orale	Non	Oui ou Non	Oui
Intubation nasale	Oui ou Non	Oui ou Non	Oui
Plaies, sutures	Oui	Oui	Oui
Cathéter urinaire	Oui	Oui	Oui
Pneumo décompressions	Non	Non	Oui
Poids	4,5-9 kg	9-27 kg	36kg et +
Sons oraux	Non	Oui	Oui
Sons gastro-intestinaux	Non	Oui ou si acheté	Oui
Accès intraveineux	Oui	Oui	Oui
Accès nasogastrique	Non	Non	Oui

Succion gastrique	Non	Non	Oui
Succion orale	Non	Non	Oui
ECG	Non	Oui	Oui
Site des injections IM, SC	Oui	Oui	Oui

2) La relation entre la fidélité des mannequins et l'apprentissage

Reznick et MacRae (2006) ont conclu que les principes pédagogiques actuels favorisent l'utilisation de simulation basse fidélité pour les novices et de simulation haute-fidélité pour les experts. Un excès de fidélité pourrait, comme nous le montre le schéma d'Alessi (1998) cité par Chiniara (2007), nuire à l'apprentissage.

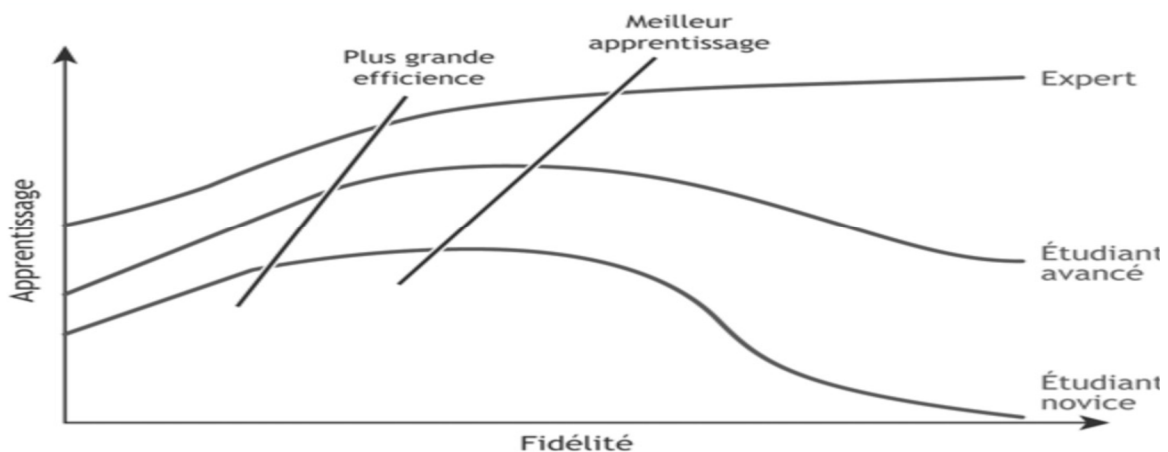


Figure 3 : La relation hypothétique entre la fidélité de la simulation et l'apprentissage (Alessi, 1998. Cité par Chiniara, 2007)

Ces résultats sont expliqués par le fait qu'il manque souvent aux novices certaines compétences de base nécessaires à l'acquisition initiale, telles que les habiletés Visio-motrices et la représentation spatiale. Celles-ci peuvent être acquises avec un simulateur à basse fidélité. En outre, l'abondance d'éléments distractifs et surnuméraires dans une simulation à haute-fidélité peut nuire à l'apprentissage des novices et empêcher le développement de l'automatisme essentielle à l'acquisition d'habiletés plus complexes (Chiniara, 2007).

VIII. Les étapes d'une séance de simulation

Selon la HAS (2012b), une séance de simulation comprend 3 phases distinctes : le briefing, le déroulement du scénario et le débriefing.

1) Briefing

Le breffage (briefing) est l'étape durant laquelle le contexte, les outils et les consignes seront expliqués à l'apprenant, afin de lui permettre de planifier ses actions en vue de la simulation (Benhaberou-Brun, 2017). Le briefing comporte trois parties, appelées « les 3S » qui sont : simulation, simulateur, scénario.

- La première partie du briefing se concentre sur l'expérience pédagogique globale. Cette partie peut également être appelée la phase de « pré-briefing ».
- La deuxième partie est la phase de présentation de l'environnement, des équipements et du simulateur.
- La troisième partie est le briefing du scénario où les rôles des membres de l'équipe pédagogique en tant que facilitateurs, ceux des aidants ou des acteurs sont présentés (Oriot et Alinier, 2019).

Selon la HAS (2019), le briefing est un temps indispensable pour :

- La familiarisation des apprenants avec le matériel
- La présentation du contexte et de ce qui a précédé la prise en charge simulée
- La présentation de l'environnement (exemples : configuration des locaux, présence de tiers ou de la famille).
- Le rappel par le formateur des principes de confidentialité (en particulier concernant l'enregistrement vidéo) et des règles déontologiques, ainsi que d'autres éléments psychologiquement importants, en particulier l'absence de jugement porté, de pièges intentionnels de la part des formateurs, et bien entendu de risque pour le patient.

2) Déroulement du scénario

La réalisation de l'intervention se fait à travers une ou plusieurs personnes, lesquelles sont observées par l'enseignant ou le formateur ainsi que par les autres étudiants (Benhaberou-Brun, 2017).

D'après Policard (2018), les apprenants sont immergés dans l'environnement clinique recréé au moment de l'exercice simulé. Ils reçoivent la consigne de prendre en charge un patient présentant des caractéristiques et une problématique de soins particulières, dans un contexte qui sera précisé préalablement et/ou découvert en situation. La personne soignée est

simulée soit par un mannequin piloté par un formateur, soit par un acteur qui joue le rôle du patient. Le scénario élaboré par les formateurs prévoit les conditions de la confrontation des apprenants au problème qu'ils devront tenter de résoudre et les ressources qu'ils pourront rechercher. De plus, l'enseignant doit veiller à gérer en temps réel le déroulement du scénario de manière à ce que l'activité visée puisse être réalisée.

Selon la HAS (2012b), le formateur a un double rôle dans la conduite de la séance :

- Faire évoluer le scénario pour maintenir les apprenants en situation de résolution des problèmes,
- Evaluer les apprenants.

Il peut intervenir lui-même ou par le biais d'un facilitateur pour aider les apprenants ou les réorienter, en particulier quand ceux-ci se trouvent bloqués dans une situation ou pour éviter d'évoluer vers une situation d'échec non prévue dans le scénario. Un enregistrement vidéo du déroulement du scénario et/ou une indexation temps réel des événements peuvent être utilisés.

3) Débriefing

Le débriefage (débriefing), est une phase au cours de laquelle on revoit, décortique et analyse l'intervention. Cette étape importante permet au participant de verbaliser sur l'exercice de simulation accompli dans des circonstances quasi réelles. L'étudiant peut non seulement expliquer et justifier ce qu'il a fait, mais aussi exposer son processus de pensée (Benhaberou-Brun, 2017).

Les participants au moment du débriefing sont poussés à visiter leurs processus de pensée pour expliciter ce qui les a conduits à faire telle ou telle action, à dire telle parole, à prendre telle décision, à avoir tel comportement. Ainsi, les représentations mentales de la situation sont évoquées, les intentions exprimées, les actions explicitées, le raisonnement clinique mis au jour, les connaissances mobilisées confrontées, les difficultés rencontrées partagées. Dans cet exercice, le formateur veille à construire un climat favorable aux interactions sociales au sein du groupe afin qu'il soit propice au raisonnement et à l'élaboration des connaissances professionnelles (Policard, 2018).

D'après la HAS (2012b), Le débriefing est l'étape d'analyse et de synthèse qui succède à la mise en situation simulée. C'est le temps majeur d'apprentissage et de réflexion de la séance de simulation. Le formateur guidé par une fiche de débriefing ordonnée en trois phases

(descriptive, d'analyse, et de synthèse) revient sur le déroulement du scénario et dégage avec les participants les points correspondants aux objectifs pédagogiques fixés (éléments d'évaluation). Cette rétroaction porte spécifiquement sur l'analyse des pratiques et des performances des apprenants et renseigne à la fois le formateur et les apprenants. Le rôle du formateur est important car c'est lui qui va faciliter le débriefing et guider la réflexion des apprenants. La durée du débriefing peut être moins ou égale à celle du déroulement du scénario mais peut se prolonger bien au-delà.

L'enregistrement vidéo et/ou l'indexation temps réel des événements peuvent être utilisés comme support de débriefing, mais ne doivent pas en constituer la majeure partie. En effet, il n'est pas nécessaire de reVISIONNER entièrement le déroulement du scénario, mais plutôt, grâce au système d'indexation, d'en sélectionner rapidement les phases importantes pour appuyer au mieux les messages du formateur. Lorsque les séances de simulation se font en groupe, la vidéo permet aux apprenants « non participants » de pouvoir observer la retransmission du scénario et ainsi de pouvoir bénéficier au mieux du débriefing (Boet, 2010).

En 2008, Salas et al. ont décrit les douze meilleures pratiques du débriefing :

- Les débriefings doivent avoir un intérêt diagnostique (forces et faiblesses des participants).
- Ils doivent être réalisés dans un environnement facilitant l'apprentissage.
- Les formateurs et participants doivent privilégier les discussions sur le travail d'équipe.
- Les formateurs doivent être formés à l'art et à la science du débriefing.
- Les membres participants doivent se sentir à l'aise durant les débriefings.
- Le débriefing doit être focalisé sur quelques points critiques.
- Les comportements et interactions d'équipe performante doivent faire l'objet de descriptions ciblées.
- Des indicateurs d'objectifs de performance doivent être utilisés.
- Les résultats du débriefing doivent être fournis.
- Le débriefing doit être réalisé à la fois au plan individuel et au plan de l'équipe au moment le plus approprié.
- Le débriefing doit avoir lieu dès que possible après la séance.

- Les conclusions et les buts du débriefing doivent être enregistrés pour faciliter des débriefings ultérieurs.

IX. L'élaboration des scénarios

Le scénario de simulation en santé est la description d'une session de simulation incluant les objectifs pédagogiques, les points de débriefing, le déroulé de la session, les ressources humaines et matérielles (Davies et Alinier, 2011).

Dans le domaine de la pédagogie il est utilisé la formulation scénario pédagogique, scénario de formation ou scénarisation pédagogique. Un scénario pédagogique est donc une description du déroulement de chaque séquence d'apprentissage incluant les objectifs pédagogiques, les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis, l'ordre d'apparition des activités, les tâches que les apprenants et les formateurs ont à effectuer tout au long de la séquence, la durée nécessaire pour chaque séquence, la stratégie d'enseignement... (Sahakian et al. s. d.).

Selon Seropian (2003) et Davies et Alinier (2011) l'écriture d'un script (scénario) comprend 8 parties :

1. Objectifs pédagogiques (titre, public, niveau de difficulté, taille du groupe, objectifs)
2. Ressources matérielles et humaines
3. Technique : le technicien de simulation et les paramètres physiologiques évolutifs
4. Documents nécessaires pour le scénario (ECG, radio, ordonnances...)
5. Contexte
6. Objectifs d'enseignement et pré-requis
7. Bibliographie
8. Notes (éléments d'amélioration du scénario, aides au débriefing...)

Dieckmann et Rall ont proposé en 2008 un modèle de scénario assez complet « *Tupass scenario script* », associant le résumé du scénario, les objectifs pédagogiques et points majeurs de débriefing, le briefing, les ressources humaines et matérielles et les différents rôles attribués aux acteurs pour lesquels le scénario doit être réaliste et orienté vers les objectifs pédagogiques. Ce modèle contient une partie dédiée au « *scenario life saver* » qui correspond aux techniques ou méthodes permettant de sauver le scénario si les apprenants s'éloignent des objectifs.

X. Les rôles des différents intervenants dans la pratique de simulation

1) Le formateur/facilitateur

Selon l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning « INACSL » (2016), le rôle du formateur est envisagé dans une fonction de facilitation des processus d'apprentissage en jeu. Le terme « facilitator », utilisé dans le monde anglophone des formations de santé, désigne le formateur se réclamant d'une approche socioconstructiviste, dans son activité globale de conduite de séances de simulation, à la fois lors du briefing (en facilitant l'enrôlement des apprenants dans la simulation), au cours de l'exercice simulé (en facilitant le déroulement du scénario et l'activité des apprenants) et lors du débriefing (en facilitant la prise de parole, la mise en débat et l'exploration des processus de pensée). En effet, dans la conduite d'une séance de simulation, le formateur procède par ajustements permanents du scénario, afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problème(s). Si nécessaire, il peut intervenir lui-même ou par le biais d'un facilitateur pour aider les apprenants, en particulier quand ceux-ci se trouvent bloqués dans une situation ou pour éviter d'évoluer vers une situation d'échec (Granry & Moll, 2012).

L'apprentissage des participants nécessite la présence du facilitateur, car il les guide et soutient pour qu'ils puissent comprendre et réaliser leurs objectifs. De plus, il les encourage à trouver des solutions fondées sur des preuves pour qu'ils puissent développer leurs compétences et leur jugement clinique. Le facilitateur sait adapter la situation clinique simulée afin qu'elle réponde aux objectifs d'apprentissage en fonction des interventions ou non-interventions du participant. Il doit guider les participants pour les aider à repérer leurs interventions positives et celles qu'ils auraient pu effectuer autrement dans le but d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient. S'ils n'ont pas atteint leurs objectifs, il leur indique ce qu'ils doivent changer dans leur intervention pour les atteindre, et le facilitateur doit être à l'aise avec cette méthode pédagogique. Dans certaines situations d'apprentissage, la personne portant le titre de facilitateur ne doit pas être vue comme un instructeur de compétences, mais plutôt comme un activateur d'apprentissage (Simoneau et Paquette 2014).

2) L'apprenant

D'après Simoneau et Paquette (2014), l'apprenant doit être responsable de ses apprentissages, il est actif et autonome, et sa motivation scolaire est de nature intrinsèque. L'apprentissage actif amène le participant à développer, à appliquer et à évaluer ses connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles) dans des contextes qui simulent

la réalité. De plus, l'apprentissage actif ou dans l'action, favorise le développement de la réflexion (pensée critique) et des capacités de raisonnement d'ordre supérieur (jugement clinique) (Chen, Hong, Sung et Chang, 2011).

3) Le responsable de l'infrastructure

Selon la HAS (2012b), le responsable de l'infrastructure (centre, laboratoire...) doit en particulier veiller à/au :

- L'organisation globale et au bon fonctionnement de l'infrastructure
- La coordination des différentes activités de l'infrastructure
- La gestion administrative et financière, la gestion des ressources humaines et la gestion du matériel
- Le maintien de la conformité de l'organisation vis-à-vis des contraintes légales ou réglementaires
- La réponse aux attentes des utilisateurs
- La représentation de l'organisation : liens politiques, pédagogiques, avec les sponsors, les apprenants
- La responsabilité de la communication externe et de la promotion
- La participation à des réseaux d'utilisateurs, des associations ou des sociétés de simulation
- La coordination de la recherche
- La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques.

4) Le responsable pédagogique et/ou scientifique

Selon la HAS (2012b), le responsable pédagogique et/ou scientifique doit avoir suivi une formation de formateurs et doit pouvoir en attester. Il doit posséder les compétences requises pour :

- L'organisation pédagogique et la coordination des programmes de simulation
- L'adéquation des programmes de simulation aux nouvelles recommandations
- La mise à jour des programmes de simulation

- L'animation de l'équipe de formateurs et de leur formation continue.

5) Le technicien

Les techniciens participent à la préparation des salles, l'entretien et la réparation du matériel, l'organisation logistique, le stockage du matériel et contribuent dans l'enseignement (Balde, Jaraya et Robriquet, 2012). Selon la HAS (2012b), Il assure les missions liées au fonctionnement opérationnel du centre afin de réaliser des travaux techniques reliés à la préparation et au déroulement des activités dans les laboratoires, les ateliers ou pour les projets tant au niveau de la recherche que de l'enseignement, notamment sur des activités en lien avec le domaine multimédia, en effet, il est appelé à :

- Opérer et programmer des équipements de simulation
- S'assurer que leur utilisation est faite de façon appropriée et assister les instructeurs dans leurs activités
- S'assurer du fonctionnement adéquat de tous les équipements, pour permettre les opérations liées à l'enseignement des techniques visées
- Assurer le soutien technique des activités, seul ou en collaboration avec les autres techniciens du centre de simulation au besoin et à la demande de son supérieur immédiat
- Participer à la formation de toutes nouvelles ressources techniques arrivant dans l'équipe.
- Assurer la mise en place, la maintenance et le conseil pour les techniques d'enregistrement audiovisuelles et les ressources informatiques des séances de simulation.

6) Le patient standardisé

Le patient standardisé est une personne formée à simuler l'histoire d'un patient réel et à imiter systématiquement les signes cliniques, le langage corporel, la personnalité et les réactions émotionnelles qui ont été définis dès le début d'une façon que les cliniciens ne puissent pas déceler la simulation. Le patient standardisé donne à l'étudiant la chance de se confronter à une situation clinique proche de la réalité, dans laquelle il peut exercer ses habiletés professionnelles (faire un examen physique par exemple) et interpersonnelles (communiquer avec le patient), sans crainte de nuire un vrai patient. Il peut ainsi coordonner

les différents savoirs et exercer plusieurs compétences dans une situation clinique (Université de Fribourg, s. d.).

XI. La gestion administrative

Selon Jaffrelot et Savoldelli (2013), la gestion d'un centre de simulation exige une planification dès le moment de la mise en place du centre et des différentes activités pour lesquelles il sera un prestataire de service. Il est en effet nécessaire de prévoir les informations à collecter pour que divers ajustements puissent être apportés, ce qui est essentiel pour le développement du centre.

Toutes les stratégies visant à optimiser le fonctionnement doivent être déployées. Le centre doit être doté d'un planning des formations maintenu, mis à jour et idéalement disponible pour consultation sur internet ou sur un site intranet. Ce planning permet d'identifier les périodes dédiées à la maintenance, le nettoyage du centre ou les réunions de formation interne. Il est également important de définir la capacité maximale d'accueil du centre en termes d'apprenants et de journées de formation. Ces règles de planification doivent permettre une utilisation maximale du centre, en sachant qu'un taux d'occupation proche de 100 % laisserait peu de souplesse pour toute modification (Seropian et Lavey, 2010).

Dès la création, l'équipe de direction, adaptée à la taille du centre, doit être responsable de son organisation. Cette équipe sera composée d'au moins un directeur qui doit avoir une expérience clinique, pédagogique, technique et diplomatique. Afin de clarifier les droits et les responsabilités de chacun et d'uniformiser la gouvernance, il est essentiel de rédiger une charte de fonctionnement du centre. Le rôle du directeur du centre est comparable à celui d'un « chef d'orchestre » capable d'organiser le centre, de prévoir et de résoudre les conflits entre équipes de spécialités, dont les priorités et les approches sont parfois très différentes. Il doit connaître les différents acteurs du centre de simulation et aussi les différents partenaires, ce qui pourra faciliter le développement du centre. Il est aussi un élément moteur en termes de recherche scientifique et de collecte de fonds (Baugnon, Granry et Orliaguet, 2013). Le challenge est alors d'organiser le centre afin que les formateurs disposent des ressources nécessaires pour enseigner, que les apprenants soient motivés pour progresser, et que chaque espace soit rentabilisé en termes de temps de formation. Prévoir par exemple que les salles de simulation soient « génériques », et non pas spécialisées d'emblée, permet qu'elles puissent être facilement transformées en bloc opératoire, salle des urgences, cabinet médical ou tout autre configuration. L'accueil des apprenants doit être envisagé en

mettant à disposition du personnel de réception, des vestiaires, des toilettes et une salle de détente. La signalétique doit être claire afin que l'apprenant ne se perde pas. Certains centres utilisent des techniques de gestion de flux afin de maximiser cette organisation pour que les participants qui débutent une simulation n'entrent jamais en contact avec ceux qui la terminent et limiter toute perturbation. Il faut rappeler que 20 à 30 % de l'espace du centre doit être dédié au stockage du matériel et à la logistique (Baugnon, Granry et Orliaguet, 2013).

XII. La planification de l'espace

Le choix de l'espace du centre doit être guidé par l'étude des besoins. Ce processus doit non seulement prendre en compte les spécialités concernées et le type de formation et d'équipement requis, mais également le nombre de participants. La stratégie d'adoption de la simulation dans l'établissement et le business plan devraient pouvoir fournir une grande partie de ces informations afin de déterminer précisément le nombre de salles de simulation et d'observation nécessaires, et si besoin, le nombre de laboratoires de pratique clinique et de bureaux. Il faut aussi prévoir si les salles de contrôles et d'observation sont partagées entre plusieurs salles de simulation ou spécifiquement dédiées (Alinier et Granry, 2013).

Un raisonnement pragmatique doit être appliqué au design d'un centre de simulation pour optimiser l'environnement éducationnel. La flexibilité de l'espace est un aspect important à considérer afin de pouvoir répondre à d'autres besoins que ceux initialement prévus. Par conséquent, il peut être très utile d'utiliser des cloisons amovibles avec une bonne qualité sonore entre certaines salles de débriefing ou de simulation. Les espaces de rangement doivent être stratégiquement localisés et avoir une capacité suffisante pour stocker tout l'équipement du centre (Du Boulay et Medway, 1999).

D'après Riley (2016), la disposition, le nombre et le type de salles varieront en fonction de la spécialité et du modèle économique du centre de simulation. Cependant, les pièces suivantes sont identifiées comme étant assez typiques dans un centre de simulation multifonctionnel :

- Salle d'opération simulée
- Salle de contrôle
- Salles de débriefing
- Salles de communication

- Amphithéâtre
- Espaces extérieurs pour les activités de formation externes
- Espaces de pause
- Espaces de restauration
- Vestiaires
- Espaces de stockage

1) Salle d'opération simulée

La superficie de la salle d'opération fictive doit être similaire à celle d'une salle d'opération réelle, soit environ 40 à 50 m². La salle ne requiert pas toujours des systèmes spécialisés de gaz médicaux, de traitement de l'air, d'un système de mise à la terre équipotentiel, ni d'aucun des services hospitaliers spécifiques qui existent dans un bloc opératoire réel. Cependant, certains équipements d'anesthésie et de respiration peuvent nécessiter l'utilisation de gaz médicaux afin d'éviter une perte de garantie ou de fonctionner correctement pendant une simulation (Riley, 2016).

2) Salle de contrôle

La salle de contrôle doit être équipée d'une vitre sans tain afin que les personnes présentes dans la salle de contrôle puissent voir la salle de simulation sans être vu par les participants qui se trouvent au sein de cette dernière. Il est préférable que le haut de la vitre soit légèrement incliné vers la salle de simulation pour aider à minimiser l'éblouissement par réflexion. Il est possible d'utiliser un verre miroir spécial, mais cela peut être coûteux. Le film réfléchissant est une solution peu coûteuse et efficace. Un pupitre doit être installé dans la salle de contrôle sur toute la longueur de la fenêtre d'observation. Le système d'éclairage de la salle de contrôle doit être composé de lampes de travail le long de la ligne centrale de la pièce et de lampes basses à faible luminosité entièrement encastrées comme lampes de travail directement au-dessus du bureau. Les lampes de travail doivent être branchées sur un interrupteur à gradation distinct de celui des lampes d'appoint. La salle de contrôle est l'endroit où le scénario et l'environnement simulé sont contrôlés. Les opérateurs contrôlent le mannequin, les dispositifs audiovisuels et l'éclairage de la zone de formation par simulation. Ils sont également la voix du patient et donnent des instructions via des haut-parleurs montés au plafond (Riley, 2016).

3) Salles de débriefing

Les salles de débriefing doivent généralement pouvoir accueillir au moins dix personnes, mais il peut être nécessaire d'augmenter cette capacité si besoin. Des murs mobiles peuvent permettre d'augmenter la capacité en ouvrant deux salles pour n'en faire qu'une. Les salles de débriefing ont plusieurs fonctions, l'une d'elles est le débriefing des activités qui se sont terminées dans un scénario de formation. Les participants retournent dans la salle de débriefing où l'animateur peut leur expliquer le bien-fondé ou non de leurs actions et passer en revue ce qu'ils ont fait de bien et ce qu'ils pourraient faire différemment la prochaine fois.

Les salles de débriefing peuvent également servir de petites salles de réunion ou de lieux de vidéoconférence et jouer le rôle d'une salle d'observation afin que les personnes associées au cours de formation, mais qui ne se trouvent pas dans la salle de simulation, puissent voir ce qui se passe. Lorsque la salle de débriefing se trouve à côté de la salle de formation, des vitres sans tain peuvent être installées pour permettre de voir la zone de formation ; cependant, lorsque les salles de débriefing sont éloignées, les activités de formation peuvent être visualisées via le système audiovisuel. Dans tous les cas, il est recommandé de prévoir des liaisons vidéo multiples dans une salle de débriefing (au moins trois caméras visionnées simultanément). Les salles de débriefing doivent se trouver à proximité des zones de formation afin que le processus de débriefing puisse avoir lieu le plus rapidement possible après le scénario de formation (Riley, 016).

4) Salle de communication

Une activité émergente déployée dans les centres de simulation est la formation à la communication à l'aide des patients standardisés. La formation se concentre sur la communication au sein des équipes, ou la communication adéquate avec les patients. La communication efficace est une compétence très importante, mais elle n'a pas été abordée de manière adéquate dans la formation en santé. Une mauvaise communication a été identifiée comme un facteur important d'erreur médicale et l'accent est désormais mis sur l'amélioration des compétences de communication au sein des équipes et entre elles, ainsi qu'avec le patient. Le centre de simulation aura besoin d'un espace conçu pour soutenir la formation à la communication. L'espace comprend des petites suites de communication avec une salle de contrôle pour visualiser et enregistrer les activités de communication. Les pièces peuvent être utilisées comme un bureau de médecin, une salle de consultation ou une salle de réunion ou toute autre variation sur ce thème. Les acteurs jouent le rôle des patients ou d'une équipe et le stagiaire ou le participant est immergé dans le scénario et ses actions sont enregistrées sur vidéo et/ou visualisées en temps réel pour analyse et évaluation (Riley, 2016).

5) Amphithéâtre

Il est important que le centre de simulation comporte au moins un amphithéâtre pouvant accueillir un nombre important de personnes, de préférence plus de 50. L'amphithéâtre peut être plat ou étagé. Il est préférable d'avoir des amphithéâtres plats car ce style permet une réadaptation en accord avec le concept multifonctionnel ; cependant, les amphithéâtres étagés offrent des avantages en termes de visibilité et de ligne de vue. Le style de l'amphithéâtre doit être évalué au moment de la conception. L'amphithéâtre doit être équipé d'un matériel audiovisuel et de communication approprié permettant non seulement de visualiser le contenu multimédia, mais aussi de participer à des vidéoconférences et d'enregistrer les activités qui s'y déroulent (Riley, 2016).

6) Espaces extérieurs

Lorsque cela est possible, il est avantageux d'incorporer une zone de formation externe comme composante du centre de simulation. Les zones de formation externes peuvent être aménagées avec des accessoires, tels que des véhicules automobiles accidentés, des ruines de bâtiments ou des ambulances, et visent à fournir un environnement de formation réaliste dans une zone extérieure. Des dispositifs audiovisuels peuvent relier cet espace extérieur au centre de simulation afin que les activités soient enregistrées en vidéo et en audio, puis visionnées dans les salles de débriefing ou les amphithéâtres (Riley, 2016).

7) Espaces de pause

L'importance des espaces de pause a été abordée précédemment ; cependant, les espaces de pause doivent être conçus comme un environnement relaxant pour faciliter la liberté de communication et encourager les discussions des participants. Il peut être nécessaire de disposer d'une installation d'apprentissage en ligne ou d'un accès à Internet à proximité de l'espace de pause afin de pouvoir accéder à d'autres informations pendant ce temps. Des boissons doivent également être disponibles à proximité. Les espaces de pause peuvent être bruyants et, par conséquent, une attention particulière doit être portée à l'acoustique (Riley, 2016).

8) Espaces de restauration

De nombreux cours de formation durent plus d'une demi-journée et la restauration doit également être prise en compte. Que la nourriture soit apportée ou préparée sur place, des rafraîchissements doivent être fournis. Pour la continuité de la session, il est préférable que les participants ne quittent pas le centre de simulation pour acheter le déjeuner ou pour une

éventuelle pause thé. Il faudra prévoir des zones pour la manipulation, le service et le retrait des aliments (Riley, 2016).

9) Vestiaires

Dans de nombreuses activités de formation, les participants doivent se changer en blouses ou porter des blouses de laboratoire. Des vestiaires sont nécessaires et doivent être situés de préférence à proximité des zones de formation telles que la salle d'opération simulée, ainsi que des laboratoires. Les vestiaires doivent également être équipés de casiers pour le rangement sécurisé des affaires des participants, ainsi que d'étagères pour le rangement des blouses (Riley, 2016).

10) Espaces de stockage

L'espace de stockage doit représenter 20 % de la superficie totale du centre, en distinguant les espaces à proximité des utilisateurs pour les équipements fréquemment utilisés et un espace à distance pour les équipements rarement utilisés et, idéalement, en prévoyant des possibilités d'extension (Jaffrelot et Savoldelli, 2013).

XIII. Le choix de l'équipement de communication

Le choix de l'équipement dépend non seulement de la méthode de simulation qui sera adoptée, mais aussi de plusieurs autres facteurs dont la fonctionnalité, la fiabilité, et la facilité d'utilisation. Ces points sont primordiaux, particulièrement, dans les cas où le centre n'a pas de personnel permanent pour assurer le bon fonctionnement et l'entretien de tout l'équipement (Alinier, 2010). Les moyens de communications modernes sont indispensables et permettent d'avoir un centre ouvert sur d'autres centres et organismes institutionnels à travers des systèmes de vidéoconférence par exemple (Balde, Jaraya et Robriquet, 2012).

L'achat du système audio-visuel est un investissement majeur tant sur le plan financier que fonctionnel, car c'est un composant essentiel au succès d'une session de simulation de haute-fidélité, particulièrement en présence d'observateurs ou s'il est nécessaire d'analyser les événements d'un scénario (Seropian, 2003). Par conséquent, il est préférable d'envisager les différentes options avec une attention particulière à l'étape initiale du projet afin que le système puisse être totalement intégré dans le centre de simulation et être flexible et facile à utiliser (Alinier, 2008). Il existe de plus en plus d'options de systèmes audiovisuels sur le marché, mais elles ont toutes leurs avantages et inconvénients que ce soit au niveau du contrôle des caméras que de la sauvegarde des vidéos et de leurs annotations. Si le centre a

des ambitions d'extension, il est important d'anticiper ce scénario afin de s'assurer que le système audio-visuel soit facilement extensible sans engendrer de coûts additionnels trop en termes de matériel et d'infrastructure (Alinier et Granry, 2013).

Le système audio-visuel est parfois associé à un logiciel de management de l'information qui permet de gérer les activités du centre, l'utilisation de l'équipement, la correspondance avec le personnel de formation, les acteurs, et les apprenants. Certaines solutions permettent aussi par exemple d'ajouter des clips vidéos des séances et de les documenter avec les observations des formateurs concernant la performance des candidats. Les données enregistrées par un tel système peuvent être d'une grande importance pour l'élaboration d'un rapport d'activité annuel du centre et la planification des activités annuelles (Seropian et Lavey, 2010).

Conclusion

L'objectif d'élaborer ce présent guide est de réunir l'ensemble de bonnes pratiques de simulation et de comprendre les différents aspects d'utilisation de la simulation comme technique pédagogique dans le domaine de la santé.

Le présent guide a été élaboré selon une approche participative. En effet, plusieurs réunions ont été menées avec des personnes ressources, ayant des expériences en domaine de simulation en santé. Par ailleurs, un Benchmark a été adopté, on se basant sur une documentation de référence (Manuels, Référentiels, Guides, Rapports...). Ainsi, des visites ont été faites à des laboratoires de simulation (Fondation Cheikh Zaid à rabat, Institut Supérieur des Sciences de la Santé à Settat, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire à Fès, Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé à Marrakech...). Egalement, nous avons participé à des ateliers et des sessions de formation au sujet de la simulation en santé.

D'après la littérature, nous avons pu identifier un certain nombre d'éléments qui peuvent être adoptés par les différents acteurs afin de réduire les variations dans les pratiques et l'usage inefficace des diverses techniques de simulation. Egalement, à partir des différents articles et travaux, que nous avons lu et analysé portant sur le sujet des bonnes pratiques de simulation en santé, nous avons pu élaborer un ensemble de recommandations, directives et normes qu'il faut suivre pour bien bénéficier des bien fondés de cette méthode d'enseignement et améliorer les apprentissages des étudiants.

Références

- Abraham, J., Wade, D. M., O'Connell, K. A., Desharnais, S. et Jacoby, R. (2011). The use of simulation training in teaching health care quality and safety: an annotated bibliography. *American Journal of Medical Quality*, 26(3), 229-238.
- Alinier G., Hunt W. B. et Gordon R. (2004). Determining the value of simulation in nurse education: study design and initial results. *Nursed Education in Practice*, 4, 200–207.
- Alinier, G. (2008). Simulation audio/video requirements and working with audio/video installation professionals. Dans R. R. Kyle et W. B. Murray (Eds), *Clinical Simulation: operations, engineering, and management*. (pp. 729–736). San Diego: Academic Press.
- Alinier, G. (2010). A guide to setting up a simulation training unit within an ambulance trust. *Journal of Paramedic Practice*, 1(9), 269-275.
- Alinier, G. et Granry, J. C. (2013). Créer un centre de simulation et le rendre viable. Dans S. Boet, J. C. Granry et G. Salvoldelli (Eds.), *La Simulation en Santé: De la théorie à la pratique* (pp.411-423). Paris: Springer.
- Ammirati, C., Granry, J. C. et Salvoldelli, G. (2013). Mannequins simulateurs de patients. Dans S. Boet, J. C. Granry et G. Salvoldelli. *La Simulation en Santé : De la théorie à la pratique* (pp.63-74). Paris: Springer.
- Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A. & Ostergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81, 695-702.
- Authenticated U.S. Government Information, (2009). H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session.
- Balde, M. C., Jaraya, B. & Robriquet, L. (2012). Stratégies d'implantation d'un centre de simulation. Mémoire diplôme interuniversitaire de pédagogie, Université Paris 5 – René Descartes, Paris.
- Baugnon, T., Granry, J. C. & Orliaguet, G. (2013). Challenges dans le fonctionnement d'un centre de simulation : organisation, matériel, personnel. Dans S. Boet, J. C. Granry et G. Salvoldelli. *La Simulation en Santé: De la théorie à la pratique* (pp. 425-432). Paris: Springer.
- Beauchamp, S. et Duplantie, J. P. (2012). Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux.
- Benhaberou-Brun, D. (2017). Apprendre grâce à la stimulation, *Perspective Infirmière*, 14(3), 26-30.
- Bland, A. J., Topping, A. & Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31 (7), 664-670. Boston: John and Bartlett Publishers.
- Boet, S. (2010). Étude de l'intérêt de l'auto-évaluation dans l'enseignement par simulation - Exemple des internes d'anesthésie pour l'apprentissage des compétences non techniques en simulation d'urgence. Mémoire de Master de recherche à distance francophone. Université de Rouen, Rouen.
- Boet, S., Granry, J. C. et Salvoldelli, G. (2013). La simulation en Santé : de la théorie à la pratique. Paris: Springer.

- Botden, S. M., Buzink, S. N., Schijven, M. P. & Jakimowicz, J. J. (2007). Augmented versus virtual reality laparoscopic simulation: what is the difference? *World Journal of Surgery*, 31(4), 764-772.
- Cégep de Drummondville (2019). Guide d'implantation d'une unité de simulation en gérontologie dans un département collégial de soins infirmiers au Canada.
- Chen, Y. L., Hong, Y. R., Sung, Y. T. & Chang, K. E. (2011). Efficacy of simulation-based learning of electronics using visualization and manipulation. *Educational Technology et Society*, 14(2), 269-277.
- Chiniara, G. (2007). Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie. http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/ca07/html/ca07_03/ca07_03.htm.
- Colt, H. G., Crawford, S. W. & Galbraith, O. (2001). Virtual Reality Bronchoscopy Simulation. *Chest*, 120(4), 1333-1339.
- Davies, J. & Alinier, G. (2011). The growing trend of simulation as a form of clinical education: a global perspective. *International Paramedic Practice*, 1(2), 58-62.
- Dieckmann, P. & Rall, M. (2008). Designing a scenario as a simulated clinical experience: The TupASS scenario script. In: R. R. Kyle et W. B. Murray (Eds.), *Clinical simulation: Operations, engineering and management*. (pp. 541-550). Burlington: Academic Press.
- Du Boulay, C. & Medway, C. (1999). The clinical skills resource: a review of current practice. *Medical Education*, 33(3), 185-191.
- Ducros, A. (2012). Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie. Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter Universitaire de Pédagogie médicale, Hôpital Lariboisière, Paris.
- Fowler, D. C. & Alden, K. R. (2008). Enhancing Patient Safety in Nursing Education through Patient Simulation. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 2-10.
- Granry, J. C. et Moll, M. C. (2012). Rapport de mission: État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. HAS-Santé, Saint-Denis.
- HAS (2012b). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS-Santé, Saint-Denis.
- HAS (2019). Développement professionnel Continu (DPC) : Simulation en santé. HAS-Santé, Saint-Denis.
- Huwendiek, S., De leng, B. A., Zary, N., Fischer, M. R., Ruiz, J. G. & Ellaway, R. (2009). Towards a typology of virtual patients. *Medical Teacher*, 31(8), 743-748.
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, INACSL, (2016). INACSL Standards of Best Practice: Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, 5-12.
- Jaffrelot, M. et Savoldelli, G. (2013). Concevoir un centre de simulation. Dans S. Boet, J. C. Granry et G. Salvoldelli. *La Simulation en Santé: De la théorie à la pratique*. (pp.403-410). Paris: Springer.

- Jouquan, J. (2002). L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*, 3, 38-52.
- Meller, G. (1997). A typology of simulators for medical education. *Journal of Digital Imaging*, 10(1), 194-196.
- Moorthy, K, Munz, Y, Sarker, S. K. & Darzi, A. (2003). Objective assessment of technical skills in surgery. *British Medical Journal*, 327, 1032-1037.
- NCSBN (2015). NCSBN Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Programs. *Journal of Nursing Regulation*, 6(3), 39-42.
- Oriot, D. et Alinier, G. (2019). La simulation en santé. Le débriefing clés en mains : Elsevier Masson SAS.
- Policard, F. (2018). Facilitation et simulation clinique : Modalités de l'activité de guidage dans la situation simulée chez les formateurs en soins infirmiers. *Activites*, 15-22.
- Prion, S. (2008). A practical framework for evaluating the impact of clinical simulation experiences in prelicensure nursing education. *Clinical Simulation in Nursing*, 4, 69-78.
- Reznick, R.K. & MacRae, H. (2006). Teaching surgical skills - Changes in the wind. *New England Journal of Medicine*, 355(25), 2664-2669.
- Riley, R. H. (2016). *Manual of Simulation in Healthcare*. (2nd ed.). Oxford University Press.
- Rocheleau, L. (2015). Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Sahakian, G. D., Lecomte, F., Buléon, C., Guevara, F., Jaffrelot, M., Alinier, G., & al. (s. d.). Référentiel sur l'élaboration de scénarios de simulation en immersion clinique.
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. C., Birnbach, D. J. & al. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *The Joint Commission Journal on Quality and patient safety*, 34(9), 518-527.
- Seropian, M. & Lavey, R. (2010). Design Considerations for Healthcare Simulation Facilities. *Simulation in Healthcare*, 5(6), 338-345.
- Seropian, M. A. (2003). General concepts in full scale simulation: getting started. *Anesthesia and Analgesia*, 97(6), 1695-1705.
- Simoneau, I. L. et 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.
- Université de Fribourg (s. d.). Patients standardisés et simulés. <https://www.unifr.ch/med/fr/section/institutes/skillslab/patients.html>
- Wayne, D. B., Butter, J., Siddall, V. J., Fudala, M. J., Linquist, L. A., Feinglass, J. & al. (2005). Simulation-based training of internal medicine residents in advanced cardiac life support protocols: a randomized trial. *Teaching and Learning in Medicine*, 17(3), 202-208.
- Wikipédia (2021). Bonne pratique. https://fr.wikipedia.org/wiki/Bonne_pratique
- Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D. & Glick, S. (2003). Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Academic Medicine*, 78(8), 783-788.

Chapitre II :

Guide de Bonnes Pratiques de Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé



Mai, 2022

SOMMAIRE

Introduction	3
I. Définition des concepts	3
II. Les apports du tutorat	5
III. Les limites du Tutorat	6
IV. L'organisation du tutorat	7
V. Les enjeux de tutorat	8
VI. Les principales fonctions du tutorat	8
VII. Les caractéristiques d'un programme de tutorat efficace	9
VIII. Les acteurs de tutorat	9
1) Le tuteur	9
2) Le tuteuré	12
3) Le maitre de stage	14
4) Les professionnels de proximité	15
5) Le formateur référent	16
6) Etablissement de formation	17
7) Etablissement de soins	17
IX. Les relations entre les acteurs	18
1) La relation entre tuteur/tuteuré	18
2) La relation entre maitre de stage/établissements	21
3) La relation entre professionnels de proximité/tuteuré	21
4) La relation entre professionnels de proximité/tuteur	21
5) La relation entre formateur référent/maitre de stage	21
6) La relation entre formateur référent/tuteur	22
7) La relation entre formateur référent/tuteuré	22
8) La relation entre établissement de formation/établissement de soins	22
X. Méthodologie d'encadrement	24
1) Accueil sur le lieu de stage	24
2) Analyse de la situation et des besoins	25
3) Mise en situation de travail	25
4) Mise en place des actions	25
5) Evaluation et réajustement	26
Conclusion	28
Références	28

Introduction

La formation infirmière est une formation qui se base dans une grande partie sur les stages cliniques qui permettent aux étudiants de mettre en pratique leurs connaissances théoriques et d'acquérir des nouvelles compétences techniques, en s'exposant quotidiennement à diverses situations cliniques. De ce fait, l'encadrement de ces étudiants revêt une importance cruciale, c'est le moyen qui permet d'assurer que leurs stages dérouleront dans les meilleures conditions, en matière d'apprentissage et des résultats, ce qui aidera à former des professionnels de santé qualifiés, responsables et capables de prendre en charge les patients avec la plus haute qualité des soins, tout en assurant leurs sécurités. Pour ce faire, un encadrement par tutorat reste l'approche la plus appropriée, et la méthode la plus adaptée à notre contexte pour réaliser cet encadrement, et par conséquent, atteindre les objectifs escomptés. Par ailleurs, le tutorat est considéré comme étant une relation formative entre un tuteur et un tutoré au sein d'un environnement professionnel. Il implique que la situation de travail soit organisée de manière à faciliter l'apprentissage d'un métier, d'une fonction, dans le cadre d'une relation d'appui personnalisée et formalisée (Bastide, T. 2012). Il s'inscrit dans une organisation et engage toute l'équipe de travail. C'est un projet institutionnel, qui est basé sur une relation de confiance entre un tuteur et un tutoré, cette relation contribue au développement des compétences et de l'identité professionnelle de tutoré (Lamasse, V. 2010). Pour une Bonne instauration de cette méthode, l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques s'avère un préalable fortement recommandé, qui sera un support d'appui et de soutien aux différents acteurs de la fonction tutorale.

I. Définition des concepts

Guide de bonnes pratiques

Selon la définition proposée par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) en 2003, les guides de bonnes pratiques sont des recommandations élaborées méthodiquement et fondées sur des données probantes visant à aider les prestataires de services, les bénéficiaires et les autres parties prenantes à prendre des décisions éclairées au sujet des interventions de santé appropriées. C'est un outil d'aide pour la décision éclairée et partagée entre intervenants et patients, usagers ou proches aidants lors de la prestation de soins et de services, constitué de recommandations fondées sur les meilleurs données et savoirs disponibles scientifiques, contextuels et expérientiels (Rochereau, 2015).

Stage

Etape d'apprentissage professionnel où l'étudiant est mis en situation réelle de travail. Le stage permet d'assimiler les connaissances théoriques et d'acquérir des comportements professionnels (Pottier, 2005).

Encadrement

Une action pédagogique qui consiste à organiser un stage, à diriger et à accompagner le stagiaire, et participer à la formation par l'information des tutorés, c'est initier, former, contrôler, réajuster, évaluer. L'encadrement exige du professionnel des connaissances théoriques, pédagogiques et techniques, et qui transmet son savoir, savoir-faire au tutoré (Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers -FNESI-, France, 2013).

Tuteur

Un professionnel expérimenté qui, à côté de son activité principale (son métier), est chargé d'organiser, d'intégrer, d'accompagner et de former le tutoré en situation de travail, par son accompagnement sur le terrain, le tuteur contribue au développement de l'identité professionnelle et des compétences professionnelles du tutoré (Commission paritaire 332, Belgique, 2020).

Tutoré

Une personne qui cherche l'accomplissement personnel et professionnel, utilise les connaissances, les compétences et les valeurs fournies par le tuteur pour atteindre ses objectifs personnels et professionnels (Cliche, Levine, Sicotte, Leduc et Lamothe, 2015). Il peut confronter des difficultés de compréhension qui demandent l'aide des encadrants afin de recevoir, de manière personnalisée, les explications nécessaires qui vont contribuer à une amélioration de cette compréhension. Autres appellations possibles : apprenant, étudiant, stagiaire (Myre et Karine, 2015).

Tutorat

C'est l'action d'associer, pour une période donnée, une personne confirmée du domaine de compétence et une personne débutante du même domaine (Terrier, 2011).

Le tutorat est un accompagnement qui vise à aider l'étudiant à cheminer, à se construire, et à atteindre ses buts. Il se distingue :

- du conseil qui consiste en un service ponctuel rendu à celui qui le demande ;

- de la supervision qui englobe l'évaluation et le jugement ;
- de la médiation qui intervient dans la gestion des conflits ;
- de la formation qui transmet des contenus (Université Catholique de Louvain, Belgique, 2019).

II. Les apports du tutorat

Pour le tuteur

Le tuteur, engagé dans une relation pédagogique individualisée, trouve l'occasion de développer un grand nombre de compétences, correspondant aux trois fonctions principales du tutorat. En effet, grâce au soutien qu'il peut apporter aux tutorés, et surtout, grâce au retour d'information qu'il peut obtenir des apprenants, les tuteurs peuvent développer des compétences pédagogiques et apprendre à adapter leurs discours et leurs méthodes aux compétences et aux caractéristiques des tutorés. En outre, en organisant l'apprentissage du tutoré et en participant à son processus d'évaluation et en supervisant ses activités, le tuteur développe certaines compétences de gestion. Généralement, la fonction de tutorat nécessite une clarification et une analyse complexe du travail, qui permet au tuteur de développer ses compétences de réflexion et d'analyse de la situation (Bastide, 2012).

Wittorski en 1996, a annoncé que le tutorat permet au tuteur de développer un regard sur soi, en termes de pratique et de capacité d'action d'encadrement, ce qui lui aide de déterminer ce qu'il sait faire, et comment le faire ainsi que de développer des compétences managériales, de réflexion et d'analyse des situations et la mise dans une réelle dynamique de travail. Selon Mettetal en 2018, les bénéfices du tutorat pour le tuteur sont multiples y compris une source de valorisation, satisfaction d'aide à progresser (carrière et compétences), et à créer des nouveaux contacts. Ainsi, le développement de certaines compétences : leadership, charisme, ouverture sur une autre génération, sensibilisation à de nouvelles problématiques comme le travail collaboratif.

Pour le tutoré

Le tutoré bénéficie d'un apprentissage théorique et pratique optimisé, accompagné et individualisé, ainsi que d'une intégration facilitée dans l'équipe de travail. Par conséquent, il peut appliquer ses connaissances théoriques sur le terrain en entreprenant des actions dans des conditions réelles, en corrigeant les erreurs et en stabilisant les pratiques. Par ailleurs, ce mode d'apprentissage, à l'inverse de l'encadrement classique, lui permet d'être acteur de sa

formation et de développer une autonomie au travail (Bastide, 2012). Le dispositif de tutorat offre une aide pour le tuteur afin de mettre en place des liens théoriques entre les soins réalisés, les contextes et les méthodes d'organisation du travail, ainsi que développer un esprit de réflexion sur ses actions. Ce dispositif a pour objectif de favoriser la collaboration, la solidarité et la confiance de tuteur avec l'ensemble d'équipe de travail, à fin d'obtenir une meilleure interconnaissance dans l'équipe et un meilleur vécu de l'expérience, ainsi qu'une prévention de certains troubles somatiques ou psychologiques de tuteur (Lamasse, 2012).

Selon Mettetal en 2018, les avantages de tutorat constituent des opportunités pour le tuteur pour l'amélioration de ses connaissances, ses attitudes de travail et le développement de ses compétences, qui est en rapport avec le degré de l'expertise et de l'expérience du tuteur, et du développement de sa carrière à l'aide des nouveaux contacts et de la visibilité et de l'employabilité. Et pour bénéficier de ces avantages, le tuteur doit avoir une bonne motivation et une confiance en soi.

Pour les professionnels

En offrant un espace de communication privilégié, l'équipe de travail peut mieux se comprendre et favorise la construction de liens volontaires entre eux, ce qui affecte directement l'apprentissage des infirmiers. De plus, la favorisation de la collaboration, l'union, la confiance et le développement des relations étroites entre les professionnels, contribuent à accroître de leurs réalisations. Et constituent un facteur d'influence important sur le développement de leurs compétences. La mise en œuvre d'un tutorat adapté résulte du développement des compétences individuelles des nouveaux professionnels et des tuteurs, et aussi par l'optimisation des interactions entre professionnels. Par ailleurs, le tutorat permet la valorisation du domaine infirmier, le partage de la culture soignante et responsabilisation de l'ensemble des professionnels, ce type de dispositif véhicule une réelle dynamique de travail pouvant favoriser la réalisation de chacun à son poste de travail, en offrant de réelles ouvertures professionnelles (Bastide, 2012).

III. Les limites du Tutorat

Des problèmes de distance

L'effet d'annonce d'un dispositif tuteur sur le tuteur peut induire une certaine distance sociale dans la relation, car le tuteur se voit attribuer un rôle interdit à l'autre, mais aussi distance cognitive, compte tenu du fait que ces attributions de rôles se décident en fonction

des compétences de chacun. Ceci renforce l'importance à accorder à la communication autour du processus, vis-à-vis des équipes et des nouveaux arrivants (Baudrit, 1999).

Des problèmes de compétences chez les tuteurs

Étant donné la complexité des missions pédagogiques des tuteurs, les risques sont forts de se trouver confronter à des échecs pédagogiques liés aux compétences des tuteurs. Il sera ainsi primordial d'effectuer un suivi personnalisé de ces derniers, couplé à une évaluation du dispositif par les tutorés et les autres professionnels. Par ailleurs, la relation tutorale ainsi que les missions d'encadrement confiées aux tuteurs, peuvent provoquer chez certains une turbulence relationnelle, mettant en jeu des mécanismes de pouvoir, et menant à un déséquilibre pédagogiquement stérile (Bastide, 2012).

Des problèmes organisationnels

Les problèmes organisationnels qui affrontent ce type de dispositif viendront principalement du caractère chronophage de leur mise en œuvre, ainsi que les ajustements éventuels qu'ils demandent. Cette question constitue un point incontournable du dispositif. Une organisation qui ne serait pas prête à y consentir ne doit pas s'engager dans un pareil projet. Néanmoins, un grand nombre de ces obstacles présumés peuvent être facilement surmonté par un ajustement du dispositif à son contexte (Maamri et Tourrette Turgis, 2007).

IV. L'organisation du tutorat

Comme tout projet institutionnel, celui-ci requiert un pilotage, une concertation entre acteurs et une articulation avec les missions des établissements de soins et de formation.

En amont de tutorat

Donner un cadre institutionnel : Assurer un engagement entre les établissements de soins et de formation, Ainsi que l'élaboration d'une charte de tutorat qui comprend les enjeux, les ressources, les modalités de mise en œuvre et profil des acteurs et leurs fonctions.

Préparer les activités de tutorat : Cette préparation commence par la désignation des tuteurs, et leur formation avant l'exercice de cette fonction, et il contribue à l'organisation de la collaboration entre tous les acteurs clés du tutorat internes et externes (Commission Paritaire 332, Belgique, 2020). Le tutorat repose sur le volontariat de ces acteurs (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada [AIIC], 2004), mais ça n'empêche pas de mettre en place des incitations pour stimuler leur intérêt, la première recommandation se centralise autour de la création d'un poste formel, spécifique à chaque profil avec un circuit de

rémunération bien défini (Brinkman, 2013), autres directives ont été élaborées : la reconnaissance et la valorisation de l'expertise des professionnels (Pouliot, 2017).

En cours de tutorat

Assurer sa mise en œuvre par l'accueil, l'intégration, l'accompagnement, la formation du tuteuré, et l'évaluation de ses acquis par les échanges et les discussions au sein de l'équipe.

En aval du tutorat

Analyser les résultats et les effets sur les acteurs et les bénéficiaires de tutorat, et évaluer les acquis par rapport aux enjeux du tutorat, ainsi qu'une identification des pistes d'amélioration en vue d'un nouveau cycle de tutorat (Commission Paritaire 332, Belgique, 2020).

V. Les enjeux de tutorat

Le programme de tutorat parie sur plusieurs enjeux, qui consistent à anticiper dans les évolutions des métiers paramédicaux par le fait de valoriser l'expérience acquise et la coopération entre les acteurs en capitalisant leurs pratiques. Pour le tuteuré, les enjeux visent à faciliter les liens entre les apprentissages en établissement de formation et de soins. Et la construction de son identité professionnelle, par l'acquisition des savoirs propres à l'exercice de son métier. Le tutorat a pour but également de contribuer au parcours de formation des tuteurés, dans laquelle tous ces acteurs interviennent par des tâches différentes et complémentaires pour faire grandir le tuteuré dans son parcours de professionnalisation (FNESI, France, 2013).

VI. Les principales fonctions du tutorat

1. Une fonction pédagogique

Essence même de la fonction tutorale, très souvent cité comme objectif principal du dispositif, la fonction pédagogique a pour objet de développer les compétences du tuteuré, via son accompagnement et son soutien en situation de travail. Il permet d'optimiser l'aptitude entre les compétences attendues et les capacités réelles de tuteuré.

2. Une fonction de socialisation

Fréquemment considérée comme une acquisition secondaire pour le tuteuré, la fonction de socialisation ou d'accompagnement social, n'en est pas moins une composante majeure à prendre en compte dans l'organisation du dispositif et le choix des tuteurs. Le tutorat s'avère

ici générateur de lien social, il permet de préserver et conserver la solidarité entre les acteurs. En effet, en formalisant des échanges basés sur une relation de confiance entre tuteur et tutoré, le tutorat permet à ce dernier d'accéder à des savoirs et des connaissances relationnelles, à des manières de faire et d'interagir, facilitant son intégration.

3. Une fonction de management et d'encadrement

Cette fonction comprend des tâches de planification et d'organisation de l'intégration et du suivi des tutorés, mais également de coordination avec les différents professionnels et intervenants dans l'apprentissage des tutorés. Elle inclut aussi des tâches relevant de pratiques d'encadrement, par une répartition adaptée du travail des tutorés (Bastide, 2012).

Autres fonctions du tutorat ont été évoquées d'après Geay en 2009 qui sont une fonction de transmission des savoirs professionnels et une fonction d'accompagnement, de soutien et de suivi. Selon Kwocz en 2010, le tutorat a aussi une fonction d'évaluation de la progression et de validation des acquis des tutorés.

VII. Les caractéristiques d'un programme de tutorat efficace

Un programme de tutorat bien conçu et efficace comporte les éléments suivants: (a) un calendrier des activités clair et précis, afin que les acteurs puissent bien planifier leur engagement, (b) une structure bien établie qui dicte la fréquence minimale des communications entre les tuteurs et les tutorés, (c) une phase initiale qui précède les premières séances de travail, durant lesquelles les tuteurs et les tutorés apprendront à se connaître et mettre les bases d'une bonne communication entre eux, (d) le tuteur a besoin également d'une formation rigoureuse afin de bien se préparer à encadrer les tutorés. Le programme doit être appuyé par des ressources financières (financement adéquat) et logistiques (locaux) suffisantes pour les acteurs avec un contrôle régulier par un membre du personnel qui observe la progression de la relation tutorale. Ce programme doit être inscrit dans un cadre d'évaluation continue afin d'obtenir des résultats mesurables (Centre étudiant de soutien à la réussite, Québec, 2020).

VIII. Les acteurs de tutorat

1) Le tuteur

Le tuteur est le référent du tutoré, c'est lui qui connaît le parcours de sa formation, et il peut repérer les situations de travail les plus représentatives de l'exercice professionnel en lien avec le niveau de formation. C'est pourquoi, il est nécessaire de professionnaliser cette

fonction de tuteur de stage. Tout établissement de soins qui choisit de développer un projet de tutorat des professionnels paramédicaux est amené à poser la question des critères de choix des tuteurs (Lamasse, 2010).

Pré requis

Pour exercer au mieux cette mission, quatre compétences sont requises :

Compétences sociales et relationnelles

Le tuteur doit être capable de créer une relation pédagogique favorable avec le tutoré, et de l'accompagner dans un climat de confiance et de bienveillance, et il doit être apte d'aider le tutoré pour s'intégrer en milieu professionnel, en s'appuyant sur des situations de travail et de lui favoriser la construction d'une identité professionnelle. En outre, le tuteur doit collaborer avec les autres professionnels et les impliquer dans le processus d'encadrement.

Compétences pédagogiques

Le tuteur doit avoir la capacité de partager ses savoirs avec le tutoré en adaptant l'ensemble de ses méthodes pédagogiques selon le niveau du tutoré, les objectifs et les situations du travail.

Compétences réflexives

Dans ce cadre, le tuteur doit être apte d'élaborer une réflexion et une vision holistique au tour les activités professionnelles des tutorés dans un environnement de pluridisciplinarité. Et faire évoluer sa pratique professionnelle dans le cadre du tutorat. Ainsi il doit être capable d'analyser les pratiques professionnelles et les situations de soins.

Compétences organisationnelles

Ils consistent à coordonner les activités et les ressources du lieu de stage en fonction des objectifs définis. Cette compétence permet au tuteur d'être capable de collaborer avec les autres professionnels et les formateurs référents des établissements de formation. Et de planifier les étapes charnières du stage, y compris l'accueil du stagiaire, le bilan de stage, etc (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, France, 2016). Myre et Karine (2015), ont identifié que les compétences organisationnelles permettent aux tuteurs de déterminer les conditions favorables pour l'accueil des tutorés, d'élaborer des parcours de stages et des démarches d'encadrement en fonction des spécificités des services, et d'établir les critères d'évaluation des compétences des tutorés.

Recrutement

Un rapport de Chevrier en 2006 mentionne que le choix d'un tuteur devrait être influencé par trois critères, qui sont la maîtrise professionnelle, la motivation, et les capacités relationnelles et pédagogiques. Ces critères sont nécessaires aux trois dimensions relatives au rôle de tuteur : technique, psychologique et pédagogique. La dimension technique réfère aux compétences professionnelles. La dimension psychologique regroupe les capacités relationnelles du tuteur telles que, sécuriser, encourager et soutenir le stagiaire. La dimension pédagogique se traduit par la méthodologie de formation adoptée (Myre et Karine, 2015).

Formation

Selon Pouliot en 2017, la majorité des écrits n'ont pas détaillé le contenu de la formation, alors que quelques-uns ont abordé les aspects essentiels. Il est donc difficile de lister les éléments précis du contenu de la formation des tuteurs. Cette formation permet au tuteur de bien se positionner auprès du tutoré, et de bien identifier ses propres motivations, elle permet aussi au tuteur de formuler clairement les consignes, communiquer efficacement, transmettre son savoir-faire et être capable d'utiliser un outil de suivi avec un accompagnement favorable de tutoré, et identifier les compétences qu'il doit maîtriser, en construisant une progression cohérente tout au long de la période du stage et faire le point sur les pratiques d'encadrement, les conditions de réussite du tutoré en définissant la bonne méthode en regard de l'objectif visé, elle permet également d'identifier les situations de travail formatrices et de développer l'esprit d'organisation par le tuteur, ainsi que les enjeux liés au tutorat. La formation permet au tuteur d'être apte à construire un projet de stage, conduit des entretiens, la rédaction des différents rapports, ainsi que la création d'outils de suivi de progression du tutoré, et connaître les différents acteurs, y compris leurs rôles et missions (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, France, 2016).

Rôles

Le rôle du tuteur s'articule autour de trois activités :

Il accompagne le tutoré

Cette activité d'accueil et d'accompagnement s'intègre dans la compétence de socialisation et d'intégration. Le tuteur détient la connaissance de l'établissement de soins et des normes professionnelles, il va favoriser l'insertion de tutoré dans le service, et aussi dans

la pratique professionnelle, le tuteur va faciliter le parcours d'apprentissage du tuteuré et le faire évoluer dans ses rencontres professionnelles.

Il favorise les liens

Ces liens se situent à un double niveau, à la fois dans l'équipe entre le maître de stage et les professionnels de proximité, également à l'extérieur de l'établissement de soins, avec notamment l'établissement de formation. Son interlocuteur principal étant le formateur référent du stage avec lequel il tisse d'étroites relations.

Il évalue la progression du tuteuré dans l'acquisition de ses compétences

C'est à la fois la dimension pédagogique et institutionnelle. Le tuteur évalue avec le tuteuré ses acquis et ses progrès dans une dimension formative, il se prononce également sur la validation de ses compétences sur le portfolio dans une dimension certificative. Il s'agit, en effet d'évaluer l'acquisition d'éléments de compétences par référence à des critères et des indicateurs donnés, à partir des éléments d'analyse et d'informations données par le tuteuré (Kwocz, 2010).

2) Le tuteuré

C'est une personne admise en formation pour développer des compétences au service du métier d'infirmier. Il est acteur de sa formation, il va accéder à des savoirs qu'il va mobiliser pour devenir un soignant responsable de ses actes. Il va développer au début de formation, une posture d'apprenant qui va évoluer vers une posture de professionnel en fin de formation, il est accompagné et soutenu par l'équipe pédagogique qui va contribuer à la mobilisation de ses savoirs, savoir-être, savoir-agir au bénéfice de la validation de ses compétences (Perrodit, 2012).

Responsabilités

Avant le début du stage

Le tuteuré doit se préparer pour le démarrage du stage en fonction des recommandations et informations transmises par les responsables de stage. Et réviser ses connaissances théoriques et pratiques de sa formation. Egalement, il doit connaître et respecter les directives et les informations contenues dans le cahier de stage, et élaborer une liste d'entente au début de chacun des stages en fonction de ses objectifs d'apprentissage, de la compléter avec son tuteur.

Au cours de stage

Le tutoré doit d'être responsable de la qualité de réalisation de son stage et s'engager à développer les attitudes et les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la profession telles que définies par le programme, et respecter l'horaire et les politiques du milieu de stage, et le code de déontologie.

À la mi-stage

Le tutoré réalise une autoévaluation, à l'aide d'une grille. En cas des difficultés en cours de stage, il doit communiquer avec le maître de stage les difficultés qui ne peuvent être réglées avec le tuteur.

À la fin de stage

Compléter le rapport de stage et le remettre au maître de stage et au tuteur de stage (Cegep Sherbrooke, Canada, 2019).

Droits

Le tutoré doit bénéficier d'un ensemble de droits durant la période de stage, qui permettent de créer un environnement favorable, favorisant la réussite de stage et l'acquisition des compétences et des connaissances professionnelles. Ces droits sont perçus par le tutoré lorsqu'il bénéficie d'un accueil personnalisé à son arrivée dans le service, (présenté à l'équipe soignante et considéré comme une personne en formation), d'un encadrement pédagogique selon ses objectifs professionnels et formalisés, d'un accès à toutes les ressources matérielles, techniques et d'information dont il a besoin pour exercer son statut d'apprenant et de praticien de l'art infirmier. Dans le cadre professionnel, le tutoré a la possibilité de s'exprimer, de participer à l'activité du service et aux travaux de réflexion de l'équipe, et de refuser d'exécuter une tâche qu'il estime dépasse sa compétence professionnelle (FNESI, France, 2013).

Qualités

Le tutoré est toujours mis au stage pour une période temporaire afin de s'adapter au milieu professionnel. Cependant l'apprenant doit posséder en plus de ses connaissances théoriques, des qualités qui lui permettent de faciliter son apprentissage et de favoriser son insertion professionnelle (Sadgui et Rouina, 2015). Le tutoré doit avoir la volonté d'apprendre et de se développer, cela est démontré par sa capacité à exprimer ses besoins, ses attentes et ses interrogations. Ainsi sa capacité d'introspection. Il doit avoir un esprit ouvert, attentif,

accepte la rétroaction et les conseils, il doit être responsable du développement de sa carrière (Cliche et al. 2015). Le tuteur doit également être transparent, actif et proactif dans les échanges avec son tuteur, authentique dans le partage de ses succès et difficultés et ouvert à d'autres points de vue (Lecoq, Mathelar et Tinebra, 2020).

3) Le maître de stage

Le maître de stage représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent d'un cadre de santé. Dans de nombreuses structures, le maître de stage est le cadre de l'unité ou parfois l'infirmier chef. Il propose et/ou établit le parcours de stage de tuteur, il est le garant de la qualité de l'encadrement (Garcette, Gmür et Weisz, 2017).

Missions principales

Le maître de stage, est responsable de l'accueil organisationnel du tuteur. Sa vision de manager de l'équipe lui permet d'orchestrer, et de planifier le plan de travail du tuteur (Ooreka Carrière, France, 2021). Il met à disposition des étudiants toutes les ressources du terrain, humaines, matérielles, afin de leur apporter le maximum de connaissances et de favoriser leur réflexivité (Garcette, Gmür et Weisz, 2017). Au niveau organisationnel, avant l'arrivée de tuteur, le maître de stage planifie les temps de rencontre entre le tuteur et le tuteur, à savoir un temps d'accueil, un temps de bilan à mi-stage et un temps d'évaluation finale, et élabore le planning, les parcours et les activités à confier au tuteur en fonction de ses objectifs (Ooreka Carrière, France, 2021). Le maître de stage, intègre le tuteur dans son milieu de stage en l'accueillant et en lui présentant l'équipe et en lui expliquant les modalités d'évaluation (travail accompli, comportement général, aptitudes...), il permet au tuteur d'exprimer ses préoccupations, ses souhaits, ses expériences et ses attentes de cette période de stage, il a aussi comme mission de rédiger un rapport circonstancié en cas de faute grave de tuteur (Maison des Communes, Cité Administrative, France, 2016).

Compétences requises

Le maître de stage, doit avoir des formation et qualifications, y compris une formation relative au tutorat pour acquérir les compétences nécessaires à la réalisation de ses missions :

Compétences pédagogiques

- a. Savoir présenter et transmettre son métier à une personne non encore initiée.
- b. Varier les méthodes d'intervention : expliquer, montrer, mettre en situation.
- c. Définir les objectifs de formation dans une situation de travail.

Compétences relationnelles

Le maître de stage doit être apte à organiser son temps et s'adapter à travailler en équipe, être capable de conduire un entretien avec le tuteur en adoptant une méthode de communication reposant sur l'écoute et la reformulation, disponible, patient et capable d'installer une relation de confiance avec le tuteur et l'intégrer dans un collectif de travail.

Compétences techniques

Connaitre l'environnement de l'établissement et les règles de base de la sécurité, il doit toujours savoir conduire, organiser, contrôler et animer le travail d'un tuteur, également il doit identifier par détails les compétences à transmettre et élaborer un parcours de formation (Maison des Communes, Cité Administrative, France, 2016).

4) Les professionnels de proximité

Les infirmiers de service, sont responsables de l'encadrement direct de l'étudiant. Ils sont désignés en début par le maître de stage qui prend en compte leur disponibilité et les objectifs pédagogiques que doit atteindre le tuteur (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales -DRASS-, Bourgogne, France, 2009).

Rôles

L'objectif principal que visent les professionnels est de permettre aux tuteurs de réaliser des soins avec compétence en utilisant leurs connaissances acquises dans leur parcours. Il s'agit d'établir un lien constant entre la théorie et la pratique. Les professionnels de proximité sont présents lors des séquences de travail du tuteur, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, lui accompagnent dans ses réflexions et facilitent l'explication des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et ses progressions, également ils consultent le portfolio du tuteur afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels le tuteur pourra être placé. Les professionnels de proximité ont des liens avec le tuteur afin de faire le point sur la progression du tuteur (Rigot, 2014). Ces professionnels ont pour rôle aussi de questionner, expliquer, montrer et mener des activités en paire et de laisser progressivement le tuteur mener des activités en autonomie, ils indiquent ce qui est conforme aux bonnes pratiques et ce qui doit être amélioré et ils expliquent les risques, y compris la réglementation et la sécurité. (Institut de Formation en Soins Infirmiers -IFSI- et Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture -IFAP- de la Croix rouge de Bourges, 2006).

Le professionnel de proximité représente la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien, il assure également l'accompagnement du tutoré dans ses acquisitions en l'informant sur les procédures, les protocoles, les différentes manières de faire avec leurs avantages et leurs inconvénients. Il le sollicite et le conseille dans ses recherches. Il souligne l'importance de la responsabilité personnelle et collective de chacun par rapport à la qualité et la sécurité du travail. Il rappelle les critères de qualité et les normes de sécurité au regard des situations de soins spécifiques. Le professionnel de proximité donne du sens aux actes à réaliser en sortant d'un listing de tâches à mener et en inscrivant le tutoré dans une dynamique de travail, c'est à dire qu'il associe un acte de soin à une personne, à un contexte et en rappelant les finalités. Comme le tuteur, il a la responsabilité de montrer, d'expliquer et de transmettre la démarche et le geste professionnel (Bayle, 2015).

5) Le formateur référent

Il est le plus souvent désigné par le directeur de l'établissement de formation, il est le lien avec les différents partenaires.

Missions principales

Le formateur référent du stage est responsable d'assurer la coordination avec l'établissement d'accueil, il s'engage à maintenir des relations régulières avec ce dernier, et de communiquer avec le tuteur et le maître de stage afin de suivre le parcours de tutoré, ainsi d'organiser des rencontres avec les tutorés sur les lieux de stage ou à l'institution de formation, et de régler les difficultés éventuelles que peuvent rencontrer le tutoré au cours de son stage (Lamasse, 2010). Le formateur référent est l'interlocuteur privilégié du l'établissement d'accueil, il participe ainsi à l'élaboration de la charte d'encadrement et le livret d'accueil pour le tutoré (DRASS, Bourgogne, France 2009).

Compétences et Qualités requises

Le référent de stage doit avoir une bonne capacité d'écoute, être disponible, savoir animer, susciter une dynamique de groupe pour provoquer des situations de dialogue, de débats entre différents points de vue, être capable d'identifier les réussites et les obstacles dans le parcours des tutorés, d'organiser le lien avec les partenaires et être organisé, ainsi que savoir gérer son temps et rendre compte de son emploi du temps et savoir travailler en équipe (Réseau des E2C, France, 2018). Le profil du formateur référent requière plusieurs aptitudes pour assurer la fluidité des relations entre l'établissement de formation et celui de soins, ces aptitudes touchent à la fois l'aspect organisationnel en matière d'adaptabilité, flexibilité et

gestion des imprévus, comme il touche l'aspect relationnel, que ça soit sur le plan d'écoute, ouverture d'esprit et respect des valeurs institutionnelles. Vu le rôle d'intermédiation qu'assume ce profil, il est indispensable d'adapter une posture et une approche professionnelle qui permet de se positionner en faveur de l'intérêt collectif. Cela fait appel à certaines capacités techniques, à savoir la créativité, la responsabilisation et le dynamisme (Fauchette, 2011).

6) Etablissement de formation

Le rôle de la direction de l'institution de formation consiste à garantir une politique de stage professionnalisant pour les stagiaires, qui sont placés sous l'autorité de la direction de cette institution, cette direction a notamment la mission d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet pédagogique, ainsi que la responsabilité du partenariat avec les établissements de soins pouvant accueillir les stagiaires. La direction de l'institution veille à la mise en œuvre du projet pédagogique en interne et dans les structures d'accueil, elle impulse l'organisation de l'accompagnement et de l'évaluation du stage de la part des formateurs référents en partenariat avec les professionnels encadrant les stagiaires, elle garantit une cohérence des parcours de stage des étudiants avec leurs besoins d'apprentissage et leurs projets professionnels, elle garantit le respect de la réglementation et de l'agrément des lieux de stage grâce à un travail de co-construction avec les directions des structures d'accueil.

L'institution de formation s'engage pour maintenir des relations régulières avec le service d'accueil en ce qui concerne la diffusion des informations, la communication avec le maître de stage selon les besoins, elle est appelée aussi d'informer l'établissement de soins de toute nouveauté réglementaire en lien avec l'organisation des équipes des stagiaires, et des évolutions pédagogiques (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, France, 2016).

7) Etablissement de soins

Le rôle de la direction des structures d'accueil consiste à assurer une bonne qualité d'accueil et d'encadrement. Pour ce faire, elle initie les conditions favorables afin que les maîtres de stages et les tuteurs élaborent et mettent en œuvre des visées axées sur une évaluation progressive des compétences des stagiaires pour répondre aux critères de qualification des stages, elle établit la charte d'encadrement, elle veille à la disponibilité des livrets d'accueil des stagiaires dans chaque unité de soins. Les livrets d'accueil sont préférentiellement construits avec l'équipe soignante sous la responsabilité des maîtres de stage en collaboration avec les instituts de formation. Ces documents sont portés à la

connaissance des stagiaires et des instituts. Elle est garante de la mise à disposition des ressources par les maitres de stages, notamment en termes de présence de professionnels qualifiés et d'activités permettant de réels apprentissages. À cet effet, elle assure la mise en œuvre d'une politique tutorale qui octroie un tuteur à chaque stagiaire ou à un groupe de stagiaires et elle garantit la formation de ces tuteurs selon le cadrage national. Elle s'assure du respect du cadre règlementaire et du respect des bonnes pratiques professionnelles auprès des stagiaires. Elle évalue la politique de stage et le projet d'encadrement en prenant en compte la satisfaction des stagiaires (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, France, 2016).

L'établissement de soins s'engage à désigner un maitre de stage, un tuteur de stage et des professionnels de proximité. Il définit les modalités d'encadrement en proposant des lieux de stage réunissant les conditions d'un encadrement professionnalisant, en mettant à disposition des stagiaires des livrets d'accueil actualisés et qui précisent les objectifs réalisables dans chaque service. L'établissement a pour mission également d'informer l'institut des évolutions institutionnelles et organisationnelles. En cas d'insuffisance (clinique et/ou théorique) professionnelle ou de faute grave, le maitre de stage est responsable de la rédaction d'un rapport d'explication qui va le transmettre au formateur référent, et au regard des faits, il propose les solutions possibles (la suspension et/ou l'interruption du stage de l'étudiant...) (Assistance Publique, Hôpitaux de Paris -AP-HP-, France, 2018).

IX. Les relations entre les acteurs

1) La relation entre tuteur/tutoré

C'est une relation établie entre deux personnes dans une situation professionnelle, pendant laquelle le tuteur est appelé à accueillir et former le tutoré, pour qu'il puisse intégrer provisoirement l'équipe de travail (Meyer, 2012). Le tuteur et le tutoré, se coopèrent pour négocier le parcours de formation, effectuer régulièrement un bilan des acquis et analyser régulièrement les difficultés, ainsi mettre en œuvre les modalités d'auto-évaluation (FNESI, France, 2013). Dans un autre volet, le tutorat peut conduire parfois à une relation hiérarchique de type maitre-élève. Celle-ci peut entraîner chez le tutoré un sentiment d'infériorité. Baudrit en 2008, en s'appuyant sur les travaux de Meirieux en 2005, a affirmé que le tutorat ne peut pas être bénéfique, si la relation se situe soit dans une proximité sociale trop forte, ou dans une distance sociale trop grande (Gay, 2011). Cette relation tutorale se caractérise par l'ouverture aux autres, la réciprocité et le volontariat. Elle se développe à long terme,

suffisante pour faciliter l'expérience de transition personnelle et professionnelle. Ainsi, favoriser l'épanouissement de soi et contribuer au développement des deux personnes impliquées. Elle peut être développée dans le cadre d'un plan formel, lorsque les organisations font la promotion de ce modèle d'apprentissage et de développement.

Conditions de réussite d'une relation tutorale

La réussite de la relation entre le tuteur et le tutoré est basée sur la préparation aux rencontres de qualité entre les deux acteurs d'une façon régulière et avec une stratégie efficace de communication. Un engagement volontaire des acteurs et une implication l'un envers l'autre, avec une authenticité et honnêteté, ouverture, confiance et respect mutuel sont les conditions nécessaires à la réussite de la relation tutorale. Ajouté à cela, le jumelage qui s'appuie sur les affinités et les besoins complémentaires des acteurs, avec une liberté d'expression et souplesse dans la démarche (Cliche et al. 2015).

Les paramètres ci-après sont essentiels à la réussite de la relation tutorale :

Confidentialité : La relation de tutorat doit être privée, les organisations qui soutiennent des programmes de tutorat formel ne doivent pas interférer avec la confidentialité et l'intimité la relation « tuteur-tutoré ». Au début de leur relation, cette clause de confidentialité doit faire partie de l'entente particulière entre le tuteur et le tutoré.

Volontariat : La relation de tutorat doit reposer sur l'engagement libre et volontaire des deux partenaires. Dans tous les cas, l'organisation ne doit pas « forcer » les acteurs à participer à des programmes de tutorat.

Engagement mutuel : Le succès de la relation de tutorat dépend autant du tuteur que du tutoré, étant donné que cette relation est basée sur la confiance et le respect mutuel, elle nécessite un apport émotionnel des deux acteurs.

La souplesse : Le programme de tutorat doit être adapté aux attentes des tutorés et des tuteurs, afin que la relation soit basée sur leurs connaissances, leurs styles, leurs rythmes et leurs objectifs respectifs.

Générosité et écoute : Le tuteur doit prendre le temps avec générosité, faire preuve d'une bonne capacité d'écoute et être disposé à partager son expérience. En ce qui le concerne, le tutoré doit être attentif aux avis et suggestions donnés (Guay et Lirette, 2003).

Selon Lecoq et al. 2020, autres paramètres peuvent intervenir comme, le respect de la vie privée, de la culture, et le respect dans les communications.

Les caractéristiques de la relation tutorale

La relation tutorale est :

Une relation d'aide, de soutien et un d'engagement mutuel et d'accompagnement orienté vers des objectifs de développement et d'apprentissage professionnel, et considérée comme un moyen de briser l'isolement et de promouvoir la solidarité, elle est un levier d'évolution et de gestion de carrière, en outre cette relation consolide la culture organisationnelle.

La relation tutorale n'est pas :

Une relation de pouvoir à sens unique, en effet le tuteur et le tutoré profitent de plusieurs intérêts du programme de tutorat, cette relation dépourvue de l'obligation, elle se base sur un engagement volontaire de la part des deux acteurs (Cliche et al. 2015). Selon Guay et Lirette en 2003 la relation tutorale ne consiste pas à une pratique rigide au mode d'emploi très strict.

Les phases de la relation tutorale

Selon Cliche et al. (2015), il existe quatre phases de la relation tutorale :

Phase 1 : Le Commencement (Début de la relation)

C'est une étape qui débouche sur la confiance et le respect mutuel, durant laquelle les attentes, les objectifs et les règles (fréquence des rencontres, type de disponibilité, thématiques à aborder, etc) sont précisées et clarifiées. Durant cette phase, s'établit une connaissance entre le tuteur et le tutoré, le partage des connaissances entre eux, et l'investissement dans la relation tutorale.

Phase 2 : Le Déroulement

Durant cette phase de la relation il y a reconnaissance de nouvelles compétences et des limites de chacun. C'est le moment où le tutoré se cultive, se développe et approfondit sa relation avec son tuteur, en profitant des conseils, des appuis, de la rétroaction et de l'expertise de ce dernier. Durant cette phase le tutoré commence à développer ses compétences techniques et théoriques par apprentissage significatif, et identifier les actions appropriées pour atteindre les objectifs professionnels définis.

Phase 3 : Fin de la relation

A cette phase, il est déterminé le degré de l'accomplissement de la relation tutorale et la diminution de l'implication telle que vécue dans les phases précédentes. Le tutoré devient

plus autonome, plus indépendant et travaille à redéfinir d'autres objectifs de développement professionnel, c'est un moment d'exprimer sa gratitude auprès du son tuteur. Cette étape permet de mettre en place une définition du type d'appui nécessaire à la gestion des autres étapes de développement professionnel du tuteuré.

Phase 4 : Redéfinition de la relation

C'est un moment durant lequel le tuteur et le tuteuré redéfinissent leur relation sur des bases plus égalitaires et gérer les enjeux liés à cette séparation. Cette phase représente pour les établissements un système de soutien pour l'avenir.

2) La relation entre maitre de stage/établissements

- *En interne* : Relations quotidiennes avec le tuteuré. Relations régulières avec la direction ou le service pour effectuer des entretiens périodiques d'évaluation.

- *En externe* : Relations avec l'établissement de formation pour effectuer des entretiens périodiques d'évaluation (Maison des Communes, Cité Administrative, France, 2016).

3) La relation entre professionnels de proximité/tuteuré

Pour son apprentissage, il est important que le tuteuré soit au contact de différents professionnels. C'est dans cette diversité des approches que l'apprenant pourra se construire professionnellement. Il va ainsi lever, tout doucement, le voile sur les codes du métier, la dynamique d'équipe, le langage professionnel et trouver son identité professionnelle.

4) La relation entre professionnels de proximité/tuteur

Les professionnels de proximité sont en lien avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de tuteuré. Ils ont connaissance du parcours d'apprentissage établi entre le tuteuré et le tuteur. C'est pour eux un point de repère permettant d'adapter la progression dans les situations de soins confiées au tuteuré. Une traçabilité s'ensuit afin d'aider le tuteur à remplir le portfolio. Des outils, comme des feuilles de suivi, permettent de noter les actes de soins effectués par le tuteuré pour mesurer sa progression (Bayle, 2015).

5) La relation entre formateur référent/maitre de stage

A côté du maitre de stage, le formateur référent règle tous les problèmes organisationnels en l'occurrence le nombre de stagiaire, les horaires de travail... etc (Bayle, 2015).

6) La relation entre formateur référent/tuteur

Le tuteur suit le parcours d'apprentissage de l'étudiant et l'accompagne dans sa progression d'acquisition des compétences et répond aux questions pédagogiques, Il développe la pratique réflexive et la recherche de sens. Ainsi il combine, connaissances-actions-réflexions, en situation de travail, pour permettre l'acquisition de compétences, le formateur référent de stage adapte également le parcours d'apprentissage de l'étudiant en fonction des temps de rencontres, il écoute les potentialités de l'étudiant ainsi que ses difficultés pour que le tuteur soit orienté autour d'une relation d'aide individuelle (Bayle, 2015).

7) La relation entre formateur référent/tutoré

Le formateur référent peut venir échanger sur le lieu de stage à la demande de l'étudiant, du tuteur ou du maître de stage, il inscrit le tutoré dans une démarche d'auto-évaluation et il guide la démarche d'apprentissage en fonction des acquisitions et des évaluations de l'étudiant. Il élabore des séquences pédagogiques autour de situations cliniques permettant un échange entre les professionnels, les stagiaires et les tuteurs. Le formateur référent du stage est également à pour mission d'interroger les pratiques de soins et mesurer l'impact des différentes logiques sur l'apprentissage des tutorés (Bayle, I. 2015). Le formateur référent veille sur l'application de la charte entre l'établissement de soins et l'établissement de formation (Lamasse, 2010).

8) La relation entre établissement de formation/établissement de soins

Un partenariat pertinent est nécessaire pour la coordination entre les deux établissements, qui met l'étudiant, en tant qu'acteur principal, au centre du projet formatif. Pour Fonteneau en 1993, ce partenariat s'organise autour de trois caractéristiques : le projet, le temps et l'espace.

Le projet : L'efficacité du partenariat dépend essentiellement de la présence d'un guide reconnu par les partenaires.

Le temps : La formation s'organise dans un temps défini et programmé entre les deux lieux (école, terrain). L'étudiant doit parfois apprendre à gérer son temps entre les différentes organisations.

L'espace : Entre l'institution de formation et le lieu de stage, chaque espace a ses règles d'organisation, ses ressources, ses contraintes, sa culture. L'étudiant, en passant de l'un à l'autre, aura à s'adapter à ces différents espaces.

La charte d'encadrement constitue un engagement partagé qui répond à tous les critères de qualité attendu. Ce document est établi entre le service d'accueil et les instituts de formation partenaires, il formalise les engagements des deux parties à l'égard de la formation clinique des étudiants infirmiers en stage, il constitue un support fondateur, document obligatoire à élaborer pour les stages qualifiants. Il est porté à la connaissance et appliqué par l'ensemble des professionnels de proximité ainsi que les étudiants infirmiers. Il peut constituer une clause de la convention de stage, il s'inscrit dans la politique d'encadrement des étudiants de l'établissement de soins et dans le projet pédagogique de l'établissement de formation (Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, IFSI, France, 2010).

Chacun de deux établissements est tenu de remplir certains engagements :

Partie 1 : L'établissement de soins

Il s'engage à mettre en place :

- Un maître de stage, un tuteur et des professionnels de proximité,
- L'identité des acteurs employés par l'établissement de soins,
- Les missions des acteurs,
- Les obligations de l'étudiant : respect, responsabilité, implication dans le processus d'acquisition des compétences, etc.

Partie 2 : L'établissement de formation

En tant qu'institut de formation, il est obligé de s'engager à identifier des formateurs référents de stage ainsi leurs missions, être disponible pour toutes demandes, mettre en œuvre la formation tant sur le plan pédagogique que sur le plan matériel telle que définie dans les documents contractuels, informer le tuteur, en début de formation, sur la charte, sur les outils internes à l'institut et sur le contenu et le déroulement de sa formation, etc (projet pédagogique, portfolio...) (Union Régionale des Professions de Santé -URPS-, Infirmiers Libéraux, Pays de la Loire, 2020).

X. Méthodologie d'encadrement

Les acteurs sont des guides pour le tutoré, ils sont disponibles à l'écouter, à lui faire confiance, à lui laisser une marge d'autonomie, afin de lui permettre de progresser pendant le stage. Ils sont responsables de l'organisation et du suivi du stage (accueil, bilan mi-stage réajustement, évaluation du stage...), motivés pour l'encadrement des stagiaires, et formés à l'encadrement et à l'évaluation. Une fiche de suivi sera mise en place dès le début du stage afin d'assurer la transmission, dans l'équipe, les acquis, les difficultés et les objectifs du stagiaire. Cette fiche sera utilisée en fin de stage pour rédiger un rapport d'évaluation (Moisy, 2001).

1) Accueil sur le lieu de stage

Le tutoré doit se sentir attendu. Il est donc souhaitable de prévoir son arrivée par un maître de stage, qui assure la présentation du service, des membres du personnel, la présentation des différentes pathologies, la présentation du livret d'accueil. C'est un temps qui permet au tutoré de présenter son niveau d'études, les stages déjà effectués, ses attentes. Le planning de stage est présenté et expliqué par le maître. Ce planning pourra être ensuite révisable selon les objectifs visés. Dans un deuxième temps, à un moment favorable de la journée, il est procédé à une visite des locaux et une présentation avec les autres membres de l'équipe. Le maître de stage, qui peut être remplacé par un tuteur en cas d'absence, réservera un temps particulier avec le stagiaire pour mettre au point les objectifs de stage en fonction de ses besoins personnels d'apprentissage et de ses attentes. Ceci permettra de mettre en route un « contrat d'apprentissage » entre l'étudiant et l'équipe de travail (Moisy, 2001).

Pour être utile dans un service bien spécifique, il est nécessaire d'approfondir les connaissances du tutoré en relation avec le terrain de stage (FNESI, France, 2013). Cela lui permet d'éviter le stress du premier jour et du premier contact avec des nouvelles personnes dans une situation professionnelle inhabituelle. L'accueil également facilite l'intégration de l'apprenant dans le milieu pratique devant des situations réelles, il facilite ainsi la démarche d'apprentissage de l'étudiant autant que la démarche d'encadrement de l'équipe, favorise la transmission du savoir infirmier et des valeurs de l'équipe et harmonise les pratiques d'encadrement (Garnier et Marchand, 2012). L'accueil donc est un moment important qui permet d'aider l'étudiant à se situer dans l'équipe, et aide l'équipe à identifier de façon correcte les besoins de l'étudiant. La qualité de cet accueil détermine grandement la qualité du stage (Moisy, 2001).

2) Analyse de la situation et des besoins

Après l'accueil, le tuteur commence par connaître les motivations, les préoccupations, les craintes et les expériences du tuteuré, afin de créer un climat de confiance puis, une évaluation de ses acquis théoriques et pratiques en relation avec le service et ses soins. Les données collectées permettent par la suite au tuteur en collaboration avec le maître de stage, de bien planifier et organiser la période de stage (Maxence, 2006). Un bilan de départ avec le tuteuré est nécessaire dans la mesure où il permet de poser un cadre d'accompagnement, comme il donne l'occasion aux tuteurs de trouver la meilleure manière pour transférer leurs savoirs et leurs connaissances soit par des démonstrations ou des explications toute au long de la période de stage (Bertrand, 2017).

3) Mise en situation de travail

La situation de formation mise en place s'insère dans un processus de production, le stagiaire étant intégré dans des situations réelles de travail. Le tuteur devra créer les conditions favorables à l'acquisition des savoir-faire en présentant et situant le travail dans son contexte, et en donnant les consignes nécessaires au stagiaire, et en lui indiquant les résultats attendus de stage d'une part, et d'autre part, en responsabilisant le stagiaire en tant qu'acteur de sa formation et responsable de l'auto-évaluation de ces compétences (FNESI, France, 2013).

4) Mise en place des actions

Pour effectuer un stage qualifié qui répond aux normes d'encadrement par tutorat, avec le développement des capacités et des compétences techniques de l'apprenant, en assurant sa professionnalisation, il est nécessaire de mettre en place des actions structurées par le tuteur en coordination avec le maître de stage. Il consiste au préalable de planifier et organiser la démarche d'encadrement. Cette planification va tenir compte de l'organisation du service, du matériel, de la volonté du patient et la disponibilité des personnels encadrants. La démarche d'encadrement est accomplie, par le choix des moyens et des méthodes pédagogiques d'apprentissage, ces derniers doivent être adaptées et personnalisées. Elles peuvent être utilisées alternativement ou de façon progressive, en créant des situations différentes, en développant la rapidité, l'efficacité et la dextérité gestuelle par le fait de :

Démontrer le geste : l'étudiant réalise le geste, en même temps le tuteur ou le personnel de proximité pose des questions à propos du geste.

Laisser faire : l'étudiant réalise le geste, le tuteur ou le professionnel de proximité observe, écoute et lorsque l'étudiant termine, ils vont donner les instructions et faire les réajustements nécessaires.

Processus croisés : l'étudiant réalise l'acte, après avoir terminé, les autres étudiants vont donner leurs observations.

Cette démarche permet de développer le sens d'auto-évaluation chez le tutoré, et de lui préparer à l'exercice professionnel. Donc le but est non seulement de transmettre des pratiques mais de donner du sens à son action en développant ses capacités à faire des liens entre ses représentations, ses savoirs, ce qu'il voit et son désir de soigner. C'est ainsi qu'il pourra construire des projets adaptés à chaque malade en particulier et apprendre à planifier, exécuter et évaluer (Moisy, 2001).

5) Evaluation et réajustement

Bilan de mi stage

Il permet d'évaluer la progression réalisée par l'étudiant en fonction de ses objectifs initiaux. La fiche de suivi note les observations des tuteurs et des professionnels de proximité ayant encadré l'étudiant. Il est indispensable que ces acteurs soient présents lors de cette évaluation formative. Ce bilan va permettre, éventuellement, de réajuster les objectifs à atteindre par les étudiants. Il permet aussi de s'interroger sur les difficultés rencontrées. Dans ce sens, c'est un outil indispensable à un encadrement de qualité. Il fait l'objet d'un document écrit afin de pouvoir s'y référer pour l'évaluation finale (Moisy, 2001).

Evaluation de fin de stage

L'apprentissage des pratiques repose sur les situations dominantes identifiées dans le livret d'accueil du tutoré, le tuteur s'assure que ce dernier est confronté à de telles situations plusieurs fois (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, France 2014). L'équipe doit tenir compte que l'évaluation normative entraîne du stress et génère, parfois, une perte de confiance en soi qui peut se répercuter sur la qualité des prochains stages de l'étudiant. D'où, encore, l'intérêt du bilan de mi-stage afin que l'étudiant ait le temps de se réajuster et éviter de lui asséner les difficultés à la fin du stage (Moisy, 2001).

Au cours de l'évaluation, les activités qui sont en relation avec les objectifs définis au préalable, sont prises en considération en premier lieu tout en assurant une personnalisation de cette évaluation en fonction des tutorés, qui doivent être actifs durant la période de stage

(Bertrand, 2017). L'évaluation de l'acquisition de compétences par le tuteur est basée sur des observations et des discussions et non pas sur une évaluation ponctuelle, l'analyse des situations et des activités rencontrées lors du stage permet au tuteur de développer sa posture réfléchie et sa technique et de s'auto-évaluer (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, France 2014). Il est aussi important de prévoir un temps privilégié, un ou deux jours avant la fin du stage, de façon à ce que tous les acteurs de l'encadrement soient disponibles, pour être la plus objective possible. L'évaluation repose sur les objectifs du stagiaire, les objectifs de l'institut, la fiche de suivi et le bilan de mi-stage. Il est indispensable que le tuteur et le maître de stage soient présents. La parole doit pouvoir circuler pour que chacun puisse argumenter ses appréciations. L'étudiant a une place active dans cette évaluation, il amène ses observations et argumentations. La note correspond à l'appréciation des différents items cochés, les observations écrites sont rédigées de façon claire et complète pour situer le stagiaire dans l'atteinte des objectifs du stage (Moisy, 2001).

Principaux outils d'évaluation

Les évaluations faites doivent fournir une rétroaction capable d'aider le tuteur à se remettre sur la bonne voie et le soutenir dans ses apprentissages (Blanchette, 2017). Les principaux outils utilisés sont :

Cahier de notes : Cahier dans lequel le tuteur prend des notes pour chaque stagiaire (Ménard et Gosselin, 2015).

La liste de vérification ou « checklist » : est un outil d'observation qui se compose d'éléments ou de caractéristiques essentielles, dans lequel la réalisation ou non d'éléments est cochée (Leroux, 2009).

Les grilles d'évaluation : sont composées principalement de critères et d'une échelle d'appréciation descriptive uniforme (Scallon, 2000).

Portfolio : Considéré comme un outil d'auto-évaluation, il encourage le questionnement explicite des régulations effectuées ou planifiées (Baillat, Ketele, Paquay et Thélot, 2008).

Journal de bord : Selon Hébert (1995), un journal de bord se définit comme étant un instrument où le tuteur note périodiquement les activités, les événements ainsi que des réflexions sur son stage. Le contenu du journal de bord contient des récits où l'étudiant décrit des situations, des événements et des interventions professionnelles.

Conclusion

Le guide de bonnes pratiques de tutorat constitue un support fondateur pour des stages qualifiants. C'est un ouvrage qui est la première réponse entre la théorie et la pratique, utilisé facilement par les professionnels de santé impliqué dans la mission tutorale et aussi globalement dans la prise en charge des étudiants au quotidien afin de les former au mieux à leur futur métier et pour faciliter aux professionnels la mise en œuvre de tutorat. Ce guide est conçu comme un outil qui va aider à la construction du parcours d'apprentissage de l'étudiant en stage et d'évaluer ses acquisitions. Egalement pour éclairer les acteurs de tutorat : tuteur, maître de stage, professionnel de proximité et référent de stage et définir leur propre rôle et mission dans la formation de tuteuré ainsi leurs expériences professionnelles nécessaires pour accueillir, accompagner et évaluer les étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Ce document est une manière de partager, de donner des idées mais aussi de tisser et renforcer l'indispensable partenariat entre les instituts de formation et les terrains de stage.

Le présent guide a été élaboré selon une approche participative. En effet, plusieurs réunions ont été menées avec des personnes ressources, ayant des expériences en domaine d'encadrement cliniques des étudiants. Par ailleurs, un Benchmark a été adopté, on se basant sur une documentation de référence (Manuels, Référentiels, Guides, Rapports...). Ainsi, des visites ont été faites à plusieurs Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé pour partage et retour d'expériences.

L'élaboration d'un tel guide de tutorat aura certainement un impact positif sur le développement des connaissances et l'intégration de savoir-faire des étudiants, tout en développant leurs confiances en soi, comme il va participer à résoudre leurs problèmes et les aider à améliorer leurs compétences pratiques, et contribuer à la préparation des personnels de santé qualifiés et capables de répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Références

- Assistance Publique, Hôpitaux de Paris -AP-HP-, France, (2018). Charte institutionnelle d'encadrement des étudiants paramédicaux. Direction des soins et des activités paramédicales et Direction des instituts de formation.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada [AIIC], (2004). Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession; Guide sur le préceptorat et le mentorat.
- Baillat, G., Ketele, J.M., Paquay, L. et Thélot, C. (2008). Évaluer pour former : Outils, dispositifs et acteurs.

- Bastide, T. (2012). Tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence.
- Bayle, I. (2015). Les acteurs du tutorat dans la formation infirmière.
- Bertrand, A. (2017). L'encadrement des étudiants en soins infirmiers.
- Blanchette, P. (2017). Les pratiques évaluatives d'enseignants lors de l'évaluation en cours d'apprentissage d'étudiants en contexte d'enseignement clinique de soins infirmiers : Une étude descriptive qualitative.
- Brinkman, M.A. (2013). A focused ethnography: Experiences of registered nurses.
- Cegep Sherbrooke, Canada, (2019). Guide aux superviseurs.
- Centre étudiant de soutien à la réussite, Québec, (2020). Guide de mise en œuvre d'un projet de tutorat par les pairs.
- Cliche, A.M., Levine, D., Sicotte, C., Leduc, N. et Lamothe, L. (2015). Guide pour les mentors et mentores : Qu'est-ce que le mentorat ?
- Commission Paritaire 332, Belgique, (2020). Guide pour le tutorat.
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales -DRASS-, Bourgogne, France (2009). Guide pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers.
- Fauchette, P. (2011). Fiche de poste.
- Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers -FNESI-, France (2013). Guide de l'étudiant en soins infirmiers.
- Fonteneau, R. (1993). L'alternance partenariale.
- Garcette, L., Gmür, B. et Weisz, J. (2017). Le rôle de l'infirmier(ère) coordinateur (trice) dans l'encadrement des étudiants infirmiers de première Année en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Diplôme Universitaire. Université Paris Descartes, Faculté Cochin, Port Royal.
- Garnier, C. et Marchand, C. (2012). Portfolio en institut de formation en soins infirmiers : Mythe ou réalité. Recherche en soins infirmiers.
- Gay, F. (2011). Tutorat et compétences, le poids de la représentation. Master Métiers de la formation, Université de Rouen.
- Geay, A. (2009). L'école de l'alternance.
- Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, IFSI, France, (2010). Charte d'encadrement des étudiants en soins infirmiers.
- Guay, M.M., et Lirette, A. (2003). Guide sur le mentorat pour la fonction publique québécoise.
- Hébert, E. (1995). Le stage : Instrument d'apprentissage.
- Institut de Formation en Soins Infirmiers -IFSI- et Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture -IFAP- de la Croix rouge de Bourges, (2006). Formation clinique étudiant soins infirmiers stage.
- Kwocz, F. (2010). Entre tuteur et formateur : Une rencontre dans l'alternance contribution à la réflexion sur le dispositif tutoral de la formation en alternance des infirmières.

- Lamasse, V. (2010). L'encadrement en stage des étudiants en soins infirmiers : Un enjeu pour la direction des soins.
- Lamasse, V. (2012). Encadrement / tutorat des étudiants infirmiers.
- Lecoq, J., Mathelart, C. et Tinebra, A. (2020). Adopter le mentorat développer des compétences utiles à l'insertion socioprofessionnelle.
- Leroux, J.L. (2009). Analyse des pratiques évaluatives d'enseignantes et d'enseignants dans une approche par compétences au collégial.
- Maamri, A., Tourrette Turgis, C. (2007). Qualité de l'enseignement pratique et théorique des lauréats de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé d'Oujda au Maroc. Master Ingénierie et conseil en formation. Département de sciences de l'éducation. Université de Rouen. Disponible en ligne sur http://shs-app.univ-rouen.fr/civiic/memoires_masterICF/textes/T_MAAMRI.pdf
- Maison des Communes, Cité Administrative, France, (2016). Maitre de stage. PAU Cedex.
- Maxence, J. (2006). La méthodologie de la démarche d'encadrement.
- Ménard, L. et Gosselin, R. (2015). Évaluer sur le terrain et dans l'action : De nombreux défis.
- Mettetal, S. (2018). Le mentorat, une modalité pour le développement professionnel.
- Meyer, P. (2012). Le tutorat : Une réponse à l'itinéraire de l'étudiant en soins infirmiers.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, France, (2016). Instruction no dgos/rh1/2016/330 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux.
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, France (2014). Instruction dgos/rh1 no 2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière.
- Moisy, M.C. (2001). L'infirmier formateur de ses pairs : Réalités et perspectives.
- Myre, V. et Karine, D. (2015). Guide d'implantation d'un service de tutorat par les pairs. Université de Québec.
- Ooreka Carrière, France, (2021). Maitre de stage.
- Perrodit, M. (2012). L'encadrement par l'apprentissage en stage de l'étudiant infirmier dans le nouveau programme.
- Pottier, M. (2005). Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers.
- Pouliot, M.V. (2017). L'e-mentoring dans les programmes de soutien clinique des nouvelles infirmières diplômées.
- Réseau des E2C, France, (2018). Guide pour l'usage du référentiel de compétences du réseau E2C France.
- Rigot, S. (2014). Charte d'encadrement des étudiants infirmier.
- Rocheleau, L. (2015). Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques
- Sadgui, L. et Rouina, N. (2015). Vers l'amélioration des conditions du stage des étudiants en soins infirmiers.
- Scallon, G. (2000). L'évaluation formative.

Terrier, C. (2011). L'infirmier anesthésiste et l'accompagnement des élèves IADE en stage : Quels accompagnements, à quels moments ? Ecole d'infirmiers anesthésistes. CHU de Reims.

Union Régionale des Professions de Santé -URPS-, Infirmiers Libéraux, Pays de la Loire, (2020). Guide du tutorat des étudiants infirmiers.

Université Catholique de Louvain, Belgique, (2019). Assemblée Générale des étudiants.

Wittorski, R. (1996). Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat.

Recommandations

Pour le développement des enseignements/apprentissages pratiques

- Veiller à une synchronisation efficiente du système d’alternance entre les enseignements/apprentissages théoriques à l’établissement de formation et ceux à l’établissement de soins.
- Procéder à une révision des descriptifs de formation, pour augmenter le volume horaire alloué aux séances des travaux pratiques (Simulation) et les modules « Stages ».
- Développer des mécanismes de motivation pour les étudiants et les enseignants.
- Procéder périodiquement à des activités de supervision, dans un cadre d’accompagnement de mise en œuvre de la simulation et le tutorat.
- Répartir les étudiants à des petits groupes pour profiter pleinement des opportunités de la simulation et les stages cliniques.
- Développer des canaux de communication avec les étudiants pour rehausser leur niveau de confiance en soi et réduire leur niveau de stress.
- Organiser des visites par les équipes de la simulation aux différents sites de stages pour adaptation du milieu académique à la réalité clinique.
- Mettre en place des laboratoires de simulation au niveau des hôpitaux où les étudiants réalisent leurs stages.

Pour le développement de la simulation

- Organiser des ateliers et séminaires de formation au profits des enseignants en matière de la simulation en santé.
- Equiper les instituts par les équipements de simulation de haute-fidélité afin d’augmenter le niveau de réalisme des apprentissages.
- Organiser des visites et des échanges avec des centres de simulation au Maroc et à l’étranger.
- Mettre en place d’un comité pédagogique et scientifique national et des comités régionaux chargés de garantir la qualité scientifique et pédagogique des programmes de formation par simulation.
- Assurer un budget suffisant pour la création, l’équipement et le fonctionnement d’un centre de simulation.
- Assurer une architecture adéquate et conforme aux normes internationales d’un centre de simulation.

- Affecter un personnel avec effectif suffisant et un profil adapté aux besoins de fonctionnement d'un centre de simulation.
- Mutualiser et rationaliser toutes les ressources au sein d'un centre de simulation (plates-formes, équipements, banque de scénarios, locaux, programmes de développement professionnel, programme de formation, personnel...).
- Etablir des partenariats pour le développement de la pratique de simulation avec tous les établissements relevant de l'environnement externe de l'ISPITS (Facultés de médecine, Etablissements universitaires à même vocation, Autres ISPITS, Universités privés, Sociétés savantes...).

Pour le développement du tutorat

- Programmer des sessions de formation continue portant sur l'encadrement clinique au profit des tuteurs.
- Organiser des réunions d'information et de partage, entre les gestionnaires des instituts et des hôpitaux, sur l'état de déroulement des stages cliniques et les difficultés rencontrées.
- Préparer les milieux cliniques pour un meilleur apprentissage pratique, en les dotant par les ressources nécessaires.
- Établir un partenariat entre l'ISPITS et les établissements de santé, en définissant le rôle de chacun afin de permettre à l'étudiant de profiter de toutes les opportunités offertes d'apprentissage.
- Doter les tuteurs et les équipes de soins par les outils et supports nécessaires pour remplir leur mission d'encadrement.
- Encourager et développer le tutorat par les pairs.
- Introduire le tutorat dans la mission institutionnelle des établissements de soins, et mettre en place le cadre juridique adapté cette mission.
- Etablir des réseaux entre les tuteurs, par la création des sites où les tuteurs formalisent leurs expériences et leurs contraintes, et émettent leurs alternatives d'amélioration, et également par l'organisation des forums de discussion.
- Diversifier et multiplier les sites des stages des étudiants pour leur acquérir les habiletés et compétences nécessaires à leur pratique professionnelle.

Conclusion générale et perspectives

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'Homme et de la conception d'une vie dans la dignité. Pour jouir ce droit, un personnel de santé hautement qualifié est fortement exigé. Par ailleurs, le personnel infirmier constitue plus de 50 % des personnels de santé dans le monde et fournit des services vitaux pour l'ensemble du système de santé. Au cours de l'histoire, et aujourd'hui encore, ce personnel se trouve en première ligne du combat mené contre les épidémies et les pandémies qui menacent la santé mondiale.

L'étudiant marocain en soins infirmiers et techniques de santé, est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est à-dire un professionnel de santé capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en relation avec son rôle, et de mener à bien des interventions, seul et/ou en équipe pluridisciplinaire. Tout ceci, afin de répondre aux besoins de santé des malades, de leurs familles et de la communauté en général.

En effet, la profession infirmière est une profession d'action et de pratique, où les étudiants apprennent en agissant et en accomplissant des actes concrets dans des situations réelles ou simulées de soins. Ce contexte d'apprentissage pratique permet le développement de jugement clinique des étudiants et les rends aptes à prendre des décisions cliniques appropriées aux situations de soins. La simulation et les stages en milieux pratiques sont des exemples parlants, où les apprenants sont confrontés à des situations cliniques réelles ou réalistes comme occasions d'apprentissage, il s'agit d'une pratique qui combine à la fois l'expertise clinique des formateurs, mais aussi leur connaissance et leur expérience de démarches réflexives.

Le présent travail de thèse nous a permis d'aboutir à des résultats pertinents par rapport à notre objectif d'étudier les enseignements/apprentissages pratiques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé.

Concernant l'enseignement/apprentissage en **situation clinique (stage)**, et pour que les étudiants arrivent à développer les compétences requises pour prodiguer des soins en toute sécurité et efficacité à leurs patients, un encadrement pédagogique clinique adapté et de proximité doit être offert. Dans ce cadre, nous avons mené une étude comparative entre plusieurs méthodes d'encadrement clinique, principalement le Préceptorat, le Mentorat et le Tutorat. Cette étude nous a permis de conclure que le tutorat semble la pertinente parmi les méthodes étudiées, du moment qu'elle est largement appliquée dans plusieurs pays en Europe et en Amérique du nord. Ajouter à cela ses avantages sur le plan cognitif, métacognitif et

socio-affectif des étudiants et son adaptabilité au contexte marocain. Nous avons également étudié l'impact de cette méthode d'après la littérature, par ailleurs, plusieurs études ont démontré qu'un Tutorat bien appliqué permet d'une part, au tuteur d'acquérir des expériences en enseignement et une motivation intrinsèque..., et d'autre part, au tutoré de réussir sa formation et construite son identité professionnelle. Pour une bonne instauration de cette méthode dans notre contexte, nous avons mené une étude des contraintes susceptibles d'être confrontées lors de l'instauration. Ainsi plusieurs contraintes ont été relevées, analysées et discutées, parmi ces contraintes, un manque de coordination entre l'établissement de formation (ISPITS) et les établissements de soins, un manque des activités de planification de l'encadrement, une surcharge de travail et une pénurie des infirmiers. Ces contraintes ont été étudiées dans la perspective de les prendre en considération lors de la phase d'instauration proprement dite. Par la suite, nous avons mis en œuvre cette phase dans 11 sites de stage auprès de 130 étudiants (tutorés) de l'ISPITS de Fès encadrés par 11 infirmiers praticiens (tuteurs). Les principaux résultats de cette expérimentation, pour les tuteurs, la surcharge du travail parmi les difficultés qu'ils ont vécu lors de l'exercice de la fonction de tutorat, ceci est expliqué par le fait que la plupart parmi eux n'étaient pas exonérés d'une partie de leurs fonctions des soins, mais la majorité était satisfait de l'encadrement qu'ils ont assuré aux étudiants durant cette expérimentation. Pour les tutorés, la moitié était moyennement satisfaite de sa participation à cette expérimentation, et ils ont noté la nécessité d'instaurer la méthode tutorat au sein de tous les sites des stages des étudiants.

Concernant l'enseignement/apprentissage en **situation scolaire (simulation)**, il a été constaté que la simulation en santé est devenue, dernièrement, une partie intégrante dans le programme de formation des différentes filières en santé (médicale, infirmière, pharmacie...). L'enseignement/apprentissage par cette technique obéit classiquement à certaines règles qui doivent être respectées afin de tirer tous les bénéfices escomptés de cette formation. Dans ce cadre, nous avons réalisé une étude, d'une part, pour diagnostiquer et faire un état des lieux du déroulement des séances d'enseignement/apprentissage par simulation selon la manière classique (démonstration), et d'autre part, dans la perspective de se préparer à la mise en place du nouveau laboratoire de simulation que l'ISPITS de Fès a récemment acquis, avec des équipements utilisant une nouvelle technologie numérique. Cette étude a révélé, principalement, que presque la moitié des étudiants était insatisfaite du déroulement classique des séances de simulation, parfois, était stressée par l'effet de l'environnement de ces séances, ainsi la majorité des étudiants enquêtés ont soulevé l'insuffisance du volume horaire alloué

aux séances de simulation. Après l'aménagement des locaux et l'installation des équipements du nouveau laboratoire, ainsi le lancement des séances d'enseignement/apprentissage par simulation dans ce laboratoire, les principaux résultats de notre enquête, nous ont permis de dégager que, d'une part, pour les enseignants, presque les deux tiers n'ont pas reçu une formation sur les méthodes et les outils pour la manipulation du nouveau matériel, ainsi que la majorité a déclaré que le laboratoire est moyennement équipé. D'autre part, pour les étudiants, la majorité a déclaré que l'équipe des formateurs se compose d'un seul enseignant, ainsi que presque la moitié est peu satisfaite par rapport à la disposition du matériel et des équipements.

Au terme de nos travaux réalisés ayant porté sur la simulation et l'encadrement des stages cliniques, nous avons réalisé une dernière enquête pour étudier la relation entre ces deux pratiques. En effet, les principaux résultats issus de cette étude ont montré que plus de la moitié des étudiants enquêtés sont moyennement satisfaits de l'alternance entre les séances de simulation et les stages cliniques, et la majorité a déclaré que l'apprentissage par simulation ne peut pas remplacer les stages cliniques.

A la lumière de nos résultats des différents travaux et enquêtes réalisés, et pour contribuer à l'amélioration et développement des pratiques de tutorat et de simulation, nous avons élaboré deux Livrables sous formes des Guides de Bonnes Pratiques (GBP) qui seront d'un grand intérêt et appui aussi bien pour enseignants formateurs que pour les étudiants.

Dans le cadre de la continuité, l'amélioration continue de la qualité, la pérennisation des acquis et la consolidation des résultats de nos études, il est fortement souhaitable d'entreprendre, dans l'avenir proche, d'autres travaux et projets de recherche portant sur la thématique des enseignements/apprentissages pratiques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé. Ceci, pour accompagner d'une part, les réformes et chantiers qui rendent le système de santé au Maroc en perpétuel mouvement, et d'autre part, l'évolution technologique et numérique, à l'échelle internationale, des méthodes et outils employées dans les enseignements/apprentissages. En effet, les perspectives qui peuvent être étudiées dans ce cadre sont :

1- Étude de la généralisation de notre expérimentation d'instauration de la méthode tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants au niveau national.

2- Étude d'impact de la simulation haute-fidélité (serious games, réalité virtuelle, 3D, ...) sur l'amélioration des acquis des étudiants.

3- Étude d'impact des acquis, des étudiants, issus de la simulation et des stages cliniques sur leur future pratique professionnelle.

4- Évaluation de la place des enseignements/apprentissages pratiques dans le programme de formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé, dans la perspective d'une révision des cahiers de normes pédagogiques et des descriptifs de formation.

5- Développer les guides de bonnes pratiques que nous avons élaboré sous forme des projets en partenariat avec le Ministère de la Santé et la Protection Sociale.

Références

- Abid, D., Benamor, I., Aloulou, J., Abid, L., Gargouri, L. et Gargouri, J. (2017). Simulation en santé : Prototypes de Scenarios, J.I. M. Sfax, N°25, 1-14.
- Alaska Center for Rural Health, (2008). Clinical Simulation in Alaska: More than Mannequins, More than Centers.
- Alava, S. et Clanet, J. (2000). Éléments pour une meilleure connaissance des pratiques tutorales: regards croisés sur la fonction de tuteur. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 545–570. doi:10.7202/000290ar.
- Alisfa, E. (2014). Étude de cadrage sur le tutorat.
- Allemann, L., Henchoz, E. et Maillat, P. (2020). L'impact de la simulation dans le développement des compétences infirmières : une revue de littérature. Travail de Bachelor.
- Ammirati, C., Amsallem, C., Gignon, M., Bertrand, M. et Pelaccia, T. (2011). Les techniques modernes en pédagogie appliquée aux Gestes et soins d'urgence, *Urgence 2011*, Conférences : Session ANCESU, 693-707.
- Appelshaeuser, M. (2014). La simulation en santé en formation initiale, quels enjeux pour le Directeur des Soins en charge d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers ? École des hautes études en santé publique. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/appelshaeuser.pdf>
- Association Canadienne des Ecoles de Sciences Infirmières ACESI, (2012). La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada. Cadre national de principes directeurs et éléments essentiels.
- Association des Etudiantes Infirmières du Canada AEIC, (2010). Pourquoi devenir une infirmière canadienne ? Consulté le 15 Février 2021, à <http://cnsa.ca/pourquoi-devenir-une-infirmiere-canadienne>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada [AIIC], (2004). Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession; Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ottawa.
- Aubry, F. et Latil, F. (2007). Optimisation de la formation par le stage clinique des étudiants paramédicaux. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Provence Alpes, Côte d'Azur France.
- Authenticated U.S. Government Information, (2009). H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session.
- Barbier, J. M. (1996). Tutorat et fonction tutorale : Quelques entrées d'analyse. Recherche et formation.
- Bastide, T. (2012). Tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence.
- Bastide, T. (2013). Le tutorat, une pratique efficiente. *Pédagogie. Expérience*. N° 528 - août/septembre 2013. Gestions hospitalières.
- Baudrit, A. (1999). Recherche en soins infirmiers.
- Baudrit, A. (2012). Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ? *Recherche en soins infirmiers 2012/4* (N° 111), p. 6-12. DOI 10.3917/rsi.111.0006.

- Béghin-Do, M. (2015). Tuteurs et changement : la professionnalisation des infirmières en question : continuité, transformation ou mutation d'une profession. Education. Thèse de Doctorat à l'Université de Toulouse. Français. HAL Id: tel-01297961. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01297961>.
- Belghezli, N., Dalla, V. A., De Zorzi, F., Héraut, J., Lothaire, T., Mengal, Y. et al. (2012). Proposition de réforme de la formation infirmière en Fédération Wallonie-Bruxelles. Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB), et Société des Infirmiers Belges en Recherche et Formation (SIBReF).
- Benhaberou-Brun, D. (2017). Apprendre grâce à la simulation. *Perspective Infirmière*, Vol 14, No03.
- Benhamou, D., Roulleau, P. et Trabold, F. (2012). La simulation en anesthésie-réanimation : outil pédagogique et d'amélioration de la prise en charge des patients. *Réanimation* 22: S383-S390. DOI 10.1007/s13546-012-0631-1. SRLF et Springer-Verlag France.
- Beydon, L., Dureuil, B., Nathan, N., Piriou, V. et Steib, A. (2010). La simulation en anesthésie réanimation : profil et point de vue des centres français – une enquête du Collège français des anesthésistes réanimateurs, Elsevier Masson SAS, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(11), 782–786, <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.08.013>
- Bisson, S. (2012). Élaboration d'un projet d'encadrement par tutorat pour favoriser la réussite des étudiantes et des étudiants présentant des difficultés lors des stages en soins infirmiers. Essai présenté à la faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. Éd.) Maîtrise en enseignement au collégial. Université de Sherbrooke.
- Bland, A. J., Topping, A. & Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31(7), 664-670. Boston: John and Bartlett Publishers.
- Boet, S., Granry, J.C. et Savoldelli, G. (2013). La Simulation en Santé. De la théorie à la pratique, Springer-Verlag France, 2013, ISBN 978-2-8178-0468-2.
- Boissière, S. (2010). Accompagnement et /ou encadrement dans le tutorat. Comment les tuteurs interprètent le nouveau référentiel de formation infirmière dans leur pratique ? Thèse En vue de l'obtention du Master Professionnel à l'Université François Rabelais – Tours.
- Boivin, M. (1995). L'intégration théorie/pratique dans le développement des compétences cliniques en soins infirmiers grâce au journal de bord. Mémoire de maîtrise, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/11183>
- Boraley, C. et Dürrenberger, V. (2014). Le guide du tuteur de stage : Un accompagnement au quotidien.
- Boru, J. J. (2016). Apports et difficultés de mise en place d'un système de tutorat dans une Banque régionale.
- Bouchard, M.C. (2001). Les infirmières : demandes sociales et enjeux de formation. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation. Université du Québec à Chicoutimi.
- Boussouak, C. (2007). Partenariat entre directeurs des soins gestion et formation : vers une formation professionnalisante des étudiants en soins infirmiers. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes.

- Boutet, R. (2000). Le tutorat : Une modalité de la relation maître-élève. *Pédagogie collégiale*. 13(4).
- Brunet, Y. (2009). Élaboration d'un guide d'encadrement pour le mentorat auprès du personnel enseignant débutant en soins infirmiers au collégial. Essai présenté à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. Éd.). Maîtrise en enseignement au collégial. Université de Sherbrooke.
- Cellou, B. M., Béchir, J. et Laurent, R. (2012). Stratégies d'implantation d'un centre de simulation médicale.
- Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI), Université de Montréal, (2013). Les stages en sciences infirmières au 21^{ème} siècle, recension d'écrits : Simulation, critères de qualité et encadrement. Faculté des sciences infirmières. https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI_2013_-_Les_stages_au_21e_siecle.pdf
- Centre de réadaptation MAB-Mackay, (2013). Programme de mentorat.
- Centre de Santé et de Services Sociaux CSSS du Sud-Ouest-Verdun, (2008). Guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers.
- Chaliès, S., Cartaut, S., Escalié, G. et Durand, M. (2009). L'utilité du tutorat pour de jeunes enseignants : la preuve par 20 ans d'expérience. *Recherche et formation*, 61/2009. Revues.org/534 ; DOI : 10.4000.
- Chapuis, H., Girard, C., Graidia, N. et Petit, J. (2015). L'encadrement des étudiants infirmiers en stage et répercussions sur le futur soignant. Institut de Formation des Professionnels de Santé. Formation Infirmière. Besançon Cedex.
- Chevrier, N. (2006). Étude descriptive des pratiques d'encadrement des tuteurs en entreprise qui favorisent l'apprentissage des stagiaires dans un programme de formation professionnelle en alternance. Maîtrise en Éducation. Université du Québec à Montréal.
- Chomienne, M. et Poellhuber, B. (2009). Les effets de l'encadrement et de la collaboration sur la motivation et la persévérance. *Recherche pédagogique*. 22(2). Pédagogie collégiale
- Christen, I., Gouverner-Valla, A., Donges, S. et Pascault, A. (2013). Enseignement simulé de la transfusion / Réflexions autour de la validation de l'UE4.4 S4, Info CEFIEC, No31, 18-26.
- Coyer, C. (2013). Place et intérêt de la simulation « haute-fidélité » dans la formation des étudiants sages-femmes à la réanimation néonatale. Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme. Université d'Angers-Ecole de Sages-femmes Rene Rouchy. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20071564/2013MDNSF576/fichier/576F.pdf>
- Crossin, F. (2013). La formation par simulation et le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009, *Info CEFIEC*, No31, 10-14.
- Darris, T. et Quebre, K. (2016). La simulation dans les IFSI en 2015 : état des lieux. Mémoire pour l'obtention du Diplôme universitaire de formateur à l'enseignement de la médecine sur simulateur. Université Paris Descartes, les sciences de l'Homme et de la santé. <http://www.medesim.fr/wp-content/doc/memoire/diu2016-tdarris-et-kquebre-memoire.pdf>
- Desrosiers, F. (2009). Étude des pratiques de supervision de stage dans un programme par compétences en soins infirmiers au collégial. Université de Sherbrooke. Faculté d'éducation. <https://apprendre.auf.org/wp-content/opera/13-BF-References-et-biblio->

- Doureradjam, R. et Dorsaz, S. (2013). Simulation et formation dans le domaine des soins infirmiers. DOI:10.1007/978-2-8178-0469-9_12.
- Drummond, D. (2014). Évaluation d'un programme d'enseignement innovant associant film pédagogique et ateliers de simulation pour la formation à l'arrêt cardiaque de l'enfant des étudiants hospitaliers. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Faculté de Médecine Paris Descartes. Médecine humaine et pathologie. HAL Id: dumas-01190204. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01190204/document>
- Dubois, S. et Giroux, M. N. (2012). L'innovation pédagogique chez les infirmières dans un contexte de début d'expérience professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, N°111. Pages 71-80.
- Duchesne, S. et Larose, S. (2000). Les comportements interpersonnels de tuteurs-enseignants et l'intégration des élèves aux études collégiales. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 571–600. doi:10.7202/000291ar.
- Ducros, A. (2012). Simulation, Urgences Céphalées, Paris.
- Dugal, J. P. (2006). Attitudes des tuteurs et effets de formation. Tutorat et accompagnement. Atelier 1. Colloque. 23-24 novembre 2006.
- Durand, C. (2003). L'alternance comme dispositif d'apprentissage. *Pédagogie*. <https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/L-alternance-comme-dispositif-d>
- Edward, K. L., Ousey, K., Payle, J. & Giandinoto, J. A. (2017). Are new nurses work ready - The impact of preceptorship. An integrative systematic review. *Journal of Professional Nursing*, 33(5), 326–333.
- Elmajhad, M. (2001). Partenariat entre les Instituts de formation aux carrières de santé et les structures de soins en matière de formation pratique des élèves infirmiers. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maitrise en administration sanitaire et santé publique. Ecole Nationale d'Administration Sanitaire.
- Elmajhad, M. (2009). L'enseignement clinique. Institut de formation aux carrières de santé de rabat. Deuxième cycle des études paramédicales.
- Eyikara, E. et Baykara, G. Z. (2017). L'importance de la simulation dans l'enseignement infirmier. *Journal mondial sur la technologie éducative*. 9(1).
- Ezzaoui, Z. (2011). Perception des élèves sages-femmes de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Fès vis-à-vis du tutorat par les pairs dans le milieu clinique. Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme du deuxième cycle des études paramédicales.
- Fanning, R. M. & Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. Society for Simulation in Healthcare, *Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-25, 2007, DOI: 10.1097 / SIH.0b013e3180315539.
- Formaux, V. (2002). Panser l'encadrement. Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé. Institut de Formation des Cadres de Santé. Filière Soins. Croix-Rouge Française.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality et Safety in Health Care*, 13, 2-10.

- Gatin, A. (2016). Définir les objectifs pédagogiques d'une séance de simulation et en choisir les modalités, Université de Lorraine, France, 2016.
- Gavalet, M. (2012). L'étudiant infirmier et l'agir compétent. Travail de fin d'étude. IFSI Le Blanc. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-gavalet-maryse.pdf>
- Gineyt, C. (2015). Les coulisses de la didactisation des savoirs en sciences infirmières : simulation par jeu de rôle filmé pour un apprentissage par « situations-problèmes ». *Association de recherche en soins infirmiers*, 2015/4 N° 123, pages 89 à 107, ISSN 0297-2964. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-4-page-89.htm>
- Granry, J. C. et Moll, M. C. (2012). État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Rapport de mission. HAS. France.
- Guay, M. M. et Lirette, A. (2003). Guide sur le mentorat pour la fonction publique québécoise, édition révisée, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines. Rapport de recherche.
- Haute Autorité de Santé HAS, (2019). Simulation en santé et gestion des risques. Guide méthodologique. SOFRASIMS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf
- Haute Autorité de Santé HAS, France, (2012a). Simulation en santé. Fiche technique méthode.
- Haute Autorité de Santé HAS, France, (2012b). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé.
- Huchon, C. (2005). Réflexion autour de la situation de retour de stage en institut de formation en soins infirmiers : un espace de dialogue pour le développement de l'expérience professionnelle. *Association de recherche en soins infirmiers*, 2005/4 N° 83, pages 34 à 99, ISSN 0297-2964. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-4-page-34.htm>
- Hucq, C. (2019). L'influence de la simulation clinique sur la collaboration interprofessionnelle et sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants en soins infirmiers. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. https://dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A18781&datastream=PDF_01
- Inchauspé, P. (2001). L'encadrement des étudiant(e)s dans les formations en ligne offertes aux différents niveaux d'enseignement.
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning INACSL, (2016). Normes de bonnes pratiques : Simulation design. *Simulation clinique en soins infirmiers*, Vol 12, Supplement, S5-S12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
- Issenberg, S. B., Mc Gaghie, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. L. & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), pp. 10-28. ISSN 0142-159X print/ISSN 1466-187X online. DOI: 10.1080/01421590500046924. https://www.academia.edu/3198211/Features_and_uses_of_high_fidelity_medical_simulations_that_lead_to_effective_learning_a_BEME_systematic_review?pop_sutd=false
- Jaffrelot, M. et Savoldelli, G. (2011). Concevoir un centre de simulation. Urgences 2011. Conférences : session ANCESU.

- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating: Simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspective*. 26(2): p 96-103. http://www.hunter.cuny.edu/shp/centers/nycnect/docs/Jeffries_article_NEP.pdf
- Jouanchin, N. (2007). Le stage d'application dans la formation infirmière, représentations et implication professionnelles des acteurs. Futurs infirmiers, formateurs et responsables/tuteurs de stage, p. 42-64.
- Jouffroy, R., Khélifi, G., Fontaine, M., Parlavecchio, J., Carli, P. et Vivien, B. (2016). Apport de la simulation pour la prise en charge des urgences vitales. Le Congrès. Médecins. Urgences vitales. SFAR. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Apport_de_la_simulation_Benoit_VIVIEN_Paris.pdf
- Lalonde, M., Malouin-Benoit, M.,C., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M. et Desroches, J. (2017). Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Association de recherche en soins infirmiers*, 2017/4 N° 131, pages 71 à 84, ISSN 0297-2964. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-4-page-71.htm>
- Lamoureux, I. et Melançon, M. J. (2014). Programme d'encadrement de l'infirmière apprenante dans un nouveau domaine d'activité : un gage de succès. Colloque de l'ORIILL. Centre de Santé et de Services Sociaux du nord de Lanaudière.
- Laniel, V. (2015). Apprentissage par simulation et activité du formateur : Comment le travail avec un simulateur d'accouchement interactif a-t-il développé l'activité d'une enseignante en maïeutique? Université Paul Valéry, Montpellier.
- Laroche, A., Lavoie, L. et Rodrigue, D. (2009). Programme de soutien clinique en soins infirmiers. Volet préceptorat pour jeunes infirmières et infirmières auxiliaires. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval).
- LeGrande, S. (2016). Evaluation of clinical reasoning of nursing students in the clinical setting.
- Levrault, B. (2010). Le rôle des acteurs. E-portofolio, étudiant infirmier.
- Levrault, J. et Fournier, J.P. (2012). Jamais la première fois sur le patient. SFMU et Springer-Verlag France, *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*. 2(6), 361-363. doi:10.1007/s13341-012-0259-9.
- Linder, L. A. & Pulsipher, N. (2008). Implementation of simulated learning experiences for baccalaureate pediatric nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 4(3), 41-47.
- Lycée Technique pour Professions de la Santé, Luxembourg, (2018). La simulation en santé: définition et apports. Les patients standardisés vs. Mannequins, LTPSim, LuxembourgWort.
- Maamri, A. et Tourrette Turgis, C. (2007). Qualité de l'enseignement pratique et théorique des lauréats de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé d'Oujda au Maroc. Master Ingénierie et conseil en formation. Département de sciences de l'éducation. Université de Rouen. Disponible en ligne sur http://shs-app.univ-rouen.fr/civiic/memoires_masterICF/textes/T_MAAMRI.pdf
- Malavialle, L. (2006). Pratiques autour de l'accompagnement des nouveaux arrivants dans un établissement de santé. Le tutorat des professionnels soignants au centre hospitalier de Béziers. Acte du Colloque Tutorat et accompagnement du 23-24 novembre 2006.
- Meirieu, P. (1999). Apprendre...oui, mais comment". Edition ESF, Paris.

- Midgley, K. (2006). Pre-Registration Student Nurses Perception of the Hospital-Learning Environment during Clinical Placements. *Nurse Education Today*, 26(4), ISSN: 0260-6917, 1532-2793, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.10.015>, p.338-345. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691705002297>
- Ministère de la Santé, Maroc, (2010). Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH). Arrêté N°456-11 du 6 juillet 2010. Publié au Bulletin Officiel (BO) N°5926 du 07 Mars 2011.
- Ministère de la santé, Maroc, (2015). Règlement Intérieur des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé. Arrêté n°09/2015 du 26 février 2015.
- Ministère de la santé, Maroc, (2017). Les descriptifs des programmes de formation des filières du cycle Licence des Instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé.
- Ministère de la santé, Maroc, et Enfermeras Para el Mundo, Espagne, (2012). Guide du tutorat pour le suivi des stages des étudiantes sages-femmes des IFCS du royaume du Maroc.
- Moisy, M. C. (2001). L'infirmier, formateur de ses pairs : réalités et perspectives. Institut de Formation en Soins Infirmiers Villefranche sur Saône. <https://www.infirmiers.com/pdf/memoiremarieclaude.pdf>
- Morgan, R. (2006). Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: An Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 155-161.
- Mouhaoui, M., Moussaoui, M., Yaqini, K., Khaleq, K. et Louardi, H. (2012). La simulation médicale au Maghreb : état des lieux et perspectives. URGENCES, 2012, Chapitre 84. SFMU et SAMU de France. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/la_simulation_medicale_au_Maghreb_etat_des_lieux_et_perspectives.pdf
- Nacir, O. (2017). Simulation médicale et Education thérapeutique : A travers des expériences d'enseignement à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine. <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2017/these218-17.pdf>
- Nicolas, M. (2016). Tutorat : vers une professionnalisation. 4ème journée régionale du tutorat en psychiatrie « Les dix ans du tutorat en psychiatrie : quels bilans et perspectives en Auvergne Rhône Alpes pour demain ? ». Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or.
- Odile Galant, M. (2011). Projet et dispositif de formation. Institut de Formation en Soins Infirmiers. Hôpitaux Sud. Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ], (2009). Recommandation sur les stages cliniques dans la formation infirmière. Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf
- Otti, A., Pirson, M., Piette, D. (2015). Perception des encadrants de stage du processus de gestion et de la qualité de l'encadrement pédagogique clinique en sciences infirmières et obstétricales au Bénin. *Association de recherche en soins infirmiers*. 2015/4 N°123. « Recherche en soins infirmiers ». Pages 77 à 88. ISSN 0297-2964.
- Otti, A., Pirson, M., Piette, D. et Coppieters, Y. (2017). Analyse d'interventions pour améliorer l'encadrement clinique des étudiants infirmiers au Bénin. *Revue santé Publique*. 29(5). DOI 10.3917/spub.175.0731. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-731.htm>

- Pape, J. (2008). Le partenariat des Directeurs de soins « gestion et formation » : une plus-value pour l'apprentissage des étudiants infirmiers. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Parmentier, L. (2003). Vers une amélioration des conditions de stage en soins infirmiers. Mémoire de l'IFPS CRF – Chalons en Champagne.
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154 | janvier-mars 2006, DOI : 10.4000/rfp.157, ISSN : 2105-2913, P145-198. <https://journals.openedition.org/rfp/157>
- Phaneuf, M. (2009). L'encadrement par les pairs, une stratégie porteuse en soins Infirmiers.
- Phaneuf, M. (2013a). Le coaching, un outil au service des enseignantes.
- Phaneuf, M. (2013b). La prévention. Une nécessité professionnelle en soins infirmiers. Disponible en ligne sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/La-prevention.pdf>
- Piette, S. et Orban, M. (2003). Formation tutorale de nouveaux agents infirmiers : De l'établissement de référentiels de compétences à la formation des tuteurs.
- Plazolles, M. (2016). Les pratiques d'encadrement des « tuteurs de stage » en masso-kinésithérapie. *Kinesither Rev* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2016.01.008>
- Policard, F. (2018). Facilitation et simulation clinique : modalités de l'activité de guidage dans la situation simulée chez les formateurs en soins infirmiers. *Activités*. 15(2). URL : <http://journals.openedition.org/activites/3366;DOI:10.4000/activites.3366>
- Queva, C. (2015). La simulation médicale comme moyen pédagogique : intérêt à un an. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille.
- Quintin, J. J. (2007). L'impact du tutorat sur les performances des étudiants. Effet de cinq modalités d'intervention tutorale sur les performances d'étudiants engagés dans un travail collectif asynchrone. Jun 2007, INRP, 2007. <hal-00161540>.
- Ravert, P. (2004). Use of a human patient simulator with undergraduate nursing students: a prototype evaluation of critical thinking and self-efficacy, University of Utah Graduate School, Salt Lake, États-Unis.
- Rémi, A. et Bayle, I. (2016). Le tutorat infirmier. Accompagner l'étudiant en stage. Estem, Vuibert.
- Ridet, L. (2016). Fonction tutorale et professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. Contribution des situations apprenantes au développement des compétences. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master Professionnel. Université François Rabelais – Tours.
- Severson, C. (2015). Encourager le mentorat à travers le perfectionnement professionnel. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 25(2).
- Simoneau, I. L. et 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. Cégep, Sherbrooke.
- Simoneau, I. L., Ledoux, I. et Paquette, C. (2012). Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute-fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers. PAREA PA2010-004 « Approche SPU en soins infirmiers ». Cégep de Sherbrooke.

- ISBN-978-2-920916-67-8. <https://cdc.qc.ca/parea/788254-simoneau-simulation-clinique-soins-infirmiers-sherbrooke-PAREA-2012.pdf>
- Société Canadienne de Science de Laboratoire Médical, SCSLM, (2016). Forum national sur la simulation et les stages cliniques. Toronto. https://www.csmls.org/csmls/media/documents/resources/SimulationandClinicalPlacementNationalForum_FR.pdf
- Tagwa, O. (2016). Perceptions des étudiantes en sciences infirmières sur la satisfaction et la confiance en soi à l'égard de l'expérience de la simulation clinique. *Journal d'éducation et de pratique*. 7(5).
- Talhaoui, B. (2006). Démarche adoptée pour l'enseignement clinique des étudiants infirmiers polyvalents de l'IFCS de rabat au niveau de l'Hôpital Ibn Sina. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme des E.P.M de 2ème cycle.
- Tambwe Kabamba, J., Akumbakinayo Muinida, D. et Kiyoko Belo, A. (2005). La perception des infirmiers dans l'encadrement des stagiaires dans les institutions de soins sur le transfert. Kinshasa.
- Tanicala, M. L. (2006). Design and implementation of nursing student clinical experiences and program effectiveness as measured by NCLEX-RN pass rates. A Dissertation Submitted for the degree of Doctor of Education. Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio. https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_etd/send_file/send?accession=bgsu1146846177&disposition=inline
- Terrier, C. (2011). L'infirmier anesthésiste et l'accompagnement des élèves IADE en stage : Quels accompagnements, à quels moments ? Ecole d'infirmiers anesthésistes. CHU de Reims.
- Tesniere, A. et Mignon, A. (2013). Simulation médicale dans les programmes pédagogiques de formation.
- Thicoipe, M. et Lalanne, C. (2015). La simulation en santé, CESU33, Bordeaux.
- Tiphaine, D. (2012). L'encadrement des étudiants.
- Université Catholique de Louvain, Belgique, (2019). Assemblée Générale des étudiants.
- Université Saint-Joseph, Beyrouth, (2015). Manuel de pédagogie universitaire.
- Vachon, V. (2018). Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14054/Vachon_Veronique_MEd_2018.pdf?sequence=1
- Wittorski, R. (1996). Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat. La fonction tutorale dans les organisations éducatives et les entreprises. *Recherche et formation*. N° 22/1996. INRP, ISSN : 0988-1824. ISBN : 2-7342 0542-4.
- Zimowski, J. (2016). Une visée éthique de l'usage de la simulation en santé. Institut Universitaire Santé Social. Université Catholique de Lille.

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire n°1 (Etudiants)

Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements personnelles

1. Vous êtes ? ☐ Féminin ☐ Masculin
2. Quel est votre âge ? (Années)
3. Quel est votre niveau d'étude au sein d'ISPITS ?
☐ Semestre 2 ☐ Semestre 4 ☐ Semestre 6

II. Contraintes d'instauration du système tutorat

4. Bénéficiez-vous d'un encadrement au niveau des terrains de stage ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
5. Quelles sont les personnes qui participent à cet encadrement ?
☐ Enseignant de l'ISPITS ☐ Infirmier désigné à cette tâche ☐ Equipe de soins
☐ Infirmier chef ☐ Personne de l'administration
☐ Autre à préciser :
6. Est-ce que les professionnels des services connaissent la méthode TUTORAT ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
7. Est-ce que les professionnels des services ont les capacités et les habiletés pédagogiques nécessaires pour l'encadrement ?
☐ Tous ☐ Certains parmi eux ☐ Aucun
8. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ces capacités et habiletés ?
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Moyennement satisfaisant ☐ Insatisfaisant
9. Est-ce que vous ressentez que les professionnels des services sont engagés dans l'encadrement des étudiants ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
10. La pénurie des infirmiers dans les sites de stage représente une contrainte à la mise en place adéquate de la méthode Tutorat ?
☐ Oui ☐ Non
11. L'infirmier encadrant vous prépare-t-il les conditions d'apprentissage propices à vos objectifs de stage ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
12. A votre avis, la période de stage est-elle suffisante pour l'intégration de vos connaissances ?
☐ Oui ☐ Non

13. Selon vous, le rythme du service influence t-il la qualité d'encadrement des étudiants ?

☐ Oui ☐ Non

14. D'après votre passage dans les sites de stages, quels sont les contraintes qui retentissent négativement sur votre encadrement ?

- ☐ La surcharge du travail ☐ L'insuffisance du matériel
☐ Le manque d'encadrant ☐ L'effectif élevé des stagiaires
☐ Autres, à préciser :

15. L'arrivée d'un stagiaire à un site de stage est considérée ?

- ☐ Surcharge de travail ☐ Remplaçant d'un infirmier manquant
☐ Occasion pour rehausser l'estime de soi ☐ Tâche ordinaire
☐ Opportunité pour développer les compétences
☐ Autres, à préciser :

16. Comment est-elle votre relation avec les infirmiers encadrants ?

- ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Assez bonne ☐ Mauvaise

17. Comment est-elle votre relation avec les équipes des soins (professionnels des services) ?

- ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Assez bonne ☐ Mauvaise

18. Comment qualifiez-vous l'influence des conditions de travail des infirmiers sur leurs pratiques d'encadrement des stagiaires ?

- ☐ Favorable ☐ Défavorable ☐ N'a pas d'influence

19. La surcharge du travail est-elle un frein à la mise en place du tutorat?

☐ Oui ☐ Non

20. Trouvez-vous des problèmes dans votre intégration dans l'équipe soignante ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quels types :

21. Arrive t-il d'avoir des conflits entre le stagiaire et l'infirmier encadrant (ou l'équipe soignante) ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

22. Quelles sont les causes des conflits entre le stagiaire et l'infirmier encadrant (ou l'équipe soignante) ?

- ☐ Les fautes et erreurs pratiquées par les stagiaires
☐ L'absence d'un référentiel organisant la relation infirmier encadrant/stagiaire.
☐ Le stress des infirmiers encadrants et équipes soignantes
☐ Autres à préciser :

23. Comment appréciez-vous votre accueil dans les sites de stage?

☐ Bon ☐ Assez bon ☐ Médiocre ☐ Mauvais

24. Vous arrive-t-il d'être stressé au cours de votre stage ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

25. Est-ce que l'infirmier encadrant prend en considération le développement de l'estime de soi chez l'étudiant ?

☐ Oui ☐ Non

26. Est-ce que l'infirmier encadrant vous accompagne durant toute la période de votre stage ?

☐ Oui ☐ Non

Annexe n°2 : Questionnaire n°2 (Infirmiers)

Etude des contraintes d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements personnelles

1. Vous êtes ? ☐ Femme ☐ Homme
2. Quel est votre âge ?
☐ 20 à 30 ans ☐ 31 à 40 ans ☐ 41 à 50 ans ☐ plus de 50 ans
3. Ancienneté dans la profession ? (Années)
4. Ancienneté dans le service ? (Années)

II. Contraintes d'instauration du système Tutorat

5. Encadrez-vous des étudiants stagiaires dans votre service ?
☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous reçu une formation en matière d'encadrement des étudiants en stage ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui. Dans quel cadre ?

- ☐ Formation continue ☐ Formation de base ☐ Auto-formation
☐ Autres (à préciser) :

7. Pour vous quel est le rôle attendu de l'infirmier encadrant vis-vis le stagiaire ?

- ☐ Accueil des étudiants
☐ Accompagnement des étudiants dans leurs apprentissages
☐ Aide des étudiants en difficultés scolaires
☐ Evaluation des actes pratiqués par les étudiants
☐ Autres à préciser :

8. Comment trouvez-vous la mission d'encadrements des étudiants ?

- ☐ Pénible ☐ Difficile ☐ Importante ☐ Tâche à réaliser ☐ facile

9. Quelles sont les compétences que doit avoir un infirmier encadrant ?

- ☐ Pédagogiques ☐ Relationnelles
☐ Managériales ☐ Pratiques (techniques)
☐ Autres à préciser :

10. Rencontrez-vous des difficultés lors de l'encadrement des étudiants ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

Si oui, quels sont les difficultés rencontrées ?

- ☐ Effectif élevé des étudiants
☐ Inadaptation des objectifs du stage avec les prestations offertes par votre service
☐ Comportement inadapté de certains étudiants
☐ Manque d'outils et de matériel pour la fonction d'encadrement
☐ Manque de soutien de la hiérarchie
☐ Manque de soutien de l'établissement de formation
☐ Superficies des locaux de votre service ne permettent pas l'accueil des stagiaires
☐ Niveau faible de certains étudiants dans la réalisation des soins
☐ Autres à préciser :

11. La pénurie des infirmiers constitue un frein pour l'instauration du tutorat dans l'encadrement des stagiaires ?

☐ Oui ☐ Non

12. Un rythme de travail élevé dans un service constitue un frein pour l'instauration du tutorat dans l'encadrement des stagiaires ?

☐ Oui ☐ Non

13. L'effectif élevé des étudiants infirmiers dans un service constitue un frein pour l'instauration du tutorat dans l'encadrement des stagiaires ?

☐ Oui ☐ Non

14. Comment vous considérez l'arrivée des stagiaires dans votre service ?

- ☐ Surcharge de travail
- ☐ Remplaçant d'un infirmier manquant
- ☐ Opportunité pour développer les compétences pédagogiques de l'infirmier encadrant
- ☐ Occasion pour rehausser le niveau de l'estime de soi de l'infirmier encadrant
- ☐ Tâche ordinaire à réaliser
- ☐ Autres à préciser :

15. Procédez-vous à une planification de l'encadrement des étudiants ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

16. Est-ce que vous êtes instrumentés par des documents et outils pour bien mener l'activité d'encadrement des étudiants ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels sont ces instruments ?

- ☐ Carnet de stage ☐ Répartition des étudiants ☐ Planning de stage
- ☐ Fiche d'absence ☐ Fiche pour incidents critique
- ☐ Plan d'encadrement des apprentissages ☐ Les fiches techniques
- ☐ Autres à préciser :

17. Avez-vous reçu une formation sur les méthodes d'évaluation des connaissances des étudiants ?

☐ Oui ☐ Non

18. Est-ce que vous êtes aidés par l'équipe soignante dans votre mission d'encadrement ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

19. Quel genre d'aide ?

- ☐ Préparation de stage ☐ Organisation de stage ☐ Réalisation des pratiques
- ☐ Evaluation des connaissances des étudiants
- ☐ Autres à préciser :

20. Vous arrive-t-il de recevoir des stagiaires au niveau de votre service, alors qu'ils n'ont pas reçu des connaissances théoriques au préalable

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

21. Existe-t-elle une coordination/collaboration entre l'établissement de formation et l'établissement de soins ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

22. Est-ce que vous sentez accompagner dans votre mission d'encadrement par vos responsables hiérarchiques ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

Annexe n°3 : Questionnaire n°3 (Tuteurs)

Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignement du participant

Caractéristiques personnelles :

1. **Sexe:** ☐ Homme ☐ Femme
2. **Age :** ☐ Moins de 30 ans ☐ 30 à 40 ☐ 41 à 50 ☐ Plus 50

Caractéristiques professionnelles :

3. **Ancienneté en tant qu'infirmier dans la profession :** (Années)
4. **Ancienneté en tant qu'infirmier dans le service :** (Années)

II. Instauration du Tutorat

5. **Depuis combien d'années participez-vous à l'encadrement des étudiants en soins infirmiers sans le titre de tuteur ?** (Années)
6. **Qu'est-ce que représente pour vous l'encadrement des étudiants ?**
- ☐ Un acte infirmier ☐ Une obligation ☐ Un plaisir de transmettre des compétences
- ☐ Une surcharge de travail ☐ Une mission difficile ☐ Une tâche agréable
- ☐ Autres (à préciser) :
7. **Selon vous, un encadrement par Tutorat de qualité est un encadrement qui permet au stagiaire de :**
- ☐ Faire des liens entre la théorie et la pratique ☐ Donner du sens à son action
- ☐ Se questionner et questionner l'équipe ☐ Progresser dans le savoir-faire
- ☐ S'exprimer et faire part de ses remarques ☐ Travailler sur ses comportements
8. **A votre avis, quelles sont les qualités nécessaires à un tuteur pour assurer l'encadrement des stagiaires de façon satisfaisante ?**
- ☐ Savoir faire ☐ Savoir déléguer ☐ Savoir se mettre en question
- ☐ Etre motivé ☐ Qualités relationnelles ☐ Qualités pédagogiques
9. **A votre avis, quels sont les fonctions et rôles du tuteur ?**
- ☐ Soutenir la motivation et la persévérance de l'étudiant
- ☐ Répondre aux questions des étudiants en expliquant les notions non comprises
- ☐ Susciter chez l'étudiant l'auto-questionnement et l'analyse de ses actions
- ☐ Faire le lien entre l'équipe de soin et l'étudiant
- ☐ Guider les apprenants dans leurs apprentissages
- ☐ Créer un environnement d'apprentissage amical et accueillant
- ☐ Diriger les apprenants vers les personnes ressources
- ☐ Evaluer les apprenants
- ☐ Autres (à préciser) :
10. **Durant cette expérience de Tutorat, Selon vous, quels sont les apprentissages que les étudiants ont effectués pendant le stage ?**
- ☐ Image du métier ☐ Etablir une relation théorie/pratique

- ☐ Savoir-faire ☐ Esprit d'équipe ☐ Savoir être
☐ Autres (à préciser) :

11. Avez-vous rencontré des difficultés lors de l'exercice de votre fonction de tuteur ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles ?

- ☐ Relations conflictuelles avec l'étudiant
☐ Manque des informations sur le descriptif de stage
☐ Manque de coordination entre le tuteur et l'enseignant formateur
☐ Surcharge de travail
☐ Manque de coordination entre le tuteur et l'équipe des soins
☐ Erreurs de l'étudiant
☐ Manque de connaissances et de technicité de l'étudiant
☐ Manque de motivation et d'implication de l'étudiant
☐ Difficulté de positionnement par rapport à l'étudiant
☐ Autres (à préciser) :

12. Avez-vous reçu des documents et supports pédagogiques pour mener votre fonction de tuteur ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels ?

- ☐ Descriptif du module stage ☐ Relevé des incidents critiques ☐ Carnet de stage
☐ Fiche de notification des absences ☐ Répartition des étudiants ☐ Objectifs du stage
☐ Fiche de planification des activités d'enseignement ☐ Planning semestriel des stages
☐ Fiche de planification des activités d'apprentissage ☐ Fiche d'évaluation
☐ Autres (à préciser) :

13. Quelle (s) méthode (s) que vous avez employée dans l'encadrement ?

- ☐ Démonstration pratique pour l'étudiant
☐ Observation de l'étudiant ☐ Etudiant s'entraîne seul
☐ Autres (à préciser) :

14. Qu'est-ce que cela vous apporte d'être tuteur ?

- ☐ Rehausser le niveau de mon estime de soi
☐ Développer mes capacités en enseignement
☐ Tisser de bonnes relations avec les étudiants
☐ Etablir un lien direct et étroit avec l'établissement de formation
☐ Récupérer une indemnité
☐ Autres (à préciser) :

15. Comment vous entretenez avec l'étudiant sa pratique de soins, son intégration et sa relation dans l'équipe ?

- ☐ Vous analysez et échangez sur son évolution depuis le début de stage
☐ Vous l'interpellez sur une situation qui s'est produite et vous signalez le comportement adéquat qu'il aurait dû avoir à ce moment là
☐ Vous lui demandez de vous parler de ses difficultés et/ou de ses appréhensions
☐ Vous discutez avec lui son état d'avancement dans la réalisation des objectifs de stage
☐ Vous suscitez les questionnements chez l'étudiant et la remise en cause de sa pratique
☐ Autres (à préciser) :

16. Quel style d'encadrement que vous avez adopté lors de cette expérience ?

- ☐ Enseignant, expert, autoritaire
☐ Encadreur de progrès, collaborateur

- ☐ Facilitateur, conseiller, sensibilisateur
☐ Autres (à préciser) :

17. Évaluez-vous les stagiaires durant leurs stages ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand ?

- ☐ Au début (diagnostique) ☐ Au cours (formative) ☐ A la fin (sommativ)

18. En général, comment qualifiez-vous votre relation avec les stagiaires ?

- ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Ordinaire ☐ Mauvaise

19. Dans votre service, quelles sont les conditions de réussite de l'encadrement par tutorat ?

- ☐ Disponibilité du matériel ☐ Collaboration de l'équipe de travail
☐ Adaptation du local ☐ Disponibilité des opportunités d'apprentissage
☐ Organisation du travail ☐ Accompagnement de l'enseignant formateur
☐ Autres (à préciser) :

20. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaits de l'encadrement que vous offrez au stagiaire ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Insatisfait ☐ Pas du tout satisfait

21. Est-ce que le rôle de tuteur vous convient?

- ☐ Oui ☐ Non

22. Pensez-vous qu'il est nécessaire la désignation d'un tuteur au sein de chaque établissement ou service ?

- ☐ Oui ☐ Non

Annexe n°4 : Questionnaire n°4 (Tutorés)

Etude de l'expérimentation d'instauration de la méthode Tutorat dans l'encadrement des stages cliniques des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements personnelles

1. Sexe: ☐ Homme ☐ Femme
2. Année de naissance :
3. Option : ☐ IP ☐ ISUSI
4. Niveau : ☐ Semestre 2 ☐ Semestre 4 ☐ Semestre 6

II. Instauration du Tutorat

5. A votre avis, quelles sont les qualités nécessaires à un tuteur pour assurer l'encadrement de stagiaire de façon satisfaisante ?
- ☐ Etre motivé ☐ Savoir déléguer ☐ Savoir se mettre en question
- ☐ Expérience du savoir-faire ☐ Qualités relationnelles
- ☐ Qualités pédagogiques
6. Quelle est votre perception du rôle que devrait jouer un tuteur auprès du stagiaire?
- ☐ Soutenir la motivation et la persévérance de l'étudiant
- ☐ Répondre aux questions des étudiants en expliquant les notions non comprises
- ☐ Susciter chez l'étudiant l'auto-questionnement et l'analyse de ses actions
- ☐ Faire le lien entre l'équipe soignante et l'étudiant
- ☐ Guide les apprenants dans leurs apprentissages
- ☐ Créer un environnement d'apprentissage amical et accueillant
- ☐ Diriger les apprenants vers les personnes ressources
- ☐ Evaluer les acquis de l'étudiant et favoriser la transmission
7. Pensez-vous que les infirmiers sont d'avantage impliqués dans l'encadrement par tutorat des étudiants ? ☐ Oui ☐ Non
8. Dans le service où vous avez bénéficié du tutorat, qui participe à l'encadrement des étudiants infirmiers ?
- ☐ Le tuteur ☐ L'équipe des soins ☐ L'infirmier chef
- ☐ L'enseignant formateur ☐ Les médecins ☐ Les étudiants (pairs)
- ☐ Autres à préciser :
9. Quelles sont vos attentes d'un tuteur ?
- ☐ Un encadrement personnalisé et de proximité ☐ Acquisition du professionnalisme
- ☐ Mise à l'épreuve les connaissances théorique ☐ Insertion dans les équipes de soins
- ☐ Autres à préciser :

10. A votre avis, quelles sont les tâches les plus difficiles à réaliser par le tuteur ?

- ☐ L'évaluation du tuteuré ☐ Les stratégies d'enseignement pratique à entreprendre
☐ La gestion des conflits ☐ La planification des activités d'apprentissage
☐ Autres à préciser :

11. Le tuteur et le personnel du terrain disposent t-ils de temps pour vous encadrer ?

- ☐ Oui ☐ Non

12. Qui vous a accueilli lors de votre première journée de stage?

- ☐ L'infirmier chef du service ☐ Le tuteur ☐ L'enseignant formateur
☐ Le médecin ☐ L'équipe soignante
☐ Autres à préciser :

13. De quelle façon s'est déroulé cet accueil?

- ☐ Présentation du service (mission, activités, ressources humaines, matériels...)
☐ Présentation des consignes à respecter durant la période de stage
☐ Présentation de la méthodologie de travail
☐ Discussion des objectifs de stage
☐ Discussion des difficultés et contraintes susceptible d'être rencontrées
☐ Autres à préciser :

14. Comment vous appréciez l'organisation de stage par le tuteur ?

- ☐ Bonne organisation ☐ Organisation ordinaire ☐ Mauvaise organisation

15. Comment vous appréciez l'effectif total des étudiants dans un service de soins ?

- ☐ Très élevé ☐ Elevé ☐ Moyen ☐ Réduit

16. Comment qualifiez-vous votre relation avec votre ou vos tuteurs?

- ☐ Très bonne relation ☐ Bonne relation ☐ Relation ordinaire ☐ Mauvaise relation

17. D'une façon générale, votre tuteur était-il proche et disponible ?

- ☐ Oui ☐ Non

18. De quelle façon le ou les tuteurs vous encadrent-ils durant ce stage?

- ☐ Vous démontre une tâche ☐ Vous fait exécuter une tâche
☐ Vous laisse travailler seul ☐ Vous demande de lui faire un aide
☐ Vous aide lorsque vous éprouvez des difficultés
☐ Autres à préciser :

19. Avez-vous été évalué par votre ou vos tuteurs dans votre milieu de stage?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Quand?

- ☐ Au début de stage ☐ En cours de stage ☐ A la fin de stage

Si oui, Comment ?

☐ Observation ☐ Examen oral ☐ Examen écrit ☐ Examen pratique

20. Avez-vous vécu une situation conflictuelle avec le tuteur ?

☐ Oui ☐ Non

21. Quelles sont selon-vous les étapes les plus importantes dans l'accompagnement des stagiaires ?

☐ Accueil ☐ Réalisation des objectifs du stagiaire
☐ Evaluations ☐ Organisation
☐ Autres A Préciser :

22. Quels sont les points positifs que vous pouvez retenir de votre expérience d'être encadré par un tuteur ?

☐ Acquérir un savoir théorique et pratique ☐ Acquérir d'un savoir être
☐ Développer une pratique réflexive ☐ Développement une confiance en soi
☐ Acquérir des capacités non techniques ☐ Développement une identité infirmière
☐ Autres à préciser :

23. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'encadrement par les tuteurs ?

☐ Manque de disponibilité du tuteur ☐ Faible capacités pédagogiques du tuteur
☐ Manque d'évaluation des apprentissages par le tuteur ☐ Manque de matériel
☐ Manque de planification des activités pratiques à réaliser
☐ Faible engagement et l'intérêt de l'équipe soignante vers l'étudiant
☐ Méconnaissance du tuteur de l'état d'avancement du programme théorique
☐ Autres à préciser :

24. Pensez-vous qu'il est nécessaire de nommer un tuteur dans chaque établissement ou service de soins ?

☐ Oui ☐ Non

25. D'une façon générale, quel degré de satisfaction de la manière dont vous êtes encadré en stage (tutorat mis en œuvre) ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Insatisfait

Annexe n°5 : Questionnaire n°5 (Etudiants)

Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements du participant

1. **Sexe :** ☐ Féminin ☐ Masculin
2. **Option:** ☐ ISUSI ☐ IAR ☐ ISN ☐ ISM ☐ IP ☐ SF

II. Enseignement/apprentissage par simulation

3. **Comment vous appréciez le déroulement des cours démonstratifs (simulation) au sein de l'ISPITS de Fès ?**
- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Insatisfait ☐ Très insatisfait
4. **Comment vous appréciez l'organisation des séances démonstratives auxquelles vous avez assisté ?**
- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Insatisfait ☐ Très insatisfait
5. **Selon vous, quels sont les éléments qui retentissent négativement sur le déroulement d'une séance démonstrative (simulation) ?**
- ☐ Manque de préparation ☐ Mauvaise organisation ☐ Effectif élevé des étudiants
- ☐ Manque de formation des enseignants ☐ La discussion finale ☐ Manque de matériel
- ☐ Volume horaire réduit ☐ Complexité des scénarios ☐ Environnement stressant
- ☐ Autres à préciser:
6. **Quels sont les points sur lesquels insistent les enseignants lors les séances de simulation auxquelles vous avez assisté ?**
- ☐ Consultation du dossier du patient ☐ Répartition des tâches en cas de jeu de rôle
- ☐ Communication et éducation avec le patient ☐ Enregistrement des actes réalisés
- ☐ Asepsie dans les étapes de la technique ☐ Ordre dans les étapes de la technique
- ☐ Respect de l'état émotionnel du patient ☐ Utilisation rationnelle du matériel
- ☐ Lavage des mains
- ☐ Autres à préciser :
7. **Quelle est la manière de déroulement des séances de simulation auxquelles vous avez assisté ?**
- ☐ Réalisation des techniques séparées (injection, pansement, bandage...)
- ☐ Prise en charge sous forme de jeu de rôle (diabète, vaccination, hémorragie...)
- ☐ Seulement des explications de l'enseignant
- ☐ Projection des séquences vidéo
- ☐ Autres à préciser :

8. Est-ce que le matériel disponible pour les séances de simulation ne permet pas un réalisme (réalité) dans la réalisation des techniques ?

☐ Tout le matériel ☐ Certain matériel ☐ Peu de matériel ☐ Aucun matériel

9. Est-ce que ce manque de réalisme représente un frein dans votre apprentissage pratique ?

☐ Oui ☐ Non

10. Est-ce que la disposition du matériel au niveau de la salle permet une bonne visualisation des étapes de la technique ou du jeu de rôle par l'étudiant ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

11. Comment vous appréciez le matériel au niveau des salles de simulation ?

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Disponibilité (quantité)	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement (qualité)	☐	☐	☐	☐

12. Est-ce que le matériel que vous utilisez au niveau des salles de simulation vous permet de réaliser les scénarios que vous aurez besoin dans vos stages ?

☐ Tout le matériel ☐ Certain matériel ☐ Peu de matériel ☐ Aucun matériel

13. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport :

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Superficie	☐	☐	☐	☐
Aération	☐	☐	☐	☐
Propreté	☐	☐	☐	☐

14. Comment vous visualisez les séquences (étapes) de la simulation ?

☐ Directement ☐ A travers un écran TV ☐ A travers un ordinateur
☐ Autres à préciser :

15. Comment vous appréciez le rôle de l'enseignant durant une séance de simulation ?

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Gestion de temps				
Gestion du matériel				
Gestion de la dynamique des étudiants				
Connaissances théoriques				

et pratiques				
Communication				
Relation enseignant/étudiant				

16. Quelle est la composition de l'équipe des formateurs dans une séance de simulation ?

- ☐ Un seul enseignant ☐ Deux enseignants et plus ☐ Enseignant (s) + facilitateur
☐ Enseignant (s) + technicien ☐ Enseignant (s) + facilitateur + technicien
☐ Autres à préciser :

17. Comment vous appréciez le respect des étapes d'une séance de simulation

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Début: Rappel théorique	☐	☐	☐	☐	☐
Trois temps de simulation: Briefing, mise en situation, débriefing	☐	☐	☐	☐	☐
Fin: Synthèse de la séance	☐	☐	☐	☐	☐

18. Durant une séance de simulation, est ce que des conflits enseignant/étudiant ou étudiant/étudiant apparaissent ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

19. Vous arrive t-il d'être stressé pendant une séance de simulation

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

20. Comment vous trouvez l'effectif des étudiants qui assistent aux séances de simulation ?

- ☐ Très élevé ☐ Elevé ☐ Moyen ☐ Réduit

21. Comment vous appréciez le volume horaire des cours démonstratifs (simulation) ?

- ☐ Suffisant ☐ Insuffisant

22. Quel est l'effectif des étudiants qui réalisent des répétitions durant une séance de simulation ?

- ☐ Tous les étudiants ☐ Quelques étudiants ☐ Un seul étudiant

23. Existe-il des mesures de protection contre les risques d'incidents/accidents (chute, choc, traumatisme, se piquer...) au niveau des salles de simulation ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

Annexe n°6 : Questionnaire n°6 (Enseignants)

Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements des participants

1. Vous êtes ? ☐ Femme ☐ Homme
2. Votre âge ? ☐ 20 à 30 ans ☐ 31 à 40 ans ☐ 41 à 50 ans ☐ Plus de 50 ans
3. Votre ancienneté globale dans le Ministère de Santé ?(Années)
4. Votre ancienneté dans l'enseignement ?(Années)

II. Mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation

5. Avez-vous reçu une formation en matière de simulation ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui. Dans quel cadre ?

- ☐ Formation continue
- ☐ Formation de base
- ☐ Auto-formation
- ☐ Autres (à préciser) :

Si oui, comment vous appréciez cette formation ?

Pertinente : ☐ Oui ☐ Non

A répondu à vos attentes : ☐ Oui ☐ Non

6. Quel est l'effectif des étudiants que vous enseignez pendant une séance dans le laboratoire de simulation ? (étudiants)

7. Comment vous appréciez cet effectif ?

☐ Elevé ☐ Moyen ☐ Faible

8. A votre avis, qu'il est l'effectif optimal d'étudiants pour une séance de simulation ?

☐ Moins de 10 ☐ 10 à 15 ☐ 16 à 20 ☐ 21 et plus

9. Comment vous appréciez l'équipement de ce laboratoire de simulation ?

- ☐ Très équipé
- ☐ Moyennement équipé
- ☐ Peu équipé

10. Comment vous appréciez la disposition du matériel au laboratoire ?

- ☐ Très satisfaisante
☐ Satisfaisante
☐ Peu satisfaisante
☐ Insatisfaisante
☐ Très insatisfaisante

11. Comment vous trouverez la structure (architecture, espaces, ...) de ce laboratoire ?

- ☐ Très adaptée ☐ Adaptée ☐ Inadaptée ☐ Très inadaptée

12. Est-ce que le laboratoire de simulation à l'ISPITS de Fès dispose des techniciens d'informatique et de maintenance biomédicale ?

Technicien d'informatique : ☐ Oui ☐ Non

Technicien biomédical : ☐ Oui ☐ Non

13. Comment vous appréciez le volume horaire alloué aux enseignements/apprentissages pratiques dans le laboratoire de simulation ?

- ☐ Très suffisant
☐ Suffisant
☐ Moyennement suffisant
☐ Insuffisant
☐ Très insuffisant

14. Est-ce que les étudiants sont stressés au cours d'une séance de simulation ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

15. Avez-vous reçu une formation sur l'élaboration des scénarios ?

- ☐ Oui ☐ Non

16. Est-ce que l'ISPITS de Fès dispose d'une banque (base de données) des scénarios ?

- ☐ Oui ☐ Peu suffisante ☐ Non

17. Quel est votre degré de satisfaction concernant ce nouveau laboratoire de simulation ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Insatisfait ☐ Très Insatisfait

Annexe n°7 : Questionnaire n°7 (Etudiants)

Etude de la mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation au profit des enseignants et des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements du participant

1. Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
2. Age : (Années)
3. Option: ☐ ISUSI ☐ IAR ☐ INP ☐ ISM ☐ IP ☐ TL ☐ TRx

II. Mise en œuvre des enseignements/apprentissages dans un laboratoire de simulation

4. Comment vous appréciez les séances de simulation auxquelles vous avez assisté ?
☐ Pertinente ☐ Ordinaire ☐ Acceptable
5. Dans le cadre de votre formation, pensez-vous que le nouveau laboratoire de simulation sera utile ?
☐ Oui ☐ Non
6. Comment vous appréciez les contenus pédagogiques dans le cadre de la formation par simulation ?
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Insatisfaisant
7. Quelle est la composition de l'équipe des formateurs dans une séance de simulation ?
☐ Un seul enseignant
☐ Plusieurs enseignants
☐ Enseignant (s) + aide (facilitateur)
☐ Enseignant (s) + technicien
☐ Enseignant (s) + aide (facilitateur) + technicien
☐ Autres à préciser :
8. Après votre passage au laboratoire, comment vous appréciez l'équipement ?
☐ Très équipé ☐ Moyennement équipé ☐ Peu équipé
9. Comment vous trouverez la disposition du matériel et des équipements dans les locaux du laboratoire de simulation ?
☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Insatisfaisante

10. Comment vous trouverez l'effectif des étudiants qui assistent aux séances de simulation ?

☐ Très élevé ☐ Elevé ☐ Moyen ☐ Réduit

11. Les séances de simulation auxquelles vous avez assisté sont-elles stressantes ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

12. Comment vous appréciez l'organisation des séances de simulation auxquelles vous avez assisté ?

☐ Bien organisées ☐ Moyennement organisées ☐ Mal organisées

13. Est-ce que le volume horaire alloué aux séances d'apprentissage au laboratoire de simulation permet aux étudiants de réaliser les répétitions nécessaires ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

14. Comment vous appréciez le matériel disponible au niveau des salles de simulation du laboratoire ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Quantité	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement	☐	☐	☐	☐

15. Est-ce que les scénarios et les jeux de rôle que vous avez réalisé dans le laboratoire de simulation vous permettent de réaliser les pratiques et les prises en charge que vous aurez besoin dans vos stages?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

16. Comment les séances de simulation auxquelles vous avez assisté sont déroulées ?

☐ Réalisation des techniques séparées

☐ Prise en charge sous forme des scénarios

☐ Explications de l'enseignant

☐ Projection des séquences vidéo

☐ Autres à préciser :

17. D'après vous, quelles sont les suggestions susceptibles pour une mise en œuvre efficace des enseignements/apprentissages dans le nouveau laboratoire de simulation ?

.....
.....
.....

Annexe n°8 : Questionnaire n°8 (Etudiants)

Etude de la relation entre la pratique de la simulation et les stages cliniques dans la formation des étudiants des professions infirmières et techniques de santé

I. Renseignements des participants

1. Quel est votre sexe ? ☐ Féminin ☐ Masculin
2. Quel est votre âge (années) ?
3. Quelle est votre filière de formation ? ☐ Soins Infirmiers ☐ Sage-Femme
4. Quel est votre option de formation ?
☐ SF ☐ IP ☐ ISM ☐ IAR ☐ ISUSI ☐ INP
5. Quelle est votre niveau de formation ? ☐ Semestre 4 ☐ Semestre 6

II. Relation entre la simulation et le stage clinique

6. Quel est votre degré de satisfaction des séances de simulation auxquelles vous avez assisté ?
☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Insatisfait
☐ Très insatisfait
7. Est-ce que l'apprentissage par simulation est proche de la réalité des stages ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
8. Comment vous appréciez l'alternance entre les séances de simulation et les stages ?
☐ Satisfaisant ☐ Moyennement satisfaisant ☐ Insatisfaisant
9. Est-ce que vous arrivez à établir les liens entre les connaissances apprises lors de la simulation et les situations des stages ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
10. Est-ce que la simulation peut remplacer une partie des stages ?
☐ Oui ☐ Non
11. La formation par simulation vous paraît-elle indispensable à la pratique en milieu de stage ?
☐ Oui ☐ Non
12. Est-ce que les séances de simulation vous exposent à toutes les situations cliniques que vous pouvez rencontrer en stage ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
13. Pour vous, quels sont les apports de la simulation pour la réalisation des stages ?
☐ Apprendre à réaliser des gestes techniques
☐ Apprendre à gérer le stress
☐ Identifier les limites et les lacunes et y apporter des solutions
☐ S'intégrer facilement au stage
☐ Apprendre à travers les erreurs
☐ Apprendre à communiquer pour optimiser le travail d'équipe
☐ Mettre en lien la théorie et la pratique
☐ Autres à préciser :

- 14. Selon vous, l'utilisation de la simulation a favorisé votre intégration dans les milieux cliniques (stages) ?**
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 15. D'après vous, est-ce que les acquis de la simulation peuvent se transformer à des gestes pratiques en stages ?**
- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 16. Est-ce que la simulation vous a aidé à développer vos compétences relationnelles avec les patients et leurs familles?**
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 17. Est-ce que vous pensez que la simulation vous a aidé à développer votre esprit de collaboration interprofessionnelle ?**
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 18. L'apprentissage par la simulation favorise-t-il une prestation de soins plus efficace ?**
- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 19. Est-ce que la simulation a développé chez vous la confiance en soi et la persévérance en stages ?**
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 20. Est-ce que la simulation vous permet d'augmenter votre capacité à reconnaître les signes de détérioration du patient en stage ?**
- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 21. Est-ce que la simulation vous a permis d'augmenter votre capacité à s'entraîner sur les situations rares dans les milieux de soins ?**
- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 22. Est-ce que la simulation améliore le confort et de la sécurité du patient en stage ?**
- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

Annexe n°9 : Guide d'entretien semi-dirigé (Enseignants)

Étude de l'enseignement/apprentissage par simulation appliqué dans la formation des professions infirmières et techniques de santé

1. A votre avis quelles sont les contraintes liées à l'enseignant lors du déroulement d'une séance démonstrative (simulation) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. A votre avis, quelles sont les contraintes liées à l'établissement lors du déroulement d'une séance démonstrative (simulation) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. A votre avis, quelles sont les contraintes liées à l'étudiant lors du déroulement d'une séance démonstrative (simulation) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe n°10

Article n°1: Impact of tutoring method on improving the quality of clinical supervision in the context of nursing education. *European Scientific Journal « ESJ »*, Fevrier 2019, Vol.15, No.6. e-ISSN 1857-7431. [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p139)

Annexe n°11

Article n°2: Study of teaching / learning by simulation applied in nursing training: Case of the
Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez. *Review of
International Geographical Education « RIGEO »*, 11(5), SPRING 2021, ISSN : 2146-0353,
doi: 10.48047/rigeo.11.05.171.

Annexe n°12

Article n°3: Study of the implementation of the teachings in a simulation laboratory: Case of
the Higher Institute of Nursing Professions and Health Techniques in Fez, Morocco.

International Journal of Advanced Research in Innovation, Management & Social Science

« *IJARIMSS* », ISSN: 2739-6797, Vol. 2, Issue 1, June 2020.

Annexe n°13

Article n°4: Study of the relationship between simulation and clinical internships for nursing and technical health professions students. *International Journal of Emerging Technologies in Learning « iJET »*, e-ISSN: 1862-0383. Aout 2022. <https://doi.org/10.3991/ijet.v17i15.31827>