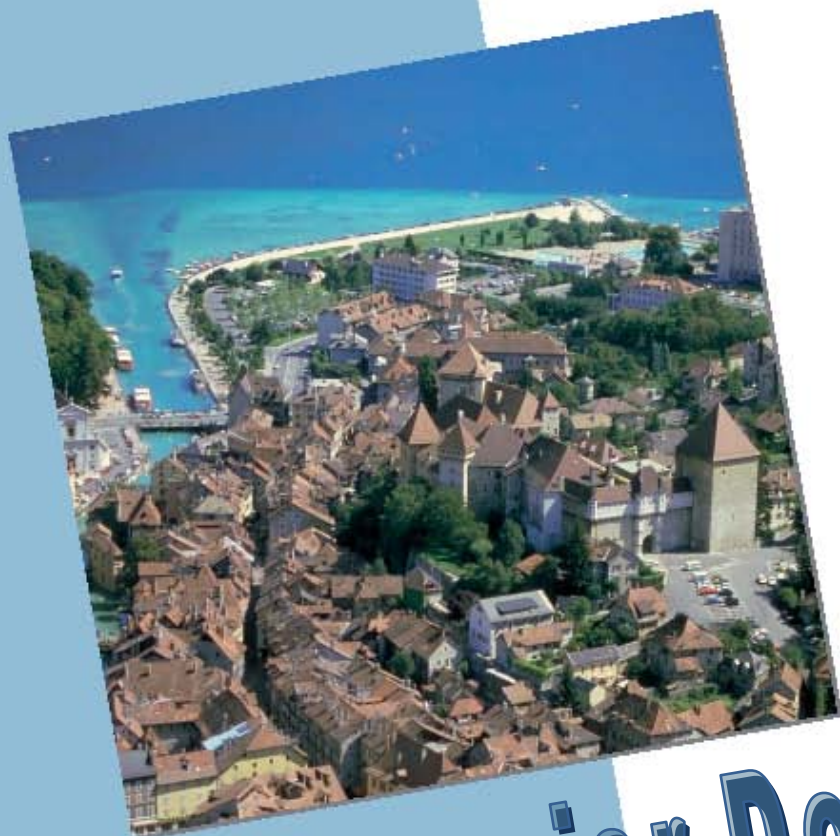


23^{ème} COLLOQUE NATIONAL DES CESU

28 & 29
Janvier 2010
ANNECY



Dossier Documentaire



Chers amis,

Vous trouverez dans les pages qui suivent un extrait de ce qui se fait, de ce qui se vit dans les CESU de toute la France.

Depuis que les SAMU construisent dans chacun de nos départements des unités fonctionnelles dédiées à l'enseignement, nous accumulons une expérience, une expertise, des succès et quelquefois des échecs.

L'ANCESU nous rassemble pour partager ces réussites et ces découvertes, pour que nous tirions ensemble les leçons de nos échecs.

Pour cela, nombreux sont ceux qui, à l'occasion de ce 23ème colloque des CESU à Annecy, ont pris la plume pour nous faire part de ces projets aboutis ou non, de ces recherches, de ces applications, au carrefour de la médecine d'urgence et de la pédagogie.

Transmettre, approfondir, relater, comprendre, aller plus loin, ... nous avons chacun cette ambition. A chaque colloque, de plus en plus d'entre nous franchissent le pas de partager ce qui se fait chez eux.

Ce partage nous permet véritablement de constituer une communauté agissante.

Si les conducteurs pédagogiques de Dunkerque sont mis en application en Avignon, que les évaluations de Tarbes sont utilisées à Belfort et que les enquêtes de motivation deviennent multicentriques, nous aurons réussi l'un des objectifs de ces colloques.

Au fur et à mesure de votre lecture, prenez des notes, contactez les auteurs, faites préciser tel ou tel aspect des problématiques.

*Nous avons la chance de travailler ensemble,
Bonne lecture,*

*Gaël GHENO et Pierre POLES,
CESU 74*

Sommaire

• « Comment » plutôt que « pourquoi » !	1
• A propos d'une méthode d'enseignement permettant d'optimiser le triage des victimes lors d'événements catastrophiques : implications potentielles pour l'enseignement des soins d'urgence en situation d'exception.	2
• Evaluation à l'aide d'un simulateur de l'application de la procédure d'intubation difficile préhospitalière à 6 mois d'intervalle	3
• Régulation médicale simulée : Le SimulPhone, nouvel outil pédagogique.....	4
• Approche motivationnelle de l'articulation entre les stages d'urgence et les enseignements théorico-pratiques de médecine d'urgence : impact sur la planification de l'AFGSU auprès des étudiants en médecine et en soins infirmiers .5	
• Étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes et infirmiers hospitaliers : pourquoi viennent-ils se former aux gestes et soins d'urgence ?	6
• Enseignement de la réanimation cardio-pulmonaire au cours de la formation aux gestes et soins d'urgence. Evaluation des acquis de la formation.	7
• Adaptation de la formation aux gestes et soins d'urgence (F.G.S.U.) de niveau 2 à la formation continue des chirurgiens -dentistes.....	8
• Formation des médecins hospitaliers à la réanimation médicalisée de l'arrêt cardiaque. Satisfaction et utilité perçue de la formation.....	9
• Une formation continue conviviale, le « club de lecture » du CESU.	10
• Transformer son langage pour renforcer son message.	11
• Menaces sanitaires : évaluation du ressenti des étudiants en médecine. Impact sur la progression pédagogique	12
• Importer la RMM au CESU	13
• Quelle stratégie pédagogique choisir pour introduire la défibrillation dans un établissement ?.....	14
• L'utilisation du portfolio par les enseignants des CESU	15
• Quel support didactique remettre aux apprenants en formation Gestes et Soins d'Urgence (GSU) ?.....	16
• Evaluation à distance des laborantins ayant bénéficiés de l'A.F.G.S.U.	18
• Une technique pédagogique innovante pour l'apprentissage des gestes d'urgence : le relais pédagogique. Evaluation à l'aide d'une étude prospective randomisée auprès d'étudiants en médecine.....	19
• Des défibrillateurs automatisés externes accessibles au public : des campagnes de sensibilisation indispensables, à propos d'une étude observationnelle sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque par des étudiants de PCEM2, non formés aux soins d'urgence	20
• Médecine d'urgence et stéréotypes sexistes : doit-on privilégier les enseignants de sexe féminin lorsque le public est majoritairement composé d'étudiants de sexe féminin ?	21
• Concevoir un temps d'apprentissage : Check-list programmatique pour le formateur.	22
• La théorie des deux processus : une approche novatrice du raisonnement clinique, associée à des implications multiples pour la formation aux gestes et soins d'urgence des étudiants en sciences de la santé.....	24
• Mise en place d'une procédure d'hygiène pour le nettoyage et la désinfection des mannequins d'enseignement.....	25
• Du tutorat à la fonction tutorale : Clef de la professionnalisation des futurs permanenciers auxiliaires de régulation médicale.....	26
• Auto-évaluation du formateur, une base pour l'amélioration de la qualité des formations.....	28

• « Formation des internes du pôle Urgence : de la théorie à la pratique »	30
• Initiation des étudiants de DCEM1 à la pédagogie appliquée aux soins d'urgence et risques sanitaires.....	32
• Etude de l'impact de l'enseignement à la prise en charge d'un arrêt cardiaque en milieu de soins au niveau d'un établissement de santé. L'expérience de l'hôpital Mémorial France Etats-Unis de Saint-Lô.	34
• Place des tests de concordance de script dans les formations en médecine d'urgence	36
• Introduction du stress dans un exercice didactique de médecine de catastrophe.....	37
• Description et évaluation de l'intérêt d'un outil pédagogique « vidéo projection » dans un Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence	38
• Téléguidage un accouchement inopiné extra hospitalier : création d'un enseignement électronique.....	40
• IDE et prise en charge de l'ACR, que renforcer dans les formations ?.....	41
• Certificat optionnel d'initiation à la pédagogie des gestes de soins d'urgence pour les étudiants en médecine en troisième année. Intérêt pour la pratique professionnelle et pour l'enseignement de l'attestation des gestes et soins d'urgence (AFGSU) aux autres étudiants	42
• Réflexion des étudiants de DCEM1 sur leurs stratégies d'apprentissage	43
• Polyvalence interservices des formateurs CESU, un plus pour les apprenants.	44
• Evaluation de l'AFGSU 1 au CESU 68.....	45
• Quelles sont les qualités d'un enseignant pour des étudiants de DCEM1.....	46
• Diversifier les formations et les techniques pédagogiques pour éviter une « lassitude » formatrice.....	47
• Prise en charge d'un nouveau-né en détresse : Expérience d'un 4 ^{ème} cycle de formations utilisant la pédagogie de la découverte 2008 - 2009	48
• Enseignement de la prise en charge de l'arrêt cardiaque dans les écoles d'ambulanciers	50
• Formation médicale aux GSU : une occasion de partage entre l'hôpital et le SSSM.	51
• Campagne 1 vie = 3 gestes Association « Être et savoir » projet pilote et coopération exemplaire CESU / Fédération Française de Cardiologie / ADPC pour la sensibilisation du grand public dans le Puy de Dôme.	52
• Les contentions : de la prise en relation à l'alliance thérapeutique ? Formation à la prise en charge de l'agitation psychomotrice et du débordement de l'autocontrôle en situation pré-hospitalière ou en structures de soins dans un contexte psychiatrique.....	53

Table des Auteurs

• P. POLES, G. GHENO, L. CHANEL, JP. PERFUS.....	1
• TH. PELACCIA, E. TRIBY, H. DELPLANCQ, J-C. BARTIER, C. LEMAN, V. BRUNSTEIN, H. HADEF, J-P. DUPEYRON.....	2
• C. JBEILI, P. JABRE, C. PENTIER, D. MICHEL, E. LECARPENTIER, C. BERTRAND.....	3
• L. BOIDRON , J.M. BOUCHEIX, C.AVENA, K. BOUDENIA, M.FREYSZ, C. BERTRAND.....	4
• TH. PELACCIA, H. DELPLANCQ, E. TRIBY, J-C. BARTIER, C. LEMAN, V. BRUNSTEIN, J-P. DUPEYRON.....	5
• TH. PELACCIA, E. TRIBY, H. DELPLANCQ, J-C. BARTIER, CH. AMMIRATI, C. LEMAN, V. BRUNSTEIN, J-P. DUPEYRON.....	6
• T. SECHERESSE, P. PANSU, F. FERNANDEZ-BODRON.....	7
• E. CHIALE, J. DIMET, P. LE ROUX, B. WEYD, D. BRACHET, P. FRADIN.....	8
• T. SECHERESSE, P. USSEGLIO, C. JORIOZ, S. BARE, D. HABOLD.....	9
• P. POLES, G. GHENO, D. SAVARY, FX. AGERON, JP. PERFUS.....	10
• P. POLES, G. GHENO, K. FOUQUET-GUEROT, JP. PERFUS.....	11
• CH. AMMIRATI, C. AMSALLEM , V CREANGE, JL SCHMIT.....	12
• P. POLES, G. GHENO, C. TINCHANT, A. DEUTSCH, JP. PERFUS.....	13
• D MICHEL, C PILLET, P LEBRETON , E LECARPENTIER, B PLAUD, C BERTRAND ET LE RESU IDF.....	14
• C BERTRAND, D MICHEL, C PENTIER, C JBEILI, E LECARPENTIER, J MARTY.....	15
• C. LONGO.....	16
• B.PROUST.....	18
• C. AMMIRATI, JM. MERCIECA, M. GIGNON, C. AMSALLEM, B. NEMITZ.....	19
• C. AMMIRATI, M. GIGNON, C. AMSALLEM, J. MERCIECA, G. JARRY, J. HERMIDA, B. NEMITZ.....	20
• P. POLES, G. GHENO, L. CHANEL, G. ANDOLINA, JP. PERFUS.....	22
• TH. PELACCIA, H. DELPLANCQ, E. TRIBY, J-C. BARTIER, C. LEMAN, V. BRUNSTEIN, J-P. DUPEYRON.....	21
• TH. PELACCIA, J. TARDIF, E. TRIBY.....	24
• MN. PIZZAGALLI, G. LECLERCQ,.....	26
• P. POLES, G. GHENO, JP. PERFUS.....	28
• N.VILENET, G. NOLEVAUX, D. LAPLANCHE, G. LALANDE, T. MONNERET, A. DEVILLARD, E. GATELLIER.....	30
• L.VARDON, IJOZEFACKI, JM.ADDE, C.DAMM.....	25
• C. BERTRAND, MJ. RAYNAL, D. MICHEL, E. LECARPENTIER, C. JBEILI, C. PENTIER, P. CLAUDEPIERRE, JP. FARCET, M. PREVEL.....	32
• F.GOBEAUT, A.CHARLES, JF.BOCQUET, P.JALOUX, E.HILBIG-THIERY, W.NINITTE.....	33
• G. ROUSSEL.....	34
• C. BERTRAND, E. LECARPENTIER, P. JABRE, P. CLAUDEPIERRE, JP. FARCET.....	36
• D. DANSOU, V. DEMOUSSY, A. FOREL, T. GAUTIER, JL GIGOT ET J. FUSCIARDI.....	38
• C. BERTRAND, E. LECARPENTIER, D. MICHEL, B LEROUX, M. BARANES, H. ROMANO, A. BOTERO, A MARGENET, JP. FARCET, M. BARTHOUT.....	37
• C. BERTRAND, M. CORBILLON, E. LECARPENTIER, C. AMMIRATI, B. NEMITZ, JP. FARCET, J. MARTY, M. BARTHOUT.....	40
• C. HEDIN, D. MAYOLLE, V. AUBERT, E. MIMEAU, S. LIZEAU, J. LAVERSANNE, P. CHESNEAU.....	41
• C. AMSALLEM, CH AMMIRATI, JM MERCIECA, M CORBILLON.....	42
• M J. RAYNAL, D. MICHEL, C. PENTIER, E. LECARPENTIER, P. CLAUDE PIERRE, JP. FARCET, M. PREVEL, C. BERTRAND..	43
• L. CHANEL, P. POLES, JP. PERFUS.....	44
• I. HSSAIN, S. GRAESSLIN, A. ETIENNE, B. LESQUERBAULT, M. PAGANOTTO, B. GOULESQUE, J. ROTTNER.....	45
• D. MICHEL, M J. RAYNAL, C. PENTIER, E. LECARPENTIER, P. CLAUDE PIERRE, JP. FARCET, M. PREVEL, C. BERTRAND..	46
• L. CHANEL, P. POLES, JP. PERFUS.....	47
• Y. COTEL, F. DOMALAIN.....	48
• K. FOUQUET-GUEROT, P. POLES, G. GHENO, G. ANDOLINA, L. CHANEL, D. CLUZEL.....	50
• P. POLES, G. GHENO, N. MENAGER, JP. PERFUS, O. BAPTISTE.....	51
• MS. VIALLARD, F. DISSAIT, J. MEYRIEUX, J.CASSAGNE.....	52
• L. HYVERT.....	53

« Comment » plutôt que « pourquoi » !

Pierre POLES, Gaël GHENO, Luc CHANEL, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Lorsqu'un formateur utilise « Pourquoi ? », il va entraîner un échange rapidement avorté ; les réponses vont être courtes. Elles portent sur les représentations mentales que se font les apprenants du problème ou du thème abordé. Le « pourquoi » s'avère bien des fois une impasse, une question sans réponse, si ce n'est celle du formateur. Ces questions risquent d'induire chez l'apprenant le fait qu'il ait à se justifier. Pour l'adulte en formation la justification est envisagée comme le jugement, justification et jugement sont de puissants freins à l'apprentissage. On peut aménager toute question de type « pourquoi ? ».

Une question est comme un aiguillage. Sa formulation sollicite des réponses extrêmement différentes, certaines correspondent bien à l'information recherchée, d'autres aboutissent à des réponses dont on ne sait que faire, et d'autres encore créent le silence et bloquent la communication. (P.Vermesch). Il faut donc que les formateurs développent une démarche heuristique du questionnement. Les outils qui nous permettent de parvenir à cette démarche nécessitent déjà de la part du formateur une approche métacognitive.

HYPOTHESE :

Le formateur est avant tout un chercheur en formation.

« Quand vous faites cela, comment le faites-vous ? », « Qu'est-ce que vous faites après ? », « A quoi pensez-vous alors quand vous le faites ? ».

En questionnant sur le « comment », c'est à dire les procédures techniques, mentales que tout un chacun met en œuvre, le questionnement du formateur se fait plus fin et parvient à faire dire ce qui était encore de l'ordre du pré-réfléchi. Cette technique issue de l'entretien d'explicitation développée par Pierre Vermesch est puissante quand on travaille en entretien individuel ou en investigation collective. La liste et l'enchaînement des micro-décisions font apparaître des processus complexes d'apprentissage que l'apprenant seul n'aurait pas pu approfondir. Différentes études convergentes dans plusieurs champs disciplinaires depuis une quinzaine d'années ont insisté sur l'activité de l'apprenant comme facteur primordial de l'apprentissage : créer une situation d'activité intellectuelle par opposition à des situations de passivité intellectuelle : recopier un écrit, suivre un diaporama, regarder une action réalisée par d'autre, ...

Perrenoud propose trois conditions pour favoriser l'apprentissage : impliquer l'apprenant sans menacer son identité, son estime de lui-même ou la cohésion du groupe. Il convient également que le niveau de difficulté reste accessible aux apprenants. On est passé progressivement, d'une logique d'enseignement à une logique d'entraînement à la construction de compétence. "Il s'agit d'apprendre, en le faisant, à faire ce qu'on ne sait pas faire " (Ph. Mérieux, 1996) Le questionnement doit donc accompagner cette démarche. Pour le formateur, le questionnement doit aussi procéder de cette démarche.

TYPLOGIE DU QUESTIONNEMENT :

Nous proposons que chaque formateur crée à sa propre intention avec ses propres mots, une ou deux questions dans six directions :

- **Favoriser la justification** : « Quelle raison aviez-vous de procéder ainsi ? Quelles raisons vous font penser que vous avez réussi ? »
- **Encourager la prise de conscience** : « Qu'avez vous modifié pour parvenir à ce résultat ? »
- **Servir la comparaison** : « Qu'est-ce qu'il y a de différent entre les deux mises en œuvre pratique ? »
- **Permettre l'autoévaluation** : « Quel est votre degré de certitude ? »
- **Encourager la verbalisation de la réflexion** : « Quelle difficulté avez-vous rencontrée et qu'avez-vous fait ? »
- **Accompagner la création de liens entre l'avant et l'après** : « Qu'avez-vous appris dans cette séquence ? Que saviez-vous déjà ? »

Ces questions sont utilement inscrites sur un support visible à tout instant par le formateur et utilisées autant de fois que possible. Il faut créer une familiarité réelle avec cette typologie de question afin de permettre le basculement d'une culture de justification (préjudiciable à l'apprentissage) vers une culture métacognitive.

CONCLUSION :

Chaque formateur s'expose aux apprenants. Dans le triangle didactique de nos formations, le lien entre savoir et apprenant passe très largement par l'initiation d'une démarche métacognitive. La réaction instantanée, adaptée à la situation d'urgence, nécessite une réflexion sur sa structure personnelle de mise en application des savoirs. Cette démarche peut être engagée dès les premières questions du formateur. Pour cela, il semble utile que nous prenions le temps de nous interroger sur notre propre mode de questionnement afin de le faire évoluer vers un questionnement d'aide plutôt que de justification.

A propos d'une méthode d'enseignement permettant d'optimiser le triage des victimes lors d'événements catastrophiques : implications potentielles pour l'enseignement des soins d'urgence en situation d'exception.

Th. PELACCIA (1)(2), E. TRIBY (2), H. DELPLANCQ (1)(2), J-C. BARTIER (1)(2), C. LEMAN (1), V. BRUNSTEIN (1), H. HADEF (1), J-P. DUPEYRON (1)

(1) CESU 67, Pôle d'anesthésie – réanimation chirurgicale – SAMU, Hôpitaux universitaires de Strasbourg - 70 rue de l'Engelbreit, 67200 STRASBOURG. (2) Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Département de pédagogie, Faculté de médecine de Strasbourg – 4 rue Kirschleger, 67085 STRASBOURG Cedex.

CONTEXTE

Les situations d'exception sont susceptibles de mobiliser tous les soignants, quels que soient leur formation, leur spécialité et leur mode d'exercice, ce qui a conduit les autorités sanitaires à inclure un enseignement spécifique de médecine de catastrophe dans l'AFGSU. Le triage est une étape fondamentalement importante de la prise en charge des victimes dans ces situations. Toutefois, le niveau de performance au triage des professionnels de santé est faible, même lorsque les intervenants sont expérimentés. Les victimes sont fréquemment sur-triées, ce qui conduit à une mauvaise utilisation des ressources humaines et matérielles disponibles, et qui s'avère préjudiciable pour les survivants.

OBJECTIF ET HYPOTHESE

Nous avons souhaité évaluer le bénéfice - en matière de triage - d'un dispositif de formation ciblant le développement chez les étudiants en sciences de la santé d'un mode de raisonnement clinique basé sur la reconnaissance de formes prototypiques. Cette dernière repose sur l'identification, chez une victime, d'une combinaison typique de signes évoquant très fortement un diagnostic : par exemple, nous avons lié l'association « explosion, dyspnée, hémoptysie » à la suspicion de blast pulmonaire.

Notre hypothèse est que l'acquisition de formes prototypiques permet d'améliorer l'efficacité du triage en situation d'exception, car c'est un processus automatisé, très rapide et qu'il a prouvé son efficacité dans les situations où les informations cliniques disponibles sont de façon prépondérante visuelles.

METHODE

128 étudiants en médecine et en soins infirmiers ont été évalués au cours d'exercices de médecine de catastrophe. La moitié d'entre eux (groupe 1) a bénéficié d'un enseignement traditionnel. L'autre moitié (groupe 2) a été intégrée dans un dispositif spécifique, ciblant le développement de leurs capacités à reconnaître des formes prototypiques dans le tableau clinique des victimes d'événements catastrophiques. Le niveau de performance est exprimé en pourcentage d'exactitude du triage.

RESULTATS ET DISCUSSION

Le groupe 1 (48,3) et le groupe 2 (70,8) ont atteint un niveau de performance élevé. Les étudiants du groupe 2 ont démontré de meilleurs résultats (χ^2 , $p < 0,01$). Le taux de sur-triage a été considérablement réduit (-21.0).

CONCLUSION

Cette étude ouvre la voie à des pistes de réflexion intéressantes dans le domaine de la formation des étudiants et des professionnels de santé à la gestion des situations d'exception.

Des travaux complémentaires sont nécessaires afin d'évaluer le bénéfice de cette approche de l'apprentissage du triage lors d'événements impliquant des agents non conventionnels (en particulier biologiques et chimiques). Si des résultats similaires étaient observés dans ce contexte, les formateurs en soins d'urgence pourraient privilégier l'usage de ces techniques d'enseignement auprès des participants à l'AFGSU, dans la perspective de préparer ces derniers à la prise en charge des victimes impliquées dans des événements catastrophiques.

Evaluation à l'aide d'un simulateur de l'application de la procédure d'intubation difficile préhospitalière à 6 mois d'intervalle

Chadi Jbeili, Patricia Jabre, Camille Pentier, Didier Michel, Eric Lecarpentier, Catherine Bertrand.

CESU 94

INTRODUCTION :

Le recours au simulateur comme outil de formation des pratiques médicales est une méthode pédagogique de plus en plus utilisée. Le but de cette étude était d'évaluer à l'aide d'un simulateur, à 6 mois d'intervalle, les éventuelles évolutions dans l'application par les médecins SMUR d'une procédure interne au service « intubation difficile préhospitalière ».

METHODES :

Un scénario d'intubation difficile sur patient ventilable au masque (simulateur SimMan V:3.2) était présenté aux médecins, avec à disposition le matériel habituel d'intervention du SMUR. L'algorithme du scénario permettait de simuler une désaturation progressive au bout de 2 minutes de non ventilation suivie d'un arrêt cardiaque hypoxique au bout de 5 minutes. La procédure « intubation difficile préhospitalière » validée dans le service préconise le passage après 2 laryngoscopies difficiles et en cas de ventilation possible, aux petits moyens (pression laryngée, BURP, changement d'opérateur si possible...). En cas d'échec, la procédure recommandait l'usage du mandrin d'Eschmann puis du Masque Laryngé d'Intubation Fastrach. Une demande de renfort « médecin » était prévue simultanément à l'usage de la bougie. Un débriefing individuel se faisait systématiquement à la fin du scénario. Deux évaluations (E1 et E2) à 6 mois d'intervalle ont été menées sur un groupe de médecins choisis par tirage au sort avec une même grille fixant à priori les objectifs d'apprentissage recherchés. Les résultats sont présentés en nombre (pourcentage).

RESULTATS :

Vingt médecins ont été évalués. Au cours des 2 évaluations, la préoxygénation, l'induction et la ventilation au masque étaient maîtrisées par la totalité des médecins et les 20 médecins ont eu recours au mandrin d'Eschmann puis au Masque Laryngé d'Intubation Fastrach avec lequel l'intubation a été possible. Cependant, la préparation et la pose du Fastrach étaient correctes d'emblée chez 73% et 92% des médecins lors de E1 et E2 respectivement. Seule la moitié des médecins a fait appel à un "renfort médecin" lors de E1 contre 90% lors de E2. Lors de E1, 8 cas (40%) de fractures de dents et 6 cas (33%) de désaturation importante ont été notés sans entraîner d'arrêt cardiaque alors qu'aucun effet indésirable n'a été relevé lors de E2. Au total, la procédure était parfaitement appliquée par 10 (50%) et 16 (80%) des médecins lors de l'E1 et l'E2 respectivement.

DISCUSSION :

Le simulateur est un bon moyen pour évaluer l'application par les médecins des procédures internes du service dans un contexte proche de la réalité. Une réévaluation à 6 mois montre une meilleure application de la procédure et une amélioration dans la technique des gestes rarement pratiqués en situation réelle. Ces résultats devraient contribuer à fixer la fréquence des recyclages nécessaires.

Régulation médicale simulée : Le SimulPhone, nouvel outil pédagogique

L. Boidron (1), J.M. Boucheix (1), C.Avena (1), K. Boudenia (1), M.Freysz (1), C. Bertrand (2).

1 : SAMU 21, CHU de Dijon, France. 2 : CESU-SAMU 94, CHU Henri Mondor, Créteil, France.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE :

Le SimulPhone est un nouveau simulateur permettant de recréer des appels médicaux urgents grâce à l'enregistrement d'un patient standardisé.

L'objectif de l'étude pilote que nous avons conduite était d'évaluer la place de cet outil dans de nouvelles pratiques et axes de recherches pédagogiques pour des médecins exerçant la télé-médecine.

METHODES :

Nous avons étudié 89 médecins : 34 Novices (No), 36 Intermédiaires (In) et 29 Experts (Ex) en fonction de leur expérience en télé-médecine. L'examineur était unique. Le cas clinique était un cas de douleur thoracique construit à partir de cas réels. Le scénario devait inciter à l'envoi d'une équipe médicale. Les réponses du patient standardisé (acteur) étaient pré enregistrées. Les questions pertinentes ont été déterminées par un panel d'experts à partir des recommandations professionnelles. Nous avons analysé la rapidité et la conformité de la décision dans les trois groupes ainsi que le type de questionnements.

RESULTATS ET DISCUSSION :

L'expérience de télé-médecine des trois groupes diffère de façon significative. La prise de décision attendue s'inscrit selon une courbe en « U » (No 96 %, In 91 %, Ex 100%). Il n'y a pas de différence dans le délai de prise de décision. Par contre le temps total de l'appel augmente en fonction du degré d'expertise (No : 138s, In : 167s, Ex 200s, $p=0,01$) ainsi que le nombre de questions pertinentes (No : 9.6 ; In : 11.2 ; Ex 13.4 ; $p<0,001$).

L'analyse du questionnaire a montré une augmentation des questions portant sur le diagnostic différentiel (No:2,3; In: 3,03; Ex: 3,41; $p=0,04$) et les conseils médicaux donnés au patient (No:1,44; In: 2,06; Ex: 3,35; $p<0,001$).

CONCLUSION :

Ce premier scénario ne comportait pas de difficultés diagnostiques. Les trois groupes de médecins avaient la même maîtrise de contenu. Néanmoins l'enregistrement de l'interactivité avec le patient standardisé a permis de mettre en valeur la richesse, la pertinence et la flexibilité du questionnaire en fonction du degré d'expertise en télé-médecine des médecins. D'autres études permettront de vérifier les qualités psychométriques du SimulPhone et d'analyser les raisonnements des médecins régulateurs dans des situations variées ou plus complexes.

Approche motivationnelle de l'articulation entre les stages d'urgence et les enseignements théorico-pratiques de médecine d'urgence : impact sur la planification de l'AFGSU auprès des étudiants en médecine et en soins infirmiers

Th. PELACCIA (1)(2), H. DELPLANCQ (1)(2), E. TRIBY (2), J-C. BARTIER (1)(2), C. LEMAN (1), V. BRUNSTEIN (1), J-P. DUPEYRON (1)

(1) CESU 67, Pôle d'anesthésie – réanimation chirurgicale – SAMU, Hôpitaux universitaires de Strasbourg - 70 rue de l'Engelbreit, 67200 STRASBOURG.

(2) Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Département de pédagogie, Faculté de médecine de Strasbourg – 4 rue Kirschleger, 67085 STRASBOURG Cedex.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les stages sont un moment fort de l'apprentissage des futurs médecins et infirmiers. Les responsables de programme ont de tout temps été préoccupés par une question hautement importante : comment articuler efficacement les enseignements à l'université et les stages hospitaliers ? Plus précisément, la question récurrente est de savoir s'il est judicieux de planifier les stages *avant* ou *après* l'enseignement correspondant offert par la faculté.

OBJECTIF

Nous avons abordé la question sous l'angle de la motivation. Parmi les dimensions majeures de cette dernière figure la "perception de la valeur de la tâche" (VAL), qui désigne l'intérêt que va trouver l'individu à réaliser telle ou telle activité. Les travaux de recherche réalisés dans ce domaine ont mis en évidence que plus la VAL est importante, plus l'implication de l'étudiant, sa persévérance et ses performances dans les activités d'apprentissage seront élevées.

L'objectif consistait à évaluer si le fait de participer à un stage d'urgence avant de suivre un enseignement théorico-pratique de médecine d'urgence augmentait la VAL chez les étudiants en sciences de la santé.

METHODES

Une étude prospective a été réalisée auprès de 110 étudiants en médecine et de 192 étudiants en soins infirmiers participant pour la première fois à un enseignement théorique et pratique de médecine d'urgence et de catastrophe. Afin de mesurer leur VAL, nous avons utilisé le questionnaire "Motivated Strategies for Learning Questionnaire", élaboré par Pintrich *et al.* Il a été complété anonymement en début de formation.

RESULTATS

La VAL était significativement plus élevée chez les étudiants ayant déjà effectué un stage d'urgence (test T, $p=0.007$). Le fait d'avoir suivi ou non un stage d'urgence était le seul facteur discriminant (λ de Wilk=0.884, $p<0.001$). Ni le sexe ($p=0.123$), ni l'âge ($p=0.785$), ni la filière d'étude ($p=0.195$), ni l'année d'étude ($p=0.126$) n'avaient une influence significative sur la VAL.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Suivre un stage dans un service d'urgence motive les étudiants en sciences de la santé à apprendre la médecine d'urgence. Dans un monde idéal et d'un point de vue motivationnel, les stages d'urgence devraient donc être programmés en amont des cours correspondants à la faculté.

La planification de l'AFGSU après les stages de médecine d'urgence est donc susceptible d'avoir un impact positif sur la motivation des étudiants pendant la formation. La configuration adoptée par plusieurs facultés et écoles, qui consiste à proposer l'AFGSU de niveau 2 au cours de la seconde partie du deuxième cycle des études de médecine ou en dernière année d'études en soins infirmiers (après avoir réalisé le premier niveau en début de cursus) peut de ce fait être validée dans le cadre de considérations strictement motivationnelles.

Étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes et infirmiers hospitaliers : pourquoi viennent-ils se former aux gestes et soins d'urgence ?

Th. PELACCIA (1), E. TRIBY, H. DELPLANCQ (1), J.-C. BARTIER (1), Ch. AMMIRATI (2), C. LEMAN (1), V. BRUNSTEIN (1), J.-P. DUPEYRON (1)

(1) CESU 67, Pôle d'anesthésie – réanimation chirurgicale – SAMU, Hôpitaux universitaires de Strasbourg - 70 rue de l'Engelbreit, 67200 STRASBOURG.

(2) CESU 80, Pôle Urgences, Centre hospitalier universitaire d'Amiens - Hôpital Nord, Place Victor Pauchet, 80080 AMIENS.

INTRODUCTION

L'obtention du diplôme de fin d'études de toutes les filières de santé - à l'exception des sages-femmes - est subordonnée à l'obtention de l'AFGSU. Par ailleurs, dans le cadre des actions d'éducation permanente, les professionnels en activité libérale et salariée sont massivement encouragés à se former.

OBJECTIF

Dans ce contexte - où la dimension d'obligation est très présente - nous avons souhaité identifier le profil motivationnel des apprenants participant à l'AFGSU, au regard de la théorie de l'autodétermination, développée par les psychologues Deci et Ryan dans les années quatre-vingt.

L'objectif est de permettre aux formateurs et aux concepteurs de programme d'appréhender les attentes des publics visés, dans la perspective de la mise en œuvre de stratégies d'ingénierie pédagogique.

METHODE

Une étude monocentrique prospective a été réalisée auprès de 237 participants à l'AFGSU - étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes et infirmiers hospitaliers - entre septembre 2007 et mai 2008. Les stagiaires ont été soumis à un questionnaire anonyme auto-administré, qui a fait l'objet préalable d'une évaluation de validité et de cohérence interne. L'approche statistique combinait une analyse factorielle des correspondances multiples et des analyses de variance (ou des tests de Kruskal-Wallis, en cas de distribution anormale et/ou d'hétéroscédasticité) suivies de test post-hoc.

RESULTATS

Les motifs d'engagement en AFGSU sont fortement autodéterminés (les apprenants n'ont pas le sentiment d'agir sous la contrainte), malgré le caractère obligatoire de la formation pour certains publics.

Les stagiaires sont intrinsèquement intéressés par les soins d'urgence (ils éprouvent une satisfaction et un plaisir à participer à la formation) et souhaitent avant tout développer des compétences utiles dans une perspective professionnelle, tout autant que privée.

Des enjeux identitaires forts (la formation constitue un outil de construction de l'identité professionnelle) ont également été mis en évidence, en particulier parmi les apprenants exerçants ou appelés à exercer dans un cadre collectif et collaboratif.

Les étudiants en médecine sont susceptibles de manifester des comportements d'évitement (ils évitent de réaliser certaines tâches, afin de ne pas échouer face à leurs pairs) - préjudiciables à l'apprentissage - en raison d'une démarche de recherche de performance.

CONCLUSION

Les attentes des participants à l'AFGSU vont au-delà du simple perfectionnement technique professionnel. Le choix du contexte des mises en situation de découverte et d'évaluation (ciblant aussi bien le milieu professionnel que privé), le temps accordé aux activités collaboratives, aux échanges entre stagiaires et avec les experts (éléments importants de la construction identitaire) et la gestion dynamique des groupes (visant à prévenir les comportements d'évitement) doivent tenir compte de ces attentes et des spécificités socio-catégorielles.

Enseignement de la réanimation cardio-pulmonaire au cours de la formation aux gestes et soins d'urgence.

Evaluation des acquis de la formation.

T. Secheresse(1), P. Pansu(2), F. Fernandez-Bodron(3)

(1)CESU 73, Centre Hospitalier de Chambéry, BP 1125, 73011 Chambéry Cedex

(2)Equipe Perspectives sociocognitives, Apprentissages et Conduites Sociales (PSACS), Laboratoire des Sciences de l'Education (LSE-EA 602), Université Pierre Mendès France, 1251 Avenue Centrale, BP 47, 38040 Grenoble cedex 9

(3)Master EAF, Equipe Perspectives sociocognitives, Apprentissages et Conduites Sociales (PSACS), Laboratoire des Sciences de l'Education (LSE-EA 602), Université Pierre Mendès France, 1251 Avenue Centrale, BP 47, 38040 Grenoble cedex 9

INTRODUCTION

La formation continue des personnels médicaux et paramédicaux à la prise en charge de l'arrêt cardiaque en utilisant les méthodes de découverte est recommandée [1]. Cependant deux questions apparaissent : dans quelle mesure cette formation permet-elle d'accroître les performances des soignants et dans quels domaines les connaissances acquises se situent-elles ? Le but de cette étude est d'évaluer les acquis des apprenants en se référant au modèle d'évaluation de Kirkpatrick. [2,3]

METHODE

Participants

67 personnes (sages-femmes et personnels paramédicaux), ayant assisté à une première journée de l'AFGSU de niveau 2, ont participé à l'étude.

MATERIEL ET PROCEDURE

Le matériel a été élaboré de manière à opérationnaliser deux niveaux d'évaluation parmi les quatre proposés par Kirkpatrick : réactions, apprentissages, transferts d'apprentissage et résultats.

Dans un premier temps, nous avons recueilli les réactions des stagiaires à partir d'un questionnaire de satisfaction interrogeant la perception affective et la perception utilitaire de la formation. Chaque appréciation était reportée sur une échelle de Likert allant de 0 à 5. Dans un second temps, nous avons appréhendé les connaissances théoriques et pratiques des stagiaires à leur entrée dans le dispositif (t_1) et à l'issue de la formation (t_2). Les premières ont été mesurées à partir d'un questionnaire de connaissances théoriques et les secondes à partir d'une mise en situation filmée des comportements sur mannequin – cotés ensuite sur une grille d'observation.

RESULTATS

Les résultats révèlent d'une part que les réactions des participants sont globalement satisfaisantes. Ils perçoivent la formation non seulement agréable ($M_{\text{satisfaction globale}} = 4.7$) mais également fortement utile ($M_{\text{utilité perçue}} = 4.8$).

D'autre part, ils montrent une nette amélioration des connaissances à l'issue de la formation et ce tant sur le plan théorique [$M_{t1} = 2.84/10$; $M_{t2} = 6.79/10$; $p < 0.001$] que sur le plan pratique [$M_{t1} = 20.2/37$; $M_{t2} = 28.6/37$; $p < 0.001$]. L'amélioration des performances pratiques porte principalement sur la qualité des compressions thoraciques, l'utilisation du DSA et la ventilation. On observe une diminution des principaux temps critiques de la réanimation au niveau de l'alerte [$M_{t1} = 113.3$; $M_{t2} = 49.8$; $p < 0.05$], du début des compressions thoraciques [$M_{t1} = 67.3$; $M_{t2} = 42.5$; $p < 0.05$] et de la mise en place du DSA [$M_{t1} = 251.6$; $M_{t2} = 81.0$; $p < 0.001$].

CONCLUSION

A la lumière de cette étude, deux points méritent d'être soulignés. Le premier concerne les réactions. Les participants apprécient la formation et la trouvent utile ce qui conditionne leurs motivations ainsi que leurs comportements ultérieurs. Le second point concerne les apprentissages. Les résultats obtenus confirment que l'enseignement de la réanimation cardio-pulmonaire par méthode de découverte s'accompagne d'une nette amélioration des connaissances et des performances pratiques des apprenants. Par ailleurs, une mesure identique effectuée sur des sujets ayant bénéficié antérieurement du même enseignement semble indiquer une persistance de ces apprentissages à distance.

Référence

- SFAR-SAMU de France-SFC-SFMU-SRLF, Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières. 2004
- KIRKPATRICK D.L. Evaluating training programs: Evidence vs. proof. Training & Development Journal. 1977 ; 31: 9-12.
- KIRKPATRICK, D.L. Evaluating training programs: The four levels. Berrett-Koehler publishers, San Francisco. 1998.

Adaptation de la formation aux gestes et soins d'urgence (F.G.S.U.) de niveau 2 à la formation continue des chirurgiens -dentistes

E. CHIALE (1), J. DIMET (2), P. LE ROUX (1), B. WEYD (1), D. BRACHET(3), P. FRADIN (4)

(1) CESU 85 - Urgences – SAMU – SMUR ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

(2) Unité de Recherche Clinique ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

(3) Président Des Rendez-vous Formation du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Vendée ; 85000 La Roche sur Yon

(4) Urgences – SAMU-SMUR ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

INTRODUCTION :

Les arrêtés du 3 mars 2006 et 20 avril 2007 ont respectivement défini puis intégré l'attestation de F.G.S.U. aux études d'odontologie. L'intérêt des chirurgiens-dentistes en activité pour l'organisation de cette formation se retrouve dans l'élaboration de recommandations communes entre l'union française pour la santé bucco-dentaire (U.F.S.B.D.) et l'association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (A.N.C.E.S.U.). Le C.E.S.U. 85 a organisé la première session en mai 2008 à la demande de l'organisme de formation continue du syndicat des chirurgiens –dentistes de Vendée. Il nous a semblé important d'évaluer les besoins pour proposer une formation adaptée.

MATERIEL ET METHODE :

Après la session de mai, un questionnaire a été adressé en juillet 2008 aux 174 praticiens adhérents à l'organisme de formation. Il comportait 4 thèmes : conditions d'exercice des praticiens ; pré-requis en matière de formation aux soins d'urgence et risques sanitaires ; expériences professionnelles d'urgences médicales ; intérêt suscité par les thématiques de la formation. Ce questionnaire comportait des questions fermées ou dirigées et des échelles de type Likert pour le 4^{ème} thème définissant un intérêt certain, incertain ou l'absence d'intérêt.

RESULTATS :

Quatre-vingt onze praticiens ont répondu et parmi eux 9 avaient déjà suivi la formation. Ainsi 82 questionnaires ont été analysés. Les réponses ont montré que 61 d'entre eux avaient des pré-requis en matière de soins d'urgence et 46 en risque sanitaire (Pandémie grippale). Trente huit avaient déjà été confrontés à une ou des situations d'urgences médicales au cours de leur exercice (56% de malaises bénins, 22% d'urgences potentielles et 22% d'urgences vitales), parmi eux 24 disent ne pas avoir été à l'aise pour les gérer. Soixante quatorze avaient une dotation médicale d'urgence à leur cabinet (77 % une trousse médicale d'urgence, 76% de l'oxygène, 39% un tensiomètre et 5% un défibrillateur). Les deux thèmes de la formation recueillant le plus d'intérêt étaient l'identification de l'arrêt cardiaque et la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire avec défibrillateur, l'identification des signes de gravité d'un malaise (99% chacun). Les notions d'alerte suscitaient 95% d'intérêt.

DISCUSSION :

L'intérêt des praticiens porte avant tout sur l'identification des situations d'urgences, des signes de gravité leur permettant d'effectuer une alerte adaptée au 15 et de réaliser les premiers soins adéquats. Ce constat est en lien avec leur pratique où les situations graves sont relativement peu fréquentes et doivent être gérées grâce aux compétences acquises lors de ce type de formation. Le module risques collectifs recueille plus d'intérêt auprès des praticiens exerçant depuis moins de 10 ans (76%), sans doute plus sensibilisés à ces risques alors que le module urgences vitales est lui plébiscité par ceux exerçant depuis plus de 20 ans (70%), traduisant un besoin de mise à jour des compétences.

CONCLUSION :

L'adaptation de la F.G.S.U. de niveau 2 destinée aux chirurgiens-dentistes passe par le renforcement de l'étude des malaises en insistant sur les signes de gravité. Elle s'appuie également sur un choix contextuel essentiellement professionnel des mises en situations pratiques réalisées si possible avec les assistantes dentaires selon les recommandations ANCESU–UFSBD afin de répondre à l'obligation déontologique de «porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat».

Formation des médecins hospitaliers à la réanimation médicalisée de l'arrêt cardiaque.

Satisfaction et utilité perçue de la formation.

T. Secheresse, P. Usseglio, C. Jorioz, S. Bare, D. Habold

CESU 73, SAMU 73, Centre Hospitalier de Chambéry, B.P. 1125, 73011 Chambéry cedex

INTRODUCTION

La satisfaction des participants et l'utilité perçue d'une formation interviennent dans la motivation et ainsi dans l'apprentissage [1]. Dans le cadre de la formation des médecins hospitaliers, nous avons voulu mesurer le ressenti des participants ainsi que les connaissances acquises. Ce travail présente les résultats issus de deux évaluations réalisées lors d'une formation à la réanimation cardio-pulmonaire.

MATERIEL ET METHODE

105 médecins ont participé à une formation de quatre heures sur la prise en charge médicalisée de l'arrêt cardiaque intra hospitalier.

Une première évaluation, réalisée en 2008, portait sur 56 praticiens. Elle consistait d'une part en un questionnaire de satisfaction avec réponse sur une échelle numérique de 0 à 10 et d'autre part en une évaluation des connaissances déclaratives (QCM) réalisée en début et fin de formation.

Une seconde évaluation est réalisée depuis janvier 2009 et porte actuellement sur 29 médecins. Le matériel utilisé est constitué par un questionnaire élaboré afin de préciser les éléments issus de l'évaluation précédente. Le but est de mesurer les réactions des participants ainsi que l'utilité perçue de la formation. Les résultats sont appréciés au moyen d'une échelle de Likert coté de 0 à 5. Une question ouverte sur les attentes des participants complète ce questionnaire.

RESULTATS

Les résultats de la première évaluation montrent une bonne satisfaction des participants ($M = 9.76$). Concernant les apprentissages déclaratifs, il existe une augmentation significative des connaissances ($\text{score}_{\text{pré test}} = 3.93/11$; $\text{score}_{\text{post test}} = 9.16/11$; $p < 0.001$).

Les résultats de la seconde évaluation confirment que les médecins apprécient la formation ($M_{\text{satisfaction globale}} = 4.81$). L'utilité perçue de la formation est élevée ($M = 4.89$) tant au niveau des gestes appris ($M = 4.86$) que des notions apprises ($M = 4.86$). A l'issue de la formation, la capacité perçue à gérer une urgence vitale reste cependant moyenne ($M = 3.45$).

L'analyse des attentes des participants met en évidence le besoin de reconduire régulièrement cette formation tout en prenant en compte les caractéristiques d'exercice des praticiens.

CONCLUSION

La formation des médecins hospitaliers à la prise en charge de l'arrêt cardiaque répond à une attente et est perçue favorablement tant sur le contenu et les méthodes pédagogiques que sur l'utilité perçue. Ces points sont importants dans le sens où ils participent à la dynamique motivationnelle des apprenants. En termes d'apprentissage, on note une amélioration significative des connaissances déclaratives. La capacité perçue à gérer une urgence vitale reste cependant moyenne ce qui renvoie aux problématiques de confiance en soi et de sentiment d'efficacité personnelle [2].

Au vu de ces résultats, l'évolution de cette formation s'est faite en proposant un second niveau de formation dont l'objectif est la gestion avancée de l'arrêt cardiaque en fonction des spécificités et lieux d'exercice des praticiens. Cette nouvelle formation fait largement appel à la simulation pleine échelle et répond ainsi à la nécessité de proposer des actions de formation contextualisées.

Référence

- Bourgeois E., Chapelle G. Apprendre et faire apprendre. Paris : PUF, 2006
- Bandura A. Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck, 2003

Une formation continue conviviale, le « club de lecture » du CESU.

Pierre POLES, Gaël GHENO, Dominique SAVARY, François-Xavier AGERON, Jean-Pierre PERFUS
CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Chaque formateur est confronté à une certaine forme de solitude pédagogique. A distance de sa formation initiale et engagé dans un grand nombre de formation différente le formateur est souvent seul face au groupe d'apprenants. Il reste difficile de poursuivre une formation pédagogique continue sans passer par une auto-formation résumer souvent à la lecture de livres ou d'articles glanés au hasard. Cet exercice peut devenir une vraie source de motivation et de progression individuelle ou collective s'il est organisé et structuré de manière conviviale.

METHODOLOGIE :

Trois fois par an, les formateurs de l'équipe se mettent d'accord sur une date de rendez-vous. L'un des formateurs est volontaire pour organiser une soirée. Trois à quatre semaines avant l'une des dates, le formateur organisateur la rappelle à l'ensemble des autres, il demande à chacun l'envoi du texte, de l'article qu'il viendra présenter et informe sur le lieu et les modalités du repas qui suivra (buffet canadien, traiteur ou restaurant...). Une semaine avant la date, un courriel de rappel est réadressé. Le jour dit, chaque participant présente, à l'aide de quelques diapositives vidéo-projetées, l'article ou le texte qu'il a lu et dont il souligne ce qui l'a personnellement intéressé et pour quelles raisons. Une courte discussion peut s'engager alors, informelle et discrètement modérée par l'organisateur.

Après une heure environ de présentation, un moment de convivialité est partagé, sans formalité. Ce moment permet de distancier l'implication émotionnelle de la présentation et d'atténuer l'impact du regard critique. Il permet parfois de prolonger la discussion.

DISCUSSION :

La mise en œuvre de ce club semble aisée, pourtant, lorsqu'on initie cette démarche, les formateurs ne doivent pas être laissés seuls devant la tâche. Une publication « pédagogique », est plus difficile à lire qu'un récit canonique : un lecteur, on le sait depuis les travaux de Iser, Eco et d'autres, doit construire le sens de ce qu'il lit en comblant les blancs du texte (ce que le texte ne dit pas). Voilà fixés nos objectifs essentiels : il s'agit pour les formateurs d'accéder à des textes complexes, où ils doivent y mettre du leur. Les stratégies de compréhension et d'interprétation devront être progressivement étayées. Un apprentissage par étayage, selon Bruner est un enseignement où l'apprenant est lancé dans la réalisation d'une activité tout en étant assuré de bénéficier de la guidance de ses condisciples et du formateur. Le concept d'étayage est, inspiré de la pensée de Vygotski, pour qui tout apprentissage d'une compétence intellectuelle est sociale, se déroule sur le plan interpsychique avant de devenir intrapsychique. Notre choix revient donc, en l'occurrence, à imaginer un dispositif qui permette de réaliser cet apprentissage par étayage dans le cadre de lectures partagées.

- La phase de préparation permet de préciser les enjeux et apporte une aide méthodologique.
- La phase de réalisation offre l'occasion d'approfondir les interprétations.
- La phase d'évaluation informelle donne l'occasion de faire le point sur les acquis nouveaux et constitue un réel moment de prise de distance où l'on réfléchit sur les différentes façons d'améliorer sa pratique, et de se comporter individuellement pour favoriser les échanges.
-

CONCLUSION :

Les discussions, même si elles occupent une place importante dans les clubs de lecture, ne constituent jamais ici qu'un moyen pédagogique au service du développement de la compréhension et de l'interprétation de textes. C'est dire que si elles permettent de développer son habileté à argumenter, ou "l'expression orale", voire "l'expression de soi", il ne s'agit là pour nous que d'effets secondaires qui ne constituent pas l'essentiel. Les discussions et les interventions de formation que celles-ci permettent visent avant tout à améliorer les pratiques individuelles de formation et d'assurer une formation continue à l'ensemble des formateurs.

Transformer son langage pour renforcer son message.

Pierre POLES, Gaël GHENO, Karine FOUQUET-GUEROT, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Dès la première confrontation pédagogique, le formateur éprouve la nécessité de trouver les mots justes. Comme toutes les qualités, celle-ci nécessite une gymnastique intellectuelle pour se développer. Nous avons élaboré une série de propositions qui, sous l'aspect anodin d'une modification de langage, transforme le contenu du message. Ces propositions servent utilement de base à un temps de réflexion pédagogique partagé par l'ensemble des formateurs.

PROPOSITIONS :

- Favoriser une circulation des échanges au sein du groupe.
« Pouvez-vous me montrer ... ? » devient « Pouvez-vous *nous* montrer ... ? ».
- Utiliser le groupe avant de répondre à une question.
(« *Qui veut répondre* à la question de ... ? ») et lorsqu'un apprenant fournit une réponse (« ..., *que pensez-vous de ce qu'a dit ... ?* », « ..., *avez-vous compris ce qu'a dit ... ?* »).
- Impliquer l'apprenant (ou le groupe).
« A quoi sert ce geste ? » devient « *A votre avis*, à quoi peut vous servir ce geste ? » ou « *d'après vous*, à quoi peut vous servir ce geste ? »
- Personnaliser et contextualiser les questions, identifier clairement les personnes qui sont concernées par la question, employer : « vous » et « nous » plutôt que « on ».
« Comment trouve-t-on la respiration ? » devient « comment pouvez-vous trouver la respiration ? » prolongée de « Dans cette situation : chez un patient allongé au sol ? ».
- Transformer les questions vagues en des questions ouvertes liées à ses objectifs.
« Comment faire *quand on* a un corps étranger dans la trachée ? » devient « Que pourrions-nous faire *si* nous étions en face d'une victime avec une obstruction complète des voies respiratoires, pour l'aider à ventiler ? ».
- Prendre appui sur les compétences de l'apprenant pour l'aider à réaliser ses besoins d'apprentissage, demander à l'apprenant : « qu'est-ce que vous avez compris ? » pour en déduire ce qu'il n'a pas compris, et aller vers la question « Comment le fait de savoir... peut-il vous aider à ... ? »
- Transformer les impossibilités en actions, éviter les questionnements interro-négatifs, souvent axés sur les difficultés :
« Comment *ne pas oublier*... ? » devient par exemple « comment pouvez-vous faire pour *vous souvenir*... ? ».
- Faire porter ses questions à la fois sur le caractère « outil » et le caractère « objet » d'un outil/objet pour ne pas privilégier le savoir au détriment du savoir-faire (et réciproquement).
« A quoi peut vous servir la PLS ? » devient par exemple « Pour vous, qu'est-ce que la PLS ? Et à quoi peut-elle vous servir dans votre cadre professionnel ? »
- Les affirmations du formateur qui ont pour objet de développer les métaconnaissances sont décontextualisées pour favoriser le transfert des apprentissages.
Dire « vous avez su faire une PLS » ne sert pas à grand chose du point de vue du transfert des apprentissages de l'apprenant. On peut remplacer cette phrase par « Vous avez su protéger les voies respiratoires d'une victime inconsciente ».
- Ces affirmations sont également centrées sur les objectifs et non pas les moyens.
Dans une résolution de problème, conclure par « vous avez su réaliser un Heimlich » n'est pas pertinent car l'enjeu n'est pas de faire un geste mais de résoudre un problème. On peut remplacer cette affirmation par : « vous avez su *utiliser* Heimlich pour permettre de retrouver une ventilation chez cette victime ».

CONCLUSION :

Adapter son langage au public en formation est une généralité de la formation. En revanche, découvrir qu'une modification marginale de ses expressions bouleverse la transmission de son message reste une étape difficile. C'est véritablement un exercice d'équipe de formateur de travailler sur ces transformations et d'en découvrir la portée pour optimiser le message de formation.

Menaces sanitaires : évaluation du ressenti des étudiants en médecine. Impact sur la progression pédagogique

Ch. Ammirati⁽¹⁾, C. Amsallem⁽¹⁾, V Créange⁽¹⁾, JL Schmit⁽²⁾

CHU Amiens Nord, Faculté de médecine Amiens - Place Victor Pauchet, 80000 Amiens

1 Service de médecine d'urgence – CHU Amiens

2 Service de pathologie infectieuse – CHU Amiens

INTRODUCTION

Depuis 2007, l'enseignement du deuxième cycle des études médicales inclut une sensibilisation aux menaces sanitaires : nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques - NRBC. Après un premier enseignement, l'évaluation que nous avons réalisée révélait un intérêt évident mais une nette anxiété (57% des étudiants). Parallèlement, nous avons montré que les séances de sensibilisation des hospitaliers à la pandémie étaient anxiogènes (étude de 1983 questionnaires). Nous avons donc souhaité appréhender le ressenti des étudiants sur les menaces sanitaires avant et après le séminaire dont nous avons modifié le conducteur pédagogique.

METHODE :

L'évaluation a été réalisée par auto-questionnaires avant et après (items cotés selon une échelle de Likert).

RESULTATS :

98 questionnaires exploitables avant l'enseignement, 64 après (âge moyen : 21,7 ans, sex ratio H/F : 0,51).

Le thème est jugé intéressant d'emblée pour 83,7%.

79,5% évalue ces risques possibles avant la formation, 89,5 % après. 15% note avoir beaucoup de craintes avant, 17 % après. 85% ont quelques craintes avant, 83 % après.

Les différences sont non significatives pour ces items ($p>0.05$).

A la question préalable « Face au danger, pulsionnellement, j'aurais envie de... », les éléments de langage les plus fréquents sont : « protéger les miens, me protéger » 40%, « fuir » 25,5%, « aider » 22,5%.

Les motifs de craintes sont : 74, 5 % par « non maîtrise », 68,6 % pour les proches, 59% pour sa propre vie, 39% pour l'exercice professionnel.

Pour diminuer leurs appréhensions, 78% souhaitent savoir comment protéger leurs proches, 74% se protéger et 63% identifier les modalités de contamination.

A l'issue du séminaire, 92% pense connaître les modes de contamination, 95% indique savoir se protéger, protéger les siens et avoir « suffisamment » à « beaucoup » appris.

DISCUSSION.

Pour l'enseignement des risques collectifs, notre stratégie pédagogique doit prendre en compte les craintes et s'appuyer sur les besoins fondamentaux : sécurité pour soi et les siens (pyramide de Maslow). En utilisant des techniques de résolution de problème et questionnement dirigé, nous proposons la progression suivante :

- évocation des situations « conventionnelles » (accident de bus ou train) : principes de médecine de catastrophe
- Apport d'un rationnel scientifique sur le risque NRBC : modes de contamination, compréhension des principes de protection,
- Dédution des moyens de protection pour les siens et soi-même,
- Application dans la vie professionnelle.

CONCLUSION :

Face aux menaces sanitaires, l'évaluation du ressenti des étudiants (comme des professionnels de santé) montre l'importance accordée à la vie personnelle. Notre stratégie d'enseignement doit impérativement en tenir compte.

Importer la RMM au CESU

Pierre POLES, Gaël GHENO, Christine TINCHANT, Arnaud DEUTSCH, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Lorsqu'un incident se produit au cours d'une formation, l'habileté du formateur parvient en règle générale à résoudre le problème. Nous ne disposons pas d'une méthodologie d'analyse a posteriori. Habités dans nos services aux réunions de morbi-mortalité, nous avons envisagé d'adapter la méthodologie proposée par l'HAS à notre exercice spécifique. Dans notre établissement, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux est convié à ces réunions, il nous semblait d'autant plus naturel d'adopter cette méthode d'analyse critique pour améliorer nos pratiques de formation.

METHODOLOGIE :

La revue de morbidité et de mortalité (**RMM**) consiste en une analyse collective, rétrospective et systémique d'un incident, d'un accident ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage, et dont l'objet est de mettre en œuvre et de suivre les actions qui tendent à améliorer la qualité du travail effectué.

L'analyse systémique **prend en compte les éléments organisationnels, techniques et humains dans leur ensemble. A la fin du processus d'analyse, les atouts et les freins sont mis en évidence et permettent de mener des actions d'amélioration.**

La responsabilité de l'organisation de la RMM est confiée à un formateur expérimenté, reconnu par ses pairs. Une procédure écrite, diffusée à tous les professionnels concernés, décrit l'organisation et le fonctionnement de cette action d'évaluation/amélioration.

Les cas pouvant être présentés et analysés dans cette action sont les situations de formation marquées par un incident suffisamment important pour perturber le déroulement de l'activité durant plus de cinq à dix minutes. Cette revue concerne l'équipe de formateur dans son ensemble, médicaux et paramédicaux réunis. Certaines réunions sont consacrées au suivi des actions décidées lors de réunions précédentes. Un compte rendu est écrit et diffusé à l'ensemble de l'équipe.

DESCRIPTION :

Étape 1 : exposition de la situation et déroulement de l'incident : l'animateur présente sans commentaire des faits (nombre de participants, description du groupe d'apprenants, technique d'animation utilisée, stade de mise en œuvre, questionnement en cours...)

Étape 2 : identification de la situation problème : genèse de l'incident, dysfonctionnements qui ont suivi, éléments du déroulé contributifs.

Étape 3 : causalité et récupération : approche systémique, quels ont été les éléments nécessaires et suffisants pour que cela arrive ? Qu'est ce qui a favorisé cet élément ou y a contribué (éléments logistiques, organisationnels, environnementaux, individuels...) (Quand, comment et qui a vu et compris ce qu'il se passait ? Quand, comment et qui a réagi ? Quels sont les éléments qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une dégradation de la situation ?). Analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Étape 4 : Synthèse et proposition d'un plan d'action : Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ? Quels enseignements tirer des étapes précédentes ? Quelles actions mettre en œuvre ? Évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontrés (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa (leur) dégradation. Comment suivre et évaluer la mise en œuvre des actions décidées ? Comment savoir si ces actions sont efficaces ? Comment la communication et l'information de l'équipe sont-elles réalisées ?

CONCLUSION :

La méthodologie des RMM s'applique aisément à l'analyse d'incident en formation. Dans l'objectif d'assurer l'amélioration de la qualité des formations dispensées, la mise en œuvre d'une telle procédure nous apparaît comme un moyen rapide, répondant aux standards culturels de nos établissements. Il reste à généraliser sa pratique pour évaluer la pertinence de ce choix.

Quelle stratégie pédagogique choisir pour introduire la défibrillation dans un établissement ?

D Michel (1), C Pillet (2), P Lebreton , E Lecarpentier (1), B Plaud (1), C Bertrand (1) et le RESU IDF

(1) SAMU 94 Hôpital Henri Mondor Créteil

(2) Siège AP-HP, Avenue Victoria, Paris

INTRODUCTION

En mars 2009 une demande est faite au CESU pour accompagner la mise en place de défibrillateurs automatisés externes dans 6 bâtiments administratifs de l'AP-HP. La demande concerne le choix du défibrillateur et la formation des personnels. Une stratégie de formation est mise en place.

MATERIEL ET METHODES

Le CESU a donné les critères de choix entre un appareil entièrement automatique et un appareil semi automatique, les critères d'emplacement et d'accessibilité, sans directives précises sur le modèle. Le choix s'est porté sur un DSA localisé aux entrées des établissements. La stratégie de formation a consisté à former les acteurs de proximité à l'AFGSU 1 et à sensibiliser d'autres personnes dans chaque établissement à quelques risques dont l'arrêt cardiaque (AC), sur une base de volontariat. Un clip vidéo d'une minute trente a été réalisé dans le but de pérenniser et diffuser l'information sur les 3 actions : appel au 15, MCE et installation du défibrillateur par le réseau intranet. Une évaluation en 3 étapes a été conduite : audit sur l'installation des DSA, évaluation de la rétention des connaissances auprès des acteurs de proximité, évaluation du nombre de personnes ayant visualisé le clip vidéo pendant 4 mois, simulation d'un AC inopiné sur chaque site.

RESULTATS

Le projet a été conduit d'avril à novembre 2009. Six à sept personnes ont été formées à l'AFGSU 1 sur chaque site dont les responsables d'accueil. Soixante personnes ont reçu une formation / sensibilisation d'un jour sur les risques environnementaux. Le clip vidéo réalisé en avril a été diffusé en mai au moment de l'installation des DSA. L'audit faite fin septembre sur l'accessibilité des DSA a montré qu'ils étaient disponibles mais avec une signalétique insuffisante pour l'ensemble des occupants des immeubles. Les tests cognitifs réalisés sur les acteurs de proximité ont montré l'absence d'erreurs dans la prise en charge de l'AC. Les résultats de l'audit sur l'impact du clip et la simulation des arrêts seront disponibles ultérieurement.

CONCLUSION

La mise en place des défibrillateurs nécessite une sensibilisation de masse réalisée par des sessions courtes ou un support audio visuel. Cependant, l'arrêt cardiaque étant un événement rare, il a paru opportun au CESU de motiver les personnels à s'intéresser à d'autres comportements d'urgence. La délivrance d'une attestation d'AFGSU 1 a donné confiance au personnel d'accueil. De même les formations d'un jour ont permis à d'autres personnes du site de poser des questions sur des malaises plus fréquents ayant une importance en santé publique et nécessitant l'appel au 15.

L'utilisation du portfolio par les enseignants des CESU

C Bertrand (1), D Michel (1), C Pentier (1), C Jbeili (1), E Lecarpentier (1), J Marty (2)

(1) CESU–Samu 94 Hôpital Henri Mondor Créteil, France

(2) Pole anesthésie réanimations Smur

INTRODUCTION

La création des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) a mis l'emphase sur la formation pédagogique des professionnels de santé exerçant la médecine d'urgence. Les contraintes en temps et en ressources humaines compromettent un suivi régulier de la progression pédagogique des enseignants par les CESU. L'objectif était de développer une attitude réflexive des formateurs en leur donnant une responsabilité dans leur évaluation.

MATERIEL ET METHODES

Cinquante deux formateurs AFGSU ont reçu un portfolio à l'issue des séminaires pédagogiques. Le portfolio a été conçu sous forme de propositions décrivant le rôle de l'enseignant, l'analyse de sa progression, de ses forces et de ses faiblesses. Pour chaque proposition, le nouveau formateur était invité à donner son avis selon une échelle de Likert. Nous avons fait le choix d'un portfolio structuré pouvant être documenté par une série d'observations. Un entretien semi structuré avec les responsables de l'enseignement a eu lieu à distance de la formation initiale. Le questionnement a été établi selon les critères de Korthagen.

RESULTATS

Quarante cinq portfolios ont été complétés et discutés lors des entretiens. Trente portfolios ont été complétés régulièrement et quinze ont été complétés peu avant l'entretien. Huit médecins avaient expérimenté un portfolio en médecine générale et en avaient souligné le caractère contraignant. Les entretiens ont pu mettre en évidence des points de satisfaction dus aux techniques actives employées, évitant toute monotonie, dus à la reconnaissance exprimée par les élèves ravis d'être formés par des professionnels de l'urgence. Les difficultés étaient inhérentes à la gestion des groupes et au manque de maîtrise du contenu et des justifications scientifiques à apporter. Les jeunes formateurs ont exprimé les liens entre leur rôle d'enseignant et leur propre développement de compétences cliniques.

CONCLUSION :

L'objectif du portfolio a été mieux compris après l'entretien qui a permis de pointer la direction vers laquelle le nouveau formateur devait tendre pour progresser et la façon d'y arriver. Le fait de verbaliser les expériences vécues a été très apprécié. L'expérience du portfolio est poursuivie pour d'autres enseignements du CESU et auprès d'autres publics : étudiants en médecine, médecins réservistes s'initiant à la régulation

Quel support didactique remettre aux apprenants en formation Gestes et Soins d'Urgence (GSU) ?

C. Longo (1)

CESU 44 - Centre Hospitalier Universitaire de Nantes - 44093 NANTES Cedex1

INTRODUCTION :

Après 6 mois de diffusion d'un document synthétique sur l'Urgence Vitale (UV) lors des formations GSU, nous souhaitons évaluer s'il répondait aux besoins des apprenants.

MATERIEL ET METHODE :

213 questionnaires ont été adressés aux agents du CHU formés aux GSU niveau 2 entre le 01/01/08 et le 30/06/08.

Était recherché : le type de document que les apprenants souhaitaient se voir remettre, l'utilisation faite du document remis, l'opinion des agents sur le contenu et la forme du document (échelle de Likert à 5 degrés).

Les données ont été saisies sur Excel et ont donné lieu à une analyse descriptive.

RESULTATS :

213 questionnaires envoyés, 62 retours (29%).

Utilisation du document remis :

Conservation du document : à domicile 70%, au travail 34%.

Le document a été utilisé par 88% des apprenants.

Consultation du document : hors situation d'urgence, à domicile 86%, en milieu professionnel 45%, en situation professionnelle d'UV 4%

Enquête d'opinion sur le contenu et sur la forme du document remis : Tableau n°1 & Tableau n°2

Souhaits des apprenants :

Format : carnet poche 65%, feuillet triptyque 18%, photocopié 16%, CD Rom 3%.

Document intégrant les urgences potentielles (UP) 67%, intégrant l'ensemble du programme 13%. Document ne reprenant que les points clefs 85%, document exhaustif 15%.

DISCUSSION :

Notre choix s'est porté sur un mémento pratique, ciblé sur les UV, destiné à favoriser la réactivation et l'application des connaissances dans ces situations peu familières et anxiogènes pour nombre de soignants. Destiné à un usage professionnel, le document se révèle plutôt conservé et relu dans le cadre privé, et devra à terme intégrer l'UP.

CONCLUSION :

Bien qu'il semble utile, le document remis s'avère insuffisant. Hormis l'élaboration d'un carnet de poche reprenant l'UV et l'UP, d'autres pistes, telles que la formation continue en ligne ou la mise en place d'un portfolio, pourraient être explorées afin de faire ce lien entre l'espace de formation et la pratique professionnelle.

	Tout à fait d'accord (+2)	D'accord (+1)	Sans opinion (0)	Pas d'accord (-1)	Pas du tout d'accord (-2)	Moyenne
Le contenu est clair	17 (30%)	37 (65%)	1 (2%)	2 (3%)	0	1,2
Le niveau de précision du contenu est suffisant	17 (30%)	37 (65%)	0	2 (3%)	1 (2%)	1,2
Un document portant sur l'ensemble du programme m'aurait été utile	9 (16%)	25 (44%)	6 (11%)	15 (26%)	2 (3%)	0,4
Ce document peut m'être utile, dans mon service, au moment de la prise en charge d'une urgence vitale	20 (35%)	21 (37%)	3 (5%)	11 (19%)	2 (4%)	0,8
TOTAL	63 (28%)	120 (35%)	10 (4%)	30 (13%)	5 (2%)	0,9

Tableau 1 : Opinion sur le contenu du document

	Tout à fait d'accord (+2)	D'accord (+1)	Sans opinion (0)	Pas d'accord (-1)	Pas du tout d'accord (-2)	Moyenne
Les différents items sont clairement organisés	16 (29%)	36 (65%)	2 (4%)	1 (2%)	0	1,2
Les illustrations proposées sont suffisantes	20 (36%)	28 (51%)	1 (2%)	5 (9%)	1 (2%)	1,1
Le format proposé est adapté	13 (24%)	19 (35%)	3 (5%)	16 (29%)	4 (7%)	0,45
TOTAL	49 (30%)	83 (50%)	6 (4%)	22 (13%)	5 (3%)	0,9

Tableau 2 : Opinion sur la forme du document

Evaluation à distance des laborantins ayant bénéficiés de l'A.F.G.S.U.

B.PROUST

CESU 63 Centre Hospitalier Universitaire, BP 69, 63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1

INTRODUCTION

Le CESU de CLERMONT-FERRAND a formé les préleveurs de laboratoire de la région à l'AFGSU de niveau 2, en 2007, conformément à la réglementation.

Nous avons souhaité évaluer les compétences acquises à un an, suite à cette formation.

MATERIEL ET METHODE

- 144 laborantins formés en 2007.
- 58 laborantins inclus.
- Mise en situation pratique avec mannequin, de façon inopinée, sur leur lieu de travail.
- Scénario proposé : A.C.R simulé sur mannequin.
- Conception d'une grille d'évaluation.
- Paramètres évalués : le bilan, les données de l'alerte et les gestes réalisés. L'évaluation a porté sur deux séries de RCP, de deux minutes chacune, entrecoupées par les chocs électriques.
- Réponses attendues : pour chaque geste, tous les critères de qualité ont été pris en compte.

RESULTATS

Quarante laborantins ont été évalués.

Pour le bilan, l'évaluation de la conscience est correcte dans 92%, et la recherche d'une ventilation pour 72% des évalués. Par contre, la prise du pouls est incorrecte dans 88% des cas.

L'alerte au centre 15 est réalisée correctement dans 92% des cas.

Le principe du massage cardiaque immédiat dès la reconnaissance de l'arrêt est acquis pour 91,5%. En revanche, des erreurs de rythme sont retrouvées dans 54%.

Les stagiaires ne reprennent pas immédiatement le massage cardiaque après les chocs pour 84% des évalués.

Des interruptions du massage cardiaque sont aussi notées fréquemment au cours de la réanimation.

La ventilation au bouche à bouche est réalisée dans 92% des cas, mais son efficacité n'est que de 31%.

Tous ont utilisé le défibrillateur. Pour 80%, les électrodes sont bien positionnées. Tous les chocs proposés ont été réalisés, mais avec plus ou moins d'hésitation.

DISCUSSION

Cette évaluation a permis de mesurer les insuffisances au niveau de certains gestes. Les points à améliorer concernent la perméabilité des voies aériennes et la prise du pouls carotidien qui reste le geste le moins bien réalisé. Les techniciens de laboratoire sont considérés comme professionnels de santé, à ce titre ils doivent prendre le pouls pour vérifier l'activité circulatoire. Or, il s'avère que peu savent le faire, même après formation. Nous pouvons nous questionner sur la nécessité d'insister sur ce point, ou bien de simplifier le bilan comme pour les non professionnels.

De même, un DEA semble plus judicieux pour ces personnels, qui hésitent parfois à déclencher le choc.

CONCLUSION

La perte rapide des performances dans le temps, lorsque les compétences acquises ne sont pas utilisées, fait estimer que des recyclages plus fréquents que ceux prévus actuellement tous les quatre ans, seraient utiles. Une périodicité de deux ans constituerait un choix pragmatique, mais coûteux.

Une technique pédagogique innovante pour l'apprentissage des gestes d'urgence : le relais pédagogique. Evaluation à l'aide d'une étude prospective randomisée auprès d'étudiants en médecine

Ammirati C, Mercieca JM, Gignon M, Amsallem C, Némitz B
Centre d'enseignement des soins d'urgence – faculté de médecine
CHU Amiens Nord, place Victor pauchet, 80000 Amiens

INTRODUCTION :

Les études évaluant l'acquisition des gestes d'urgence ont montré les difficultés d'apprentissage. Hypothèse. L'acquisition des connaissances procédurales pourrait être facilitée par la répétition d'un geste dans une situation de stress.

TECHNIQUE PEDAGOGIQUE.

Nous avons élaboré une technique innovante dans un contexte ludique : **le relais pédagogique** (RP) basé sur la réalisation « sans faute » d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) sur mannequin par deux équipes en compétition. Dans chaque équipe, un participant ventile avec un insufflateur manuel (VA), un autre réalise un massage cardiaque externe (MCE) et le troisième utilise l'oxygène et s'occupe de la gestion globale. Les participants changent de poste après 5 cycles réussis (un cycle = 2 VA et 30 MCE). Trois co-équipiers prennent le relais dès que les trois précédents ont validé chaque poste. L'épreuve est chronométrée.

ETUDE.

Notre étude prospective randomisée compare les performances relatives à la VA entre deux cohortes d'étudiants en médecine entrant en deuxième année. Les étudiants bénéficiant du RP (cohorte C1) et ceux n'en bénéficiant pas (cohorte C2) ont été tirés au sort. Deux jours après un temps d'apprentissage identique, l'évaluation individuelle a porté sur 5 cycles complets lors d'une simulation nécessitant une RCP. Chaque ventilation efficace était cotée à 1 (soit 0 à 10 points pour 5 cycles). Les résultats ont été analysés avec un test Chi Carré, seuil de significativité $p=0.05$. Les étudiants ne connaissaient pas l'objectif de l'évaluation.

RESULTATS-DISCUSSION.

76 observations ont été exploitables : 43 étudiants pour la cohorte C1 et 33 pour C2. On observe une progression des performances au cours de l'évaluation avec une supériorité pour la cohorte C1 sur l'ensemble des cycles (C1=7,72/10 versus C2=6,64/10, p non significatif). Lorsqu'on étudie le nombre d'étudiants ayant réalisé 10 ventilations efficaces, les étudiants C1 ont des résultats significativement meilleurs (37% de C1 versus 12.2%, $p=0,013$). En excluant le premier cycle (« mise au point gestuelle »), les performances sont significativement plus élevées pour C1 (51,2 versus 27.3%, $p=0,036$).

Ainsi, après la formation, les apprenants ayant bénéficié du RP ont de meilleurs résultats pour la VA alors que ce geste est souvent ressenti comme complexe. Une étude sur le MCE et sur la rétention à un an comparée entre les deux cohortes est en cours.

CONCLUSION.

La répétition du geste et les contraintes émotives sont nécessaires pour faciliter l'adaptation et le transfert en situation réelle. Les résultats de notre étude indiquent que le relais pédagogique semble être une technique pédagogique facilitante. D'autres évaluations restent indispensables.

Des défibrillateurs automatisés externes accessibles au public : des campagnes de sensibilisation indispensables, à propos d'une étude observationnelle sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque par des étudiants de PCEM2, non formés aux soins d'urgence

Ammirati Ch.⁽¹⁾, *Gignon M*⁽²⁾, *Amsallem C*⁽¹⁾, *Mercieca J*⁽¹⁾, *Jarry G*⁽³⁾, *Hermida J*⁽³⁾, *Némitz B*⁽¹⁾

Centre d'enseignement des soins d'urgence – CHU Amiens Nord, place Victor pauchet, 80000 Amiens

(1) Service de médecine d'urgence – CHU Amiens. (2) Service de médecine légale et sociale – CHU Amiens (3) Service de cardiologie - CHU Amiens

INTRODUCTION :

Les textes réglementaires indiquent la possibilité d'utiliser un défibrillateur automatisé externe (DAE) par le grand public sans formation préalable^[1].

Nous avons étudié la capacité de jeunes adultes à réagir face à une personne en arrêt cardiaque avec un DAE à proximité. Nos objectifs étaient d'évaluer la proportion de personnes qui utiliseraient le DAE et d'identifier le pourcentage de ceux qui reconnaîtraient la détresse, alerteraient et effectueraient un MCE.

METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive sur 186 étudiants en médecine ayant réussi leur concours de PCEM1 avant toute formation universitaire aux soins d'urgence. Après avoir été informés qu'ils allaient être mis devant une situation face à laquelle ils devaient réagir, ils pénétraient en binôme, dans une pièce où se trouvait une personne allongée sur le sol qui mimait l'inconscience et bloquait sa ventilation. Ce figurant était remplacé par un mannequin lorsque les participants recherchaient un pouls ou s'apprêtaient à pratiquer un MCE. Dans la pièce, le DAE et son pictogramme spécifique étaient visible à côté d'un téléphone. Deux observateurs notaient les réactions sur une grille critériée.

RESULTATS

Les résultats ont été exploitables pour 90 binômes. L'âge moyen est de 19,24 ans, [18 ; 26]. Le sex ratio H/F est égal à 0,7. 25% avaient eu une formation de secourisme, 75% avaient bénéficié d'une sensibilisation lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). 20 % (n=18) ont effectué un bilan des fonctions vitales correct, 76.7 % (n=69) ont omis l'appréciation de la conscience ou de la ventilation. 60 % (n=54) ont évoqué oralement la nécessité d'entreprendre un MCE qui a été effectivement réalisé par 57.3 % (n=51) d'entre eux. 72 % (n=64) ont alerté. 4.5 % (n=4) ont décroché le DAE et une étudiante l'a ouvert pour l'utiliser. Sur les gestes, il n'existe pas de différence significative entre les étudiants ayant eu ou non une attestation de secourisme.

ANALYSE

Les résultats de cette étude plaident pour une sensibilisation indispensable du grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiaque et à l'utilisation du DAE. En effet, malgré la mise en évidence du DAE à côté du téléphone (dont 72% se sont servis pour alerter), seule une étudiante (parente de cardiologues) l'a réellement utilisé. Cette constatation est en lien avec la non reconnaissance de signaux inconnus par la mémoire à long terme : le DAE n'évoquait rien pour les participants pourtant sensibilisés aux problèmes de santé [2]. De plus, 42,7 % des participants n'ont pas débuté de massage cardiaque externe alors que tous avaient bénéficié d'une sensibilisation aux gestes de secours dans le cadre des JAPD. Comme dans la plupart des travaux évaluant des capacités sur l'arrêt cardiaque, les biais de cette étude tiennent au caractère fictif de la situation.

CONCLUSION

L'Académie Nationale de Médecine a rappelé la nécessité d'information et d'éducation du grand public [3]. Les résultats de notre travail montrent la nécessité de telles campagnes pour que l'achat actuel de centaines de DAE ait un sens en terme santé publique.

¹ - Décret no 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique

² - Lieury A. Psychologie cognitive. *Dunod*, 2004, 547p

³ - Vacheron C, Guise L. Recommandation de l'Académie Nationale de Médecine concernant la prise en charge extrahospitalière de l'arrêt cardio-circulatoire, 30 janvier 2007.

Médecine d'urgence et stéréotypes sexistes : doit-on privilégier les enseignants de sexe féminin lorsque le public est majoritairement composé d'étudiants de sexe féminin ?

Th. PELACCIA (1)(2), H. DELPLANCQ (1)(2), E. TRIBY (2), J-C. BARTIER (1)(2), C. LEMAN (1), V. BRUNSTEIN (1), J-P. DUPEYRON (1)

(1) CESU 67, Pôle d'anesthésie – réanimation chirurgicale – SAMU, Hôpitaux universitaires de Strasbourg - 70 rue de l'Engelbreit, 67200 STRASBOURG.

(2) Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Département de pédagogie, Faculté de médecine de Strasbourg – 4 rue Kirschleger, 67085 STRASBOURG Cedex.

CONTEXTE

Les stéréotypes concernant les capacités respectives des hommes et des femmes sont très fréquents dans la population générale. Dans le domaine de la formation, il a été démontré que les stéréotypes sexistes négatifs (le fait de croire que les hommes sont plus performants que les femmes dans un domaine donné, ou inversement) sont associés à un niveau de performance altéré chez les individus victimes de tels stéréotypes. Ces derniers peuvent également influencer les choix de carrière.

OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude sont doubles :

évaluer chez les étudiants en médecine la prévalence des stéréotypes sexistes négatifs à propos de la pratique de la médecine d'urgence.

mesurer l'effet de ces stéréotypes sur la perception qu'ont les étudiants de sexe féminin de leurs capacités à apprendre la médecine d'urgence.

Il a été démontré que plus la perception de compétence est élevée, meilleures sont les performances atteintes. Cette composante de la motivation constitue également un élément déterminant des choix de carrière, l'individu évitant de s'engager dans des activités au regard desquelles il ne se sent pas compétent.

METHODES

Une étude a été réalisée auprès de 235 étudiants de troisième année de médecine, qui participaient à une formation académique de médecine d'urgence et de catastrophe.

En début de formation, ils ont complété un questionnaire anonyme auto-administré explorant :

leurs stéréotypes sexistes à propos de la pratique de la médecine d'urgence

la perception qu'ils ont de leurs capacités à apprendre la médecine d'urgence.

Cette dernière a été mesurée à l'aide du questionnaire "Motivated Strategies for Learning Questionnaire", élaboré par Pintrich *et al.*

RESULTATS

Les stéréotypes sexistes sont relativement fréquents chez les étudiants en médecine, en particulier parmi les étudiants de sexe féminin.

Chez ces dernières, la perception d'efficacité concernant leur capacité à apprendre la médecine d'urgence est négativement corrélée à leur sentiment que la médecine d'urgence est un plutôt un métier d'hommes ($r=-0.249$, $p=0.02$).

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'existence de stéréotypes sexistes négatifs parmi les étudiants en médecine de sexe féminin conduit potentiellement à des conséquences négatives en matière d'apprentissage de la médecine d'urgence, ainsi qu'au refus de s'engager dans des carrières en lien avec cette discipline.

Dans le domaine des mathématiques, il a été démontré que le fait d'attribuer aux étudiants de sexe féminin un formateur du même sexe lors d'ateliers pratiques permettait de diminuer la prévalence des croyances stéréotypiques. Cette observation ouvre la voie à des travaux de recherche intéressants dans le domaine de l'enseignement des soins d'urgence, visant à évaluer le bénéfice d'une telle stratégie auprès des publics concernés.

Concevoir un temps d'apprentissage : Check-list programmatique pour le formateur.

Pierre POLES, Gaël GHENO, Luc CHANEL, Carine TARDIEU, Gregory ANDOLINA, Jean-Pierre PERFUS
CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Confronté à la multiplication des demandes de formation, portant fréquemment sur des publics différents, nous avons à élaborer des confrontations pédagogiques « sur mesure ».

Cette création nécessite outre une définition précise du contenu, une programmation formelle. Cette programmation s'inscrit dans l'environnement conceptuel particulier du CESU. Afin de faciliter l'action de création, différentes vérifications sont à effectuer préalablement à la mise en œuvre. Parmi ces contrôles, l'adaptation aux contraintes de la formation des adultes est indispensable. Pour faciliter ce contrôle, une liste de vérification est une aide utile.

PROPOSITIONS :

Lorsque des formateurs créent une formation, la check-list suivant leur est proposé. L'objectif est d'intégrer le plus possible les conditions optimales d'apprentissage des adultes dans nos formations.

DISCUSSION :

Ce questionnaire à réponse rapide explore en quelques questions les conditions favorisant l'apprentissage des adultes telles que proposées par G. Muller et A. Pfitzmann¹. Ces deux andragogues allemands travaillent depuis de nombreuses années au bénéfice de la formation continue pour l'industrie. Les principes directeurs qu'ils énoncent trouvent un écho particulier dans nos formations. L'adulte a besoin d'être convaincu que l'information reçue lui servira dans son activité professionnelle. Il a besoin de participer activement et de savoir à tout moment où il en est. Il nécessite de voir la relation entre ce qu'il sait déjà et ce qu'il apprend, entre ce qu'il a déjà fait et ce qu'il apprend à faire. Il exige de comprendre en quoi ce qu'il est en train d'apprendre lui servira à résoudre des problèmes. Il doit utiliser sans délais les connaissances et compétences nouvellement acquises. Il a besoin de recevoir un feedback le plus tôt possible après l'application. L'adulte a acquis, par expérience, des habitudes mentales et des manières d'apprendre qui lui sont personnelles et dont le formateur doit tenir compte pour parvenir à ses fins d'apprentissage.

Un tel questionnaire est un outil rapide et aisé d'adéquation. Il permet en quelques interrogations d'envisager les atouts et les lacunes d'une programmation, et de repérer quels sont les principes que l'on a valorisés ou ignorés.

CONCLUSION :

La formation continue des adultes est un domaine largement exploré par l'industrie depuis longtemps. Notre proposition vise à intégrer leurs travaux à nos pratiques de formation. L'outil de pointage de l'adaptation andragogique que nous proposons est à incorporer dans une démarche d'élaboration plus large. Cette démarche agrège des vérifications logistiques, des contrôles d'outils et de techniques pédagogiques. L'évaluation de la pertinence de son usage est la prochaine étape de notre travail. La définition pour le CESU d'une check-list complète pertinente dont la validité est évaluée, est l'aboutissement vers lequel nous nous dirigeons.

1- G. Müller, A. Pfitzmann (Hrsg.) : "Mehrseitige Sicherheit in der Kommunikationstechnik - Verfahren Komponenten, Integration", Addison-Wesley 1997, pp. 325-357.

Au début de la formation, les apprenants sont interrogés sur leurs activités professionnelles.

OUI

NON

Au début de la formation, les formateurs demandent aux apprenants d'imaginer comment mettre en œuvre dans leur vie professionnelle les actions proposées par la formation.

OUI

NON

Durant la formation, pour chaque apprenant, le temps actif représente plus de 50% du temps de la formation.

OUI

NON

A tout moment dans la formation, chaque apprenant dispose d'un outil pour savoir où il en est de son apprentissage.

OUI

NON

Pendant la formation chaque apprenant dispose d'un moyen d'exprimer ce qu'il sait déjà et ce qu'il a déjà fait.

OUI

NON

Un outil de formation est prévu pour matérialiser le lien entre les connaissances antérieures et les apprentissages pour chaque apprenant.

OUI

NON

Les apprenants disposent d'un temps pour exposer un ou plusieurs problèmes de leur réalité professionnelle en rapport avec la formation proposée.

OUI

NON

Les apprentissages proposés par la formation sont critiqués par rapport aux problèmes exposés par les apprenants.

OUI

NON

Les apprentissages nouveaux sont mis en pratique par chaque apprenant durant la formation.

OUI

NON

Le plus tôt possible après la mise en application, les apprenants bénéficient d'un temps de feedback.

OUI

NON

La formation prévoit un moyen d'explorer les habitudes mentales et les stratégies d'apprentissage de chaque apprenant.

OUI

NON

Grille d'Autotest utilisée

La théorie des deux processus : une approche novatrice du raisonnement clinique, associée à des implications multiples pour la formation aux gestes et soins d'urgence des étudiants en sciences de la santé

Th. PELACCIA (1), J. TARDIF (2), E. TRIBY (1)

(1) Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Département de pédagogie, Faculté de médecine de Strasbourg – 4 rue Kirschleger, 67085 STRASBOURG Cedex.

(2) Département de pédagogie, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke - 2500 boulevard de l'université, SHERBROOKE (Québec), CANADA, J1K 2R1.

OBJECTIF

La théorie des deux processus (TDP) est issue des travaux réalisés récemment dans le domaine de la psychologie cognitive. Selon cette approche, deux systèmes cognitifs sont mobilisés lors de la résolution de problèmes (le diagnostic) et la prise de décisions (le traitement) :

Le premier (intuitif) est un système réflexe qui se déclenche sur un mode automatisé et consciemment imperceptible. Il utilise les informations immédiatement disponibles - notamment visuelles - et fonctionne sur un principe de jugement de similarité.

Le second (analytique) procède d'un jugement raisonné et contrôlé, reposant sur les informations collectées activement par l'individu dans son environnement et sur l'application consciente de règles.

Nous discutons de l'importance de la TDP pour la formation aux gestes et soins d'urgence des étudiants en sciences de la santé, dans un contexte académique et sur les terrains de stage.

METHODE

Nous avons réalisé une revue de la littérature scientifique publiée au cours des 15 dernières années sur la TDP.

RESULTATS ET DISCUSSION

Le rôle de l'intuition dans le diagnostic et les choix thérapeutiques a fait l'objet de peu d'attention au regard du raisonnement analytique. Pourtant, d'après la TDP, le jugement intuitif participe toujours de la résolution de problèmes et de la prise de décisions. Il se développe à travers l'expérience, mais également grâce aux rétroactions offertes en situation d'apprentissage par les formateurs.

Dans cette perspective, les apprenants devraient être sollicités dès les premières secondes ou minutes de leur réflexion afin d'énoncer leurs hypothèses, lorsqu'ils sont confrontés à la nécessité de résoudre un problème en situation réelle ou simulée. Cette démarche est contraire aux habitudes des formateurs et des maîtres de stage, qui laissent en règle générale la séquence se dérouler dans son intégralité, avant d'interroger les apprenants. Les formateurs devraient également aider ces derniers à identifier dans l'environnement les informations sur lesquelles ils ont basé leur jugement, afin de leur permettre de conscientiser leur démarche.

Dans le cas d'hypothèses erronées, les stagiaires devraient être encouragés à rechercher des informations permettant de réfuter ces hypothèses et d'envisager des alternatives diagnostiques, ce qui constitue pour l'apprenant une tâche cognitivement exigeante. Enfin, un questionnement approprié est de nature à aider au transfert des capacités de raisonnement acquises dans une situation spécifique, afin de faciliter le raisonnement intuitif dans des situations similaires.

CONCLUSIONS

La TDP nous permet d'appréhender le raisonnement clinique sous un angle novateur. Elle met en exergue le rôle fondamental du jugement intuitif dans la résolution de problèmes et la prise de décisions, avec pour corollaire, la nécessité de mettre œuvre des stratégies spécifiques de développement de cette compétence auprès des étudiants en sciences de la santé, dans le cadre des formations aux gestes et soins d'urgence.

Mise en place d'une procédure d'hygiène pour le nettoyage et la désinfection des mannequins d'enseignement

L.Vardon¹, I.Jozefacki², JM.Adde¹, C.Damm¹

¹ CESU 76A, CHU Charles Nicolle, 1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex

² Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU Charles Nicolle, 1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex

INTRODUCTION

L'utilisation de mannequins pour l'enseignement de la prise en charge de l'arrêt cardiaque peut être à l'origine d'une transmission d'agents viraux ou bactériens inter-participants. Un état des lieux au sein du CESU a mis en évidence de nombreux dysfonctionnements : l'absence de procédure formalisée de nettoyage, l'utilisation de produits désinfectants inadaptés à l'utilisation sur mannequins, des temps de contact non respectés, l'hygiène des mains des intervenants non réalisés de manière systématique.

METHODE

En collaboration avec le Département d'Epidémiologie et de Santé Publique (DESP) du CHU, nous avons réalisé un état des lieux de nos pratiques de nettoyage et de désinfection de nos mannequins de simulation dans le but de proposer un protocole de nettoyage répondant à un cahier des charges applicable à la majorité des centres d'enseignement.

RESULTATS

Le nettoyage et la désinfection des mannequins doivent répondre aux exigences d'entretien des dispositifs médicaux à « risque infectieux médian » du fait du contact avec la muqueuse buccale lors du bouche à bouche.

A partir de ce constat, une procédure d'hygiène a été mise en place au sein du CESU après validation par la DESP. Il répondait à un cahier des charges précis permettant son application quotidienne :

Mise en place d'un cahier de traçabilité

Procédure standardisée avec utilisation d'un produit désinfectant compatible avec les mannequins, d'action rapide, de contact alimentaire, permettant une désinfection de niveau intermédiaire (spectre : tuberculocidie, virucidie, fongicidie, bactéricidie) au sein de locaux ne disposant pas de ventilation spécifique

Procédure adaptée selon le type de mannequins (face interchangeable ou non)

Prévention par le nettoyage systématique des mains par solution hydro-alcoolique de l'ensemble des intervenants

Et l'éviction des intervenants présentant un risque infectieux manifeste.

DISCUSSION

Dans le contexte actuel dominé par la pandémie grippale, et afin d'être en phase avec le contenu de notre enseignement, il nous semble indispensable d'appliquer un protocole rigoureux d'entretien des mannequins. Cette procédure apporte certes une contrainte mais elle est la garantie d'un risque infime de transmission d'un agent infectieux inter-participants. Elle est également une réponse rassurante à certaines craintes exprimées par quelques participants. Cette procédure fera l'objet d'un audit interne.

CONCLUSION

L'utilisation de mannequins de simulation impose l'utilisation d'une procédure d'hygiène rigoureuse pour leur nettoyage et leur désinfection afin de diminuer le risque de transmission d'agents infectieux inter-participant.

Du tutorat à la fonction tutorale : Clef de la professionnalisation des futurs permanenciers auxiliaires de régulation médicale

M.N Pizzagalli, G. Leclercq,
CESU 93, Hôpital Avicenne, Bobigny

INTRODUCTION

La circulaire de la DHOS du 18 janvier 2005 régit la formation d'adaptation à l'emploi (FAE) des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (Parm). D'une durée de 350 heures ou 10 semaines, cette formation obligatoire est présentée sous forme de modules. Depuis 2007, le CESU 93 propose un dispositif de formation¹ qui s'appuie sur plusieurs principes. Le premier reconnaît les acquis de l'expérience comme validant des formations en présentiel. Le deuxième implique les professionnels du CRRRA pour qu'ils contribuent à promouvoir des situations de travail formatrices pour le stagiaire tout en développant une autonomie d'apprentissage. Le troisième principe s'appuie sur les formations dans un CESU favorisant la réflexivité sur leurs pratiques. Ce nouveau dispositif met en avant des méthodes pédagogiques qui facilitent l'appropriation des savoirs tout en favorisant l'intégration du Parm dans son environnement professionnel.

Il reconnaît et valorise la formation « sur le tas » des nouveaux Parm par les plus expérimentés. Cet accompagnement qui, selon nous, représente une des clefs de la professionnalisation, est-il à la hauteur de nos attentes ? Le tuteur ne peut appréhender seul cette nouvelle mission. A partir de l'expérience de l'année écoulée, nous développerons la plus value du tuteur dans la FAE des Parm et les difficultés auxquelles nous sommes confrontés.

LE TUTEUR : ROLE D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA PROFESSIONNALISATION

Depuis le 1er juillet 2008, le métier de Parm (niveau IV) est inscrit au répertoire national de la certification professionnelle (RNCP) grâce aux formations organisées par l'Education Nationale à Paris et à Lille. Mais le mode de recrutement par les SAMU reste aléatoire. Les nouveaux embauchés ne possèdent ni diplôme ni formation inhérente à la fonction, avant et pendant la prise de poste, induisant un apprentissage par accompagnement. Le tutorat dit « opérationnel » est assuré par un professionnel qui occupe un emploi identique. L'objectif est d'insérer le nouvel embauché dans un collectif de travail tout en assurant en parallèle sa charge de travail. Le tuteur veille ensuite à engager l'apprenant dans des activités de production, en distribuant les tâches à sa portée. Il n'y a guère d'espace temps spécifique à la réalisation d'une intervention tutorale. Les modalités de l'exercice tutorale sont laissées au bon soin du tuteur. Le tutorat est donc une activité non planifiée, qui se réalise dans la situation de travail à laquelle elle se subordonne. Le tutorat reste « une mission » au sens que Leplat² lui donne, car cette activité de travail ne relève d'aucune prescription. Si des outils permettent d'accompagner les apprenants dans leur formation, la question qui se pose est celle de la professionnalisation de ceux qui tentent de les mettre en place. Et pourtant, les savoirs pratiques, encore appelés savoirs d'action (Barbier, 1996)³ sont contingents et personnels. Ils bénéficient de ce fait d'un statut difficilement échangeable, voir non communicable contrairement aux savoirs théoriques. C'est pourquoi on assiste à un apprentissage par imitation qui est l'outil pédagogique le plus utilisé car le plus rassurant pour l'utilisateur. La professionnalisation d'un agent se définit par « l'ensemble des actions qui transforment un individu en professionnel apte à tenir un rôle actif dans des configurations professionnelles complexes »⁴. Développer de l'appétence chez les formés, favoriser l'acquisition de compétences en situation professionnelle, permettre l'individualisation de la formation, inciter à l'autonomie de l'apprenant, sont autant d'aspects plus ou moins pris en compte. Le rôle du tuteur est primordial, son expérience constitue sa légitimité mais c'est l'expérience que va vivre l'apprenant qui devient centrale. C'est son implication réelle dans un travail qui devient essentielle. Le tuteur doit faire expérimenter le « choc du réel » pour que le travail soit réellement une expérience formatrice, et pour cela il lui revient d'organiser le travail pour qu'il soit formateur et non simple succession de tâches répétitives. D'où la nécessité en amont d'avoir élaboré une progression des activités dans un ordre de complexité croissante car l'activité est le résultat de l'engagement du sujet dans une situation professionnelle : pour une même tâche, différents sujets, en fonction de leurs caractéristiques personnelles et de la situation, auront des activités différentes.

De plus l'effort d'apprentissage est fait non seulement pour maîtriser son activité, pour augmenter son savoir, mais aussi pour être reconnu par ses pairs : « si le travail est au cœur des processus identitaires, c'est aussi parce qu'il est le lieu où se met en œuvre un projet personnel, où se réalise une trajectoire où chacun est mis à l'épreuve. On ne peut savoir ce que l'on veut et ce que l'on vaut sans l'avoir expérimenté au travail »⁵. Actuellement, le monde de la formation et le monde du travail fonctionnent dans une indifférence mutuelle, chacun pilotant la formation à sa manière et selon ses objectifs. La formation dans les CESU arrive au mieux dix-huit mois après la prise de poste.

Les tuteurs doivent devenir des accompagnateurs visant le soutien à l'activité d'apprentissage ainsi qu'à l'identification et à la compréhension des éléments constitutifs de l'acte d'apprendre.

L'apprentissage « sur le tas » a ses limites. Il est nettement amélioré quand il s'accompagne d'une analyse réflexive et rétrospective c'est - à - dire quand on combine apprentissage par l'action et apprentissage par l'analyse de l'action « apprendre à faire »⁶. Une autre limite de l'apprentissage « sur le tas » tient dans le fait que son unique critère est la réussite de l'action. Or, Piaget⁷ l'a bien montré, réussite et compréhension de cette réussite ne sont pas forcément concomitantes. C'est pourquoi l'analyse des pratiques doit être étendue en formation continue pour donner du sens aux pratiques et pour que les professionnels deviennent à leur tour des praticiens réflexifs.

L'ANALYSE DES PRATIQUES OU COMMENT DEVENIR UN PRATICIEN REFLEXIF

Pratiquer ou faire pratiquer n'a pourtant que peu de sens si cette pratique ne donne pas lieu à des temps d'arrêt sur image qui permettent de la réfléchir, de la formaliser, voire parfois de la conceptualiser.

Dans « l'analyse des pratiques », il s'agit d'un travail de réflexion organisé entre pairs, donc hors hiérarchie, avec un animateur expert de la méthodologie, et si possible avec un spécialiste du domaine abordé. Le travail est centré sur une seule situation à la fois, que le groupe explore de manière approfondie, l'animateur se réfère à des champs disciplinaires les plus variés possibles. Les tuteurs transformeront alors leur expérience en connaissance, car il faut réfléchir sur soi pour aider les autres à réfléchir sur eux-mêmes⁸. L'analyse des pratiques facilite l'identification des savoirs nécessaires à cette pratique, nommée fréquemment la culture d'acquisition. Elle conduit à une découverte de soi, un travail identitaire, confronté à une pratique dans un environnement de travail réel. Le professionnel prend sa pratique comme objet de réflexion.

Il nous semble indispensable que les SAMU s'entourent de tuteurs formés à ce rôle et que l'analyse des pratiques puisse se généraliser à tous les acteurs du SAMU.

LA FORMATION DES TUTEURS, OUI, MAIS APRES ?

Nous avons organisé au cours de l'année 2009 une formation de tuteur ouverte à l'ensemble des SAMU. Le nombre d'inscrit s'élevait à deux agents provenant de la même structure et exerçant déjà la fonction de tuteur. Tout d'abord prévu sur trois jours, le double fût nécessaire pour envisager sa mise en œuvre. Le dispositif de formation a été conçu en deux parties s'adaptant aux besoins des tuteurs : tout d'abord axé sur les compétences attendues des tuteurs ainsi que les modalités de fonctionnement du tutorat et de ses effets ; la deuxième phase fût consacrée à la création d'outils pédagogiques pour individualiser l'apprentissage. Une présentation du projet aux acteurs du CRRR a clôturé la formation et un suivi personnalisé des tuteurs est organisé pour 2009-2010.

Notre objectif n'est pas de faire du tuteur un professionnel de la pédagogie, mais de lui donner des outils pour aider les apprenants dans leurs parcours, tant du point de vue des apprentissages cognitifs que d'un point de vue psychologique.

Mais la mise en œuvre de cet accompagnement individualisé risque de s'interrompre si l'organisation ne se transforme pas. Elle doit permettre l'acquisition permanente de savoirs nouveaux, et favoriser les situations d'apprentissages, les échanges et l'apprentissage collectifs, ainsi que le développement de l'initiative et de la polyvalence. Cela nécessite l'implication de l'encadrement pour que les tuteurs puissent s'adapter à l'environnement dans lequel ils évoluent. D'autre part, si l'organisation permet à ses membres de développer leurs compétences dans la situation de travail, le rôle des cadres dans l'évaluation et l'organisation du travail demeure décisif. Il est donc nécessaire d'impliquer dès le départ la hiérarchie de proximité.

CONCLUSION

Le décret du 21 août 2008 relatif à la formation tout au long de la vie⁹ impose une gestion du changement qui comme chacun le sait demande du temps. Les deux espaces temps de la formation (le tutorat et le présentiel) doivent se combiner de manière étroite en vue de l'acquisition par l'apprenant des capacités requises. Il ne s'agit pas d'opposer deux modes d'acquisition de savoirs, il s'agit de les rendre complémentaires et opérationnels pour qu'il existe une alternance apprenante. Les nouveaux territoires de la formation s'inscrivent plus directement dans le travail lui-même, à travers de multiples tentatives pour valoriser la « formation dans et par le travail », pour lier de façon réciproque l'activité productive, le développement des compétences et le développement des ressources humaines.

Les CESU doivent prendre en compte cette nouvelle philosophie et dépasser l'ingénierie de formation pour se tourner vers une ingénierie de la professionnalisation.

1-Pizzagalli M.N., Gagnayre R., Leclercq G., La revue des SAMU n° 4 juillet 2009, p.255-257

2-Leplat J., 2008, Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie, Paris, PUF, 244p.

3-Barbier J.-M, 1996, Savoirs théoriques et savoirs d'action, Paris, PUF

4-Roche J., Que faut-il entendre par professionnalisation, Éducation permanente, n° 140/1999, pp. 35-50

5-Dubar, C., 1993, Le travail, lieu et enjeu des constructions identitaires, Projet, n° 236, p.47

6-Pastré P. (sous la direction de), Apprendre par la simulation De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels, Toulouse, Octarès, 2005, 363 p.

7-Piaget J., Réussir et apprendre, 1974, Paris, PUF

8-Education permanente, L'alternance pour des apprentissages situés, n° 173, p. 21

9-Décret n°2008-824 relatif à la formation tout au long de la vie de la fonction publique hospitalière

Auto-évaluation du formateur, une base pour l'amélioration de la qualité des formations.

Pierre POLES, Gaël GHENO, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Des enseignants d'anglais de l'Académie de Nancy-Metz ont proposé en 1997 une fiche d'auto-évaluation des séances d'enseignement pour les nouveaux professeurs. Après adaptation à notre exercice particulier, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de proposer une telle fiche au formateur du CESU. A partir des utilisations qui en ont été faites nous envisageons d'en généraliser la pratique.

MATERIEL ET METHODE :

La grille proposée est centrée sur un auto-questionnement qui n'appelle aucune réponse préétablie. Le formateur qui utilise cette grille est seul arbitre de l'usage des réponses qu'il propose. Cette grille est construite autour de 5 axes d'évaluation : gestion du groupe, contenus, progression, équilibre des activités, utilisation du matériel. Dans chaque axe, un questionnement permet d'explorer la dernière séance de formation et d'objectiver sa dynamique. A titre d'exemple voici le questionnement élaboré pour évaluer la gestion du groupe :

- Ai-je rendu les apprenants actifs ?
- Me suis-je assuré que tout le monde participait ?
- Ai-je favorisé la prise de parole du plus grand nombre ?
- Comment ai-je réagi :
- Au retard au début de l'heure,
- Au refus de participer, au mutisme
- Au bavardage,
- A la prise de parole intempestive,
- A une réponse non conforme à ce que j'attendais.

Cette grille a été utilisée depuis six mois à 21 reprises. Les conclusions de cette auto-évaluation sont, par construction, inaccessibles à l'analyse. En effet, nous avons choisi de ne pas les compiler tant qu'un nombre significatif (>200) ne permet pas d'en garantir l'anonymat. Pour autant, nous nous sommes attachés à interroger les utilisateurs tant sur la faisabilité de sa généralisation, sur son intérêt, sur son ergonomie et la facilité de sa mise en œuvre et sur les résultats objectifs ou ressentis de son utilisation. Chacun des 6 critères devaient être affectés d'une valeur entière de 0 à 3. 0 correspond à une valeur nulle, 1 un caractère difficile ou sans intérêt, 2 facile ou intéressant, 3 une valeur superlative. La somme des valeurs par critère reflète partiellement l'intérêt de la méthode.

RESULTAT ET ANALYSE :

Quelque soit le critère envisagé, l'appréciation est positive (valeur 2 ou 3) pour tous les critères (67 à 100%). Facile à mettre en œuvre (100%), ergonomique (100%), le questionnement d'évaluation semble apporter un bénéfice objectif (67%) au formateur qui l'utilise et participe à créer une évaluation ressentie comme positive pour les formations futures (76%). Sa généralisation pourrait vraisemblablement être possible (81%) même si dans certaines circonstances des difficultés pourraient être rencontrées (19%).

Critères (N=21)	0	1	2	3
	négatif		positif	
Généralisation	0%	19%	48%	33%
	19%		81%	
Intérêt	0%	5%	52%	43%
	5%		95%	
Ergonomie	0%	0%	57%	43%
	0%		100%	
facilité de mise en œuvre	0%	0%	29%	71%
	0%		100%	
résultats objectifs	14%	19%	52%	14%
	33%		67%	
résultats ressentis	5%	19%	19%	57%
	24%		76%	

CONCLUSION :

Souvent en position isolée, le formateur ne dispose pas d'un avis critique extérieur dont il puisse faire immédiatement son profit. Les évaluations réalisées à l'issue des formations par les apprenants sont souvent d'exploitation difficile. A partir d'un questionnaire d'autoévaluation, chaque formateur objective les forces et les freins présents dans chacune de ses formations. Cette mise en lumière de ses propres pratiques permet de se placer dans une démarche réflexive, dont l'intérêt est de rapidement donner des clefs d'améliorations. L'auto évaluation présente, outre une réelle facilité d'emploi et une certaine universalité, une vraie fonction d'analyse critique. C'est un outil basique pour tous les formateurs.

Auto évaluation post formation : grille d'aide à l'analyse.

La gestion du groupe

- Ai-je rendu les apprenants actifs ?
- Me suis-je assuré que tout le monde participait ?
- Ai-je favorisé la prise de parole du plus grand nombre ?
- Comment ai-je réagi :
 - ✓ Au retard au début de l'heure
 - ✓ Au refus de travailler, au mutisme
 - ✓ Au bavardage
 - ✓ A la prise de parole intempestive
 - ✓ A une réponse non conforme à ce que j'attendais

Les contenus

- Ai-je permis aux apprenants d'acquérir des connaissances dans les domaines visé par la formation ?
- Qu'ont-ils produit ?
- Ai-je corrigé des savoirs ou des pratiques erronés ?
- Ai-je réactivé les connaissances antérieures ?
- Ai-je introduit des mots nouveaux ?
- Suis-je certain que ce que j'ai affirmé est juste ? Sinon pourquoi me suis-je trompé ? Comment puis-je réparer mes erreurs ?
- Ai-je su répondre aux questionnements des apprenants ? Sinon, comment puis-je éviter que cela se reproduise ?
- Le contenu de la séance était-il suffisant ? Trop ambitieux ?
- Cette séance était-elle utile ?

La progression

- Ai-je suivi mon plan de formation ? Sinon, pourquoi ? Ai-je eu tort ou raison de faire cela ?
- Quels exercices les apprenants ont-ils fait le plus facilement ? Le moins facilement ? Pourquoi ?
- Les consignes données étaient-elles satisfaisantes ?
- Suis-je certain que les apprenant avaient les « outils » notamment méthodologiques pour faire les exercices proposés ?
- Ai-je fourni aux apprenants des aides appropriées ?

L'équilibre des activités

- Ai-je respecté les trois phases essentielles de la séance ? (contextualisation, décontextualisation, recontextualisation).
- Ai-je consacré à chaque phase le temps qui convenait ? Sinon pourquoi n'ai-je pas pu le faire ?
- Ai-je imposé un rythme de travail trop rapide ? Pas assez rapide ?
- Ai-je respecté l'alternance découverte, théorie, pratique ?
- Lequel (lesquels) des 3 savoirs ai-je fait travailler ?

L'utilisation du matériel

- Ai-je écrit trop de choses ? Pas assez ?
- Ce que j'ai écrit était-il lisible et bien disposé ?
- Ai-je eu des problèmes avec mes outils ? Comment éviter que cela ne se reproduise ?

« Formation des internes du pôle Urgence : de la théorie à la pratique »

N. Villenet (1), G. Nolevaux (1), D. Laplanche (1), G. Lalande (1), T. Monneret (1), A. Devillard (1), E. Gatellier(2)

-1- CESU 10 – Pôle Urgence – CH de Troyes – 101 avenue Anatole France – 10000 TROYES

-2- Service Informatique – CH Troyes – 101 avenue Anatole France – 10000 TROYES

INTRODUCTION

La formation de l'interne à la médecine d'urgence a pour objectif l'acquisition de savoirs en vue de développer une compétence clinique terminale.

La SFMU a édité en 2004 un « référentiel de compétences d'un médecin d'urgence » consignnant ces différents savoirs.

Le C.E.S.U. en offrant un cadre, une méthode et une expertise pédagogique, à un rôle prépondérant dans cette mission de formation initiale.

Une stratégie pédagogique clairement définie à chaque début de semestre est nécessaire pour favoriser l'acquisition de ces différents savoirs : savoir, savoir-faire, savoir-être.

Ce poster expose les choix pédagogiques faits par notre C.E.S.U. pour accompagner l'interne dans l'acquisition de ses savoirs.

MATERIEL ET METHODES

Différents outils pédagogiques spécialisés sont créés au sein d'un laboratoire d'enseignement issu du C.E.S.U. : plateforme e-learning, atelier gestes techniques, atelier simulation patient ; ils complètent la formation théorique et pratique dispensées au sein du service d'urgence.

Le processus d'enseignement est composé de la succession de ces parties au sein du laboratoire d'enseignement :

La formation théorique comprend la lecture critique d'articles scientifiques (3 sessions/semestre), et l'e-learning en continu pendant le semestre (1) ; les cours de médecine d'urgence de l'e-learning sont réalisés par les praticiens hospitaliers de l'équipe pédagogique du C.E.S.U. Chaque cours fait l'objet d'un parcours pédagogique : Il comporte les textes de référence, le support PowerPoint puis une série de Q.C.M portant exclusivement sur ces documents et enfin des cas cliniques Q.C.M.

Le parcours pédagogique est unidirectionnel, il est nécessaire de valider une étape avant de passer à la suivante.

L'e-learning utilise la plateforme claroline* et est hébergé sur un serveur de l'hôpital. La plateforme est disponible sur tous les postes informatiques de l'hôpital, 24 heures/24 et 7 jours/7, permettant une très grande souplesse d'utilisation.

Les réponses données par l'interne, ainsi que de nombreux autres indicateurs sont sauvegardés et contrôlés par le référent de la formation. L'avantage de cette méthode est l'autonomie de l'interne face à sa formation avec le respect d'un échéancier fixé à l'avance.

La formation au savoir-faire est réalisée par la présentation de dossiers (3 sessions/semestre) et par la participation à l'atelier « geste technique » (2) qui concerne un geste ou une technique d'urgence. Cet atelier a pour but de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises précédemment et ainsi d'acquérir le savoir-faire. Il est organisé deux fois par mois et est en lien avec l'e-learning. Par exemple : réglages d'un respirateur pour faire de la ventilation non invasive.

L'atelier simulation patient est la dernière étape. Il intègre les connaissances théoriques et pratiques lors d'une prise en charge en équipe d'un patient simulé sur mannequin Il permet d'intégrer le savoir-être aux deux précédents savoirs.

RESULTATS ET DISCUSSION

Le laboratoire d'enseignement est un atout dans la formation des internes en médecine d'urgence dans les centres hospitaliers universitaires et non-universitaires ayant un C.E.S.U.

Prenant en compte les dernières avancées en pédagogie et en technologie, l'objectif est avant tout de favoriser l'acquisition de tous les types de savoir en complément du terrain de stage.

Les perspectives du laboratoire d'enseignement sont multiples :

S'intégrer durablement dans la maquette de formation des internes en médecine d'urgence avec une distribution régionale des programmes, se développer en couvrant le plus largement possible le programme officiel de formation des internes en médecine d'urgence, s'étendre aux praticiens hospitaliers participant à la prise en charge de l'urgence dans le cadre de la formation médicale continue, s'élargir à l'acquisition des nouveaux protocoles de prise en charge.

La réalisation concrète de ce laboratoire d'enseignement repose sur plusieurs facteurs : présence d'une équipe pédagogique (alimentation de la bibliothèque d'e-learning, accompagnement lors des apprentissages), des ressources matérielles importantes (parc informatique, mannequins de simulation), des locaux disponibles, un référent pédagogique de la formation des internes et un emploi du temps réaliste. Un programme pédagogique clairement énoncé en début de stage favorise l'adhésion des internes au concept.

CONCLUSION

La meilleure connaissance de l'organisation des savoirs dans le champ particulier de la médecine d'urgence, la pédagogie moderne et les nouvelles technologies contribuent à l'amélioration de la formation initiale des internes. Le C.E.S.U. de par son expérience dans la formation en médecine d'urgence offre un cadre adapté.

Références



M. Prével et coll. - *Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence- juin 2004*

E. Bourgeois, G. Chapelle – *Apprendre et faire apprendre – juin 2008*

Copie d'écran de la page d'accueil du laboratoire d'enseignement du CESU 10

The screenshot shows a web browser window titled "Caroline - Windows Internet Explorer". The address bar contains the URL "http://linuxprod/caroline/index.php?category=PU". The page features the logo of the Centre hospitalier de Troyes on the left and a medical emblem on the right. The main heading reads "Laboratoire d'enseignement du CESU 10 - Pôle Urgence - Centre Hospitalier de Troyes". Below this, there is a navigation link "<< catégorie supérieure", the text "Pôle Urgence", and a section titled "Liste des cours" containing a list of nine courses with their respective instructors. A search box with a "Rechercher" button is located below the list. On the right side, there is a login form with fields for "Identifiant" and "Mot de passe", an "Entrer" button, and links for "Mot de passe perdu" and "Créer un compte utilisateur". The footer includes the text "Utilise la plate-forme Caroline @ 2001 - 2008" and "Administrateur de Caroline : Caroline administrateur". The browser's status bar at the bottom shows "Intranet local" and "100%".

Caroline - Windows Internet Explorer
http://linuxprod/caroline/index.php?category=PU
Google
Caroline

Laboratoire d'enseignement du CESU 10

- Pôle Urgence -

Centre Hospitalier de Troyes

[<< catégorie supérieure](#)

Pôle Urgence

Liste des cours

- [CESU001 - Prise en charge en situation d'urgence et en réanimation des états de mal épileptiques de l'adulte et de l'enfant](#)
Nicolas VILLENET
- [CESU002 - Prise en charge des hémorragies digestives](#)
David LAPLANCHE
- [CESU003 - Prise en charge initiale des états septiques graves de l'adulte et de l'enfant](#)
Nicolas VILLENET
- [CESU004 - Intubation standard](#)
Nicolas VILLENET
- [CESU005 - Ventilation Non Invasive \(VNI\)](#)
Guillaume LALANDE
- [CESU006 - Prise en charge des malaises au service d'accueil et d'urgence](#)
Thomas MONNERET
- [CESU007 - Voie veineuse centrale](#)
Nicolas VILLENET
- [CESU008 - Les certificats en médecine d'urgence](#)
Guillaume LALANDE
- [CESU009 - La bronchiolite](#)
Guélove NOLEVAUX

Chercher à partir d'un mot clé :

[<< catégorie supérieure](#)

Identification :
Identifiant

Mot de passe

[Mot de passe perdu](#)

[Créer un compte utilisateur](#)

Pôle Urgence

Administrateur de Caroline : [Caroline administrateur](#)

Utilise la plate-forme Caroline @ 2001 - 2008

Intranet local 100%

Initiation des étudiants de DCEM1 à la pédagogie appliquée aux soins d'urgence et risques sanitaires

C Bertrand¹, MJ Raynal², D Michel¹, E Lecarpentier¹, C Jbeili¹, C Pentier¹, P Claudepierre², JP Farcet², M Prevel²

1 : CESU – SAMU 94 Hôpital Henri Mondor, Créteil, France

2 : UFR de médecine de Créteil, France

INTRODUCTION

Un certificat optionnel d'initiation à la pédagogie appliquée aux soins d'urgence et risques sanitaires a été créé à la faculté de médecine de Créteil. L'objectif était de proposer aux étudiants de devenir moniteurs pour aider à former leurs pairs dans le cadre des AFGSU.

MATERIEL ET METHODES

Vingt et un étudiants ont suivi soixante heures de cours en DCEM1. Le programme comprenait l'acquisition des comportements et gestes conformément au programme des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence, l'initiation aux techniques pédagogiques actives et de dynamique des groupes, la mise en liens avec les données anatomiques et physiopathologiques, la construction et l'évaluation d'une séquence d'apprentissage. La première étape a consisté à créer une épreuve de sélection en raison du nombre élevé de candidats. Un format identique d'enseignement pour chaque session a été mis en place : exposé des travaux personnels des étudiants, résolutions de problèmes mixant théorie et pratiques avec raisonnement à voix haute, analyse réflexive sur les techniques actives utilisées par l'enseignant et mises en application par les étudiants avec auto évaluation. Chaque étudiant était détenteur d'un portfolio. L'évaluation finale, outre le portfolio, a consisté en une fiche de lecture du livre « porter secours » et une présentation en trinômes d'une séquence sur le thème de la prévention des accidents domestiques avec évaluation par les pairs.

RESULTATS

Le portfolio colligeant les travaux personnels des étudiants, associé à un entretien à mi parcours avec les enseignants a permis de réajuster la formation. Il a mis en valeur le niveau d'exigence des étudiants concernant les justifications scientifiques, leur volonté de parfaire les gestes, leur intérêt pour la relation pédagogique et leur crainte de ne pas avoir la capacité d'être un bon formateur.

CONCLUSION

Tous les étudiants ont résumé par écrit ce qu'ils avaient retenu et leur niveau de satisfaction. Seuls trois étudiants se sont déclarés volontaires pour la formation de leurs pairs. La majorité des étudiants souhaitait participer à des actions de sensibilisation et d'éducation à la santé pour des enfants. Ces étudiants se sont portés volontaires pour aider à réceptionner les appels dans les Samu-centres 15 dans le cadre de la pandémie.

L'ATELIER DE SIMULATION CLINIQUE : UN OUTIL POUR AIDER L'AMBULANCIER A APPREHENDER SON RÔLE DANS UNE EQUIPE DE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE REANIMATION (SMUR) ?

F.GOBEAUT(1), A.CHARLES(1), JF.BOCQUET(1), P.JALOUX(1), E.HILBIG-THIERY(2), W.NINITTE(2)

(1) CESU 51, C.H.U, 45 rue Cognacq-Jay, 51032 REIMS Cedex

(2) SAMU 51, C.H.U, 45 rue Cognacq-Jay, 51032 REIMS Cedex

INTRODUCTION

La capacité à travailler en équipe est une compétence recherchée pour garantir l'efficacité d'une équipe SMUR. La clarification des rôles de chacun de ses membres y contribue largement.

La Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE)¹ des ambulanciers de SMUR se doit « d'aider les conducteurs à appréhender leurs fonctions dans le cadre de l'activité d'un SMUR »². La question d'un outil pédagogique approprié s'est posée à nous.

La simulation par jeux de rôle nous a semblé pertinente pour leur permettre une prise de recul et de conscience sur leurs activités. Un atelier de simulation a été mis en œuvre à partir de synopsis représentatifs de situations d'urgences pré hospitalières.

METHODE

L'atelier s'est déroulé de la manière suivante :

le stagiaire a joué le rôle de l'ambulancier de SMUR, au sein d'une équipe expérimentée, composée d'un médecin et d'un infirmier anesthésiste,

les situations proposées n'étaient pas connues des stagiaires,

les images de chaque situation, filmées caméra à l'épaule, ont été visionnées simultanément par les autres stagiaires dans une pièce attenante,

un debriefing a été réalisé à la fin de chaque simulation.

RESULTAT

Au terme des six situations simulées, un questionnaire a cherché à évaluer le bien-fondé de cette méthode auprès des treize stagiaires de la FAE. Les réponses montrent :

une unanimité sur l'utilité du jeu de rôle pour « voir et réfléchir à ce que l'on fait », et sur les situations cliniques « bien pensées »,

des difficultés à « se servir du matériel que l'on ne connaît pas bien »,

une réelle aide à « se remettre en question » et à « repérer ce que l'on apporte » dans l'équipe.

Au delà de ces résultats très positifs, quelques remarques sont à apporter. L'implication nécessaire à la réussite des jeux de rôle a été rendue possible par le climat de confiance qui s'est rapidement installé au sein du groupe. Les débriefings se sont rapidement éloignés du jugement individuel, chacun ayant pu mener une analyse réflexive sur ses pratiques professionnelles et ainsi identifier sa contribution à la compétence collective de l'équipe SMUR. Quelques modifications devront être apportées dans l'avenir : une segmentation moindre des scénarios et une multiplication des caméras.

CONCLUSION

Cette première expérience a conforté le choix du jeu de rôle, comme outil pédagogique fondamental pour permettre à l'ambulancier de repérer son rôle au sein de l'équipe SMUR. Initiée dans le cadre de la FAE des ambulanciers de SMUR, la dynamique d'amélioration du travail en équipe portée par cette formation nous invite à élargir son utilisation aux professionnels de l'urgence, mais aussi des autres secteurs de soins, tant en formation initiale que continue.

1- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière

2- Lettre circulaire DH-FH3 n° 21-675 du 8 novembre 1999 relative à l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière

Etude de l'impact de l'enseignement à la prise en charge d'un arrêt cardiaque en milieu de soins au niveau d'un établissement de santé. L'expérience de l'hôpital Mémorial France Etats-Unis de Saint-Lô.

Dr Gilles ROUSSEL
(CESU 50)

INTRODUCTION

Depuis 2001, le CESU 50 est engagé dans un plan de formation à la prise en charge de l'arrêt cardiaque pour le personnel de l'établissement. Les recommandations de la SFAR en 2004 et les accréditations successives n'ont fait que renforcer le bien fondé de cette démarche.

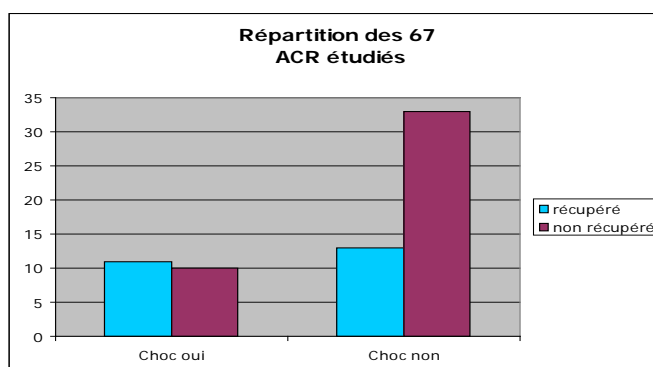
A ce jour, le suivi de la prise en charge des arrêts cardiaques dans l'établissement fait partie de la démarche qualité de l'hôpital et est devenue une EPP pour les personnels qui y participent. Le nombre d'arrêts cardiaques récupérés par les équipes de soins en est le principal indicateur. Est-il aussi le reflet de la qualité des formations dispensées par le CESU ?

Le but ultime de toute formation est de transformer un savoir, un savoir faire ou un comportement. Dans notre cas, le transfert réel ne peut être évalué à titre individuel mais uniquement de façon globale au travers du résultat des actions menées par l'ensemble des apprenants formés.

METHODE

Nous n'avons choisi qu'un seul critère d'évaluation globale: le nombre d'arrêts cardiaques ayant repris une activité hémodynamique autonome permettant le transfert vers le service de réanimation.

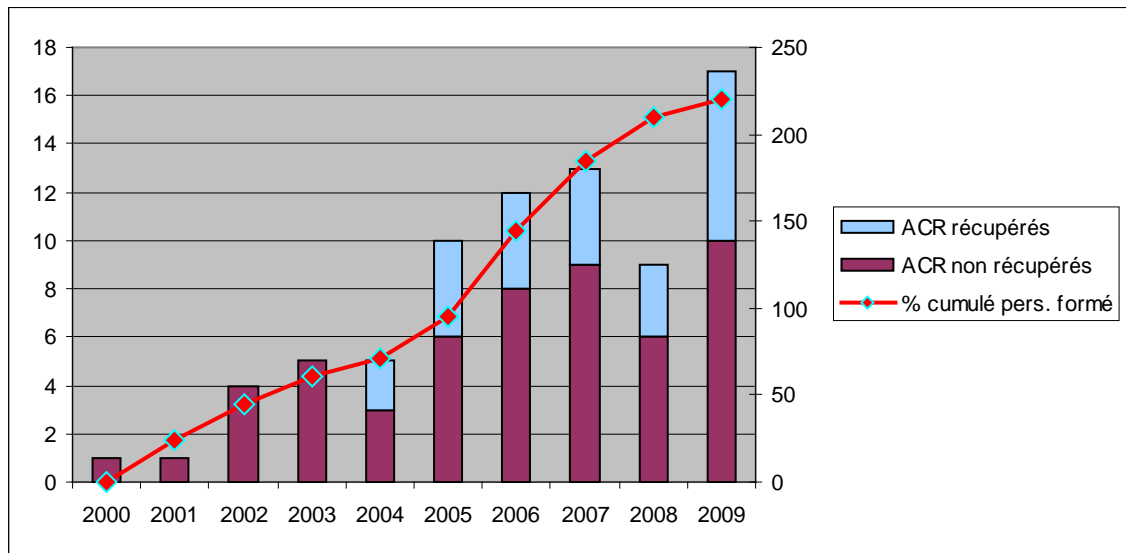
Notre étude prospective a débuté en juin 2004. A ce jour, 67 arrêts cardiaques ont été pris en compte, soit en moyenne 10 arrêts par an. Le taux moyen de récupération de ces arrêts est de 35.8%. Ce qui nous rapproche des résultats de la seule étude étrangère trouvée sur un sujet identique. (Skogvoll, Isern, Sangolt Gisvold ; In-hospital cardiopulmonary resuscitation. Acta Anaesthesiol Scand, 1999 Feb ; 43(2) :177-84



Nous avons bien entendu engagé une étude rétrospective sur les années 2000 à juin 2004. Nous constatons que seulement 11 arrêts cardiaques (pour 40 attendus) ont donné lieu à un appel au SAMU (n° d'alerte interne) avec une prise en charge SMUR (équipe d'urgence interne). Aucun de ces 11 arrêts cardiaques n'a été récupéré.

Dans la mesure où nous évaluons l'activité d'un groupe de soignants parmi un ensemble de personnel hospitalier, il nous semble important de voir s'il existe une corrélation entre le taux de personnel formé et l'apparition de résultats. Ces résultats sont-ils en progression linéaire en fonction du pourcentage de personnel formé ou, comme pour la protection vaccinale des épidémies, existe-t-il un effet seuil au dessous duquel aucun résultat visible n'apparaît ?

Notre étude semblerait créditer cette seconde assertion. En effet, comme nous l'avons vu, les formations ont débuté en 2001 sans qu'un seul arrêt cardiaque donnant lieu à l'intervention du SMUR ne soit récupéré avant août 2004.



EN CONCLUSION

La mesure d'impact permet d'évaluer de façon indirecte la qualité de la formation. Mais elle le fait de façon globale et ne permet à elle seule aucune mesure de réajustement du fait même de sa globalité.

Elle garde cependant un intérêt majeur en confirmant de manière indiscutable le bien fondé de la démarche entreprise. Elle rassure les décideurs et permet la pérennisation de la démarche.

Elle permet enfin des mesures comparatives sur plusieurs années, mais aussi entre différents centres de soins qui utiliseraient les mêmes critères d'évaluation.

Place des tests de concordance de script dans les formations en médecine d'urgence

C Bertrand (1), E Lecarpentier (1), P Jabre (1), P Claudepierre (2), JP Farcet (2)

(1) CESU –SAMU 94

(2) UFR de médecine de Créteil

INTRODUCTION

Les tests de concordance de scripts (TCS) permettent d'étudier le raisonnement dans un contexte d'incertitude. Ce mode d'évaluation est mis en place dans plusieurs formations en médecine d'urgence depuis deux ans. L'étude a pour objectif d'identifier la place et la faisabilité des TCS.

MATERIEL ET METHODES

Les tests ont été introduits dans l'évaluation certificative des médecins régulateurs en substitution aux cascades convergentes ou divergentes. Ils ont été proposés également comme évaluation formative pour le maintien des compétences des équipages d'avion selon les recommandations internationales qui privilégient les études de cas.

Les TCS ont été construits selon les recommandations édictées.

L'évaluation certificative a nécessité un nombre plus important de questions que l'évaluation formative pour rencontrer les critères de qualité du coefficient alpha de Cronbach. Les panels d'experts ont été choisis parmi les enseignants et les médecins régulateurs en exercice d'une part et par des cadres et médecins du milieu aéronautique d'autre part.

RESULTATS

Les TCS ont été acceptés à la fois par les apprenants et les experts. Ils sont parfaitement adaptés aux appels de télé-médecine qui imposent des prises de décision en urgence dans un contexte d'incertitude. Les critères de certification sont cependant encore une voie d'exploration.

Les tests sont également adaptés comme mode d'une auto évaluation en présentiel ou à distance par voie électronique pour des publics non médicaux.

CONCLUSION

Les vignettes des TCS permettent une richesse qui convient pour exposer une situation clinique réaliste. Les professionnels apprécient de donner un avis qui ne soit pas sanctionné par un vrai faux et qui les comparent avec d'autres professionnels. Ils ont une place dans les tests cognitifs des formations aux soins d'urgence des CESU.

Introduction du stress dans un exercice didactique de médecine de catastrophe

C Bertrand¹, E Lecarpentier¹, D Michel¹, B Leroux¹, M Baranes¹, H Romano¹, A Botero¹, A Margenet¹, JP Farcet², M Barthout²

1 : CESU – SAMU 94 Hôpital Henri Mondor, Créteil, France

2 : Université Paris 12, France

INTRODUCTION

La loi sur la réserve sanitaire prévoit la mobilisation et l'intervention de professionnels de santé en cas de crise sanitaire. L'université Paris 12 et le SAMU 94 organisent un exercice dans le cadre d'un diplôme universitaire. L'objectif de l'exercice est de mettre des équipes multi professionnelles dans les conditions d'une mission extérieure, incluant stress, fatigue, dette de sommeil. Le critère de jugement étant le maintien d'une cohésion de groupe.

MATERIEL ET METHODES

Une vingtaine d'étudiants (médecins, infirmiers, pharmaciens, techniciens) participent depuis deux ans à cet exercice, d'une durée de 36 heures. L'exercice a lieu dans une base aérienne. Le scénario consiste à installer une base logistique médicale en terrain étranger pour préparer l'évacuation aérienne de ressortissants français. La collaboration avec l'Armée de l'Air permet d'introduire dans le scénario des animations de type check points ou autres qui ralentissent l'installation de la base logistique et conduisent à établir un plan de sécurité.

Le comportement individuel des membres de l'équipe ainsi que la dynamique du groupe sont observés par des observateurs indépendants selon une fiche comportementale créée à cet effet.

Un débriefing est inclus dans la deuxième partie de l'exercice pour mettre en place les contre mesures aux réactions de stress.

RESULTATS

L'impact du stress a un impact et accélère la cohésion du groupe. Les conditions de stress et de fatigue ont été jugées réalistes par les anciens diplômés ayant déjà participé à des missions extérieures. Un débriefing le jour suivant a permis d'évoquer les différentes phases de stress, leur influence sur la performance individuelle des étudiants et d'étudier les contre mesures.

CONCLUSION :

Cet exercice de simulation a permis de créer une dynamique de groupe dans un temps restreint. Son réalisme a permis à chaque participant d'auto évaluer les capacités à développer pour faire partie d'équipes exportables.

Description et évaluation de l'intérêt d'un outil pédagogique « vidéo projection » dans un Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

D. DANSOU (1), V. DEMOUSSY (1), A. FOREL (1), T. GAUTIER (1) JL GIGOT (1) et J. FUSCIARDI (1)

1-CESU 37 et Pôle Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU SMUR 37 Coordination de prélèvement d'organes et de tissus CHU
Hôpital TROUSSEAU avenue de la république 37171 CHAMBRAY LES TOURS

INTRODUCTION

Le multimédia est un outil de plus en plus utilisé dans les formations (2). Avant d'intégrer dans nos méthodes d'enseignement des vidéos des apprenants mis en situation, nous avons réalisé une évaluation de l'intérêt et de la perception de cette méthode auprès d'apprenants.

MATERIEL ET METHODES

Dans le cadre d'une séquence d'enseignement aux gestes et soins d'urgence, nous avons proposé aux participants, 34 « apprenants », d'être acteurs de séances filmées, après information des objectifs pédagogiques, et obtention de leur accord oral. Au décours de la séquence ils devraient renseigner un questionnaire (4 questions). Le processus comprenait 4 étapes :

- 2 à 3 « apprenants évalués » sortaient pour la préparation d'une mise en situation d'urgence. Le cas était simulé par les apprenants participants et traité par les « apprenants évalués ».
- Toute la séquence de la prise en charge était filmée. (3 à 5 min de film)
- Le film était immédiatement projeté à la fin de la séquence
- Une évaluation formative de la séquence filmée se faisait pendant la projection avec possibilité d'arrêts sur image, par les personnes concernées (auto évaluation), par les pairs et par le formateur (évaluation externe). (10 à 15 min)

RESULTATS :

Les 34 apprenants ont tous participé. Ils étaient chirurgiens dentistes (n=12), aides soignantes ou élèves (n=17), ou puéricultrices (n=5). Sur les 34 apprenants, 33 ont trouvé l'outil intéressant. 1 apprenant l'a trouvé assez intéressant. Les apports par rapport à leur apprentissage concernaient l'auto évaluation, la rétroaction, la mémorisation des gestes, la motivation...Seuls 26 apprenants ont répondu à la question de savoir s'ils souhaitaient être filmé lors d'une prochaine formation ; 24 ont répondu oui soit 70% des personnes interrogées, 1 a répondu non et 1 peut être.

DISCUSSIONS :

Notre étude montre que l'outil intéresse les apprenants quelle que soit leur profession. En revanche l'adhésion à une nouvelle séance de vidéo semble moins franche. Les réponses ne sont pas influencées par le résultat final de l'évaluation sommative, le questionnaire étant administré avant. Nous ne savons pas si la motivation des apprenants a pu jouer un rôle dans les réponses apportées (3). On constate que cet outil pourrait favoriser : l'apprentissage de l'autoévaluation, l'autoévaluation, la réflexion après l'action, l'évaluation externe par les pairs et les formateurs, les perceptions des apprenants rejoignent ainsi les préoccupations de DORY et al (1), concernant l'autoévaluation. En évaluation formative, cet outil peut permettre à l'enseignant, d'identifier les besoins des apprenants en termes d'apprentissage. L'utilisation pour une évaluation certificative méritera d'être étudiée ; (des effets insoupçonnés peuvent se révéler lors d'une telle utilisation vu les enjeux d'une évaluation certificative). On entrevoit cependant des intérêts quand à l'acceptation de l'évaluation par l'apprenant évitant toute contestation : l'apprenant visualise ses erreurs. Les champs d'utilisation méritent également d'être étudiés (connaissances procédurales, connaissances déclaratives...).

CONCLUSION

Évaluation préliminaire encourageante, nous envisageons une extension à d'autres types de formation .La question de l'utilité de l'outil dans le transfert des apprentissages et l'évaluation des paramètres tels que sa validité, sa fiabilité, son objectivité, nécessitent des études complémentaires.

Références

- 1-Dory V, de Foy T, Degryse J, L'autoévaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale, Pédagogie Médicale 2009 ; 10 (1) : 41–53
- 2-Zick A, Granieri M, Makoul G, First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach Patient Education and Counselling 68 162 (2007) 161–166
- 3-Pelaccia T, Tribby E, Delplanq H, et al. Quels sont les déterminants de la motivation des étudiants et des professionnels de santé en formation aux gestes et soins d'urgence ? Étude comparative du profil motivationnel des étudiants en médecine, des chirurgiens-dentistes libéraux et des infirmiers hospitaliers, Pédagogie Médicale 2009 ; 10 (2)

Questionnaire administré aux apprenants :

- *Que pensez-vous de l'outil caméra ?*
- *Qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre apprentissage ?*
- *Si vous avez refusé d'être filmé, pouvez-vous nous dire pourquoi ?*
- *Après ce que vous avez vu (les autres ont été filmés) seriez-vous d'accord pour être filmé la prochaine fois ?*

Téléguider un accouchement inopiné extra hospitalier : création d'un enseignement électronique

C Bertrand (1), M Corbillon (2), E Lecarpentier (1), C Ammirati (2), B Nemitz (2), JP Farcet (1), J Marty (1), M Barthout (1)

(1) Université Paris 12

(2) Université de Picardie

INTRODUCTION

Le concept français d'Aide Médicale Urgente repose sur une médicalisation pré hospitalière et une régulation médicale. Le médecin régulateur peut prodiguer des conseils en attendant l'arrivée des secours et téléguider des gestes par téléphone. Les universités Paris 12 et de Picardie se sont associées pour créer un enseignement spécifique à cet acte de régulation.

MATERIEL ET METHODES

L'enregistrement d'un appel de régulation a servi de base à la réflexion induite sur le téléguidage d'un accouchement inopiné.

Il s'agit du premier programme conçu pour aider les médecins régulateurs à prendre une décision par téléphone :

- diagnostic d'un accouchement imminent
- diagnostic du type de présentation
- conseil gestuel par téléphone pouvant s'adresser à un particulier ou à un professionnel de santé pour accompagner l'expulsion et l'accueil du nouveau-né

RESULTATS

L'auto formation fait appel à des méthodes constructivistes et humanistes :

- situation conceptualisée grâce à un enregistrement d'une bande de régulation,
- apprentissage raisonné grâce à une technique de questionnement avec justifications scientifiques,
- identification des principes et règles opératoires des gestes, corrélés à de courtes séquences vidéo,
- construction d'algorithmes de prise en charge,
- proposition d'une technique de questionnement adaptée à un appelant non médical,

Les séquences vidéo sont filmées sur mannequin permettant de centrer l'attention sur le geste et obérant toute charge émotionnelle provoquée par la vue du sang ou de liquide biologique.

CONCLUSION

Cet enseignement électronique dure 4 heures. Il est destiné aux médecins régulateurs urgentiste et généralistes ainsi qu'aux enseignants des CESU.

IDE et prise en charge de l'ACR, que renforcer dans les formations ?

C. Hedin, D. Mayolle, V. Aubert, E. Mimeau, S. Lizeau, J. Laversanne, P. Chesneau
CESU 973, CHAR, rue des Flamboyants, 97300 Cayenne.

INTRODUCTION

Nous voulions cerner la connaissance des IDE sur l'ACR afin d'adapter les formations.

MATERIEL ET METHODE

50 IDE, de 14 services de soins généraux, ont répondu à un entretien semi-directif. Les questions portaient sur la formation à l'urgence, la reconnaissance et la prise en charge d'un ACR, les difficultés relevées et les propositions d'amélioration. Les pourcentages ont été comparés par le test exact de Fisher.

RESULTATS

50% avaient suivi un AFGSU.

6 disent reconnaître un ACR par l'inconscience, l'absence de respiration, l'absence de pouls. 19 évaluent la conscience et la respiration (tableau I).

22 recherchent des paramètres supplémentaires (ECG pour 7).

29 cherchent le pouls radial.

25 ont participé à la prise en charge d'un ACR.

DISCUSSION

Pour les professionnels de santé, la reconnaissance de l'ACR repose sur l'absence de signe de vie et l'absence de pouls carotidien ou fémoral [1]. Au cours du temps, le CESU 973 a considéré les soignants qui travaillent dans les services de soins généraux et sont moins exposés à la prise en charge des ACR, comme des sauveteurs. Pour la reconnaissance de l'ACR, ils doivent juste vérifier l'inconscience et l'absence de respiration. Ce message semble acquis puisque 79% de ceux qui ont suivi un AFGSU signalent reconnaître un ACR par ces 2 éléments alors que 84% de ceux qui ont suivi une formation avant 2006 ne citent pas ces 2 éléments. Affirmer le diagnostic d'ACR est vecteur de stress. 58% des IDE se raccrochent à la recherche du pouls radial, acte classique et symbolique des IDE, mais qui ne signe pas l'ACR. Presque la moitié des IDE conforte le diagnostic d'ACR par des paramètres para-cliniques alors qu'il est normalement clinique. Cette difficulté est souvent retrouvée en formation. L'étape du diagnostic est la plus difficile. Une fois que la victime est déclarée en ACR, les stagiaires mettent relativement bien en œuvre la réanimation cardio-pulmonaire. Renforcer l'apprentissage du diagnostic est impératif. Cet enseignement qui fait appel à la maîtrise des émotions est difficile à transmettre...

Plus de la moitié de ceux qui ont pris en charge un ACR évoquent la notion de stress, d'émotion, voire de culpabilité. Il est nécessaire de prendre en charge cet aspect lors des formations. Après la prise en charge d'un ACR, la plupart souhaiteraient une formation sur le sujet.

CONCLUSION

Les AFGSU ont permis d'améliorer la connaissance des IDE sur la prise en charge de l'ACR. Néanmoins, le diagnostic de l'ACR reste mal maîtrisé. Le stress qu'engendre ce diagnostic est un élément à prendre en compte lors des formations. Il est impératif d'améliorer la reconnaissance de l'ACR afin de faciliter le passage aux actes de réanimation.

TABLEAU I

Comparaison, en fonction de la formation, de la recherche de 2 éléments : l'inconscience et l'absence de ventilation. (Test exact de Fischer ; p. value : 0,003)

	AFGSU depuis 2006	formation avant 2006	total
recherche ics et ventilation	15	4	19
pas de recherche ics et ventilation	10	21	31
TOTAL	25	25	50

REFERENCES

1- Prise en charge de l'arrêt cardiaque, recommandations formalisées d'experts, SFAR, SRLF, septembre 2006.

Remerciements au Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique, Antilles-Guyane, CIE 802 INSERM / DHOS pour l'analyse statistique.

Certificat optionnel d'initiation à la pédagogie des gestes de soins d'urgence pour les étudiants en médecine en troisième année. Intérêt pour la pratique professionnelle et pour l'enseignement de l'attestation des gestes et soins d'urgence (AFGSU) aux autres étudiants

C. Amsallem, Ch. Ammirati, JM Mercieca, M Corbillon
Centre d'enseignement des soins d'urgence – faculté de médecine
CHU Amiens Nord, place Victor pauchet, 80000 Amiens

INTRODUCTION

Depuis 1998, un enseignement optionnel portant sur l'initiation à la pédagogie des gestes de soins d'urgence est proposé aux étudiants en troisième année. Au terme de la formation d'une cinquantaine d'heures, l'étudiant est capable de former des apprenants aux gestes de soins d'urgence en fonction de leur niveau d'étude.

OBJECTIFS

Les objectifs visés sont :

1. Connaissances scientifiques
 - Identifier les situations d'urgence impliquant une action immédiate,
 - Effectuer un lien entre la sémiologie et la physiopathologie,
 - Expliquer la gestuelle en utilisant ses connaissances anatomiques, physiologiques,
 - Identifier l'objectif et le principe de chaque action,
 - Identifier les principales étapes gestuelles en les expliquant,
 - Réaliser les actions conformément aux recommandations.
2. Connaissances pédagogiques
 - Utiliser une pédagogie basée sur le questionnement dirigé et sur la découverte,
 - Justifier les actions en liant les indices et la physiopathologie,
 - Découvrir les risques liés à la situation pour favoriser la mise en action ;
 - Appliquer les principes de dynamique de groupe et de communication,
 - Favoriser l'autoévaluation des apprenants,
 - Réaliser une évaluation formative et sommative des apprenants.
 -

STRATEGIE DE FORMATION

La stratégie de formation repose sur une alternance de travaux de groupe et de jeux de rôle dans lesquels l'étudiant est formateur avec évaluation par ses pairs. Cette évaluation repose sur le contenu scientifique mais également sur l'utilisation des principes de communication (reformulation, clarification, adaptation de vocabulaire, explicitation...). Des grilles d'observation sont élaborées par les étudiants eux-mêmes. Des recherches personnelles bibliographiques de semaine en semaine (choc hémorragiques, traumatisme osseux...) ou des interviews de professionnels de santé (procédures d'accidents d'exposition au sang...) complètent cet enseignement. L'évaluation finale repose sur la prise en charge en équipe d'un arrêt cardiaque et sur la présentation en 10 minutes d'un travail personnel sur un sujet décidé par l'étudiant et sur un support de son choix. Cette présentation doit mettre en évidence toutes les connaissances acquises sur le plan pédagogique. A l'issue de ce certificat, la moitié des étudiants souhaite participer à l'encadrement des plus jeunes pour l'AFGSU.

CONCLUSION

Cette initiation pédagogique permet aux étudiants de formaliser leur compréhension des phénomènes pathologiques pour être en mesure de les expliciter. La confrontation à l'explicitation en termes clairs avec l'application à l'AFGSU en compagnonnage leur permet d'acquérir des principes de communication applicables dans leur vie professionnelle

Réflexion des étudiants de DCEM1 sur leurs stratégies d'apprentissage

M J Raynal (1), D Michel (1), C Pentier (1), E Lecarpentier (1), P Claude Pierre (2), JP Farcet (2), M Prevel (2), C Bertrand (1)

(1) CESU-Samu 94

(2) UFR de médecine de Créteil

INTRODUCTION

Nous avons mis en place un certificat optionnel d'initiation à la pédagogie appliquée aux soins d'urgence et risques sanitaires pour des étudiants de DCEM1. Les CESU centrent leur enseignement sur l'apprenant et il nous a semblé pertinent de mieux connaître les étudiants. Pour ce faire, nous leur avons demandé de décrire leur propre stratégie d'apprentissage et de proposer des modifications.

MATERIEL ET METHODES

Vingt et un étudiants ont suivi le certificat. Deux questionnaires leur ont été remis en cours de formation. Chaque étudiant devait choisir l'affirmation correspondant à sa propre stratégie d'apprentissage puis décider de garder, essayer ou adopter une stratégie en particulier.

RESULTATS

Seize étudiants ont répondu. Les stratégies majoritaires sont les suivantes : avant de commencer, je me demande à quoi cela va me servir d'apprendre ce cours ; je lis lentement en cherchant à bien comprendre ; je cherche dans le dictionnaire les mots que je ne connais pas ; je cherche les phrases qui donnent l'idée générale ; lorsque je ne comprends pas une partie du cours, je reviens lentement sur la difficulté ; si je récite par écrit, je recopie les mots importants et mots clés ; si je récite oralement j'essaie de tout redire comme si je devais l'expliquer à quelqu'un. Les stratégies conservées sont les suivantes : je choisis plutôt les heures et lieux qui me sont les plus favorables ; c'est en cherchant à comprendre que j'arrive à retenir ; quand je me souviens de ce que j'ai appris je pense aux pages, aux schémas et aux mots écrits que je revois dans ma tête. Les stratégies à adopter sont les suivantes : avant de commencer à apprendre un cours, je me demande à quoi cela va me servir et à quel patient cela se rapporte ; même quand il n'y a pas de contrôle prévu j'apprends régulièrement ; j'apprends en faisant un résumé, pour cela je me sers de mes propres mots ; Une stratégie à essayer se détache : quand je me récite le cours, je me vois dans une situation clinique avec un patient

CONCLUSION

Les stratégies citées sont très centrées sur le patient et mettent en valeur la compréhension. Ce sont des techniques cognitives développées au cours du certificat et dans l'enseignement des AFGSU. Il serait intéressant de donner ce questionnaire au début du certificat et non à mi parcours pour connaître l'influence éventuelle de notre enseignement dans cette étude.

Polyvalence interservices des formateurs CESU, un plus pour les apprenants.

Luc CHANEL, Pierre POLES, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Les formateurs et enseignants CESU sont pour la plupart polyvalents. C'est-à-dire qu'ils consacrent une partie de leur temps à la formation et une autre à une activité clinique dans un service de REA, de SAU, de SMUR. En d'autres endroits leur temps de formation est comptabilisé en plus de leur temps de travail en service. Chaque CESU a choisi une manière de fonctionner qui est propre à son établissement, bien qu'avec des fonctionnements différents, les formateurs restent malgré tout polyvalents dans leur activité.

DISCUSSION :

Depuis le début de notre CESU, tous les formateurs ont été ou sont polyvalents. Les formateurs actuels, qu'ils soient médecins, infirmiers, ambulanciers viennent de différents services comme les urgences, la réanimation ou le smur. Ils ont un temps dédié au CESU (25%, 50%). Ce qui leur permet de pouvoir faire de la formation pédagogique tout en gardant une activité clinique de terrain. De plus, la complémentarité des services cliniques permet des apports de grandes qualités. Ces apports sont utiles autant pour les formateurs entre eux que pour les apprenants. L'implication et la motivation des apprenants est d'autant plus importante que le professionnalisme des acteurs est patent et explicite. Nous avons décidé, le plus possible de diversifier les binômes, pour que les formateurs puissent travailler ensemble et se compléter de leurs expériences différentes. Confronter ses expériences c'est aussi apprendre. Apprendre c'est aussi trouver de l'intérêt dans son activité de tous les jours et c'est aussi progresser ensemble.

ANALYSE :

La polyvalence est une nécessité pour permettre un apport technique plus riche dans les diverses formations délivrées par le CESU. Au delà de cette polyvalence individuelle, la mixité des expériences cliniques et « l'origine » variée des formateurs est une valeur ajoutée substantielle. Pour cela, Une bonne relation, ainsi qu'une anticipation interservices est nécessaire afin de pouvoir coordonner les plannings sans heurts. Cette polyvalence et cette mixité mise en œuvre depuis quelques années dans notre établissement a montré aux différents services partenaires une meilleure vision du travail accompli au sein du CESU et ainsi mieux considérer et respecter le personnel impliqué dans nos formations. Cela a permis aussi à nos formateurs de diversifier leurs activités et par voie de conséquence d'empêcher une certaine lassitude, que ce soit dans la formation ou dans leur service.

CONCLUSION :

Nous avons besoin dans nos CESU de professionnels engagés pour nos formations, pour cela rien de mieux qu'un personnel polyvalent et compétent. Un personnel qui reste au contact de la réalité de terrain et des techniques nouvelles, afin de faire mieux vivre par la suite les formations qu'il enseigne au sein du CESU. Nous avons choisi que ce temps de polyvalence soit inclus dans le temps de travail pour ne pas surcharger les formateurs et qu'ils puissent garder une motivation en formation et ainsi faire passer le message qu'ils s'étaient fixé avec l'ardeur et l'enthousiasme propre à tous les formateurs CESU. N'y a-t-il pas de plus belle récompense pour un formateur que d'être remercié par les apprenants pour son professionnalisme et ses compétences ?

Evaluation de l'AFGSU 1 au CESU 68

HSSAIN I. (1), GRAESSLIN S. (1), ETIENNE A. (2), LESQUERBAULT B. (2), PAGANOTTO M. (2), GOULESQUE B. (1), ROTTNER J. (1)

(1) CESU 68, Pôle SAMU 68 SMUR Urgences Réanimation Médicale, CH Mulhouse, France

(2) SEAIM, Pôle de Santé Publique, CH Mulhouse, France

INTRODUCTION

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de notre procédure de formation, nous avons mis en place une évaluation de l'enseignement de l'AFGSU 1¹. L'étude a consisté à évaluer les connaissances des participants avant et après la formation.

METHODE

Cette enquête est prospective, mono centrique, réalisée au début et à la fin d'une formation théorique et pratique de 12 heures. Les participants répondent à un pré-test puis à un post-test qui comprend chacun dix questions². Les questions à choix multiple portent sur l'apprentissage des gestes de soins d'urgence. Quarante cinq apprenants (3 sessions de formation) ont répondu aux questionnaires. La population interrogée est constituée de professionnels de santé paramédicaux.

RESULTATS

L'analyse statistique repose sur une description et une comparaison des réponses avec le test de Mac Nemar^{3,4}. Le numéro d'appel d'urgence 15 (86%), la reconnaissance (95%) et la conduite à tenir (82%) face à un arrêt cardiorespiratoire (ACR) de l'adulte sont déjà bien connus du personnel soignant⁵. La formation améliore significativement la connaissance sur la prise en charge de l'ACR de l'enfant. Le pourcentage des personnes qui pratiquent une réanimation pendant une minute avant d'appeler les secours passe de 22% à 95%⁶. Seulement 25% des soignants ne retiennent que le contrôle de la perméabilité des voies aériennes prime sur l'évaluation de l'état de conscience lors du bilan d'une victime adulte. Face à un enfant conscient qui s'étouffe, la formation s'est montrée significativement efficace sur la pratique immédiate des 5 tapes dans le dos⁷. Toutefois le nombre de personnes effectuant ce geste en premier est faible (de 13% à 33%). Nombreux sont ceux qui vont rechercher un corps étranger dans la bouche. La formation améliore de façon certaine la confiance du soignant à réagir face à une détresse vitale. 93% des professionnels de santé se sentent capables de sauver une vie après la formation. Ils sont satisfaits de la formation dans 98% des cas.

DISCUSSION

Si la conduite à tenir face à un adulte en arrêt cardiaque semble bien connue, l'accent doit être mis sur la pratique de réanimation pédiatrique. La physiopathologie des voies aériennes supérieures est, elle, mal comprise, aussi bien en ce qui concerne l'adulte que l'enfant. Insister sur les mécanismes de libération des voies aériennes supérieures paraît indispensable. Utiliser l'évaluation selon l'ABCDE, largement répandu dans les enseignements de médecine d'urgence nord américains⁸, peut constituer une solution qui ne s'oppose ni ne se substitue à la technique française traditionnelle (CVC).

CONCLUSION

Cette étude a montré que nos soignants ont des connaissances et des capacités préalables à l'AFGSU. Il existe cependant des domaines méconnus comme la pédiatrie d'urgence. Il faudrait développer l'enseignement de la physiopathologie des détresses vitales afin de favoriser la compréhension des gestes à réaliser en urgence.

1- Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

2- Riffler JP, Evaluation d'une formation ultracourte à la défibrillation : le plus court est le mieux, *La Revue des SAMU, Médecine d'Urgence*, 2008, 327-331

3- Swineford F., A table for estimating the significance of the difference between correlated percentages, *Psychometrika*, 1948, 13, 23-25.

4 McNemar Q., Note-t-on the sampling error of the difference between correlated proportions or percentages. *Psychometrika*, 1947, 12, 153-157.

5- European Resuscitation Council, Guidelines for Resuscitation, Section 4, Adult Advanced Life Support, Resuscitation 2005, 67S1, 39-86

6- European Resuscitation Council, *Guidelines for Resuscitation, Section 6, Paediatric Life Support*, Resuscitation 2005, 67S1, 97-133

7- Agostinucci JM., Bertrand P., Surget V., Gestes de secourisme en urgence, *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 25-010-C-20, 4

8- McSwain NE., Salome JP., Pons PT., *Pre Hospital Trauma Life Support, 6th edition*, Mosby, Airway, 117-161

Quelles sont les qualités d'un enseignant pour des étudiants de DCEM1

D Michel (1), M J Raynal (1), C Pentier (1), E Lecarpentier (1), P Claude Pierre (2), JP Farcet (2), M Prevel (2), C Bertrand (1)

(1) CESU-Samu 94

(2) UFR de médecine de Créteil

INTRODUCTION

La qualité de la relation pédagogique est une des conditions de réussite d'un enseignement des soins d'urgence. Nous avons mis en place un certificat optionnel d'initiation à la pédagogie appliquée aux soins d'urgence et risques sanitaires pour des étudiants de DCEM1. Nous avons demandé aux étudiants leur perception de la relation pédagogique idéale avec un enseignant.

MATERIEL ET METHODES

Vingt et un étudiants ont suivi le certificat. Un questionnaire leur a été remis en cours de formation (échelle de Cosgrove : Andre de Peretti). Chaque étudiant devait choisir l'attitude jugée la plus importante et la moins importante parmi 10 groupes de quatre propositions.

RESULTATS

Seize étudiants ont répondu. Certains items ont été choisis par plus de sept étudiants. Par ordre de priorité, on retrouve : enthousiasme contagieux pour la matière enseignée, semble bien connaître son sujet, logique dans son raisonnement, encourage la créativité et les initiatives, donne envie d'en savoir d'avantage sur la question, on n'hésite pas à lui poser des questions, accepte le point de vue des élèves, ne tourne pas les mauvaises réponses en ridicule, encourage les élèves à trouver les réponses par eux-mêmes.

Les items jugés les moins importants sont par ordre de priorité : fait clairement savoir ce qu'il attend des élèves, cours méthodique, toujours à l'heure pour le cours, accepte de revenir sur ses décisions, son cours est toujours prêt, s'arrange toujours pour faire des choses dans le temps prévu, les étudiants savent toujours ce qu'ils ont à faire pour la prochaine fois.

CONCLUSION

On note une grande diversité d'opinions car tous les items ont été choisis au moins une fois.

On retrouve les qualités que les enseignants des CESU essaient de développer lors des formations des soins d'urgence.

Diversifier les formations et les techniques pédagogiques pour éviter une « lassitude » formatrice

Luc CHANEL, Pierre POLES, Jean-Pierre PERFUS

CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

INTRODUCTION :

Les formateurs et enseignants CESU, qu'ils soient ambulanciers, infirmiers ou médecins, donnent chacun des cours dans des domaines divers, AFGSU, apprendre à porter secours, formations crèches, I.F.A. Le formateur a pour but d'animer et faire vivre sa formation, pour cela il doit être ouvert aux apprenants, au clair avec le contenu de ses cours et surtout ne pas se lasser de les enseigner. Le formateur permanent qui se limite à enseigner un seul type de formation risque à très court terme de se retrouver saturé et de ne plus réussir à faire passer le message qu'il s'était fixé.

PROPOSITIONS :

Afin d'éviter cette lassitude qui pourrait s'installer chez les formateurs et enseignants CESU, nous avons décidé de les faire intervenir sur des cours et des contenus différents (AFGSU, IFA, Crèches, APS) en tenant compte de leurs compétences respectives, autant scientifiques que pédagogiques. De plus, les formateurs viennent de services différents (sau, smur, réa) avec un temps dédié au CESU, ce qui leur donne la possibilité de faire varier leurs intérêts pédagogiques ou techniques. Dans leur temps CESU, nous leur laissons un temps de préparation, ce qui permet de concevoir leurs cours en appliquant les méthodes et techniques pédagogiques apprises en formation de formateur, afin de faire mieux vivre leurs formations. De plus, nous sommes en constante recherche de nouvelles formations, pour leur permettre de diversifier davantage leurs interventions.

DISCUSSION :

En diversifiant les formations, en instaurant une polyvalence de service, un temps dédié non surchargeant, en complétant continuellement l'apport pédagogique des formateurs, nous leur permettons de se construire et ainsi délivrer correctement le message fixé avec cette passion constante qu'accordent les personnels de CESU à leurs formations. Les formateurs ont besoin de ne pas s'ennuyer pour pouvoir animer leurs formations sans lassitude.

CONCLUSION :

Nous avons besoin dans nos formations de formateurs motivés et passionnés. Pour cela, il faut toujours garder à l'esprit qu'un personnel lassé par la répétition des formations risque par ennui de vouloir quitter cette voie qui lui était peut-être destinée. Si on lui permet de se diversifier dans ses formations ainsi que dans ses techniques pédagogiques, ce même formateur se fera plaisir à délivrer son message et en conséquence augmentera la qualité du face à face pédagogique avec les apprenants qui l'accueilleront. N'est-ce pas ce que l'on recherche ?

Prise en charge d'un nouveau-né en détresse : Expérience d'un 4^{ème} cycle de formations utilisant la pédagogie de la découverte 2008 - 2009

Dr Y Cotel (1) et Mlle F Domalain (2)

1 : CESU 22 / SAMU 22 - CH Saint Brieuc

2 : Cadre de santé, puéricultrice, Urgences pédiatriques - CH Saint Brieuc

Responsable formation de l'ADEPAFIN (Gestionnaire du réseau de périnatalité dans les Côtes d'Armor)

INTRODUCTION :

La prise en charge d'un nouveau né en détresse, reste à ce jour, un sujet sensible, tant par la spécificité des techniques requises que par l'âge du patient. Afin de répondre à cette problématique, quatre cycles de formation, s'adressant aux acteurs de la périnatalité, ont été mis en place par l'ADEPAFIN.

Notre SAMU coopère, lors des transferts néonataux, avec le service de Néonatalogie du Centre Hospitalier, en associant médecins et puéricultrices. De ce fait, l'organisation des formations a été réalisée grâce à la collaboration entre ces deux services.

La pédagogie des 3 premiers cycles, s'appuyait sur une méthode didactique et démonstrative. Les formateurs se déplaçaient sur site, en binôme constitué d'une puéricultrice et d'un médecin.

METHODES :

Pour ce 4^{ème} cycle, nous avons :

Intégré les nouvelles recommandations internationales définies par l'ILCOR en 2007

Utilisé la méthode pédagogique de la découverte qui favorise une meilleure intégration cognitive des savoirs

Optimisé notre évaluation

1- METHODOLOGIE

Il a été nécessaire de :

- Analyser les besoins en contactant les services concernés (Maternités, Réanimation-Néonatalogie, Samu / Smur)
- Définir nos objectifs pédagogiques :
- Transmettre un Savoir-faire.
- Assurer la formation continue des soignants du réseau
- Uniformiser les pratiques professionnelles.
- Evaluer et réajuster les connaissances des soignants.
- Elaborer un support pédagogique à partir de l'ILCOR
- Définir un mode d'évaluation
- Réunir et former des formateurs (médecins et puéricultrices)
- Etablir un calendrier des formations
- Rassembler le matériel pédagogique

2- HYPOTHESES DE TRAVAIL AU REGARD DES PROBLEMATIQUES RENCONTREES

PROBLEMATIQUES	SOLUTIONS
Multiplicité des apprenants : Sage Femmes, Infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puéricultures, aides soignants, ambulanciers, médecins...	→ Utilisation de la pédagogie de la découverte
Que reste t-il, à distance, sur le plan du Savoir, du Savoir-être et du Savoir- faire ?	→ Réalisation de 3 évaluations : la 1 ^{ère} en début de formation, la 2 ^{ème} en fin de formation et la 3 ^{ème} à distance
Mobilisation plus difficile des formateurs sur ce 4 ^{ème} cycle.	→ Une prise en charge administrative et financière des formateurs a été rendue possible grâce aux formations qui sont devenues payantes pour les maternités
Formateurs sans expérience pédagogique spécifique	→ Formations de formateurs et accompagnements individualisés

3- RESULTATS

Les résultats présentés sont incomplets à ce jour, la dernière formation étant prévue fin 2009.

Cycles	1	2	3	4
Années	1993/94	1996	2001/02	2008/09
Nombre de formations	18	17	30	18
Nombres de soignants	244	213	362	236

- Indice de satisfaction des soignants

Eval 2 : Très satisfaits : 79.6%	Satisfaits : 20.4%	Pas Satisfaits : 0%
Eval 3 : Très satisfaits : 61.4%	Satisfaits : 36.4%	Pas satisfaits : 2.3%
- Indice d'utilisation de la pédagogie de la découverte par les formateurs

Analyse en cours

 - Mémorisation à distance de la fréquence de ventilation artificielle (30 à 60 / mn)

Eval 1 : 46,1%	Eval 2 : 94.7%	Eval 3 : 86.9%
-----------------------	-----------------------	-----------------------
 - Mémorisation à distance du rapport rythme massage / ventilation (90 / 30)

Eval 1 : 37.6%	Eval 2 : 90.6%	Eval 3 : 71.7%
-----------------------	-----------------------	-----------------------

DISCUSSION

L'analyse qualitative des trois évaluations a mis en valeur une forte demande vis à vis de cette formation.

Le bon indice de satisfaction indique un impact positif. Il est difficile de savoir si cet indice, est lié à la méthode employée ou à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Il est noté une intégration cognitive nette des nouvelles normes en fin de formation ainsi qu'une érosion significative, mais limitée, des connaissances à distance (Cf. Eval 3)

Les limites de notre enquête sont, en partie, liées à la difficulté de récupération des Eval 3. Peut-être, faudrait-il impliquer chaque soignant formé, en lui envoyant directement le questionnaire à domicile ?

CONCLUSION

Nous allons pérenniser cette formation en utilisant la pédagogie de la découverte. Les formateurs se déplaceront une fois par an, sur site, soit dix formations annuelles.

Afin de maintenir les compétences des formateurs, ceux-ci devront assurer au moins deux formations annuelles et assister à une réunion de formation.

REFERENCES :

Recommandations de l'ILCOR d'Avril 2007

La Revue des Samu sur les Urgences Pédiatriques de Sept 2007

Enseignement de la prise en charge de l'arrêt cardiaque dans les écoles d'ambulanciers

K. FOUQUET-GUEROT, P. POLES, G. GHENO, G. ANDOLINA, L. CHANEL, D. CLUZEL
CESU 74, centre hospitalier de la région d'Annecy, BP 90074 PRINGY cedex

INTRODUCTION

Dans notre CESU, lors des cours AFGSU, nous enseignons les manœuvres de réanimation avec défibrillateur semi automatique (DSA) pour une équipe de 3 personnes. Depuis deux ans, nous expliquons la conduite à tenir face à l'arrêt cardiaque (AC) dans une école de formation au diplôme d'ambulancier (DEA).

Pour cette formation, nous avons choisi (dès 2008) de les préparer à arriver avec le matériel pour toute douleur thoracique ou détresse vitale.

Lors de l'évaluation du DEA de l'année dernière, nous avons pu constater que notre méthode d'enseignement n'était pas adaptée au secours en équipe à 2 : alors que le premier intervenant faisait des compressions thoraciques (CT), il y avait des difficultés d'organisation pour la mise en marche du matériel (aspirateur de mucosité, oxygène (O2) avec BAVU, pose du DSA) et souvent un retard de ventilation alors que les 2 minutes de CT ne sont pas toujours respectées.

En 2009, nous avons aussi insisté sur l'organisation de l'équipe dans la préparation du matériel (inconscient = préparation de l'aspirateur de mucosité, pas de ventilation = préparation de l'O2, pas de pouls = CT par l'auxiliaire et pose du DSA par l'ambulancier).

MATERIEL ET METHODE

Nous avons évalué 26 élèves en 2008 et 15 en 2009. Tous les élèves ont été soumis à la même simulation : un homme en AC depuis plusieurs minutes, pas de manœuvres de réanimation entreprise, ils arrivaient directement avec le matériel. Les critères évalués étaient : le temps du massage cardiaque avant la mise en route du DSA, la présence ou non de ventilation avant la mise en place du DSA et le temps entre l'entrée dans pièce et la première ventilation.

La comparaison des deux groupes avait pour but d'évaluer notre méthode d'enseignement.

RESULTATS ET DISCUSSION

	Nombre d'élèves ayant massé moins de 2 minutes avant la mise en route du DSA	Nombre de personne ayant ventilé avant la mise en route du DSA	Aspirateur de mucosité et BAVU prêts avant DSA mais pas de ventilation	Temps moyen avant la première ventilation
2008	13 (50%)	3 (11,5%)	7 (26,9%)	3 min 09 (de 1min 49 à 4 min 45)
2009	8 (53,3%)	8 (53,3%)	7 (46,6%)	2 min 41 (de 2 min 02 à 3 min 32)

En 2008, les élèves étaient souvent désorganisés, il y avait des écarts importants et la première ventilation souvent tardive.

En 2009, ils étaient mieux structurés, ont compté les cycles de CT et tous ont préparé l'aspirateur de mucosités, l'oxygène était branché sur le BAVU avant la mise en route du DSA. Malgré cela, 7/15 ont tardivement ventilé tout en allumant le DSA trop tôt.

CONCLUSION

La préparation du matériel lors du bilan fait gagner du temps et n'entraîne pas de retard des CT.

Compter les cycles de massage semble être une bonne solution, mais ventiler à chaque cycle est difficile à respecter (bilan 15, préparation du DSA). Il faut donc 6 à 7 cycles dont au moins 2 avec ventilation pendant les deux minutes de CT.

Un cycle avec ventilation avant la préparation du DSA, permettrait une oxygénation plus précoce.

Formation médicale aux GSU : une occasion de partage entre l'hôpital et le SSSM.

Pierre POLES(1), Gaël GHENO(1), Nathalie MENAGER(2), Jean-Pierre PERFUS(1), Olivier BAPTISTE(2)

(1)CESU 74, SAMU 74, Centre Hospitalier de la région d'Annecy - 1, av de l'hôpital, B.P. 90074 – PRINGY CEDEX

(2) SSSM, SDIS 74, 7 rue du NAN 74000 MEYTHET

INTRODUCTION :

Depuis longtemps habitués à travailler ensemble, les médecins de notre établissement hospitalier et les médecins opérationnels du Service de Secours et Santé du SDIS (service départemental d'Incendie et de Secours) se sont interrogés pour parvenir à organiser des formations continues de proximité communes avec l'aide du CESU.

METHODOLOGIE :

Chaque institution dispose de son service de formation. La formation initiale est dispensée soit dans le cadre postuniversitaire soit à l'ENSOSP (Ecole Nationale des Officiers Sapeurs Pompiers). Concernant la formation continue, chaque médecin se voit proposer des séquences de formation adaptées à son environnement professionnel. Pourtant, à l'interface des mises en pratique sur le terrain, un espace de formation reste vacant. Il concerne aussi bien l'interopérabilité des agents, que la rédaction des protocoles ou même leur définition formelle. Cet espace doit être utilement comblé au bénéfice des victimes que nous prenons en charge. Les interlocuteurs naturels qui peuvent s'accorder sur ce thème sont les formateurs du CESU d'une part et les médecins du service de formation des sapeurs pompiers d'autre part. Nous nous mettons d'accord sur un thème de formation (ACR par exemple). Un scénario simple de simulation sur mannequin est proposé. Le CESU reçoit l'appui du service de formation du SSSM pour la mise en œuvre formelle. Le débriefing est assuré au sein du CESU. Les actions d'améliorations proposées sont déterminées par chaque service et confrontées a posteriori pour assimilation. Certains apprentissages de geste sont inclus dans le programme de formation, leur déroulement est formalisé

DISCUSSION :

Nous disposons d'ores et déjà de réunion de RMM commune avec la participation du SDIS, de la réanimation, du SAMU et du SMUR. L'organisation particulière du secours en montagne est également commune sur un plan organisationnel, de même que l'astreinte de DSM pour les plans de secours. Cette proximité nous engage quotidiennement aux cotés les uns des autres, la formation continue et géographiquement proche est naturelle dans l'évolution de notre travail commun. Le CESU apparaît comme une interface possible pour cet objectif. C'est l'épreuve du temps qui permettra de valider et d'avaliser ce fonctionnement.

CONCLUSION :

Le CESU nous engage résolument dans un partenariat de formation continu, qui doit permettre d'améliorer la qualité du travail commun. C'est une marque de confiance réciproque que nous devons absolument honorer. Au delà des conflits de prérogative, nous évaluerons cette démarche le plus rapidement possible pour parvenir à optimiser et proposer une généralisation de pratique.

Campagne 1 vie = 3 gestes

Association « Être et savoir » projet pilote et coopération exemplaire CESU / Fédération Française de Cardiologie / ADPC pour la sensibilisation du grand public dans le Puy de Dôme.

M-S. Viallard, F. Dissait, J. Meyrieux (1), J.Cassagne (2)

(1)CESU- SAMU 63, CHU Clermont-Ferrand

(2) pôle cardiologique CHU Clermont-Ferrand, BP 69-63003 Clermont-Ferrand Cedex 1.

INTRODUCTION

La structure associative « Être et Savoir » a mis en synergie sur le département du Puy de Dôme les compétences pédagogiques du CESU, du pôle cardiologique du CHU, des moniteurs de secourisme de l'Association Départementale de la Protection Civile et le soutien de l'industrie pharmaceutique pour animer la campagne « 1 vie = 3 gestes » initiée par la Fédération Française de cardiologie

MATERIEL ET METHODE

Des rencontres avec les élus, les responsables d'entreprises, les partenaires institutionnels (SNCF, La Poste ...etc.) ont été organisés pour la mise en place des sessions.

Des sessions d'initiation du grand public et des professionnels de santé à la prise en charge de l'arrêt cardiaque (alerter, masser, défibriller) ont été animées par des formateurs du CESU, des cardiologues, des moniteurs de l'ADPC.

Le contenu, les techniques et le conducteur pédagogiques en fonction de la typologie du public ont été préalablement définis par le CESU.

L'originalité locale de l'action est soulignée par la conception d'une ambulance pédagogique dédiée allant au contact du public, la réalisation d'un vidéogramme pédagogique avec les acteurs locaux de la campagne.

RESULTATS

Ce partenariat a permis la démultiplication de sessions d'initiation (places publiques, foire exposition, personnel communal, associations sportives, pharmaciens d'officine etc.) à contenu pédagogique uniforme, facilement reproductible, contrôlé et labellisé CESU.

De nombreux DAE ont été implantés. Une collaboration avec le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens a facilité l'installation de DAE (défibrillateur automatisé externe) en façade des officines du département.

DISCUSSION

Les objectifs nationaux initiaux sont remplis : il s'agissait d'initier le grand public et les professionnels de santé aux gestes qui sauvent (6000 personnes initiées en 1 an), d'inciter et de conseiller les élus et les responsables d'entreprise à l'implantation de DAE et de communiquer auprès des médias locaux et régionaux sur la campagne.

Un travail d'évaluation d'une session d'initiation grand public type est en cours.

Un répertoire (couplé au logiciel du SAMU) des DAE implantés sur le territoire doit être créé.

CONCLUSION

Par delà les objectifs pédagogiques de la campagne, cette action permet le développement de contacts débouchant sur des actions pédagogiques et stratégiques locales concrètes pour la prise en charge des arrêts cardiaques.

Les contentions : de la prise en relation à l'alliance thérapeutique ? Formation à la prise en charge de l'agitation psychomotrice et du débordement de l'autocontrôle en situation pré-hospitalière ou en structures de soins dans un contexte psychiatrique.

Laurent Hyvert,

IDE CH de Saint-Egrève, Enseignant CESU 38

lhyvert@chu-grenoble.fr

INTRODUCTION

Des personnes en état de décompensation psychotique aiguë se manifestant par de l'agitation psychomotrice, de l'agressivité, de la violence, du débordement de leur autocontrôle (...) posent questions aux soignants quand à l'évaluation clinique, l'approche, les bonnes pratiques, le meilleur soin dans un contexte donné.

Chaque prise en charge est singulière et riche en émotions et en affects.

Ces éléments non verbaux participent à l'évaluation de la tension psychique du patient et du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, qui peut mener à une situation d'urgence somatique.

La prise en charge contenante par le soignant dans des dimensions sociales, institutionnelles, relationnelles, médicamenteuses, physique et psychique semble être une des réponses adaptées.

Des formations théoriques psychanalytique ou comportementaliste à la réalisation de soins contenant et apaisants, la dimension relationnelle est souvent délicate à appréhender pour les étudiants et les professionnels découvrant ce domaine du soin.

En quoi une formation à partir de situations de soins « d'urgence psychiatrique » permet-elle d'éprouver les affects suscités par les manifestations de la pathologie et de développer l'intégration de la fonction contenante dans la prise en charge soignante, en cohérence avec un objectif d'alliance thérapeutique ?

Les éléments de réponse apportés par la formation à cette problématique développent-ils des compétences transférables à d'autres domaines du soin, dont l'urgence ?

Comment le CESU met-il en cohérence la prise en charge des patients dans leur globalité en développant des formations dans ce domaine du soin ?

CONTENU DE LA PRESENTATION

1- Présentation des objectifs, de l'organisation, des supports, de la méthode pédagogique.

Cette formation se pratique en 2 temps.

Le premier temps permet de faire connaissance avec le groupe (10 personnes maximum) en échangeant sur les concepts et représentations de l'agitation psychomotrice, de débordement de l'autocontrôle, d'agressivité, de violence, d'angoisse, de réassurance, pour aller vers une définition de la fonction contenante et de l'alliance thérapeutique. Les notions de sens et de cohérence du soin sont intégrées à cette réflexion.

Durée : 3heures en interactivité ; support diaporama.

Le deuxième temps correspond à des mises en situations autour de cas concrets – jeux de rôle.

Un formateur joue le patient pouvant ainsi montrer une clinique adaptée au groupe (6 à 10 apprenants).

Un deuxième formateur observe la prise en charge du « patient » par les apprenants concernés afin de renvoyer après la mise en situation une évaluation dans les dimensions relationnelles et techniques. Son rôle est d'aider à mettre en mots, en sens, en perspectives cliniques, les éprouvés vécus lors de la situation.

Durée : 4 heures avec 2 formateurs.

2- exemples de cas cliniques

3- Evaluations – transférabilité par les professionnels qui ont vécu cette formation

Retour d'expérience pédagogique