

**Diplôme Universitaire de Formateurs
à l'enseignement de la médecine sur simulateur**

Année 2013 – 2014

Intérêt de la simulation
dans une formation d'aide au guidage
de gestes de premier secours par téléphone,
par l'Assistant de Régulation Médicale

Mémoire

Dr Emanuel PEREIRA

Responsables du Diplôme Universitaire :

Pr. Jean Louis POURRIAT

Dr. François LECOMTE –

Table des matières

Table des matières	2
Introduction	3
Méthode	6
<i>Déroulement de la première séance</i>	12
<i>Déroulement de la seconde séance</i>	14
<i>Questionnaires</i>	15
Résultats	16
Discussion	23
Conclusion	32
Références - Bibliographie	34

Introduction

Depuis le milieu des années 1950, la France se distingue par l'organisation de son système de santé. En 1955 furent créées les premières équipes mobiles de réanimation qui avaient pour mission de porter secours aux accidentés de la route ainsi que d'assurer le transfert inter-hospitalier des patients atteints de paralysie respiratoire.

Dès lors, c'est tout un système de permanence des soins et de médecine d'urgence pré-hospitalière qui se met en place pour aboutir en 1968 à la création des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

De nos jours, il existe 102 SAMU en France métropolitaine et 4 dans les DOM, comprenant chacun un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et d'un Centre d'Enseignement des Soins d'urgence (CESU) chargé de la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence.

Au sein du SAMU, les Assistants de Régulation Médicale (A.R.M) assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard ¹³. Ils sont les intermédiaires entre l'appelant et le médecin régulateur. Les missions qui leur sont confiées sont multiples et diverses (assurer l'écoute téléphonique permanente, tri des appels reçus, orientation de ceux-ci vers les personnes compétentes, gestion et suivi des interventions, déclenchement de secours adaptés ...).

Étant le premier, et parfois le seul lien entre l'appelant et le service de santé, l'A.R.M est parfois conduit à donner des conseils, non médicaux, pour une personne en détresse. Par exemple, un appelant en présence d'une personne inconsciente peut se voir aider pour placer la victime en position latérale de sécurité (PLS) par l'assistant.

Le recrutement des ARM se fait par concours. Aucun niveau scolaire minimum, aucune compétence antérieure n'est requis pour pouvoir présenter ce concours¹³.

Après ce concours, aucun texte législatif ne définit la formation initiale de cette catégorie de personnel.

Lors d'un travail effectué par le CESU 78 en 2009 ⁹, il est apparu que la formation initiale des ARM était faite de façon inhomogène dans les différents SAMU, tant sur le contenu que sur les méthodes pédagogiques.

La majorité des agents questionnés par courrier pensait que leur formation initiale était un enjeu majeur et qu'elle devait aborder, entre autres, des sujets médicaux et paramédicaux. Les manques ressentis au début de leur carrière étaient proportionnellement les mêmes que ceux qui sont ressentis après quelques années d'exercice.

En juin 2013, une circulaire rend obligatoire, pour tout ARM, une formation d'adaptation à l'emploi ³. Celle-ci doit se faire une fois dans la carrière de l'agent. Cette formation est divisée en 4 modules dont le deuxième, consacré au développement des capacités personnelles de communication, prévoit un enseignement de notions sur les gestes de premier secours, la médecine d'urgence et de catastrophe.

Parallèlement à cela, le décret du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et aux soins d'urgence, complété par la circulaire du 10 mai 2006 ², instaure une formation permettant à l'ensemble des personnels employés dans les établissements de santé ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé d'acquérir les connaissances leur permettant de pratiquer les gestes afin de porter secours.

Devant ces constatations, les responsables des ARM du SAMU des Yvelines ont demandé au CESU d'organiser la FAE ARM dans le département. Lors de l'élaboration du programme de cette formation, il a été décidé d'intégrer l'AFGSU niveau 1 dans le module 2.

Quatre agents par an ont bénéficié de la FAE.

Après l'obtention de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, une difficulté est apparue aux agents désireux de mettre en pratique leurs nouvelles connaissances, afin de guider par téléphone les appelants pour réaliser des gestes élémentaires de survie.

La description de ces manœuvres, pourtant assimilées, s'avérait difficile.

En accord avec ces agents, nous avons mis en place une formation visant à améliorer le savoir être des ARM face à ce genre de situation.

Cette formation basée sur la simulation.

L'hypothèse initiale était que l'association entre le jeu de rôle et un débriefing par autoscopie pourrait compléter le savoir et le savoir faire des agents ayant validé l'AFGSU.

Pour cela, nous avons étudié l'apport d'une telle formation sur l'ensemble des ARM du SAMU 78 ayant bénéficiés de la FAE.

Méthode

La formation d' « **Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone, par l'Assistant de Régulation Médicale** » est une formation destinée aux ARM en exercice. Elle intéresse les 4 ARM suivant la Formation d'Adaptation à filmés pendant les séances de simulation et volontaires également pour que l'enregistrement de cette vidéo soit diffusée et commentée au sein du groupe.

La première séance de simulation se déroule au minimum deux mois après l'obtention de l'AFGSU de niveau 1, dispensée dans le cadre du module 2 de la FAE ARM.

Elle est constituée de 2 sessions se déroulant à un mois d'intervalle. Le formateur pour ces deux sessions est le même, un médecin urgentiste expérimenté en SMUR et en régulation, formateur AFGSU.

Afin d'évaluer cette formation, trois questionnaires ont été remplis par les apprenants, un avant le début de la première séance, un au début de la seconde puis un questionnaire a été rempli 3 mois après la deuxième séance.



**Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone,
par l'Assistant à la Régulation Médicale**

Age : _____ Sexe : H F Ancienneté : ____ ans

Avez-vous une formation de secourisme, autre que l'AFGSU obtenu le mois dernier ?

Oui Non

Dans votre activité professionnelle, avez-vous déjà été confronté à une situation où vous avez eu à guider l'appelant fin qu'il effectue des gestes de premier secours ?

Oui Non

À quelle fréquence :

Très rarement Rarement (<1 par mois) 1 fois /mois
 1 fois / Semaine Plusieurs fois par semaine Tous les jours

Pour quelle pathologie :

Inconscient Hémorragie ACR Malaise
 Brûlure Traumatisme Plaie Autres :

Votre attitude :

Je n'ai pas osé le faire Je n'ai pas su le faire
 J'ai passé l'appel à un ARM plus expérimenté
 J'ai passé l'appel au médecin régulateur

Pensez vous :

Avoir les connaissances de secourisme suffisantes avant l'AFGSU

Oui Non

Avoir les connaissances de secourisme suffisantes après l'AFGSU

Oui Non

Ne pas être suffisamment « armé » pour faire le guidage de l'appelant

Oui Non

Quel est le degré de difficulté d'un tel exercice, note de 1 à 10 (1 facile, 10 très difficile): ____/10

Existe-il des consignes de service vous interdisant de guider l'appelant ?

Oui Non

**Lorsque vous n'avez pas pu (ou osé, ou su, ...) guider l'appelant, quelle a été votre attitude :
(réponse en texte libre au dos)**

Questionnaire 1 : questionnaire Pré formation



**Aide au guidage de gestes de premiers secours par téléphone,
par l'Assistant à la Régulation Médicale**

Au cours de la première séance de formation, la vidéo vous a t elle gênée ?

- Oui Non

Depuis la première séance, avez-vous utilisé le « guidage de l'appelant » afin qu'il réalise des gestes de premiers secours ?

- Oui Non

À quelle fréquence :

- Très rarement Rarement (<1 par mois) 1 fois /mois
 1 fois / Semaine Plusieurs fois par semaine 1 fois / jour

Pour quelle pathologie :

- Inconscient Hémorragie ACR Malaise
 Brûlure Traumatisme Plaie Autres :

Votre attitude :

- Je l'ai fait sans appréhension Je l'ai fait avec appréhension
 Je n'ai pas osé le faire Je n'ai pas su le faire
 J'ai passé l'appel à un ARM plus expérimenté
 J'ai passé l'appel au médecin régulateur

Pour chaque pathologie, quel degré de difficulté avez-vous rencontré (1 facile, 10 difficile) :

- Inconscient Hémorragie ACR Malaise
 Brûlure Traumatisme Plaie Autres :

Pensez vous :

Avoir les connaissances de secourisme suffisantes

- Oui Non

Ne pas être suffisamment « armé » pour faire le guidage de l'appelant

- Oui Non

Quel est le degré de difficulté global d'un tel exercice, note de 1 à 10 (1 facile, 10 très difficile):
___/10

Avez-vous utilisé les conclusions de la première séance lors de votre activité professionnelle :

- Vos remarques après le visionnage de la vidéo Les remarques du groupe, après le visionnage de la vidéo
 L'ensemble des remarques Les remarques du formateur
 Une réflexion sur la démarche à suivre Un entraînement en dehors du travail

Quelle(s) est selon vous la (les) difficulté(s) la (les) plus importantes(s) dans ce genre d'exercice :

Questionnaire 2 : questionnaire après la première session



**Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone,
par l'Assistant à la Régulation Médicale**

Au cours de la dernière séance de formation, la vidéo vous a-t-elle gênée ?

- Oui Non

Depuis la dernière séance, avez-vous utilisé le « guidage de l'appelant » afin qu'il réalise des gestes de premiers secours ?

- Oui Non

À quelle fréquence :

- Très rarement Rarement (<1 par mois) 1 fois /mois
 1 fois / Semaine Plusieurs fois par semaine 1 fois / jour

Pour quelle pathologie :

- Inconscient Hémorragie ACR Malaise
 Brûlure Traumatisme Plaie Autres :

Votre attitude (dans la majorité des cas) :

- Je l'ai fait sans appréhension Je l'ai fait avec appréhension
 Je n'ai pas osé le faire Je n'ai pas su le faire
 J'ai passé l'appel à un ARM plus expérimenté
 J'ai passé l'appel au médecin régulateur

Pour chaque pathologie, quel degré de difficulté avez-vous rencontré (1 facile, 10 difficile) :

- Inconscient Hémorragie ACR Malaise
 Brûlure Traumatisme Plaie Autres :

Pensez vous :

Avoir les connaissances de secourisme suffisantes

- Oui Non

Ne pas être suffisamment « armé » pour faire le guidage de l'appelant

- Oui Non

Quel est le degré de difficulté global d'un tel exercice, note de 1 à 10 (1 facile, 10 très difficile):
___/10

Avez-vous utilisé les conclusions de la première séance lors de votre activité professionnelle :

- Vos remarques après le visionnage de la vidéo Les remarques du groupe, après le visionnage de la vidéo
 L'ensemble des remarques Les remarques du formateur
 Une réflexion sur la démarche à suivre Un entraînement en dehors du travail

Quelle(s) est selon vous la (les) difficulté(s) la (les) plus importantes(s) dans ce genre d'exercice :

L'objectif principal de cette formation était que les ARM acquièrent la capacité à guider un appelant au SAMU – Centre 15, témoin d'une situation d'urgence, afin qu'il effectue les gestes de premier secours nécessaires en attendant l'arrivée des secours, en se servant de ses connaissances acquises lors de l'AFGSU de niveau 1.

Les objectifs secondaires sont :

- Savoir analyser la situation par téléphone.
- Choisir les gestes appropriés.
- Découper les différentes phases de ce geste.
- Décrire avec des mots simples les différentes manœuvres à effectuer
- Rassurer l'appelant sur sa capacité à effectuer les gestes.

Chaque séance de formation est une succession de jeux de rôle.

Chaque apprenant joue successivement le rôle de :

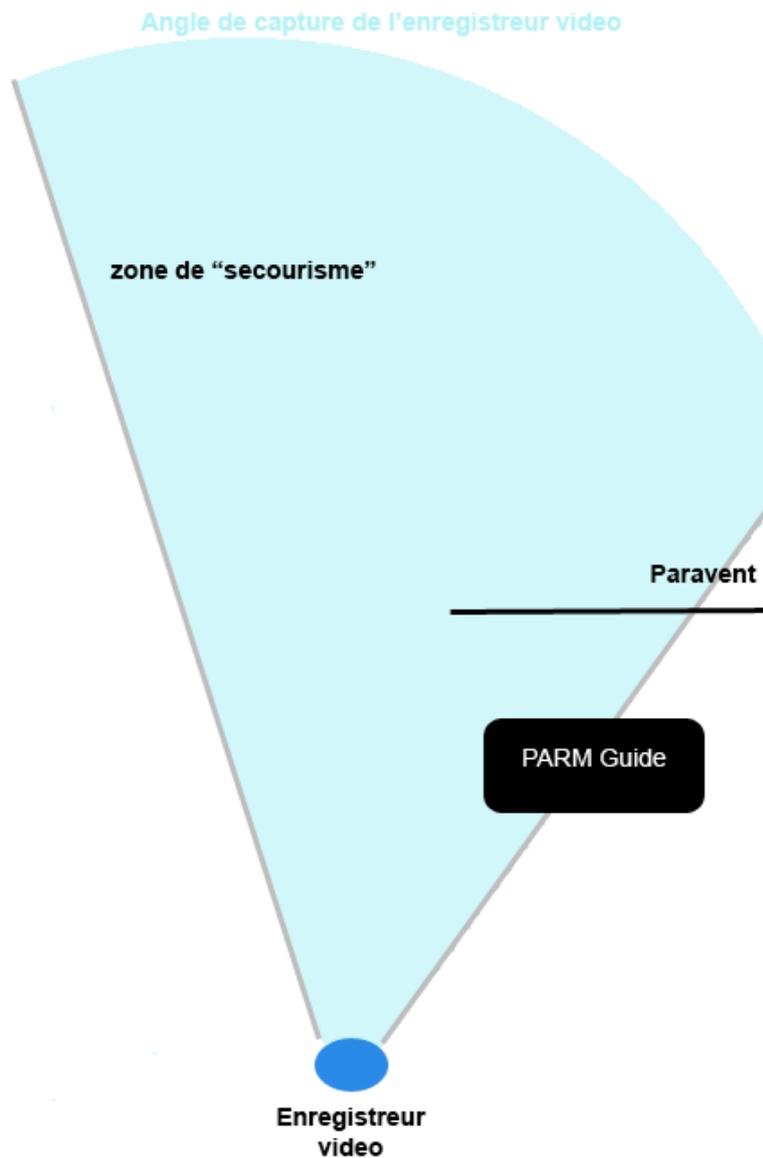
- **ARM** exerçant dans son SAMU d'origine et appliquant ainsi les habitudes ou procédures éventuelles existant dans son contexte de travail quotidien. (nous l'appellerons « ARM guide »)
- **Une victime**
- **2 «sauveteurs»** : La consigne pouvait être différente selon les scénarii. Ainsi il était possible de se trouver en présence de deux secouristes, non professionnels, ayant des notions anciennes ; de deux personnes n'ayant aucune notion de gestes de premier secours ou d'un mélange entre une personne ayant quelques notions anciennes et une dépourvue de notion.

Chaque apprenant joue successivement les quatre rôles au cours de chaque séance.

Chaque séquence de jeu de rôle est enregistrée par un dispositif vidéo recueillant l'image et le son de chaque intervenant.

La caméra est disposée de façon à ce que l'angle de captation vidéo permette à la fois voir l'ARM guide et la réalisation des gestes de premier secours.

L'apprenant jouant le rôle de l'ARM guide ne peut voir le déroulement de l'action. Il a le dos tourné à celle-ci et un paravent le sépare de la zone d'action.



Placement des différents acteurs de la séance

La communication entre l'ARM guide et le sauveteur se fait par téléphone (portable sans kit mains libres pour le sauveteur, filaire pour l'ARM).

Déroulement de la première séance

Remplissage du questionnaire pré-formation

Ce questionnaire n'est pas analysé sur le moment, il fera l'objet d'une analyse ultérieure

Choix des situations

Afin d'obtenir une adhésion maximale à la séance, les situations auxquelles les ARM guide vont être confronté sont définies collégalement. Ce sont les apprenants qui choisissent quatre situations d'urgence, nécessitant l'opération de gestes de survie avant l'arrivée de secours. Le rôle du formateur est ici de veiller à ce que les situations ne soient pas trop faciles, ne nécessitant pas de réel geste. Les situations ainsi choisies seront réparties par le formateur à chaque apprenant, en prenant soin de ne pas confier une situation au stagiaire ayant choisi ce sujet.

Répétition des gestes de premier secours

L'objectif de cette formation n'est pas que l'apprenant sache effectuer le geste de premiers secours. Chaque ARM participant a déjà bénéficié de l'AFGSU. Pour faciliter le déroulement de cette première séance, chaque geste est donc refait.

Définition des objectifs pour chaque situation

Les apprenants définissent ensemble les objectifs des gestes de premiers secours pour chaque situation choisie. Par exemple, pour une personne inconsciente qui ventile, les objectifs sont que la victime soit sur le coté, stable, avec les voies aériennes libérées et que la surveillance de la ventilation soit possible. Le but de cette définition d'objectif est que l'ARM guide puisse à la fin de l'exercice comparer la position de la victime et le résultat obtenu.

Le rôle du formateur est ici de guider les apprenants vers les bons objectifs.

Pause

La pause est voulue un peu longue. Elle doit permettre aux apprenants de sortir du contexte, d'oublier un peu tout ce qui vient d'être fait. Pour ces séances, nous avons choisi d'effectuer une pause de 15 minutes.

Simulation

- Le formateur choisit une des situations définie par les apprenants et répartit les rôles de chacun.
- Tout le déroulement de la séquence est filmé et le son de l'ARM guide et des sauveteurs est capté.
- En absence de l'ARM guide, le formateur transmet au « témoin-sauveteur », les éléments du message d'alerte qui peut être volontairement incomplet (selon le scénario).
- La durée de la simulation par jeu de rôle pouvait varier selon le scénario mais ne pouvait excéder 20 minutes. La fin de la séquence est marquée par les mots « vous pouvez raccrocher » de l'ARM guide.

Débriefing

Le débriefing se déroulait en plusieurs parties :

- sans la vidéo :
 - À la fin de la séquence, le formateur demande les impressions de l'ARM guide sans ouvrir le paravent.
 - Ouverture du paravent : l'ARM guide peut alors analyser la situation et comparer la position de la victime avec la représentation qu'il s'en faisait, comparer la situation avec les objectifs définis antérieurement.
 - Recueil des impressions du sauveteur sur les difficultés ou facilités rencontrées pendant le jeu de rôle.

- Premier visionnage de la vidéo :

L'intégralité de la séquence est visionnée, sans commentaire. L'ARM guide est invité, par le formateur, à s'exprimer sur cet enregistrement à la fin du film.

- Visionnage détaillé de la vidéo :

La vidéo est à nouveau visionnée mais en prenant le temps d'arrêter la diffusion, à la demande des apprenants ou du formateur. L'ARM guide est toujours invité à parler en premier et après chaque commentaire éventuel des autres participants.

En fin de débriefing, le formateur encourage l'ARM à réfléchir sur les points forts et les points de faiblesse apparus au cours de la simulation, afin de dégager des objectifs personnels à travailler lors de la prochaine séance.

Déroulement de la seconde séance

La deuxième séance de cette formation se déroule un mois après la première. Elle ne se déroule pas selon les mêmes modalités que la première.

Remplissage du questionnaire N° 2

- *Situations :*

Les situations auxquelles sont confrontés les apprenants sont les mêmes que lors de la première séance. Cependant, l'ARM guide ne sera pas le même stagiaire que précédemment. De même le « secouriste témoin » est différent.

De plus, après l'ensemble des situations, le formateur proposera une situation inédite, à laquelle les ARM n'étaient pas préparés.

Au cours de cette séance, il n'y a pas de répétition des gestes de premiers secours à effectuer, ni de rappel des objectifs pour ces gestes.

Définition des objectifs de guidage :

Il est demandé à chaque apprenant de lister des objectifs concernant son intervention en tant que guide. Le formateur demande une liste écrite, que l'apprenant gardera pour lui et pouvant porter sur les intonations à utiliser, l'utilisation de mots moins techniques, des mots à ne pas utiliser, un comportement général ...

La détermination de ces objectifs se faisait sur les commentaires et réflexions issues des débriefings de la première séance.

Ces objectifs seront comparés à la fin du jeu de rôle avec les constations du ARM guide lui même.

Le déroulement des jeux de rôles filmés ainsi que les séquences de visionnage (intégrale puis disséquée) respectent les mêmes modalités que lors de la première séance.

Questionnaires

Les deux premiers questionnaires sont remplis par les apprenants en début de chaque séance. Le troisième questionnaire est rempli à distance, soit 3 mois après la deuxième journée.

Résultats

Nous avons tenté d'évaluer l'intérêt de la formation « **Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone, par l'Assistant de Régulation Médicale** » à l'aide des trois questionnaires remplis par les apprenants ainsi qu'à l'aide des constatations notées par le formateur.

Ce formateur, médecin urgentiste ayant une expérience de SMUR (Service médical d'Urgence et de Réanimation) et de régulation médicale, a été le même pour toutes les séances des différentes sessions organisées. De plus ce formateur est également formateur AFGSU.

Nous avons organisé 6 sessions entre 2007 et 2012, soit 12 séances de simulation.

24 ARM du SAMU des Yvelines ont suivi cette formation.

Il y avait 20 femmes pour 4 Homme (sex-ratio H/F =1/5).

L'âge moyen était de 32 ans (24 – 46)

L'ancienneté des ARM ayant suivi la formation était de 7 ans (1 – 15).

Première session

a) Questionnaires pré-formation

L'examen du questionnaire pré-formation montrait qu'avant l'AFGSU seulement 3 ARM avaient suivi une formation de secourisme. Il est à noter que parmi eux, un agent était moniteur national de premiers secours et exerçait bénévolement au sein d'une association prodiguant des premiers secours. Les autres ARM n'avaient jamais suivi de formation de secourisme sous quelque forme que ce soit.

Au cours de leur activité professionnelle, ces agents ont été confrontés à des situations où il aurait été utile de guider l'appelant pour 100% d'entre eux. Cependant, la fréquence à laquelle ces situations se répètent diffère. En effet, 58% d'entre eux (14 ARM) déclaraient être rarement dans cette situation (<1/mois), 38%

(9 ARM) se retrouvaient face au problème 1 fois par mois et seulement 4% une fois par semaine.

Les motifs d'appels pouvant amener l'ARM à guider l'interlocuteur dans la réalisation de gestes de secours étaient :

- Inconscient : pour 75% des ARM
- Malaise : pour 70 % des ARM
- Hémorragie : pour 30 % des ARM
- Plaie : pour 18 % des ARM

Les autres motifs d'appels n'avaient pas été cités.

Devant de telles situations, l'attitude des ARM était répartie (plusieurs réponses possibles par agent):

- | | |
|---|--------------------------------------|
| - Pas osé le faire : 14 ARM | - Fait avec appréhension : 1 ARM |
| - Passer l'appel au régulateur : 13 ARM | - Fait sans appréhension : 1 ARM |
| - Pas su le faire : 10 ARM | - Passer l'appel à une autre ARM : 0 |

Il est à noter que les ARM ayant fait le « guidage de l'appelant » étaient :

- Le diplômé de secourisme (fait sans appréhension),
- Le plus expérimentée en poste depuis 15 ans (fait avec appréhension).

95% des apprenants pensaient ne pas avoir de connaissances suffisantes en gestes de premier secours avant la formation AFGSU.

Ce pourcentage tombait à 54% après l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

83% des ARM pensaient ne pas être assez armés pour pouvoir guider correctement les appelants dans les gestes de premier secours.

Ils estimaient à 8 sur 10 le degré de difficulté d'un tel exercice (note allant de 5 à 10).

Il n'existait pas de consignes particulières quant au guidage des appelants à effectuer des gestes de premiers secours dans le service.

Pour les ARM n'ayant pas effectué de guidage par téléphone, l'attitude majoritaire était d'attendre l'arrivée des secours.

b) Débriefing des premières séances de simulation

Lors du débriefing des premières séances, le formateur avait noté que dans tous les groupes, les gestes de premiers secours ainsi que les objectifs de ceux-ci étaient bien connus des apprenants.

Pour des gestes simples, par exemple la prise en charge d'une hémorragie par compression manuelle, le guidage était efficace, sans surprise entre ce qu'imaginait l'ARM et le résultat final constaté. Cependant, pour des gestes plus complexes (mise en position latérale de sécurité, libération des voies aériennes supérieures, ...) le guidage était plus laborieux et le résultat final n'était pas conforme à l'image que s'en faisait le guide.

Par ailleurs, les termes utilisés par les ARM étaient souvent techniques, puisés dans le jargon médical.

Deuxième session

a) Questionnaires 2

Au début de la deuxième session, l'étude du second questionnaire montrait que pour 75 % des ARM, l'enregistrement vidéo constituait une gêne lors de la séance précédente.

91 % (20 ARM) ont utilisé la technique de guidage entre la première et la deuxième séance.

Au cours du mois écoulé entre les deux sessions, 13 ARM (65%) avaient utilisé la technique une fois, 5 (25%) l'avaient utilisée une fois par semaine et 2 (10 %) plusieurs fois par semaines.

Les motifs d'appels ayant entraîné un guidage étaient :

- Inconscient : pour 80 % des ARM
- Malaise : pour 75 % des ARM
- Hémorragie : pour 38 % des ARM
- Brûlures : pour 25% des ARM
- Plaie : pour 13 % des ARM
- ACR : pour 13 % des ARM
- Traumatisme : pour 0% des ARM

L'attitude des ARM était répartie comme suit :

- Pas osé le faire : 1 ARM
- Passer l'appel au régulateur : 2 ARM
- Pas su le faire : 0 ARM
- Fait avec appréhension : 17 ARM
- Fait sans appréhension : 3 ARM
- Passer l'appel à une autre ARM : 1

Le degré de difficulté d'une telle démarche, en fonction du motif d'appel se répartissait :

- ACR (Arrêt Cardio Respiratoire) : 10 sur 10
- Traumatismes : 10 sur 10
- Inconscient : 7 sur 10
- Malaise : 7 sur 10
- Hémorragies : 6 sur 10
- Plaie : 6 sur 10
- Brûlures : 5 sur 10

83 % (20/24) des agents pensaient avoir suffisamment de connaissances de gestes de premier secours pour effectuer un guidage par téléphone. Ce chiffre était identique pour les ARM pensant ne pas être suffisamment « armés » pour effectuer une telle démarche.

Le degré global de difficulté de guidage des gestes de secours par téléphone était de 7 sur 10.

En interrogeant les ARM sur les conclusions tirées de la première séance, on constatait que :

- 100% avaient utilisé leurs propres réflexions, après le visionnage de la vidéo, dans leur activité professionnelle.
- 83 % avaient utilisé les remarques du groupe, après le visionnage de la vidéo. (20/24)
- 83 % avaient utilisé l'ensemble des remarques. (20/24)
- 42 % les remarques du formateur. (10/24)
- 42 % avaient eu une réflexion sur la démarche à suivre. (7/16)
- 1 ARM (4 %) s'était entraîné en dehors de ses heures de travail.

Les difficultés ressenties à ce moment de la formation étaient :

- le découpage des gestes à faire effectuer en séquences logiques pour un guidage efficace.
- Rassurer l'appelant et ainsi le convaincre de sa possibilité à effectuer les gestes.

b) Débriefing des deuxièmes séances de simulation

Les notes du formateur montraient alors que les objectifs que s'étaient fixés les ARM étaient de ne pas se précipiter dans la description des gestes, de prendre le temps de rassurer le patient.

Le guidage était globalement plus efficace lors des deuxièmes sessions que lors des premières, notamment pour les gestes complexes comme la mise en position latérale de sécurité. Cependant, le guidage de l'appelant restait dans l'ensemble décousu, manquant de liant et laissait place à de nombreux « blancs » dans la conversation. Les termes utilisés étaient moins techniques, l'utilisation du jargon médical avait disparu.

Questionnaire 3

24 apprenants ont rempli le questionnaire N°3 (à 3 mois de la dernière séance).

Pour 21 d'entre eux, la vidéo n'était pas une gêne lors de la dernière séance de formation.

Tous (24/24) avaient guidé certains appelants afin qu'ils effectuent des gestes de premiers secours, à une fréquence qui était de :

- 1 fois par mois : 2 ARM (8%)
- 1 fois par semaine : 14 ARM (58%)
- Plusieurs fois par semaine : 6 ARM (25%)
- Une fois par jour : 2 ARM (8%)

Les motifs ayant entraîné une telle démarche étaient :

- Inconscient : pour 92 % des ARM
- Malaise : pour 92 % des ARM
- Hémorragie : pour 50 % des ARM
- Brûlures : pour 50 % des ARM
- Plaie : pour 33 % des ARM
- ACR : pour 17 % des ARM
- Traumatisme pour 17% des ARM

L'attitude des ARM montrait un changement par rapport au premier questionnaire :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| - Pas osé le faire : 0 ARM | - Fait avec appréhension : 12 ARM |
| - Passer l'appel au régulateur : 0 ARM | - Fait sans appréhension : 11 ARM |
| - Pas su le faire : 0 ARM | - Passer l'appel à une autre ARM : 1 |

Le degré de difficulté ressenti, selon le motif d'appel, était réparti comme tel:

- Traumatismes : 9 sur 10
- ACR : 7 sur 10
- Plaie : 4 sur 10
- Malaise : 4 sur 10
- Inconscient : 4 sur 10
- Hémorragies : 2 sur 10
- Brûlures : 2 sur 10

22 ARM pensaient avoir suffisamment de connaissances concernant les gestes de premier secours pour guider l'appelant. 20 d'entre eux pensaient avoir les compétences nécessaires pour réaliser un tel exercice.

Le degré de difficulté global de l'activité était, noté à 5 sur 10.

Au cours des 3 mois séparants la dernière session de la formation et le remplissage du questionnaire final, les ARM avaient utilisé :

- Leurs propres remarques après le visionnage de la vidéo pour 22 d'entre eux.
- Les remarques du groupe après le visionnage de la vidéo pour 20 d'entre eux.
- L'ensemble des remarques pour 18 d'entre eux.
- Les remarques du formateur pour 12 d'entre eux.
- 18 ARM avaient eu une réflexion sur la démarche à suivre.
- 10 avaient effectué un entraînement en dehors de leurs heures de travail.

Les difficultés ressenties à ce moment-là étaient de ne pas laisser de « blancs » pendant la conversation, de « fluidifier » le discours pour ne pas laisser l'appelant se poser de question pendant la réalisation des gestes, d'avoir un ton rassurant et de ne pas utiliser de termes trop techniques afin de ne pas effrayer l'appelant.

Discussion

Les fonctions de l'Assistant de Régulation Médicale ont beaucoup évolué dans le temps. Dans la plupart des SAMU en France, il n'est plus seulement un agent administratif dont le rôle est de noter correctement les coordonnées puis de transmettre l'appel au médecin régulateur qui assurera le tri et apportera la réponse adaptée à l'appel.

Le besoin d'organisation, de formation, de réflexion sur leurs conditions de travail se fait bien ressentir au regard des publications annuelles des différentes équipes, publiées notamment lors des Journées de la Société Française de médecine d'Urgence (SFMU – Congrès URGENCES).

La formation « **Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone, par l'Assistant de Régulation Médicale** » entre dans le cadre de la formation continue de ces agents et dans la démarche qualité qu'ils ont entrepris.

Son objectif principal est que les ARM acquièrent la capacité à guider un appelant au SAMU – Centre 15 afin qu'il effectue les gestes de premier secours en attendant les secours plus professionnels.

Au sein d'autres SAMU, la nécessité de construire une procédure de pédagogie du geste au téléphone s'est fait ressentir. ⁶

La faisabilité d'une telle formation ne semble pas poser de problème pour la majorité des CESU.

Le formateur doit connaître les gestes de premier secours et posséder une expérience de la régulation. En effet, celui-ci peut-être conduit à faire un rappel des gestes lors de la première séance, puis à corriger si besoin ceux-ci lors de la suite de la formation. Son rôle de médecin régulateur aura ici valeur de légitimité et lui permettra également de comprendre les difficultés d'interrogatoire et de conseil par téléphone.

La grande majorité des CESU de France, délivre désormais l'AFGSU. Ce genre de médecin (formateur AFGSU) existe donc dans les SAMU – Centre 15.

En ce qui concerne le coût du matériel nécessaire pour la formation, celui-ci reste modeste, le matériel pédagogique étant déjà présent dans les CESU : mannequin pour le massage cardiaque externe, tapis de sol, etc. Le seul investissement éventuel reste le système vidéo. Nous avons utilisé pour ces séances un caméscope « grand public » muni d'un micro. Le prix d'un tel équipement est de l'ordre d'une centaine d'euros.

Le besoin de cette formation s'est fait ressentir par les ARM du SAMU 78. Après l'obtention de l'AFGSU, ceux-ci avaient la volonté d'aider les appelants dans l'exécution des gestes de premier secours, sans savoir réellement comment procéder. Or cette situation semble fréquente. 100% d'entre eux ont été confrontés à ce problème avec une fréquence non négligeable selon le questionnaire que nous leur avons fait remplir.

Les réponses à ce premier questionnaire montrent que lorsque les gestes de premier secours sont connus, les auxiliaires à la régulation n'osent pas se lancer dans une telle démarche, préférant attendre l'arrivée des secours « professionnels ». Le formateur des différentes sessions a bien constaté que les objectifs des gestes de premier secours ainsi que leur réalisation étaient acquis. Une telle attitude semble montrer que, en termes de secourisme, malgré la maîtrise du *Savoir* et du *Savoir Faire*, le frein semble se situer dans le *Savoir Etre*.

L'intérêt de ces séances de simulation semble résider dans le changement de comportement constaté dans l'activité professionnelle des ARM.

Ceux qui n'osaient pas se lancer dans le guidage des appelants entreprennent une démarche progressive, pour des gestes de plus en plus complexes et en trouvant l'exercice moins difficile qu'au début. Ce changement provoque aussi le besoin de l'ARM de réfléchir à cette démarche en dehors de son temps de travail et, pour certains, l'amène à s'entraîner en dehors du SAMU. Cette démarche d'amélioration de la qualité de travail semble initiée par ce genre de formation, sans nouvel apport de connaissance en ce qui concerne les gestes de premier secours.

Pour améliorer le *Savoir Etre* de nos ARM, nous avons choisi d'utiliser la simulation en associant le jeu de rôle à l'autoscopie.

Le jeu de rôle est une technique ancienne, dérivée du psychodrame inventé par le médecin psychiatre et sociologue Moreno vers 1922. Il s'agit d'une scène improvisée entre plusieurs membres du groupe à partir d'un thème professionnel, social, familial, etc.

Les objectifs d'un tel outil pédagogique sont :

- De simuler une situation professionnelle en la vivant pour mieux analyser la complexité de celle-ci et explorer tous ses aspects.
- D'évaluer, de réajuster et d'ouvrir l'éventail des rôles professionnels tenus dans la vie quotidienne. Il permet d'explorer, d'expérimenter, de développer, d'entraîner aux changements et donc de donner à l'individu un plus grand degré de liberté et de spontanéité.⁵
- De révéler les problèmes liés à la communication verbale et non verbale.
- De renforcer l'intégration des connaissances.¹

Cet exercice, souvent utilisé en andragogie, permet au groupe apprenant de sortir de son rôle d'écoute passive. En faisant passer le participant du rôle de récepteur à celui d'acteur, en joignant le geste à la parole et à l'action, il met en jeu une mémoire motrice et affective en plus de la mémoire intellectuelle.⁵

Lors de la formation « **Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone, par l'Assistant de Régulation Médicale** », nous avons utilisé un jeu de rôle de *mise en situation*. Cette simulation permet aux apprenants de faire appel à leur propre expérience, de prendre une distance par rapport à la situation décrite, celle-ci leur suggérant d'autres situations réelles ou vécues.¹² Avec cette expérience et leur savoir (provenant de l'AFGSU) ils vont partager, lors du débriefing avec le formateur et éventuellement avec les autres membres du groupe afin de résoudre le problème posé. Cette résolution n'est plus individuelle et théorique mais collective et issue de l'expérience et de l'action.

Lors de notre formation, nous avons constaté que l'amélioration des pratiques en termes de guidage de l'appelant était réalisée grâce, entre autres, aux remarques faites par l'ensemble du groupe amenant l'individu apprenant à réfléchir sur son activité professionnelle propre voire à s'entraîner seul en dehors de ces heures de travail.

La technique du jeu de rôle comporte cependant quelques risques et limites qu'il ne faut pas négliger. En effet, afin de conserver son efficacité, il doit obéir à un certain nombre de contraintes.

Pour aboutir à l'objectif, qui est de résoudre ensemble un problème posé, il faut l'adhésion de tous les membres du groupe. Pour cela il faut certes un volontariat des participants mais également prendre le soin d'éviter de choisir une situation trop impliquante ou stressante mettant mal à l'aise un, ou plusieurs participants au risque de provoquer une décharge affective trop importante. ⁵⁻¹⁰

Par ailleurs, cette simulation ne doit pas être ressentie par le groupe comme une récréation. L'aspect ludique est important et facilitant pour l'apprentissage, mais celui-ci ne doit pas prendre le dessus. Il faut veiller à expliquer au groupe que l'exercice est partie intégrante de la formation, qu'il s'agit d'aborder un problème et de construire ensemble un savoir et plus particulièrement en ce qui concerne cette formation un *savoir être*. Les consignes de départ doivent être clairement exposés avant de laisser la liberté aux apprenants d'agir dans ce cadre.

C'est dans cet esprit que lors de nos formations, nous avons demandé aux ARM leur volontariat avant de programmer les sessions et que les situations qui allaient être étudiées n'étaient pas imposées par le formateur mais discutées et choisies de concert.

L'objectif de ces formations était que les ARM acquièrent la capacité à guider les appelants afin qu'ils réalisent les gestes de premiers secours. Pour ne pas parasiter le jeu de rôle et son bon déroulement, nous avons pris pour acquis les gestes en eux-mêmes. Et pour que les apprenants ne se sentent pas examinés par le formateur ou les autres membres du groupe, ces gestes étaient répétés et refaits avant le début du jeu de rôle. Ainsi nous avons obtenu l'adhésion de tous et les apprenants n'étaient plus des spectateurs d'une situation artificielle mais les acteurs de situations proches de celles qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie professionnelle quotidienne.

La phase constructive du jeu de rôle est la phase d'*exploitation* ou de *feed-back*. C'est au cours de cette discussion que les idées de chacun se confrontent pour aboutir à la résolution de problème⁵⁻¹⁻¹²⁻¹⁰.

Cette phase est délicate. Il faut, bien entendu, recueillir le ressenti des acteurs de la situation puis dans un deuxième temps ouvrir la discussion avec l'ensemble du groupe.

C'est à ce moment de la séance que les intervenants, apprenants comme formateur utilisent leur mémoire.

Nous avons décidé pour notre formation d'utiliser tous les participants pour la réalisation de ce jeu de rôle. Il était donc impossible pour les ARM en formation de noter leurs impressions ou de remplir une grille d'évaluation.

C'est pourquoi nous avons associé l'enregistrement vidéo au déroulement du jeu de rôle.

L'usage de la vidéo avait ici un double avantage. En plus de l'intérêt de l'autoscopie dont nous allons discuter, le film permettait à l'ARM guide de voir ce qui se passe réellement de l'autre côté du téléphone.

Les appelants avaient pour consigne de ne réaliser que les gestes décrits par l'ARM. Le formateur avait noté que lors des descriptions de manœuvres complexes, comme la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), ou la mise en PLS, il existait une différence entre ce qu'imaginait le guide téléphonique et ce qui se passait en réalité.

Par exemple, lors d'une mise en PLS, au moment de faire pivoter la victime sur le coté, le sauveteur amateur a poussé la victime au lieu de la tirer vers lui. Lorsque le guide a demandé de ramener la jambe vers le secouriste afin de stabiliser l'inconscient, ce dernier a basculé sur le ventre créant un malentendu entre l'appelant et l'ARM. Pour se sortir de cette situation, le « sauveteur » a remis la victime sur le dos puis recommencé la manœuvre. En voyant la vidéo, l'ARM guide a compris l'importance de l'utilisation de certains mots. Cet exemple illustre l'apport de la vidéo car l'acteur du jeu de rôle a pu **se voir et s'entendre** utiliser un terme ambigu, et voir les conséquences qu'il n'avait pas imaginées.

L'autre avantage de la vidéo couplé au jeu de rôle est l'utilisation de l'autoscopie dans la progression du *savoir être*.

L'autoscopie permet la découverte de son propre comportement et l'entraînement actif à de nouveaux comportements.

Selon l'*Encyclopédia Universalis*, l'autoscopie, c'est-à-dire la faculté qu'offre la vidéo de se revoir immédiatement, connaît de multiples applications pour tout ce qui relève de l'acquisition de gestes techniques ou de comportements professionnels ... C'est un instrument idéal pour le modelage individuel en fonction de critères de conformité et d'efficacité, (elle) concerne tous ceux qui usent d'une image publique.

Une autre définition de l'autoscopie la décrit comme une démarche rationnelle et interne d'observation des actes professionnels. L'autoscopie, ou la confrontation du professionnel avec lui même, se veut un facteur d'objectivation de performance en cours de formation et elle ne poursuit pas d'autre but que celui de fournir aux étudiants de bons outils de formation dans le seul souci d'améliorer une prestation.¹¹

Cette technique, associée au micro-enseignement, est utilisée par les professionnels de l'enseignement afin améliorer et de perfectionner le déroulement des cours des professeurs stagiaires, mais aussi en application de classe de langues où ce sont les apprenants qui utilisent l'autoscopie afin de progresser dans l'utilisation du langage. Le déroulement de l'autoscopie répond à une organisation décrite par de nombreux auteurs.

Il est important que des objectifs soient définis au début de la séance. Les observations et les commentaires découlant de la projection vidéo feront référence à ces objectifs. Il est possible alors d'élaborer une grille d'observation qui sera remplie au cours de l'analyse de la vidéo.

La prestation, enregistrée, suit la définition des objectifs.

L'analyse vidéo « a chaud » peut se diviser en deux parties :

- L'auto-analyse (ou auto observation) : l'apprenant regarde seul la vidéo et s'auto critique en référence aux objectifs fixés.
- L'hétéro-analyse (ou analyse partagée) : l'apprenant regarde la vidéo accompagné d'un formateur, d'un tuteur ou de plusieurs de ses pairs. Ensemble ils analysent et « critiquent » la prestation.

Lors de notre formation de guidage par téléphone, nous avons laissé une place importante à l'auto analyse. Cependant, et avec l'accord de tous, elle se faisait en présence des autres ARM du groupe apprenant. Après le premier visionnage de la vidéo, celui qui jouait le rôle de l'ARM guide avait la parole et s'il le désirait pouvait mettre fin à la séquence, ne pas débattre avec ses pairs et le formateur. Cependant aucun apprenant n'a utilisé ce droit de retrait.

Les objectifs étaient définis en début de séance. Les discussions se référaient toujours à ces objectifs. Le rôle du formateur était ici de guider les débats afin que le groupe trouve une solution commune au problème posé sans laisser dériver la discussion en dehors des balises définies en début de séance.

Il y a plusieurs intérêts à l'autoscopie.

L'utilisation de la vidéo « à chaud » est un excellent outil de feed-back. Il a l'avantage d'être immédiat, de permettre d'effectuer des pauses facilitant le débat. L'enregistrement de la performance permet aussi de garder l'objectivité au sein du groupe. En effet, un protagoniste, face à son image et à sa prestation, peut être amené à utiliser des mécanismes de défense et remettre en cause les observations du groupe ou du formateur. En utilisant la vidéo comme moyen objectif d'observation, il est possible à l'enseignant de contourner cet obstacle, sans pour autant mettre en difficulté l'acteur principal, et ainsi de faire continuer et progresser le débat. Cette objectivité du débriefing renforce la discussion.

L'autoscopie lors de l'auto analyse donne également l'opportunité à l'utilisateur de constater par lui même la différence objective entre la performance effectuée et la performance souhaitée. Il mesure alors l'écart entre ce qu'il a fait et les objectifs que le groupe s'était fixés, et ainsi l'effort personnel qu'il doit fournir.

Selon Larin⁷, ce constat génère une volonté de modifier son comportement professionnel. Ce sentiment est une condition essentielle à l'amélioration de la pratique professionnelle.

Au cours de l'analyse partagée, les idées énoncées par le groupe seront autant d'armes pour diminuer l'écart qui sépare les apprenants des objectifs.

Les ARM, ayant suivi la formation que nous avons étudiée, répondent en effet qu'ils tiennent compte de leurs remarques personnelles mais aussi de celles de l'ensemble du groupe.

Il est cependant important de respecter certaines règles pendant l'utilisation de l'autoscopie. La possibilité de se revoir dans l'acte entraîne une prise de conscience, une remise en question, un constat de la différence entre *l'image de soi* et *une image réelle de soi*.⁸ En effet, le but de cette démarche est de porter un regard critique sur soi. L'apprenant doit donc accepter cette remise en question et être conscient qu'il n'est pas jugé mais que ses éventuelles erreurs vont permettre à chacun de progresser. Il faut aussi accepter d'être vu, voire d'être critiqué par ses pairs.

Cependant, le choc provoqué par la confrontation entre ses deux images est un facteur favorisant la mémoire, et par conséquent l'apprentissage.

Dans ce genre d'exercice, le rôle du formateur est de guider le groupe en tenant compte des objectifs de la séance et d'être vigilant lors du débat pour qu'aucun ne soit remis en cause en tant que personne ou critiqué de façon négative.

C'est pour minimiser ce genre d'inconvénient que de nombreux auteurs insistent sur l'élément indispensable à la réalisation de l'autoscopie : le volontariat.⁴⁻⁷⁻⁸

La situation servant de support à l'autoscopie doit être contrôlée par le formateur. Il faut s'assurer que celle-ci ne va pas entraîner une remise en question de l'apprenant en tant que personne, altérer l'image de soi de façon négative, provoquer un stress paralysant et inutile chez un apprenant manquant d'assurance.

Afin d'éviter ces situations, il peut être intéressant qu'en début de séance, le formateur annonce une rotation des tâches. Au cours de notre formation, Chaque membre du groupe était tour à tour ARM guide, victime, puis appelant etc. Ainsi, nous ne sommes pas en présence d'un cobaye observé par des critiques mais d'un groupe solidaire. La force du groupe permet à l'apprenant manquant d'assurance de se fondre dans son sein.⁸ Alors, il y a moins de différence entre auto-analyse et hétéro-analyse et c'est l'ensemble des prestations qui permettront de résoudre les problèmes posés.

Les séances de simulation que nous avons réalisé dans la formation d'« Aide au guidage de gestes de premier secours par téléphone, par l'assistant de Régulation Médicale » semblent induire un changement de comportement professionnel chez les ARM.

En analysant les résultats des questionnaires, nous pouvons constater que le besoin se faisait ressentir pour tous les ARM mais que peu d'entre eux se lançaient dans le guidage de l'appelant. Cette tendance s'inverse au cours de la formation et tous les apprenants avaient utilisé la technique lors du questionnaire rempli 3 mois après la deuxième séance.

L'exercice reste difficile. Cependant nous constatons que la répétition des séances de simulation diminue le degré de difficulté ressentie. En effet, les ARM estimaient à 8 sur 10 la difficulté en début de formation et à 5 trois mois après les deux séances. Cette diminution de la difficulté, la résolution des problèmes que pose ce guidage a été trouvée à la fois dans la vision de sa propre image, et des conclusions personnelles que l'apprenant en a tirées, mais aussi de la force du groupe et des remarques des pairs.

Les notes du formateur montrent aussi ce progrès. Au début de la formation, et ce quel que soit le groupe, les difficultés ressenties étaient d'ordre technique. Les problèmes portaient sur le découpage des gestes et sur la capacité de l'ARM guide à bien transmettre les consignes.

En fin de formation, les préoccupations portent plus sur l'utilisation des mots, sur la fluidité du discours et non plus sur la méthode. Ces préoccupations sont identiques lors de tous les appels, même en dehors de situations nécessitant un guidage.

La simulation semble avoir permis aux apprenants de trouver les solutions aux problèmes organisationnels et dès lors, les difficultés restantes ressemblent à celles qui sont leur quotidien dans l'interrogatoire d'un appelant (ne pas laisser de blanc dans la conversation, ne pas utiliser de termes trop techniques). Grâce à la simulation, les ARM ont pris conscience que ce qu'ils disaient n'était pas automatiquement compris comme tel.

Cependant, pour certaines manœuvres, le degré de difficulté a peu diminué. Ce sont des gestes complexes, la RCP et la prise en charge d'un traumatisé, qui génèrent de la part de l'appelant une forte décharge émotionnelle rendant la communication entre lui et l'ARM guide difficile. La répétition de séances de simulation en formation continue et suivant des scénarii variées permettrait certainement de rapprocher le degré de difficulté de ces situations des autres. Cette hypothèse est la base d'un travail que le CESU 78 accomplira dans son centre de simulation.

Conclusion

La fonction de l'Assistant de Régulation Médicale a beaucoup évolué depuis le début des SAMU en 1980. Dans la majorité des SAMU de France, ce sont ces ARM qui assurent le tri des appels, l'envoi des premiers secours, voire la réception des bilans provenant des effecteurs de la permanence des soins.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité des services rendus par ces agents, nous avons initié une formation d'aide au guidage, par les ARM, de l'appelant afin qu'il réalise des gestes de premier secours.

Cette formation associe le jeu de rôle et un enregistrement vidéo permettant une autoscopie.

L'évaluation de cet enseignement semble nous indiquer l'efficacité d'une telle démarche. L'adhésion des apprenants est acquise et tous utilisent, dans leur vie professionnelle, ce qu'ils ont appris au cours de la formation. Ils ont le sentiment que la difficulté de l'exercice diminue au cours du temps.

Cependant ce guidage reste difficile et il semble nécessaire de poursuivre ces simulations tout au long de la carrière, en formation continue. Certaines situations ne se prêtent pas encore à un guidage efficace et simple, par exemple l'Arrêt Cardio Respiratoire. Cela semble être dû à la complexité du geste de réanimation cardio-pulmonaire et à l'impact psychologique présente chez l'appelant voire chez les ARM.

Nous n'avons pas pu déterminer la fréquence de répétition de la formation nécessaire pour rendre cet exercice plus facile.

En réitérant cette formation, il serait alors possible de modifier la composition des groupes et de rendre ainsi l'autoscopie plus efficace, plus critique.

En utilisant la simulation, nous avons constaté, pour l'ensemble des ARM, un changement de comportement professionnel. En voyant sa prestation, en l'analysant seul puis en groupe, l'agent s'est rendu compte de l'écart entre l'objectif qu'il se fixe et son comportement professionnel. Dans une démarche d'amélioration de la qualité, les ARM ont mené une réflexion individuelle et un auto-entraînement en dehors des heures de travail. Ils ont également demandé un travail sur le « pouvoir » des mots, constatant que ce qu'ils voulaient dire n'était pas forcément compris comme tel. À la

suite des séances d'autoscopie, le CESU des Yvelines s'est rapproché d'un linguiste travaillant avec les ARM, afin de disséquer certains appels. Les résultats de ce travail seront bientôt publiés.

Une autre possibilité pouvant améliorer l'efficacité de cette formation pourrait être l'utilisation de vrais novices pour jouer le rôle de l'appelant. En effet, lors de notre modèle, ce rôle était tenu par un ARM ayant bénéficié de l'AFGSU au même temps que l'ARM guide. Ce fait induit peu être un biais, puisque le supposé témoin connaît les gestes de premier secours et qu'inconsciemment il interprète les mots du guide. Nous étudierons cela dans un travail ultérieur, lorsque les équipes seront familiarisées avec l'autoscopie.

Références - Bibliographie

- 1 – **Abramovici** et col : Technique d'animation : Le jeu de rôle ; Pédagogie Médicale
DOI: 10.1051/pmed : p 241-242
- 2 – **Arrêté du 3 mars 2006** relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence ; NOR : SANP0620923A
et
Circulaire DGS/SD2 n° 2006-207 du 10 mai 2006 relative à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) ; NOR : SANP0630236C
- 3 – **Arrêté du 4 juin 2013** relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (branche assistance en régulation médicale)
- 4 – **Cou MH** : Utiliser efficacement la vidéo en formation – l'autoscopie à l'usage des enseignants et formateurs ; ESF éditions, 1995,
- 5 – **Depêtre V**, Pierre M : Le jeu de Rôle ; Fichiers techniques de formation – L. Paquay. UCL/EDUC, 1997. D-02 P.44 – 47
- 6 – **Gonzalez D**, Dissait F, Colomb S, Larbre C, Ribeiro M : Amélioration de la qualité au sein de l'équipe PARM du SAMU 63. J.JEUR.2009.03.56
- 7 – **Larin G** : La vidéoscopie et ma formation pratique des enseignants : de l'alternative à la nécessité ; Université de Laval – Canada ;
www.sites.fse.ulaval/reveduc/html/vol1/no3/video.html
- 8 – **Lecoïnte M** : Vidéo-formation : miroir, mémoire, pouvoir ; Revue Française de pédagogie, Vol 72 N°1, 1985 p 31 – 40
- 9 – **N.Iuaki**, K.Morin, S.Meunier, C. Ereac, F.Denys, AS.Aoualli, P.Fournies, Y.Lambert : Évaluation de la formation des PARM en 2008 ; Journal Européen des Urgences (2009) 22S, A191- A194
- 10 – **Perea M** : Anier un jeu de roles ; réseau national CrCOM ; www.crcom.ac-versailles.fr/spip.php?article41
- 11 – **Ponnamperuma S** : Student's Cognition prior to microteaching and their perception of microteaching performance ; M. ED, Dissertation, University of Stirling, Ecosse.
- 12 – **Premat C** : Pour une pédagogie du jeu de rôle ; edutice - edutice.archives-ouvertes.fr/edutice-00157511/fr/
- 13 – **Statut particuliers des personnels administratif de la catégorie B de la fonction publique hospitalière** : Art 12 et 23 du décret n° 2011-660 du 14 juin 2011