



Lyon, Jeudi 23 Juin 2022



Atelier « Simulation Relationnelle »

Comment organiser et optimiser les sessions

(trucs, astuces, pièges à éviter...)

G. Llorca et A. Derrier-Sanlaville

<https://pl3s.univ-lyon1.fr>



Les 2 types de simulation relationnelle :



En équipe



Individuelle

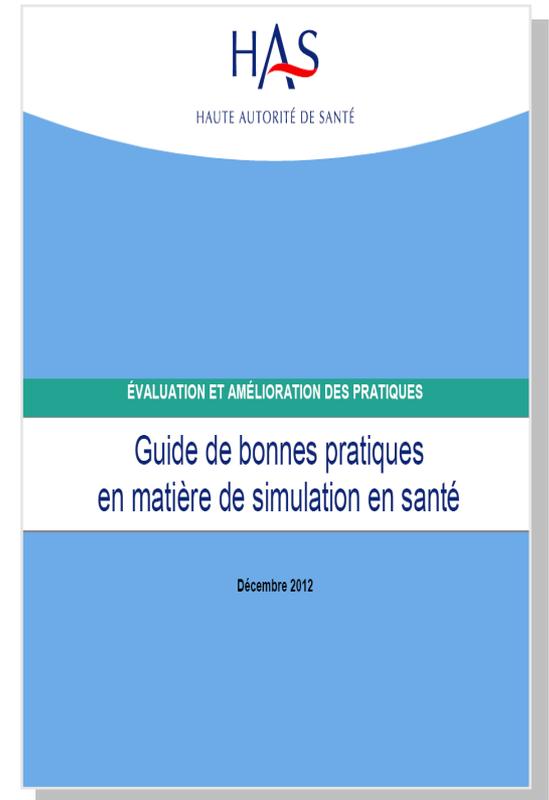
Critères	Simulation relationnelle 'en équipe' (SRe) (Medical Team Training ou MTT)	Simulation relationnelle 'individuelle' (SRi) (Non Technical Skills ou NTC)
Centrage	<i>Équipe</i>	<i>Soignant</i>
Responsabilité	<i>Partagée</i>	<i>Individuelle</i>
Représentations	<i>Identiques</i>	<i>Différentes</i>
Référentiel	<i>Protocolaire</i>	<i>Consensuel</i>
Analyse Evaluation	<i>Action</i> (Communication, Coopération, Coordination)	<i>Accord</i> (Qualité de la DMP)

Justification de la simulation relationnelle :

(analyse de besoin)

1. **Factuelle** : Facteur humain ≥ 90 % erreurs médicales et insatisfactions (médiations) .
2. **Cible** : concerne **tous** les soignants.
3. **Ethique** : « *jamais la première fois avec un patient... sans simulation encadrée préalable* » → introduit le droit à l'erreur sans risque.
4. **Pédagogique** : > aux méthodes classiques pour l'acquisition, l'évaluation et la validation des **compétences**.
5. **Administrative** : intégrée par les textes réglementaires (médecine, maïeutique, odontologie, IFSI...) et HAS.
6. **Mécolégale** : nouveau critère de **bonnes pratiques** et d'**accréditation**.
7. **Economique** : bon « **retour sur investissement** »...

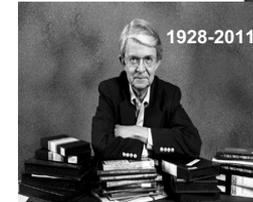
Les techniques :



Fondements de la démarche 'relationnelle' :

• Assise historique :

- Jacob Levy Moreno : théâtre spontané ('impromptu') 1921, « jeux de rôle » 1930...
- Howard Barrows : « standardised patients » 1963...
- Ronald Harden : OSCE ou ECOS (BMJ 1975)



• Assise conceptuelle (compétences non techniques) :

- *Le 'bon soignant', en plus de son expertise médicale et technique, doit*

Critères	➔	Compétences générales
Ecouter, Comprendre, Expliquer	➔	Communiquer en santé
Analyser les représentations	➔	S'adapter
Assurer la continuité des soins	➔	S'organiser
Assumer ses responsabilités	➔	Agir éthiquement

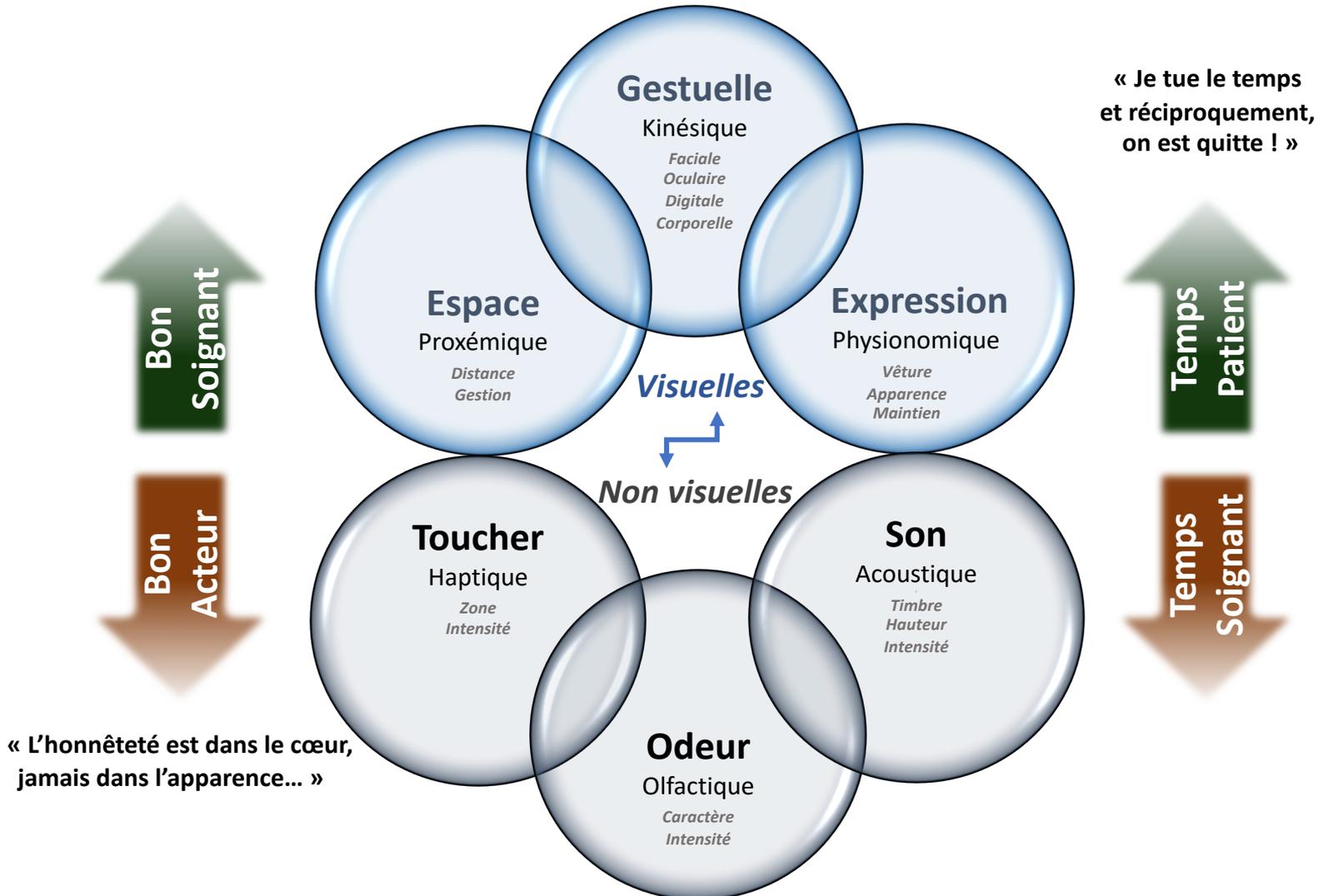
Composante verbale de l'échange (langage & outils) :



1. La consigne
2. Le questionnement
3. La neutralité
4. **L'écoute active***
5. **Le silence***
6. La relance
7. La reformulation
8. Le résumé
9. **Le répertoire sémantique*** (signifiant/signifié)
10. **La métaphore***



Composante non verbale de l'échange (vecteurs messagers) :





« Autoscopie et non-verbal » :



Le langage non verbal représente > 80 % de notre communication

(A. Mehrabian et S. Ferris)

'Langage non verbal' & COVID-19 🙄

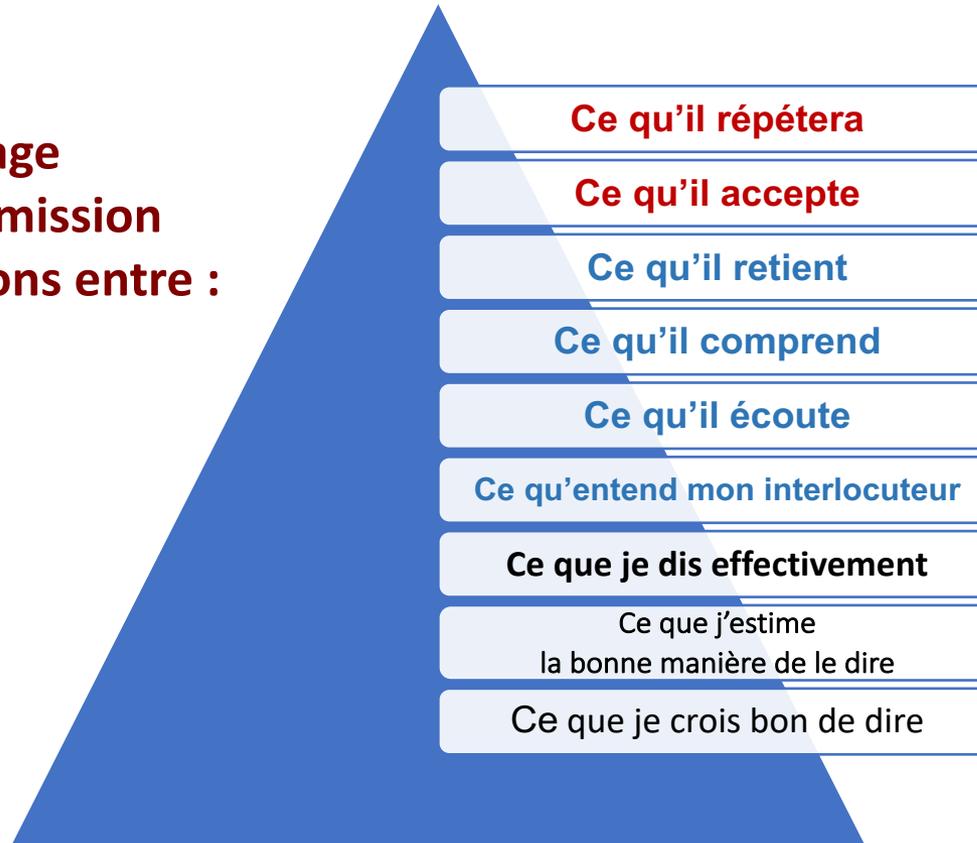


Convaincre : la pyramide de Leavitt

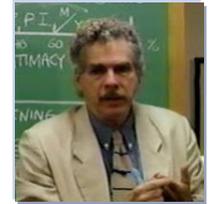
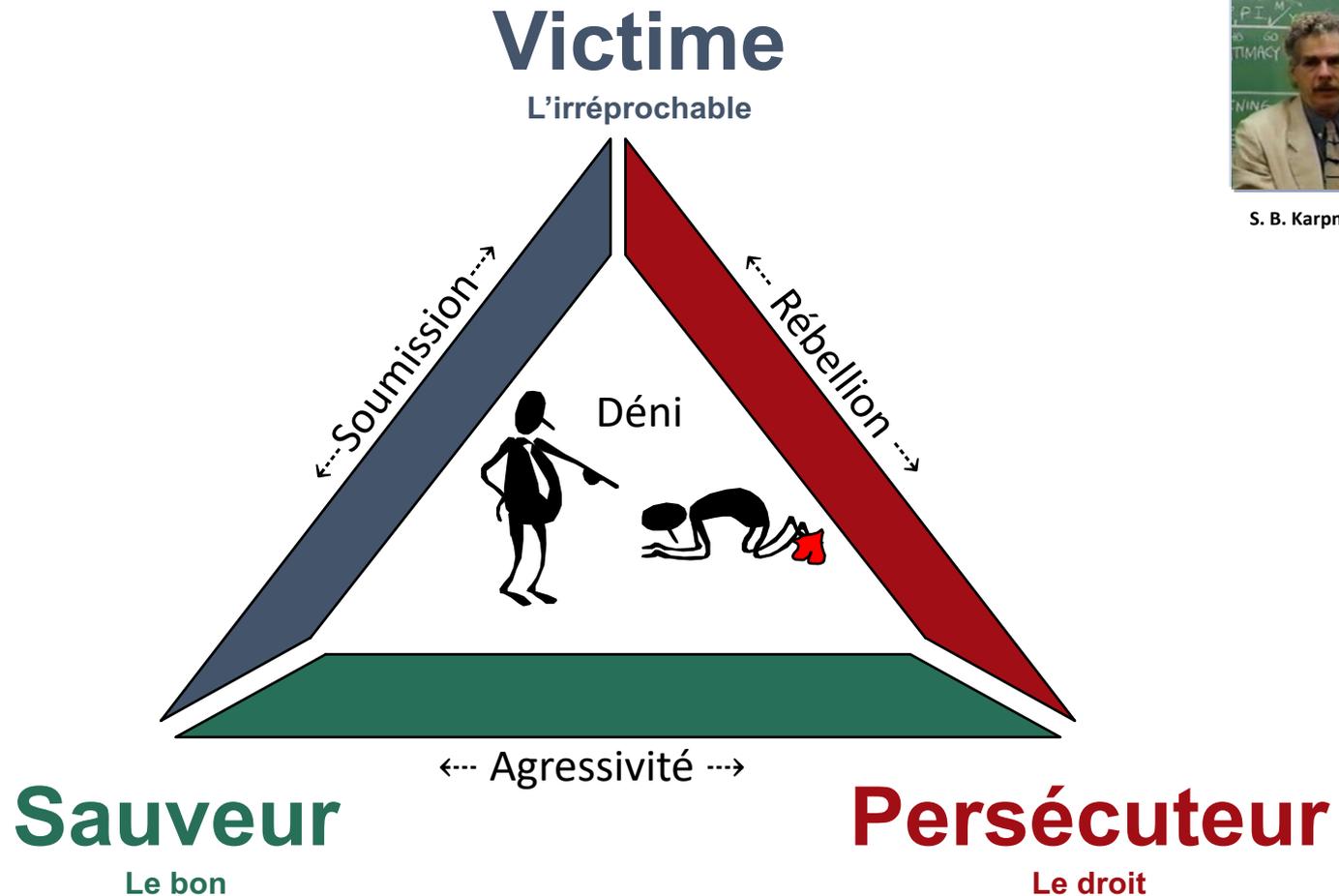
**Tout message
lors de sa transmission
subit des altérations entre :**



Harold J. Leavitt
1922-2007



Le triangle « dramatique » SVP :



S. B. Karpman

les représentations en santé, pourquoi les explorer :

1. **Mettre en congruence** les répertoires sémantiques.
2. **Evaluer** ce que l'autre sait.
3. Savoir à **qui** l'on s'adresse.
4. Comprendre et anticiper les **comportements**.
5. Favoriser **écoute active, confiance et empathie**.
6. **Optimiser** l'information, la décision médicale partagée et l'observance.

Il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé

Albert Einstein
(1879-1955)

Principales représentations sociales en santé :

• La vie

1. Début de la vie : grossesse / naissance
2. Espérance de vie / longévité
3. Qualité de vie
4. Potentiel de santé
5. Sexualité et reproduction
6. Vieillesse, retraite
7. Mort : attendue/inopinée, naturelle/indue, normale/injuste

• La personne

1. Antécédents personnels et familiaux
2. Apparence physique (corps), vêtue, mode, codes sociaux
3. Environnement familial, amical, professionnel, géographique, planétaire, cosmique
4. Alimentation, activité physique, sport, loisirs
5. Qualité et sécurité
6. Temps et durée
7. Travail et pénibilité

• La santé

1. Art médical / science
2. Croyances, médias et santé
3. Education à la santé
4. Niveau socioculturel
5. Réussite sociale et personnelle
6. Décision et conflit en santé
7. Risque en santé

• La maladie

1. Diagnostic organique / mental, étiologie, évolution et pronostic
2. Santé, handicap, norme
3. Dépendance (physique / psychique / morale)
4. Douleur et souffrance
5. Guérison, stabilisation, rémission, échec thérapeutique
6. Urgence vitale / psychique
7. Vulnérabilité, dignité, euthanasie

• La médecine

1. Science, 'EBM', niveaux de preuve, références, technophilie / technophobie
2. Compétence, erreur, faute, confiance, responsabilité
3. Médecine préventive, prédictive, curative, palliative, alternative, de complaisance...
4. Traitement, soin, médicament, bénéfique / risque, perte de chance / risque inutile
5. Personnels de soin
6. Etablissements de soin
7. Assurance maladie, aide sociale, accès aux soins

Choix du type d'acteurs en simulation relationnelle :



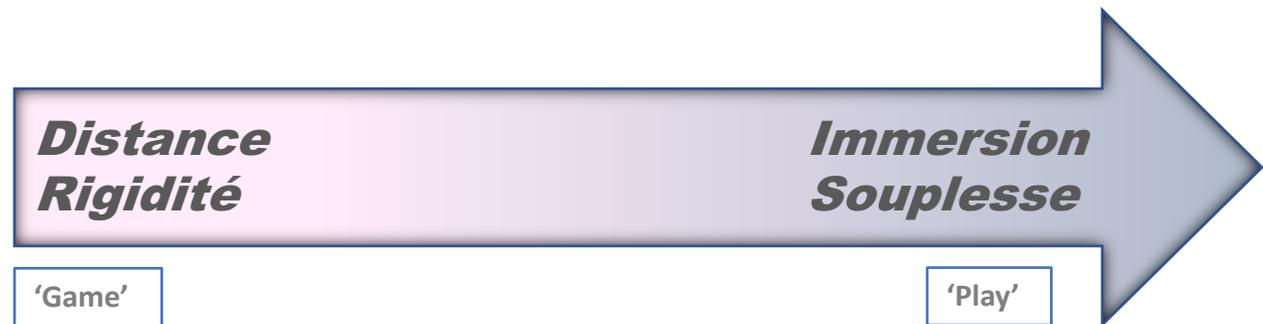
Institut pour la démocratie en santé

Association of Standardized Patient Educators
 222 S Westmonte Dr Ste 101
 Altamonte Springs, FL 32714USA
 Ph: +1 (407) 774-7880
 Fax: +1 (407) 774-6440
admin@speducators.org

	Dénomination	Types d'acteurs	Avantages	Limites
Patients simulés	Patient partenaire (Pp)	Vrais patients	Réalisme Uniformité	Lourdeur logistique Secret professionnel
	Patient standardisé (Ps)	Acteurs professionnels	Uniformité	Lourdeur logistique Coût élevé
		Entre enseignants ou mixte	Uniformité	Climat de jugement Faible immersion
	Patient apprenant (Pa)	Entre apprenants	Coût faible Forte immersion	Nombre de formateurs Variabilité 
		Film des apprenants	Uniformité Coût faible	
Patient virtuel (Pv)	Cas rédigés	Uniformité	Rigidité Faible immersion	
	Avatars	Uniformité	Lourdeur logistique Coût élevé	

Catégories d'acteurs selon l'intention pédagogique :

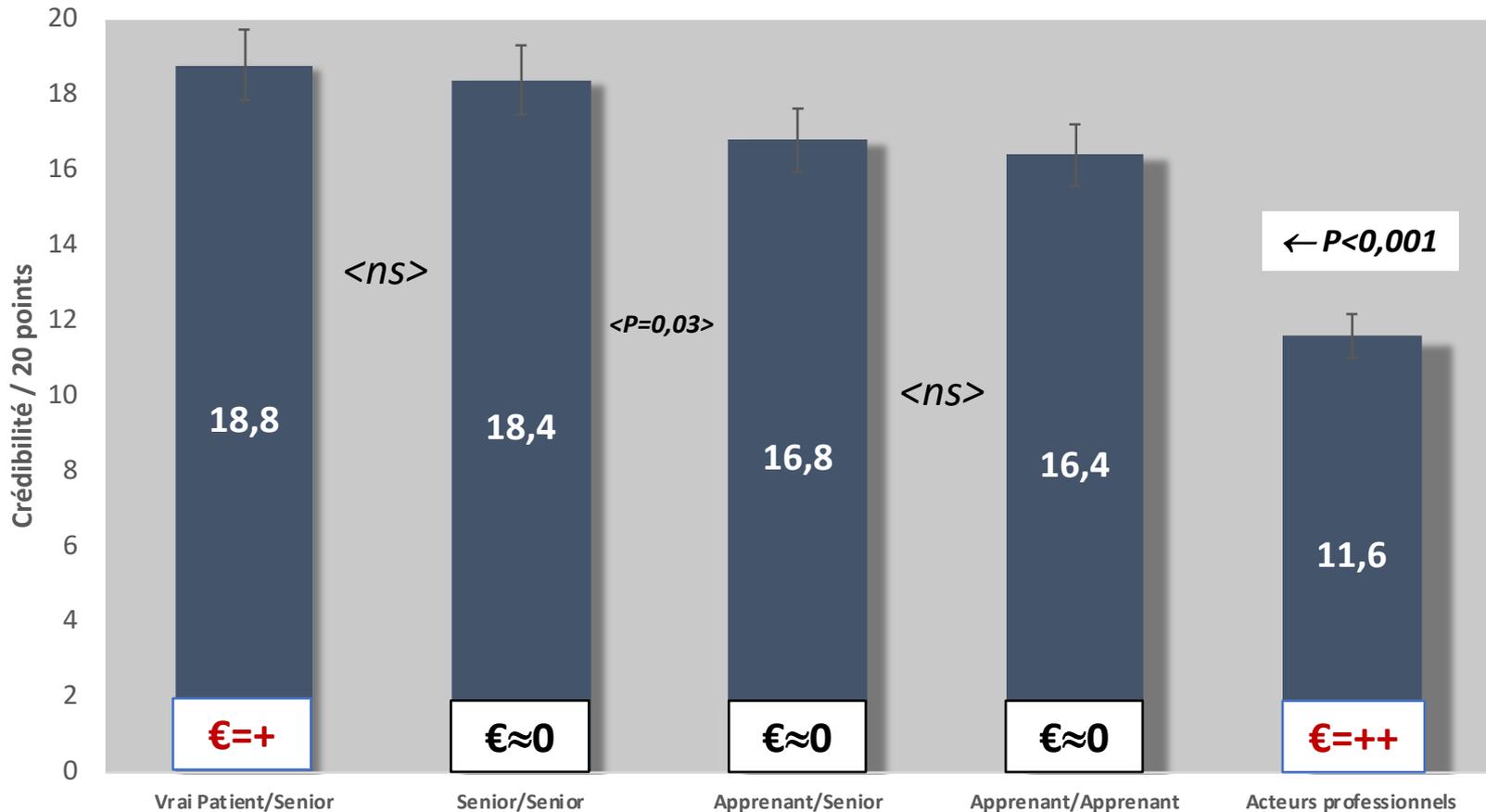
Intentions pédagogiques	Acteurs 'professionnels'	Acteurs mixtes	Personnels concernés
ECOS†	+	±	-
ARC‡, ART‡	±	+	±
Analyse comportementale	-	±	+



†ECOS = Examen clinique objectif structuré
‡ARC = Apprentissage du raisonnement clinique
‡ART = Apprentissage du raisonnement thérapeutique

Comparaisons des différentes catégories d'acteurs :

Critères analysés : Intérêt, Réalisme, Crédibilité, Utilité



N=48 dont 19 seniors (1 Anesthésiste, 3 Cancérologues, 1 Chirurgien, 2 Psychiatres, 4 Odontologistes, 1 Endocrinologue, 1 Gastro-entérologue, 1 Généticien, 1 Gériatre, 1 Hématologue, 1 Cardiologue, 1 Radiologue, 1 Réanimateur) et 29 étudiants en FASM3 à la FMMLS. Présenté à la Conférence des Doyens ARA 2018. Avec : coût = 0 à +++ €.

Simulation en PACES

(22/03/2016, 21/03/2017,

20/03/2018)





1 Le briefing

Format d'un atelier

Durée = 3 à 4 h
Effectif = 8 à 12



La convivialité



2 Les jeux



*Ancienne
Plateforme
CHLS*



3 L'autoscopie



4 Le débriefing



5 L'analyse des pratiques

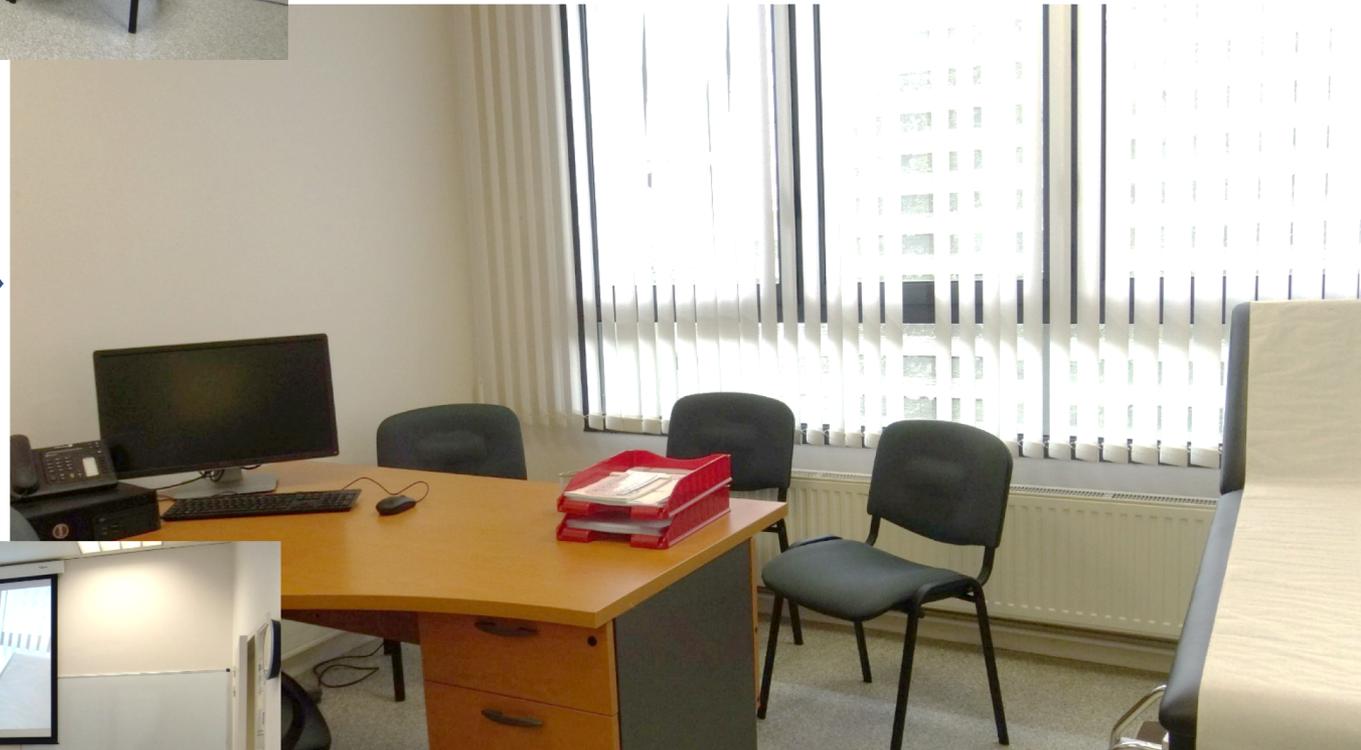


Zone relationnelle *'consultation'* :



Salle d'attente

Bureau de consultation



Salle de débriefing



Zone relationnelle *'chambre médicalisée'* :



Salle d'attente

Chambre médicalisée



Salle de débriefing



Formation à la téléconsultation au PL3S :

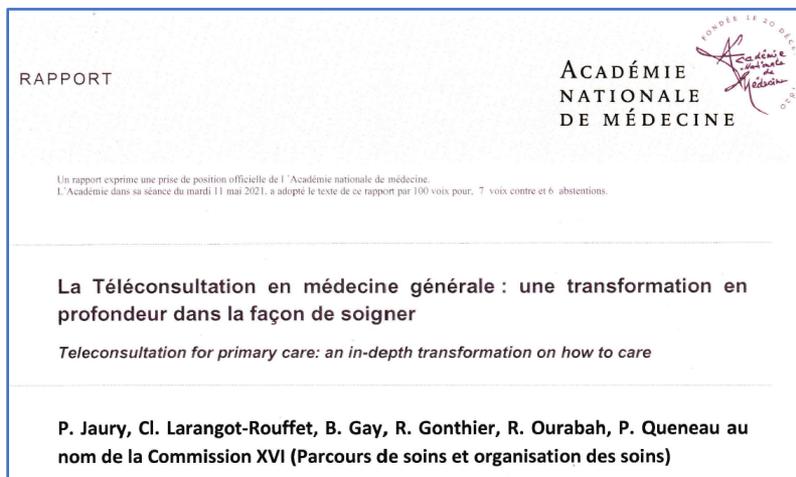


Points forts :

- COVID-19
- Surveillance patients chroniques
- Amélioration de l'accès aux soins...

Aléas et inconvénients :

- Examen clinique problématique
- Relation médecin-malade médiée
- Connexions haut débit...



Simulation hybride, pluridisciplinaire, in situ... :



Travail en équipe (action) : Communication, Coopération, Coordination
Comportement individuel (accord) : Décision Partagée

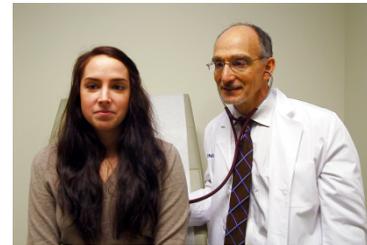


Le jeu de rôle :



*La comédie est
« un jeu qui imite la vie »
Bergson*

- Est un **outil pédagogique** où l'apprenant :
 - expérimente une situation professionnelle simulée lui permettant d'exercer des habiletés de **communication**, d'apprentissage du **raisonnement clinique** et **thérapeutique**;
 - peut essayer **différentes façons d'intervenir** et d'en **percevoir les effets** (autoscopie);
 - se situe dans un **contexte protégé** et non préjudiciable au patient.



Girard G., Clavet D. et Boulé R. Pédagogie Médicale 2005;6:178-185

Que rédiger :

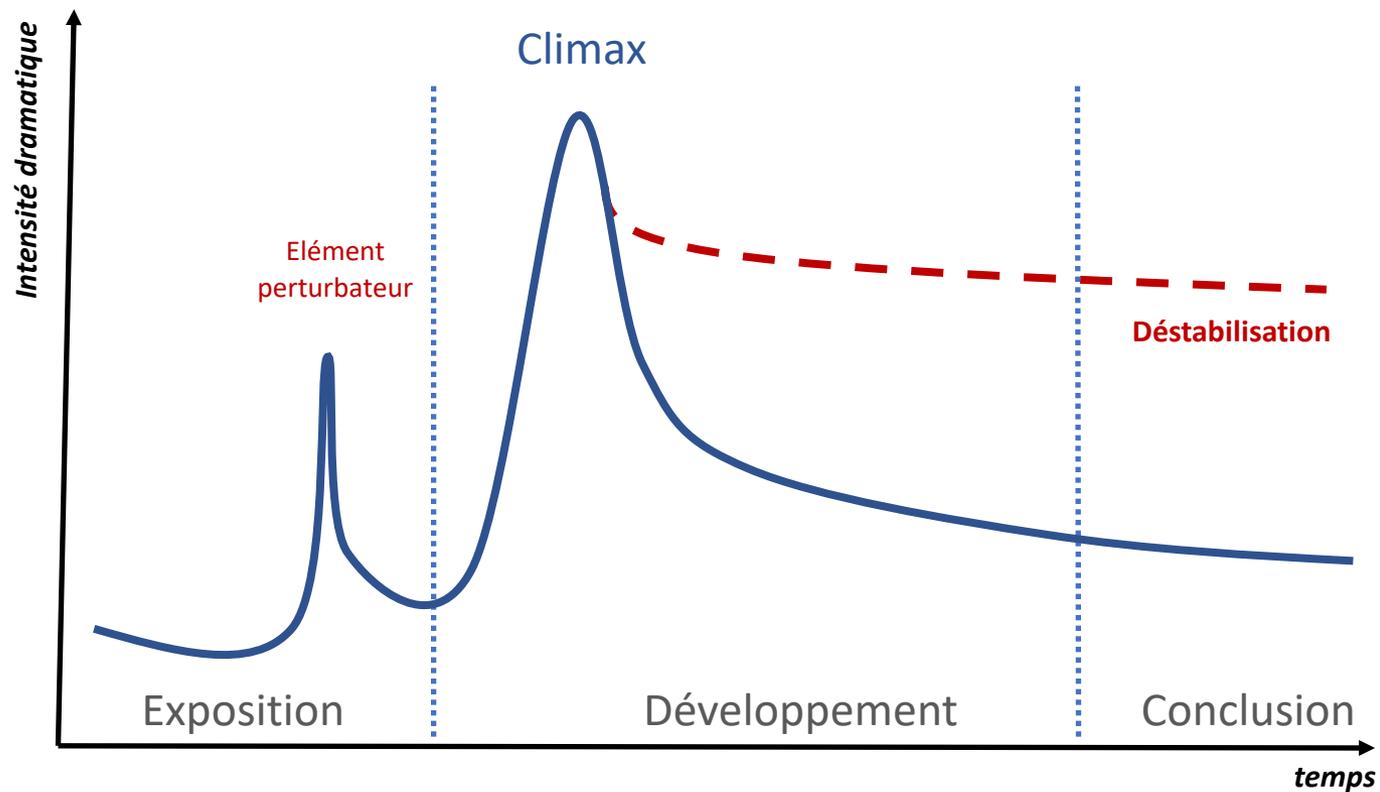
Scénario ('game')

1. **Directif** (pas d'improvisation)
2. Dialogue précis (script)
3. Action imposée :
(Script, didascalies, découpage, story-board)
4. Acteurs 'professionnels'
5. Apprenant passif (guidé)
6. Exemples :
 - « Patient standardisé »
 - « Patient virtuel »

Synopsis ('play')

1. **Semi-directif** (permet l'improvisation)
2. Dialogue libre
3. Action libre :
(Seul le cadre de la situation est imposé)
4. Acteurs non professionnels
5. Apprenant actif (immersion)
6. Exemples :
 - « Jeu de rôle entre apprenants »
 - « Pathodrame »

Dramaturgie d'un synopsis :



Thématiques relationnelles complexes (FASM3, 3^o cycle et FC) :

I-Annonces complexes :

Mauvaises nouvelles :

1-Erreur avec / sans dommage associé aux soins

2-Malformation congénitale ou génétique

3-Déficiences, incapacité, Handicap momentané / définitif ; Physique / Psychique / sensoriel

4-Maladie sévère avec / sans possibilités thérapeutiques ; Aigue / Chronique

5-Décès Attendu / Inopiné

II-Situations complexes :

1. Abstention thérapeutique, euthanasie
2. Abus d'autorité
3. Acharnement thérapeutique
4. Agressivité, agitation
5. Appel de détresse
6. Conflit d'intérêt
7. Communication à distance (écrit, téléphone, Internet...)
8. Demande de prélèvements d'organes et de tissus
9. Dépendance (affective, physique)
10. Décision partagée
11. Fin de vie (LAT)
12. Frustration
13. Information des proches
14. Information du risque
15. Maltraitance
16. Poly-médication, automédication
17. Recrutement en essai clinique
18. Refus de soin
19. Respect du secret professionnel
20. Urgence

Objectifs généraux

(répertoire personnel des thématiques) :

1 Patient standard

- 1-Premier contact non programmé
- 2-Premier contact programmé
- 3-Accueil
- 4-Recueil d'informations
- 5-Examen physique et gestes techniques
- 6-Annonce diagnostique
- 7-Information pronostique et risque
- 8-Propositions d'examens complémentaires
- 9-Propositions thérapeutiques et ordonnance, TAC
- 10-Information sur les soins
- 11-Information sur les effets indésirables
- 12-Décision partagée
- 13-Définition des critères de suivi
- 14-Mise en place du suivi médico-administratif
- 15-Synthèse, dossier médical, Information des tiers

2 Techniques particulières

- 16-Communication téléphonique
- 17-Communication écrite
- 18-Communication par Internet, télé-médecine

3 Patient particulier

- 19-Nouveau-né, enfant
- 20-Adolescent
- 21-Personne âgée
- 22-Grossesse
- 23-Agité ou agressif
- 24-Confus, comateux
- 25-Fruste, analphabète, incompetent
- 26-Logorrhéique, mutique
- 27-Malentendant, dysphonique, malvoyant, vulnérable
- 28-Handicapé physique ou mental
- 29-En ébriété, Toxicomane
- 30-Avec barrière linguistique
- 31-Avec des croyances différentes
- 32-Douloureux, en souffrance
- 33-Procédurier, hyper-exigeant
- 34-Non observant
- 35-Incivique, impatient
- 36-Malade imaginaire
- 37-Dépressif, suicidant

4 Circonstances particulières

- 38-Abstention thérapeutique, euthanasie, LAT
- 39-Abus d'autorité
- 40-Acharnement thérapeutique
- 41-Annonce d'un cancer
- 42-Annonce d'un décès
- 43-Annonce d'un dommage associé aux soins
- 44-Annonce d'une erreur
- 45-Annonce d'une maladie chronique
- 46-Annonce d'une mauvaise nouvelle
- 47-Appel de détresse, violences
- 48-Communication professionnelle, médecine militaire, médecine du travail, médecine de catastrophe...
- 49-Conflit d'intérêt
- 50-Demande de prélèvement d'organe et tissus
- 51-Dépendance physique et psychologique
- 52-Entrevue en présence d'un tiers/visite médicale au lit du malade
- 53-Epuisement professionnel
- 54-Essai clinique
- 55-Information des proches
- 56-Maltraitance
- 57-Poly-médication, automédication
- 58-Refus de soin
- 59-Respect du secret professionnel
- 60-Urgence

Des objectifs... aux compétences

(exemples) :

Thématiques générales	Thématiques spécifiques	Compétences (objectifs opérationnels)
6-Annonce diagnostique	20-Adolescent	Adaptation de l'information à l'âge et aux titulaires de l'autorité parentale
10-Information sur les soins	25-Fruste, analphabète	Utilisation du langage métaphorique
12-Décision partagée	24-Somnolent, incompetent, comateux	Directives anticipées Personne de confiance
43-Annonce d'un dommage associé aux soins	23-Agité ou agressif	Gestion de l'agressivité et des conséquences d'une erreur
57-Polymédication , automédication	21-Personne âgée	Arrêt des traitements non justifiés automédication et « <i>déprescription</i> »
58-Refus de soin	31-Avec des vécus différents	Analyse comparative des représentations

Compétences médicales professionnelles :

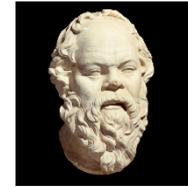
Compétences conceptuelles (capacités)	Compétences habilitantes (manifestations observables)
1.Expertise médicale	1-Application des sciences cliniques et biomédicales fondamentales 2-Évaluation et gestion cliniques axées sur le patient 3-Interprétation des tests diagnostiques sollicités 4-Maîtrise des compétences procédurales de son type d'exercice 5-Raisonnement clinique
2.Expertise relationnelle	6-Communication en santé (écoute active, langages, reformulation, silence...) 7-Empathie 8-Confiance 9-Exploration des représentations des patients et de l'entourage 10-Information claire 11-Objectifs de soins 12-Décision médicale partagée
3.Adaptation	13-Complexité, incertitude et ambiguïté dans la prise de décision clinique 14-Intégration des rôles transversaux 15-Participation au sein de l'équipe de soins 16-Prise en compte des représentations différentes 17-Sécurité des patients
4.Organisation	18-Continuité des soins 19-Gestion du temps 20-Gestion des moyens disponibles 21-Plan de traitement
5.Responsabilité	22-Amélioration de la qualité des soins 23-Conscience des limites de sa propre expertise 24-Consentement aux soins et à l'information 25-Devoir de prodiguer des soins 26-Établissement des priorités en matière de responsabilités professionnelles 27-Prise de décision clinique 28-Respect des règles déontologiques et des principes de l'éthique médicale

Briefing 'relationnel' :

10 règles de base :

1. Présentation de l'animateur.
2. Présentation des participants.
3. Mise en confiance des participants (interactivité, commodités, horaires...).
4. Rappel des objectifs généraux.
5. Rappel des règles de la simulation.
6. Affirmation d'absence de jugement de valeur individuel.
7. Indication des règles de confidentialité.
8. Recueil des droits à l'image si vidéo.
9. Réflexion groupale sur la thématique spécifique ('activité brise-glace').
10. Désignation des acteurs et affectation des rôles individuellement.

Le débriefing centré 'compétences' :



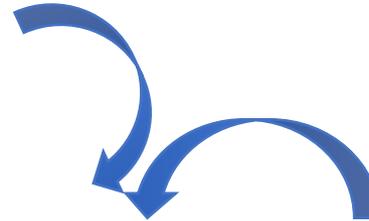
Socrate

Vers -470/468;-399 av J.C.

« *Le savoir est la seule matière qui s'accroît quand on la partage* »

1. Restitution :

- Lecture des scripts de rôles au groupe (effet de surprise)
- Vécus des acteurs (Prime aux acteur)
- «Autoscopie »
- Vécus du groupe (pas de jugement des personnes)
- Révélation des objectifs et compétences
- **Méthode RAS : Réaction - Analyse - Synthèse**



2. Thématiques de travail en groupe :

I. Communication relationnelle en santé :

- Langages (verbal, non verbal, métaphorique, 'adapté')...
- Outils d'échange (empathie, écoute active, silence, reformulation...)...
- Information, mémorisation...
- Synchronisation verbale/non verbale, micro-expressions d'Ekman...
- Triangle « SVP » de Karpman (Sauveur-Victime-Persécuteur)...Dominance, exclusion, maltraitance, agressivité...
- Relation de confiance et responsabilité...
- Modèles relationnels...

II. Décision médicale partagée...

III. Références éthiques, déontologiques, juridiques...

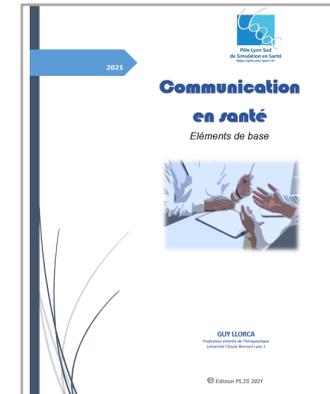
IV. Représentations socio-culturelles en santé...

V. Eventuellement savoirs théoriques...



3. ➔ Synthèse :

- Liste des critères d'amélioration des pratiques.
- Evaluation des compétences.

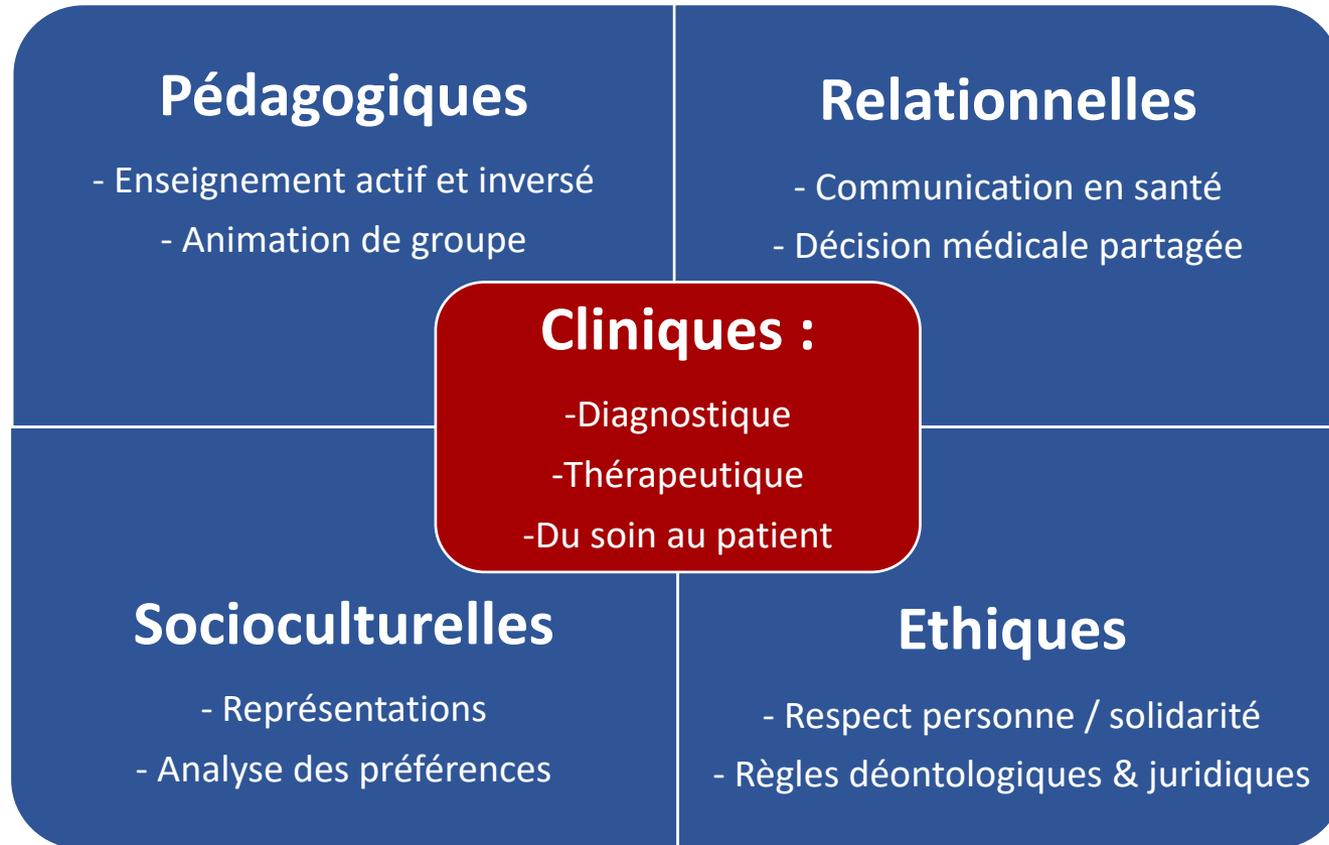


Principales représentations sollicitées :

- Compétence, erreur, faute...
- Douleur;
- Espérance de vie, longévité;
- Guérison / Stabilisation;
- Maladie / Handicap / Risque;
- Médecine préventive, prédictive, curative, palliative;
- Mort (naturelle attendue / inopinée ; injuste , indue) ;
- Potentiel de santé;
- Qualité de vie (reliée à la santé);
- Santé, norme;
- Temps;
- Traitement (soin, bénéfique, perte de chance, risque inutile);
- Urgence vitale, psychologique;
- Vulnérabilité / dépendance (physique / psychique / morale);

Compétences des formateurs

(*'uniformiser la qualité pédagogique'*) :



En accord avec CanMEDS 2015

⇒ **Formation spécifique nécessaire :
Séminaires 'SAMSEI'**

Exemple : Programme FASM3 (2014 – 2018)

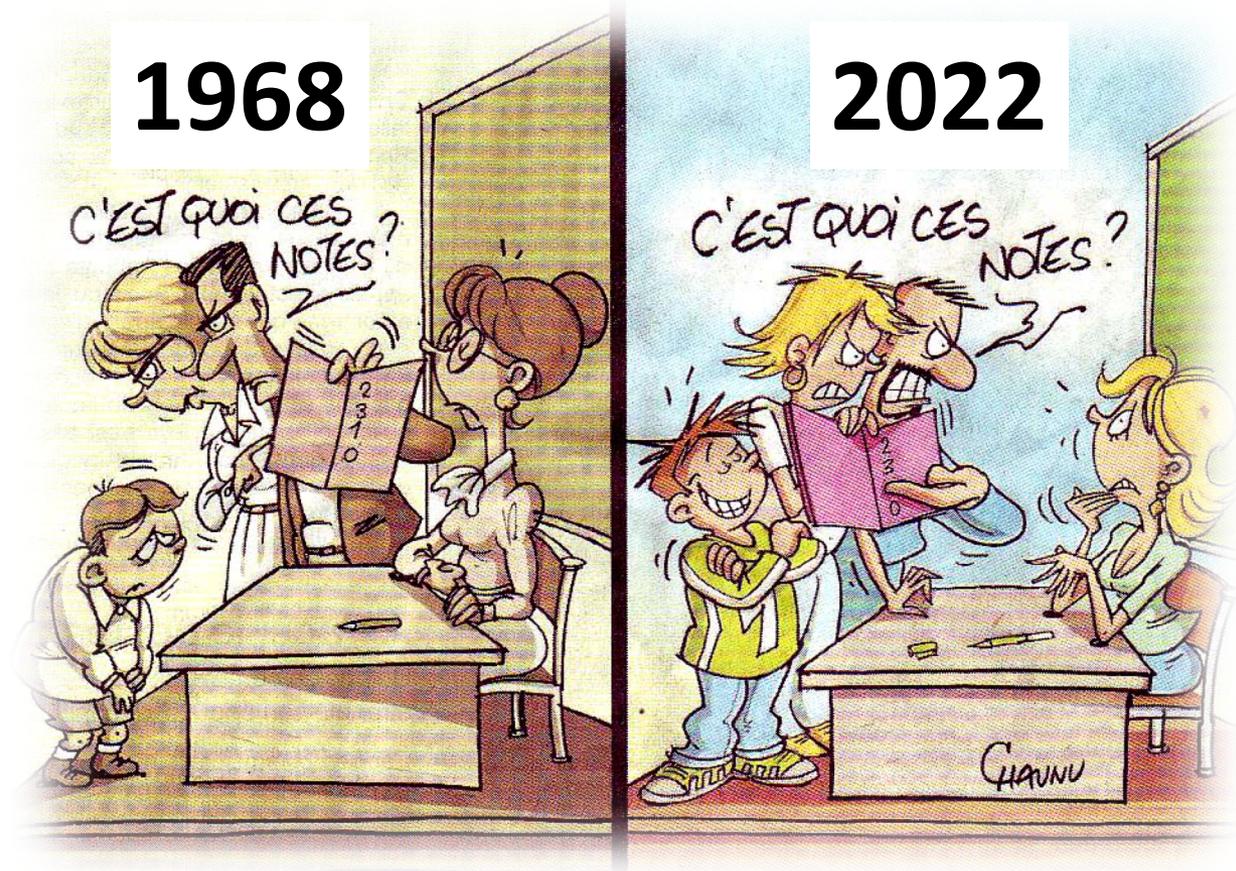


Atelier N°	e-ECN Item N°	Thématiques générales	Thématiques de Simulation
1	I-B) 93, 321	Qualité relationnelle (<i>Communication en santé</i>)	1-Exclusion et agressivité 2-Relation ternaire 3-Langage métaphorique
2	3, 291, 318, 319, 320	Niveaux de preuve (<i>EBM / incertitude</i>)	4-Annonce d'une maladie chronique 5-Décision en incertitude 6-Annonce d'un cancer
3	7, 11 319, 322, 323, 324	Modèles décisionnels (<i>Accord mutuel</i>)	7-Décision partagée 8-Refus de soin
4	4,5, 12, 145 151, 158	Responsabilité (<i>Compétence</i>)	9-Dommage associé au soin 10-Secret professionnel
5	7,8, 9, 10, 55, 136, 137,138, 318	Rationalisation des soins (<i>Risque inutile / Perte de chance</i>)	11-Négligence 12-Maltraitance et vulnérabilité 13-Annonce d'un décès

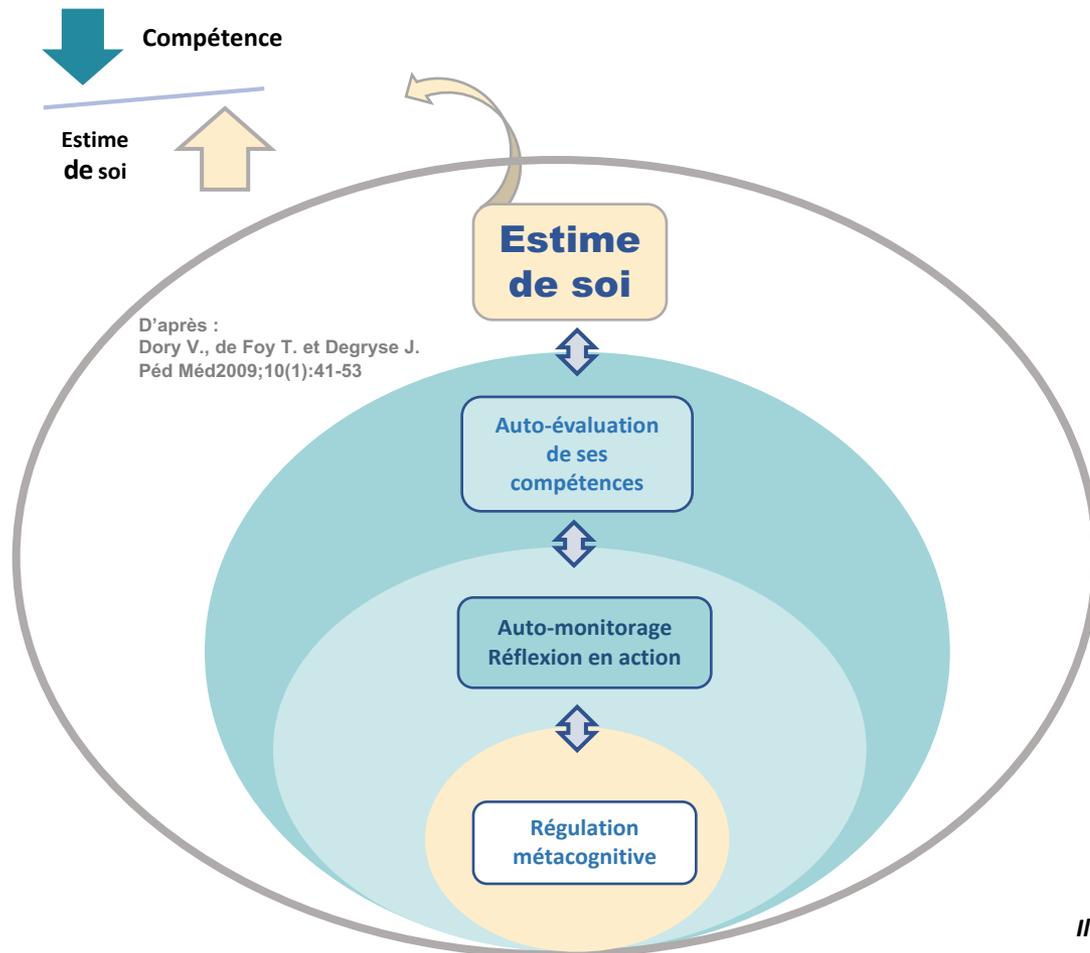
La formation relationnelle en santé :

Niveaux	Thématiques	Méthodes
<p>1° Cycle</p> <p>▼</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bases de la communication en santé. ▶ Accueil du patient, création d'un climat de confiance, recueil et restitution de l'information, motif réel de consultation, analyse des représentations sociales en santé... ▶ Préparation du relationnel pour les stages hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Webinaire ■ Documentation numérisée ■ Simulation (au PL3S)
<p>2° Cycle</p> <p>▼</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entraînement à la gestion relationnelle des urgences. ▶ Apprentissage du raisonnement clinique et thérapeutique (standard et complexe). ▶ Pratique de la décision médicale partagée. ▶ Annonces et situations difficiles (mauvaises nouvelles, erreur médicale, acharnement déraisonnable, refus de soin, gestion de l'agressivité, maltraitance, secret professionnel, applications déontologiques...). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etudes de cas (en Stages) ■ Simulation (au PL3S)
<p>3° Cycle et Formation Continue</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Information et décisions complexes (Information des accompagnants, des familles, des aidants...), rationalisation des soins, décision en incertitude, limitation et arrêt des traitements (LAT), dommages et évènements indésirables associés aux soins (EIS), maladies rares, risque inutile / perte de chance, nouveaux traitements, essais cliniques, entretien motivationnel, éducation clinique et thérapeutique du patient (ETP), épuisement professionnel, conduites éthiques, thématiques spécifiques par discipline...). ▶ Relations individuelles lors du travail en équipe ou en réseaux de soin (médecins, sages-femmes, para médicaux et assistants sociaux, pharmaciens, collègues, confrères spécialistes, odontologistes, pratiques avancées, agents médico-administratifs, tiers concernés...). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documentation numérisée ■ Simulation (au PL3S)

Évolution de l'évaluation...



Auto-évaluation ('autoscopie'...) :



*Ce qui importe le plus...
c'est comment on se voit.*

Il est bien plus difficile de se juger soi-même que de juger autrui.
Le petit prince. Antoine de Saint-Exupéry

**La prise de conscience de la différence entre ce qu'on pense faire,
ce que l'on fait réellement,
et ce que les autres voient est essentielle !**

La normalité et l'anormalité

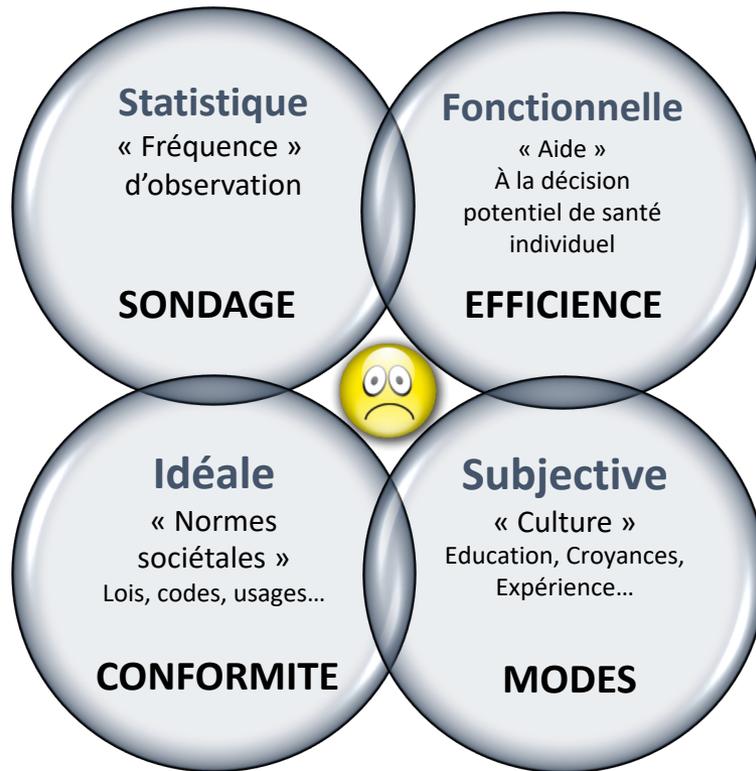
les visions sociologiques du « bon soignant » :

« L'anormalité est aussi légitime que la règle »

Gustave Flaubert

« On ne dicte pas scientifiquement des normes à la vie »

Georges Canguilhem



Acteurs	Soignant	Soigné	Collectivité
Normes			
Statistiques	≈	♦	♦
Fonctionnelles	♦	≈	♦
Conformité	♦	≈	♦
Subjectives	≈	♦	♦

➤ **Le consensus négatif :**

« ce que l'on ne veut plus voir, entendre ou faire à partir de maintenant... »

Simulation relationnelle

(évaluation niveaux 1 & 2, de 11.2013 à 03.2018) :

[N=1050]

Types de formation Critères	Formation initiale 1° et 2° cycles			Formation initiale 3° Cycle		DPC	
	Médecins (FGSM2)	Médecins (DCEM4 FASM3)	Sages Femmes (5° année)	DES Chirurgie (1année)	DIU Echo. Obst.	Pluridis. (HCL)	SF (HCL)
Dates	du 19/11/2013 au 18/12/2017	du 29/10/2013 au 5/03/2018	du 13/11/2014 au 11/06/2018	13/02/2014 au 11/02/2016	16/01/2016	Du 7/03/2014 au 17/06/2015	9/11/2016
Effectifs	28	681	101	41	41	150	8
Niveau 1 : Opinion							
Score Global (/10)	9,0 ± 0,9	9.5 ± 0,5	9,3 ± 0,9	9.0 ± 1,0	9.6 ± 0,4	9,3 ± 0,7	9,0 ± 1,0
Motivation à poursuivre	100 %	100 %	100 %	93 %	98 %	94 %	98 %
Absentéisme	0 %	0 %	0 %	7,0 %	0 %	7,4 %	0 %
Niveau 2 : Savoirs théoriques							
PréTest (/20)	-	13,6 ± 1,7	14,5 ± 1,6	13,2 ± 2,0	-	15,9 ± 1,7	14,1 ± 1,8
Post Test (/20)	-	15,8 ± 1,8	17,0 ± 1,1	14,9 ± 1,6	-	16,6 ± 1,2	17,0 ± 1,5
Gain cognitif (Δ %)	Non adapté	+ 10,0 ± 8,2***	12,5 ± 8,8**	+ 8,5 ± 9,4**	Non adapté	+ 3,7 ± 9,3***	+3,0 ± 2,6**

Dimensions évaluées :

- 1.Satisfaction
- 2.Qualité
- 3.Utilité
- 4.Efficacité
- 5.Innovation
- 6.Activité
- 7.Motivation
- 8.Intérêt
- 9.Objectifs
- 10.Densité
- 11.Condit. matérielles
- 12.Convivialité
- 13.Difficultés perso.
- 14.Points forts
- 15.Améliorations possibles



(Δ %) vs Pré-Test
R=0,779;p<0,0001

Evaluation pédagogique du DPC 'ADAS' :

- Kirkpatrick D. Revisiting Kirkpatrick's four-level model. Train Dev. 1996;50(1):54-59
- Niveau 5 : retour sur investissement (ROI) Phillips, J. J. (Ed.). (1997). Measuring return on investment Vol. 2). Alexandria, VA: American Society for Training and Development.

Type de formation	DPC Pluriprof. (ADAS)
Critères	
Dates	Du 7/03/2014 au 17/06/2015
Effectifs	150
Niveau 1 : 'Opinions'	
Score Global (/10)	9,3 ± 0,7 (5 à 10)
Motivation à poursuivre	94 %
Absentéisme	20 % inscr. → 7,4 %
Niveau 2 : 'Savoirs théoriques'	
PréTest (/20)	15,9 ± 1,7 (10 à 19)
Post Test (/20)	16,6 ± 1,2 (14 à 20)
Gain cognitif (Δ %)	+ 4,1 ± 9,3*** (0 à 30)

[N=150]

Dimensions évaluées :

- 1.Satisfaction
- 2.Qualité
- 3.Utilité
- 4.Efficacité
- 5.Innovation
- 6.Activité
- 7.Motivation
- 8.Intérêt
- 9.Objectifs
- 10.Densité
- 11.Condit. matérielles
- 12.Convivialité
- 13.Difficultés perso.
- 14.Points forts
- 15.Améliorations possibles

(Δ %) vs Pré-Test
R=0,787;p<0,0001

→ **Formateurs [N=10] :**
Score Global = 9,2 ± 0,2/10 (8 à 10)

Niveau 3
'Comportements'

Accord avec le SLP* > 90 %

* SLP= Standard Local de Pratique :

« ce que l'on ne veut plus jamais entendre, voir, ou faire localement »

Niveau 4
'Résultats'

Niveau 5
'ROI'

Retour sur investissement :

- Diffusion locale
- Label qualité
- Externalisation
- Efficience > 2 à 5 fois
- Bénéfice financier (DPC)

Analyse des pratiques à 3 mois :

[N=139]

- **Indépendant de la profession** (χ^2 ; p>0,05)
- **Formation utile : 99%**
- **Besoin réel : 94%**
- **Ont modifié leur relationnel : 75%**
 - Avec l'entourage des patients : 85%
 - Avec les patients : 72%
 - Avec leur équipe : 68%
 - Avec l'administration : 20%
- **Ont évité des conflits : 75%**
- **Ont rencontré des situations complexes : 60%**
- **Ont fait une ADAS : 25%**
- **Ont diffusé l'acquis : 70% (N ≥ 500)**
 - A l'équipe : 65%, aux étudiants : 35%

Conclusions :

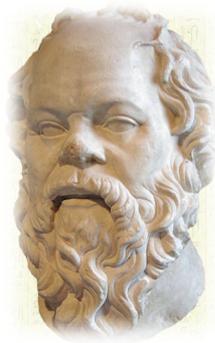
Site du PL3S : <https://pl3s.univ-lyon1.fr>

*« Ce n'est pas tant ce que les gens ignorent
qui cause des problèmes,
c'est tout ce qu'ils savent...*

...et qui n'est pas vrai »

Mark Twain
(1835-1910)

« Le savoir est la seule matière...



...qui s'accroît quand on la partage... »

Socrate (Σωκράτης)
(~ 470/469-399 av J.C.)