

# Usage de la simulation avec patient expert pédiatrique par l'étudiant ergothérapeute pour équilibrer le défaut d'expérience

## Proposition d'ingénierie pédagogique en regard de la compétence 10 FORMER/INFORMER

Health simulation with a pediatric patient as expert to counterbalance little experience in Occupational Therapy students  
A educational engineering proposal to build and enforce skill 10 "train and inform"

### RESUME

#### **Introduction/contexte**

L'avènement de la politique inclusive et la meilleure reconnaissance des troubles des apprentissages chez l'enfant influencent l'activité de l'ergothérapeute dont les missions de sensibilisation s'accroissent.

Le référentiel de formation prévoit d'accompagner les étudiants dans le développement de la compétence 10 « former et informer ».

#### **Méthode/cadre conceptuel**

A partir d'une analyse de besoins, interrogeant le processus de validation de la compétence 10, les représentations des étudiants quant aux pratiques permettant de construire cette compétence et aux savoirs expérientiels des patients, nous avons conçu un outil pédagogique fondé sur les principes de la simulation en santé et sur les recommandations encourageant le recours à l'expertise des patients.

Ajouter le témoignage d'un jeune patient visait à ajouter de l'authenticité à la situation simulée, renforcer l'intégration des difficultés rencontrées par ce public et à soutenir l'initiation aux missions de formation et d'information.

Une évaluation, constituée d'un questionnaire et d'entretiens complémentaires, a permis la mesure de l'efficacité du dispositif.

#### **Résultats**

Les étudiants se sont mobilisés dans l'exercice additionnant une plus-value dans la consolidation de leurs connaissances. Ils feront état d'une perception d'amélioration de compétence, d'une meilleure intégration de la complexité des troubles des apprentissages et de leurs futures missions de formation et d'information.

#### **Discussion/conclusions**

Aller à la rencontre des tuteurs de stages pour imaginer le transfert de ce type de situations d'apprentissage en milieu professionnel trouverait sens maintenant. Le recours aux principes pédagogiques portés par la simulation en santé et la participation du patient expert pourrait être multiplié durant le cursus de formation.

### ABSTRACT/SUMMARY

#### **Introduction/Background**

Inclusive policy advents and the better recognition of learning disabilities in children influence the Occupational Therapist's activity with an awareness missions increase.

The OT training repository plans to support students in the development of a "train and inform" Skill.

#### **Method/conceptual framework**

With a needs analysis questioning about skill 10 validation process, the students' representations about the practices that make it possible to build it and about the patients' experiential knowledge, we designed an educational tool based on health simulation principles and recommendations encouraging patient expertise use.

Adding a young patient's testimony was intended to put authenticity into the simulated situation, to reinforce the integration of the difficulties encountered by this public and to support the initiation to "train and inform" missions.

An assessment, built with a questionnaire and additional interviews, allowed us to rate the system efficiency.

#### **Results**

Students put themselves in the exercise which brought an added value of their knowledge consolidation. They will talk about their perception of their skill's improvement, of a better integration of learning disorders' complexity and of their future "train and inform" missions.

#### **Discussion/conclusions**

To go and meet the internships tutors, with the idea to transfer this type of learning situations in professional environment, could find meaning now. Use of health simulation pedagogical principles and of patient as expert's participation could be multiplied at other stages during the OT curriculum.

### **Laurent LIMIER**

Ergothérapeute D.E./O.T.  
Master en pédagogie en sciences de la santé

Enseignant vacataire  
Institut (Inter-Régional) de Formation en  
Ergothérapie  
Institut de Formation aux Métiers de la Santé  
Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse Sud-  
Alsace

Service d'Education et de Soins Spécialisés à  
Domicile  
APF France Handicap  
02A, rue des alouettes  
68110 ILLZACH  
lolimier@live.fr

### MOTS-CLES

- Ergothérapie
- Formation initiale
- Patient expert
- Simulation en santé
- Compétence 10 / FORMER ET INFORMER
- Troubles des apprentissages

### KEYWORDS

- Occupational Therapy
- Initial training
- Patient as expert
- Health simulation
- Skill 10 / TRAIN and INFORM
- Learning disabilities

## INTRODUCTION

Les nouveaux types de public rencontrés, la réalité du développement des pratiques inclusives, de l'exercice de la citoyenneté, de la participation sociale demandent à l'ergothérapeute moderne des adaptations perpétuelles de sa pratique. Dans le même temps, les ergothérapeutes doivent également s'attacher à configurer leurs actions à des rôles et missions d'accompagnement, d'expertise, de conseils et de préconisations dont le nombre, la fréquence et la variété sont en pleine augmentation.

Autant de nouveaux défis qui attendent les futurs ergothérapeutes et qui nécessitent l'implantation d'outils pédagogiques innovants dans le parcours de formation initiale.

Notre expérience d'enseignant en ergothérapie, de tuteur de stage et de clinicien nous laisse constater que les étudiants paraissent peu outillés pour remplir des missions de formation et d'information comme le prévoit la compétence 10 du référentiel de formation.

Ainsi, dans la perspective d'une démarche d'ingénierie de formation comprenant de nombreuses étapes allant de l'analyse des besoins, à la conception, l'implantation et l'évaluation, nous avons expérimenté un canevas didactique au service des étudiants en ergothérapie. Raisonant sur la base de courants pédagogiques récents mais également de théories de l'apprentissage consolidées, nous avons comme objectif de les accompagner dans le renforcement de leur expérience de ces missions de formation et d'information.

Adoptant un positionnement de chercheur mixte, entre le terrain et la formation, nous avons élaboré ce dispositif pédagogique alliant les principes de la pédagogie active basée sur la simulation en santé et l'apport de l'expertise des patients dotés de leurs précieux savoirs expérimentiels.

Cet article se propose d'illustrer une déclinaison de cette démarche d'ingénierie pédagogique sur le champ de l'information en matière de troubles des apprentissages sollicitant l'intervention d'un patient expert pédiatrique.

Nous avons voulu en mesurer l'efficacité en recueillant les opinions de ces étudiants.

## CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les évolutions sociétales du système de santé ont très largement contribué à ouvrir une place et un référencement de l'ergothérapie qui est désormais mieux identifiée comme pratique de soin essentielle à la prise en compte globale des besoins des patients.

Pourtant, Engels (2015) rappelle que l'on conçoit toujours l'ergothérapie comme une « profession jeune aux valeurs identitaires encore timides ».

La future garde de l'ergothérapie, elle-même, s'inscrit dans le cursus en ayant peu de représentations identitaires (Eckenschwiller, 2017) clairement dessinées.

Soigner l'accompagnement des étudiants vers la compréhension de ce qu'est l'ergothérapie, orienter cet accompagnement vers la promotion de l'ergothérapie (Eckenschwiller, 2017) et introduire des outils de compréhension des modèles ou des lectures sur l'ergothérapie dès le début de la formation favoriseraient une socialisation professionnelle (Turpin et Al., 2012) plus solide.

A ce titre, la science de l'occupation permet de prendre conscience d'un nouveau modèle qui considère davantage l'individu dans sa singularité au sens où chacune de ses occupations lui est propre même si elles se constituent d'un certain nombre d'activités que l'on pourrait prototyper (Pierce et Morel-Bracq, 2016) (Clark et al., 1991).

Avec l'objectif prioritaire de guider l'individu vers l'accès aux tâches d'occupation ainsi qu'aux activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute élabore son analyse des difficultés rencontrées par le patient pour ensuite les expliciter à son entourage ou aux partenaires intervenant dans le processus de prise en soin.

L'arrêté du 5 juillet 2010, socle de nos pratiques actuelles, sert de référence dans la définition des champs d'action, des activités de l'ergothérapeute et dans l'organisation des études d'ergothérapie.

### Figure 1

Ces activités prescrites prennent un nouveau sens au vu des évolutions rapides que connaissent actuellement l'exercice presté en ergothérapie. Des rencontres exploratoires avec 10 ergothérapeutes exerçant en pédiatrie (exercice libéral, en milieu de vie, en milieu institutionnel) ont éclairé abondamment notre réflexion.

### Activités prescrites de l'ergothérapeute

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. **Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.**
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. **Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.**

Figure 1: Activités prescrites de l'ergothérapeute

Le développement des expériences d'inclusion scolaire en milieu ordinaire d'enfants dont le diagnostic relatif aux troubles des apprentissages est maintenant mieux posé, fait apparaître de nouveaux besoins d'accompagnement, ainsi qu'une recrudescence du rôle pivot de l'ergothérapeute dans le partenariat et l'information/formation de divers publics sensibilisés ou non aux problématiques de santé et aux situations de handicap (parents, personnels enseignants, administratifs Education Nationale, Maison Départementale des Personnes Handicapées, etc...).

Afin d'assurer une représentation des intérêts des jeunes patients, ces ergothérapeutes étendent leur rôle de conseil et de préconisation en adaptations pédagogiques. Ils constatent qu'ils réservent implicitement un espace grandissant à ces missions estimant y consacrer parfois jusqu'à 30/35% de leur temps de travail...

Ces actions représentent une émanation spécifique des missions entendues dans le référentiel de compétences relatif au métier d'ergothérapeute.

Nous avons, alors, voulu éclairer la pratique de la Compétence /10 FORMER ET INFORMER et les stratégies pédagogiques employées dans la transmission aux étudiants. **Figure 2**

Portant notre focus sur la dimension « *Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique* », nous souhaitons interroger un besoin d'étagage complémentaire et dessiner les bases pédagogiques attractives autour desquelles il pourrait se construire.

Articulé autour de la question « *Apprendre à concevoir des outils de simulation à partir d'apports de savoirs expérimentiels (en matière des troubles des apprentissages) de patients experts pédiatriques peut-il contribuer à enrichir la compétence pédagogique, naissante, des étudiants en ergothérapie à former/informer (un public non sensibilisé)?* », l'objectif principal de ce projet était d'éprouver le postulat selon lequel les étudiants pourraient développer une meilleure compréhension des troubles des apprentissages en rencontrant des jeunes patients qui s'attacheraient à leur expliquer comment ils voient et considèrent leur propre problème...

En proposant aux étudiants de 3ème année d'accéder et d'être initiés à une technique pédagogique aussi puissante que la simulation en santé, et d'en créer eux-mêmes une session, nous cherchions à explorer en quoi cette expérience pourrait améliorer leur sentiment de compétence de futurs ergothérapeutes « formateurs » possédant et développant à leur tour des outils pédagogiques de transmission de connaissances à destination d'autres publics.

- 1) Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
- 2) Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.
- 3) **Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.**
- 4) Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
- 5) Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
- 6) **Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.**
- 7) **Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.**

Figure 2: La compétence 10

**CADRE CONCEPTUEL**

« Penser la simulation authentique en santé avec l'apport de P.E pour, tout en repérant les représentations sociales des étudiants, asseoir un dispositif d'apprentissage innovant, fondé sur des stratégies de pédagogie active et visant la consolidation de compétence »

**Les représentations sociales et habitus des étudiants**

Moscovici (1961) établit un modèle initial que Jodelet (2003, 1994, p36) étaye en évoquant la représentation sociale comme « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf » ».

Abric (1994, 2003) dessine quatre fonctions des représentations sociales : une fonction de connaissance de la réalité à lier aux valeurs, normes et pratiques du groupe ; une fonction identitaire qui soutient la définition et l'affirmation d'une appartenance à un groupe et un positionnement par rapport aux autres groupes ; une fonction de guide pour le comportement ou les pratiques ; une fonction justificatrice des opinions et actions à l'égard des objets mais aussi de la différenciation sociale.

Le recueil des représentations sociales des étudiants suppose des approches complémentaires visant le croisement de données dans un abord multi-méthodologique aussi quantitatif que qualitatif (Grenon et al., 2013).

**Compétence, constructivisme et développement des curriculums de formation**

Tardif (2006) propose une définition de la compétence qu'il identifie comme un savoir agir complexe reposant sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes. Il y rattache la conception que la compétence se développe et s'exerce au cœur d'une famille de situation. **Figure 3**

Un autre niveau de compétence, celui qui permettrait de s'adapter aux nouvelles situations, serait celui de la compétence « explicitée ou conceptualisée » qui par la mise en mots de l'agir en situation permet l'assimilation et l'accommodation, processus fondamentaux de l'adaptation.

L'approche par compétences illustrée dans le référentiel de formation en ergothérapie semble se rapprocher de cette assertion. Cependant, Jonnaert (2002, 2004) nous incite à faire la distinction entre la compétence prescriptive pensée dans les curriculums et la compétence effective, celle que l'individu construit effectivement en situation.

**Définition de la compétence**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un « savoir-agir » complexe ...</li> <li>• Prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces ...</li> <li>• d'une variété de ressources internes et externes ...</li> <li>• à l'intérieur d'une famille de situations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une compétence est de l'ordre de l'action</li> <li>• Cette mise en acte va au-delà d'une démarche d'application de procédures pré-établies (protocoles)</li> <li>• Connaissances (factuelles et d'action), attitudes, valeurs, etc.</li> <li>• Personnes ressources, bases documentaires, etc.</li> <li>• Spécificité des champs de compétences</li> </ul>
--	---

Figure 3 : Définition de la compétence selon Tardif (2006)

Une approche de la compétence analytique mais également située incite à observer l'activité prescrite et l'activité prestée par les professionnels au regard de familles de situations professionnelles (Parent et al., 2010).

Parent et Jouquan (2013) nous proposent de repenser les référentiels de compétences dans une approche située appuyée sur une solide étude articulée autour de concepts que sont la traduction didactique et la transposition pédagogique. **Figures 4, 4bis**

**La pédagogie active**

Les théories issues des courants cognitivistes et socioconstructivistes de Vygotsky (1978) soutiennent la pensée que les processus d'apprentissage visent à générer une connaissance qui se construit en interagissant avec les contenus et les connaissances antérieures.

Kalaian et Kasim (2014, 2015, 2017) dressent plusieurs méta-analyses en faveur de la promotion des méthodes d'apprentissage en groupe de petite dimension, en éducation des sciences de la santé, qui permettent une construction et reconstruction de la connaissance activement et itérativement, plus efficace que si elle est transmise de façon passive ou individuelle aux apprenants.

Varma-Nelson et al. (2004) nous encouragent à créer des conditions pédagogiques offrant des opportunités aux étudiants de développer les capacités de communication préfigurant l'environnement professionnel futur mais aussi la présentation claire des explications des concepts et termes médicaux, de santé aux personnes non-scientifiques (patients, familles, autres professionnels).

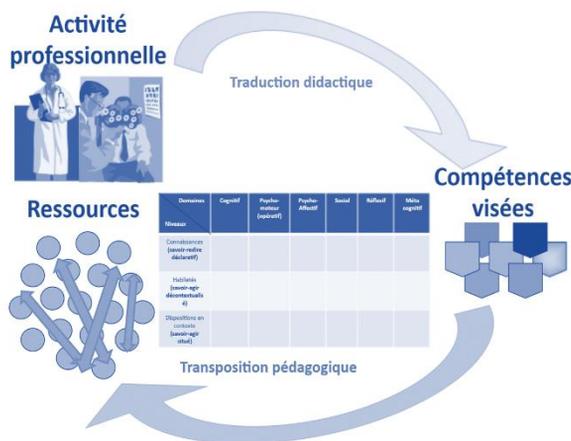
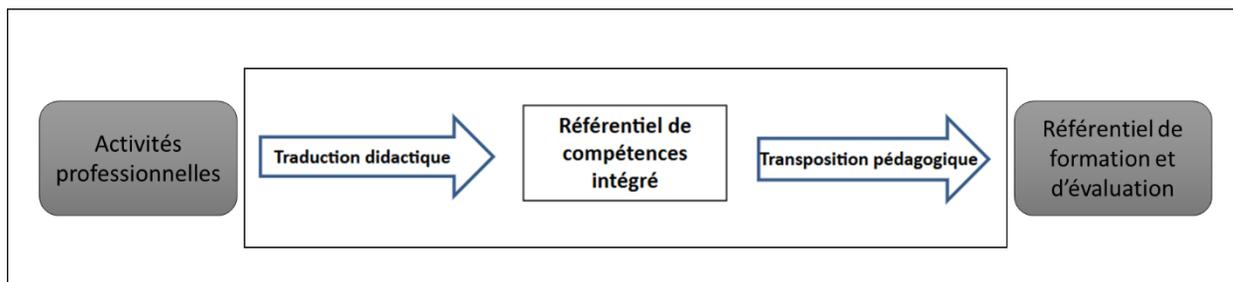


Figure 4: Traduction didactique et transposition pédagogique dans le concept d'approche par compétence intégrée d'après Parent et Jouquan (2013)

Figure 4bis : Traduction didactique et transposition pédagogique dans le concept d'approche par compétences intégrée d'après Parent et Jouquan (2013)



## Simulation en santé et authenticité augmentée

Mucchielli (1994), conforté par les travaux de la HAS (2012), présente une interprétation insistant sur l'absence de mise en danger pour le patient et soutenant l'apprentissage de procédures. **Figure 5**  
La simulation fait son apparition dans les pratiques de formation des ergothérapeutes (Imms et al. (2017), Thomas et al. (2017), Bethea et al. (2017)). La modalité par jeux de rôles en couvre une part importante. Elle permet la mise en situation simulée des étudiants soignants, notamment dans des dimensions d'accompagnement relationnel.

Reliée à l'andragogie (Knowles, 1980), la simulation en santé revêt des caractéristiques correspondant aux modalités d'apprentissage chez l'adulte en formation initiale, en drainant la motivation interne des apprenants, en cultivant « *l'implication active dans le processus éducatif et la mise en application immédiate des connaissances et compétences* » (Fournier et Jaffrelot, 2013). Elle garantit une place à la diversité des expériences antérieures, des traits de caractère de l'apprenant.

L'apprentissage en contexte authentique offre plusieurs intérêts développant un environnement, des situations réalistes, compatibles avec les objectifs d'apprentissage des apprenants (Vanpee, 2010), des conditions de transfert favorisées par la fidélité des supports techniques employés mais également un cadre sécuritaire pour l'étudiant en favorisant l'apprentissage expérientiel, notamment en regard du manque d'occasions d'expérience (Brien et al., 2014) en milieu institutionnel.

Les scénarii conçus par les formateurs pour la pratique de la simulation en santé sont élaborés, entre autres éléments pédagogiques, à partir de « situations problèmes ». Pelaccia (2016 p118) nous conseille, pour « ... aider l'étudiant à développer [...] un savoir-agir en situation ... » d'« ... exploiter des situations d'intégration qui favorisent des apprentissages orientés vers la mobilisation, l'intégration et le transfert de ressources en situation authentique... ».

Toutefois, la notion d'authenticité (Jaffrelot et Pelaccia, 2016) de la séquence de simulation en santé ne pourra être estimée que sur la base de la perception de l'apprenant.

Les auteurs suggèrent d'envisager cette question dès la conception du scénario de la séance de simulation afin de prendre en considération un ensemble de critères qui lieront la situation simulée à la situation professionnelle en intégrant autant les éléments environnementaux, organisationnels et temporels que des caractéristiques propres aux personnages à incarner.

« Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels »

Figure 5 : Définition de la simulation en santé d'après America's authentic government information. Traduction proposée dans le rapport simulation HAS.

## L'apprentissage expérientiel et l'acquisition de compétences, en situation, de l'étudiant en soin

Kolb (1984) s'est attaché à décrire 4 profils d'apprenant : le divergent, l'assimilateur, le convergent et l'accommodateur détaillant leurs stratégies d'apprentissage. Il en modélise un cercle percevant que l'apprenant peut adopter tour à tour chaque profil. Ainsi, l'apprentissage serait le résultat d'un « processus par lequel la connaissance est créée à partir de la transformation de l'expérience » (p. 41).

Cette vision nous permet de fonder la démarche socioconstructiviste qui visera à repérer comment les étudiants en ergothérapie vont s'emparer des outils pédagogiques proposés pour construire leur propre apprentissage et consolider leur expérience. **Figure 6**

## Innover dans le respect des recommandations et incitations actuelles : Le Modèle de Montréal, incitant au recours au patient partenaire et ses savoirs expérientiels

Dans le sillage des innovations pédagogiques développées actuellement internationalement, il est suggéré d'intégrer les savoirs expérientiels (Flora 2012, 2013) des patients au corpus de connaissances que les soignants développent. **Figure 7**

« Leurs savoirs expérientiels (...des patients...) constituent une richesse inestimable pour identifier de nouvelles voies d'évolution peu envisagées et évaluées jusqu'à présent » (Pomey et al, 2015 p49). De nombreuses recommandations soutiennent l'intérêt d'anticiper ce changement de paradigme dès les étapes de formation initiale des professionnels de santé.

Cette prescription, qui vise à changer de paradigme en allant de l'approche paternaliste à l'approche centrée pour évoluer enfin vers l'approche partenariat (Berkesse, 2015), commence à être repérée.

Si l'expertise du patient devient reconnue comme source judicieuse de connaissances additionnelles, ils sont encore peu valorisés dans le rôle de partenaire ou d'agent formateur.

## La vision des étudiants des enfants atteints de handicap dits « invisibles » et de troubles des apprentissages

Le DSM-5 (2013) définit les troubles spécifiques des apprentissages. Cependant, leur cadre nosologique reste en perpétuelle mutation évoluant au gré des apports de la recherche (Scanlon, 2013).

Les études traitant du dépistage et de la prise en soin des troubles des apprentissages (ANAE, 2013), accordent qu'environ 15-20% des enfants éprouvent des difficultés dans leur parcours scolaire (Fluss, 2013) et évoquent l'importance des répercussions des lacunes précoces dans la trajectoire scolaire de ces jeunes élèves (Caille et al., 2006).

Les étudiants nous rapportent leur sentiment d'incomplétude dans la maîtrise de ce sujet.

Ils disent difficilement appréhender tant la problématique des dysfonctionnements que l'impact des troubles des apprentissages dans le quotidien de ces jeunes patients.

Réfléchir un outil à visée formative permettant de combler ce défaut d'expérience qu'ils ressentent nous a paru nécessaire.

## Modèle de Kolb

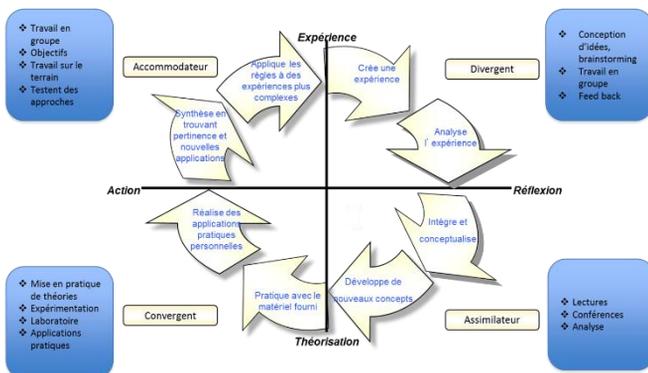


Figure 6: Modèle de Kolb adapté par J.-P. Fournier d'après Kolb DA.

Experiential learning – Experience as the source of learning and development, Prentice-Hall, Englewoods Cliffs, 1984

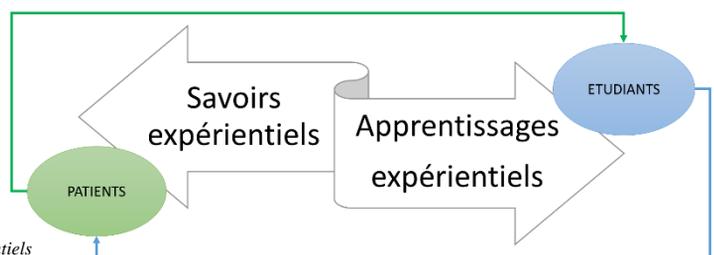


Figure 7: Savoirs expérientiels Vs Apprentissages expérientiels

## MATERIEL ET METHODES

### Le dessin général de l'étude

Un travail de réflexion, visant la création du dispositif pédagogique, organisé en plusieurs étapes de travail a permis d'asseoir cette expérience sur une pratique de recherche basée sur les preuves et une solide analyse de besoins.

Nous avons construit notre analyse de besoins en premier lieu, à partir de recueil d'informations reposant sur les pratiques auto-déclarées et les représentations récoltées auprès de l'équipe permanente de formatrices, des E.E. E1 et E2. Ensuite, nous l'avons complétée sur la base d'une analyse documentaire axée sur le processus de validation de la C10 réfléchi à partir de données statistiques quantitatives obtenues de l'ensemble des notations des 4 premières promotions d'étudiants issues de l'IFE de Mulhouse.

Ainsi, nous avons progressé dans une démarche d'ingénierie intégrant des étapes exploratoires, des étapes préliminaires à l'implantation du dispositif, un temps de réflexion permettant de faire le choix des stratégies et de l'outil pédagogique les plus pertinents et enfin un espace de mise en œuvre et d'évaluation de l'ensemble du dispositif.

Figures 8, 8bis, 8ter

Cette approche très complète nous a paru un préalable indispensable à la proposition pédagogique que nous présentons dans cet article. L'analyse exhaustive de cette démarche est encore en cours.

Confiants dans l'aptitude de l'apprenant, à partir de ses connaissances antérieures (Castillo et al., 2016), à échafauder et ordonnancer ses connaissances en réplique aux propositions et/ou situations de travail amenées par les enseignants (Bernard et al., 2001) (Kaufmann (2003), nous avons pu déduire qu'il faudrait créer un outil favorisant un ancrage solide, durable à la condition de reposer sur des activités fondées sur des contextes signifiants et comportant un traitement en profondeur.... Cet outil prendrait en considération les capacités d'analyse réflexive, de transfert des apprentissages, de raisonnement des élèves mais encouragerait également le développement de leurs capacités de modélisation et de démonstration.

L'élaboration de la séquence pédagogique a reposé sur deux outils majeurs : le conducteur pédagogique structurant toutes les étapes de la séquence pédagogique et toutes les intentions didactiques attendues dans l'exercice et le pilote d'instruction spécifique à destination des étudiants recensant toutes les consignes de travail, assorties de documents supports en bases de travail.

### Principe du dispositif

« Nous rêvons... de rééducateurs libéraux qui bénéficieraient de formation incluant les objectifs et les méthodes de rééducation et remédiation en lien avec les apprentissages [...] pourraient consacrer un temps suffisant aux relations avec les autres intervenants auprès du jeune et en particulier à l'école. » (Mazeau et Pouhet, 2014 p. 409)

La séquence pédagogique que nous avons dessinée a comporté plusieurs phases : une réunion plénière expliquant le projet, un cours collectif sur les principes de la simulation en santé, une étape de constitution des unités de travail et de distribution des consignes, des sessions de travail (constructions des scénarii en 2 temps, interview du P.E.) guidées par l'enseignant chercheur principal et des sessions de mises en œuvre des séances de simulation imaginées par les E.E.. Soigner ces différentes phases nous a permis d'amener la proposition aux étudiants en entretenant leur engagement.

Leur principale mission était d'imaginer une séance de simulation visant à former des professionnels non ou peu sensibilisés (de l'Education Nationale, notamment) à la problématique scolaire des enfants présentant des troubles des apprentissages. Ainsi, la séance conçue devrait pouvoir être proposée à un groupe d'apprenants constitués de différents corps professionnels en charge de la scolarisation et de l'accompagnement de ce type de jeunes.

La consigne majeure a été de bâtir et mettre en œuvre un scénario expérimental traitant, par jeu de rôle, de la dynamique relationnelle entre le patient présentant des troubles des apprentissages, l'enseignant et l'ergothérapeute.

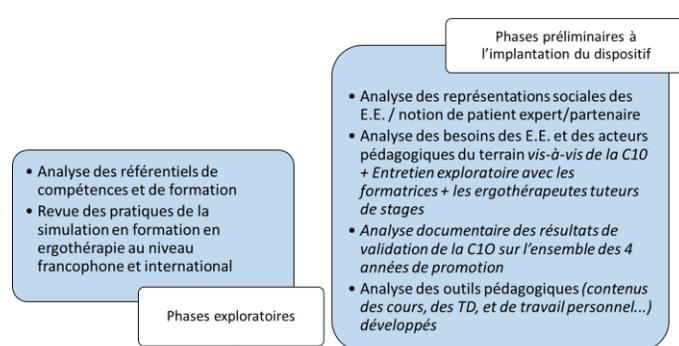


Figure 8: Les étapes dans le design de l'étude / enquête exploratoire et phases préliminaires

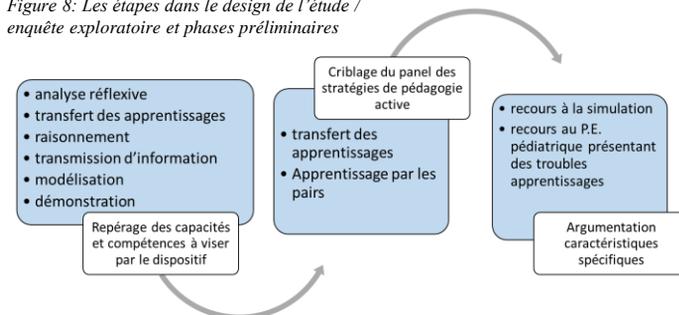


Figure 8bis: Les étapes dans le design de l'étude / Elaboration, conception du dispositif

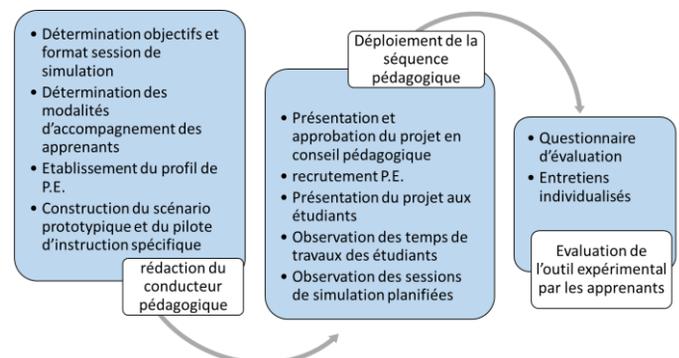


Figure 8ter: Les étapes dans le design de l'étude / mise en œuvre

L'expérience que nous décrivons prend fin à une première étape où les E.E. ont seulement eu à concevoir et tester leurs scénarii entre pairs. Pour l'heure, le déploiement auprès du public visé par l'outil n'a pas été testé.

La promotion E3, soit 19 E.E., a été divisée en 2 unités de « concepteurs » (dont 1 sera patient simulé et un second tiendra un rôle de facilitateur) + « acteurs » participants à la session (2 acteurs - 1 ergothérapeute, 1 enseignant - et 3 observateurs).

Une unité d'E.E. a été considérée groupe témoin = 1 groupe SIM 1 concepteur et 1 groupe SIM 3 acteurs qui ont joué un scénario conçu par les E.E. sans apports autre que ressources internes et externes « classiques » (cours, recherches complémentaires, internet, expériences personnelles de stage).

Une autre unité d'E.E. a été considérée groupe cas = 1 groupe SIM 2 concepteur et 1 groupe SIM 4 acteurs qui ont joué un scénario conçu par les E.E. avec apports à l'issue d'un temps de rencontre avec un P.E. pédiatrique. Ce groupe a également eu l'opportunité d'avoir recours à des apports « classiques ».

Nous avons mené un recueil de données par observation in vivo des séquences d'implantation de l'expérience pendant les phases de consignes et de travail, pendant la rencontre avec le P.E. et la phase d'analyse des éléments tirés de l'interview. Un accompagnement étroit des étudiants en action pendant les temps de conception des scénarii a été prodigué. Figure 9

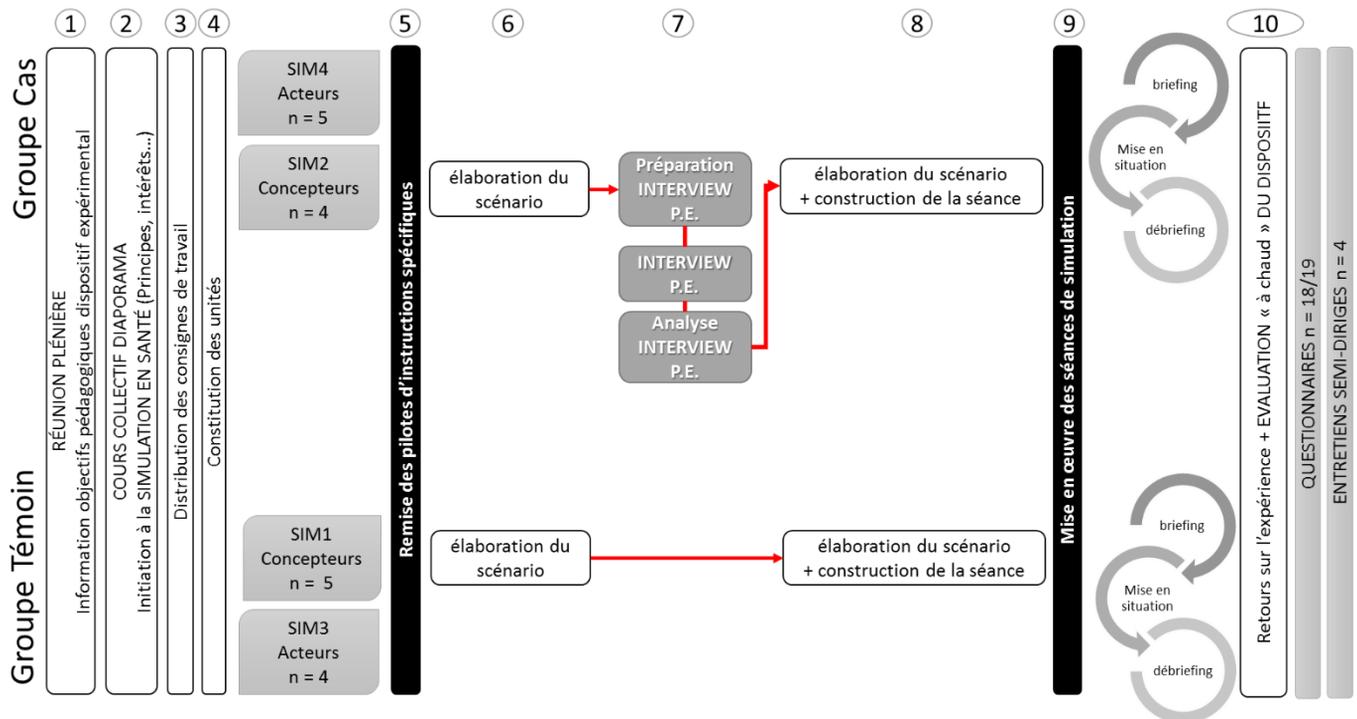


Figure 9: Organisation de la séquence pédagogique autour de la simulation / process groupe cas Vs groupe témoin

### Profil du patient expert : quels déterminants ?

Le design de notre étude supposait de réunir des apports des jeunes patients et non de leur entourage pour bénéficier de la plus grande authenticité des réponses.

Nous avons adopté une démarche alliant la base d'un métaplan (Verheye et Devos, 2017), et une synthèse des troubles cognitifs spécifiques dits les dys- (Mazeau et Pouhet, 2014) (Figure 10) afin de construire le profil et les critères d'inclusion de notre patient pédiatrique, expert en matière des troubles des apprentissages.

Pour reconnaître la nature des contributions possibles de ce patient notamment dans la co-construction (Gignon, dans Participation des patients à la formation continue des professionnels. Soins N°812), nous avons recouru au modèle de recrutement élaboré par le CEPPP de l'Université de Montréal (Berkesse, 2017) et retenu la conception d'un patient «profil formateur». Figure 11

Une analyse des représentations des étudiants E2 et E1 sur le P.E. (récoltées par le biais d'entretiens semi-dirigés lors de l'étude préliminaire) couplée aux recommandations du référentiel de compétence pour les patients (Flora, 2012, 2013) (Figure 12), nous a permis de réunir nos critères de sélection des jeunes patients.

Pour apprendre nous disposons de capacités :	Fonctions cognitives impliquées	Pathologies développementales correspondantes :	Type de trouble cognitif	
Précoces (innées) (Boîtes à outils) Se développent grâce aux interactions avec l'environnement (épigénèse interactionnelle) NB : cette optimisation est dans une large mesure implicite	Compétences intellectuelles générales : <b>Facteur g</b> Cognition sociale Compétences relationnelles Théorie de l'esprit Structuration de la personnalité	Déficience intellectuelle Troubles psychologiques ou psychiatriques TED – TSA Anxiété, dépression,...	TROUBLES GLOBAUX : N'ENTRENT PAS DANS LE CHAMP DES DYS	
	Fonctions transverseles	Cognition sociale Fonctions attentionnelles et exécutives Mémoire de travail Fonctions mnésiques	Troubles « non-envahissants » ? TDAH Syndromes dyséxécutifs Dysmnésies du travail Dysmnésies	TROUBLES COGNITIFS SPECIFIQUES : DYS-DIAGNOSTICS
	Fonctions domaine-spécifiques	Compétences perceptivo-gnosiques (neuro-sensorielles) Développement du langage oral Développement – Des coordinations motrices – Des traitements visuo-moteurs et gestuels Sens du nombre	Dysgnosies Dysphasies TAC Dyspraxiques-diagnostic Troubles du sens du nombre ou dyscalculie « vraie »	
	Apprises (Essentiellement liées à un enseignement explicite) Notion de recyclage neuronal	LANGAGE ECRIT NOMBRE ET CALCUL ; ARITHMETIQUE GESTES « CULTURELS » APPRIS ECRITURE MANUELLE	DYSLEXIES DYSCALCULIES DYSPRAXIES-SYMPÔMES DYSGRAPHIES	

Figure 10: Les différents dys- et leurs dénominations d'après Mazeau et Pouhet

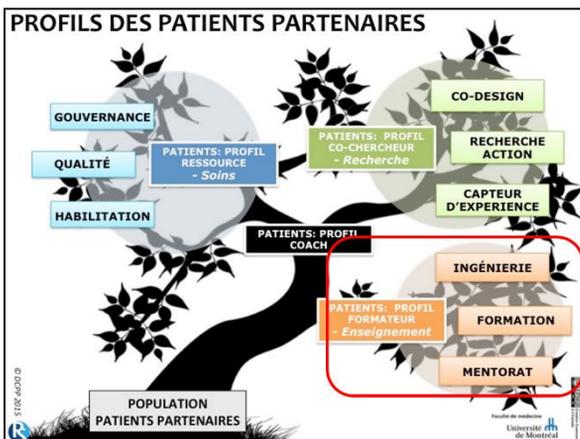


Figure 11 : Profil des patients partenaires élaboré par le CEPPP Université de Montréal

### L'EXPERTISE DE VIVRE AVEC LA MALADIE

Référentiel de compétences du patient

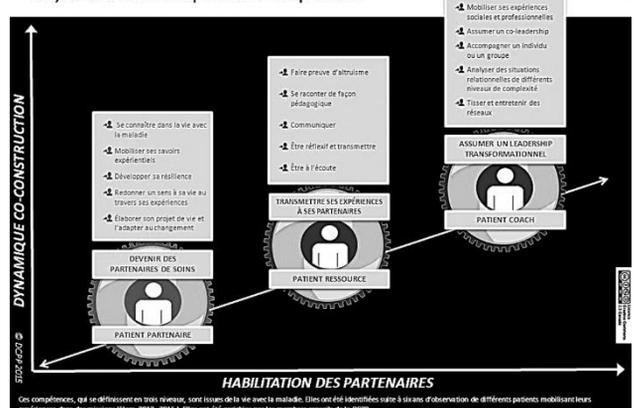


Figure 12: Référentiel de compétence des patients par L. Flora CEPPP Université de Montréal

### Modalités d'inclusion dans l'étude (Figure 13)

Tous les E.E. inscrits à l'IFE de Mulhouse ont été appelés à participation volontaire. Pour recruter le P.E., appel à candidature a été diffusé auprès des professionnels du SESSAD-APF FH Illzach 68, et de certains ergothérapeutes exerçant en cabinet libéral et en CRTA dans le sud du département du Haut-Rhin. Le concours du P.E. a consisté à suivre un temps d'interview, d'une heure, dirigé par 5 E.E.3 « concepteurs » du groupe cas afin de les aider à préparer leur scénario de session de simulation dans les conditions expérimentales prévues par le conducteur pédagogique.

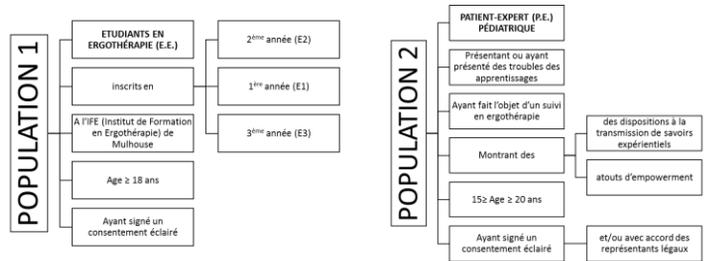


Figure 13: Critères d'inclusion étudiants en ergothérapie et patients experts pédiatriques

### Evaluation du dispositif

Attendu que l'évaluation de la pertinence d'une formation et l'analyse des besoins sont liées (Roegiers, 1992), nous voulions dégager les effets attendus (Gérard, 2003) et apprécier « l'utilité » de la formation considérant l'opinion des étudiants (Romainville et Coggi, 2009). Le standard de Kirkpatrick (1959, 1996) reste le modèle d'évaluation le plus populaire. A partir du modèle théorique de François-Marie Gérard (Gérard, 2003) (Figure 14) et en y intégrant une approche plus complexe de la mesure de la satisfaction (Yennek, 2015), nous avons choisi de construire notre outil d'évaluation par questionnaire incluant 70 items sondant la satisfaction, les acquis, la probabilité de transfert mais aussi la conception du dispositif, son potentiel d'authenticité et d'efficacité. Ce format ne peut porter que sur les niveaux « réaction » et « apprentissage » de l'échelle de Kirkpatrick (Figure 14bis) et apporte un faible degré de représentation du niveau « comportement ». Une cotation allant de 1 à 10 juge les opinions liées aux items construits autour des acquis développés. Nous optons pour une échelle de Lickert à 4 items pour les entrées abordant les possibilités de transfert et l'appréciation du dispositif dans toutes ses dimensions.

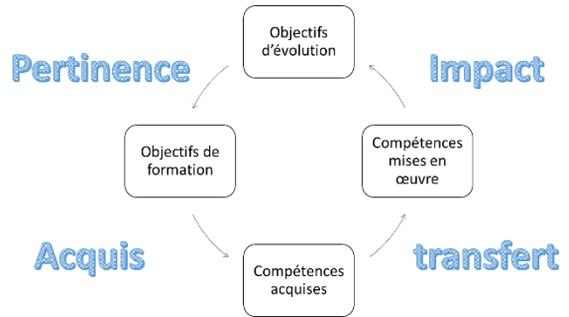


Figure 14 : Perspective systémique des différents niveaux d'évaluation de la formation selon François-Marie Gerard

A distance de l'expérience, nous avons recueilli des données qualitatives complémentaires auprès de 4 étudiants apparentés à chacune des unités de travail (SIM 1 SIM2 SIM3 et SIM4) par le biais d'entretiens semi-dirigés, élaborés sur un guide itérativement enrichi.

### RESULTATS

Les données issues des entretiens et des observations ont fait l'objet d'une analyse de contenu sommative (Hiesh et Shennon, 2005) et structurée pour sélectionner les données significatives (Dany L., 2016). Les données issues des documents ou des questionnaires ont fait, elles, l'objet d'une analyse par occurrence.

Lors de la réunion présentant les objectifs de la séquence de travail au regard du conducteur pédagogique, nous avons insisté, pour agir positivement, sur la perception de la valeur de la tâche (Pelaccia et al., 2008, 2010) demandée aux étudiants, qui découvraient les principes de la simulation en santé. Figure 15

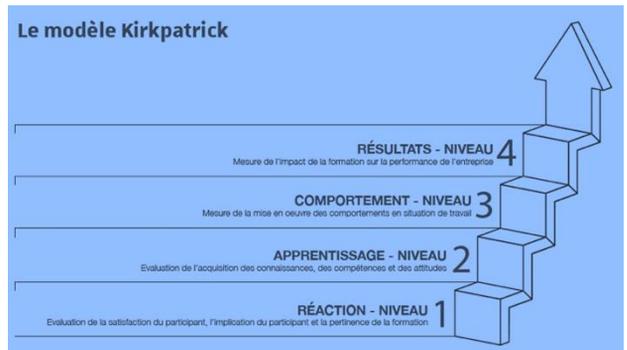


Figure 14bis : Modèle de Kirkpatrick

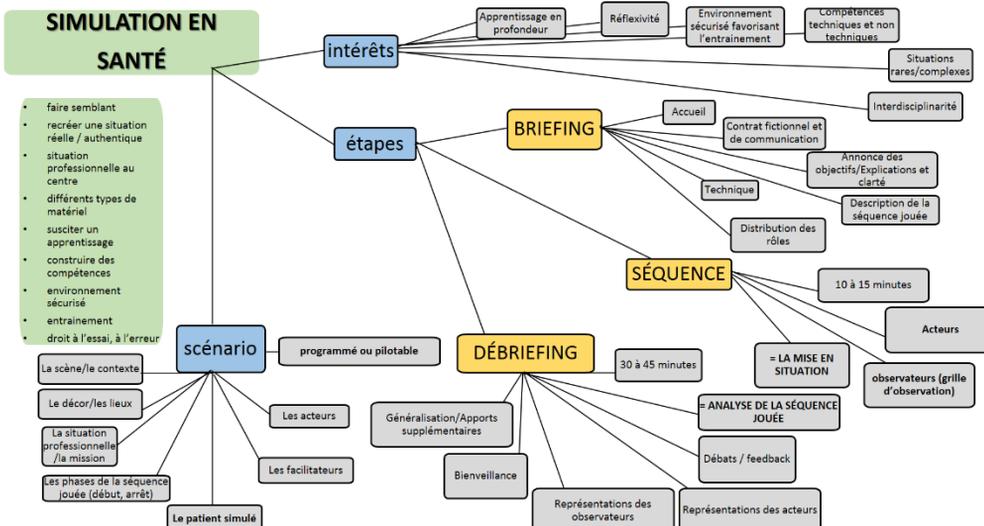


Figure 15: Carte conceptuelle « la simulation en santé » proposée aux étudiants

Le niveau de perception de compétences au démarrage du projet était généralement assez moyen sur la dimension « je me sens en mesure de former et informer » et assez bas sur les dimensions explorant la diffusion d'information concernant les troubles des apprentissages. Cependant, l'environnement bienveillant, l'introduction dans notre conducteur pédagogique d'objectifs d'apprentissage et d'évaluation de complexité moyenne, le feedback formateur, offerts à l'ensemble des étudiants, concepteurs comme acteurs ont été pointés par les E.E.

Les commentaires et les résultats obtenus semblent indiquer une augmentation non négligeable de cette perception de compétence sur les deux champs explorés.

L'engagement cognitif dans la mission confiée est plein. Il a été demandé aux étudiants de tenir un carnet de bord relatif à toute l'expérience de la conception jusqu'au moment de la réalisation des sessions afin de conserver des traces d'apprentissage. **Figure 16, 16bis**

Nous avons pu observer les E.E. recrutant leurs connaissances et ressources à l'instar des processus éclairés par Jonnaert.

Les étudiants possédant en ressources internes des apprentissages expérientiels antérieurs les ont mis à profit des groupes de travail en adoptant des positions de leaders dans les travaux.

Les E.E. ont pu reconnaître avoir la sensation de générer de nouvelles connaissances.

Ainsi, nous pouvons établir des liens avec le modèle de Kolb sur l'apprentissage expérientiel en soulignant les différentes attitudes d'apprenants au sein des différentes équipes de travail et les passages d'un profil à un autre en fonction des différentes phases de travail. **Figure 17**

**Temps d'interview du P.E.**

Les 4 E.E. répondants, « concernés » par l'interview, ont semblé « déroutés » par le profil du P.E. Cependant, ils reconnaissent le degré d'empowerment de ce patient. Ils réalisent le décalage existant entre leurs *a priori* et l'image qu'a pu leur laisser le patient après la rencontre. **Figure 18**

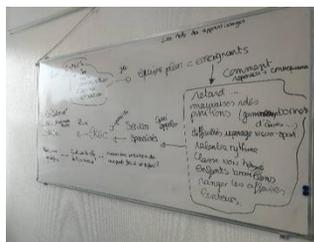


Figure 16: Supports de préparation conception des scénarii

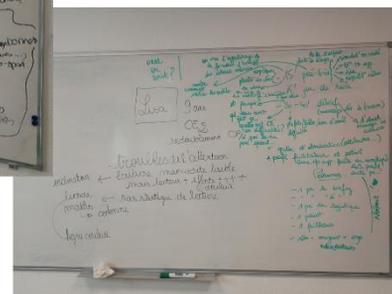


Figure 16bis: Notes de l'équipe de concepteurs SIM2 relatives à l'interview du P.E

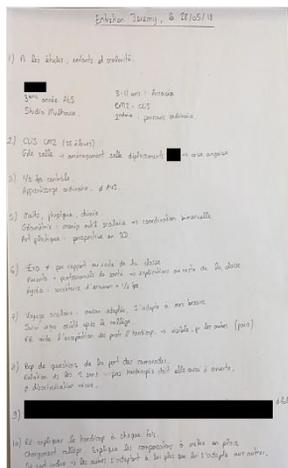


Figure 17: Les équipes concepteurs en phase de préparation

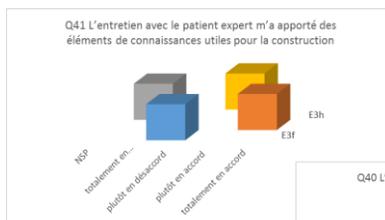
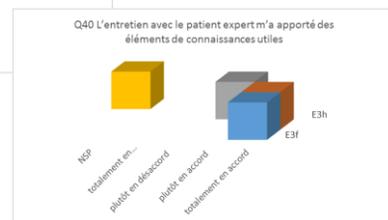


Figure 18 : Évaluation Opinions sur les apports du P.E.



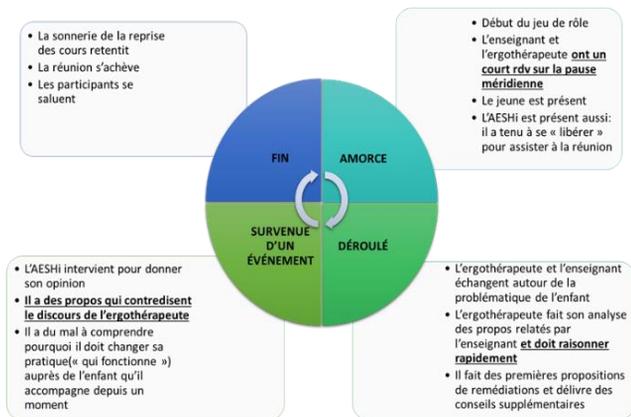


Figure 19: Eléments relatifs à la session de simulation conçue par l'équipe SIM2

### Contenus et dynamiques de groupe

Les scénarii créés apportent chacun des aspects différents malgré le pilote d'instruction spécifique assez précis.

Les étudiants proposent des ajouts allant au-delà du canevas imposé, témoignant de l'engagement dans la tâche et des processus réflexifs investis dans la préparation des sessions de simulation, comme supposé par les assertions de Varma-Nelson.

Le groupe SIM 1 (témoin) injecte à son scénario l'opportunité pédagogique de sensibiliser les apprenants à l'usage d'un logiciel informatique comme outil de compensation.

Le groupe SIM 2 (cas) explore davantage le sujet en proposant d'orienter la session sur les processus de raisonnement de l'ergothérapeute-formateur et guide un débriefing axé sur l'analyse de ses processus décisionnels. Un aperçu du travail réflexif de cette unité est illustré en Figure 19.

### En regard de l'évaluation du dispositif

Le questionnaire a permis de collecter des données sur la perception des étudiants (n=18/19) quant à leur expérience d'apprentissage.

Les taux d'hétérogénéité dans les réponses concernant les acquis avant la formation sont très importants et témoignent d'un fort désaccord entre les personnes interrogées. Ceci peut s'expliquer par des degrés d'expériences antérieures autour de la question des troubles des apprentissages qui peuvent être très différents d'un étudiant à l'autre (expériences de stages ou non en secteur pédiatrique...). Ce taux d'hétérogénéité diminuant sensiblement dans les réponses post-formation, il revient à signifier une tendance à la convergence générale des avis entre les étudiants. Figure 20

Les étudiants nous rapportent le développement de leur autonomie, l'approfondissement de leurs connaissances et leur satisfaction par rapport aux opportunités d'apprentissage qu'a permis cet exercice et proposent de pratiquer davantage sous le mode simulation, pour d'autres types de domaines que celui de la C10.

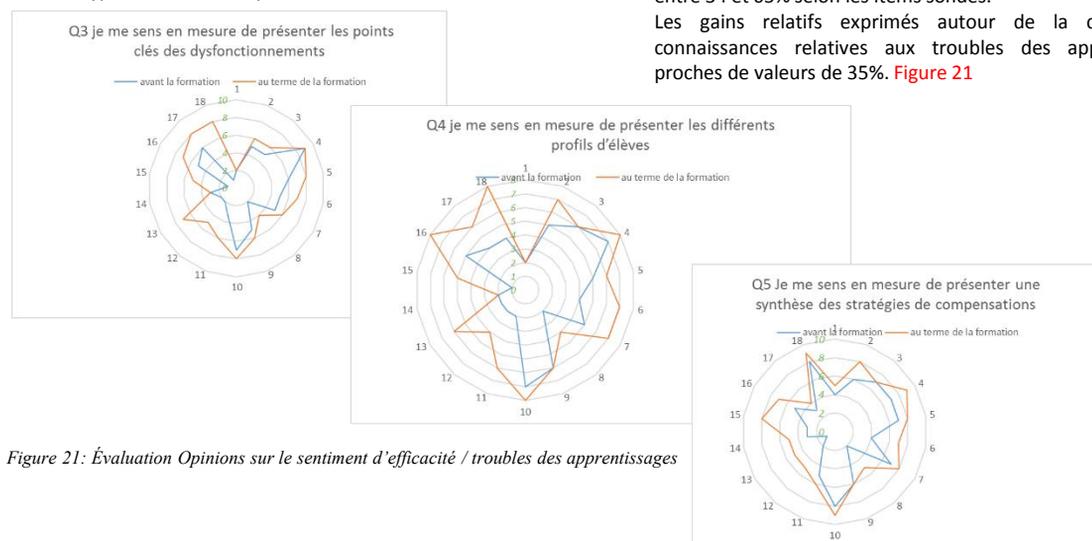


Figure 21: Évaluation Opinions sur le sentiment d'efficacité / troubles des apprentissages

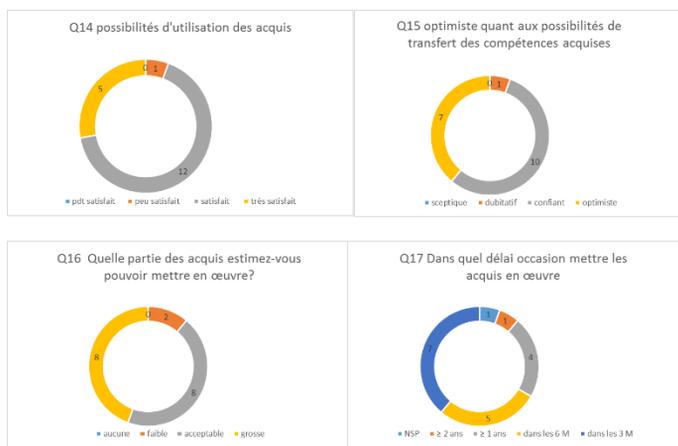
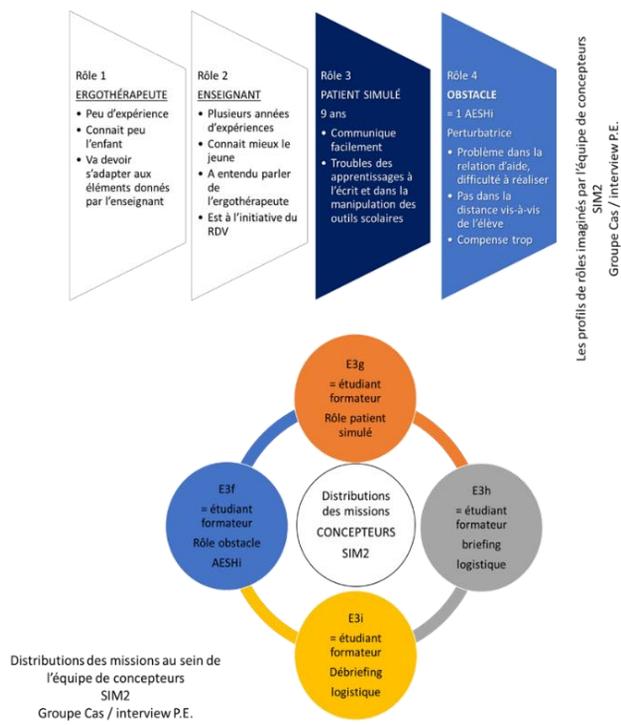


Figure 20: Évaluation Acquis et possibilités de transfert

L'évaluation du dispositif par les étudiants témoigne d'une relative « Efficacité » de la proposition.

Nous pouvons repérer un gain brut relativement significatif oscillant entre 34 et 65% selon les items sondés.

Les gains relatifs exprimés autour de la consolidation des connaissances relatives aux troubles des apprentissages sont proches de valeurs de 35%. Figure 21

Le gain relatif sur la question « je me sens en mesure de former/informer » est de 34% et doit se mettre en perspective de la période où le dispositif a été proposé (phase finale de formation) en considérant que la plupart des étudiants ont, par le résultat, estimé se sentir préalablement assez « outillé » pour former/informer.

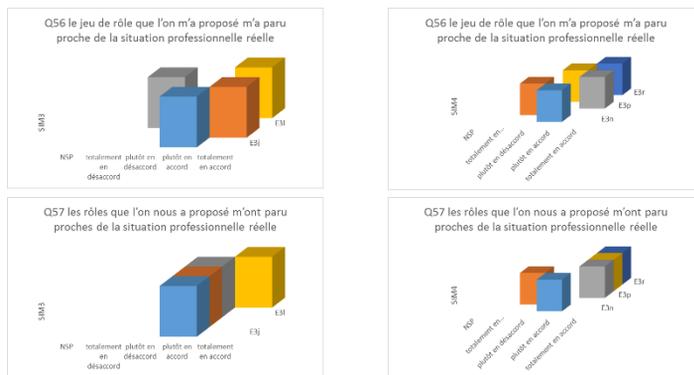
**Figure 21bis**

Les gains relatifs aux questions interrogeant la capacité à diffuser de l'information approchent les 45% et témoignent d'une sensation d'acquisition de compétence élevée.

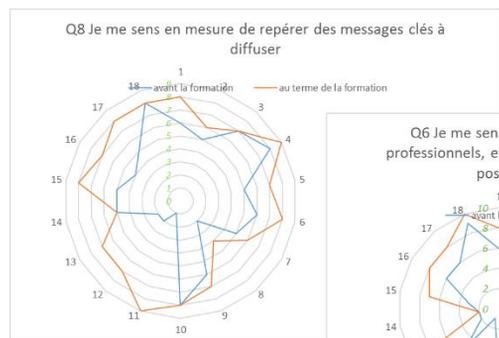
Les gains relatifs (60%) aux items concernant la simulation en santé montrent l'attrait suscité par la découverte de ses principes et de leur intérêt dans les processus de formation.

Le recueil en lien avec la perception d'authenticité de la proposition simulée est positif chez les acteurs comme les concepteurs.

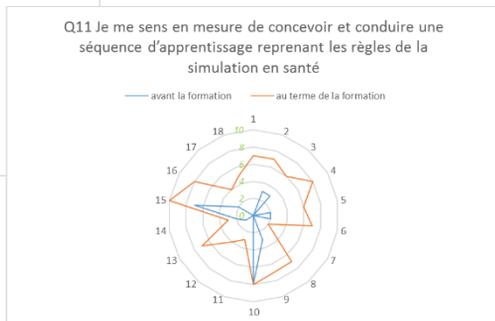
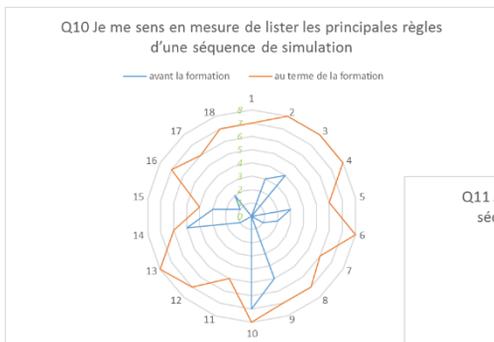
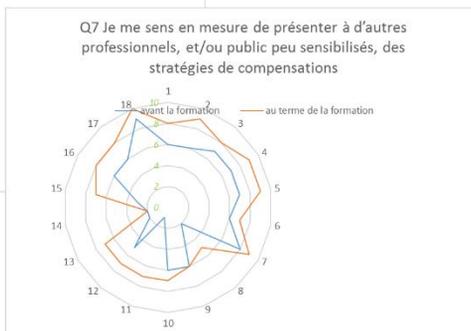
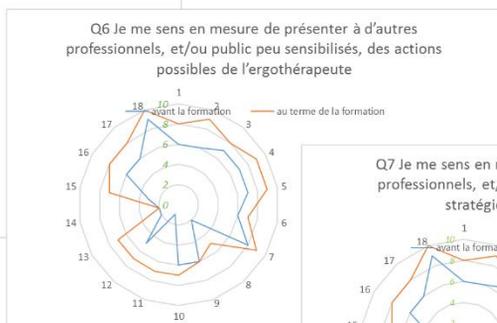
Les retours d'expérience des étudiants (analyse des verbatim issus des 4 entretiens semi-dirigés particuliers incluse), nous apportent également plusieurs enrichissements et tendent à faire démonstration de l'intégration des éléments diffusés par le patient-expert (P.E.).



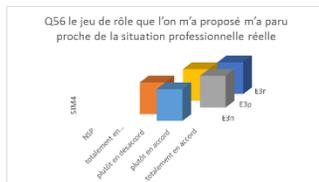
*Figure 22: Évaluation Opinions sur l'authenticité perçue par les équipes « acteurs ».*



*Figure 21bis: Évaluation Opinions sur le sentiment d'efficacité / former informer*



*Figure 21ter: Évaluation Opinions sur le sentiment d'efficacité / simulation en santé*



*Figure 22bis: Évaluation Opinions sur l'authenticité perçue par les équipes « concepteurs ».*



## DISCUSSION

Construisant une étude monocentrique sur un terrain de formation encore récent et distinguant certaines particularités liées à notre posture d'enseignant chercheur, nous pouvons questionner les contours de notre approche interprétative des données qui n'a pas été validée par d'autres chercheurs. Le système de pondération des résultats comporte probablement un biais par excès d'ancrage (Doise, 1992).

Mesurer la réalité du transfert des acquis à J+1 an pourrait faire l'objet d'un prochain essai. Pour certains auteurs, il aurait fallu évaluer quelques mois plus tard la perception d'efficacité de la formation...

Dans cette première campagne de recrutement de P.E., aucun des jeunes volontaires ne présentait exclusivement un trouble des apprentissages... Tous se sont fait l'écho d'une situation de handicap plurifactorielle. Nous avons dû proposer aux étudiants d'interviewer un P.E. dont le profil ne correspondait pas avec leurs représentations et devons noter que cela a généré un fort impact sur le score d'authenticité à l'évaluation.

Rappelons que la première étape de notre projet a été de permettre aux E.E. de tester les scénarii imaginés entre pairs... Ne pas avoir eu la possibilité de créer les conditions qui auraient permis aux étudiants de présenter leurs scénarii auprès d'un public de néophytes réel, pourrait constituer une lacune au projet... Cette lacune serait compensable à présent en proposant cette situation d'apprentissage supplémentaire et en centrant l'analyse sur la perception de compétence développée à postériori des deux étapes (création session de simulation et test entre étudiant, puis mise en œuvre auprès du public).

Pourtant, avec ces premiers résultats, nous pouvons confirmer une amélioration des pratiques de formation, d'enseignement et d'apprentissage au bénéfice premier des E.E. et au bénéfice secondaire suggéré des patients dans l'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements dans leurs trajectoires. L'intérêt d'une proposition d'introduction de dispositifs pédagogiques venant soutenir les moyens développés actuellement a été démontré au travers des commentaires des étudiants.

Les dimensions d'individualisation et subjectivisation du parcours du patient sortent renforcées, révélant une tendance générale d'évolution du rapport soignant/patient.

Nous pouvons considérer avoir développé, là, une plus grande perception de ces sphères par les étudiants en lien direct avec la déclaration de Vancouver portée par Towle et al. (2016). **Figure 23**

Hier, nous envisagions d'accorder aux représentations des E.E. une place prépondérante car nous cherchions à adopter en premier lieu une démarche compréhensive du phénomène ressenti.

Aller maintenant à la rencontre des tuteurs de stage recueillir leurs opinions, leurs représentations sur les mêmes thématiques et sur les pratiques auxquelles ils ont recours, serait fondamental et apporterait un éclairage supplémentaire. Ainsi, nous pourrions imaginer les intégrer à la boucle de co-construction de nouveaux scénarii d'apprentissage. **Figure 24**

**LA DÉCLARATION DE VANCOUVER**

1. *Les patients doivent jouer un rôle actif et collaboratif dans la formation, en tant qu'enseignants, évaluateurs, initiateurs de programmes et parties prenantes des décisions.*
2. *Promouvoir et veiller à ce que la formation des professionnels de la santé et des services sociaux fasse une place réelle à la voix authentique et autonome des patients, accroître leur diversité*
3. *Faciliter la reconnaissance institutionnelle, locale, nationale et mondiale de l'expertise des patients qui cimenter cette activité et en promeut la valeur.*
4. *Introduire des patients le plus tôt possible dans la formation médicale, y compris au moment de la sélection des étudiants*

Figure 23: Les grands principes de la déclaration de Vancouver selon Towle et al. (2016)

Cette étude nous permet toutefois de dresser des constats forts et des propositions d'amélioration des pratiques pédagogiques (**Figure 25**)...

Concernant l'introduction de la simulation en santé comme outil pédagogique (Brien L.-A. et al., 2014), nous proposerions, comme suggéré par les étudiants, d'intégrer des sessions de formation en amont des périodes de stages et de mener une réflexion sur l'intérêt à en imaginer des déclinaisons autour des compétences 5 et 8 du référentiel, actuellement également repérées comme difficiles à consolider pendant le cursus.

Nos résultats nous incitent également à exhorter les formateurs à qualifier d'emblée, les intervenants, usagers, patients formateurs de la qualité d'expert pour permettre aux étudiants de repérer toute l'importance des contenus des savoirs expérimentiels que ceux-ci leur offriront...

Les échanges entre les étudiants et les patients formateurs/expert nourrissent grandement l'approche centrée sur les patients (Barr et al. 2014), socle de l'approche de soin particulièrement en ergothérapie.

Nous confirmons l'importance de s'appliquer à développer les opportunités de collaboration avec le patient, dès les débuts du cursus de formation au sens où il deviendra fondamental, à l'avenir, d'enseigner la qualité des soins telle que les patients la conçoivent (Gross et al., 2017).

Si l'on peut considérer des compétences liées à l'empowerment des patients adultes et solliciter leur expertise lors de pratiques d'enseignement co-animées (Gross, 2017) (Flora et al., 2013) (Berkese, 2017), il paraît intéressant, en matière des troubles des apprentissages, d'emprunter la même démarche... Ainsi solliciter les apports de patient expert pédiatrique, considérant plus justement leurs savoirs juvéniles mais déjà très étoffés, s'avère une piste...

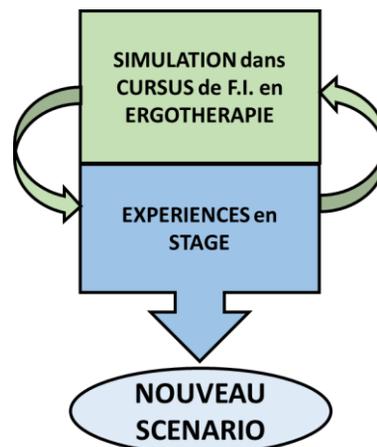


Figure 24: Préfiguration de scénarii de simulation en santé par jeu de rôle en co-construction avec les milieux de stages

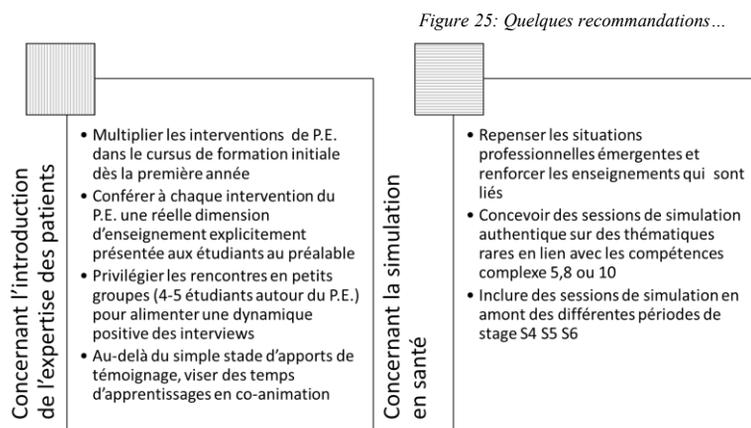


Figure 25: Quelques recommandations...

## CONCLUSION

Dans un contexte où l'expertise de l'ergothérapeute et son rôle de conseil ou de formateur deviennent grandissants et attendus du système de santé, la formation initiale des futurs ergothérapeutes se doit d'intégrer davantage d'opportunités d'apprentissages que le milieu clinique n'offre pas toujours encore suffisamment.

La construction d'une compétence, repérée comme complexe par les formateurs, notamment telle que définie dans les termes « former et informer », nécessite de coupler les ressources et connaissances acquises par les étudiants, l'apprentissage expérimental développé par le stage à des outils d'apprentissages contextualisés.

Vivre une séquence de simulation en revêtant les attributs de formateur qui lui seront indispensables de peaufiner dans son avenir professionnel, permet à l'étudiant ergothérapeute d'être mieux préparé à endosser ce rôle.

En élaborant des scénarii de simulation en santé, l'étudiant se questionne, analyse les besoins des individus à informer, réfléchit des objectifs d'apprentissage pour le public non sensibilisé visé, cible des messages clés à diffuser et s'exerce dans le design de session de formation ou dans la création d'outils pédagogiques, supports de ses interventions futures.

Choisir de construire ce dispositif en regard de situations professionnelles emblématiques que l'ergothérapeute contemporain rencontre dans sa pratique, apporte aux étudiants un espace pour asseoir la compréhension des mécanismes, des impacts inhérents à certains dysfonctionnements complexes et pour ériger, consolider leurs propres représentations de l'action de l'ergothérapeute.

Choisir de construire ce dispositif en intégrant l'apport des savoirs expérimentaux des patients ajoute, en premier lieu, de l'authenticité aux représentations développées par les étudiants et favorise, ensuite, l'élaboration de lien étroit avec le patient conférant davantage d'évidence à l'approche globale centrée, soutenue au cœur des modèles actuels de l'ergothérapie.

## Contributions

- Madame V. BRUNSTEIN est intervenue en tant que directrice de mémoire apportant par sa disponibilité, son cadrage réflexif, ses ressources didactiques, une contribution fondamentale à l'architecture de ce projet de recherche, à la rédaction et à la révision du présent article.
- Madame M. ECKENSCHWILLER est intervenue en tant que soutien institutionnel à ce travail de recherche et à l'implantation de ce dispositif pédagogique dans le cadre de l'IFE de Mulhouse et de l'IFMS.
- Madame S. MONNET est intervenue en tant que directrice des soins de l'IFMS et du département de l'IFE en accordant son autorisation à la conduite de ce projet.

## Remerciements

L'auteur souhaite remercier tout particulièrement :

- L'ensemble des enseignants et intervenants qui ont pu alimenter ce travail développé dans le cadre du Master de Pédagogie en Sciences de la Santé porté par le Centre de formation et de Recherche en Pédagogie en Sciences de la santé et son directeur, le Pr Th. PELACCIA,
- Les équipes d'ergothérapeutes de l'IEM APFFH les Acacias et du SESSAD APFFH d'Illzach 68 avec lesquelles il construit son exercice clinique auprès d'enfants porteurs de troubles des apprentissages inscrits dans une dynamique inclusive,
- L'ensemble de l'équipe pédagogique permanente de l'IFE de Mulhouse pour son concours dans cette démarche, pour ses apports organisationnels indispensables à la construction de ce projet,
- L'ensemble des étudiants en ergothérapie des 3 promotions de l'IFE de Mulhouse (IFMS – GHRMSA) présentes sur l'année universitaire 2017-2018 pour leurs contributions variées, instructives, riches en apports ainsi que leur inscription dynamique et spontanée dans l'ensemble des travaux proposés,
- L'ensemble des jeunes patients experts pédiatriques (ainsi que leurs familles) qui ont été approchés et ont offert leur concours à cette recherche,
- M. J. F., jeune patient atteint de troubles des apprentissages qui a su partager avec les étudiants de 3<sup>ème</sup> année, sa jeune expertise et mettre au bénéfice de cette étude son incroyable talent naissant d'orateur.

## Déclaration d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

## Approbation éthique

Le présent article s'inscrit dans un travail de recherche qui a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL validée le 25 Mai 2018.

Le présent article s'inscrit dans un travail de recherche qui a fait l'objet d'un recueil d'avis recueilli auprès du comité d'Éthique du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud-Alsace obtenu le 21 Juin 2018.

## Abréviations / Glossaire

AESHi Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap individuel  
ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes  
APF-FH Association des Paralysés de France - France Handicap  
CAMSP Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
CEPPP Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public  
CIO Compétence IO  
CRTA Centre Référent des Troubles des Apprentissages  
E.E. Etudiant en Ergothérapie (E1= 1<sup>ère</sup> année, E2= 2<sup>ème</sup> année, E3= 3<sup>ème</sup> année)  
ETP Education Thérapeutique du Patient  
GHRMSA Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse Sud-Alsace  
HAS Haute Autorité de Santé  
IFE Institut de Formation en Ergothérapie  
OT Occupational Therapy/Occupational Therapist  
P.E. Patient Expert  
SIFEF Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français  
SESSAD Service d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile

## Références bibliographiques

- Abric J.C. (2003). L'étude expérimentale des représentations sociales. In D. Jodelet (dir), les représentations sociales (p.205-223) ; paris : Presses universitaires de France (1<sup>re</sup> éd. 1989)
- Abric J.C. (1994) Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses universitaires de France
- DSM-V (2013). American Psychiatric Association. Neurodevelopmental disorders. In : DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association ; 2013
- ANAE 2013. Un parcours de soin structuré des troubles des apprentissages ; 125
- Barr J. et al. (2014). Developing a patient focussed professional identity : an exploratory investigation of medical students' encounters with patient partnership in learning. *Advances in Health Sciences Education*. doi : 10.1007/s10459-014-9530-8
- Bernard J., Reyes P. (2001). Apprendre, en médecine (1<sup>ère</sup> partie). *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 :163-9
- Bethea D.P. et al. (2014). Use of Simulation in Occupational Therapy Education: Way of the Future? *Am J Occup Ther*. 23 oct 2014; 68(Supplement\_2):S32.
- Brien L.A. et al. (2014). La simulation haute-fidélité, un complément aux stages cliniques en sciences infirmières. *Innovations Pédagogiques, nous partageons et vous ? L'innovation pédagogique pour améliorer l'apprentissage, Analyse*, vol. 1, 52-58
- Caille J.P. et al. (2006). Les inégalités de réussite à l'école élémentaire : construction et évolution. France, portrait social. Paris : Insee p115-137
- Castillo J.M. et al. (2015). Développement des habiletés sémiologiques et relationnelles. Implantation d'un dispositif pédagogique recourant à des patients standardisés pour les étudiants en troisième année à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*, 16(4), 205-217. <https://doi.org/10.1051/pmed/2016018>
- Clark et al. (1991). Occupational Science: Academic Innovation in the Service of Occupational Therapy's Future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(4), 300-310. <https://doi.org/10.5014/ajot.45.4.300>
- Dany L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales, 2016. <Hal-0164 8424> ; In G. Lo Monaco, S. Delouée et P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales* (pp85-102). Bruxelles : De Boeck.
- Doise W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 45(405), 189-195
- Eckenschwiller M. (2017). De la construction identitaire à l'engagement en formation, quels enjeux pour les étudiants en ergothérapie? *ergothérapies la revue française de l'ergothérapie*, p. 5-14.

- Engels C. (2015). L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure: Le cas du TD d'anglais en formation d'ergothérapie. Education. Université de Bourgogne, 2015. Français. <tel-01227932>
- Flora L. (2013). Des patients en formation avec des professionnels de santé en faculté de médecine: Un nouveau paradigme à l'aube de la loi HPST? Le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier.
- Flora L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. Éducation permanente
- Flora L. (2012). Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. Université Vincennes-Saint-Denis-Paris 8, thèse de doctorat en sciences de l'éducation ;
- Fluss J. (2013). Approche des troubles des apprentissages scolaires pour le pédiatre : considérations théoriques et pratiques. *Développements* 2013/2 (n°15), p16-23. DOI10.3917/devel.015.0016
- Fournier J.P., Jaffrelot M. (2013). Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale. *mt* 2013 ; 19 (1) : 42-51 doi:10.1684/met.2013.0391
- Gagnon E. et al. (2014). « Sujets de droits : l'interprétation des droits des malades », *Sciences Sociales et Santé*, 32(1)
- Gerard F.M. (2003). « L'évaluation d'une formation », *Gestion* 2000, Vol.20, n°3, 13-33
- Gignon M. (2017). Dans Participation des patients à la formation continue des professionnels. *Soins* N°812 <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2016.12.009>
- Grenon V. et al. (2013). Réflexions méthodologiques sur l'étude des représentations sociales : rétrospectives des recherches antérieures. *Phronesis*, 2(2-3), 43-49. Doi :10.7202/1018072ar
- Gross (2017). L'engagement des patients au service du système de santé, Coll. La personne en médecine. Doin Editions
- Gross et al. (2017). Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie sanitaire : l'engagement de patients-enseignants, *Revue des Affaires Sociales*, (1), 2017, 61-78
- HAS Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé Décembre 2012 d'après America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session. GPO; 2009. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr855ih/pdf/BILLS-111hr855ih.pdf>, traduction proposée dans le rapport HAS (cf. référence 2)
- Hiesh H.F., Shennon S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288
- Imms C. et al. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of embedded simulation in occupational therapy clinical practice education: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. déc 2017 [cité 2 oct 2017];18(1). Disponible sur: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-2087-0>
- Jaffrelot M. et al. (2016). Préparer et animer une séance de simulation. Dans T. Pelaccia (dir.), Comment [mieux] enseigner la médecine et les sciences de la santé ? (p. 249-270). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jaffrelot M., Pelaccia T. (2016). La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants, Recherche et formation [En ligne], 82 | 2016, mis en ligne le 30 septembre 2019, consulté le 24 janvier 2018. URL: <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2658>; DOI :10.4000/rechercheformation.2658
- Jodelet D. (2003). Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux, in J.C. Abric, Exclusion sociale, insertion et prévention. ERES « Hors collection », 2003 p. 97-113. DOI : 10.3917/eres.abric.2003.02.0097
- Jodelet D. (1994). Les représentations sociales. Paris : Presses universitaires de France
- Jonnaert P. et al. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696 doi : 10.7202/012087ar
- Jonnaert P. (2002). Compétences et socioconstructivisme: un cadre théorique. Bruxelles: De Boeck Université; 2002.
- Kalaian S., Kazim R. (2017). Effectiveness of various innovative learning methods in health science classrooms: a meta-analysis. *Adv in Health Sci Educ*. Doi: 10.1007/s10459-017-9753-6
- Kalaian S., Kazim R. (2015). Small-group versus competitive learning in computer science classrooms: A meta-analytic review. In R. Queirós (Ed.), *Innovative teaching strategies and learning paradigms in computer programming* (pp.46-64). Hershey, PA: IGI Global. Doi: 10.4018/978-1-4666-7304-5.ch003.
- Kalaian S., Kazim R. (2014). A meta-analytic review of studies of the effectiveness of small-group learning methods on statistics achievement. *Journal of Statistics Education*. Retrieved from [www.amstat.org/publications/jse/v22n1/kalaian.pdf](http://www.amstat.org/publications/jse/v22n1/kalaian.pdf)
- Karazivan P. et al. (2011). Le patient partenaire de soins, un atout pour le médecin. Le Point en Administration de la Santé et des Services Sociaux, 2011.
- Kaufman D.M. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *BMJ* 2003; 25:213-6
- Kirkpatrick D. (1996). Great Ideas Revisited: Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training & Development*, 50, 54-57.
- Kirkpatrick D.L. (1959). Techniques for Evaluation Training Programs. *Journal of the American Society of Training Directors*, 13, 21-26.
- Knowles M. (1980). The modern practice for adult education: from pedagogy to andragogy. San Francisco : Jossey-Bass.
- Kolb D.A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Mazeau M., Pouhet A. (2014). Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : du développement typique aux dys- . Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294734076>
- Moscovici S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris : Presses universitaires de France
- Mucchielli R. (1994). Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. ESF éditeur, Paris 1994
- National League for Nursing Simulation Innovation Center (NLN-SIRC). 2013. SIRC glossary Reperé le 06 octobre 2018 à <http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id=183>
- Parent F., Jouquan J. et al. (2013). Penser la formation des professionnels de la sante: une perspective integrative. Bruxelles: De Boeck Universite;
- Parent F. et al. (2010). Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé : paradigmes et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires en formation. *Pédagogie Médicale* 2010 11 : 111-125
- Pelaccia T. (dir.) (2016). Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et les sciences de la santé ? (p 117-119). Bruxelles, Belgique : De Boeck, 2016.
- Pelaccia T. et al. (2010). 10 recommandations to integrate students' motivation in teaching and assessment strategies. In Wergers, C.E. (Ed). *Nursing students and their concerns* (p 213-234). New-York: Novascience.
- Pelaccia T. et al. (2008). La motivation en formation : une dimension réhabilitée dans un environnement d'apprentissage en mutation. *Pédagogie médicale*, 9(2), 103-121.
- Pierce D., Morel-Bracq M.-C. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Bruxelles: De Boeck supérieur.
- Pomey M.P. et al. (2015). « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé Publique* 2015/HS (S1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- Romainville M., Coggi C. (dir.) (2009). L'évaluation de l'enseignement par les étudiants. Approches critiques et pratiques innovantes. Bruxelles, Belgique : De Boeck, 2009
- Roegiers X. et al. (1992). Du concept d'analyse de besoins en formation à sa mise en oeuvre, *Formation et Technologies — Revue européenne des professionnels de la formation*, Vol.1, n° 2-3, 32-42.
- Scanlon D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: which is comprehensive? and which is insufficient? *J Learn Disabil*, 46, 26-33
- Tardif J. (2006). L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Education
- Thomas E.M. Et al. (2017). An acute interprofessional simulation experience for occupational and physical therapy students: Key findings from a survey study. *J Interprof Care*. 4 mai 2017;31(3):317-24.

- Towle A. (2016). The patient's voice in health and social care professional education : The Vancouver Statement, International Journal of Health Governance, Vol. 21(1), 2016, 18-25
- Turpin M.J. et al. (2012). Occupational therapy students' perceptions of occupational therapy. Aust Occup Ther J. 1 oct 2012;59(5):367-74.
- Vanpee D. et al. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. Pédagogie médicale,10(4), 253-266.
- Varma-Nelson P. et al. (2004). Partnership for transforming the learning environment. In Proceedings of the 29th Anniversary Symposia of the American Association for the Advancement of Science.
- Verheye J.C., Devos C. (2017). Participation des patients à la formation continue des professionnels. Soins N°812 <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2016.12.009>
- Vygotsky L.S. (1978). Mind in society: the development of the higher psychological processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Yennek N. (2015). « La satisfaction en formation d'adultes », savoirs 2015/2 (n°38), 9-54 DOI 10.3917/savo.038.0009

#### Références internet

- ANFE\_Dossier professionnel\_L'ergothérapie aujourd'hui en France\_Mars 2017
- ANFE\_Données probantes en ergothérapie\_Mars 2017
- cnsa-dt-dys-web-corrige-mai\_2015.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2017]. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dt-dys-web-corrige-mai\\_2015.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dt-dys-web-corrige-mai_2015.pdf)
- Mon cerveau à l'école : <http://moncerveaualecole.com>
- Enquête nationale ANFE-CATEL
- Rapport\_sur\_les\_evolution\_de\_la\_formation\_en\_ergotherapie
- Université de Montréal. Faculté de médecine. Direction collaboration et partenariat patient. <http://medecine.umontreal.ca/faculte/directioncollaboration-partenariat-patient/>. Accessed October 30, 2014

#### Conférences

- Berkesse A. (2017) : conférence de clôture intitulée "Pourquoi et dans quelles conditions faire du patient un membre de l'équipe soignante?" au Congrès international francophone en pédagogie des sciences de la santé. Marseille 2017
- Berkesse A. (2015) : "Le partenariat en santé : co-construire les milieux de soins de demain", Université de printemps de l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Bruxelles (015)

#### Pour aller plus loin....

- E Rimbart, C Quemener, Ch Ammirati *Simulation : former les enseignants pour former les élèves, à propos d'une expérience originale en lien avec l'éducation nationale.* Colloque national des CESU, Toulon, décembre 2015