

UTILISATION JUDICIEUSE DE LA SIMULATION CLINIQUE

Directions responsables	Direction des soins infirmiers (DSI) Direction médicale et des services professionnels (DMSP) Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS) Direction des ressources humaines (DRH) Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU)
Date d'entrée en vigueur	2024-05-02
Date de révision	2025-09-15
	Période de validité (48 mois)

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Objectifs	2
3. Définition des termes	2
4. Champs d'application	5
5. Cadre normatif	5
6. Procédure	5
7. Rôles et responsabilités	11
8. Ouvrages consultés	15
9. Processus d'élaboration	17
10. Processus d'adoption	18
11. Dispositions finales	18
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS	19
ANNEXE B - PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT D'UNE ACTIVITÉ DE SIMULATION CLINIQUE	20

1. Mise en contexte

La simulation clinique est une approche pédagogique fondée sur des données probantes, reconnue pour soutenir à la fois le développement des compétences et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle permet, dans un cadre sécuritaire et contrôlé, de recréer des situations réalistes qui favorisent l'intégration des meilleures pratiques, le renforcement de la performance des équipes et l'adaptation des milieux cliniques aux défis actuels.

Outil polyvalent, la simulation s'applique à différents contextes (pédagogiques, cliniques ou organisationnels) et peut prendre plusieurs formes (simulation immersive, jeux de rôle, simulation *in situ*, simulation de processus, format hybride). Elle permet de travailler les trois grands domaines d'apprentissage (Tardif et al., 2006) : cognitif (raisonnement clinique, prise de décision), psychomoteur (gestes techniques, procédures) et affectif (communication, leadership, travail d'équipe). Cette diversité facilite son adaptation aux réalités propres à chaque secteur et à tous les niveaux de pratique.

Les retombées de la simulation sont multiples : elle contribue à améliorer la sécurité des usager(-ère)s, à réduire la morbidité et la mortalité évitables, à soutenir la coordination interprofessionnelle et à renforcer la résilience des équipes. Elle constitue ainsi un levier stratégique de performance clinique et organisationnelle, tout en demeurant une stratégie de formation efficace et rentable.

La mise en œuvre d'une activité de simulation requiert cependant une préparation rigoureuse, une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles, techniques et financières, ainsi qu'une animation par des professionnel(le)s qualifié(e)s. Pour maximiser ses retombées, elle doit s'appuyer sur des normes de qualité reconnues, inclure un *débriefing* structuré et s'arrimer aux priorités stratégiques de l'établissement. L'implantation durable de la simulation repose également sur un engagement clair des établissements et de leurs partenaires, et doit être intégrée aux structures de gouvernance et aux mécanismes de financement.

Dans ce contexte, l'utilisation judicieuse de la simulation au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) vise à assurer une formation de qualité, à soutenir l'amélioration continue des soins et à optimiser l'impact des ressources mobilisées, dans une perspective de priorisation, de pertinence, de performance, de sécurité et d'équité.

Cette directive vise donc à :

- Encadrer l'ensemble des activités de simulation clinique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, quel que soit le lieu où elles sont réalisées (laboratoire, unité clinique, etc.);
- Favoriser une utilisation judicieuse, équitable et stratégique de cette modalité pédagogique;
- Soutenir les gestionnaires, les professionnel(le)s et les équipes interprofessionnelles dans l'identification des besoins, la planification et la mise en œuvre des activités;
- Promouvoir une culture de qualité, de sécurité et d'amélioration continue à travers des simulations à haute valeur ajoutée.

2. Objectifs

- Définir les critères justifiant l'utilisation de la simulation clinique comme stratégie d'intervention.
- Assurer l'engagement durable des directions impliquées afin de soutenir l'implantation, la pérennité et l'intégration de la simulation clinique dans les structures organisationnelles.
- Préciser les étapes et les exigences entourant la planification, l'approbation et la réalisation des activités de simulation clinique afin de garantir une mise en œuvre optimale et efficiente.
- Promouvoir une utilisation judicieuse et éthique des ressources humaines et matérielles ainsi que du temps professionnel mobilisé pour la planification et la tenue de l'activité.
- Renforcer la qualité, la sécurité et les retombées des activités de simulation à travers une gouvernance claire et des principes directeurs fondés sur les meilleures pratiques.
- Favoriser la sécurité psychologique en créant un environnement d'apprentissage bienveillant, sans jugement, où les participant(e)s peuvent apprendre de leurs erreurs sans crainte de répercussions ni de compromettre la sécurité des usager(-ère)s.
- Clarifier les rôles et les responsabilités des parties prenantes impliquées dans le cycle de vie d'une activité de simulation clinique pour assurer une coordination efficace et une responsabilité partagée.

3. Définition des termes

- **Apprenant(e)** : Personne qui participe à une formation dans le but d'améliorer ses connaissances ou compétences (Chiniara, 2019).

- **Centre d'apprentissage** : Espaces (ou locaux), comprenant des chambres d'usager(-ère) avec mannequins, soit quatre lits standards et un lit de soins intensifs, un espace collaboratif avec postes informatiques et une salle de formation informatique.
- **Demande SAFIR** : « **Formation – Demande d'activité de simulation clinique** » : Requête informatisée et standardisée pour toutes les demandes de simulation clinique. Elle permet aux personnes de préciser davantage leur besoin.
- **Domaine d'apprentissage affectif** : Développement et renforcement de la communication, de la relation d'aide, de la conscience professionnelle et de comportements éthiques qui sont essentiels dans les interventions en groupe et en contexte clinique partagé (Ndengeyingoma et al., 2023).
- **Domaine d'apprentissage cognitif** : Acquisition et consolidation de connaissances qui stimulent le raisonnement clinique et la prise de décision, en mobilisant la mémorisation, la compréhension, l'application, l'analyse et l'évaluation, contribuant ainsi au développement du jugement clinique et de la démarche décisionnelle, particulièrement dans le cadre d'activités collaboratives. (Ndengeyingoma et al., 2023).
- **Domaine d'apprentissage psychomoteur** : Développement, acquisition ou renforcement de gestes techniques et de procédures cliniques (ponction veineuse, manœuvre en physiothérapie, intubation, etc.) par la répétition et la pratique dans des environnements simulés ou réels. Ce domaine implique l'apprentissage du contrôle moteur, de la coordination et de la précision, tout en favorisant l'intégration des habiletés dans des contextes cliniques concrets, souvent en collaboration avec une équipe interprofessionnelle. (Ndengeyingoma et al., 2023).
- **Intervenant(e)** : Tout(e) membre de l'équipe qui a la responsabilité totale ou partielle d'un usager, d'une usagère ou d'un groupe d'usager(-ère)s, temporairement ou de façon durable, incluant les médecins/médecins résident(e)s, membres des équipes de soins infirmiers, professionnel(le)s de la santé et de services sociaux (Chiniara, 2019).
- **Laboratoire de simulation clinique (LSC)** : Espaces (ou locaux) dédiés aux simulations haute technologie (haute-fidélité), aux salles de *débriefing* ou procédurales à l'Hôpital Fleurimont et à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.
- **Réalisme en simulation clinique** : Caractéristique qui réfère au degré auquel une simulation reproduit les caractéristiques essentielles d'une situation clinique réelle, qu'elles soient physiques, cognitives, émotionnelles, relationnelles ou socioculturelles, afin de favoriser l'immersion, l'engagement et l'atteinte des objectifs pédagogiques. Le réalisme ne se limite pas à la technologie ou à l'apparence physique des simulateurs : un jeu de rôle ou un scénario simple peut atteindre un haut niveau de fidélité si l'expérience est cohérente avec les objectifs. Le bon niveau de réalisme est celui qui sert les objectifs, optimise les ressources et maximise l'impact sur les compétences ciblées. (Chiniara, 2019; Hamstra et al., 2014; INACSL, 2021).
- **Simulation à bas niveau de technologie** : La simulation à bas niveau de technologie utilise des outils simples, peu ou non automatisés, qui ne requièrent pas d'intégration informatique ou de dispositifs électroniques sophistiqués. Elle repose souvent sur l'interaction humaine, des supports papier, des mannequins non programmables ou des mises en situation verbales. Ce type de simulation favorise l'apprentissage par la réflexion, la discussion ou la répétition de gestes techniques de base dans un cadre accessible et flexible. (Chiniara, 2019; INACSL, 2021).
- **Simulation à haut niveau de technologie** : La simulation à haut niveau de technologie fait appel à des dispositifs avancés, souvent informatisés, qui permettent de reproduire de façon dynamique et interactive des réponses physiologiques humaines. Elle inclut notamment les mannequins haute-fidélité, les environnements immersifs ou les simulateurs informatiques complexes. Ces outils permettent de simuler des scénarios cliniques réalistes, évolutifs et sécuritaires, favorisant l'intégration des compétences techniques et non techniques. (Chiniara, 2019; INACSL, 2021).
- **Simulation décentralisée** : Représente une grande catégorie de simulations ayant lieu hors des milieux conventionnels de laboratoire de simulation. Elle comprend les simulations à distance, mobiles, *on site* et *in situ* (Chiniara, 2019).

- **Simulation humaine** : Modalité qui implique l'utilisation de personnes standardisées ou de participant(e)s simulé(e)s formé(e)s pour représenter de manière réaliste des situations cliniques, permettant aux apprenant(e)s de développer et d'évaluer leurs compétences en communication, en prise de décision et en soins centrés sur la personne. Cette approche repose sur des valeurs fondamentales telles que la sécurité, la qualité, le professionnalisme, la responsabilité et la collaboration, et s'inscrit dans un cadre éthique rigoureux pour assurer une expérience d'apprentissage sûre et efficace. L'efficacité de cette modalité repose sur la fidélité de l'expérience, l'encadrement des participant(e)s simulé(e)s et l'alignement pédagogique avec les objectifs d'apprentissage. (Lewis et al., 2017).
- **Simulation immersive** : Modalité qui reproduit de manière réaliste l'environnement et les tâches à effectuer pour permettre le développement de compétences cliniques, techniques et interpersonnelles de haut niveau. Elle inclut l'utilisation de personnes standardisées, de personnes simulées via simulateur, ou de la réalité virtuelle, selon les objectifs pédagogiques. L'efficacité de la simulation immersive repose sur le réalisme et la cohérence entre l'expérience vécue et les objectifs d'apprentissage, permettant aux participant(e)s de transférer leurs compétences dans le contexte réel. (Chiniara, 2019).
- **Simulation *in situ*** : Simulation réalisée dans l'environnement du participant ou de la participante, directement sur l'unité de soins, afin d'être le plus fidèle possible à la réalité (The INACSL, standard comity, 2021). Ce type de simulation permet de pratiquer le travail d'équipe, de s'assurer que l'équipement est bien placé et d'évaluer les politiques et les procédures de l'établissement (Chiniara, 2019).
- **Simulation jeux d'évasion** : Modalité qui met en scène un défi collaboratif chronométré où une équipe résout des énigmes intégrées à un contexte clinique afin de mobiliser communication, leadership, raisonnement clinique et gestion des risques. Elle peut se dérouler *in situ* ou en laboratoire de simulation, avec un niveau technologique variable. La valeur pédagogique d'un jeu d'évasion réside moins dans la complexité des énigmes que dans la qualité du scénario, elle repose sur la congruence entre les énigmes, les objectifs visés et le *débriefing*, bien plus que sur la complexité ludique. (Adams et al., 2020; INACSL, 2021).
- **Simulation jeux de rôles** : Modalité qui amène les participant(e)s à interpréter des rôles dans un scénario scénarisé ou semi-ouvert pour travailler communication, professionnalisme, prise de décision et collaboration interprofessionnelle. Elle privilégie une fidélité cognitive, relationnelle et socioculturelle, souvent à faible technologie. L'efficacité du jeu de rôles repose sur l'authenticité de l'interaction et la qualité du *débriefing*, plus que sur la sophistication du matériel utilisé. (INACSL, 2021).
- **Simulation numérique et virtuelle** : Modalité qui recourt à des environnements numériques (patient(e)s virtuel(le)s, scénarios interactifs, jeux sérieux) ou immersifs (réalité virtuelle ou augmentée) pour entraîner des compétences cognitives et procédurales, avec répétabilité et traçabilité des performances. Elle exige une attention à l'ergonomie et à l'accessibilité des apprenant(e)s. La valeur d'une simulation numérique ou virtuelle repose sur l'alignement pédagogique plutôt que sur la technologie elle-même. Le choix de l'outil doit être guidé par les objectifs d'apprentissage, tout en restant ergonomique, accessible et pertinent pour les participant(e)s. (INACSL, 2021; Diaz-Navarro et al., 2024).
- **Simulation *on site*** : Simulation mobile, accessible dans l'établissement du participant ou de la participante, et ayant lieu dans une salle dédiée ou dans un espace de simulation mobile (Chiniara, 2019).
- **Simulation procédurale** : Modalité qui utilise des simulateurs synthétiques, des modèles animaux ou des cadavres pour développer ou maintenir des compétences techniques et procédures spécifiques, sans exposer de vraies personnes à des risques. Elle permet de se concentrer sur une tâche à la fois, favorisant la maîtrise et la répétabilité. La valeur de la simulation procédurale repose sur la sécurité, la répétition et la précision de la pratique, alignées avec les compétences ciblées (Chiniara, 2019).
- **Simulation sur table** : Modalité qui permet l'analyse de scénarios cliniques ou organisationnels de manière réflexive et interactive, sans mise en situation physique. Elle se déroule sous forme de discussion structurée entre les participant(e)s et utilise du matériel simple (documents, organigrammes, objets symboliques, supports visuels) pour représenter et comprendre les enjeux simulés. Elle maximise l'apprentissage réflexif et la prise de décision collective en fournissant un cadre structuré et sécuritaire pour explorer des situations complexes. (Chiniara, 2019; INACSL, 2021).

- **Simulation translationnelle (ou à visée systémique)** : Modalité qui mobilise la simulation comme outil stratégique d'amélioration continue des soins et des systèmes cliniques. Elle vise à générer des changements mesurables dans les pratiques cliniques, organisationnelles ou pédagogiques, en mobilisant des méthodes rigoureuses (analyse de processus, *débriefings*, évaluation) et en s'appuyant sur un engagement institutionnel fort. Elle contribue à renforcer la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'équité des services, tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle, la résilience du personnel et l'intégration durable de pratiques fondées sur des normes de qualité reconnues. (Brazil & Reedy, 2024; Diaz-Navarro et al., 2024).
- **Simulation VEMS (Visually Enhanced Mental Simulation)** : Modalité qui projette mentalement les participant(e)s dans un scénario clinique guidé verbalement, en utilisant des repères visuels simples (algorithmes, schémas, croquis) pour structurer la réflexion et les discussions. Elle favorise la prise de décision, la préparation mentale et l'anticipation des actions dans des contextes complexes ou rares. La valeur de cette modalité repose sur l'activation cognitive guidée, le repérage visuel et la réflexion structurée, permettant de renforcer la préparation et la prise de décision dans des situations cliniques réelles. (Chiniara, 2019; INACSL, 2021).

4. Champs d'application

Cette directive s'adresse à toute la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

5. Cadre normatif

La présente directive clinico-administrative s'inscrit officiellement dans une entente de partenariat entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke.

6. Procédure

Cette section est dédiée à la présentation des principes directeurs et à la description du processus d'une demande d'activité de simulation clinique.

6.1 Principes directeurs

Les activités de simulation clinique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'appuient sur les meilleures pratiques reconnues en formation des professionnel(le)s de la santé, telles que celles définies par l'INACSL¹, la SSH², le CAN-Sim³ et la HSO⁴ ainsi que sur les données probantes issues de la littérature scientifique et des sciences de l'éducation.

Afin d'assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des activités de simulation, celles-ci doivent être conçues, réalisées et évaluées dans le respect de certains principes.

Les principes suivants guident la conception, la réalisation et l'évaluation des activités de simulation :

- **Pertinence pédagogique fondée sur l'analyse des besoins.**

Le choix de la simulation comme modalité pédagogique doit découler d'une analyse rigoureuse des besoins, qu'ils soient liés à l'acquisition de compétences, à l'amélioration de la performance, ou à la sécurisation de processus. Cette décision doit tenir compte de l'objectif visé, du contexte

¹ International Nursing Association of Clinical Simulation and Learning (Association internationale de simulation et d'apprentissage clinique en soins infirmiers).

² Society for Simulation in Healthcare (Société pour la simulation dans le domaine de la santé).

³ CAN-Sim : Simulation Canada est un réseau interprofessionnel, intersectoriel et à but non lucratif pour l'avancement de la simulation dans l'éducation, les soins de santé et au-delà.

⁴ HSO : Health Standards Organization (Organisation de normes en santé).

clinique ou organisationnel, ainsi que des ressources disponibles. Objectifs de l'activité doivent répondre aux besoins identifiés.

Chaque activité doit cibler des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (objectifs SMART). Ces objectifs doivent être clairement formulés dès la phase de planification afin d'assurer la cohérence pédagogique de l'activité.

- **Recours à des facilitateurs qualifiés.**

La qualité pédagogique d'une simulation repose sur la compétence des formateur(-trice)s, notamment en matière de facilitation sécuritaire, de gestion du *briefing* et du *débriefing*. Les intervenant(e)s doivent démontrer une formation ou une expérience documentée en simulation clinique, en cohérence avec les standards du INACSL (2017) et les exigences du modèle *débriefing* structuré (ex. : PEARLS⁵).

- **Création d'un climat psychologiquement sécuritaire.**

Un environnement où les participant(e)s se sentent respecté(e)s, écouté(e)s et soutenu(e)s est essentiel pour permettre une participation authentique, une réflexion critique et un transfert optimal des apprentissages. La sécurité psychologique est une condition non négociable à toute activité de simulation (INACSL, 2021).

- **Collaboration interdisciplinaire.**

Les simulations doivent favoriser une approche interdisciplinaire lorsque cela est pertinent, en intégrant les différents professionnel(le)s impliqué(e)s dans la situation clinique ou organisationnelle simulée. Cela renforce la compréhension mutuelle, la communication et le travail d'équipe, en cohérence avec les principes de la pratique collaborative.

- **Évaluation continue et amélioration.**

Les activités de simulation doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux et d'une évaluation structurée, tant sur l'atteinte des objectifs pédagogiques que sur les retombées cliniques et organisationnelles. Cette démarche de rétroaction et d'amélioration continue garantit la valeur ajoutée de la simulation.

- **Utilisation responsable et éthique des ressources.**

La simulation clinique, bien qu'efficace, est une modalité coûteuse en ressources humaines, matérielles et logistiques. Elle doit être utilisée de façon ciblée, stratégique et équitable, en tenant compte des autres modalités pédagogiques disponibles qui pourraient répondre adéquatement aux besoins (Chiniara et al., 2019).

6.2 Processus de demande d'une activité de simulation clinique

La simulation clinique étant une modalité d'enseignement et d'amélioration des pratiques, exigeante en ressources et en coordination, son déploiement doit être rigoureusement planifié. Cette section présente le processus structuré mis en place au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour encadrer les demandes d'activités de simulation clinique.

Ce processus vise à assurer la pertinence, la qualité et l'efficacité des simulations réalisées, en misant sur une analyse préalable des besoins, des critères de priorisation clairs, et une collaboration étroite entre les milieux cliniques, le comité de simulation, les gestionnaires et les spécialistes en simulation.

Il précise les étapes à suivre avant, pendant et après le dépôt de la demande, les informations à fournir dans le formulaire SAFIR, ainsi que les rôles et les responsabilités des diverses personnes impliquées.

⁵ Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation (Promouvoir l'excellence et l'apprentissage réfléchissant en simulation).

6.2.1 Avant la demande : Préparation par le demandeur ou la demanderesse

Lorsqu'un(e) gestionnaire, un demandeur ou une demanderesse identifie un besoin de développement de compétence ou d'amélioration d'un processus et qu'il ou qu'elle souhaite utiliser une modalité de simulation, il ou elle doit suivre le processus établi. Une représentation schématique du processus est disponible à l'annexe B.

Les besoins de simulation clinique doivent être identifiés et priorisés au plan de développement des ressources humaines (PDRH) annuel de chaque direction.

Une fois les besoins identifiés et priorisés, chaque besoin d'activité de simulation doit faire l'objet d'une demande SAFIR distincte. Il n'est pas possible de regrouper plusieurs besoins d'une direction ou d'une équipe dans une seule demande. La requête, intitulée « *Formation – Demande d'une activité de simulation clinique* », est accessible sur l'Intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Requête SAFIR section RH – Formation.

Un(e) médecin peut être impliqué(e) à titre de cogestionnaire ou collaborer à la demande. Toutefois, celle-ci doit être soumise par un(e) professionnel(le) non-médecin. Cette exigence vise à assurer l'alignement avec les priorités propres à chaque direction, à favoriser la cohérence avec le PDRH et à faciliter le suivi, l'organisation, la coordination ainsi que la libération du personnel.

Le comité de coordination de la simulation peut également soutenir cette étape préparatoire en offrant des outils, des conseils méthodologiques et en contribuant à la réflexion stratégique avec le demandeur ou la demanderesse afin de bonifier la planification et de favoriser la pertinence des projets soumis.

Le demandeur ou la demanderesse doit :

- Analyser le besoin, en lien avec un enjeu clinique ou organisationnel;
- Définir des objectifs clairs et alignés avec les priorités de son secteur;
- Discuter avec ses partenaires (gestionnaire, équipe médicale, conseiller(-ère)s cliniques);
- Valider la faisabilité (ressources humaines, matérielles, disponibilité du personnel);
- S'assurer que l'activité est pertinente, prioritaire et soutenue par les instances cliniques concernées.

6.2.2 Demande officielle via le formulaire SAFIR

Sections à remplir dans SAFIR :

- Responsable de l'activité.
 - Nom, prénom, code d'identification personnel (CIP), titre d'emploi et coordonnées de la personne qui remplit la demande.
- Analyse de besoin et justification.
 - Titre de l'activité de simulation : contexte clinique ou organisationnel (ex. : nouvelle pratique, intégration, norme du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), incident).
- Objectifs de la simulation.
 - Deux à trois objectifs pédagogiques formulés selon le modèle [SMART](#) (spécifique, mesurables, approprié, réaliste, temporel).
- Précisions.
 - Type d'apprenant(e)s (profession et niveau d'expérience), nombre de participant(e)s, dates souhaitées, secteurs visés.

- Consultation préalable.
 - Acteur(-trice)s consulté(e)s (ex. : conseiller(-ère) cadre clinicien(ne), médecin associé(e)).
- Modalités envisagées.
 - Modalité de simulation, vision de l'activité, besoins matériels et spatiaux.
- Critères préalables.
 - Libération du personnel, expertise disponible, soutien des gestionnaires.
- Critères de priorisation.
 - Liens avec normes, risques, compétences ciblées, interdisciplinarité.

6.2.3 Analyse par le comité de coordination du laboratoire de simulation clinique (LSC)

Le comité de coordination du laboratoire de simulation clinique analyse chaque demande avec le souci de soutenir son développement optimal et d'en maximiser les retombées. Son rôle dépasse la simple validation administrative : il consiste à accompagner les demandeurs et demandereses dans une démarche rigoureuse, fondée sur les meilleures pratiques reconnues en simulation clinique.

Lors de l'analyse, le comité de coordination LSC doit :

- Évaluer la cohérence et la clarté de la demande, notamment les objectifs pédagogiques, la justification, les modalités proposées et les retombées attendues;
- S'assurer que l'activité est alignée avec les standards pédagogiques, techniques et éthiques du domaine et qu'elle permet un apprentissage sécuritaire, pertinent et structurant pour les participant(e)s;
- Vérifier la faisabilité logistique et l'utilisation responsable des ressources, en tenant compte des contraintes opérationnelles, budgétaires et des priorités organisationnelles;
- Proposer un accompagnement ou des ajustements, si nécessaire, afin d'optimiser le scénario, l'approche pédagogique ou la planification, en s'assurant que tout scénario élaboré a été conçu ou validé par un(e) professionnel(le) formé(e) en simulation;
- Identifier les besoins de soutien du LSC (personnel technique, matériel, locaux, etc.) et les coordonner avec l'équipe concernée.

L'objectif du comité n'est pas de restreindre l'accès à la simulation, mais d'en assurer l'impact, la rigueur et la valeur ajoutée dans une logique d'amélioration continue et de partenariat avec les équipes cliniques.

A. Priorisation

Dans le cadre du processus de demande d'une activité de simulation clinique via le système SAFIR, chaque demande est analysée selon une grille de critères préétablis permettant d'attribuer un **score de priorisation sur un total de neuf points**.

Ce score vise à soutenir le comité de coordination du LSC dans son analyse et sa prise de décision finale, en assurant une allocation équitable et stratégique des ressources disponibles. Les critères tiennent compte, entre autres, de l'impact potentiel sur la sécurité des soins, de la transversalité du besoin, du caractère innovant ou critique de l'activité, ainsi que de la présence d'enjeux institutionnels ou ministériels.

Le tableau ci-dessous présente les critères de priorisation utilisés, accompagnés de leur pondération respective :

Critères de priorisation	Pointage
L'activité de simulation est en lien avec une priorité du MSSS, de Santé Québec ou de l'organisation (ex. : ligne directrice, agrément).	2
L'activité de simulation découle d'une analyse de risque et/ou d'un évènement lié à la sécurité.	2
L'activité de simulation vise le développement de compétences techniques (reproduction d'une technique, utilisation de matériel, etc.).	1
L'activité de simulation vise le développement de compétences professionnelles (jugement clinique, travail d'équipe, communication, collaboration interprofessionnelle, intervention clinique complexe, etc.).	1
L'activité de simulation vise à évaluer, améliorer ou implanter des procédures ou processus existants, ou à concevoir et tester de nouveaux environnements cliniques avant leur mise en œuvre.	1
L'activité de simulation se déroulera en interdisciplinarité (objectifs spécifiques liés au travail d'équipe ou à la collaboration interdisciplinaire).	2

B. Respect des ententes institutionnelles

Dans l'analyse des demandes, le comité de coordination du LSC s'assure également que toute activité respecte les ententes officielles en vigueur entre les partenaires, notamment l'entente de partenariat pour le LSC, entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'Université de Sherbrooke. Cela comprend les conditions d'utilisation, les responsabilités partagées et les paramètres financiers liés à l'utilisation des ressources du LSC.

6.2.4 Décision du comité de coordination LSC et suite de la demande

À la suite de l'analyse, la demande d'activité de simulation clinique peut faire l'objet de l'une des décisions suivantes :

- Acceptée;
- Acceptée avec conditions;
- Demande de précisions;
- Refusée.

N.B. : Des spécialistes en pédagogie de la simulation sont présent(e)s dans ce comité et pourraient vous interpeller pour discuter du choix de la modalité qui répondrait le mieux à votre besoin.

A. Acceptée ou acceptée avec conditions

Lorsque la demande est acceptée (avec ou sans conditions), la coordonnatrice ou le coordonnateur des activités au LSC prend contact avec le demandeur ou la demanderesse afin de planifier les prochaines étapes, soit :

- Préciser les besoins techniques et logistiques (matériel, équipement, locaux, technicien(ne));
- Planifier les dates et confirmer les disponibilités;
- Offrir le soutien nécessaire, en cohérence avec l'offre de service du LSC;
- S'assurer que la demande respecte les bonnes pratiques en simulation.

Au besoin, une rencontre préparatoire est organisée pour soutenir le demandeur ou la demanderesse dans l'élaboration pédagogique, la planification logistique ou l'animation de l'activité de simulation. Certaines responsabilités demeurent essentielles au bon déroulement du processus :

- Le demandeur ou la demanderesse est responsable de l'organisation, de la supervision de l'activité et de la gestion des ressources nécessaires;
- La gestion et la coordination de la libération du personnel participant relèvent du gestionnaire des secteurs visés;
- La rémunération du personnel est assumée par l'unité concernée, selon les balises prévues au PDRH;
- Le LSC agit à titre de collaborateur et de facilitateur, mais la responsabilité globale de l'activité demeure celle du demandeur ou de la demanderesse.

B. Demande de précisions

Si certains éléments doivent être clarifiés ou bonifiés avant de poursuivre l'analyse, la demande sera classée comme demande de précisions. Le comité indiquera alors clairement les informations manquantes ou à bonifier. L'analyse de la demande reprendra après la réception des précisions nécessaires.

C. Refusée

Si la demande est refusée, des explications seront transmises au demandeur ou à la demanderesse. Celui-ci ou celle-ci sera invité(e) à en discuter avec son coordonnateur, sa coordonnatrice ou son gestionnaire clinique, afin d'explorer d'autres modalités pédagogiques pertinentes (ex. : formation en milieu clinique, enseignement théorique structuré, mentorat, etc.). Le Service de gestion et développement des compétences de la Direction des ressources humaines (DRH) peut alors être sollicité pour accompagner le demandeur ou la demanderesse dans l'identification de solutions alternatives répondant aux besoins exprimés.

6.2.5 Après l'activité

Le suivi après une activité de simulation constitue une étape essentielle pour consolider les apprentissages, documenter les retombées et soutenir l'amélioration continue des pratiques cliniques ou organisationnelles.

Bien que cette étape soit parfois moins formalisée dans la pratique, elle est pourtant fortement recommandée par les standards reconnus en simulation clinique (INACSL Standards of Best Practice, 2021; Rudolph et al., 2014), car elle permet de :

- Mesurer l'atteinte des objectifs pédagogiques ou organisationnels visés;
- Renforcer les apprentissages en consolidant les compétences acquises pendant la simulation;
- Documenter les constats cliniques, techniques ou systémiques observés;
- Ajuster, si applicable, les scénarios, les objectifs pédagogiques ou le contenu du *débriefing*;
- Réajuster les futures formations en fonction des besoins identifiés chez les apprenant(e)s;
- Identifier des actions d'amélioration ou de pérennisation;
- Suivre l'évolution d'une pratique ou d'un processus dans le temps;
- Alimenter les indicateurs locaux de qualité, de sécurité ou de performance;
- Justifier les investissements associés à la simulation;
- Soutenir la reddition de comptes ou les démarches d'agrément.

Le demandeur ou la demanderesse de l'activité de simulation demeure responsable de s'assurer que cette étape est réalisée. Des outils d'évaluation standardisés seront offerts par le LSC ou le comité de coordination du LSC, en fonction des objectifs de l'activité.

Un bilan post-simulation est fortement recommandé et obligatoire pour les simulations de processus.

Une activité de simulation bien menée ne se termine pas au dernier *débriefing* : c'est l'analyse rigoureuse des résultats qui en fait un véritable levier de transformation, de mobilisation et d'impact durable dans les milieux cliniques. Ainsi, des performances particulièrement efficaces peuvent conduire à des recommandations, voire à des activités de formation ciblées, afin de favoriser la reproduction de ces réussites au sein des équipes. À l'inverse, l'identification de difficultés dans certaines étapes du travail clinique peut constituer le point de départ d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ). Ce suivi contribue à renforcer les pratiques professionnelles, à optimiser l'organisation du travail et à soutenir une culture de sécurité et d'excellence.

7. Rôles et responsabilités

7.1 Demandeur ou demanderesse

Le demandeur ou la demanderesse est au cœur du processus de simulation clinique. Il ou elle agit comme personne clé et point de contact principal entre le comité de coordination du LSC, les équipes cliniques et les autres intervenant(e)s concerné(e)s. Il ou elle joue un rôle actif et essentiel à toutes les étapes, de la planification initiale à l'évaluation post-activité. Son engagement contribue directement à la pertinence, à la qualité et à l'impact de l'activité. La direction impliquée assure toutefois la responsabilité finale de l'activité de simulation et soutient activement le demandeur ou la demanderesse tout au long du processus, en veillant à l'alignement avec les priorités organisationnelles et à la mobilisation des ressources nécessaires. Il ou elle assure les activités suivantes :

- Identifier et analyser le besoin du milieu (développement des compétences ou amélioration du processus);
- S'assurer que le besoin est priorisé par sa coordination/direction;
- Remplir la requête informatisée SAFIR « Formation – Demande d'une activité de simulation clinique »;
- Participer activement à la planification et au suivi.

7.2 Coordonnateur ou coordonnatrice clinique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le coordonnateur ou la coordonnatrice clinique agit à titre de partenaire stratégique dans le développement et la mise en œuvre d'une activité de simulation. Son rôle est essentiel pour assurer la cohérence avec les priorités de ses secteurs et pour soutenir l'utilisation efficiente des ressources. Il ou elle assure les activités suivantes :

- Analyser la recevabilité et la pertinence de la demande, en fonction des objectifs visés, des besoins du milieu et des ressources disponibles;
- Autoriser la demande, le cas échéant, afin qu'elle soit transmise au comité de coordination du LSC pour analyse;
- Évaluer le potentiel de mutualisation, c'est-à-dire voir si le besoin exprimé pourrait bénéficier à d'autres équipes ou secteurs sous sa coordination;
- Soutenir le demandeur ou la demanderesse dans la sélection du lieu de simulation, en tenant compte des réalités logistiques du milieu;
- Favoriser la réalisation de l'activité, notamment en facilitant la libération du personnel, l'accès aux ressources matérielles et l'arrimage avec les autres activités cliniques;

- Identifier les besoins en ressources humaines et financières, en collaboration avec le demandeur ou la demanderesse et les parties prenantes concernées;
- Proposer une bonification ou une adaptation de l'activité afin d'en maximiser l'impact ou l'efficacité.

7.3 Comité de coordination du laboratoire de simulation clinique

Le comité de coordination du LSC relève du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et est composé de personnes désignées à des fonctions et représentants soit le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou soit la FMSS de l'Université de Sherbrooke. En collaboration étroite, ce comité analyse chaque demande d'activité de simulation clinique soumise. Il joue un rôle essentiel de soutien, d'encadrement et d'assurance qualité tout au long du processus, depuis l'analyse initiale jusqu'au suivi post-activité.

Il assure les activités suivantes :

- Recevoir, analyser et commenter les demandes d'activités de simulation clinique soumises par demande SAFIR;
- Évaluer la pertinence, la faisabilité et la priorisation des demandes en fonction des critères établis;
- Vérifier l'alignement des objectifs pédagogiques ou organisationnels avec les besoins cliniques exprimés;
- Collaborer à l'arrimage entre les demandes, les ressources disponibles et l'offre du LSC;
- Offrir un accompagnement sur le choix des modalités de simulation, des outils et des conditions minimales de réalisation;
- Soutenir les demandeurs ou les demanderesse dans l'amélioration de leur projet, lorsque requis;
- Rendre une décision quant à l'acceptation, l'acceptation avec conditions, la demande de précisions ou le refus de la demande, accompagnée des justifications nécessaires;
- Veiller à ce que les suivis post-activité soient réalisés, incluant l'évaluation des retombées et de la qualité;
- Participer à l'actualisation continue des critères de qualité, des outils et du processus d'analyse des demandes;
- Faire état périodiquement du fonctionnement des activités, des défis rencontrés et des stratégies d'évolution au comité de gestion.

7.4 Médecins, conseiller(-ère)s cadres cliniques et clinicien(ne)s de la Direction des soins infirmiers (DSI), de la Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSS) et de la Direction médicale et des services professionnels (DMSP)

Ces professionnel(le)s jouent un rôle central dans la planification, la réalisation et le suivi des activités de simulation clinique. Leur expertise clinique, leur connaissance fine des réalités cliniques ainsi que leur engagement dans l'amélioration continue des pratiques sont des atouts majeurs à la qualité et à la pertinence des simulations. Leur implication favorise aussi une culture interdisciplinaire forte, ancrée dans la collaboration et le partage de savoirs. Ils et elles assurent les activités suivantes :

- Contribuer à l'analyse de la pertinence d'utiliser la simulation clinique comme stratégie en fonction du besoin clinique, pédagogique ou organisationnel;
- Appuyer le demandeur ou la demanderesse dans la formulation des objectifs, la conception des scénarios et l'évaluation de l'activité;

- Participer, selon les besoins, au comité de coordination du LSC, de façon ponctuelle (ad hoc), pour assurer une analyse interprofessionnelle et éclairée des demandes;
- Offrir leur expertise lors de la planification, l'animation ou l'observation de simulations, en collaboration avec les autres intervenant(e)s impliqué(e)s;
- Soutenir la diffusion et l'appropriation des retombées issues des simulations dans leur milieu clinique;
- Promouvoir et encourager le développement de projets d'amélioration ou de recherche en lien avec les activités de simulation clinique.

7.5 Instance de simulation (coordonnateur ou coordonnatrice du Laboratoire de simulation clinique)

Le coordonnateur ou la coordonnatrice du LSC assure la coordination globale des activités de simulation clinique, en lien avec les décisions du comité de concertation du laboratoire de simulation clinique, tout en offrant un soutien direct au demandeur ou à la demanderesse à chacune des étapes du processus. Ses activités consistent notamment à :

- Assurer un rôle de liaison entre le comité de concertation du laboratoire de simulation clinique, le demandeur ou la demanderesse et l'équipe du LSC, en coordonnant la mise en œuvre des activités de simulation;
- Soutenir le demandeur ou la demanderesse dans la planification de l'activité, incluant l'identification du matériel requis et la logistique entourant la tenue de l'activité;
- Mobiliser les ressources humaines, matérielles et technologiques nécessaires à la réalisation de la simulation (locaux, matériel clinique, mannequins, personnel standardisé, technicien(ne), etc.);
- Assurer la coordination des activités du LSC en fonction des priorités établies, des disponibilités et des ressources;
- Appuyer les formateur(-trice)s et les facilitateur(-trice)s présent(e)s lors des activités en assurant un soutien logistique, technique et pédagogique, au besoin;
- Contribuer à l'évaluation post-activité et à la reddition de comptes en lien avec les retombées de l'activité, en collaboration avec le demandeur ou la demanderesse et le comité.

7.6 Comité de gestion du laboratoire de simulation clinique

Le comité de gestion du LSC relève de la FMSS de l'Université de Sherbrooke. Il veille à la gouvernance opérationnelle du LSC, à la coordination des processus entre les partenaires et à l'arrimage entre les besoins cliniques et les activités de simulation. Il agit comme lien de cohérence entre les comités stratégiques, opérationnels et les orientations de développement. Il assure les activités suivantes :

- Établir, coordonner et harmoniser les processus et les modes de fonctionnement du LSC entre les partenaires;
- S'assurer du respect des valeurs, des principes de gouvernance et des rôles définis;
- Planifier les activités du LSC et établir les modalités d'accessibilité aux installations et aux services;
- Soumettre les propositions de développement et d'orientation au comité stratégique du LSC;
- Revoir annuellement le mandat, la composition et les processus du comité de coordination du LSC (opérationnel);
- Faire état périodiquement du fonctionnement des activités, des défis rencontrés et des stratégies d'évolution au comité stratégique.

7.7 Comité stratégique du laboratoire de simulation clinique

Le comité stratégique du LSC relève de la FMSS de l'Université de Sherbrooke, il assure la cohérence des orientations à long terme, la gouvernance budgétaire et administrative et l'arrimage aux missions universitaires, cliniques et institutionnelles. Il assure les activités suivantes :

- Établir les grandes orientations stratégiques du LSC et en assurer le suivi;
- Adopter les budgets, les bilans financiers et le rapport annuel de l'équipe de direction du LSC;
- Former les comités jugés nécessaires et déterminer leur mandat;
- Adopter les politiques, les règles internes et les documents de gouvernance du LSC;
- Nommer les membres des comités de sélection et entériner les décisions d'embauche des directions administratives et scientifiques;
- Approuver les dépenses engagées par les directions du LSC;
- Réviser et renouveler l'entente de partenariat entre les parties prenantes;
- Demeurer à l'écoute des opportunités de développement et mandater, au besoin, des sous-comités pour en faire l'étude ainsi qu'approuver tout projet de développement avant son implantation.

7.8 Comité de concertation du laboratoire de simulation clinique

Le comité de concertation du LSC relève du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Il assure la concertation entre les directions impliquées (DSMSSS, DMSP, DSI, DCMU, DRH et DRF) afin de soutenir le développement, le maintien et le rehaussement des compétences par la simulation clinique, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. En partenariat avec la FMSS de l'Université de Sherbrooke, il veille à une représentation cohérente et concertée de l'organisation dans les instances conjointes du LSC.

Il assure les activités suivantes :

- Recevoir, de la part de la personne promotrice déléguée par la DCMU au LSC, les informations nécessaires au positionnement organisationnel en regard de la simulation clinique;
- Établir, à partir des besoins connus des directions des pratiques professionnelles, les grandes orientations en simulation clinique;
- Assurer une compréhension commune et le suivi du budget dévolu à la simulation clinique;
- Veiller à ce que la simulation clinique soit accessible dans tous les RLS en fonction des besoins identifiés;
- Représenter l'organisation et s'exprimer d'une voix commune dans les comités stratégiques, tactiques et opérationnels du LSC en collaboration avec la FMSS de l'Université de Sherbrooke;
- Encourager et soutenir la réalisation d'études sur les activités de simulation clinique dans l'organisation;
- Favoriser le développement de l'expertise organisationnelle en simulation clinique;
- Proposer des orientations pour répondre aux besoins spécifiques liés à de grands projets (ex. : Pavillon Enfant Soleil – Urgence (PESU), Dossier santé numérique (DSN));
- Mandater, au besoin, des sous-groupes de travail afin de :
 - Identifier et prioriser les simulations cliniques à soutenir selon les besoins connus;
 - Produire un plan d'action;
 - Contribuer à la réalisation d'études et au développement de l'expertise organisationnelle;
 - Participer à la mise en œuvre des projets hors des formations habituelles.

7.9 Direction des ressources humaines (DRH) – Coordination gestion et développement des compétences

La DRH agit à titre de partenaire stratégique pour soutenir l'optimisation des moyens de développement des compétences dans l'établissement. Elle assure les activités suivantes :

- Soutenir le demandeur ou la demanderesse lorsque la simulation clinique n'est pas retenue comme modalité d'intervention, en l'accompagnant dans l'identification de solutions alternatives;
- Collaborer à l'arrimage entre les besoins de formation exprimés au plan de développement des ressources humaines (PDRH) et l'offre de services institutionnelle;
- Participer au développement d'une culture d'apprentissage continu et à la valorisation des activités de développement professionnel, dont la simulation clinique.

8. Ouvrages consultés

- Adams, V., Burger, S., Crawford, K., & Setter, R. (2020). Toward defining healthcare simulation escape rooms: A scoping review. *Simulation & Gaming*, 51(6), 707–721. <https://doi.org/10.1177/1046878120958745>
- Brazil, V. & Reedy, G. Translational simulation revisited: an evolving conceptual model for the contribution of simulation to healthcare quality and safety. *Adv. Simul.* 9, 16 (2024). <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00291-6>.
- Canadian Patient Safety Institute (2020). Using Simulation to Improve Safety.
- Chiniara, G., Cole, G., Brisbin, K., Huffman, D., Cragg, B., Lamacchia, M., Norman, D. et Canadian Network For Simulation In Healthcare, Guidelines Working Group. (2013). Simulation in healthcare : A taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical Teacher*, 35(8), e1380-e1395. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.733451>.
- Chiniara, Gilles. (2019). *Clinical Simulation: Education, Operations and Engineering*. (2^e éd., Vol. 1-1 online resource (994 pages)). Elsevier Science & Technology; WorldCat.org. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5880600>.
- Chiniara, G. et al. (2019). Simulation in healthcare: A taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical Teacher*, 41(3), 280-285.
- Couturier, C., et Lemée, M.-H. (2021). Intégration de la réalité virtuelle dans les programmes de formation initiale et continue en sciences infirmières [Présentation powerpoint]. Congrès de l'ACFAS, ACFAS.
- Diaz Navarro, C. et al. Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. *Adv. Simul.* 9, 19 (2024). <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>.
- Hamstra, S. J., Brydges, R., Hatala, R., Zendejas, B., & Cook, D. A. (2014). Reconsidering fidelity in simulation-based training. *Academic Medicine*, 89(3), 387–392. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000130>
- INACSL Standards Committee (2021). *Healthcare Simulation Standards of Best Practice™*. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning.
- Jean, P. (2001). Pour une planification méthodique des activités de formation. *Pédagogie Médicale*, 2(2), 101-107. <https://doi.org/10.1051/pmed:2001017>.
- Lemée, M.-H. (2021, décembre 16). Rehausser les compétences des infirmières en milieu rural : Exploration de l'acceptabilité et de la faisabilité d'une intervention utilisant la réalité virtuelle immersive. [Séminaire Université de Sherbrooke]. Séminaire 1, En ligne.
- Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C., Thompson, T. M., Wallace, A., & Gliva-McConvey, G. (2017). The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in Simulation*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4>
- Ndengeyngoma, A., Gauvin-Lepage, J. et Ledoux, I. (2023). *Interventions éducatives en matière de santé - de la théorie à la pratique* (2^e édition). Presses de l'Université du Québec. 208 p.

- Rosen, M.A., et al. (2021). Simulation and patient safety: How can simulation be used to improve patient care? *BMJ Quality & Safety*, 30(9), 696-703.
- Society for Simulation in Healthcare (SSH) – Core Curriculum et Accreditation Standards.
- Tardif, J. et al. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation. 384 p.
- The INACSL, normalisation comity. (2016). INACSL Standards of Best Practice : SimulationSM Simulation Glossary. *Clinical Simulation in Nursing: Supplement*, 12(Supplement), S39-S47. WorldCat.org. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
- The INACSL Standards Committee. (2017). INACSL Standards of Best Practice : SimulationSM: Operations. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 681-687. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.10.005>.

9. Processus d'élaboration

9.1 Rédaction

Membres du comité de coordination du LSC :

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Jodar, Céline	Coordonnatrice DPSIMUR, DSI	2025-09-15
Lemieux-Doutreloux, Sara	Conseillère cadre clinicienne - Soins intensifs, DSI	2025-08-26
Dr Labossière, Mathieu	Interniste, DMSP	2025-07-10
Sidali, Ihabe	Conseillère en soins infirmiers, DSI	2025-08-26
Gauthier, Karina	Conseillère-cadre clinique - Multi santé physique, DSMSSS Qualité et évolution de la pratique - Santé	2025-07-10
Brun, Mélissa	Coordonnatrice des activités au laboratoire de simulation clinique Centre de simulation PRACCISS, FMSS	2025-07-10
Labelle, Dominique	Agente de gestion du personnel, DRH	2025-07-10

9.2 Consultation/collaboration

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Bourgault, Patricia	Directrice, DSI et Promotrice du LSC	2025-08-26
Fillion, Lawrence	Directeur adjoint, DSI	2025-08-26
Ouellet, Manon	Directrice de l'administration Centre de simulation PRACCISS	2025-07-10
Dr Quiroz, Hector	Intensiviste, DMSP et vice-doyen adjoint à la FMSSS	2025-08-26
Dre Catelin, Céline	Néonatalogiste, DMSP	2025-07-10
Dr Deshaies, Jean-François	Urgentologue, DMSP et Directeur scientifique - Centre de simulation PRACCISS	2025-07-10
Pre Ledoux, Isabelle	Professeure agrégée à l'école des sciences infirmières, UdeS	2025-07-10
Mcmahon, Stéphanie	Directrice de la coordination de la mission universitaire (DCMU)	2025-08-26

9.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

10. Processus d'adoption

Nom/Prénom	Signature	Titre/Fonction	Date
Bourgault, Patricia	Document original signé	Directrice des soins infirmiers	2026-01-16
McMahon, Stéphanie	Document original signé	Directrice de la coordination de la mission universitaire	2025-10-16
Frenette, Adam	Document original signé	Directeur médicale et des services professionnels	2026-01-12
Kodsi, Judith	Document original signé	Directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux	2025-10-23
Belzile, Yann	Document original signé	Directeur des ressources humaines	2026-01-13

11. Dispositions finales

11.1 Version antérieure

La présente mise à jour remplace la version adoptée le 19 juillet 2019.

11.2 Prochaine révision

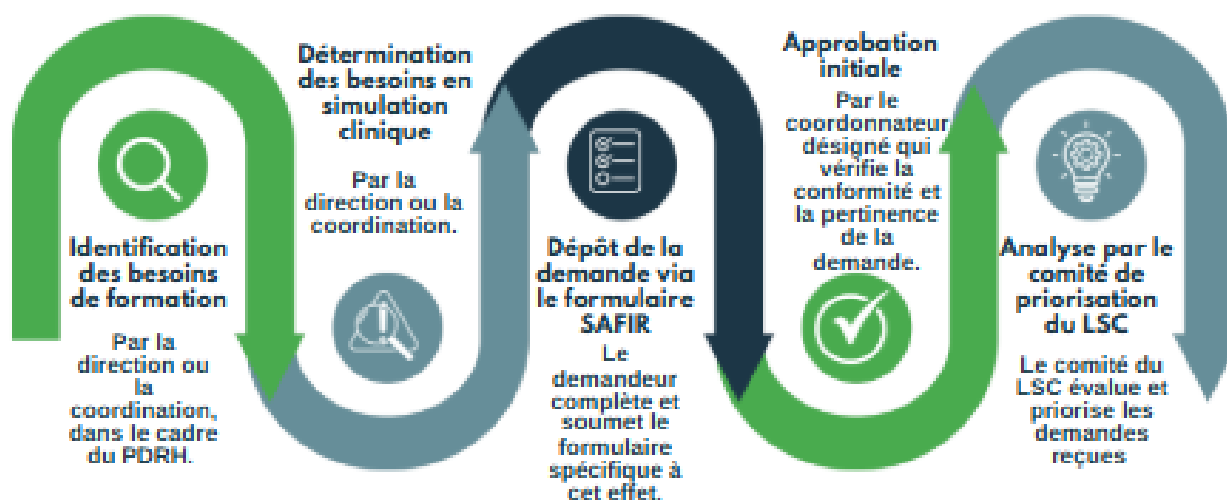
La présente directive clinico-administrative doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création	Comité opérationnel - Laboratoire simulation clinique : Brigitte Benoit, Christian Bellemare, Carine Couturier, Karina Gauthier, Caroline Jalbert, Hélène Robert.	2019-07-19
Révision avec modifications	Comité opérationnel - Laboratoire simulation clinique : Marie-Hélène Lemée, Christian Bellemare, Candide Fecteau-Harbour, Karina Gauthier, Marie-Claude Laplante.	2022-10-31
Révision avec modifications	Comité opérationnel - Laboratoire simulation clinique : Marie-Claude Rodrigue, Sara Lemieux-Doutreloux, Laurence Legault, Marie- Claude Laplante, Caroline Jalbert, Karina Gauthier.	2024-04-05
Recommandation pour adoption au Comité de direction	Comité de gestion des outils cliniques (CGOC)	2024-04-17
Modification de la version présentée au CGOC	DSI et DCMU - Changement de la responsabilité de la PDGA vers la DCMU.	2024-05-01
Révision avec modifications	Comité opérationnel - Laboratoire simulation clinique : Sara Lemieux-Doutreloux, Céline Jodar, Dr Mathieu Labossière, Ihabe Sidali, Karina Gauthier, Mélissa Brun, Dominique Labelle. Collaborateurs : Patricia Bourgault, Lawrence Fillion, Manon Ouellet, Dr Hector Quiroz, Dre Céline Catelin, Dr Jean-François Deshaies, Pre Isabelle Ledoux. Stéphanie McMahon	2025-09-15

Annexe B - Processus de développement d'une activité de simulation clinique

Processus de demande de développement d'une activité de simulation clinique



Si la demande est acceptée

Planification de l'activité

En collaboration avec le demandeur et le comité

- Identification des ressources nécessaires
- Choix de la modalité pédagogique de simulation
- Détermination du niveau d'accompagnement et de soutien requis

Mise en œuvre

- Conception et réalisation de l'activité de simulation par le demandeur avec au besoin le soutien du comité.



Si la demande est refusée

Planification d'une autre modalité

- Le demandeur, avec le soutien de la DRH et les recommandations du comité, identifie une modalité pédagogique alternative à la simulation.