

## MOBILISER LA SIMULATION EN SANTÉ POUR LA FORMATION À L'ÉTHIQUE DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

**Résumé :** Le développement de compétences en situation simulée, longtemps réservé à des secteurs spécifiques de haute technicité comme l'aéronautique, apparaît désormais comme une modalité incontournable de la formation initiale et continue des professionnels de santé. Et c'est probablement en raison de ses références à l'espace technique qu'elle est souvent apparentée à un enseignement procédural des actes. Un principe éthique s'impose : « jamais la première fois sur le patient ». Une éthique de la simulation en santé ne se réduit pas à un impératif catégorique puisqu'elle offre l'opportunité d'un questionnement quant à l'usage d'une telle innovation pédagogique pour l'apprentissage de l'éthique en formation infirmière. Caractérisée par une intention épistémique et d'optimisation des pratiques pédagogiques, cette recherche-intervention mobilise une méthode d'auto-confrontation afin de dévoiler de nouvelles perspectives pour une formation à l'éthique par la simulation en santé.

**Mots-clefs :** simulation en santé, apprentissage expérientiel, compétences, éthique, formation infirmière, réflexivité, auto-confrontation croisée.

### UNE INNOVATION PÉDAGOGIQUE PROPICIE À L'APPRENTISSAGE DE L'ÉTHIQUE ?

#### *Le contexte et la question de recherche*

Formateur<sup>1</sup> au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) depuis 2007, nous avons constaté d'importantes mutations survenues dans le champ professionnel infirmier. Ces transformations interviennent en réponse aux évolutions des besoins de santé de la population et à une raréfaction des ressources au sein de l'univers hospitalier. Le développement des compétences de l'infirmier<sup>2</sup> et l'accroissement de son autonomie s'accompagnent d'attentes plus importantes, tant de la part des institutions que du public accueilli. La formation des professionnels de santé a intégré les évolutions sanitaires et sociétales en mobilisant de nouvelles approches pédagogiques dont la simulation en santé. Son usage est justifié par une volonté de réduction des risques. Le praticien se doit de développer toutes les compétences nécessaires afin d'assurer la qualité de son intervention soignante tout en garantissant un haut niveau de sécurité.

Outre l'enjeu de santé publique représenté par la sécurité sanitaire, la simulation en santé annonce l'avènement d'un nouveau paradigme quant à l'apprentissage du soin. Il se résume en un principe éthique : « jamais la première fois sur le patient<sup>3</sup>. » Cet adage, figure de proue des partisans de la simulation en santé, est

---

<sup>1</sup> Nous emploierons indistinctement les termes *formateur* et *cadre de santé formateur*.

<sup>2</sup> Le terme *infirmier* sera employé au masculin, en l'absence de toute connotation, pour évoquer la profession dans une approche générale ou l'appartenance à un groupe social.

<sup>3</sup> cf. la proposition 1 du rapport de mission rédigé par le Pr. Granry et le Dr. Moll, remis à la Haute

mentionné comme un objectif éthique prioritaire dans un rapport de mission remis en Janvier 2012 à la demande de la Haute Autorité de Santé (HAS). Au travers de ce rapport, dix propositions ont été formulées dont celle d'intégrer la simulation en santé « dans tous les programmes d'enseignements des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu) » (Granry & Moll, 2012 : 80).

L'argument éthique et le renforcement de la sécurité sanitaire donnent toute légitimité au développement de la simulation en santé. Désormais, pour que le soin soit éthiquement acceptable, le soignant-apprenant ne devrait jamais effectuer un acte en contexte authentique, sans l'avoir réalisé au préalable en situation simulée. En ce sens, il s'agit d'un devoir de pratiquer un geste soignant en conditions simulées avant de le réaliser auprès d'un patient, indépendamment des circonstances. Nous préférons nous éloigner de cette conception, bien que légitime, pour mettre au jour les opportunités d'un outil devenu indispensable à l'apprentissage d'une démarche soignante. En effet, pour percevoir la contribution potentielle de la simulation en santé à une pédagogie de l'éthique, il nous semble nécessaire de procéder à un déplacement en ne considérant plus une justification de la simulation en santé par l'éthique mais en questionnant l'usage d'une telle innovation pédagogique pour l'éthique et son apprentissage. Nous nous sommes alors demandé dans quelle mesure les cadres de santé formateurs pourraient mobiliser la simulation en santé pour la formation à l'éthique des étudiants infirmiers.

En première intention, nous définirons la simulation en santé et nous présenterons l'apprentissage de l'éthique en formation infirmière tout en soulignant leurs limites mais aussi l'importance accordée à l'analyse réflexive. Puis, lors de notre enquête, nous nous intéresserons davantage aux acteurs de l'institution au cours d'une séquence de simulation en santé. Dans une volonté d'optimisation des pratiques pédagogiques, l'analyse d'activités de formateurs en IFSI à partir d'enregistrements vidéo nous permettra d'appréhender à quelle condition la simulation en santé est propice à un apprentissage de l'éthique en formation infirmière.

## LA SIMULATION EN SANTÉ ET L'ÉTHIQUE

### *La simulation en santé*

Nous pourrions croire que la simulation en santé est un phénomène nouveau alors que son apparition date de plusieurs siècles. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Mme du Coudray, a conçu un mannequin<sup>4</sup> permettant l'apprentissage des manipulations obstétricales, destiné à la formation des sages-femmes exerçant en campagne. Cette modalité pédagogique aurait engendré une nette diminution de la mortalité infantile. C'est au début du XX<sup>e</sup> siècle et sur le continent américain que la simulation en santé puise les origines de son développement actuel. En Amérique du Nord, elle est actuellement utilisée de « manière routinière » (Granry & Moll, 2012 : 31) dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. En France, le développement de la simulation en santé est plus récent qu'aux États-Unis et au Canada bien que des centres se développent, comme le *SimUsanté* du

---

Autorité de Santé (HAS) en Janvier 2012 ; les modalités pédagogiques définies dans le référentiel de formation relatif au diplôme d'État d'infirmier (annexe III de l'arrêté du 31 Juillet 2009 modifié par l'arrêté du 26 Septembre 2014) ainsi que l'objectif opérationnel 4.1 du Programme National pour la Sécurité des Patients 2013 / 2017.

<sup>4</sup> Un exemplaire original de « la machine » de Mme. du Coudray est conservé au musée Flaubert et d'histoire de la médecine à Rouen. Une reproduction est exposée au musée de l'Homme à Paris.

Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens, devenu à ce jour le plus important d'Europe.

Il est d'usage de distinguer deux dimensions au sein de la simulation en santé : organique et non organique. La première est animale ou humaine. Elle est réalisée sur des animaux ou des cadavres humains pour l'apprentissage de gestes procéduraux, essentiellement chirurgicaux. La seconde dimension, non organique, est sous-divisée en deux domaines : synthétique et électronique (Chiniara, 2007 : 41-49). Pour la simulation synthétique, la fidélité de la reproduction du monde réel est désignée sous l'appellation « haute-fidélité ». À l'IFSI, nous mobilisons essentiellement la simulation en santé non organique, synthétique, de haute et basse fidélité. À titre d'exemple, l'apprentissage du cathétérisme veineux est réalisé sur un bras synthétique, tronçon humanoïde de latex et de silicone. La simulation en santé est parfois « hybride », elle associe un individu et un dispositif synthétique, comme un thorax en latex apposé sur un acteur pour l'enseignement de la pose de l'aiguille de Huber sur une chambre implantable<sup>5</sup>.

La simulation en santé est apparue dans un souci de favoriser les apprentissages tout en minimisant la survenue d'accidents. Elle permettrait d'atteindre trois groupes d'objectifs : cognitifs (connaissances théoriques), psychomoteurs (procédures et compétences techniques) et « affectifs » (comportement, communication...)<sup>6</sup>.

#### *Les limites et les potentialités de la simulation en santé*

La difficulté essentielle réside dans la mise en œuvre de situations permettant le développement des compétences en évitant les écueils des environnements protégés. En effet, Goudeaux, Loraux & Sliwka (2003 : 14) ont dénoncé les limites d'un dispositif de simulation en prenant pour exemple l'apprentissage de la conduite automobile : « Tant que le moniteur est présent et qu'il peut récupérer les pédales, on est typiquement dans une situation protégée... Aussi, quand pourra-t-on réellement apprécier la « compétence » de l'apprenti chauffeur ? Lorsqu'il sera seul, à six heures du soir, dans l'embouteillage géant d'un centre-ville, à la sortie des bureaux... ».

En référence au contexte de la formation infirmière, nous identifions plusieurs limites à la simulation en santé. D'une part, la possibilité d'une réalisation de l'intégralité des soins infirmiers, à l'aide d'un simulateur et avant leur application auprès d'un patient, semble illusoire au regard des modalités de l'alternance théorico-pratique en formation initiale des infirmiers. D'autre part, il semble improbable de former, en situation simulée, des apprenants qui seront opérationnels et à l'apogée de leurs compétences car il y aura toujours la réalisation d'un premier geste soignant auprès d'une personne soignée. Bien qu'un simulateur puisse être extrêmement réaliste, il y aura nécessairement un passage vers la situation réelle d'où la nécessité pour le formateur de favoriser le transfert des apprentissages.

Pour l'étudiant, la simulation en santé ne vise pas uniquement l'acquisition de gestes techniques mais l'adaptation de la réponse soignante à la singularité d'une situation, par le développement d'une pensée autonome. Celle-ci se cons-

---

<sup>5</sup> L'aiguille de Huber est un dispositif médical permettant l'administration de thérapeutiques par l'intermédiaire d'une chambre implantable. Cette dernière est insérée sous la peau du patient, au niveau du thorax. Les chambres implantables sont indiquées pour l'administration de certains traitements, notamment les chimiothérapies anticancéreuses.

<sup>6</sup> *Simulation en santé, cadrage de la mission confiée par l'HAS*, document du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, adressé à la Haute Autorité de Santé (HAS), 26 Octobre 2009.

truit au travers des cinq étapes d'une séance de simulation en santé (Grillet, 2014 : 20-22) :

- le pré-briefing, moment où les acteurs se familiarisent avec l'environnement,
- le briefing : il vise la présentation des principes généraux de la séance de simulation en santé et l'instauration d'un climat de confiance entre les participants, garanti par le respect de la confidentialité,
- la pratique simulée : les participants interprètent les rôles définis dans le scénario et ils sont observés par un groupe d'étudiants, situé derrière une glace sans tain ou dans une salle équipée d'une projection vidéo, la séquence pouvant être interrompue au besoin, en cas de situation d'échec total ou d'orientation imprévue,
- le débriefing, inscrit dans une dimension réflexive, il s'appuie essentiellement sur l'expression des émotions, l'analyse de l'expérience et la transférabilité des apprentissages,
- la conclusion.

L'analyse réflexive est indissociable d'une séance de simulation en santé. Composante structurelle de la compétence, pouvant être définie comme une « intelligence pratique » (Zarifian, 2004 : 81), la réflexivité s'incarne sous forme de débriefing à l'issue de toute séance de simulation en santé sans toutefois être « une simple disposition prête à l'activation » (Maesschalck, 2014 : 197). Le débriefing constituerait aussi, selon nous, la pierre angulaire d'un apprentissage de l'éthique, caractérisé par une dimension réflexive et collective, permettant de révéler d'autres potentialités de la simulation en santé.

#### *L'éthique et son apprentissage*

L'éthique s'affiche dans de multiples domaines de notre société et particulièrement dans le champ des disciplines médicales et paramédicales. Le concept n'est pas nouveau et les leçons des philosophes de la Grèce antique nous semblent plus que jamais d'actualité. Loin d'imposer des normes ou des dogmes, Aristote nous rappelle la conduite de l'homme prudent, questionnant le sens de son action orientée vers des perspectives vertueuses. « Quand on agit, c'est une nécessité constante de se guider, sur les circonstances dans lesquelles on est placé, absolument comme on le fait dans l'art de la médecine et dans l'art de la navigation<sup>7</sup> » (1992, II, 2 : 81). Or, il n'est pas possible d'enseigner l'éthique car ce « n'est ni une science, ni une technique, ni un système de règles institutionnelles » (Rameix, 1996 : 11). Le souci de l'autre ne s'apprend pas et pourtant il est l'expression d'une éthique du « care »<sup>8</sup> marquée par une qualité du lien instauré avec la personne soignée, au travers de petites attentions, dans la considération d'une dignité ontologique. De plus, la théorie morale, par sa subdivision en différentes branches (déontologisme, conséquentialisme, arétaïsme), ainsi que les différentes approches d'une éthique appliquée ne peuvent être enseignées en formation infirmière au re-

---

<sup>7</sup> Nous soulignons ici la place occupée par la simulation en santé dans les enseignements actuels relatifs à l'art de la médecine et à l'art de la navigation (aérienne).

<sup>8</sup> Svandra nous apporte un éclairage sur le concept de care, terme anglo-saxon n'ayant pas d'équivalent français. Il s'entend ici en résonance avec son antonyme, « négliger », signifiant étymologiquement « ne pas lier ». « Ainsi, si la négligence revient à « ne pas lier » et que le soin constitue son contraire, il est alors possible d'en conclure que le soin est bien une forme de lien. » (Svandra, 2009 : 19).

gard du nombre d'heures prescrites. Il semble préférable de susciter, auprès des étudiants infirmiers, une aptitude à la réflexion éthique et de l'envisager comme une compétence transversale permettant l'adoption d'une posture appropriée face à la complexité des situations rencontrées. Cette approche n'a pas échappé à la ré-ingénierie de la formation infirmière en 2009. Le modèle pédagogique s'est structuré dans une perspective socioconstructiviste valorisant l'étude de situations par les apprenants. Trois paliers d'apprentissage ont été définis : « comprendre, agir, transférer<sup>9</sup> ». Les unités d'enseignement (UE) relatives à l'éthique<sup>10</sup> intègrent cette logique qui peut se résumer ainsi :

« Que vise-t-on quand on enseigne l'éthique à des étudiants ou à des professionnels ? S'agit-il de transmettre des savoirs (les chartes internationales, les différentes approches philosophiques, les lois du pays, soit tout ce qui se retrouve dans l'abondante littérature sur le sujet) ? Cherche-t-on à initier des savoir-faire, c'est-à-dire à une démarche, à des grilles d'analyse ou de résolution de problèmes ? Ou bien, plus fondamentalement encore, vise-t-on un savoir-être, une posture intègre, une "sensibilité" à l'autre, le souci d'être juste ? Connaître l'éthique, faire de l'éthique ou être éthique : comme on peut s'y attendre, il semble bien que ce soit la troisième option qui soit privilégiée. Car sans ce réel souci pour être éthique, les savoirs ne sont plus que des théories stériles et les savoir-faire des coquilles vides, des techniques pour se donner bonne conscience ou pour sauver les apparences ».

(Longneaux, 2012 : 2)

L'incertitude parfois vécue par les patients (Zimowski, 2014 : 49-54) et l'évolution de leurs attentes, les mutations de l'organisation hospitalière ainsi que les progrès technoscientifiques, contribuent à une complexification des pratiques soignantes. Les principes, les valeurs et les normes ne garantissent plus un agir adéquat pour répondre aux nouveaux enjeux d'un monde en mouvement marqué par « la crise de l'universalisme moral » (Maesschalck, 2010 : 24). Le vide engendré par l'insuffisance des balises axiologiques et normatives justifie la fondation d'une nouvelle approche de l'éthique qui ne se contente plus de savoirs figés, d'un abord transmissif. L'enjeu est « plutôt de privilégier une logique d'apprentissage centrée sur l'apprenant et sur son interaction avec l'environnement » (Aiguier, Boitte & Cobbaut, 2012 : 18).

*Une formation à l'éthique  
caractérisée par sa dimension collective et réflexive*

La limite d'un apprentissage de l'éthique à l'IFSI se caractérise par une impossibilité d'évaluer la transférabilité de la démarche en situation réelle. La confrontation des étudiants à des cas concrets, bien qu'elle soit ancrée dans les pratiques, ne garantit aucunement la mise en œuvre de la démarche éthique au sein de l'exercice professionnel et le développement des compétences *ad hoc*. Cela nous laisse entrevoir des espaces creux que la simulation en santé pourrait investir pour la formation à l'éthique des étudiants infirmiers. Le débriefing réalisé, à l'issue de toute séance de simulation en santé, pourrait constituer un espace collectif et réflexif propice à un apprentissage de l'éthique. De fait, « l'éthicité » d'une

<sup>9</sup> Annexe III de l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

<sup>10</sup> Nous faisons référence à l'ingénierie pédagogique des UE 1.3 des semestres 1 (comprendre/ « connaître l'éthique ») et 4 (agir/« faire de l'éthique ») ainsi qu'à la transférabilité de la réflexion éthique (« être éthique »), aucune UE n'étant spécifiquement identifiée en 3<sup>e</sup> année de formation infirmière.

situation ne se caractériserait pas à l'aune de l'objet analysé mais elle se traduirait par la qualité du processus de délibération mis en œuvre par les acteurs. Plus précisément, le débriefing de la séance de simulation en santé permettrait, outre l'acquisition de gestes techniques, d'habiletés communicationnelles ou de postures conformes aux devoirs professionnels, l'émergence de questionnements d'ordre éthique. Ce n'est donc pas la spécificité du scénario d'une séance de simulation en santé qui servirait l'apprentissage de l'éthique mais la réflexion collective engagée au regard de l'expérience vécue. Cette perspective énoncée présente l'avantage de ne pas circonscrire l'éthique à un ensemble de situations définies (le refus de soins, la fin de vie,...) invitant à rechercher une réponse standardisée par l'acquisition de gestes et d'attitudes en situation simulée. Par une posture d'animateur et non d'expert du soin, le cadre de santé formateur rendrait possible l'analyse réflexive par la création d'un espace de délibération au sein duquel les apprenants développeraient leur capacité à co-construire face à la complexité des situations rencontrées.

## LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE

### *Méthodologie de la recherche*

Notre recherche revêt un double enjeu. D'une part, il s'agit d'observer les mécanismes à l'œuvre lors des débriefings pour faciliter l'analyse réflexive des apprenants. D'autre part, elle doit contribuer à l'optimisation des pratiques pédagogiques du groupe de formateurs tout en gardant à l'esprit que c'est le collectif qui opérera ces transformations. « Seuls ces collectifs eux-mêmes peuvent opérer des transformations durables de leur milieu de travail. Notre tâche, à la fois plus modeste et plus exigeante sur le plan scientifique, est de seconder leurs efforts pour élargir leur propre rayon d'action, c'est-à-dire le développement de leur activité qui est l'objet même de notre recherche » (Clot *et al.*, 2000). De fait, questionner la posture du formateur, c'est réaliser les premiers pas vers la compréhension des conditions et des moyens mis en œuvre pour la formation à l'éthique des étudiants infirmiers, tout en influençant les mécanismes de l'ingénierie pédagogique. En ce sens, notre travail s'inscrit ici dans une recherche-intervention dont sa caractéristique est la « contribution à une double perspective : épistémique et transformative » (Mérini & Ponté, 2008 : 93). Pour Carrier et Fortin, elle est définie comme « une collecte et une analyse systématiques d'informations concernant une réalité particulière de la pratique, en vue de connaître ou de stimuler l'innovation sociale à l'intérieur des établissements où elle se réalise » (Carrier & Fortin, 2003 : 176). La recherche-intervention est marquée par la collaboration entre le chercheur et les participants ainsi que par son influence sur les pratiques institutionnelles dans une volonté de transformation. Elle se réalise « avec et pour » les acteurs qui y participent. En tant que formateur exerçant au sein de l'IFSI, nous sommes pleinement concernés par cette étude qui ne vise pas uniquement la contextualisation du changement mais véritablement l'évolution des pratiques.

### *Protocole*

L'enquête a été menée lors d'une séquence de plusieurs séances de simulation en santé, planifiée pour un groupe d'étudiants. La séquence a été organisée au cours de retours d'étudiants à l'IFSI, durant le stage du 5<sup>e</sup> semestre, pour permettre la constitution de groupes restreints n'excédant pas douze apprenants. Elle a été réalisée sur deux semaines calendaires, en huit demi-journées, afin de répartir les quatre-vingt-quinze étudiants de la promotion de 3<sup>e</sup> année.

Le dispositif de simulation est *hybride*, un acteur est équipé d'un dispositif synthétique laissant apparaître, sous une blouse d'opéré, une poche de colostomie et des pansements. L'objectif pédagogique visé est l'instauration d'une relation d'aide adaptée dans un contexte de souffrance psychologique. Dans le cadre de notre recherche, nous avons uniquement filmé l'instant du débriefing de la séance de simulation en santé et nous avons procédé ainsi à la réalisation de six enregistrements vidéo. Ces enregistrements sont réalisés dans des conditions similaires (spécificité du dispositif pédagogique de simulation en santé, similarité du scénario, homogénéité du groupe d'apprenants,...) pour rendre possible l'échange d'expériences entre les participants. Dans un premier temps, les enregistrements sont visionnés à plusieurs reprises par le praticien-chercheur de manière « flottante » afin d'en extraire le contenu des débriefings et de procéder ainsi à un premier niveau d'analyse.

Puis, un groupe d'analyse est constitué avec les formateurs ayant animé des séances de simulation en santé. En binômes, les membres du groupe sont confrontés aux images enregistrées. Dans la confrontation simple, le participant observe et commente les enregistrements vidéo de son activité tandis que l'auto-confrontation croisée met en relation deux sujets. « Des controverses professionnelles peuvent alors s'engager, portant sur les styles des actions de chacun d'entre eux. Les écarts stylistiques étant évalués par rapport aux formes génériques propres au groupe professionnel » (Clot *et al.*, 2000). Nous avons choisi la méthode de l'auto-confrontation croisée pour son potentiel hautement réflexif. Le visionnage de la séquence pédagogique par un autre formateur, en présence de la personne ayant animé le débriefing de la séance de simulation en santé et le chercheur, facilite l'expression des commentaires et des questionnements à partir des controverses professionnelles identifiées. Le rôle du chercheur n'est pas de critiquer l'activité pour imposer une bonne façon de procéder mais de médier les discussions engagées. L'auto-confrontation croisée permet l'évolution des représentations, individuelles et collectives, à partir d'une conscientisation des pratiques et de controverses professionnelles exprimées. Elle contribue à la création de nouveaux savoirs (Falzon & Mollo, 2004 : 531-540). Trois auto-confrontations croisées ont été réalisées, enregistrées puis retranscrites afin de faciliter la réalisation d'une analyse descriptive bien que l'essentiel de notre démarche réside dans la dynamique des discussions instaurées.

#### *Résultats et perspectives*

Les différences identifiées, lors de l'observation de débriefings, attestent de la singularité et de la complexité des prises en soins y compris en situation simulée. Elles portent davantage sur la « manière » que sur la « matière ». En effet, les débriefings ont une architecture commune au regard d'une succession d'étapes (questionnement sur le vécu des acteurs, phase d'analyse, recherche de transférabilité des compétences...) et il existe une récurrence des thématiques abordées (information du patient, collaboration...) mais la façon d'analyser les faits évoqués et les concepts sous-tendus diffère d'un groupe à l'autre. L'observation de débriefings révèle une pluralité de paradigmes influençant l'animation pédagogique et la manière dont l'éthique se dessine lors des discussions instaurées. Les caractéristiques de différents courants sont observées (éthique du « care, déontologisme, éthique de la vertu, éthique de la responsabilité, éthique de la discussion) selon l'importance accordée au prendre-soin, au respect de principes éthiques (autonomie, bienfaisance, dignité etc.), au perfectionnement de l'individu, à la responsabilité des acteurs ou à la qualité de la discussion instaurée au sein du groupe. Pour

certain formateurs, l'éthique se dévoile durant le déroulement du soin par des postures et des paroles attentionnées pour la personne soignée. Cela se traduit, par exemple, par la proposition faite au patient de revêtir ses vêtements personnels plutôt qu'un pyjama jugé trop dépersonnalisant, ou la mise à disposition d'un verre d'eau posé sur un adaptable... L'attention à l'autre se manifeste dans des gestes peu spectaculaires, parfois invisibles, illustrant la mise en action d'une éthique du « care ».

Lors des auto-confrontations croisées, les formateurs évoquent spontanément la difficulté d'être observés et filmés. De plus, il existe une crainte du jugement des pratiques, atténuée par des tentatives de justification : « *je tiens à préciser que c'est groupe-dépendant* » ; « *c'est la première fois que je menais un débriefing pour ce type de scénario*. » Les remarques formulées sont prioritairement autocentrées, parfois de manière négative : « *en visionnant la vidéo, je me rends compte que j'interromps l'étudiant. Je ne l'ai pas laissé s'exprimer. Je ne devais pas l'interrompre. Je vais vite dans la reformulation sans laisser à l'autre la possibilité d'intégrer*. » En première intention, l'analyse des vidéos s'inscrit dans une démarche normative puisque les formateurs tentent de définir ce qui *devrait être*, a contrario d'une approche pleinement descriptive : « *lors du débriefing, le formateur se doit d'être dans l'écoute et la reformulation* » ; « *la posture du formateur est importante, il faut laisser la place à l'étudiant*. » Des invariants du débriefing sont mis en évidence comme leur structuration et le fait d'encourager la libre expression de l'étudiant. Les formateurs identifient des points de convergence quant à la manière de mener le débriefing : « *les vidéos sont différentes mais on retrouve des similitudes*. » L'influence des paradigmes, telle que nous l'avons constatée lors des observations, n'est jamais identifiée par les formateurs au cours des auto-confrontations croisées. La différence de postures puiserait sa source, selon les formateurs, dans la diversité des personnalités. Une formatrice évoque même un jeu d'acteur : « *on a la même trame, j'avais vu faire un collègue qui a bénéficié d'une formation à la simulation. Après, on adapte selon sa personnalité. C'est comme un jeu d'acteur, on a le même rôle mais pas la même interprétation*. » Le visionnage des séquences vidéo facilite la mise en évidence d'attitudes non-verbales : « *à un moment, tu te recules sur ta chaise, le dos appuyé contre le dossier, comme pour laisser la place à l'autre* ». La prise de conscience d'un type de posture s'exprime par le partage de questionnements individuels : « *je me demande si ce n'est pas important de rester neutre pour ne pas orienter le débriefing* » ; « *je me rends compte que mon non-verbal peut influencer les étudiants*. » Ces questionnements n'attendent pas de réponse immédiate, ils illustrent la mise en recherche d'un individu soucieux d'optimiser la qualité de la prestation pédagogique : « *je ne sais pas justement. C'est pour cela que je me pose la question. Faut-il être neutre ou pas ? Est-ce que cela influence la dynamique des discussions ?* » Les discussions s'enrichissent par l'émergence de positions divergentes quant aux orientations données aux débriefings. La place accordée à l'expression des émotions semble emblématique de ces dissensus. Pour certains, la verbalisation des émotions est fondamentale tandis que d'autres la délaissent au profit d'une approche rationnelle de l'analyse de la situation simulée.

Lorsque nous questionnons les formateurs quant à la possibilité d'un apprentissage d'un agir éthique par la simulation en santé, leurs réponses sont unanimes : « *obligatoirement oui, car quel que soit le soin, l'éthique à sa place* ». Pour certains formateurs, il est nécessaire de préserver un instant de la discussion afin de « *laisser la place au débat éthique* » et d'orienter la réflexion vers des thématiques précises : l'information, la vérité au patient,... D'autres considèrent que



c'est le processus de discussion lors du débriefing et la recherche de consensus qui constituent la perspective éthique : « *la démarche relationnelle qui est instaurée dans le groupe, c'est aussi de l'éthique. On pourrait envisager des thématiques comme celle de la vérité au patient et en discuter lors du débriefing mais finalement ce qui est éthique, c'est la discussion entreprise, la recherche de consensus.* » Une formation à l'éthique repose aussi sur un apprentissage de règles régissant les relations entre les individus, aussi bien lors de la réalisation de la situation simulée qu'à l'instant du débriefing : « *l'écoute de l'autre, l'absence de jugement de valeurs, le respect de l'autre, le secret professionnel, la confidentialité des échanges... Voilà, toutes ces règles-là.* » Des difficultés d'objectivation sont exprimées en raison de l'absence d'un cadre de référence commun qui mériterait d'être défini. La pluralité des paradigmes et la diversité des approches de l'éthique représentent une force pour le collectif bien que cela puisse générer des incompréhensions réciproques chez les individus. Les formateurs se questionnent quant à leur façon de procéder, en référence à une éventuelle *bonne manière* de faire. De fait, ils s'expriment avec réserve pour formuler un conseil à un autre formateur visant à lui permettre d'optimiser sa pratique : « *cela me semble difficile de donner un conseil car on n'est pas dans la dimension du bien ou du mal par rapport à ce qui a été fait. Si tu donnes un conseil, c'est-à-dire que tu as un jugement, un positionnement par rapport à une situation. Là, on n'a pas de références, cela me semble donc difficile d'encourager la continuité ou de proposer de faire autrement.* » Des formateurs proposent de répéter l'analyse des pratiques pédagogiques à partir du même enregistrement vidéo car le deuxième visionnage permettrait d'identifier d'autres éléments, non perçus initialement. La valeur heuristique représentée par le visionnage des séquences pédagogiques semble indéniable. Les formateurs identifient les ressources, les difficultés et ils saisissent l'opportunité du moment de l'analyse pour proposer des pistes d'amélioration (comme la poursuite des analyses de pratiques) tout en soulignant l'importance du climat de confiance instauré. À l'avenir, ils espèrent bénéficier d'une formation complémentaire au débriefing pour développer des compétences individuelles et collectives, sans entrevoir la possibilité d'élaborer leur propre cadre de référence au regard de normes définies par le collectif.

### CONCLUSION

Le débriefing réalisé à l'issue d'une séance de simulation en santé paraît propice au développement d'un agir éthique de l'apprenant, au regard d'un processus de nature réflexive, collective et délibérative, à condition cependant que les cadres de santé formateurs puissent eux aussi s'engager collectivement dans une analyse de leur pratique. Ainsi, une visée éthique de la simulation en santé s'envisage dialectiquement à un double niveau, représentant les deux faces d'une même pièce de monnaie. D'une part, dans une perspective soignante, elle prend sens au travers de l'analyse réflexive des apprenants lors des débriefings. D'autre part, dans une approche plus spécifique à l'éthique de la pédagogie, elle se traduit par la poursuite du questionnement collectif engagé pour une optimisation des pratiques. Une visée éthique de la simulation en santé se caractérise également par la possibilité qui nous est offerte de créer ou renforcer des liens : entre le sujet et la technique, quant à sa manière de l'appivoiser dans une approche située, mais aussi au regard d'un maillage des enseignements propice à l'apprentissage d'une prise en soins holistique. Selon nous, le lien principal demeure avant tout celui qui relie

les acteurs, à l'occasion des débriefings avec les étudiants ou lors des analyses de pratiques professionnelles des cadres de santé formateurs, car il conduit à l'optimisation des prestations pédagogiques et *in fine* des pratiques soignantes. Rappelons enfin que l'analyse des pratiques professionnelles s'inscrit toujours dans un cadre institutionnel. Le rôle des institutions pour l'instauration d'une « gouvernance réflexive » (Aiguier, 2014 : 167-182) constitue une condition *sine qua non* à une véritable transformation des environnements d'apprentissage.

**Jérôme ZIMOWSKI**

Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale  
des Hauts-de-France  
FUPL

jerome.zimowski@croix-rouge.fr

**Abstract :** Skills development by simulation, limited for a long time to specific high technical fields such as aerospace, has now become an essential tool of health professionals' initial and ongoing training. It is probably because of its references to the technical dimension that it is often related to the procedural training. An ethical principle is required : « never the first time on the patient. » In the health sector, a simulation ethics is not just a blunt obligation since it offers the opportunity of questioning the use of such pedagogical innovation for teaching ethics in nursing training. This search-intervention, marked by an epistemic intention and an improvement of the pedagogical practices, mobilises the allo-confrontation's method to reveal new perspectives for ethics training by simulation in health.

**Keywords :** simulation in health care, experiential learning, skills, ethics, nursing training, reflexive analysis, allo-confrontation.

### Bibliographie

- Aiguier G., Boitte P. & Cobbaut J.-P. (2012) « Repenser la formation à l'éthique au prisme du pragmatisme : fondements et implications pédagogiques » – *Ethica Clinica* 68 (16-23).
- Aiguier G. (2014) « La visée d'une capacitation éthique des professionnels de santé : des fondements éthiques et pédagogiques aux enjeux de gouvernance réflexive des dispositifs de formation » – in : M. Beauvais, A. Haudiquet et P. Miceli (éds.) *Éthique et formation : de la recherche à l'ingénierie* (167-182). Paris : L'Harmattan.
- Aristote (1992) *Éthique à Nicomaque* (trd. J. Barthélémy Saint-Hilaire). Paris : Hachette.
- Carrier S. & Fortin D. (2003) « La recherche-intervention pour reconnaître et stimuler une pratique sociale innovante en déficience intellectuelle » – *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle* 14 (175-181).
- Chiniara G. (2007) « Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie » – in : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation *Congrès national d'anesthésie et de réanimation, Conférences d'actualisation* (41-49). Paris : Elsevier Masson.
- Clot Y., Faïta D., Fernandez G. & Scheller L. (2000) « Entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité » – *Pistes* 2-1 (1-7).

- Goudeaux A., Loraux N. & Sliwka C. (2003) *Formation, formateurs et formation professionnelle*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Granry J.-C. & Moll M.-C. (2012) *État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. Paris : Haute Autorité de Santé.
- Grillet L. (2014) « La construction d'une simulation en santé » – *La Revue de l'Infirmière* 204 (20-22).
- Falzon P. & Mollo V. (2004) « Auto and Allo-confrontations as tools for reflective activities » – *Applied Ergonomics* 35-6 (531-540).
- Longneaux J.-M. (2012) « Former des experts en éthique ? » – *Ethica Clinica* 68 (2-3).
- Maesschalck M. (2014) « L'intervention éthique comme pratique de transformation sociale. Les limites de la réflexivité dans l'action » – in : A. Lacroix (éd.) *Quand la philosophie doit s'appliquer* (183-211). Paris : Hermann.
- Maesschalck M. (2010) *Transformations de l'éthique*. Berne : Peter Lang.
- Merini C. & Ponte P. (2008) « La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques » – *Savoirs* 16 (77-95).
- Rameix S. (1996) *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris : Ellipses.
- Svandra P. (2009) *Le soignant et la démarche éthique*. Paris : Estem.
- Zarifian P. (2004) *Le modèle de la compétence*. Paris : Liaisons.
- Zimowski J. (2014) « L'incertitude en médecine : analyse et perspectives au regard d'une pratique soignante en unité de soins palliatifs » – *Ethica Clinica* 76 (49-54).