

« La simulation forme-t-elle bien les futurs soignants ? »

Par Nadia CHERCHEM

Infirmière en réanimation pédiatrique et référente de l'unité mobile douleur et soins palliatifs au CHU de Bicêtre. Aujourd'hui cadre de santé formateur à l'IFSI, membre du CLUD et membre du Groupe d'aide éthique à la décision médicale au CHU de Rouen

Article référencé comme suit :

Cherchem, N. (2018) « La simulation forme-t-elle bien les futurs soignants ? » in *Ethique. La vie en question*, mars, 2018.

La formation en simulation intéresse beaucoup le monde de la santé. Cette réflexion est issue du monde des industries à risque, considérées aujourd'hui comme ultra sûres. Pour recréer un environnement artificiel simulant le réel, la simulation met à disposition de l'apprentissage des soins de nouvelles techniques, des simulateurs, des mannequins connectés haute-fidélité et aujourd'hui un nouveau cap est franchi avec le casque de réalité virtuelle.

Dans le domaine de la santé, en Amérique du nord et dans de nombreux pays européens ce type de formation est déjà bien implanté, l'enjeu étant de faire reconnaître la valeur éducative de la pratique en simulation au même titre que celle acquise en situation réelle auprès de patients. Aujourd'hui, la réflexion va plus loin et s'oriente vers la diminution du temps de stages au profit de la formation en simulation (1).

En France la formation clinique demeure le principal mode d'apprentissage de la pratique et repose sur l'accompagnement. Ce modèle de formation se trouve aujourd'hui confronté à plusieurs difficultés, une pénurie de place de stage, la variabilité de la qualité éducative du stage et la difficulté pour les professionnels de santé à mener à bien leur mission de formation dans un contexte de politique de santé entraînant la réduction des personnels soignants. Aussi, la formation en laboratoire de simulation apparaît comme une solution intéressante. Devant ce déploiement promu par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), il semblerait que la simulation soit devenue l'Alpha et l'Omega de la formation initiale et continue des professionnels de santé et que ses avantages ne soient plus à démontrer.

Ces évolutions doivent-elles nous inquiéter ? Car la finalité de la formation des professionnels de santé n'est pas d'améliorer sa performance lors de prochaines situations simulées mais d'être capable de prendre soin d'un malade. La question qui se pose ici est aussi celle du transfert de la simulation à la prise en soin du patient et du rapport de l'apprenant avec l'objet technique. Former des professionnels de santé c'est prendre le soin

d'éduquer aux soins, la mise en relation d'un savoir au service d'autrui et d'une pratique, qui n'est pas seulement l'application du savoir en lui-même. L'art de soigner est l'illustration d'un « juste milieu » : la médecine, comme l'éducation ne sont pas seulement connaissance, savoir mais aussi pratique d'une activité singulière, dont la finalité est de former, de soulager, de guérir. Une *tèchnè* qui se construit par l'expérience et génère la *poiétique* adaptée au cas singulier, un *art* en somme. Former aux soins c'est faire saisir l'essence du soin, donner de la consistance à l'action de soigner et ressentir des émotions. Ainsi, prendre soin ne nécessite pas seulement d'être un bon technicien, il y faut aussi de l'intelligence émotionnelle.

Du Réel au Virtuel

Qu'est-ce que le réel ? Vaste question. Ce concept définit l'ontologie, désigne ce qui existe en soi, en dehors et indépendamment de nous. Le réel est donc ce qui *est*, mais il ne peut se réduire à ce qui est matériel, au réel des faits empiriques. Le réel est aussi le réel abstrait des idées, des symboles, des lois et des vérités. Pour autant, cette distinction peut paraître contingente car le réel des idées ne peut se représenter sans le réel concret et le réel concret a besoin du réel des idées pour se penser. Ainsi, s'immisce l'idée que tout n'est pas dit réel de la même manière, qu'il y a des choses qui apparaissent plus réelles que d'autres, voire qui ne sont pas réelles du tout.

Communément nous associons le réel à la réalité. Le réel, est ce qui est. Pourtant nous ne pouvons l'appréhender qu'au travers de nos sens, nous ne parvenons à l'atteindre qu'au travers de ce qu'il est, pour nous. La réalité n'est pour nous rien d'autre que la façon dont les choses nous apparaissent. Elle est d'ordre phénoménal nous dit Kant (2), manifestation sensible de la chose, car ce que je peux connaître c'est seulement ce qui est donné par l'expérience. Le réel se définit donc par rapport à une réalité qui, elle, est empirique, qui désigne ce qui existe pour nous grâce à notre expérience. Ainsi, pour que les choses nous apparaissent il faut qu'elles existent, indépendamment du fait qu'elles se manifestent à nous. La réalité est donc plurielle et changeante selon les moyens techniques qui nous permettent d'explorer les phénomènes réels, nos perceptions, nos interprétations, les référents auxquels nos représentations renvoient pour traduire le réel qui nous échappe et auquel nous n'avons pas accès directement. Réalité et réel sont donc indissociables, ils sont les deux faces d'un même monde.

Depuis l'avènement des techniques numériques, le virtuel connaît aujourd'hui un succès considérable. Virtuel, un terme couramment utilisé aujourd'hui pour qualifier la création d'un environnement artificiel au moyen de dispositifs techniques numériques

élaborés. Nous parlons aussi de « réalité virtuelle » - confrontation de deux termes apparemment antinomiques. Quelle compréhension pouvons-nous en avoir ? Classiquement nous avons tendance à opposer le virtuel au réel, ce qui est opposé à l'absence d'existence. Virtuel désigne ce qui « n'existe pas de manière complète, ce qui n'appartient pas tout à fait au monde réel »(3). Le virtuel se définirait donc par rapport à la notion de réel - une précision qui laisse penser que cette tendance à opposer le réel au virtuel serait trompeuse. Le virtuel n'appartient pas tout à fait au monde réel. Nous insisterons sur le « pas tout à fait » : comme si le virtuel était un degré du monde réel. Nous ne disons pas « inférieur » ou « amoindri » car nous savons qu'il peut aussi être une « réalité augmentée ». Le virtuel serait donc, comme sur un nuancier de couleur, une teinte nuancée de la réalité, tout comme notre approche du réel, comporte des degrés. C'est ce que nous précise Gilles Deleuze : « Le virtuel possède une pleine réalité, en tant que virtuel » (4). Aussi à la pleine réalité du virtuel, s'ajoute la notion de temporalité d'une réalité tangible susceptible de devenir réel de s'actualiser. Si nous considérons que le virtuel s'appréhende à partir du réel, nous pourrions dire aussi que le virtuel est une image, un reflet qui n'est donc pas la chose, la personne qu'elles sont, mais telles qu'elles nous apparaissent. Telles qu'elles nous apparaissent, non pas seulement selon nos perceptions, nos représentations, mais ici telles qu'elles nous sont transmises par des moyens techniques numériques, qui nous font apparaître alors des réalités construites. *Le virtuel est alors simulation du réel*, le « comme si » et aussi parfois le simulacre « le semblant ».

Qu'est-ce que la simulation haute-fidélité en santé ?

En réalité il n'existe pas de définition consensuelle de la formation par la simulation. La définition retenue par la H.A.S. insiste beaucoup sur les caractéristiques hautement techniques de la méthode. Étymologiquement deux axes se dégagent du terme « simulation », *similis* : faire apparaître comme réelle une chose qui ne l'est pas, imiter jouer à faire « comme si » de *simulare* : feindre d'exécuter quelque chose, parodier, « faire semblant », ce qui s'apparente davantage au simulacre. Nous voyons ici que la simulation en santé ne peut se définir comme une parodie et que le but poursuivi par la formation en simulation est plutôt de « faire comme si ». Pourtant, cette ambiguïté doit impérativement être levée, dans l'approche de cette méthode d'apprentissage par les utilisateurs, qu'ils soient formateurs ou étudiants car apprendre le soin c'est apprendre *l'essence du soin qui s'inscrit dans l'authenticité d'une rencontre*, d'une relation et encore bien davantage lorsqu'il faut prendre soin en réalisant des

soins très techniques. Ainsi nous ne pouvons former des professionnels de santé avec l'idée implicite d'un « semblant ».

Le problème est que pourtant dans le virtuel du monde numérique, nous avons l'impression de faire. Le virtuel peut nous faire apparaître les images comme plus présentes pour nous que dans la réalité. En cela les nouvelles techniques tendent à bouleverser les lignes entre le réel et le virtuel, et cela se complique encore lorsque nous abordons la réalité virtuelle. Le danger ne serait-il pas la capacité de créer une réalité virtuelle suffisamment convaincante pour que nous ne puissions plus la détecter comme telle ? Et en même temps plus nous savons que nous ne sommes pas dans la réalité, que « c'est pour de faux », moins nous accordons de crédit à ce que nous faisons. Aussi, cette réflexion fait apparaître clairement que les frontières entre le réel, la réalité et le virtuel, l'artificiel, sont ténues, se déplacent, changent, grâce ou à cause de la numérisation du monde réel, concret et idéal. Cependant le monde virtuel n'est nullement, nous l'avons vu, un monde faux. Pouvons-nous résister à ce mouvement, nous crispier ? Il est à craindre que l'inélasticité d'une telle posture ne nous soit alors plus défavorable encore et ne nous permette pas d'accompagner ce mouvement et lui donner du sens.

La formation par la simulation haute-fidélité permet de recréer le réel en pratiquant des soins sur des machines, des mannequins impressionnants de réalisme bardés de capteurs, d'électronique et d'informatique, connectés à un ordinateur chargé de leur pilotage. Il s'agit de pousser le réalisme au plus haut point afin que le mannequin imite le mieux possible le patient, simule la respiration, modifie ses paramètres physiologiques, parle au moyen d'une voix synthétique délivrant des phrases préenregistrées ou bien par la voix du formateur au travers d'un haut-parleur situé dans la bouche du mannequin. Face à ce type de simulation les avis des soignants en formation continue sont unanimes. « Le réalisme de ces situations est bluffant, c'est presque réel et en même temps pas tout à fait la réalité que nous pouvons vivre ». Ainsi la véracité de la situation n'est pas à démontrer pour autant elle n'est pas tout à fait le reflet de la réalité, sans que les apprenants puissent vraiment mettre de mots sur ce qu'ils ont vécu. Comment face à ce mannequin ne pas percevoir quelque chose de réel, peut-être même d'humain là-dedans ? Et n'est-ce pas d'ailleurs le but ? Nous parlons de « simulation haute-fidélité », idée de fidélité à la réalité, selon son degré d'exacte reproduction grâce à l'utilisation de nouvelles techniques. Ainsi la simulation haute-fidélité, autrement dit hautement fidèle à la réalité, la respecterait fidèlement, lui serait exactement conforme, un véritable hommage à la réalité. Pourtant, ne devons-nous pas nous questionner sur les possibilités d'expériences en simulation, en réalité virtuelle ? Jusqu'à quel degré de

réalisme devons-nous aller ? Pouvons-nous imaginer la mort du patient virtuel, du mannequin en cas d'erreur de procédure, de mauvaise décision ? Quels en seraient alors les enjeux, les dangers pour les utilisateurs, apprenants, formateurs ? Quel impact ce type de formation pourrait avoir sur la prise en soins du patient et à quelles fins ? Car les finalités de ces techniques d'apprentissage sont d'acquérir des habiletés pour pouvoir les transposer dans le soin auprès du patient.

« Jamais la première fois sur le patient »

L'apprentissage de la pratique est un des socles importants de la formation infirmière. L'évolution des besoins en santé des populations, le bouleversement technoscientifique des prises en charges médicales, confronte le soignant à des situations de soins complexes. A cela s'ajoute l'augmentation de l'exigence de qualité et d'efficience. Aussi le slogan de la H.A.S. dans ses recommandations pour le développement des techniques de simulation en santé cible un objectif prioritaire qui est de libérer le patient d'une mission pédagogique qu'il n'a pas choisie et qu'il se voit contraint d'accepter. Ainsi, s'entraîner en simulation sur des mannequins connectés permet de se confronter aux soins sans s'essayer pour la toute première fois sur le patient, mais plutôt sur une machine qui ne souffrira pas de nos maladresses, erreurs, dans le contexte sécurisé de la situation simulée. Une idée séduisante qui contient pourtant également un paradoxe. Certes après un entraînement en simulation, les gestes seront sans doute plus sûrs, les procédures mieux maîtrisées, ce qui est un plus incontestable pour le patient. En même temps il y aura toujours une première fois où il faudra avoir le courage d'oser décider d'agir, une première fois qui aura toujours besoin d'être accompagnée. La première fois c'est la présence du nouveau, de ce qui n'a pas déjà été vécu et en cela la première fois est unique. Ce qui s'oppose à la première fois, ce sont toutes les autres fois, une expression, porteuse de souvenirs et de promesses et pourtant elle ne fait pas toujours rêver, il y a toujours du mystère, une part d'incertitude, d'imprévu dans une première expérience où la répétition n'existe pas. La part émotionnelle de toutes les premières fois est inéluctable, les premières fois sont rarement spontanées : l'expérience est devant soi et pour la première fois on ne veut pas se tromper. Ainsi, une première fois n'est jamais vraiment sans préparation, n'est finalement jamais vraiment première nous dit Jankélévitch (5). Pourtant la première fois laisse son empreinte, inaugure le commencement et l'irréversibilité du devenir et fait que chaque fois est aussi la dernière, la première, parce qu'il n'y aura jamais de fois similaires. Aussi, la première fois reste un instant unique, rempli du mystère de l'imprévu et demande du courage, le courage de décider d'oser. Une première fois, une temporalité qui suppose le

début d'une longue histoire de recommencement, fondatrice des autres fois, de l'avenir. Chaque expérience, même répétée reste singulière parce que chaque fois est en même temps la première dans une relation authentique avec le patient. Ainsi, il y aura toujours des premières fois, qui ne sont jamais sans préparation quel que soit le type d'initiation. Des premières fois où il faudra avoir le courage de décider d'oser, des premières fois qu'il faudra accompagner.

Les « *digital natives* » et la simulation

La pédagogie de la simulation, son caractère innovant utilisant le virtuel, la réalité virtuelle, le numérique ne peut que séduire nos étudiants issus de la génération appelée *digital natives*. La simulation favorise un apprentissage actif en impliquant des étudiants, enfants du numérique, friands d'informatique qui ne manifestent pas un grand intérêt pour les cours magistraux, l'apprentissage passif et le mode de réflexion linéaire. Aujourd'hui, les étudiants sont plongés dans les nouvelles techniques dès leur plus jeune âge, et apprennent différemment. La simulation en tant que mise en situation virtuelle, est une pédagogie particulièrement adaptée à cette nouvelle génération pour qui le temps passé « sur Facebook a autant de valeur que le temps passé dans le monde réel » (6). Une pédagogie qui apparaît ludique et crée un engouement partagé tant par les étudiants que par les formateurs et reprend bien le primat de Rousseau, faire naître le désir d'apprendre. Le désir d'apprendre crée par la promesse d'être immergé dans une situation simulée, que l'on présente comme un jeu, où vous réalisez des soins auprès « des mannequins plus vrais que nature, qui respirent, saignent, et réagissent aux soins selon un scénario préétabli. Ultra réaliste, la simulation sur mannequins haute-fidélité est la garantie d'une immersion instantanée et d'une belle montée d'adrénaline ! » (7) Ou encore, « Immergé dans un environnement médical virtuel 3D calqué sur la réalité, votre avatar numérique est confronté à un cas dont le scénario est écrit à l'avance, » où « les enjeux sont dédramatisés et vous pourrez explorer de multiples possibilités sans le stress des conditions réelles »(8), et où vous pourrez recommencer à l'infini des entraînements sur des simulateurs procéduraux et « devenir expert dans la maîtrise de ces gestes. » (9) Telles sont les formules employées dans les synopsis de ces outils de formation pour séduire les apprenants. Sur le mode du jeu éducatif on vous garantit « une belle montée d'adrénaline ! », mais virtuelle, entendons-nous bien « sans le stress des conditions réelles. » Ces simulations deviennent alors des moyens pour déclencher cette montée d'adrénaline, se faire peur à la manière des jeux vidéo d'horreur, des jeux violents de guerre, des simulateurs de pilotage.

Le but poursuivi par ce type de formation est-il de jouer avec la gravité de situations à risque ? Est-il de donner la satisfaction sensorielle d'une activité grisante procurant un condensé d'émotions ?

Cette recherche de sensations fortes traduit les valeurs dominantes de nos idéologies contemporaines que sont la performance, la recherche de plaisir, la nécessité de profiter de la vie, où les motifs intra-individuels d'engagement dominant. Est-ce les soignants que nous voulons pour demain ? En tant que professionnel de santé est-ce cela que nous venons chercher ? Etre immergé, faire l'expérience de situations virtuelles « sans le stress des conditions réelles ». Qu'aurait pensé Rousseau de telles expériences ? Certes nous suscitons le fameux désir d'apprendre, l'expérience en tant qu'élément incontournable de l'apprentissage si cher à Rousseau dans son projet publié en 1762 *l'Émile ou de l'éducation* (10). Pourtant, s'agit-il d'expériences de qualité ? Certes, il faut mettre la main à la pâte, mais pas n'importe comment non plus. Effectivement, le stress de la formation en situation clinique peut être un frein dans l'apprentissage des gestes techniques, des procédures. Pourtant, cette peur de mal faire est aussi la source de notre prudence lors de la réalisation des soins auprès d'un patient, un facteur d'application des gestes pour prendre soin. Aussi, il faudra un jour se confronter à ce stress, avoir le courage d'oser décider d'agir et la seule formation en simulation peut-elle le permettre ? C'est un fait de savoir faire en situation virtuelle, un autre d'en être capable en réalité où le simple fait de devoir bien faire est une pression. La simulation permet d'améliorer ses performances certes, mais virtuellement, sur des simulateurs et la véritable finalité de ces entraînements n'est pas d'améliorer ses performances pour la prochaine séance de simulation, mais de savoir faire auprès du patient. Devons-nous nous laisser séduire par toutes ces promesses, la promesse d'une formation où les enjeux sont débarrassés du drame humain, la promesse de devenir expert dans la maîtrise de certains gestes en nous permettant de recommencer à l'infini, de refaire, comme sur un simulateur de pilotage d'avion un atterrissage raté, ressusciter sa vie perdue dans un jeu électronique ?

Réversibilité et irréversibilité

La simulation introduit le virtuel, la contradiction entre le virtuel où tout est réversible et la réalité caractérisée par l'irréversibilité. « C'est pour de faux ! » Ainsi en simulation nous pourrions éliminer l'idée des changements irréversibles, ce qui peut aussi questionner lorsqu'elle a un but pédagogique d'entraînement à la gestion de situations cliniques au lit du patient. Un nouveau questionnement voit le jour ici : quelle prise de conscience aurons-nous de l'irréversibilité de nos actes, de nos paroles, de nos attitudes si nous apprenons en croyant

que tout est réversible ? Ainsi, la question de la réversibilité des conséquences de nos actions induites par la formation en simulation doit aussi être traitée.

Ce qui est réversible est ce qui peut revenir à un état antérieur. Son opposé c'est l'irréversible ce « dont on ne peut inverser le cours, qui s'effectue dans une seule direction, sans possibilité de retour en arrière » (11). Qui n'a pas rêvé de remonter le temps soit pour revivre un événement heureux, soit pour modifier le passé ? Mais alors que signifierait ce retour en arrière possible ? Le réversible est-il possible dans la vie de l'homme ? En simulation, recommencer ce que nous n'avons pas réussi est possible. Mais ce retour en arrière de l'action est-t-il un retour à l'état antérieur ? D'un côté, nous pouvons dire que l'action première n'a pas de conséquence sur le patient puisque c'est un objet, une représentation virtuelle du patient qui n'a pas souffert de notre insuffisance. Le retour en arrière est possible. Nous paramétrons de nouveau le mannequin et nous pouvons recommencer. Pourtant, le temps a passé, à faire une première fois, à refaire. Du temps s'est écoulé, un temps qui va toujours de l'avant et ce temps-là n'est pas réversible. Pendant ce temps, par cette expérience l'apprenant a changé, il a appris de son erreur - s'il est accompagné - pour mieux faire la prochaine fois. Il ne s'agit pas d'un complet retour à l'état antérieur pour l'étudiant. Ce qui n'est pas sans nous faire penser à Héraclite qui soutient que tout est en perpétuel changement et s'oppose à l'idée de permanence ; il proclamait « On ne peut pas entrer une seconde fois dans le même fleuve, car c'est une autre eau qui vient à vous... » (12) Si je perds de vue la finalité de cet entraînement et que je me comporte comme si c'était un jeu, ou ce que je fais, je peux le défaire toujours. Quel sens a alors cet apprentissage ? Ma responsabilité aura-t-elle encore un sens si je n'apprends qu'en pensant que ce que je fais je peux le défaire ? Or ce qui est fait ne peut être défait dit Hannah Arendt et « contre l'irréversibilité et l'imprévisibilité du processus déclenché par l'action le remède ne vient pas d'une faculté éventuellement supérieure [et] ce qui peut être fait ne peut être défait » (13).

Qu'induit le simulateur dans notre rapport au patient ?

La première question qui se pose ici est celle du rapport de l'apprenant avec l'objet technique. L'homme n'est pas seulement un utilisateur d'objets techniques, il intériorise aussi les potentialités de l'objet. La question est de savoir si lorsque je m'approprie les potentialités de l'objet technique - un simulateur - je serai capable de bien me conduire non pas avec l'objet mais avec un patient ? Est-ce que cela pourrait modifier ma façon d'être soignant ? Le danger ne serait-il pas de me conduire avec le patient comme avec l'objet technique ?

Ainsi se pose la question du transfert de l'apprentissage en simulation depuis les métiers de l'aéronautique vers les métiers du soin. La culture industrielle aéronautique a pu incorporer les techniques de formation par la simulation en réalité virtuelle, la culture soignante le doit-elle au motif de la performance comme dans le domaine précédant ? D'autant que même pour ces industries, l'amélioration des savoir-faire reste discutable, en particulier concernant les modifications de comportement en situation de crise. Le patient ne doit pas être l'objet de la technique soignante, le soignant ne doit pas devenir lui-même une machine qui exécute des protocoles. C'est notre culture du soin qui nous permettra de réguler le phénomène.

Conclusion

Il est illusoire de penser qu'il suffit de bien faire les soins, d'être un bon technicien, pour prendre soin. La disposition à prendre soin, prédisposition des candidats aux métiers de soignants, à l'entrée en formation, doit être éveillée et renforcée lors de la formation. Prendre soin en réalisant des soins invasifs, très techniques auprès d'une personne vulnérable n'est pas à la portée de tous et nécessite un désir de cheminement dans le cadre d'une culture soignante. Former des professionnels de santé c'est prendre le soin d'éduquer aux soins, la mise en relation d'un savoir au service d'autrui. Prendre soin ne nécessite pas seulement d'être un bon technicien, il faut aussi de l'intelligence émotionnelle. La formation par la simulation permet-elle de convoquer les émotions du prendre soin ?

Notes

(1) H.A.S., « Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Rapport du Nursing Midwifery council, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

(2) Kant E. *Critique de la raison pure* ; trad. De A. Renaut, Flammarion, Paris, collection Poche 2006

(3) Hansen-Love L. (dir), *La philosophie de A à Z*, Paris, Hatier, 2011, p. 467

(4) Deleuze G., *Différence et Répétition* ; Puf, Collection: Epiméthée, 2011

(5) Jankélévitch V., *La mort* ; édition Flammarion, Paris 1981, p. 288-289

(6) Dagnaud M., *Génération Y, les jeunes et les réseaux sociaux, de la dérision à la subversion*. Éditions les presses de Sciences-po, septembre 2011, collection nouveaux débats,

(7)-(8)-(9) Les outils de simulation, Département de simulation en santé iLumens, in <http://ilumens.fr/les-outils-de-simulation-new-theme/>

(10) Rousseau J.J., *Émile ou de l'éducation* ; Garnier, Paris, 1951

(11) Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

(12) Fouillée A., *Extraits des grands Philosophes*, Librairie Delagrave, 1938, p. 25.

(13) Arendt H., *Condition de l'homme moderne* ; trad. de G. Fradier, Agora, Pocket, Paris, 2016, p. 302