

FAIRE EXPÉRIENCE DU HANDICAP EN CONTEXTE DE SIMULATION QUELS APPORTS PÉDAGOGIQUES POUR LES ÉTUDIANTS, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES FORMATEURS ?

EXPERIENCING DISABILITY IN A SIMULATION SETTING WHAT ARE THE EDUCATIONAL BENEFITS FOR STUDENTS, HEALTHCARE PROFESSIONALS, AND TRAINERS?

Anne-Françoise DEQUIRÉ

Université de Lille, ULR 4354 - CIREL - Centre Interuniversitaire de Recherche en Éducation de Lille, France

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de présenter un dispositif innovant, l'expérience STIMUL, permettant de renouveler la conception pédagogique de l'éthique dans le secteur de la santé. Son objectif est de développer une réflexion éthique sur le « prendre soin » par la mise en œuvre, au sein d'un laboratoire d'éthique des soins, d'une pédagogie centrée sur l'expérience des soignants et des étudiants dans un contexte de simulation. L'article tente de répondre à la question suivante : « En quoi un dispositif de formation en contexte de simulation peut-il être capacitant pour les étudiants, les professionnels de santé et les formateurs confrontés au handicap ? ». Pour y répondre, nous nous appuyons sur des livrets d'accompagnement, distribués aux 68 participants lors des différentes sessions et sur des comptes rendus d'analyse des débriefings et des évaluations post-sessions.

Mots-clés : dispositif de formation, environnement capacitant, handicap, pédagogie de l'éthique, simulation.

ABSTRACT

The purpose of this article is to present an innovative program, the STIMUL Experiment, designed to revitalize the pedagogical approach to ethics in the healthcare sector. Its goal is to foster ethical reflection on “caring” through the implementation, within an ethics-in-care laboratory, of a teaching approach centered on the experiences of healthcare providers and students in a simulation setting. The article seeks to answer the following question: “How can a simulation-based training program empower students, healthcare professionals, and instructors who encounter disability?”. To answer this question, we will draw on the accompanying workbooks distributed to the 68 participants during the various sessions, as well as on analysis reports from debriefings and post-session evaluations.

Keywords: disability, empowering environment, ethics education, simulation, training program.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la préoccupation des pouvoirs publics est de prendre en compte les nouvelles formes de vulnérabilités (dépendance des personnes âgées, fragilité des personnes en situation de handicap). L'objectif est de permettre aux individus de jouir « d'un état de complet bien-être physique, mental et social » (Organisation mondiale de la Santé) et d'améliorer leur qualité de vie.

La problématique de la prise en charge des malades particulièrement vulnérables ou celle de la reconnaissance et la participation sociale des personnes en situation de handicap demeurent des enjeux majeurs de notre société.

Pour Grégory Aiguier et al. (2012),

« La médecine contemporaine et les systèmes de santé se sont développés dans une perspective de rationalisation et d'efficacité des pratiques de soins tandis que l'évolution démographique, épidémiologique et sociale engendre de nouveaux besoins impliquant une révision des modes de prise en charge ainsi que la mise en place des conditions d'une plus grande implication individuelle et collective des publics concernés » (p. 2).

En ce sens, ces orientations transforment les pratiques du « prendre soin » et soulèvent des questions éthiques majeures : respect, autonomie, bientraitance des personnes dépendantes. Elles affectent également la formation des étudiants se destinant aux métiers du *care* où la compétence éthique est devenue un « objet de formation majeur » (Aiguier, 2017). Le professionnel de santé doit alors « intégrer l'éthique à sa pratique pour non plus seulement questionner le sens et les finalités de son action, mais pour développer un savoir-agir en situation » (Aiguier et Cobbaut, 2016, p. 17).

Ainsi de nouveaux dispositifs de formation sont conçus afin « de créer les conditions d'un apprentissage de l'éthique favorisant l'activité et la créativité des apprenants » (Aiguier et Cobbaut, 2016, p. 35). Leurs modalités pédagogiques reposent sur une triple approche : « approche contextuelle (apprentissage en prise directe avec les pratiques), expérientielle (apprentissage centré sur l'activité des apprenants) et réflexive (passage de l'expérience à l'apprentissage) » (Aiguier et Cobbaut, 2016, p. 35). Ces dispositifs hybrides croisant à la fois les savoirs académiques et les savoirs expérientiels, ont pour objectif de devenir des environnements capacitants pour les apprenants.

Le projet européen INTERREG IVA 2 Mers Seas Zeeën *Dignity in care*, mené conjointement par le Centre d'éthique médicale de l'Institut Catholique de Lille (France) et les partenaires du Dorset (*Partners in care*, Angleterre), de Zélande (Stichting Hogeschool, ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen, Pays-Bas) et des Flandres (Kaho St. Lieven, Zorg-Ethisch Lab, Belgique), s'est inscrit dans ces modalités (Boitte et al., 2013).

Les principaux objectifs de la recherche étaient : d'abord, d'accroître les compétences et les bonnes pratiques des professionnels de santé, des formateurs et des étudiants en formation dans le domaine de la réflexion éthique ; puis d'étudier leur expérience au sein du laboratoire STIMUL, de déterminer les conséquences de ce programme de formation et l'offre de soins dans les différentes régions ; enfin, de développer des pratiques durables autour de la question de la dignité dans les soins et de favoriser la formation continue dans ce domaine.

La problématique de ce projet portait sur les vulnérabilités et les capacités sociales dans le champ des soins et de la santé (Boitte et al., 2013).

L'hypothèse principale de la recherche était la suivante : « prendre soin d'une personne vulnérable requiert un apprentissage éthique, un "savoir-agir éthique", au travers d'une approche contextuelle et pragmatique centrée sur l'expérience des acteurs ».

Cet article s'appuie sur l'une des activités majeures de la recherche *Dignity in care* à travers l'expérience STIMUL. Cette dernière permet de développer une réflexion éthique sur le « prendre soin » par la mise en œuvre, au sein d'un laboratoire d'éthique des soins, d'une pédagogie centrée sur l'expérience des soignants et des étudiants dans un contexte de simulation. Il va rendre compte du développement d'une pratique de soin plus réflexive en contexte, grâce à une dynamique pédagogique de résolution collective de situations problèmes afin d'améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap. En effet, en 2013, le rapport de Pascal Jacob dressait déjà le constat d'un monde de la santé peu préparé à recevoir et à soigner des patients en situation de handicap. En 2019, l'enquête de France Assos Santé indiquait que 77 % d'entre eux avaient dû renoncer à un soin. Ce rapport pointait notamment un manque d'accessibilité des cabinets médicaux, de formation spécifique relative à la prise en charge des patients handicapés, les inégalités territoriales associées au manque de professionnels spécialisés, ainsi que les tarifs de consultation inadaptés. Aussi les recherches actuelles (Duport, Sejean et Devaux, 2025) montrent que les personnes en situation de handicap reçoivent des soins de moins bonne qualité que la population générale. Comme le rappelle Charles Gardou (2012), les individus en situation de handicap « sont exposés à de multiples discriminations, à des défauts de soin, des abandons et des maltraitements » (p. 19).

D'après la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH, 2021),

« le handicap recouvre un ensemble de réalités et expériences vécues, en lien avec une déficience fonctionnelle durable, voire permanente, qui peut être d'origine (génétique, acquise, congénitale) et de forme (sensorielle, physique, psychique, mentale, etc.) diverses. Le handicap est le produit de l'interaction entre un individu porteur d'un déficit fonctionnel et d'un environnement qui ne lui est pas adapté » (p. 15).

Au sens de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », constitue un handicap :

« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Dans cette perspective, nous nous intéresserons particulièrement au vécu des receveurs de soins ayant endossé le profil d'un patient en situation de handicap (professionnels de santé, formateurs) et aux donneurs de soins (étudiants en santé) prenant en charge ces patients dans le cadre de la simulation.

Plusieurs types de handicap ont été simulés durant les sessions : handicap moteur, handicap psychique, handicap auditif, handicap visuel, handicap cognitif, maladies invalidantes.

Notre article tente de répondre à la question de recherche suivante :

« En quoi un dispositif de formation en contexte de simulation tel l'expérience STIMUL peut-il être capacitant pour les étudiants, les professionnels de santé et les formateurs confrontés au handicap ? »

Il s'agit de comprendre :

- Quels sont les apports pédagogiques d'un outil comme la simulation ?
- Comment une expérience de soin vient-elle transformer la formation à l'éthique en santé ?
- Quels sont les changements opérés dans la pratique des professionnels ?
- Comment les participants confrontés au handicap vivent-ils cette expérience ?
- Quelles difficultés rencontrent-ils au cours des sessions de simulation ?

La première partie de cet article présentera successivement le cadre théorique, ainsi que la méthodologie qui a été la nôtre.

La seconde partie relative à l'analyse et à la discussion permettra de comprendre si l'expérience a été capacitante pour les étudiants, les professionnels de santé et les formateurs. Elle mettra en exergue les apports de cette expérience et les difficultés rencontrées via les récits des participants.

CADRAGE THÉORIQUE

UNE APPROCHE PRAGMATISTE

Cet article s'inscrit dans une approche pragmatiste, particulièrement une approche pragmatiste de la pédagogie de l'éthique en santé (Aiguier et Cobbaut, 2016).

En raison du contexte de professionnalisation de la médecine, de nouveaux besoins d'éthique émergent. Nous assistons à un « tournant pragmatique de l'éthique » (Aiguier, 2017). Les professionnels doivent désormais questionner les finalités et les moyens de leur agir pour s'engager dans leur pratique professionnelle de manière plus critique, plus réflexive et plus responsable. Cette approche de l'éthique attribue aux acteurs une capacité d'initier de nouvelles pratiques en situation (Maesschalck, 2010, p. 33). La formation à l'éthique est alors considérée dans une logique d'apprentissage qui prolonge la perspective du socio-constructivisme en offrant la possibilité à l'apprenant de se mettre en posture métacognitive. Dans la perspective du pragmatisme, l'enjeu est d'apprendre à construire collectivement un agir adéquat en situation, en tenant compte de la singularité de cette dernière et du contexte dans lequel elle s'inscrit. Pour les participants, il s'agit ainsi de mieux comprendre le processus de co-construction (des connaissances, des compétences) à l'œuvre dans leurs pratiques.

LE LABORATOIRE STIMUL : UN ENVIRONNEMENT CAPACITANT ?

La visée de l'expérience STIMUL était de proposer aux étudiants, aux professionnels de santé ainsi qu'aux formateurs un environnement apprenant, mais surtout un environnement capacitant qui soit ressource et qui leur permet de développer leur pouvoir d'agir en situation.

L'importance d'un « environnement extérieur favorable » est mis en lumière pour la première fois par Mahbub ul Haq (1938-1998) et Amartya Sen dans le rapport mondial sur le développement humain (RDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 1990).

« The basic purpose of development is to enlarge people's choices. In principle, these choices can be infinite and can change over time. People often value achievements that do not show up at all, or not immediately, in income or growth figures [...]. The objective of development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy, and creative lives. » (Mahbub ul Haq, 1995, p. 14)¹

En ce sens, un environnement capacitant est un environnement qui soutient le développement humain, ce dernier permettant aux individus d'accroître le champ des possibles et de développer leurs capacités.

Dans le champ de l'ergonomie (en France), une première définition est donnée par Falzon (2005), pour qui un environnement capacitant « permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie ».

Dans le domaine des sciences de l'éducation et de la formation, le terme « d'environnement capacitant » est utilisé plus tardivement (Fernagu-Oudet, 2012 ; Ciavaldini-Cartaut et al., 2021 ; Verquin Savarieau, 2017 ; Vidal-Gomel, 2017).

Dans le cadre des travaux relatifs à la conception de formation, et ce à partir de l'analyse de l'activité du travail, Vidal-Gomel (2017) tente de comprendre « comment et à quelles conditions, des situations de formation peuvent contribuer à constituer des milieux de travail et de formation, qui ne portent pas atteinte à la santé et à la sécurité des individus, qui soient conçus pour tous, favorisant ainsi l'accès et le maintien au travail, et permettant le développement » (p. 6). Pour elle, un environnement capacitant est un environnement sain pour l'individu préservant ses capacités futures d'action. Il est un « environnement qui favorise l'autonomie et contribue au développement des individus et des collectifs » (Vidal-Gomel, cité par Fernagu-Oudet, 2022, p. 47).

Quant à Fernagu-Oudet (2022), elle définit l'environnement capacitant comme « un environnement porteur de capacités, environnement susceptible de contribuer au développement du pouvoir d'agir des individus » (p. 42). Elle explique que, dans le champ de la formation, cette approche « se montre particulièrement intéressante pour évaluer la capacité des dispositifs de formation et/ou de travail, et celle des organisations, à soutenir la mise en capacité de réaliser (d'accomplir, de fonctionner) » (Fernagu-Oudet 2018, p. 135). Elle permet de répondre à deux questions : 1) « Comment apprécier et exploiter le potentiel d'apprentissage ou d'action des environnements de travail et/ou de formation ? », 2) « Comment permettre aux individus de se saisir des opportunités de développement qui gisent dans ces environnements ? » (Fernagu-Oudet, 2018, p. 137).

Ainsi l'accent est mis non plus seulement sur les compétences qui peuvent être développées en situation mais sur leur capacité, leur capacité à agir en fonction d'un environnement considéré comme ressource. Les notions de capacité et de capabilité sont cependant à distinguer. En effet, selon Amartya Sen (2000), il existe trois acceptions de la capacité : la capacité de choix, la capacité comme potentiel d'épanouissement et

¹ « L'objectif de base du développement est l'élargissement des choix des personnes. En principe, ces choix peuvent être infinis et peuvent évoluer au cours du temps. Les gens valorisent souvent des réalisations qui ne se traduisent pas immédiatement ou même jamais en termes de revenus ou de croissance [...] L'objectif du développement est de créer un environnement capacitant pour que les personnes puissent bénéficier de vies longues, saines et créatives » (traduction libre).

la capacité de réalisation (Obœuf et al., 2016, p. 196). Pour Sen, la capacité s'appuie sur deux notions : la notion de choix et la notion de liberté. En effet, en fonction de la nature et du nombre d'opportunités offertes à une personne dans une situation donnée, la liberté s'exprime notamment au regard des valeurs que l'on confère aux différentes opportunités. Pour Sen, la capacité est à la fois choisir la vie que l'on désire mener (opportunité, choix) et faire des choix guidés par des valeurs, ce qui suppose un potentiel épanouissement mais aussi et surtout le passage à la réalisation (Obœuf et al., 2016, p. 196) ; dans ce sens, la capacité n'est pas seulement une affaire de choix mais de pouvoir agir. Nous comprenons que la capabilité est le potentiel de conversion d'un « savoir-agir » en un « pouvoir-agir » et dont la mise en œuvre est relative aux ressources internes mais aussi externes d'un individu. La capabilité définit, selon cette logique, un champ des possibles à la fois pour l'individu porteur et pour l'organisation qui peut en profiter.

C'est dans cette acception que nous parlons de gouvernance réflexive (Brabant, 2009). Cette dernière a pour objectif de favoriser l'émergence d'un acteur collectif capable de participer de manière réfléchie, active et démocratique au renouvellement de l'institution médicale. Dans cette visée, il a été important lors de la mise en œuvre de l'expérience STIMUL, de construire un environnement capacitant pour les professionnels, étudiants et formateurs en favorisant une logique « d'apprenance » collective, c'est-à-dire un « ensemble durable de dispositions favorables à l'action d'apprendre » (Carré, 2022, p. 57).

DE LA SIMULATION AUX DÉBRIEFINGS

Le rapport de la Haute Autorité de Santé (Granry et Moll, 2012) définit la simulation en santé comme :

« l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (p. 7).

Pour Becerril Ortega,

« la simulation peut être entendue comme une mise en perspective de l'activité conduisant à une forme de détachement du réel, mettant ainsi les personnes en situation d'apprendre, d'élaborer ou de réélaborer ces connaissances et ces compétences » (Vanderstichel [propos recueillis par], 2021).

Les travaux d'Amalberti (cités dans Boet et al., 2017, p. 4) montrent que la simulation en santé se décline sous plusieurs formes, chacune répondant à des objectifs pédagogiques précis comme les « simulateurs réalistes à pleine échelle », les « simulateurs procéduraux », « les simulateurs virtuels » au travers de « jeux sérieux » et les « jeux de rôles ». L'expérience STIMUL repose sur des jeux de rôle où les professionnels et les formateurs endossent les rôles de patients tandis que les étudiants en santé simulent ceux de soignants.

L'implémentation d'une expérience de simulation au sein d'une formation présente plusieurs avantages. D'abord, la simulation crée un environnement sécurisé. L'apprenant peut se tromper, tester des hypothèses et observer les effets de ses choix sans que cela ait de répercussions négatives ou dangereuses sur les patients. Elle est aussi un outil puissant de pédagogie active. Elle transforme l'erreur en un levier d'apprentissage positif et constructif, permettant à l'adulte de développer ses compétences par l'expérience directe et la réflexion sur sa propre pratique (Meszaros, 2023).

Aussi ces sessions de simulation étaient marquées par des débriefings. Ces derniers sont des étapes incontournables d’une formation à la simulation transformant une expérience brute en un véritable apprentissage grâce à une analyse réflexive, guidée par un facilitateur, et menée à « chaud » pendant l’exercice ou à la fin de ce dernier (Dubois et al., 2024). Selon Boet, Granry et Savoldelli (2017), le débriefing est « une réaction guidée ou facilitée durant un cycle d’apprentissage expérientiel » (p. 318), qui doit se tenir « immédiatement après le scénario » (Oriot et Alinier, 2019, p. 26). Quant au débriefing post-simulation, Thierry Sécheresse (2020) le définit :

« comme une situation d’apprentissage formalisée dans une séquence pédagogique réalisée lors d’une formation par simulation, qui permet l’analyse des actions dans un processus réflexif et collaboratif dans l’objectif d’améliorer les performances futures » (p. 62).

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

DU PROJET *DIGNITY IN CARE* À L’EXPÉRIENCE STIMUL

Le laboratoire STIMUL reproduit fidèlement un service hospitalier. Il permet la simulation d’un environnement de soins disposant de tous les équipements nécessaires et dans lequel les professionnels (simulant des patients en situation de handicap) et les étudiants (simulant des donneurs de soins) des domaines médicaux et médico-sociaux peuvent expérimenter de façon directe l’impact des pratiques de soins durant deux jours et une nuit.

PRÉPARATION À LA SESSION

Afin de présenter l’expérience et de sensibiliser à l’éthique, les professionnels des établissements médicaux et médico-sociaux ainsi que les étudiants (en médecine, en soins infirmiers, en kinésithérapie, en formation cadres de santé, en formation aides-soignants) de la région lilloise, nous avons organisé des réunions d’information dans les différents établissements. Le recrutement des participants s’est effectué sur la base du volontariat.

Avant chacune des sessions, des réunions préparatoires étaient programmées afin d’expliquer les objectifs de l’expérience STIMUL. À l’issue de ces rencontres, les professionnels de santé choisissaient un profil de patients en situation de handicap afin de le jouer lors de la session. Assude et Calmet (2014) utilisent l’expression de « handicap simulé » pour désigner la simulation d’une situation réelle de handicap.

Ces situations de simulation du handicap « induisaient une limitation d’une activité en raison d’une altération ponctuelle d’une fonction physique, sensorielle, matérielle ou cognitive » (Assude et Calmet, 2014, p. 12-13).

Par exemple, afin de simuler au mieux un patient aveugle, le receveur de soin devait porter un bandeau sur les yeux durant l’intégralité de la session.

À l’issue de cette première réunion, un livret d’accompagnement était remis aux participants afin qu’ils le complètent avant, durant et après la session.

Au préalable à la session, ces derniers devaient s’interroger sur ce qu’ils attendaient de l’expérience.

LA SESSION DE SIMULATION

Chaque session STIMUL durait deux jours et une nuit (en continu). Les étudiants revêtaient le rôle d'un soignant, tandis que les professionnels de santé et les formateurs endossaient celui d'un patient.

Concernant les sessions, un premier « briefing » avait lieu à l'arrivée des participants au laboratoire d'éthique des soins. Il permettait de poser les objectifs pédagogiques et les règles de fonctionnement de l'expérience.

Les receveurs de soins (professionnels de santé, formateurs) devaient remplir le dossier médical en fonction du rôle qu'ils souhaitaient jouer dans la session, indiquer les différents handicaps et les soins qu'ils acceptaient de recevoir (toilettes, bains, etc.). À la suite de la transmission de ce livret aux donneurs de soins, ces derniers devaient établir l'anamnèse des patients et le plan de soins à mettre en place.

Les séances de simulation étaient rythmées par des débriefings marqués par différentes phases (Louis et al., 2019) : une première dite de « briefing », une mise en situation puis une phase de « débriefing ».

Un second débriefing se tenait en fin de première journée. Les professionnels et les étudiants étaient séparés et racontaient le vécu de l'expérience durant 45 minutes. Plusieurs questions leur étaient posées : « Qu'est-ce qui vous a touché lors de ces premières heures de la journée ? Qu'est-ce qui vous a fait réfléchir ? Que souhaitez-vous raconter ? ».

Un troisième débriefing (de 3 h) en commun à l'issue de la seconde journée permettait d'analyser l'expérience vécue et d'aborder les questions de l'éthique des soins.

Enfin, des évaluations post-sessions avaient lieu 6 semaines après l'expérience.

Dans un premier temps, étudiants, professionnels et formateurs livraient leur expérience séparément (durant 1 h 30) puis dans un second temps (d'une durée équivalente), ils analysaient conjointement les apports de cette session dans leur pratique professionnelle ou lors des stages. Des questions guides jalonnaient le débriefing : « Avez-vous trouvé l'expérience STIMUL pertinente pour votre formation ? Vos représentations relatives aux soins ont-elles évolué depuis l'expérience ? Quel impact cette session a-t-elle eu sur votre pratique professionnelle ? ».

LE RECUEIL DE DONNÉES

Notre article s'appuie sur plusieurs modalités de recueil de données comprenant :

- des livrets d'accompagnement à la session, distribués aux 68 participants français au démarrage de l'expérience,
- des comptes rendus d'analyses des sessions, des débriefings et des évaluations post-sessions réalisés à partir des enregistrements.

Les données ont été retranscrites de manière littérale, c'est-à-dire en traduisant la parole orale en texte écrit. Le non-verbal a été également annoté.

Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique des données assistée par le logiciel NVivo en procédant par codage et catégorisation des transcriptions (Paillé et Mucchielli, 2021).

NOTRE ÉCHANTILLON

Dans le cadre de cette recherche, nous avons organisé quatre sessions de simulation au sein du laboratoire. Au total, 68 personnes ont participé à cette expérience.

Notre échantillon compte 8 étudiants en kinésithérapie, 7 étudiants en soins infirmiers, 7 étudiants aides-soignants, 6 étudiants en médecine, 6 étudiants cadres de santé, 1 étudiant en formation assistant de service social. Parmi les professionnels, nous dénombrons 14 infirmiers, 6 formateurs, 6 aides-soignants, 3 cadres de santé, 1 médecin, 1 surveillante générale, 1 auxiliaire de vie, 1 assistante sociale.

Résultats et discussion

L'EXPÉRIENCE STIMUL A-T-ELLE ÉTÉ CAPACITANTE POUR LES APPRENANTS ?

De l'expérience vécue et éprouvée à la réflexion et à l'explicitation

Grégory Aiguier (2016) avance l'idée que l'expérience devient apprenante seulement après que le sujet réalise une activité réflexive sur sa propre pratique ; elle ne l'est pas en soi.

Cette expérience de simulation a permis aux donneurs de soins et aux receveurs de soins d'effectuer une « métaréflexion » ou « métacognition » afin de prendre conscience des mécanismes mis en place pour tirer profit de cette expérimentation, et de poursuivre leur formation de manière autonome (Carnus et Mias, 2013). La démarche réflexive a eu pour objectif de :

« questionner les situations professionnelles en changement, toujours singulières, pour construire du sens ; dégager des invariants, construire des savoirs qui peuvent être investis dans d'autres situations professionnelles » (Charlier et al., 2020, p. 7).

Pour Donald A. Schön (1994), c'est dans l'analyse réflexive que s'ancrent les savoirs d'expérience. Ainsi le travail de transformation de l'expérience en apprentissage s'accomplit nécessairement par la mise en mots. C'est au travers des interactions que les participants ont pu développer des compétences dans et par l'action comme le précise Pierre Pastré (2001). Dans le cadre de la recherche, l'analyse de l'activité s'est effectuée principalement lors des débriefings afin de susciter « une analyse réflexive des opérateurs » (Mollo et Falzon, 2004, p. 211) afin de comprendre les raisons qui ont conduit les apprenants à agir de telle ou telle manière (Mollo et Nascimento, 2013). D'un côté, les soins dispensés par les étudiants (donneurs de soins) ont permis aux professionnels (receveurs de soins) une analyse de l'activité, ce qui a permis d'échanger sur leurs propres pratiques professionnelles. De l'autre côté, les étudiants ont pu discuter des soins réalisés lors de l'expérience, des difficultés rencontrées et cette analyse de l'activité a permis de réajuster leur posture.

Les expérimentateurs sont ainsi devenus les « analystes de leur propre activité ou de celle d'autrui » et ont pu « découvrir un savoir implicite et d'autres façons de faire » (Mollo et Nascimento, 2013, p. 211).

Les participants ont pu développer leur compétence grâce à un double apprentissage : l'apprentissage par l'action et l'apprentissage de l'analyse de cette action (Weill-Fassina et Pastré, 2004) ce qui a favorisé l'émergence de savoirs d'expérience (Perrenoud, 2001).

La formation par le biais des débriefings a permis aux participants de se situer dans l'« agir » et non uniquement dans le « faire ».

Un changement de pratiques professionnelles

Au cours des sessions, étudiants, professionnels du soin et formateurs ont pu échanger sur leurs pratiques de soin, leurs postures personnelles et professionnelles. Les nouvelles connaissances acquises lors de l'expérience sont venues questionner les pratiques au sein du collectif.

Chaque participant, à partir de sa fonction, a donc perçu les ajustements à envisager « dans » et « sur » l'action. Pour Paquay et Sirota (2001), il s'agit « de former des praticiens capables de délibérer sur leurs propres pratiques, de les objectiver et de les partager, de les améliorer et d'introduire des innovations susceptibles d'accroître leur efficacité » (p. 5).

Ce que confirme C. (infirmière) : *« aujourd'hui en tant que soignante, j'ai pris beaucoup de recul et je préfère me taire face à une situation d'impuissance car la souffrance de la personne est présente. Dans la prise de soins, je m'occupe davantage du côté psychique de la personne (sa douleur, son mal être) et je suis plus attentive aux bruits de couloir qui peuvent être entendus par le patient. Je privilégie l'empathie, l'humanité et l'écoute ».*

Pour J. (aide-soignante), *« la dernière fois, à l'hôpital, une patiente était nue dans son lit. L'anesthésiste est rentré. J'ai demandé à ce moment-là que personne ne rentre. Nous en avons discuté durant l'expérience ».*

Ainsi professionnels et étudiants affirment avoir changé leur regard sur leurs mauvaises pratiques et les ont réinterrogées afin de les faire évoluer.

Comme le témoigne V. (formatrice, cadre de santé), *« lorsqu'il y a 3 semaines, j'apportais aux élèves de mon école les concepts de "pudeur", "d'intimité", je croyais réellement à leur importance. Je leur livrais différents exemples comme frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre. Puis je l'ai vécu jeudi dernier cette perte d'intimité. Pourtant, aucun "soignant" n'est entré sans frapper dans ma chambre, personne n'est venu dans le cabinet de toilette alors que j'y étais : non, lors de mon entrée, alors que le soignant effectuait l'anamnèse, il me demande, à moi, personne âgée de 82 ans, malvoyante et triste suite à la perte récente de mon défunt mari, si j'avais mes affaires de toilette : bien sûr, elles sont là dans ma trousse de toilette dans le placard. La soignante sans me demander mon avis, va donc vérifier de visu si je dis vrai : Elle ouvre le placard et ouvre ma trousse de toilette. J'ai ressenti un malaise, comme si elle était entrée chez moi : pourtant, je pensais bien être au-dessus de tout cela et pourtant j'étais personnellement et profondément blessée, comme découverte dans mon intimité. J'étais la première étonnée par ce sentiment. Le concept d'intimité a pris une autre dimension, une dimension que je peux mesurer : c'est sûr, l'année prochaine je développerais encore plus ce concept, je ne m'arrêterais pas à la porte de chambre ou du cabinet de toilette et j'aurai encore plus de conviction ».*

A. (infirmière) explique : *« en tant que soignants, nous ne nous sommes pas imaginés combien il est douloureux d'être entouré de personnel (joué par les étudiants) qui soupire. Je l'ai vécu durant cette expérience. Et, être debout, les bras croisés ou les mains dans les poches à côté d'une personne vulnérable, en attendant qu'elle fasse ce qu'on lui demande, pour l'avoir vécu, c'est gênant et blessant. Je me suis sentie diminuée, en dessous de tout. Je vous assure, plus jamais je ne le ferai ».*

Ces propos montrent que l'expérience a été apprenante et renvoient au concept d'apprentissage en simple boucle (« *single-loop learning* ») d'Argyris et Schön (2001). L'apprentissage est le résultat d'une action. L'individu apprend de ses erreurs dès lors qu'elles sont identifiées et corrigées.

Aussi les professionnels ont ajouté que cette expérience avait réactualisé leurs connaissances et leur avaient offert la possibilité de développer des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels) en s'appuyant sur les savoirs dont ils étaient déjà porteurs.

Enfin, l'expérience a permis une forme de créativité dans le soin que les professionnels se sont autorisés à tester durant la formation. Il en est de même pour les étudiants qui voient dans cette expérience de nouvelles perspectives du prendre-soin à parfaire dans la suite de la session et de leurs stages.

Pour eux, il semble possible d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles tant au niveau procédural que dans la prise en charge des patients.

H. (aide-soignante) précise : *« dans ma vie professionnelle, cette expérience m'a beaucoup changée car je me suis remise en question sur ma façon de travailler et sur ma façon de me comporter avec les patients ».*

En outre, les sessions de simulation ont permis aux participants d'expérimenter différents modes opératoires sans risque pour le patient et de les transposer dans la réalité. En effet, l'apprentissage par erreur « sans risquer de compromettre la sécurité des patients » (Lalonde et al., 2017, cité par Bordat-Teeuwen et Serres, 2021, p. 24) est un objectif de la simulation. Dans le cadre de cette expérience, les erreurs ont été discutées lors des débriefings tout en essayant de maintenir un climat propice à la simulation.

M-F. (formatrice, cadre de santé) affirme : *« j'ai parlé lors du débriefing de maltraitance. Je suis de plus en plus convaincue qu'il faut oser dire les mots. J'ai eu l'impression de vivre de la maltraitance pendant l'expérience de la part des donneurs de soins. Il faut questionner les étudiants. Heureusement que nous n'étions pas dans la réalité ».*

Dans ce sens, Ganley et Linnard-Palmer (cité par Bordat-Teeuwen et Serres, 2021) recommandent de prêter attention aux mots utilisés durant les débriefings et privilégient une « sécurité pédagogique » afin de ne pas stresser les participants. L'espace de simulation doit représenter un « environnement protégé » (Policard, 2018) dans lequel « le formateur peut également intervenir comme facilitateur, en agissant sur l'interprétation ou le traitement de la tâche, en réorientant et en aidant l'étudiant, pour amener celui-ci à se confronter à l'objectif-obstacle » (Bordat-Teeuwen et Serres, 2025, p. 4).

La formation à l'éthique : un apprentissage vers une interprofessionnalité et le développement de compétences collaboratives ?

Les sessions organisées avec des groupes pluri-professionnels ont constitué une modalité originale de cette formation. Au cours de l'expérience, les participants ont pu travailler en interprofessionnalité autour d'une action collective et d'un but commun qui est de prodiguer des soins aux patients.

Florence Policard (2015) souligne :

« L'interprofessionnalité se réalise à travers un processus d'interactions entre les acteurs d'une part et entre les acteurs et l'environnement d'autre part, dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions, de responsabilités et d'actions. Ces acteurs sont interdépendants, ils interagissent selon des modalités qui s'enracinent dans leurs rôles, statuts et culture professionnelle respectifs. Les principes clés de la collaboration interprofessionnelle sont la communication, la coopération et la coordination. Elle suppose la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives » (p. 2).

L'expérience a permis une collaboration interprofessionnelle. Danièle D'Amour, Claude Sicotte et Ron Levy (1999, p. 67-74) l'ont définie comme :

« un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante, au service des clients » (p. 69)

Aussi l'expérience a sensibilisé les participants au développement des compétences collaboratives. Pour Florence Policard (2014), la compétence collaborative peut être définie « un construit social à l'intérieur d'un cadre organisationnel plus ou moins formalisé » (p. 39).

Afin de prendre en charge au mieux les patients, les soignants (donneurs de soins) ont dû s'accorder entre eux et trouver la solution optimale pour répondre aux situations.

C. (infirmière) expose une situation vécue lors de la session : *« moi, il y a un événement sur lequel je voulais revenir c'était la nuit. Nous avons fait plein de bêtises (en tant que receveurs de soins) et il y a eu une discussion entre soignants : "pour le bien de la personne, on va lui mettre les barrières" mais quelqu'un a répondu : "oui, mais c'est une prescription médicale" et il y a vraiment eu une discussion au lit du patient : "Non, mais tu ne te rends pas compte, elle n'arrête pas de tomber, c'est une vieille dame, elle s'est déjà cassé le bras. Pour son bien, il faut lui mettre les barrières". C'était une confrontation entre les disciplines. Les étudiants en tant que donneurs de soins ont réfléchi ensemble. Pour des raisons de sécurité et pour le bien de la personne, il fallait mettre les barrières et appeler le médecin par la suite pour faire la prescription ».*

Une autre formatrice, V. (cadre de santé), estime que : *« les étudiants ont réalisé une véritable analyse de pratiques interdisciplinaires à ce moment-là. C'était un consensus abouti avec des formations différentes avec le regard de chacun. La richesse des disciplines différentes était intéressante ».*

L'apprentissage s'est effectué avec le collectif qui est devenu un levier d'apprentissage pour chaque expérimentateur.

Enfin, cette rencontre entre différents professionnels, étudiants et formateurs autour de l'expérience STIMUL a permis également à chacun d'entre eux de modifier leurs représentations initiales des métiers et ainsi de collaborer davantage.

Un partage d'expériences entre patients et soignants

Lors de leur retour dans leur service, quelques soignants ont partagé avec les patients l'expérience qu'ils venaient de vivre, ce qui a contribué à de nombreux échanges sur le handicap au quotidien et ses difficultés.

Comme le relate O. (infirmière) :

« moi, j'ai une dame qui est cohérente à qui j'ai parlé de la formation et elle m'a demandé mon ressenti et donc je lui ai expliqué que de me mettre à sa place en étant dépendante, c'était très difficile. Elle m'a répondu "être dépendante, je ne le souhaite à personne" et elle m'a dit : vous vous mettez à ma place franchement c'est très bien mais quand il y a une sonnette, on vous perd dans le soin parce que vous êtes partis dans un autre soin, c'est difficile en tant que personne qui avons besoin de vous ».

FAIRE EXPÉRIENCE DU HANDICAP EN FORMATION : QUELLES DIFFICULTÉS ?

Les apprenants ont relaté les difficultés rencontrées durant les sessions.

D'abord, les donneurs de soins (étudiants) devaient prendre en charge, et ce, parfois pour la première fois, des personnes en situation de handicap et craignaient de « mal faire ». Quant aux receveurs de soins (professionnels et formateurs) ayant choisi d'endosser le profil d'un patient en situation de handicap physique, cognitif, ou psychique, ils affirmaient avoir « souffert » dans leur rôle. Nombre d'entre eux évoquaient la fatigue s'installant au fil de la session, cette dernière étant liée à l'investissement et aux émotions engendrées par l'expérience et au port de matériaux (poids, genouillères, masque, etc.) pour simuler au mieux le ou les handicaps des patients.

Les receveurs de soins semblaient toutefois avoir plus de facilité à entrer dans leur rôle. Leur difficulté résidait dans le fait de le maintenir.

Comme l'explique H. (étudiant en soins infirmiers) : *« dès le début de l'expérience, les bénéficiaires de soins ont rapidement joué leur rôle, ce qui m'a aidé à m'impliquer immédiatement dans mon rôle de soignant ».*

B. (infirmière) raconte : *« moi, j'ai joué une personne trachéotomisée qui était rééduquée et qui parlait quand même et en fait, c'était très fatigant de changer la voix. J'ai utilisé d'autres moyens pour communiquer. Comme je suis bavarde, ce n'était pas facile. J'étais très vite limitée dans mon rôle ».*

D'après A. (formatrice), *« je devais jouer le rôle d'une jeune accidentée de la route de 25 ans, devenue tétraplégique. Il n'est pas aisé de choisir une pathologie. Au départ de l'expérience, il a été très difficile de rentrer dans ce rôle mais plus le temps passait et plus je m'y suis inscrite au point de ressentir les émotions, les ressentis relatifs au handicap ».*

Aussi les professionnels de santé et les formateurs expliquaient avoir rencontré des difficultés à se contenir dans leur rôle lorsque les gestes techniques réalisés par certains donneurs de soins ou les discours tenus à l'endroit des patients simulés étaient jugés inappropriés, voire irrespectueux.

Y. (aide-soignante) relate : *« j'ai simulé le rôle d'Amira âgée de 40 ans, mariée, 3 enfants ayant une sclérose en plaques. Cette patiente n'accepte pas sa perte d'autonomie. Elle a des troubles de la marche et ne veut pas être aidée car elle pense qu'elle peut y arriver seule. Elle est dans le déni de la maladie. Les soignants lui font confiance mais il lui arrive de tomber fréquemment. La patiente se rend compte qu'elle devient dépendante des autres et vit difficilement la dégradation de son image corporelle ce qui l'amène à avoir des idées noires. En tant que receveur de soins, je suis choquée d'entendre les soignants dire dans le couloir que je suis fatigante. La soignante m'affirme aussi que je pourrais remarcher un jour alors que mon médecin m'a dit le contraire. Je suis révoltée ».*

A. (infirmière), endossant le rôle d'une patiente avec un trouble psychique expose cette situation : *« l'étudiant (donneur de soins) me met une ceinture de contention parce qu'on estime que je vais m'enfuir de ma chambre. Je l'ai mal vécu. On est dans un univers protégé (l'hôpital). L'étudiant a vu que j'incarnais une personne qui s'enfuyait donc pour limiter les fuites, il m'a mis tout de suite la contention sans la prescription médicale ».*

De plus, les receveurs de soins ont tous affirmé s'être sentis isolés durant l'expérience. Le stigmate qu'ils portaient (Goffman, 1975) semblait affecter négativement les relations avec les donneurs de soins.

Certains donneurs de soins restaient focalisés sur les aspects corporels du handicap au point d'oublier de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Pour R. (formateur-cadre de santé) : *« lors de l'expérience, les personnes en situation de handicap ont été mises de côté. En tant que receveur de soins, nous étions porteurs de poids (pour mieux jouer leur handicap). Jamais on ne m'a demandé si j'allais bien physiquement. Il ne faut pas focaliser sur une pathologie. Il faut prendre le patient dans ses dimensions psychologiques, sociales ».*

Enfin, M.- F. (formatrice cadre de santé) résume son ressenti en tant que receveuse de soin : *« la violence des émotions me remonte parfois. Comment en 1 journée et demie peut-on bousculer nos émotions ? C'était une mise à l'écart. Pour les patients qui vivent cela tous les jours, c'est horrible, impensable. Nous n'étions pas des humains mais des pathologies ».*

Aussi l'expérience a montré l'existence d'une « hiérarchisation du handicap ». L'isolement était plus important pour les simulants porteurs d'un handicap cognitif ou psychique. Ces formes de handicap, moins connues, semblent être perçues d'une manière plus négative que le handicap moteur.

Pour C. (infirmier), *« j'ai senti une grande solitude. On a beau se retrouver parmi 5, 10, 50 personnes, au final, on est tellement ancré dans notre pathologie mentale. C'est dur à vivre. Le temps est très long ».*

M. (infirmière) analyse son expérience : *« dans mon profil, j'avais noté que j'avais eu un AVC. Durant la session, on ne s'est pas inquiété pour moi. J'ai jeté mon beurre sur mon pain. Je n'ai pas reçu de soins. On n'avait pas l'impression que j'avais mal. J'ai été délaissée car je n'étais plus dans la communication ».*

En outre, certains donneurs de soins ont confié avoir peur de se confronter au handicap, à la « différence » de l'autre, et ce, même dans un contexte de simulation.

H. (étudiant en médecine) relate son vécu : *« premier obstacle pour moi : ma patiente était tétraplégique et muette. Moi qui d'habitude parle facilement aux personnes, ben là je ne savais pas quoi faire et cela m'a vraiment frustré au début ! Comment s'occuper d'un malade qui ne bouge pas, ne parle pas, n'exprime pas ses désirs ? Les autres soignants s'occupaient de personnes âgées, de personnes avec des troubles cognitifs ou des jeunes en situation de souffrance. Je me suis donc plus facilement occupé des personnes qui parlaient et donc "plus accessible" sans me rendre que je ne m'occupais pas de ma patiente handicapée ».*

Une étudiante S. (en soins infirmiers) explique : *« nous avions une receveuse de soin interprétant une jeune personne tétraplégique suite à un accident de voiture. Son seul moyen de communication était de pouvoir bouger les yeux. J'ai d'abord eu peur de m'occuper de cette patiente car je ne savais pas comment faire et je me suis dit "quitte à mal faire je préfère ne pas faire". Mais au fur et à mesure de la journée, je me suis dit que si chacun pensait comme moi cette personne allait se retrouver dans une solitude immense et son mal être risquait de grandir. J'ai donc pris mon courage à deux mains et ai tenté de communiquer avec elle en lui proposant de me répondre par oui en clignant une fois des yeux et par non en clignant deux fois. Au moins, ce système nous a permis d'échanger sur ses envies ».*

Elle ajoute :

« le soir elle a été prise d'une crise d'angoisse que j'ai eu l'impression de vivre en même temps qu'elle. Je lui ai donc immédiatement proposé de sortir prendre l'air au calme. Nous n'avons échangé aucun mot mais je l'ai vu s'apaiser petit à petit. À ce moment-là je ne comprenais pas ce qui n'allait pas pour elle et elle ne pouvait pas me l'expliquer. J'ai alors ressenti ma tentative comme un échec et cela m'a beaucoup affecté personnellement. Mais

lors du débriefing du lendemain, après l'arrêt de la session, cette même personne m'a remercié de lui avoir porté de l'attention et m'a expliqué que pour elle mon intervention avait vraiment été vécue comme une bouffée d'air frais : "tu as essayé et en cela, tu as respecté ma dignité en tant que personne, je me suis sentie humaine. Alors merci". J'ai été extrêmement émue de son témoignage et j'en ai tiré la leçon que face à sa peur de l'inconnu à l'égard d'un patient, ce n'est pas forcément de réussir quelque chose mais surtout de montrer à cette personne qu'on la comprend, qu'on la considère toujours en tant qu'être humain malgré son altération plus ou moins importante. J'ai aussi appris dans cette expérience qu'il faut faire attention à ces petites choses du quotidien qui semblent si peu importantes pour nous soignant et qui sont les plaisirs de nos patients ».

Ces témoignages montrent qu'au-delà de la méconnaissance du handicap, de la peur, et globalement des difficultés rencontrées, les donneurs de soins ont pu développer leur autonomie mais surtout leur pouvoir d'agir. Ce dernier se définit comme « la possibilité pour les individus d'avoir une prise sur les situations qu'ils rencontrent et de se développer grâce à elles » (Fernagu-Oudet, 2022, p. 49). Ainsi les donneurs de soins sont passés d'une situation d'impuissance à une situation où ils ont perçu des leviers, des opportunités concrètes d'agir pour obtenir le changement souhaité (Jouffray, 2018) et s'affranchir face aux situations complexes.

CONCLUSION

L'objet de cette contribution était de présenter un dispositif de formation en pédagogie de l'éthique s'appuyant sur la simulation, en tentant de comprendre en quoi cet environnement était capacitant ou non pour les donneurs de soins (étudiants en formation) et les receveurs de soins (professionnels de santé, formateurs) confrontés au handicap.

À l'issue de l'expérience, les participants ont jugé que l'environnement avait été capacitant, malgré les difficultés rencontrées au cours des sessions de simulation.

L'apprentissage de l'éthique, par un dispositif de formation tel que STIMUL, leur a permis de s'interroger sur leurs capacités, leur pratique mais aussi de développer un pouvoir d'agir en situation, favorisé par cet environnement capacitant.

Aussi le dispositif pédagogique a été jugé innovant et a montré à quel point la formation en situation et en collectif est importante dans l'apprentissage de l'éthique, car elle permet d'appréhender le contexte socioprofessionnel, de développer une pratique de soin plus réflexive, un travail collaboratif mais surtout un travail en interdisciplinarité.

La formation a permis la construction de nouvelles compétences par la pratique et la réflexion sur la pratique.

Nous notons que la démarche réflexive n'avait pas le même objectif selon qu'elle corresponde à « une logique de socialisation professionnelle » pour les étudiants en formation initiale ou à une « logique de l'intelligibilité » pour les professionnels en formation continue (Charlier et al., 2020). Pour les premiers, elle a laissé place à une analyse de l'expérience et des tâches réalisées, particulièrement de leurs manières de faire et de réagir en situation professionnelle. Elle a ainsi contribué au développement de leurs apprentissages, de leurs compétences, afin de les réinvestir dans leur future pratique professionnelle et de se socialiser. Pour les seconds, elle a concouru « à construire collectivement une intelligibilité d'une situation particulière ou d'un

incident critique » (Boucenna et al., 2022, p. 22). La dimension sociale de l'apprentissage a permis « un enrichissement de la réflexion individuelle (conscience de soi, de ses représentations, de ses interactions avec son environnement, et de ses choix) » (Boucenna et al., 2022, p. 22). Elle a surtout favorisé l'enrichissement et l'actualisation de leur pratique professionnelle afin de poursuivre la construction de leur identité et de « développer un style propre » (Charlier et al., 2020, paragr. 27).

Aussi vivre l'expérience du handicap a été formateur à la fois pour les étudiants qui ont pris en charge, et ce parfois pour la première fois, des patients en situation de handicap et pour les professionnels de santé, endossant ce rôle et se confrontant aux difficultés des apprenants durant les sessions et des patients au quotidien. Ces situations ont contribué à favoriser l'émergence des conditions nécessaires à la manifestation d'un pouvoir d'agir.

La peur, les stéréotypes, et les préjugés présents en début de session se sont progressivement estompés au cours de la simulation et ont laissé place à des réflexions éthiques avec les formateurs lors des débriefings.

Au final, les apports de l'expérience sont parfaitement résumés par ce discours livré par H. (étudiant en médecine),

« STIMUL m'a beaucoup appris. Comment gérer des patients porteurs de handicaps physiques et mentaux ? Comment essayer d'améliorer leur qualité de vie, de comprendre leurs besoins sans être envahissant ? Comment essayer de ne pas négliger et de ne pas mettre de côté ceux qui ne peuvent pas communiquer et s'occuper d'eux autant que tout autre malade ? Étant étudiant en médecine, je me préoccupais plus du côté pathologique et négligeais la prise en charge globale du patient, dans toutes ses dimensions : humaine, médicale et sociale. Cette expérience m'a montré qu'un patient n'est pas qu'une maladie à traiter mais un être qui désire avoir quelqu'un d'humain en face de lui et qui souhaite être inclus dans la société ».

Enfin, nous achevons cet article en pointant certaines limites qu'il conviendrait de dépasser. D'un point de vue méthodologique, il aurait été judicieux de filmer systématiquement les sessions afin de les analyser avec les participants et de renforcer leurs compétences.

Comme nous le notions dans un précédent article,

« différentes stratégies pédagogiques doivent certainement compléter et renforcer ce dispositif : des séquences d'analyse éthique des pratiques, la possibilité pour les participants de prolonger et d'approfondir leurs échanges dans le cadre d'une plateforme de formation à distance comprenant des espaces de discussion et diverses ressources, une réflexion sur l'articulation entre la formation dans les écoles et l'apprentissage en contexte durant les stages... Bref, du travail d'innovation pédagogique en perspective au service d'une éthique qui prenne en compte les dimensions émotionnelles, relationnelles et organisationnelles du soin » (Boitte et al., 2013). ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aiguier, G., Le-Berre, R., Vanpee, D. et Cobbaut, J.-P. (2012). Chapitre 8. Du pragmatique au pragmatisme : quels enjeux pour la formation à l'éthique ? *Journal International de Bioéthique*, 23(3), 123-148. <https://doi.org/10.3917/jib.233.0123>.
- Aiguier, G. et Cobbaut, J.-P. (2016). Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0017>.
- Aiguier, G. (2017). De la logique compétence à la capacitation : vers un apprentissage social de l'éthique », *Éthique publique*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2907>.
- Argyris, C. et Schön, D.-A. (2001). *Apprentissage organisationnel : Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.argyr.2001.01>.
- Assude, T. et Calmet, M. (2014). Handicaps simulés : un outil de formation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 47(1), 11-36. <https://doi.org/10.3917/lsdle.471.0011>.
- Boet, S., Granry, J.-C. et Savoldelli, G. (2017). *La Simulation en Santé. De la théorie à la pratique*. Lavoisier.
- Boitte, P., Aiguier, G., Dequiré, A.-F., Parée, B. et Cobbaut J.-P. (2013). Comment mieux former à prendre en compte la dignité du patient dans le soin ? Le projet européen « Dignity in care » dans la perspective du partenaire lillois. *Ethica clinica*, 68, 24-28.
- Bordat-Teeuwen, D. et Serres, G. (2021). Analyse didactique de l'activité du formateur dans le briefing d'une séance de simulation : la question de la possibilité de l'erreur. *Recherche et formation*, 96, 23-36. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.7775>.
- Bordat-Teeuwen, D. et Serres, D. (2025). Analyse didactique d'une séance de simulation : gérer l'activité simulée tout en anticipant le débriefing, *Activités*, 22.- <https://doi.org/10.4000/14ybm>.
- Boucenna, S, Thiébaud, M. et Vacher, Y. (2022). *Comment accompagner avec l'analyse de pratiques professionnelles*. De Boeck.
- Brabant C. (2009). Introduction à la gouvernance réflexive. Essai de cadre théorique pour une recherche en gouvernance de l'éducation. *Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit*, 140, 8-9.
- Carnus, M.-F. et Mias, C. (2013). Réflexivité. Dans A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 269-272). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0269>.
- Carré, P. (2022). Apprenance. Dans A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 55-59), De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01>.
- Ciavaldini-Cartaut, S., Guilley, E., Jendoubi, V. et Dutrévis, M. (2021). Collaborations interprofessionnelles et travail collectif dans une classe mixte genevoise : un environnement capacitant d'inclusion scolaire éclairé par les théories de l'activité. *Revue Internationale du CRIRES : Innover Dans La Tradition De Vygotsky*, 5(1). <https://doi.org/10.51657/ric.v5i1.41068>.

- Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N. et Leroy, C. (2020). *Comment soutenir la démarche réflexive ? : Outils et grilles d'analyse des pratiques*. (2e éd.). De Boeck Supérieur. <https://shs.cairn.info/comment-soutenir-la-demarche-reflexive--9782807328136>.
- CNCDH (2021). *Enquête sur les préjugés et stéréotypes à l'égard du handicap en France*. Rapport rédigé par Cindy Lebat. <https://www.cncdh.fr>.
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-74. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- Dubois, L.-A., De Stercke, J. et Flandrin, S. (Éds.). (2024). Les débriefings post-simulation dans les formations aux métiers de la santé, de la sécurité et de l'urgence. *Revue Éducation & Formation* (mai-juin 2024), Université de Mons.
- Duport, M., Sejean, A. et Devaux, S. (2025). Les effets de la qualité empêchée dans les accès aux soins des personnes en situation de handicap : inégalités de soins, inégalités de santé. *Question(s) de management*, 53(1), 105-119. <https://doi.org/10.3917/qdm.233.0105>.
- Falzon, P. (2005). Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments. *Proceedings of the Humanizing Work and Work Environment HWWE'2005 Conference* (4-12), December 10-12, Guwahati, India.
- Fernagu Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, 119, 7-27. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3684>.
- Fernagu, S. (2018). *Organisation et apprentissage : des compétences aux capacités*. Note d'Habilitation à Diriger les Recherches. Université de Bourgogne Franche-Comté. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01988063>
- Fernagu, S. (2022). L'approche par les capacités dans le champ du travail et de la formation : vers une définition des environnements capacitants ? *Travail et Apprentissages*, 23(1), 40-69. <https://doi.org/10.3917/ta.023.0040>.
- France Assos Santé. (2019). Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des Français. https://france-assos-sante.org/publication_document/enquete-bva-pour-france-assos-sante-sur-les-difficultes-dacces-aux-soins-des-francais/.
- Gardou, C. (2011). Dans une perspective inclusive, penser autrement le handicap. *Vie sociale et traitements*, 111(3), 18-25. <https://doi.org/10.3917/vst.111.0018>.
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en !: il n'y a pas de vie minuscule*. Érès.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux du handicap*. Éditions de Minuit.
- Granry, J.-C. et Moll, M.-C. (2012). *Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé : État de l'art national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. <http://www.has-sante.fr>
- Haq, M. ul. (1995). *Reflections on human development*. Oxford University Press.

- Inspq (2023). L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique (Outil d'aide à la réflexion éthique). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf
- Jacob, P. (2013, avril). *Rapport « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement »*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; Ministère des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion. <https://www.vie-publique.fr/rapport/33212-un-droit-citoyen-pour-la-personne-handicapee-un-parcours-de-soins->
- Jouffray, C. (dir.) (2018). *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs : Une nouvelle approche de l'intervention sociale* (2e éd.). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.jouff.2018.01>.
- Lalonde, M., Malouin-Benoit, M.-C., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M. et Desroches, J. (2017, avril). Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 131, 71-84. <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0071>.
- Louis, M., Mougel, L., Desport, L. et Sainquentin, A. (2019). La simulation en santé à l'IFSI : De la théorie à la pratique. *La Revue de l'Infirmière*, 68(247), 41-42.
- Maeschalck, M. (2010). *Transformations de l'éthique : de la phénoménologie radicale au pragmatisme social*. *Anthropologie et philosophie sociale*. Peter Lang.
- Meszaros, T. (2023). *Crises et simulations : Exercices, apprentissages, modélisations, gestion et anticipation des crises*. Cerf.
- Mollo, V. et Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35, 531-540.
- Mollo, V. et Nascimento, A. (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. Dans P. Falzon, *Ergonomie constructive* (p. 207-222). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2013.01.0207>.
- Obœuf, A., D'Arripe, A., Fantoni, C. et Collard, L. (2016). Chapitre 10. Proposition d'une méthodologie par grille d'observation pour décrypter les capacités : illustration dans un pôle d'Activités et de Soins Adaptés. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 177-202. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0177>.
- Oriot, D. et Alinier, G. (2019). *La simulation en santé : Le débriefing clés en mains*. Elsevier Masson.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pastré, P. (2001). Les compétences professionnelles et leur développement. *La Revue de la CFDT*, 39(3-10).
- Paquay, L. et Sirota, R. (2001). La construction d'un espace discursif en éducation. Mise en œuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants : le praticien réflexif. *Recherche et Formation*, 36(5), 5-16.
- Perrenoud, P. (2001). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formations. *Cahiers Pédagogiques*, 390, 42-45.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117(2), 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>.

- Policard, F. (2018). Facilitation et simulation clinique : modalités de l'activité de guidage dans la situation simulée chez les formateurs en soins infirmiers. *Activités*, 15(2). <https://doi.org/10.4000/activites.3366>.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (1990). *Rapport sur le développement humain 1990 : Concept et mesure du développement humain*.
<https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1990frcompletefnostats.pdf>
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Éditions Logiques.
- Sécheresse, T. (2020). *La simulation au service de la formation en sciences de la santé : évaluation des apprentissages et enjeux du débriefing*. Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Odile Jacob.
- Stiker, H.-J. (2017). *La condition handicapée*. Presses universitaires de Grenoble.
- Vanderstichel, H. (propos recueillis par) (2021,07). *La simulation en formation : Entretien avec Raquel Becerril-Ortega* [Podcast]. Fabrique des formations, Université de Lille. <https://fabrique-formations.univ-lille.fr//imexa/la-simulation-en-formation-entretien-avec-raquel-becerril-ortega>
- Verquin Savarieau, B. (2017). Pouvoir d'agir et environnements capacitants, de nouvelles voies de développement professionnel avec les technologies ? in Ardouin, T., Briquet-Duhazé, S., Annoot, E., *Le champ de la formation des adultes et de la professionnalisation. Attentes sociales, pratique, lexique et postures identitaires*. L'Harmattan.
- Vidal-Gomel, C., (2017), *Concevoir des formations capacitantes : une contribution à la formation professionnelle des adultes*. Habilitation à diriger des recherches, soutenue le 28 septembre 2017 à l'université de Nantes.
- Weill-Fassina, A. et Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement dans P., Falzon (éd.), *Ergonomie* (pp. 213-231). PUF.