

# Réflexivité et débriefing en simulation : présentation d'un dispositif pédagogique

Jean-Christophe SERVOTTE<sup>1-2</sup>

Isabelle BRAGARD<sup>1-2</sup>

Michèle GUILLAUME<sup>1</sup>

Alexandre GHUYSEN<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> ULiège, Département des Sciences de la Santé  
Publique

<sup>2</sup> Centre de Simulation Médicale  
Interdisciplinaire de Liège

## 1. Introduction

La publication, en 1999, du rapport de l'institut américain de médecine (Institute Of Medicine, IOM) intitulé *To Err Is Human* a donné naissance au mouvement de sécurité du patient (*Safety Patient Movement*) (Chaboyer *et al.*, 2013). L'observation d'événements indésirables dans 2.9 à 3.7 % des hospitalisations, conduisant au décès dans 6.6 à 13.6 % des cas, soit une mortalité supérieure aux accidents de roulage, au cancer du sein ou encore au SIDA, se voyait confrontée à l'absurdité du caractère évitable de ces décès, majoritairement dus aux facteurs humains, dans plus de 70 % des cas.

Ainsi, les modalités fonctionnelles du système de santé pourraient elles-mêmes constituer une menace pour la santé et le bien-être des personnes (Coucke, Boga, Lenaerts & Delgaudine, 2014). De

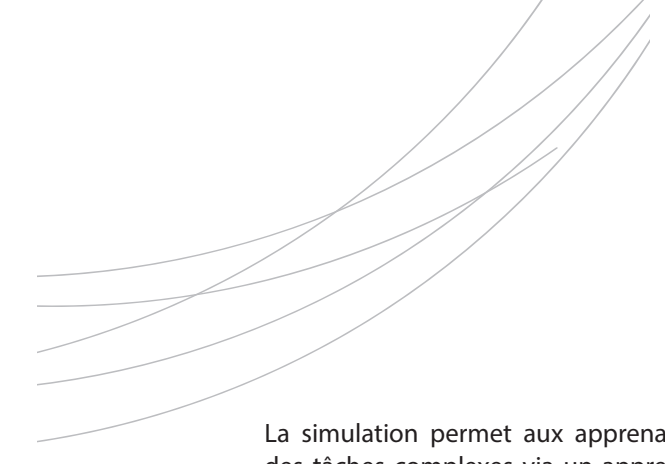
manière similaire, en Europe, 10 % des patients subissent pareils événements indésirables durant une hospitalisation, les mêmes causes produisant les mêmes effets (Eurobaromètre, 2010 ; OMS, 2013, The Joint Commission, 2016). Or, à ce jour, les curriculums des professionnels de la santé continuent à se focaliser essentiellement sur l'acquisition de connaissances et de compétences techniques, au détriment des facteurs humains impliqués dans les incidents rapportés.

Afin de réduire la fréquence de ceux-ci, l'Union européenne, dans un effort louable, a émis en 2009 la recommandation de prendre en compte ces éléments sécuritaires, non seulement dans la formation initiale des professionnels de la santé mais aussi en formation continue (Journal officiel de l'Union européenne, 2009).

Dès le rapport initial de l'IOM, deux recommandations étaient formulées : entraîner en équipe ceux qui devaient travailler en équipe, de manière à constituer des équipes expertes plutôt que d'experts, et utiliser la simulation aussi souvent que possible. Pareille modalité pédagogique apparaît, en effet, comme un outil capable de favoriser la sécurité des patients (Klipfel *et al.*, 2014). La simulation médicale recouvre divers niveaux, dont la Simulation Clinique Haute-Fidélité (SCHF) est le plus élevé (Alinier, 2007). Le patient y est simulé par un mannequin doté de technologies informatiques et robotiques (illustration 1) et disposé dans une salle imitant la réalité de l'environnement habituel des intervenants.



Illustration 1 : Mannequin haute-fidélité.



La simulation permet aux apprenants d'effectuer des tâches complexes via un apprentissage expé-rientiel sans risque pour les patients. La réanimation cardiaque avancée, effectuée par des équipes de médecins et infirmiers, fait partie de ces tâches complexes où compétences techniques et non techniques sont intriquées et exposées aux contraintes du travail d'équipe en situation critique.

## 2. Description du dispositif

Dans le cadre du Master en Sciences de la Santé Publique à l'ULiège, 20 infirmiers spécialisés en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente ont été formés à l'application des algorithmes d'Advanced Life Support (ALS)<sup>1</sup> via la SCHF.

### 2.1. Prébriefing

La formation s'est déroulée au Centre de Simulation Médicale Interdisciplinaire de Liège (SMILE). Elle poursuit des objectifs cognitifs, sensorimoteurs et socio-affectifs. Les objectifs cognitifs visaient l'acquisition de connaissances concernant les algorithmes ALS, travaillés avant la séance de simulation lors du *prébriefing*. Il s'agit d'un ensemble d'activités préparant les participants à une simulation, par e-learning ou carnets préparatoires, portant sur les connaissances théoriques mobilisées lors de la simulation (Page-Cuttrara, 2014). Deux semaines avant la simulation, les étudiants ont reçu un carnet préparatoire reprenant un rappel théorique de la lecture des électrocardiogrammes, divers exercices d'analyse d'électrocardiogrammes et ont été invités à relire les différents algorithmes.

### 2.2. Briefing et scénario de simulation

Dans les minutes précédant le scénario de simulation, le formateur a réalisé un briefing dans le but de créer un climat d'apprentissage sécurisant pour les apprenants. Il a évoqué notamment les principes de confidentialité, de respect de l'autre et l'absence de jugement.

Durant le scénario, les apprenants sont intervenus par groupes de trois auprès du mannequin haute-fidélité. En cas de besoin, le formateur a fourni des indices, voire des instructions, afin de faciliter l'évo-

lution du scénario. Les objectifs sensorimoteurs tels que la ventilation du patient ou le massage cardiaque ont été travaillés durant la séance de simulation. S'agissant de gestes techniques, les formateurs ne se sont pas attardés sur ceux-ci lors du débriefing ultérieur. Si nécessaire, l'apprenant a reçu seul un feedback et a bénéficié d'une remédiation spécifique afin de corriger les gestes.

Le dispositif visait principalement le développement des compétences non techniques via les objectifs socio-affectifs, travaillés et analysés spécifiquement durant la séance de simulation. Il s'agissait d'éléments tels que l'appel à l'aide précoce, le leadership ou encore la transmission d'informations.

### 2.3. Débriefing

Chaque scénario est suivi d'un débriefing. En termes d'apprentissages, la partie la plus importante d'une séance de simulation est le compte-rendu ou débriefing (Issenberg, McGaghie, Petrusa, Gordon & Scalese, 2005). À travers ses questions, le formateur agit comme un facilitateur qui guide, encourage et questionne. Il fait émerger les processus de réflexion des apprenants. En simulation, les actions effectuées par les apprenants sont visibles. Par contre, les processus ou les schémas de pensée sont invisibles. Lorsqu'un apprenant réalise une action, quatre possibilités existent.

- Soit l'action et le processus sont corrects. Le débriefing permet à tous les apprenants de comprendre le schéma de pensée.
- Soit l'action est correcte mais le processus y menant est incorrect. Le débriefing ne s'arrêtant pas seulement à l'action correctement réalisée, il permet de comprendre le schéma de pensée de l'apprenant et de révéler ainsi les erreurs d'interprétation.
- Soit l'action est incorrecte et le processus est erroné ou correct. Dans ces deux cas, le débriefing permet également d'identifier les raisons des erreurs et de les corriger (Dreifuerst, 2015).

Le débriefing est réalisé en trois étapes : expression du ressenti, description des actions et analyse-synthèse pour permettre la transposition. Le rôle du formateur ne se limite pas à questionner, il cherche à maintenir un environnement sécurisant, à encou-

rager l'analyse réflexive des étudiants et à faciliter la transposition de la théorie vers la pratique.

Pour faire émerger les processus de pensée, le formateur utilise des questions ouvertes ainsi que l'écoute active et la reformulation. Les questions suivantes ont été utilisées dans le dispositif :

- Comment l'équipe s'est-elle organisée ?
- Quels ajustements ont été réalisés en cours d'action ?
- Quels éléments ont justifié ces ajustements ?
- Qu'est-ce qui a amené cette prise de décision, cette action ?
- Comment saviez-vous que c'était cela qui devait être fait ?
- Si vous viviez cela dans votre vie professionnelle, que garderiez-vous et que changeriez-vous ?

### 3. Résultats

Lors du débriefing, les étudiants se sont auto-évalués et ont pris conscience des écarts de performance entre leurs prestations et les objectifs établis par le formateur. Ils ont exprimé leur ressenti, décrit leurs actions et les ont analysées.

*Je ne suis pas arrivé à décrire au médecin ce qui se passait [...]. Je savais que je devais utiliser le SBAR, mais je l'avais oublié [...]. J'aurais dû faire un mémo.* (Propos auto-rapportés d'un étudiant)

Les processus de pensée qui conduisent parfois à des erreurs lors des soins aux patients ont été questionnés par le formateur, mais aussi par les apprenants. Ainsi, certains étudiants ont posé des questions à leurs condisciples. Le prébriefing proposé aux étudiants ayant été effectué par la majorité de ceux-ci, le débriefing a pu se focaliser sur les compétences non techniques. Par exemple, une erreur d'administration d'un médicament a été constatée lors de la simulation. Le débriefing a permis d'objectiver la séquence des événements cumulés y ayant conduit : ordre peu clair, infirmier n'osant pas demander de précisions et absence de confirmation de l'administration. Cet élément a notamment permis aux participants de mesurer l'importance de la communication et ses répercussions.

La conception de la séance de simulation a été évaluée par l'Échelle d'évaluation conceptuelle de la simulation clinique, traduite et validée en français (Simoneau, Van Gele, Ledoux, Lavoie & Paquette, 2011). Elle compte 20 items évalués par une échelle de Likert à cinq points marquant les degrés d'accord avec les propositions. Le questionnaire évalue cinq caractéristiques du design pédagogique d'une simulation clinique : les objectifs et informations, le soutien reçu par l'étudiant, la résolution des problèmes, les commentaires et la réflexion guidée (rétro-action et débriefing) et la fidélité (le réalisme).

Variabes	n	Moyenne ± SD
Objectifs et informations (/5)	20	4,41 ± 0,59
Soutien (/5)	20	4,48 ± 0,67
Résolution de problèmes (/5)	20	3,98 ± 0,79
Commentaires et réflexions guidées (/5)	20	4,79 ± 0,41
Réalisme (/5)	20	4,65 ± 0,48

Tableau 1 : Résultats de l'échelle d'évaluation conceptuelle de la simulation clinique

Globalement, les étudiants se sont montrés très satisfaits de la méthode pédagogique utilisée et de la manière dont les débriefings ont été menés. Ils ont souligné le soutien apporté en temps opportun par le formateur. La réflexion guidée est également un facteur apprécié par les étudiants, des éléments centraux de leur pratique professionnelle ayant pu être analysés.

Les étudiants ont en outre souligné l'impression d'un gain de confiance en leurs compétences ainsi qu'en leur pratique. Pareille affirmation mérite prudence, l'excès de confiance n'est pas recherché, car il peut notamment conduire à retarder l'appel à l'aide.

Enfin, un étudiant a mentionné un stress important *Ça me stressait tellement [...] je ne savais plus bouger.* (Propos auto-rapportés de l'étudiant).

### 4. Conclusion

L'enseignement des soins infirmiers se centre essentiellement sur le développement des connaissances ainsi que sur des aspects techniques et procéduraux,

alors qu'une pauvre communication et le déficit des facteurs humains sont les causes principales d'erreurs survenant lors des soins aux patients. Or, les compétences non techniques sont peu intégrées et enseignées dans la formation initiale.

La pédagogie par simulation permet de travailler, au travers de tâches complexes comme la réanimation cardiaque avancée, le développement des compétences techniques et surtout des compétences non techniques.

Les étudiants observés ont pu s'y exercer dans un cadre sécurisant via un apprentissage expérientiel proche de la réalité de terrain. Le prébriefing a permis aux étudiants de se préparer cognitivement à ces tâches. Quant au débriefing, il a permis de faire émerger les processus de pensée et de développer la réflexivité des apprenants. La réflexion guidée est l'élément central du dispositif. L'enseignant y joue le rôle de guide, de modérateur, de « facilitateur ». Les apprenants ont ainsi pu focaliser leur attention sur les compétences non techniques visées par la formation.

La simulation est un outil pédagogique innovant, motivant et performant. Au-delà de l'engouement engendré par le dispositif chez les étudiants, son insertion au sein des cursus des professions de santé doit permettre de répondre à des objectifs pédagogiques précis au centre desquels figure l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

## 5. Bibliographie

Adamson, K.A., Kardong-Edgren, S. & Willhaus, J. (2013). An updated review of published simulation evaluation instruments. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(9), e393–e400.

Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher*, 29, e243-e250.

Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., Monuteaux, M., Fleegler, E., Cheng, A. & Simon, R. (2012). Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare: Development and Psychometric Properties. *Simulation in Healthcare*, 7(5), 288-294.

Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Grealy, B., Elderkin, T., Brittin, M., McCutcheon, C., Longbottom, P. & Thalib, L. (2013). Australian inten-

sive Care units: establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 93-102.

Conseil de l'Union européenne. (2009). *Recommandation du conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci*. C151/1 – C151/6.

Coucke, P., Boga, D., Lenaerts, E. & Delgaudine, M. (2014). From reporting incidents in a radiation therapy department to enterprise risk management (ERM) based on the European Foundation for Quality Management philosophy (EFQM). *International Journal of Healthcare Technological Management*, 7(2), 127-131.

Dieckmann, P. (Ed.). (2009). *Using Simulations for Education, Training and Research*. Lengerich : Pasbst Science Publishers.

Dreifuerst, K. T. (2015). Getting started with debriefing for meaningful learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(5), 268-275.

Eurobaromètre. (2010). *Sécurité des patients et qualité des soins : rapport*. Bruxelles : TNS Opinion & Social.

Gore, T., Van Gele, P., Ravert, P. & Mabire, C. (2012). A 2010 survey of the INACSL membership about simulation use. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(4), 125-133.

Issenberg, S.B., McGaghie, W.C., Petrusa, E.R., Gordon, D.L. & Scalese, R.J. (2005). Features and uses of highfidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28.

Klipfel, J.M., Carolan, B.J., Brytowski, N., Mitchell, C.A., Gettman, M.T., & Jacobson, T.M. (2014). Patient safety improvement through in situ simulation interdisciplinary team training. *Urologic Nursing*, 34(1), 39-46.

OCDE (2015). *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris : Éditions OCDE.

OMS (2013). *Santé 2020 : cadre politique et stratégie*. Copenhague : OMS.

Page-Cuttrara, K. (2014). Use of prebriefing in nursing simulation: A literature review. *Journal of Nursing Education*, 53(3), 136-141.

Simoneau, I.L., Van Gele, P., Ledoux, I., Lavoie, S. & Paquette, C. (2011). Reliability of the French transla-

tion of instruments designed to assess the affective learning outcomes of human patient simulation in nursing education. Communication orale présentée dans le cadre du *10<sup>th</sup> Annual International Nursing Simulation/Learning Resource Center Conference*, Orlando : États-Unis.

The Joint Commission (2016). *Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 – 2015*. [Page Web]. Accès : <https://hcupdate.files.wordpress.com/2016/02/2016-02-se-root-causes-by-event-type2004-2015.pdf>.

## 6. Note

---

<sup>1</sup> L'Advanced Life Support est un ensemble d'algorithmes pour la réanimation cardio-pulmonaire des patients à destination des professionnels de l'urgence. Basés sur les recommandations internationales, ils décrivent étape par étape les actions à poser : injection de médicaments, défibrillation, etc.