

QU'APPRENONS-NOUS DU TRAVAIL À TRAVERS LA FORMATION : ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR UNE SITUATION DE COMMUNICATION DIFFICILE EN PÉDIATRIE

*Elodie Ciccone
Doctorante en ergonomie
Université Paris 8, France*

*Lucie Cuvelier,
Maitre de conférences en ergonomie
Université Paris 8
Université de Genève, Suisse*

*Thomas Bagnon
Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades - APHP-
Université Paris Descartes, France*

*Gilles Orliaguet
Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades - APHP-
Université Paris Descartes, France*

*Françoise Decortis
Professeur d'ergonomie
Université Paris 8, France*

RÉSUMÉ

L'article qui suit présente une étude menée en partenariat avec l'Hôpital Necker. Ayant accès à l'observation d'activité de formation mais pas de travail, nous nous sommes demandé ce que l'analyse d'une formation sur simulateur pouvait nous apporter comme éclairage sur l'activité de travail quand on étudie une situation qui est difficilement observable : ici la communication entre soignants et parents à propos d'une annonce difficile. Nous présentons ici les premiers résultats issus de l'analyse des débriefings de situations de simulation ainsi que les perspectives qu'ouvrent ces résultats.

MOTS CLÉS

Simulation / Récit / Situation difficilement observable

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le service d'anesthésie pédiatrique de Necker développe des formations sur simulateur. Si certains dispositifs sont des plus "classiques", c'est-à-dire qu'ils visent le développement de compétences techniques, les dispositifs les plus récents tentent de développer d'autres types de compétences, par exemple dans la gestion des situations imprévues (Cuvelier, 2011) ou dans la communication avec les patients et leur famille. Ces compétences en communication ont, selon les formateurs anesthésistes, un lien avec la sécurité des patients. En effet, plus la communication est efficace entre l'équipe soignante et le patient et plus la qualité de la prise en charge augmente, réduisant ainsi le nombre d'erreurs médicales ou quand elles surviennent, la capacité à les surmonter (Davous *et al.*, 2010). La communication entre les médecins et les patients est aujourd'hui "au cœur de nouveaux enjeux" (Mollo et Sauvagnac, 2006 ; Fournier et Kerzanet, 2007) liés par exemple à la participation des patients à leurs propres soins ou dans le cadre de la pédiatrie à la mise en place de "soins centrés sur la famille" (Lecorguillé, Thébaud, et Sizun, 2016).

Face à ces nouveaux enjeux, les formateurs anesthésistes réanimateurs associés à des pédiatres réanimateurs qui travaillent depuis longtemps sur des dispositifs de simulation ont mis en place un dispositif centré sur la communication avec les familles. Ce dispositif se présente sous deux modalités : la première est destinée aux jeunes médecins (internes, chef de clinique) en réanimation qui restent six mois dans le service, la seconde au personnel paramédical. L'objectif des formateurs à moyen terme est de proposer également une formation mixte mêlant internes et personnels paramédicaux. La question pragmatique de notre recherche est donc celle d'aider à la conception de ces formations pour l'avenir. Elle soulève une question méthodologique, qui sera l'objet de cet article : compte tenu de l'imprévisibilité (ces situations sont heureusement rares) et du caractère sensible (l'observation de telles situations par une personne extérieure peut sembler mal venue pour les familles et les patients) de l'activité concernée, notre première entrée dans l'activité des soignants est celle de l'observation des situations de formation que nous envisageons ici comme une technique d'observation indirecte de l'activité. Cela pose les questions suivantes : est-il possible/nécessaire/suffisant de s'appuyer sur l'analyse de l'activité en formation pour comprendre l'activité de travail ? Qu'apprend-on sur l'activité lors de ces situations "hors situations réelles" ? A travers l'analyse des débriefings d'une formation sur simulateur, nous tentons de voir quels sont les liens tissés grâce au récit entre l'activité de travail et l'activité simulée dans ces espaces d'échanges. La question est de savoir quelles sont les dimensions observables de

l'activité dans des formations portant sur des situations difficilement observables. Cela permet d'envisager dans quelle(s) mesure(s) la simulation peut être une méthode d'accès à l'activité.

DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES DANS UN MONDE NARRATIF

EXPÉRIENCES, RÉCITS, COMPÉTENCES

Les formations sur simulateurs se sont développées rapidement dans le monde médical (en particulier dans le domaine de l'anesthésie) sur le modèle des formations créées dans le domaine aéronautique (Howard, Gaba, Fish, Yang et Sarnquist, 1992 ; Nyssen et De Keyser, 1998 ; Salas et Priest, 2005 ; Salas, Wilson, Burke, et Wightman, 2006 ; Sundar *et al.*, 2007). Ces formations sont généralement mises en œuvre à partir de simulations pleine échelle et selon des modalités très diverses (simulations figuratives, opératives, simulations à partir de cas papier, simulations pleine échelle, etc.) (Béguin et Weill-Fassina, 1997; Salas, Wilson, Burke, et Priest, 2005). Toutes ces modalités de mise en place de la simulation ont un objectif commun qui est rappelé dans le rapport de la HAS sur la simulation (Granry et Moll, 2012) "jamais la première fois sur un patient". Cependant elle ne garantit pas que le jour où le formé devra agir en situation de travail, il obtiendra les mêmes résultats qu'en formation. En effet, la simulation permet d'agir dans un environnement sécurisé, ce qui implique que l'activité ne peut être exactement la même qu'en situation de travail et ce peu importe le réalisme de la simulation (Horcik, 2012 ; 2014).

En ergonomie et en didactique professionnelle, de nombreux auteurs se sont intéressés au rôle des expériences dans le développement des compétences (Weill-Fassina et Pastré 2004 ; Teiger et Lacomblez, 2013; Delgoulet, 2001). On distingue notamment les expériences sédimentées basées sur la répétition des expériences épisodiques basées sur des épisodes singuliers "ayant donné lieu à un traitement cognitif particulier en vue de résoudre un problème posé" (Marchand, 2011, p. 101). En parallèle, la psychologie postule que l'homme entretient un rapport au monde qui est avant tout narratif (Bruner, 2006). Ces constats ont fait naître des travaux qui démontrent que le récit joue un rôle dans la transmission des expériences et le développement des compétences (Beaujouan, 2011; Marchand, 2009; Rogalski et Leplat, 2011; Sanne, 2008).

Dans le cadre de la simulation, l'expérience est encore différente, à mi-chemin entre une expérience de formation et de travail. Pour décrire cette expérience, Horcik (2014) utilise la notion d'expérience mimétique. Cette notion décrit l'expérience réelle de simulation qu'elle et ses collègues définissent comme n'étant pas du travail mais pas "pas du travail" (Horcik, Savoldelli, Poizat, et Durand, 2014). Cette expérience singulière portée par la simulation se situe à

l'interface de la formation et du travail. Les auteurs insistent sur le fait que pendant les débriefings, c'est l'exploitation de cette expérience singulière vécue qui doit faire l'objet des échanges. De cette manière, la simulation n'est plus "prétexte au débriefing" et le débriefing n'est plus sous-tendu que par des objectifs pédagogiques mais bien par l'utilisation de l'expérience vécue en simulation comme base pour des échanges collectifs.

MÉDECINE NARRATIVE VS MÉDECINE BASÉE SUR LES PREUVES

Du côté de la médecine, pendant longtemps, le médecin a été considéré comme détenteur du savoir, expert dans le diagnostic grâce à la médecine basée sur les preuves (en anglais "Evidence Based Médecine" : EBM). Cette dernière a été définie, comme "l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique" pour optimiser la prise en charge de chaque patient (Bizouarn, 2007 ; Sackett et Haynes, 1999). Elle répond aux soucis d' "homogénéisation", d' "uniformisation", de "standardisation" et de "normalisation" des pratiques médicales (Abastado, 2007; Amalberti et Hourlier, 2007 ; ANAES, 2003). "Une des modalités pratiques est la production de référentiels pour la décision thérapeutique, basés sur les résultats d'essais thérapeutiques et plus largement sur les articles scientifiques" (Mollo et Sauvagnac, 2006, p. 34). Selon cette approche, les recommandations, les standards et les protocoles sont reconnus comme les meilleures solutions, "les règles d'or" à appliquer dans une situation donnée. Ils évoluent constamment, amendés par l'introduction de nouveaux résultats.

Ce modèle porteur de suppositions très fortes sur le caractère objectif de l'examen clinique a longtemps été le seul à être enseigné aux jeunes praticiens (Greenhalgh, 1999). L'auteur nous dit qu'en réalité, pour émettre un diagnostic, le médecin se fie aux signes cliniques mais aussi à son expérience antérieure et à l'histoire individuelle du patient. Ainsi le diagnostic n'est pas basé uniquement sur des preuves mais sur l'interprétation que fait le médecin des symptômes dans un contexte particulier. Parallèlement, Klein (2014) explique que face à la crise que connaît la médecine contemporaine tant du point de vue des médecins (qui ne se reconnaissent plus dans leur travail) que des patients (de plus en plus impliqués dans le processus de soin et qui se sentent "reniés"), une réflexion doit être menée pour mieux définir le rôle actuel et futur de la profession.

Ces différents constats ont poussé les médecins et surtout les formateurs à s'intéresser au couplage entre "la médecine basée sur les preuves" et la "médecine narrative" (Goupy *et al.*, 2013), plaçant les capacités d'écoute du médecin dans les compétences nécessaires pour l'exercice du métier. En effet le manque d'écoute des patients et de leur famille est un facteur de risque pouvant augmenter la survenue d'une erreur médicale (Davous *et al.*, 2010). Ces

évolutions contribuent à l'émergence de nouveaux dispositifs de formation. L'amélioration des interactions entre les soignants et les patients est considérée comme un axe d'amélioration pour les formations sur simulateurs (Aggarwal, 2017). En réanimation pédiatrique, des entretiens simulés avec des acteurs jouant le rôle de parents d'un enfant malade sont justifiés par le fait que les réanimateurs pédiatres communiquent plus souvent avec les parents qu'avec les patients eux-mêmes (Lorin *et al.*, 2006 ; Downar *et al.*, 2012 ; Shaw *et al.*, 2014).

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR UNE FORMATION À LA COMMUNICATION PAR LA SIMULATION

NAISSANCE DU DISPOSITIF

La formation que nous allons présenter a été conçue par des médecins anesthésistes réanimateurs, des infirmières et des psychologues de deux services de pédiatrie de l'hôpital Necker. On peut préciser ici que, dans ce contexte où les médecins cherchent à développer leurs capacités de communication avec leurs patients, le secteur de la pédiatrie se distingue nettement par le fait que la relation n'est plus duale (médecin-patient) mais triadique impliquant le médecin, le patient et ses parents. La relation de confiance des familles étant facteur d'une meilleure prise en charge (Davous *et al.*, 2010), apprendre à bien communiquer avec les familles est un enjeu de taille pour les professionnels de santé.

L'objectif des formateurs n'est pas de donner une ligne de conduite standardisée à suivre mais de permettre aux professionnels de développer leurs ressources pour faciliter la relation avec les patients et leurs familles. Le développement de ces ressources a pour but d'améliorer la prise en charge et de désamorcer des conflits avec certains parents afin de limiter le risque d'agression. Ainsi, ce type de formation visant l'amélioration de la communication avec les familles sert la sécurité des professionnels (limitation du risque d'agression) et des patients grâce à l'amélioration de la prise en charge (réduction des erreurs médicales) mais elle sert également la sécurité de l'Institution dans son ensemble puisqu'une communication réussie entraîne une meilleure compréhension mutuelle et diminue le risque de poursuites judiciaires.

LE DISPOSITIF DE FORMATION

Le dispositif est basé sur la simulation de situations de communication entre soignants et familles. Il est divisé en deux composantes. La première concerne les internes en pédiatrie et en réanimation qui sont de jeunes médecins en fin de formation avec des scénarios simulant un entretien avec les parents pour leur faire part des avancées (positives ou négatives) dans l'état de santé de leur enfant. Par exemple, l'annonce que l'enfant va bien à une mère qui a vu son

bébé faire une pause respiratoire. La seconde concerne la relation des personnels paramédicaux (infirmières, aides-soignantes) avec les familles dans le contexte quotidien des soins à l'enfant dans sa chambre d'hôpital. Par exemple la présence dans la chambre de parents en colère après une rencontre avec le médecin. Les scénarios à destination des internes sont joués dans une salle qui reproduit une salle d'entretien avec des chaises, ceux à destination du personnel paramédical sont joués dans une salle reproduisant la chambre d'hôpital avec un mannequin représentant l'enfant. Dans les deux composantes de la formation, les parents sont joués par des comédiens qui sont Clowns du Rire Médecin.

Les scénarios sont différents pour les groupes d'internes et les groupes de personnels paramédicaux. Ils ont été conçus en groupe de travail par les formateurs (également praticiens) et les formateurs-psychologues à partir de situations vécues par les formateurs. Cette modalité de conception implique que les situations simulées sont potentiellement très proches de ce que pourraient vivre les participants (désignant les personnes en formation) dans leur travail de tous les jours. Dans la construction de ces cas, les formateurs ont intégré les différentes réactions de parents qu'ils ont pu rencontrer dans leur pratique : le déni face à une situation difficile, la sidération, la colère... pour préparer les participants à réagir à la rencontre avec des situations similaires.

Ces formations accueillent deux groupes d'internes et deux groupes de paramédicaux tous les six mois, peu de temps après l'arrivée des internes dans les services. Ces participants viennent de deux services de pédiatrie. Chaque groupe participe à une journée de formation de 8h30 à 18h. La première partie de la journée consiste surtout à apporter des données sur les mécanismes de défense que les parents peuvent mettre en place dans des situations difficiles vécues à l'hôpital. Ce moment est une première occasion pour les participants de partager des expériences et mettre en place une dynamique de groupe.

Le reste de la journée est consacré à la simulation de quatre cas différents. Pour chaque cas, les simulations sont organisées de la manière suivante :

- Un briefing pour les participants (éléments du dossier médical) et un briefing pour les participants-observateurs ;
- La simulation du cas à proprement parler par les participants et les comédiens (qui disposent au préalable du scénario et sont parfois guidés par oreillettes par les formateurs en cours de simulation) qui est filmée et retransmise dans une salle où les participants-observateurs peuvent suivre la scène ;
- Un débriefing mené par les formateurs et les psychologues sur la base de ce

qui a fait sens dans la situation simulée pour les participants et les observateurs. Pour cela les débriefings sont toujours introduits par une question sur le ressenti des participants au cours de la situation simulée. Ainsi les formateurs ne se positionnent pas en prescripteurs de l'activité mais en "catalyseurs" de la discussion.

Le tableau 1 présente les caractéristiques des groupes observés. Nous pouvons noter la présence de médecins dans les formations pour le personnel paramédical.

Tableau 1. *Caractéristiques des groupes observés.*

	Participants	Nombre de participants	Formateurs présents
Groupe 1	Internes en pédiatrie et en anesthésie réanimation	10	5 médecins 2 psychologues 2 comédiens
Groupe 2	Personnel paramédical	11	3 infirmières 2 médecins 2 psychologues 2 comédiens
Groupe 3	Internes en pédiatrie et en anesthésie réanimation	8	3 médecins 3 psychologues 2 comédiens
Groupe 4	Personnel paramédical	9	4 infirmières 2 médecins 3 psychologues 2 comédiens

MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES DONNÉES

La demande des formateurs avec lesquels nous sommes en contact est de les aider à améliorer et d'optimiser les dispositifs basés sur la simulation qu'ils utilisent à l'heure actuelle. Notre démarche auprès de l'hôpital Necker s'inscrit dans un projet plus global visant à comprendre le rôle des récits dans le développement des compétences. Suite à une reformulation de la demande nous nous sommes intéressés de plus près à la formation à la communication par la simulation qu'ils proposent. La communication difficile entre patients-soignants étant une situation délicate à observer, les formateurs de Necker nous ont proposé dans un premier temps d'assister aux séances de formation par la simulation. Ainsi nous avons cherché à comprendre lors des échanges verbaux

collectifs (essentiellement pendant les débriefings) quelle était la nature des expériences partagées par les participants et les formateurs. Quelles dimensions de l'activité sont perceptibles dans ces situations de formation ?

Nous avons procédé à l'observation de quatre sessions de formation. Pour la première partie de la journée (échanges sur la base d'apport théorique) nous avons focalisé notre recueil de données sur les expériences vécues racontées par les participants. Pour cela, nous avons procédé à un relevé papier/crayon des expériences racontées par les participants, expériences en lien avec les modes de défense présentés par les formateurs. Ainsi, le début du récit (et donc le début du recueil par prise de notes) était marqué par un élément dans le discours qui resituait un évènement vécu. Par exemple quand les formateurs présentent aux participants "le déplacement" comme mode de défense des parents, ils demandent ensuite "*comment ça s'exprime ?*", "*c'était à quel moment ?*" ce qui permet aux participants de donner un exemple de situation vécue "*il y a un mois on a eu un enfant qui était dans un état grave et le papa était focalisé sur le fait qu'il ne pourrait pas rester la nuit*". Pour ce qui est de la seconde partie de la formation (séances de simulation), nous avons observé l'ensemble des séances. Les situations de simulation étant déjà filmées par les formateurs, nous avons décidé de filmer uniquement les séances de débriefing consécutives à chaque cas simulé. Ces séances de débriefings correspondent à seize films (deux sessions de formation d'internes et deux sessions de formation de personnels paramédicaux) équivalant à environ 10 heures de vidéo.

Les analyses relatives à cette seconde partie de journée qui sont présentées ici portent sur les débriefings, en référence aux situations simulées. En effet, une première lecture exploratoire sous-tendue par nos préoccupations sur le rôle du récit dans le développement des compétences, nous a permis de nous rendre compte que dans les séances de débriefings, les participants faisaient référence à la situation simulée mais aussi à des expériences vécues dans leur travail de tous les jours. En nous inspirant de différents travaux qui portent notamment sur l'analyse de l'expérience vécue chez les professeurs (Donnay et Charlier, 2008; Faingold, 2015; Perrenoud, 1998) ou encore chez les rugbymans (Mouchet, 2015; Mouchet, Vermersch et Bouthier, 2011), nous avons commencé à élaborer des catégories basées sur la référentialité (Lussi Borer, Flandin et Muller, 2018). Dans cette première phase de l'étude nous avons choisi de catégoriser les échanges selon deux catégories :

- référence à la situation simulée (émotions ressenties, stratégies employées, réflexion pendant l'action, recherche de solutions qui auraient pu être mobilisées dans cette situation)
- référence au travail de tous les jours (exemple de situations de travail

vécues, habitudes, recherche de règles à appliquer de manière générale).

De plus, cette première lecture exploratoire révèle une différence dans le contenu des débriefings en fonction du statut des participants : les échanges entre infirmières et aides-soignantes apparaissent plus souvent ancrés sur le registre émotionnel que les échanges entre internes. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons mobilisé le modèle MARO, développé dans le cadre des activités muséales (Bationo-Tillon, 2013) lors de la rencontre avec une œuvre d'art. En plus de permettre une analyse de la distance avec la situation (ici et maintenant/résonance avec l'expérience passée/projections vers le futur), ce modèle permet de différencier le rapport à l'activité selon qu'il est analytique ou sensible. L'analyse des débriefings nous a permis d'adapter ce modèle en y plaçant au centre la situation simulée ce qui nous a permis de mettre en lumière la dimension sensible de l'activité.

Tableau 2. *Adaptation du modèle MARO (Bationo-Tillo, 2013) à la situation simulée.*

	Rapport analytique à l'activité	Rapport sensible à l'activité
Référence à la situation simulée	Les participants décrivent ce qui s'est passé dans la situation simulée <i>"Y avait pleins de trucs à régler entre vous et nous on voulait simplement vous mettre à jour par rapport à l'état de votre fille et y a tout qui est ressorti"</i> (interne)	Les participants expliquent ce qu'ils ont ressenti dans la situation simulée <i>"Oui au début très agressé, on se sentait un peu au mauvais endroit au mauvais moment"</i> (interne)
Référence à des situations quotidiennes	Les participants font le lien avec des situations de travail (exemple de situation précise ou règle générale de fonctionnement) <i>"Généralement dans la vraie vie y a un tout petit peu moins de surprise parce que l'infirmière nous a dit "ohla ils sont énervés faut y aller vite" "</i> (interne)	Les participants font le lien avec des situations où ils ont ressenti la même chose (mise en résonance) <i>"En fait quand c'est personnifié j'ai l'impression que ça me met mal à l'aise parce que je n'ai pas été la seule à m'occuper de l'enfant c'est un travail d'équipe"</i> (infirmière)
Ce qui aurait pu être fait différemment	Quelle autre stratégie aurait pu être employée <i>"On a dit voilà ce qu'on lui a fait en réa il est stable mais on n'a pas repris, peut-être qu'on aurait pu"</i> (interne)	Ce qu'auraient ressenti les participants avec une stratégie différente <i>"D'ailleurs la situation aurait été différente parce qu'un des parents l'aurait peut-être pris en tant qu'agressivité même de leur dire gentiment"</i> (infirmière)
Projections pour le futur	Conduite(s) possible(s) dans des situations similaires	Astuces pour faire face aux situations difficiles

	<p><i>"il faut peut-être se défaire du carcan où on reprend la maladie du début [...] et dire assez vite d'aller voir l'enfant"</i> (interne)</p>	<p><i>"Dans cette situation on se sentirait peut-être un peu en conflit (fait un signe de guillemets) avec les parents donc on essaierait, enfin je pense, de trouver le juste équilibre dans le sens où on ne restera pas borné"</i> (infirmière)</p>
--	---	--

PREMIERS RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DÉBRIEFINGS

DU CAS SIMULÉ AUX CAS VÉCUS

Les séances de débriefing nous ont permis d'identifier des thèmes récurrents de discussion par exemple "Quels sont les bons mots à utiliser avec les parents ? " ou "L'importance d'être en binôme". Ces différents sujets sont impulsés soit par les participants soit par les formateurs à partir de ce qui a été vécu ou observé pendant la simulation. Ensuite des liens sont fait spontanément avec des expériences vécues par les participants ou à la suite de questions des formateurs *"ça vous est déjà arrivé ? "*. Par exemple une des formatrices revient sur le fait qu'en rentrant dans la chambre l'infirmière a dit aux parents "on va mettre l'alimentation à notre petit bonhomme". Elle explique qu'il faut faire attention au vocabulaire employé, qu'appeler l'enfant "notre" petit bonhomme peut énerver les parents si donner un surnom n'est pas fait en accord avec eux. Les participantes s'accordent sur le fait qu'il est rare qu'elles appellent un enfant par son prénom sauf pour les adolescents et quand *"les parents ont l'air distants"*. La séquence sur les surnoms s'arrête quand une des participantes explique *"Moi je fais attention parce qu'une fois ça m'est arrivé je l'avais appelée ma choupette et puis la maman m'a interpellée en me disant "si vous pouvez arrêter de l'appeler choupette parce que c'est le nom de mon chien" "*.

Nous pouvons noter une différence entre les groupes d'internes et de paramédicaux. Chez les internes, cet enchainement qui va d'une situation précise simulée que tout le monde a vue vers des situations plus distantes prend une forme différente. Sur ces points, ils ne donnent pas d'exemples concrets mais sont dans la recherche d'une solution, d'une règle à mettre en place dans des situations ressemblant à ce qui vient d'être simulé. Par exemple à un moment, la psychologue pointe le fait que l'interne face à la sidération de la mère ne pouvait pas donner les informations dans l'ordre prévu *"plein de fois t'as dit "je vais vous expliquer on va reprendre du début" et en fait t'y arrivais pas"*. Après une recherche de solutions sur ce qui aurait pu, dans cette situation, faire sortir la mère de sa sidération, un des participants questionne la façon d'intervenir dans des situations similaires *"il faut peut-être se défaire du carcan où on reprend la maladie du début [...] et dire assez vite d'aller voir l'enfant"*. Le

débat s'oriente alors sur la façon de gérer l'entretien dans ce genre de situation et non plus sur la situation simulée. Ces premiers résultats tendent à montrer que les groupes internes évoquent moins le vécu et les expériences passées que les groupes de personnel paramédical.

METTRE EN DÉBAT LES PRATIQUES

Nous pouvons également identifier des points de désaccords et de débat sur certains sujets entre les formateurs par exemple l'utilisation d'euphémismes "la *petite* sonde gastrique" qui selon certains formateurs est une formulation positive puisqu'elle n'inquiète pas les parents et selon d'autres formateurs est à éviter puisqu'il ne faut pas chercher à minimiser la possible gravité des situations. Ces points divergents nous montrent que dans cette formation, les règles, les contenus à transmettre ne sont pas prédéfinis, les formateurs laissent les participants libres de se faire leur avis et d'élaborer leurs propres règles collectivement. De même, des éléments concernant l'organisation du travail et des équipes sont mis en discussion. Par exemple quand on propose à une des internes la solution de faire plusieurs entretiens avec des parents pour qu'ils comprennent finalement ce qu'on veut leur dire, elle explique que c'est difficile pour elle à envisager sur des cas "peu sérieux" même si les parents sont dans une grande détresse car le temps manque dans le travail.

La composition pluridisciplinaire des groupes lors des débriefings permet que différents points de vue soient exprimés sur la qualité et le sens d'un travail. Mieux, comme ils ont lieu aussi entre formateurs, ils montrent aux participants que ces contradictions et controverses sont une composante normale du travail. En effet, il est tout à fait légitime que différents regards et points de vue soient présents dans une organisation. Dans les situations normales de travail, ces "disputes professionnelles" peuvent porter sur des risques pris dans le travail, des choix techniques décisifs en matière de santé ou de qualité du travail, etc. (Clot, 2014). Les ergonomes et les psychologues du travail montrent que les problèmes surviennent (en terme de risque, de performance mais aussi de santé des professionnels) lorsque ces divergences et controverses sur ce qu'est "un travail de qualité" ne sont ni reconnues, ni discutées (Clot, 2010; Petit et Dugué, 2013; Caroly, Simonet et Vézina, 2015; Coutarel et Daniellou, 2011) : l'un des problèmes majeurs de notre temps est l'illusion qu'il pourrait n'y avoir qu'un seul critère d'appréciation de la qualité du travail. Les approches issues des théories de l'activité défendent que l'existence de points de vue différents sur le travail n'est pas un problème mais qu'elle est révélatrice des dimensions essentielles de l'activité. "Le réel ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on organise sur lui des controverses pour en faire le tour" (Clot, 2014).

LAISSER PARLER LA DIMENSION ÉMOTIONNELLE

Enfin un des derniers points qui émerge des débriefings est la dimension très émotionnelle des situations de rencontre entre les soignants et les familles. En effet dans ce contexte de soin impliquant des enfants sur des temps parfois longs, des liens se nouent. Deux facteurs entrent en jeu dans les discussions sur les émotions. Le premier est que chaque débriefing commence par une question sur ce qu'ont ressenti les participants pendant la simulation "*comment vous vous êtes senti ?*". La dimension émotionnelle est abordée plus spontanément chez les paramédicaux que chez les internes, on compte plus de relances de la part des formateurs "*mais vous qu'est-ce que ça vous fait, parce que là t'as pas répondu à ma question*" avant que les internes expriment ce qu'ils ont ressenti. Le second est lié à la présence des comédiens lors des débriefings, à ce moment-là leur rôle est d'exprimer ce qu'ils ont ressenti en tant que parents, comment ils ont interprété les mots, les regards des soignants. Les débriefings sont ainsi l'occasion de faire apparaître une dimension difficilement observable car très souvent masquée par les opérateurs (Cahour, 2006).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ces premiers résultats semblent montrer que l'accès à l'activité de travail par l'analyse de l'activité de formation est dépendant des situations et des acteurs. En effet, bien que les deux modalités de formation aient été construites par les mêmes formateurs, la teneur des échanges est différente. Béguin et Pastré (2002) insistent sur le fait que les situations de simulation "s'inscrivent dans des contextes collectifs" (p. 10). Cet aspect collectif est permis par l'étape qui suit directement la simulation : l'étape du débriefing. Il permet de revenir sur la situation simulée tout en s'en éloignant, "de se mettre à distance de la situation simulée, proche de l'activité de référence, de déconstruire ; d'explorer des possibles ; de concevoir l'abstraction et de procéder à une réorganisation de l'expérience considérée comme essentielle pour l'apprentissage" (Horcik, 2012, p. 137). Mais cela n'est permis que si la simulation n'est pas un "prétexte au débriefing" comme elle est souvent envisagée dans ce type de formation. Si Horcik *et al.* (2014) mettent en garde sur le fait de considérer l'activité de simulation comme reflet de l'activité de travail, il nous semble intéressant de pointer dans ces formations, quelles sont les dimensions accessibles de l'activité de travail. L'exploitation de l'expérience vécue en simulation permet de convoquer en formation l'expérience de travail. Ainsi, bien que l'activité simulée soit différente de l'activité de travail, nous voyons avec ces premiers résultats que l'analyse des débriefings peut apporter des informations sur ce qui se joue dans le travail de tous les jours. Cependant on voit ici que les échanges entre personnels paramédicaux permettent d'accéder plus facilement aux dimensions sensibles de l'activité et à des récits d'expériences vécues. Ce qui est plus difficile avec les groupes d'internes où les échanges restent de l'ordre de la

dimension analytique et de la règle à construire. Une analyse plus systématique permettrait de confirmer ces premiers résultats. Néanmoins, ils nous invitent d'ores et déjà à nous demander :

- Pourquoi cette différence dans le rapport à l'activité ? Quels sont les facteurs historiques et sociaux qui entrent en jeu ? Quels sont les enjeux pour chaque corps de métier ?
- Quelles sont les conséquences de cette différence de rapport à l'activité dans le développement de compétences ? Est-ce que l'un est plus favorable que l'autre ?
- D'un point méthodologique, ces différences proviennent-elles d'une différence réelle dans l'activité ? Ou est-ce que c'est la formation elle-même qui ne permet pas d'accéder aux mêmes dimensions de l'activité ?

BIBLIOGRAPHIE

Abastado, P. (2007). *L'impasse du savoir : essai d'épistémologie médicale*. Sèvres: Editions EDK.

Aggarwal, R. (2017). Just-in-time simulation-based training. *Quality and Safety in Health Care*.

Amalberti, R. et Hourlier, S. (2007). Human error reduction strategies in Health Care. Dans P. Carayon (dir.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (p. 561-577). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

ANAES. (2003). *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*. Retrieved from http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003_qualite_methodologie_ANAES.pdf

Bationo-Tillon, A. (2013). Ergonomie et domaine muséal. *Activités*, 10(2).

Beaujouan, J. (2011). *Contributions des récits professionnels à l'apprentissage d'un métier. Le cas d'une formation d'ergonomes*. Thèse de doctorat de l'Université de Bordeaux.

Béguin, P. et Pastré, P. (2002). Working, learning, interacting through simulation. Dans Bagnara, S., Pozzi, S., Rizzo, A., Wright, P. (dir.), *Proceedings of the 11th European Conference on Cognitive Ergonomics: cognition, culture and design*. 5-13.

Béguin, P., et Weill-Fassina, A. (1997). *La simulation en ergonomie : connaître, agir, interagir*. Toulouse: Octarès.

Bizouarn, P. (2007). Evidence-based medicine : méthodes et critiques. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26(4), 334-343.

Bruner, J. (2006). La culture, l'esprit, les récits. *Enfance*, 58(2), 118-125.

Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative: proposition

- Caroly, S., Simonet, P. et Vézina, N. (2015). Marge de manœuvre et pouvoir d'agir dans la prévention des TMS et des RPS. *Le Travail Humain*, 78(1), 1-8.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*: La Découverte, coll. "Cahiers libres".
- Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. [Professional Clinical Rehabilitation]. *Le journal de l'école de Paris du management*, 105(1), 9-16.
- Coutarel, F. et Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique pour la prévention des troubles musculo-squelettiques : quels statuts pour l'expérience et la subjectivité des travailleurs ? *Travail et apprentissage*, 7, 62-80.
- Cuvelier, L. (2011). *De la gestion des risques à la gestion des ressources de l'activité: étude de la résilience en anesthésie pédiatrique*. Thèse d'Ergonomie CNAM.
- Davous, D., Seigneur, E., Auvrignon, A., Kerjosse, B., Asselain, B., Brugières, L., ... Heard, M. (2010). L'alliance parents-enfant-soignants à l'épreuve de l'erreur médicale. *Archives de pédiatrie*, 17(12), 1696-1708.
- Delgoulet, C. (2001). La construction des liens entre situations de travail et situations d'apprentissage dans la formation professionnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3(2).
- Donnay, J. et Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques: initiation au compagnonnage réflexif* (2ème éd. revue et augmentée). Namur: Presses universitaires de Namur.
- Downar, J., Knickle, K., Granton, J. T. et Hawryluck, L. (2012). Using standardized family members to teach communication skills and ethical principles to critical care trainees. *Critical care medicine*, 40(6), 1814-1819.
- Faingold, N. (2015). Un dispositif universitaire centré sur un travail réflexif d'exploration du vécu subjectif: formation et transformation de soi. *Recherche et formation*, (80), 47-62. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2499>
- Fournier, C. et Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. *Santé Publique*, 19(5), 413-425.
- Goupy, F., Abgrall-Barbry, G., Aslangul, E., Chahwakilian, A., Delaitre, D., Girard, T., ... Le Jeunne, C. (2013). L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *La Presse Médicale*, 42(1), e1-e8.
- Granry, J.-C., et Moll, M.-C. (2012). *État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. Rapport de mission de la Haute autorité de santé.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*, 318(7179), 323-325.
- Horcik, Z. (2012). Chapitre 8. Apprendre et travailler dans les environnements

simulés. Dans É. Bourgeois et M. Durand, *Apprendre au travail*. Paris: Presses universitaires de France.

Horcik, Z. (2014). Former des professionnels via la simulation : confrontation des principes pédagogiques issus de la littérature et des pratiques de terrain. *Activités*, 11(2).

Horcik, Z., Savoldelli, G., Poizat, G. et Durand, M. (2014). A Phenomenological Approach to Novice Nurse Anesthetists' Experience During Simulation-Based Training Sessions: *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 9(2), 94-101.

Howard, S., Gaba, D., Fish, K., Yang, G. et Sarnquist, F. (1992). Anesthesia crisis resource management training: teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviat Space Environ Med.*, 63(9), 763-770.

Klein, A. (2014). La figure du bon médecin: Du rôle des mythes épistémologiques dans le processus de professionnalisation de la médecine française. *Recherche et formation*, (76), 61-78.

Lecorguillé, M., Thébaud, V. et Sizun, J. (2016). Visite médicale centrée sur la famille en pédiatrie hospitalière. *Archives de Pédiatrie*, 23(4), 405-410.

Lorin, S., Rho, L., Wisnivesky, J. P. et Nierman, D. M. (2006). Improving medical student intensive care unit communication skills: a novel educational initiative using standardized family members. *Critical care medicine*, 34(9), 2386-2391.

Lussi Borer, V., Flandin, S. et Muller, A. (2018). Referentiality in Secondary Teachers' Video Observation of Others' Teaching, 18(1), 149-167.

Marchand, A.L. (2009). *Usage des récits expérientiels et des savoirs épisodiques dans l'apprentissage de la gestion des risques*.

Marchand, A.L. (2011). Les retours d'expériences dans la gestion de situations critiques. *Activités*, 8(2), 100-113.

Mollo, V. et Sauvagnac, C. (2006). *La décision médicale collective. Pour des médecins moins savants et moins autonomes ?* Paris: l'Harmattan.

Mouchet, A. (2015). L'explicitation au cœur d'un dispositif de formation en spirale qui articule vécu singulier et expérience collective. *Recherche et formation*, (80), 91-106.

Mouchet, A., Vermersch, P. et Bouthier, D. (2011). Méthodologie d'accès à l'expérience subjective : entretien composite et vidéo. *Savoirs*, 27(3), 85-105.

Nyssen, A. S. et De Keyser, V. (1998). Improving Training in Problem Solving Skills : Analysis of Anesthetist's Performance in Simulated Problem Situations. *Le Travail Humain*, 61(4).

Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Professionnalisation et raison pédagogique*. Paris: ESF.

Petit, J. et Dugué, B. (2013). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(2), [En ligne] mis en ligne le 28 mai 2013, consulté le 2004 décembre 2014.

Rogalski, J. et Leplat, J. (2011). L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques. *Activités*, 8(2), 4-31.

Sackett, D. et Haynes, B. (1999). De la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés. *EBM Journal (édition française)*, 1(2e version), 5-6.

Salas, E. et Priest, H. (2005). Team Training. Dans N. Stanton, A. Hedge, K. Brookvis, E. Salas et H. Hendrick (dir.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics Methods* (p. 44.41- 44.47). London: Taylor & Francis.

Salas, E., Wilson, K., Burke, C. et Priest, H. (2005). Using Simulation-Based Training to Improve Patient Safety: What does it take? *Journal on Quality and Patient Safety* 31(7), 363-371.

Salas, E., Wilson, K., Burke, C. et Wightman, D. (2006). Does Crew Resource Management Training Work? An Update, an Extension, and Some Critical Needs. *Human Factors*, 48(2), 392-412.

Sanne, J. M. (2008). Incident reporting or storytelling ? Competing schemes in a safety-critical and hazardous work setting. *Safety Science*, 48(8), 1205-1222.

Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T. et Agan, D. (2014). Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Critical care medicine*, 42(2), 265-271.

Sundar, E., Sundar, S., Pawlowski, J., Blum, R., Feinstein, D. et Pratt, S. (2007). Crew Resource Management and Team Training. *Anesthesiology clinics*, 25(2), 283-300.

Teiger, C. et Lacomblez, M. (2013). *(Se) Former pour transformer le travail. Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail*. Laval: Presses de l'Université Laval.

Weill-Fassina, A. et Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. In P. Falzon, *Ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.