Article original

Apport de la simulation dans la formation à l'éthique médicale

Focus sur l'aspect relationnel

B. MASSOUBRE

7e Centre Médical des Armées, Lyon

Auteur correspondant : bernard.massoubre@wanadoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.8995

Reçu
le 20 mars 2024

Accepté
le 30 septembre 2024

Publié
le 5 décembre 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
L'enseignement par simulation est un apport pédagogique reconnu pour les professions de santé. La simulation relationnelle, ayant pour objectif principal l'acquisition de compétences non-techniques, est utilisée pour la formation à l'éthique médicale civile et militaire. Elle est l'adaptation de la réponse soignante à la singularité d'une situation, par le développement d'une pensée propre, non dogmatique. Pour cela, elle utilise des artifices comme le jeu de rôle, la consultation avec un patient standardisé ou encore la simulation hybride.
Le développement de capacités de communication et de réflexivité dans la relation médecin-patient fait partie des objectifs pédagogiques du deuxième cycle des études médicales en France. Néanmoins, nous constatons que les formations sont axées le plus souvent sur la qualité de la relation de soins, l'éthique médicale ne venant qu'en complément de la cible relationnelle. La pédagogie de l'« agir technique » doit alors s'ouvrir à l'« agir éthique ». Le *care*, c'est-à-dire le prendre soin, est aussi indispensable à la pratique soignante que le *cure*, le soin dans sa dimension technique.
Pour les étudiants en médecine, l'enseignement par simulation relationnelle de l'éthique médicale a trois avantages majeurs : une évaluation positive ; un constat par les enseignants d'interactions plus riches entre les étudiants engagés dans ce dispositif ; et une expérience qui leur a permis d'être plus impliqués et de mieux vivre les émotions.
L'ensemble des études montre que la formation des médecins français à l'éthique (en situation opérationnelle ou non) doit être développée. Pourtant, l'enseignement de l'éthique pour les professionnels de santé est déjà mis en place dans plusieurs pays. La sensibilisation à l'éthique médicale aux armées, pour lesquelles le Service de santé des armées est un maillon avéré de la chaîne, est essentielle. Le glissement de guerres asymé-

triques à des conflits de haute intensité soumettra les praticiens à des dilemmes cruciaux dans l'exercice de leurs missions.

Mots-clés : Enseignement par simulation relationnelle. Éthique médicale. Opérations extérieures (OPEX). Pédagogie médicale. Service de santé des armées (SSA). Médecine d'armée.

Abstract:
WHAT SIMULATION-BASED TEACHING BRINGS TO MEDICAL ETHICS TRAINING - FOCUSING ON THE RELATIONAL ASPECT

Simulation-based teaching is a recognized teaching tool for health professions. Relational simulation, whose primary goal is the acquisition of non-technical skills, is used for developing medical ethics in civilian and military environments. It involves adapting caregiving responses to each and every particular situation through the development of personal, non-dogmatic thinking. This approach uses tools such as role-playing, consultations with standardized patients, and hybrid simulations. Acquiring communication skills and quick, adapted responses within the doctor-patient relationship is one of the educational objectives of the second cycle of medical studies in France. Nevertheless, training often focuses primarily on the quality of the patient-carer relationship with a view to determining the right treatment, with medical ethics being relegated to the background. Yet, medical treatment should not overshadow medical ethics. Care, *i.e*, caring for patients with ongoing attention, is just as essential to medical practice as cure, *i.e*, deploying technologies for reaching recovery.
Teaching medical ethics through relational simulation has three major advantages for medical students: providing them with positive evaluation feedback; teachers noticing richer interactions among students involved in this approach; allowing students to feel more involved and better equipped to handle their emotions.
Overall, studies have shown that teaching ethics to French physicians - in operational situations or not - needs to be developed further. In that respect, ethics education for healthcare professionals is already implemented in several countries. Raising awareness of medical ethics within the armed forces, where the Military Health Service (SSA) is a proven link in the chain, is essential. The shift from asymmetric wars to high-intensity conflicts will expose practitioners to critical dilemmas in fulfilling their missions.

Keywords: Relational simulation-based teaching.
Medical ethics. Overseas operations (Opex). Military medicine.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Introduction

Le dictionnaire de l'Académie française définit la simulation de deux façons. Elle est l'action de faire paraître comme réel ce qui ne l'est pas, afin de tromper, d'abuser autrui. Mais elle est aussi la reproduction d'une situation, d'un évènement, d'un phénomène qui vise à en étudier le déroulement, les effets pour mieux les connaître, les prévoir et s'y préparer.

Le premier sens (avec les mots dérivés comme simulateur, dissimulateur ou simulacre) a donné lieu à une réflexion sur l'aspect éthique de la simulation. Est-il éthique, par exemple, d'enseigner l'empathie aux étudiants, sans qu'ils aient une authentique relation de soins avec le patient ?

Cet article s'attachera au second sens. Nous analyserons en quoi la mise en place de la simulation dans une situation donnée, en amont de la « vraie vie », est un apport pédagogique pour les professions de santé, et en particulier pour le corps médical, en s'intéressant au champ de la formation à l'éthique médicale.

La simulation relationnelle a pour objectif principal l'acquisition de compétences non-techniques. Elle peut prendre différentes formes, comme le jeu de rôle, la consultation avec un patient standardisé (acteur) ou encore la simulation hybride.

La pratique de la simulation est ancienne, elle a été initiée dans d'autres domaines, puis dans la sphère sanitaire. Son apport dans la formation à l'éthique médicale est assez récent, que ce soit dans les domaines civil ou militaire et son utilisation a nécessité des adaptations. Quelles en sont alors les avantages et les inconvénients, ainsi que les limites ?

Un exemple de réflexion éthique serait de savoir si tous les patients doivent être pris en charge de la même façon en présence de moyens limités, notamment en fonction de leur appartenance à un camp ou à un autre, ami ou ennemi. Ceci peut-il être enseigné en simulation ?

1 Historique

Au XVIII^{e} siècle, en France, Angélique du Coudray a mis au point, un mannequin représentant la partie inférieure d'un corps féminin dans le but d'enseigner le mécanisme de la naissance (1).

La paroi du vagin y est mobile, le périnée est relié à deux liens qui permettent de serrer ou de dilater l'orifice vulvaire pour le passage du bébé. La « machine » contient également un nouveau-né de 50 cm, de sexe féminin, avec son cordon ombilical.
Un fœtus de sept mois et une matrice avec une ouverture, permettant de voir le placenta et l'enfant en position fœtale, complètent le dispositif. Madame du Coudray a parcouru les provinces du royaume pour former les matrones, à une époque où l'accouchement était une cause de mortalité (maternelle et infantile) importante (2).

Puis, au cours du XX^{e} siècle, la simulation a connu son essor dans l'aviation civile et militaire, la marine marchande et l'industrie nucléaire. L'objectif était l'amélioration des conditions de sécurité.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

La simulation en santé s'est développée plus tardivement dans les années 1960, aux USA et au Canada. À ce jour, elle est utilisée en routine dans la formation initiale et continue des professionnels de santé (3).

En France, dans un rapport de mission remis en Janvier 2012 à la demande de la HAS, dix propositions ont été faites, dont celle d'intégrer la simulation en santé « dans tous les programmes d'enseignements des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu) » (3).

2 Postulat de la simulation en santé

Il est défini par l'injonction suivant : « Jamais la première fois sur un patient » mais elle est ambivalente pour deux raisons. Il y aura toujours une première fois et cette phrase se limite à un sens technique. Dans ce cas, la simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, etc. » comme indiqué dans le Guide de bonne pratique HAS (3).

Pour l'étudiant, la simulation en santé ne vise pas uniquement l'acquisition de gestes techniques, mais l'adaptation de la réponse soignante à la singularité d'une situation, par le développement d'une pensée autonome (4).

3 Étapes de la simulation en santé

3.1 Les cinq étapes de Grillet

Une séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend cinq phases distinctes (4) :

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

3.2 L'importance du débriefing

Cette phase est considérée comme la plus importante de l'enseignement. Elle facilite la réflexion de l'apprenant sur le raisonnement à l'origine de ses actions. Cependant, elle n'est pas propre à la simulation (5).

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Percivalle distingue deux étapes (6) :

1. L'analyse des émotions

   Les émotions (le stress ou l'angoisse, par exemple) sont souvent considérées comme un obstacle, car elles influencent la sphère cognitive et ont un impact négatif sur une réponse adaptée. Cependant, elles sont aussi des vécus expérientiels qui nous conduisent à l'identification des dilemmes éthiques (7).
   Le défi est donc d'éduquer cette dimension émotionnelle par un travail sur soi dans le cadre de son activité professionnelle.

2. La dimension réflexive

   Elle est la suspension du jeu de scène et l'interrogation sur le sens du vécu.
   Cette expression de la vertu de prudence, dans la conduite de l'acte médical, permet de s'interroger sur la finalité de l'action et de se reposer la question de savoir si les principes éthiques ont été mobilisés (6).

3.3 Rôle de l'animateur

Il est le vecteur principal d'enseignement et d'apprentissage dans la simulation, un atout pédagogique pour les étudiants.

L'égalité affirmée, entre le maître et l'élève, est le postulat fondamental d'une éducation à la liberté qui permet l'émancipation des individus. Il est fondé sur une humanité partagée, sur une sensibilité développée grâce à des expériences singulières de vie et sur un développement des capacités d'analyse. Ce mode de relation a fait l'objet du transfert d'apprentissage le plus direct pour les futurs médecins dans la relation avec le patient (6).

En effet, les étudiants sont avides de ces méthodes qui correspondent à une partie importante du métier, le *care*, c'est-à-dire le prendre soin, aussi indispensable à la pratique soignante que le *cure*, le soin dans sa dimension technique (8).

Ce constat pose l'enjeu de la relation de soins dans la formation médicale.

4 Enseignement de l'éthique médicale en France : état des lieux

Selon Rameix, il n'est pas possible d'enseigner l'éthique car ce « n'est ni une science, ni une technique, ni un système de règles institutionnelles » (9). Néanmoins, cet enseignement est délivré, dans des facultés de médecine et de pharmacie en France, sous la forme de cours magistraux, de TD ou de DU.

Avec l'apport des Sciences humaines et sociales (SHS), ce développement traduit une évolution sociétale et sanitaire.

Dès 2014, au sein de la faculté de médecine de Nice, le département d'éthique et sciences humaines et le centre de simulation ont mis en place une formation à la simulation en santé, dispensée entre la deuxième et la cinquième année, au rythme de deux séances d'une heure trente par an. Cinthia Fleury considère « qu'il est nécessaire d'enseigner l'éthique médicale au 2e cycle comme compétence clinique dans ses aspects décisionnels et relationnels, et d'évaluer l'éthique dans le cadre du certificat de compétences cliniques » (10).

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

La sensibilisation à l'éthique médico-militaire viendrait en complément de la formation universitaire civile, mais elle est à ce jour peu mise ne place (11).

Ainsi, nous constatons que les formations existantes sont principalement centrées sur la qualité de la relation de soins et que l'approche de l'éthique médicale ne vient qu'en complément de la cible relationnelle. La qualité des soins est, en effet, définie par les autorités de tutelle (OMS, HAS, ARS…) avec des indicateurs, des composantes et des critères. La notion d'éthique n'y est pas soulignée, même si elle apparaît parfois en filigrane. La pédagogie de l'« agir technique » doit s'ouvrir à l'« agir éthique ».

5 Les résultats de la recherche académique

Peu d'études portent sur la simulation pour l'enseignement de l'éthique.
L'efficacité de la simulation en santé est bien établie dans la littérature (12).
Mais, pour Pinar, la revue de la littérature ne permet pas de valider ou d'invalider, avec assurance, la pertinence de la simulation dans le cadre de la formation à l'éthique (13). La quasi-totalité des études ne comparent pas les différentes méthodes d'apprentissage entre elles. Elles sont aussi souvent de faible qualité scientifique. La majorité part d'une conception de l'éthique par enseignement et non par apprentissage. Enfin, peu d'entre elles étudient l'impact de la simulation sur le développement des capacités mobilisées dans l'agir éthique.
Néanmoins, l'étude méthodologique de Smith est l'une des plus pertinentes. Elle a été réalisée auprès de 60 étudiants de troisième année de soins infirmiers. Elle compare trois apprentissages : en présentiel par groupes de quatre à cinq étudiants ; en ligne en groupe également et un dispositif de simulation « haute-fidélité » avec un débriefing collectif. La situation initiale est définie autour d'un dialogue avec une famille dont le proche fait un arrêt cardiaque. L'étudiant n'a pas accès aux éventuelles directives anticipées du patient. La question sous-jacente est : « doit-il tenter de le maintenir en vie ou non ? » (14). Les résultats de cette enquête ont permis de dégager trois points : une évaluation positive de l'expérience par les étudiants ; un constat par les enseignants d'interactions plus riches entre les étudiants engagés dans le dispositif de simulation ; et une expérience qui a permis aux étudiants de se sentir plus impliqués et de vivre plus intensément les émotions.

6 Les limites actuelles de la simulation pour développer l'agir éthique des étudiants en médecine

Bien que la formation à l'éthique par simulation soit reconnue pour son efficacité, elle présente néanmoins des faiblesses :

- Les enseignants et le personnel de soutien universitaire témoignent de l'aspect chronophage de la création et de la mise en place de la simulation.
- Le coût (en personnel surtout) est important pour développer et réaliser une formation.
- La simulation requiert de former davantage les enseignants aux compétences de facilitation d'échanges entre étudiants, notamment du fait des activités de débriefing.
- L'intérêt de la répétition pour « forger l'habitude » se pose particulièrement. Il est, en effet, important de s'interroger sur la pérennité de ces nouvelles

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

dispositions. L'apprentissage dans l'agir doit devenir un paradigme de référence pour penser l'agir en santé au sein des institutions d'enseignement, de recherche et de soins.

- Il est essentiel de comparer les bénéfices pédagogiques de la simulation à d'autres contextes d'apprentissage comme les milieux de stage (15).

En résumé, il ne faut pas considérer la simulation comme un « gold standard » de la pédagogie médicale. Il s'agit néanmoins d'une méthode d'enseignement innovante, plébiscitée par les étudiants en médecine (16).

7 Les types de sensibilité éthique

Percivalle propose un tableau des réponses et des comportements des enseignants et des étudiants. Néanmoins, sa classification a trait à la simulation relationnelle en lien moins direct avec l'éthique (6).
L'auteur definit les concepts en nuançant Jorland (17). Pour celui-ci : « L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions ».

Pour Percivalle, « l'empathie cognitive correspond à l'empathie chez Jorland, et l'empathie émotionnelle correspondrait à ce qu'il nomme sympathie ». « L'empathie émotionnelle se définit comme la capacité de se mettre à l'unisson des émotions d'autrui…. L'empathie cognitive permet d'associer les émotions d'autrui à des représentations du monde, différentes des siennes. Elle est la capacité de se représenter les états émotionnels et mentaux d'autrui » (6,18).

Les étudiants font un usage différent des émotions, en s'en défiant ou en les utilisant. Dans les mises en situation, ils ont parfois des difficultés pour susciter la confiance du patient. Certains maîtrisent assez mal les outils de communication, mais d'autres sont capables de faire preuve d'empathie cognitive.

Tab. 1 : Styles de sensibilité éthique

L'étudiant/Le médecin	A de l'empathie émotionnelle	A peu d'empathie
Sait communiquer	Athéna	Hermès
A des difficultés à communiquer	Déméter	Poséidon

Percivalle illustre ces propos avec quatre déesses (et dieux) de la mythologie grecque (6). Athéna est la déesse de la sagesse, des arts et des métiers. Hermès est le dieu du commerce, de l'éloquence. Déméter est la déesse de l'agriculture et de l'amour maternel. Et, Poséidon le dieu de la mer, des vents et des tempêtes.

Les étudiants (ou les médecins) de type Athéna sont bien adaptés, ils sont appréciés des patients et des soignants. Ils ont une distance professionnelle qui leur assure de ne pas être facilement envahis émotionnellement.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Les étudiants de type Hermès ont compris les stratégies pour que le patient soit satisfait. Ils déclinent l'information sans affect marqué et lui laissent le choix d'adhérer ou non à leur proposition thérapeutique sans que le résultat ne les perturbe. Caricaturalement, c'est la figure du Docteur Knock.

Les étudiants de type Poséidon choisissent majoritairement les spécialités les plus éloignées possibles du contact avec le patient.

Les étudiants de type Déméter sont empathiques, mais peu rompus aux techniques de communication. On distingue deux sous-catégories : Déméter 1 et Déméter 2.

- Déméter 1 regroupe les étudiants qui sont très à l'écoute du patient. Ils prennent beaucoup de temps à la consultation et risquent de s'épuiser à la longue par des entretiens coûteux psychiquement. Ils sont les premiers candidats au *burnout*.
- Déméter 2 regroupe les étudiants qui, ne sachant que faire des émotions du patient et des leurs, ont peur de se laisser emporter dans la relation et n'écoutent pas véritablement le patient. Ils se protègent et se créent une carapace : ils se « blindent » par la mise en place de mécanismes de défense.

Les enseignements que l'on peut tirer de cette analyse sont :

- Une constatation : les mécanismes de défense de l'étudiant se mettent en place très tôt.
- Une idée forte : la nécessité de se concentrer sur les deux premières minutes de l'entretien.
- Et des outils d'écoute active : préparer l'espace de la rencontre, se présenter, sourire, regarder dans les yeux, poser des questions ouvertes et fermées, reformuler, ne pas interrompre le patient et, enfin, faire une synthèse de toutes ces informations.

8 L'annonce des mauvaises nouvelles : formation à la pratique par le jeu de rôle au CHU de Saint-Étienne

Une psychologue stéphanoise a mis en place un enseignement optionnel à la faculté de médecine fondé sur des jeux de rôles. Elle l'a utilisé aussi avec le Service de réanimation du CHU.
L'annonce d'une mauvaise nouvelle par le médecin réanimateur fait partie intégrante de son métier. Le dialogue nécessite des capacités de contenance, d'écoute et d'ajustement. Il faut être dans une « position d'accordage » adaptée aux besoins et aux représentations des sujets. L'exercice n'est pas aisé, mais indispensable vu son importance dans la pratique quotidienne et son impact dans l'adhésion par le patient et sa famille.

La méthodologie se déroule en trois temps :

1. Le brainstorming : part des représentations et des préoccupations des participants autour de l'annonce des mauvaises nouvelles.
2. Le jeu de rôle : nécessite huit acteurs. Quatre pour l'équipe soignante (un médecin, un interne, un infirmier, un aide-soignant) et quatre pour la famille (le père, la mère, le frère de neuf ans et celui qui joue le patient). Les spectateurs ne sont pas informés du cas. La famille est placée hors de la pièce.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

3. Le débriefing : consiste à travailler et à analyser les ressentis en laissant la parole, dans l'ordre aux spectateurs, aux participants dans le rôle patient/famille et aux participants de l'équipe soignante, formateur(s) psychologue(s).

L'annonce des mauvaises nouvelles porte sur le fond, mais la forme est essentielle. Même s'il n'existe pas de « bons mots au bon moment » ni de paroles magiques, le rôle du temps d'écoute et de la disponibilité psychique est primordial.

C'est grâce à cet investissement, et à l'expérience éprouvée de la mise en pratique, que les apprenants vont commencer à s'approprier l'annonce. La répétition et l'analyse *a posteriori* de ce qui est efficace sont indispensables. Les analyses personnelles du groupe et du professionnel psychologue (voire des autres professionnels, anesthésistes-réanimateurs, par exemple) facilitent l'acquisition des techniques d'annonce (19).

9 Intérêt de la simulation en éthique pour la formation des étudiants du Service de santé des armées et la préparation opérationnelle

Les questions éthiques occupent une place importante dans la pratique médicale des étudiants (et praticiens) du Service de santé des armées (SSA), en métropole et en Opérations extérieures (OPEX).

Pour un mémoire de Master 2, un questionnaire de 26 médecins militaires (unités de l'armée de Terre) a été analysé : 81 % d'entre eux déclaraient avoir été confrontés à des problématiques éthiques, la plupart du temps en OPEX (75 % des cas) (20).

Bazin a étudié, dans sa thèse d'exercice, « les dilemmes éthiques des médecins anesthésistes-réanimateurs et urgentistes lors de la prise en charge hospitalière initiale du patient adulte traumatisé sévère ». Quatre-vingt-cinq pour cent des praticiens ont été confrontés, à une ou plusieurs reprises, à un dilemme éthique (21).

En 2019 et 2020, la première étude qualitative a été menée avec des médecins et des chirurgiens projetés au Sahel. Le but était d'analyser les dilemmes éthiques. Les situations concernaient uniquement le traitement de la PUC (*Person Under Control*) et des civils, et pas celui des militaires français et des partenaires (22).

L'ensemble des études montre que la formation des médecins français à l'éthique (en situation opérationnelle ou non) doit être développée. Pourtant, l'enseignement de l'éthique pour les professionnels de santé est déjà mis en place dans plusieurs pays (23).

Pour répondre à ce besoin de formation à l'éthique pour les personnels du SSA, il existe un certain nombre d'initiatives qui apportent des éléments de réflexion.

Logar a proposé aux stagiaires en santé mondiale une formation éthique par simulation, jugée essentielle, avant leur départ. Elle permet une supervision directe de l'apprentissage pratique (dans un environnement à faible risque) avant l'arrivée des stagiaires dans des endroits où la supervision et les conseils éthiques sont limités (24).

Le Centre d'éthique médicale militaire (CMME) de l'Université de Zürich propose une « bibliothèque » de scénarios. Elle fournit au personnel médical militaire en déploiement, et à ceux qui organisent la formation et l'éducation, un outil pour préparer aux mieux les missions. Quelques exemples de scénarios : la neutralité du personnel médical, la coopération civilo-militaire ou l'utilisation abusive des connaissances médicales.

Le CMME collecte, et met à disposition, des cas, des expériences, des rapports et des scénarios dans une base de données. Celle-ci sera alimentée aussi par les militaires de

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

retour de mission. L'objectif est de diffuser la « culture éthique du SSA » avec une plateforme en ligne, fournissant une liste de cas anonymisés et annotés. Il est prévu d'ajouter du matériel pédagogique d'introduction et/ou d'auto-apprentissage, ou des plans de petites séances de formation (25,26).

La finalité concerne aussi la qualité de la relation de soins au regard de son importance dans l'agir éthique (6).

Conclusion

La formation à l'éthique au cours des études médicales est un enjeu du prendre soin. Les données existantes sur la relation empathique s'inscrivent dans ce cadre.
La relation clinique qui se construit entre le médecin et le patient suit deux règles essentielles : les émotions et les sentiments, ressources essentielles pour l'enseignement, et l'apprentissage de l'éthique médicale, au regard d'une conception d'un agir éthique. Et, il est pertinent de mobiliser des dispositifs pédagogiques recourant à la simulation.

Les principes et les règles de simulation sont applicables à l'éthique civile et militaire, médicale ou pas, et donnent des résultats probants.

Cette formation est d'autant plus importante dans un milieu médico-militaire, confronté à des dilemmes éthiques spécifiques, *a fortiori* en OPEX. Elle doit être envisagée avec une nécessaire réflexion sur les spécificités des dilemmes médicaux et médico-militaires, spécifiques à la profession, pour développer des formations adaptées.

Il faut néanmoins garder à l'esprit deux écueils possibles de la simulation. Tout d'abord, le manque de formateurs et de formateurs de formateurs. Et, d'une façon générale, une prise en compte insuffisante de l'éthique de la santé par nos autorités de tutelle.

Remerciements aux linguistes relecteurs : Hector Chatot et Titouan Lannuzel.

Bibliographie

1. Barre J, Job A, Michelet D, Cabon P, Delgoulet C, Tesniere A. La simulation obstétricale : du mannequin d'Angélique du Coudray aux Environnements Virtuels. Exemple d'un Simulateur numérique pour l'acquisition de Compétences Non-Techniques. Communication orale au : SeGaMed ; 2018 ; Nice, France.

2. Quéré A. La « machine » de Madame du Coudray. Sciences Humaines. 2022 ;345.

3. 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 [En ligne]. Paris (FR) : Granry JC, Moll M ; 2012 [cité le 19 oct 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante.

4. Grillet L. La construction d'une simulation en santé. La Revue de l'Infirmière. 2014 ;204 :20-2.

5. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, Scalese RJ. Features and uses of highfidelity medical simulations that lead to effective learning : a BEME systematic review. Medical Teacher. 2005 ;27(1) :10-28.

6. Percivalle A. L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales : examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation. Brest (FR) : Université de Bretagne occidentale ; 2020.

7. Le Coz P. L'éthique médicale. Approche philosophique. Aix-en-Provence (FR) : Presses Universitaires de Provence ; 2018.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

8. Cherchem N. La simulation forme-t-elle bien les futurs soignants ? Éthique. 2018.

9. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris (FR) : Ellipses ; 1996.

10. Fleury C. L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. Soins. 2020 ; 65(842) : 51-4.

11. Lamblin A. Dilemmes éthiques des médecins militaires en Opex : quels garde-fous ? Revue Défense Nationale. 2023 ;HS4 :159-67.

12. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B *et al.* Technology-Enhanced Simulation for Health Professions Education. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2011 ;306(9) :978-88.

13. Pinar G, Peksoy S. Simulation-Based Learning in Healthcare Ethics Education. Creative Education. 2016 ;7(1) :131-8. doi : 10.4236/ce.2016.71013.

14. Smith KV, Witt J, Klaassen J, Zimmerman C, Cheng AL. High-fidelity simulation and legal/ethical concepts : a transformational learning experience. Nursing Ethics. 2012 ;19(3) :390-8. doi : 10.1177/0969733011423559.

15. Tritrakarn P, Berg BW, Kasuya RT, Sakai DH. Medical school hotline : Can we use simulation to teach medical ethics ? Hawaii Journal of Medical Public Health. 2014 ;73(8) :262-4.

16. Galland J. Développement de la simulation en santé : ne pas confondre vitesse et précipitation. La Revue de médecine interne. 2018 ;39 :543-5.

17. Jorland G. L'empathie, histoire d'un concept. Dans : Berthoz A, Jorland G. L'Empathie. Paris (FR) : Odile Jacob ; 2004. p. 19-52.

18. Tisseron S. Empathie et manipulations : les pièges de la compassion. Paris (FR) : Albin Michel ; 2017

19. Salette N, Massoubre B, Boulliat C, Massoubre C. L'annonce des mauvaises nouvelles. Formation à la pratique par le jeu de rôle. Journal des psychologues. 2023 ; H52 n° Hors série, 27-34.

20. Thiéry G. Éthique et médecin militaire. Marseille (FR) : Université d'Aix-Marseille ; 2006.

21. Bazin A. Dilemmes éthiques des médecins anesthésistes-réanimateurs et urgentistes lors de la prise en charge hospitalière initiale du patient adulte traumatisé sévère : État des lieux et perspectives. Lyon (FR) : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2020.

22. Lamblin A, Derkenne C, Trousselard M, Einaudi MA. Ethical challenges faced by French military doctors deployed in the Sahel (Operation Barkhane) : a qualitative study. BMC Medical Ethics. 2021 ;22(153 :1-13. doi : 10.1186/s12910-021-00723-2.

23. Berkley N, Zitzman E, Jindal RM. Formal Training for Ethical Dilemmas in Global Health. Military Medicine. 2019 ;184 :8-10. doi : 10.1093/milmed/usy246.

24. Logar T, Le P, Harrison JD, Glass M. Teaching corner : "first do no harm" : teaching global health ethics to medical trainees through experiential learning. Bioeth Inq. 2015 ;12(1) :69-78. doi : 10.1007/s11673-014-9603-7.

25. Messelken D. A Collection of Scenarios in Military Medical Ethics to Support Training and Research. Int Rev Armed Forces Med Serv. 2018 ;91 :75-7.

26. Center for Military Medical Ethics–Scenario Collection. Disponible : http://www.cmme.uzh.ch/en/MME-Scenario-Database.html. ZH Center for Military Medical Ethics [En ligne]. Zurich (CH) : Universität Zürich ; 2023. MME Scenario Database [cité le 19 oct 2024] ; [environ 4 écrans]. Disponible : https://www.cmme.uzh.ch/en/MME-Scenario-Database.html

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540