

Rev' Sims

La Revue **Simulation en Santé**

Création originale de

Espace Ressource Simulation en Santé en Pays de la Loire



Edition 4
Décembre 2022

Espace Ressource Simulation en Santé Pays de la Loire est un dispositif innovant impulsé par l'ARS Pays de la Loire dans le cadre de sa politique de déploiement de la simulation en santé et confié à la Structure Régionale d'Appui à la Qualité et la Sécurité des Soins **QualiREL Santé**.

Rev' SimS

La **Rev'SimS** est la **Revue de Simulation en Santé** créée par le groupe de Veille Scientifique de l'Espace Ressource Simulation en Santé des Pays de la Loire.

Son objectif est de permettre un partage et une diffusion des nouveautés, actualités, démarches innovantes et études concernant le déploiement de la simulation porté par les différents acteurs en simulation de la région des Pays de La Loire.

La revue aborde les différents types de formation existants et utilisant la simulation, les aspects pédagogiques, organisationnels, mais aussi les aspects d'évaluation.

Afin de répondre à son objectif principal, l'orientation de la revue est double :

- Une expression scientifique privilégiant des articles originaux sous le format habituel IMRAD
- Une expression non scientifique à visée de communication entre formateurs en simulation en santé ou entre structures.

La revue rassemble des articles de commande (éditoriaux, mises au point, etc.) et des articles de soumission spontanée (articles originaux, cas de simulation commentés, communications brèves).

Cette revue bénéficie du soutien de QualiREL Santé et de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Rédactrice en chef : Dr Véronique DELMAS

Directeur de publication : Noémie TERRIEN

Groupe de pilotage de la Veille Scientifique

Dr Véronique DELMAS, Responsable scientifique de la VS QualiREL Santé

Simulation et facteurs humains

Noémie TERRIEN, Coordonnateur- Responsable QualiREL Santé

Facteurs humains et organisationnels

Solenne RIVE, Chargée de missions Simulation QualiREL Santé

Simulation et gestions des risques

Editeur : Association QualiREL Santé

Dépôt légal : Décembre 2022

Tout droit réservés © QualiREL Santé

Crédits photos : QualiREL Santé, freepik.com, simulationpdl.com

Comité de relecteurs

Dr Caroline AIRIAU, pharmacien, CH de Cholet

Simulation et pharmacie clinique

Anne Laure CARO LAFONTAN, IADE, CH Le Mans

Simulation et urgences

Dr Céline LONGO, praticien hospitalier urgentiste, responsable du CESU 44, CHU de Nantes

Simulation et urgences

Patricia DENIS LE QUELLEC, cadre de santé hygiéniste, ECHO

Simulation et hygiène

Jean-Luc HERCE, directeur des soins, CH de Laval

Simulation et formation initiale

Processus de relecture

Afin d'éviter tout conflit d'intérêt, les articles et cas de simulation soumis ont été anonymisés et attribués à 2 relecteurs n'ayant aucun lien avec la structure d'affiliation des auteurs. Les auteurs et les relecteurs sont ainsi anonymes dans ce processus permettant une relecture en double aveugle. Chaque relecteur remplit une grille de cotation avec notation et commentaires libres. Une synthèse des 2 avis relecteurs a été réalisée et envoyée à l'auteur correspondant avec avis final : refus, acceptation sans modification, avec modifications mineures ou sous réserve de modifications. Les soumissions de communication brève ont suivi le même processus mais sans anonymisation.

Pour soumettre un article à la revue et contacter le comité éditorial : simulation@qualirelsante.com

Les recommandations aux auteurs sont envoyées par mail à la demande des auteurs et sont disponibles sur le site de l'Espace Ressource Simulation en Santé : www.simulationpdl.com

Edito



Les formateurs en simulation sont naturellement conduits à appréhender la question du *facteur humain*. “Jamais la première fois sur un patient”...

Tout formateur se souvient, alors apprenant, de ses premières séances de débriefing et se souvient notamment du sentiment de sous performance... des erreurs ou des choses qu’il n’a pas entendues ou vues, de la demande d’un coéquipier qu’il n’a pas comprise... pourtant si claire *a posteriori*... Le facteur humain est alors synonyme d’élément faillible : une façon plus sérieuse de parler du facteur chance... ou plutôt malchance.

Les apprenants qui deviendront pour certains des formateurs en simulation font une découverte de taille sur tout un ensemble de concepts : erreur humaine, biais cognitifs, effet tunnel, stress, règles de communication ...

Ces découvertes s’associent volontiers à une prise de conscience : les soins ne peuvent souffrir de pratiques spontanées et rester implicites.

Les termes de *Facteurs Humains* sont aujourd’hui de plus en plus usités. L’association bourguignonne de simulation en santé avait en 2021 réalisé sa journée spécifiquement sur ce thème, la SoFraSimS a créé un groupe de travail dédié, la SFAR s’est associée à l’association Facteurs Humains en Santé, leader sur le sujet en France, pour mettre en œuvre des recommandations de pratiques professionnelles. La SRLF, la SFAR, la SFMU et d’autres sociétés savantes ont mis à l’ordre du jour sur les programmes de leur colloque ces questions. La SoFraSimS abordera également le sujet en 2023 lors de son colloque à Nice.

A quoi doivent désormais renvoyer ces termes ? Facteurs Humains, de l’anglais *Human Factors engineering* - terme interchangeable en anglais avec *Ergonomics*, correspondent à une science pluridisciplinaire qui s’intéresse aux interactions entre humains et éléments d’un système, avec l’objectif d’optimiser le bien-être des opérateurs et la performance globale.

L’étude du *fonctionnement humain et organisationnel* est sans doute une traduction plus accessible. Les fruits de cette étude sont multiples et concernent aussi bien des éléments organisationnels (comme la régulation du temps de travail pour la gestion du risque fatigue, l’identification de temps critiques pour protéger les opérateurs d’interruption de tâches, etc.) ou des éléments purement opérationnels : utiliser des règles de phraséologie pour communiquer de façon sécurisée, se servir d’aides cognitives (*do-list*) pour gérer des charges de travail importante et diminuer le stress en cas de situation critique, etc.

De la simulation aux facteurs humains... et des facteurs humains à la simulation : si les formateurs en simulation s’approprient aujourd’hui les facteurs humains, l’objectif est bien, à terme, d’implémenter dans les soins ces concepts avec l’outil “simulation”. Dit de façon simple : passer de “pourquoi on s’est planté” à “comment réussir”, car c’est bien l’enjeu : rendre le système de santé plus fiable.

C’est sur cette réflexion que nous vous proposons de découvrir ce 4ème numéro de la Rev'SimS, ravis de constater que les facteurs humains et les compétences non techniques sont des thématiques communes et partagées entre le groupe facteurs humains en santé et les membres de l’Espace Régional de Simulation en Santé.

Excellente lecture.

Nathalie Robinson et François Jaulin
Pour Facteurs Humain en Santé

Un mot sur l'association Facteurs Humains en Santé

FHS Facteurs Humains en Santé

Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

<https://facteurshumainsensante.org/>

L'association Facteurs Humains en Santé a été créée fin 2017 par François JAULIN, Frédéric MARTIN et Tobias GAUSS, chacun ayant été impliqué fortement dans des expériences de simulation en Santé ou de réflexion sur la déclaration de retours d'expérience.

L'objectif de l'association Facteurs Humains en Santé est d'améliorer la sécurité et la qualité des soins à travers la prise en compte du fonctionnement humain et organisationnel. Ceci débute par une prise de conscience : les décès évitables constituent très probablement la 3^e cause de mortalité dans les pays développés après les cancers et maladies cardiovasculaires et seraient à l'échelle mondiale parmi les 10 premières causes selon l'OMS. L'analyse de ces accidents, selon de nombreuses études, met en avant un besoin de fiabiliser les pratiques.

L'association au travers de plusieurs actions met en avant des outils pour les professionnels de santé afin de les sensibiliser aux questions de fiabilisation des soins.

L'association, ouverte à tous, est composée historiquement de professionnels issus d'industries variées telles que l'aéronautique, l'armée, le monde nucléaire... et bien-sûr de professionnels de santé soucieux d'améliorer la sécurité des soins. Cette diversité constitue une véritable richesse que l'on peut retrouver dans le programme de ses colloques.

L'association met en libre accès sur son site internet l'ensemble des ressources produites telles que : des livrets appelés *Cahiers du facteur*, des vidéos de courtes durées présentant de façon pédagogique un concept ou un outil - ces vidéos sont rassemblées sur la chaîne du groupe appelée *les Enfants du Facteur*, des podcasts - *la voix du facteur*, un wiki, le programme des différents colloques organisés, des webinaires mais aussi des actions telle que l'identification facilitée par le biais de calots nominatifs, des affiches pour les établissements de santé et bien d'autres actions que nous vous invitons à découvrir en consultant et en adhérant à l'association.

Ainsi vous pourrez retrouver des thématiques ou outils que nous cherchons tous à promouvoir comme l'utilisation du débriefing, la structuration de la communication, le travail en équipe, etc.

Ces thématiques sont en effet partagées en région Pays de la Loire par la Structure Régionale d'Appui QualiREL Santé qui porte l'Espace Ressource Simulation en Santé. QualiREL Santé et l'ERSS sont un vecteur sur ce territoire de l'importance de la prise en compte des facteurs humains dans les pratiques et les organisations, en témoignent les nombreuses actions et travaux portés sur le sujet tant en établissement de santé qu'en structure médico-sociale ou en ville.

L'association Facteurs Humains en Santé remercie le comité éditorial pour son invitation à réaliser l'édito de ce numéro 4 de la revue Simulation en Santé, Rev'SimS.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture.

Au sommaire



Brèves

Simulation interprofessionnelle au bloc opératoire.
 Corinne Lejus-Bourdeau, Cécile Langlois, Gaëlle Talbot 4

Que sont devenus les programmes de formation continue labellisés par l'ARS ?
 Solenne Rive 4



Articles originaux

La simulation : un facteur de sensibilisation aux enjeux éthiques.
 Aude Mounier, Romain Dumont, Simon Viquesnel, Jérôme Libot, Alain Jung, Gaëlle Costiou 5

Impact d'une formation de formateurs en simulation au débriefing du SAED.
 Véronique Delmas, Tristan Puisset..... 13



Mise en lumière

Synthèses des ateliers du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 :

Construction d'un programme de simulation : les fondamentaux.
 Noémie Terrien 22

Simulation et interprofessionnalité.
 Céline Longo, Nathalie Alglave, Rozenn Collin 25

Simulation et compétences non techniques.
 Véronique Delmas..... 28

Le patient simulé.
 Émilie Bobillot, Aude Mounier 33

Gestion de conflit au bloc opératoire et simulation.
 Arnaud Espinet, Jean Claude Granry 35



Cas de simulation

Fusion de 2 simulations : comment mener le débriefing long qui s'en suit ?
 Lydie Pecquenard 38



Veille bibliographique

40



Événements à venir

41

Brèves

BIGAGE

Simulation interprofessionnelle au bloc opératoire.

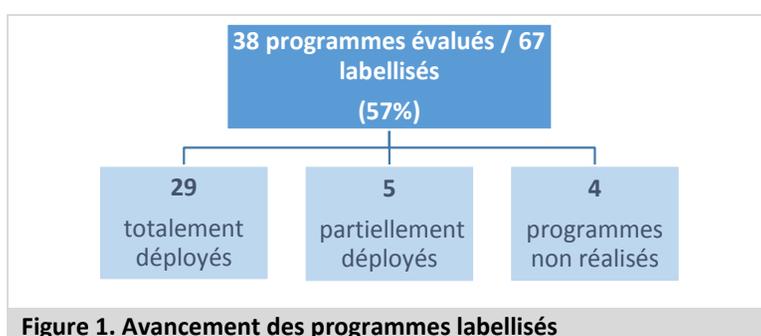
Corinne Lejus-Bourdeau, PU-PH anesthésie réanimation, directeur de LE SiMU ; Laboratoire Expérimental de Simulation de Médecine Intensive de l'Université de Nantes
Cécile Langlois, Directeur Médical du PHU12 ; CHU de Nantes
Gaëlle Talbot, Cadre de santé Qualité ; PHU12, CHU de Nantes

Le 6 octobre dernier, la direction du PHU12 du CHU de Nantes organisait la 3^e édition d'une demi-journée de formation *in situ*, dans les salles d'opération du plateau technique médico-chirurgical de l'Hôtel Dieu. Le programme opératoire, à l'exception des urgences, était interrompu afin que le plus grand nombre de professionnels puisse participer aux ateliers. Pour l'occasion, un des simulateurs de patient de l'Université de Nantes a rejoint le bloc opératoire. Une équipe de 7 formateurs et techniciens de LE SiMU de Nantes a mis en œuvre un atelier interprofessionnel de gestion de situation critique pleine échelle, auquel ont participé par équipe de 8 ou 9, 41 professionnels (médecin anesthésiste, infirmière anesthésiste, de bloc opératoire, aide-soignante et interne de chirurgie). Les objectifs pédagogiques techniques et non-techniques étaient respectivement la prise en charge d'une situation d'intubation et de ventilation impossibles non prévue et l'optimisation de la coordination de l'équipe. Au cours d'un scénario de 20 minutes dans leur environnement habituel, les apprenants ont utilisé les ressources matérielles du bloc opératoire. Une partie du débriefing de 40 minutes a, bien sûr, porté sur l'algorithme d'oxygénation à décliner dans cette situation. Mais l'essentiel de la démarche réflexive a porté sur l'analyse des facteurs humains, des biais cognitifs et des éléments qui permettent d'optimiser le travail en équipe. Au-delà du vif succès remporté par l'exercice, le contenu des débriefings a démontré une fois de plus combien ce type d'entraînement est important pour la cohésion d'équipe, le sentiment d'efficacité personnelle des soignants et la gestion de la qualité et du risque.

Que sont devenus les programmes de formation continue labellisés par l'ARS ?

Solenne Rive, chargée de mission simulation en santé ; QualiREL Santé

Le dispositif de labellisation des programmes de formation continue en simulation a permis le soutien de 67 programmes depuis 2014. L'heure est au bilan : que sont-ils devenus ? Dans ce cadre, l'Espace Ressource Simulation en Santé a réalisé une enquête de février à octobre 2022 avec une présentation des résultats intermédiaires lors de son colloque annuel en mai. L'enquête a été complétée pour 38 programmes (figure 1).



Les principaux freins au déploiement relevés sont le nombre insuffisant de participants, la difficulté de libérer du temps formateur et participant, l'indisponibilité de matériel et des problèmes de sécurité informatique (connexion matériel/réseau). L'évaluation des programmes de formation a été réalisée pour 26 d'entre eux, aucun ne mesurait l'impact sur la prise en charge des patients, un seul la modification des pratiques en situation réelle, 19 l'atteinte des objectifs pédagogiques et l'ensemble mesurait la satisfaction.

26 programmes étaient toujours proposés parmi lesquels 18 avaient évolué depuis leur conception. L'enquête a permis de confirmer le rôle de soutien de la labellisation tant sur l'aspect financier que qualitatif des programmes.

Des limites ont pu être observées, principalement la difficulté de suivi du programme quand le référent initial n'est plus dans la structure, la crise COVID et les difficultés RH associées et toujours en cours, pouvant constituer des freins à la complétude de l'enquête. Les perspectives envisagées à l'issue de cette enquête sont la refonte du dispositif de labellisation et de l'appel à candidature associé avec la mise en place d'indicateurs de suivi.

Articles originaux

La simulation : un facteur de sensibilisation aux enjeux éthiques.

Aude Mounier ¹, Romain Dumont ², Simon Viquesnel ³, Jérôme Libot ⁴, Alain Jung ⁵, Gaëlle Costiou ⁶.

1. Centre de formation permanente, CHU de Nantes
2. Service d'Anesthésie et réanimation, CHU de Nantes
3. Service d'Anesthésie et réanimation, CHU de Rennes
4. Unité mobile de soins palliatifs, CHU de Nantes
5. Compagnie Théâtre 3.
6. Juriste en droit de la santé, Université Rennes 2.

Auteur correspondant : aude.mounier@chu-nantes.fr

Financement : L'étude n'a bénéficié d'aucun soutien financier.

Remerciements : Les auteurs remercient les professionnels volontaires pour leur participation à cette étude.

Résumé

Introduction : Depuis 2016, le CHU de Nantes propose aux professionnels des soins critiques, une formation à l'annonce d'un diagnostic grave ou d'une limitation/arrêt de thérapeutiques (LAT). Elle comprend des apports théoriques, dispensés en dix capsules vidéos, et une journée présentielle proposant 4 scénarios de simulation relationnelle. Trois ans après sa mise en place, nous avons cherché à évaluer l'impact de cette formation sur une modification des pratiques concernant le questionnement éthique.

Matériels et méthodes : Inclusion de tous les professionnels participant à la formation de 2016 à 2019. Le premier axe visait à évaluer le taux de médecins ayant initié une démarche sur la fin de vie après la formation. Le second axe évaluait l'impact de cette formation sur la structuration de l'entretien et sur la clarification des rôles de l'équipe.

Résultats : 134 professionnels inclus. Parmi les 18 médecins ayant renseigné le questionnaire d'approfondissement, 39% ont donné suite à cette journée en initiant une démarche portant sur la thématique de la fin de vie. 72% des médecins (n=13) déclaraient un impact sur la structuration de leurs entretiens. Tous les paramédicaux témoignaient d'une meilleure compréhension de leur rôle.

Discussion : La principale limite de l'étude était l'aspect déclaratif des items évalués. Concernant les démarches initiées, un travail serait à mener pour répertorier ces travaux, évaluer leur pérennité, et les formaliser. Ces premiers résultats sont encourageants. La pratique de la simulation dans le cadre d'enjeux de communication en situation difficile permet de dépasser le simple apprentissage d'une technique. Elle permet l'ouverture à une réflexion plus globale, incite à porter une attention plus large aux questions éthiques et favorise une meilleure communication au sein des équipes soignantes.

Mots clés : annonce, limitation des thérapeutiques, simulation relationnelle.

Introduction

Le CHU de Nantes a mis en place une formation à l'annonce d'un diagnostic grave ou d'une limitation/arrêt de thérapeutiques (LAT) en 2016. Elle a reçu le label « Simulation en santé » de l'ARS Pays de la Loire.

Cette formation associe deux étapes :

- un e-learning de dix capsules vidéo destinées à actualiser les connaissances des participants sur les

recommandations et les bonnes pratiques en matière de décision et mise en œuvre de LAT, ainsi que des apports sur la communication en situation difficile ou les caractéristiques d'une équipe de soins.

- une journée de mises en situation d'annonce avec patients simulés respectant les recommandations de bonnes pratiques [1-2].



Photo 1 : exemple de capsule vidéo

Trois binômes médico-soignants et un binôme exclusivement soignant (IDE/AS), volontaires, participent en collaboration avec des acteurs professionnels jouant le rôle des proches, à des mises en situation d'annonce. Les scénarios sont déterminés en amont de la session, selon la spécialité des participants.

La simulation est filmée et retransmise en direct au reste du groupe positionné dans une salle attenante, en position d'observateur bienveillant. Elle est suivie d'un débriefing avec les formateurs, les volontaires et le collectif. Des fiches techniques sont proposées aux participants en fonction de leurs besoins, au regard des objectifs pédagogiques visés.

Trois tours de tables sont réalisés par les formateurs au cours de la journée. Le premier, en début de session, pour préciser les attentes des participants. Le second, en fin de matinée, vise à nous assurer que les scénarios proposés répondent aux objectifs visés. Si besoin, il nous est possible d'ajuster les scénarios proposés l'après-midi. Le troisième tour de table clos la journée et reprend les objectifs atteints par les participants au regard des objectifs de la formation.



Photo 2 : Séance de simulation

Trois ans après sa mise en place, nous avons cherché à évaluer l'impact de cette formation sur une modification des pratiques concernant le questionnement éthique.

Matériels et Méthodes

Population

Inclusion de tous les participants (médecins et IDE/AS) à la formation durant la période de 2016 à 2019 et ayant répondu au questionnaire de satisfaction.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal correspondait au taux de médecins ayant initié une démarche sur la fin de vie après la formation.

Le critère de jugement secondaire visait à évaluer l'impact de cette formation sur la structuration de l'entretien et sur la clarification des rôles des membres de l'équipe participant aux annonces.

Outils d'évaluation

Cette étude se basait sur l'analyse de deux outils utilisés habituellement au cours de cette formation, impliquant tous les participants (médecins et IDE/AS) :

- les retours aux questionnaires de satisfaction distribués en fin de session (annexe 1 - analyse quantitative et qualitative).
- les comptes rendus écrits par les formateurs lors des 2^e et 3^e tours de table (analyse qualitative).

Pour compléter cette analyse, un questionnaire anonyme d'approfondissement en ligne a été envoyé à tous les médecins ayant participé à cette formation, entre 2016 et 2019 (annexe 2).

Résultats

Caractéristiques générales

Entre 2016 et 2019, nous avons dispensé 11 sessions de formation et formé 134 professionnels (26 médecins / 108 IDE et AS). La répartition selon les spécialités est décrite dans la figure 1.

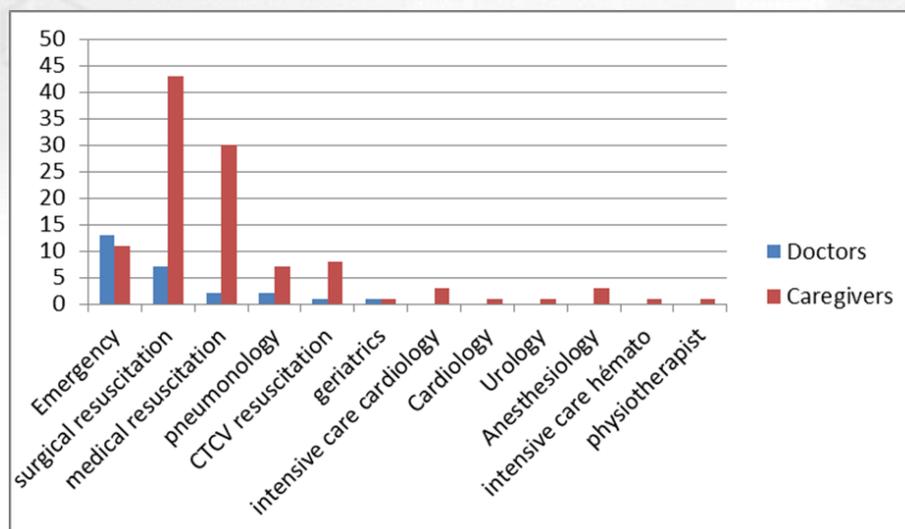


Figure 1 : Services d'exercice des participants

La population totale de notre étude était de 134 professionnels (100% des questionnaires de satisfaction ont été renseignés).

18 questionnaires d'approfondissement ont été renseignés parmi les médecins soit un taux de remplissage de 69%.

Critère de jugement principal

La sous population d'étude (médecins ayant renseigné le questionnaire d'approfondissement) pour ce critère était de 18 médecins.

39% des médecins (n=7) ont donné suite à cette journée en initiant une démarche portant sur la thématique de la fin de vie : outil dédié en staff, création de groupe de travail au sein de leur unité. Les commentaires rédigés par les participants faisaient également mention de projets de création de groupes de travail sur les LAT.

72% des médecins (n=13) ont déclaré porter une attention renouvelée sur les questions de société portant sur l'éthique (loi de bioéthique, affaire Lambert ...).

Critère de jugement secondaire

Pour évaluer l'impact de cette formation sur la structuration de l'entretien et sur la clarification des rôles des membres de l'équipe participant aux annonces, nous avons étudié les retours aux questionnaires de satisfaction et questionnaires d'approfondissement ainsi que les verbatim des tours de table.

Cette analyse souligne la vraisemblance des scénarios proposés et du jeu des acteurs. Ils se disent plongés dans un réel entretien familial. Les

débriefings collectifs ont tous abouti à la formulation de questionnements éthiques auxquels la formation e-learning n'apportait pas toujours de réponse, mais proposaient des clefs pour poursuivre la réflexion.

72% des médecins (n=13) ont trouvé que cette formation par la simulation avait eu un impact sur la méthodologie et la structuration de leurs entretiens. Tous les infirmiers et aides-soignants témoignaient d'une meilleure compréhension de leur rôle : écoute, rôle de témoin, cohérence dans l'information.

72% des médecins estimaient que cette formation avait eu un impact sur la manière de vivre ces annonces difficiles en équipes. 100% des soignants étaient satisfaits des temps d'échanges et des discussions. Ils soulignaient largement l'intérêt et la richesse des temps de débriefing pour comprendre les enjeux et difficultés de leurs collègues médecins. Tous les médecins interrogés et tous les soignants ont estimés que ce type de formation par la simulation devait être plus systématiquement proposé dans l'exercice de la médecine hospitalière.

Discussion

Le taux de remplissage de 100% des questionnaires de satisfaction permettait une population d'étude conséquente. Concernant le critère de jugement, nous avons obtenu un taux de réponse de 69%, permettant une analyse quantitative solide, même si l'échantillon était faible (18 médecins).

Dans cette étude, l'utilisation combinée de trois outils a permis d'évaluer l'impact de cette formation sous différentes facettes. Les principales limites de notre étude étaient de ne pas avoir pu réaliser une étude avant-après et de ne pas avoir pu atteindre un niveau 3 de Kirkpatrick. Une hétéro-évaluation des pratiques n'était malheureusement pas réalisable, faute de temps et de ressources humaines disponibles pour mener une analyse des pratiques dans les services. Le caractère déclaratif du questionnaire d'approfondissement étant limitant, il aurait été intéressant de compléter notre étude avec des questionnaires de connaissances avant-après. Toutefois notre approche qualitative et quantitative nous semble intéressante car elle se positionne au-delà des connaissances et vise à évaluer les modifications de pratiques. Ainsi, près de 40% des médecins ont déclaré initier une démarche portant sur la thématique de la fin de vie dans leur service. Un travail serait alors à mener pour répertorier ces travaux, évaluer leur pérennité, formaliser les démarches initiées. Ces premiers résultats sont encourageants. Au-delà d'une sensibilisation permettant d'optimiser l'attention des médecins sur les questions de société portant sur l'éthique, notre formation semble avoir permis des modifications de pratiques. De plus, la majorité des médecins ont trouvé que cette formation par la simulation avait eu un impact sur la structuration de leurs entretiens et tous les infirmiers et aides-soignants témoignaient d'une meilleure compréhension de leur rôle. Ces résultats peuvent être expliqués par l'apport des débriefings. En effet, l'analyse réflexive conduite lors des débriefings permet d'optimiser le transfert d'apprentissage.

L'utilisation de la simulation dans le cadre d'enjeux de communication en situation difficile permet de dépasser le simple apprentissage d'une technique. Elle permet l'ouverture à une réflexion plus globale, incite à porter une attention plus large aux questions éthiques et favorise une meilleure communication au sein des équipes soignantes.

Cette méthode pédagogique est d'ailleurs reconnue dans la littérature pour optimiser le développement des compétences en communication. Ainsi en 2019, dans les premières recommandations portant sur la simulation en situations critiques, les experts suggéraient avec un accord fort d'utiliser la simulation pour développer les compétences en communication avec les patients et leurs proches,

pour les médicaux et paramédicaux en formation initiale et continue [3].

Cette recommandation s'appuyait sur de nombreuses études robustes (étude avant-après, étude randomisée) [4-15]. Celles-ci ont démontré que l'apprentissage et l'entraînement pour les compétences en communication vers les patients ou leurs proches pour les médecins et les infirmier(e)s (formation initiale ou continue) amélioreraient la qualité de la communication et le ressenti des patients ou des proches en réanimation, en anesthésie et en médecine d'urgence. Les compétences particulièrement ciblées étaient l'annonce de mauvaise nouvelle, l'annonce de décès, l'annonce de complications liées aux soins, l'abord des proches de patient en mort encéphalique. La méthode pédagogique faisait le plus souvent appel au patient standardisé, en complément d'apports théoriques [3].

Références

- [1] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guid_e.pdf. Consulté le 29 août 2022.
- [2] Lewis, K.L., Bohnert, C.A., Gammon, W.L. et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Adv Simul* 2, 10 (2017). <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4>
- [3] L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, Benhamou D, Blanié A, Cerf C, Delmas V, Jourdain M, Lecomte F, Ouanes I, Garnier M, Mossadegh C. Simulation-based teaching in critical care, anaesthesia and emergency medicine. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020 ;39(2):311-326. doi: 10.1016/j.accpm.2020.03.010. PMID: 32223994.
- [4] Pittman J, Turner B, Gabbott DA. Communication between members of the cardiac arrest team - A postal survey. *Resuscitation* 2001;49:175-177. doi:10.1016/S0300-9572(00)00347-6.
- [5] Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt

spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach* 2005;27:539–543. doi:10.1080/01421590500136501.

[6] Blum RH, Raemer DB, Carroll JS, Dufresne RL, Cooper JB. A method for measuring the effectiveness of simulation-based team training for improving communication skills. *Anesth Analg* 2005;100:1375–1380. doi:10.1213/01.ANE.0000148058.64834.80.

[7] Calhoun AW, Rider EA, Meyer EC, Lamiani G, Truog RD. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: Feasibility of multirater feedback with gap analysis. *Simul Healthc* 2009;4:22–29. doi:10.1097/SIH.0b013e318184377a.

[8] Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: A randomized trial. *JAMA - J Am Med Assoc* 2013;310:2271–2281. doi:10.1001/jama.2013.282081.

[9] Fang JL, Carey WA, Lang TR, Lohse CM, Colby CE. Real-time video communication improves provider performance in a simulated neonatal resuscitation. *Resuscitation* 2014;85:1518–1522. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.07.019.

[10] Hope AA, Hsieh SJ, Howes JM, Keene AB, Fausto JA, Pinto PA, et al. Let's talk critical: Development and evaluation of a communication skills training program for critical care fellows. *Ann Am Thorac Soc* 2015;12:505–511. doi:10.1513/AnnalsATS.201501-040OC.

[11] Levin TT, Coyle N. A communication training perspective on and versus DNR directives. *Palliat Support Care* 2015;13:385–387. doi:10.1017/S147895151400039X.

[12] Markin A, Cabrera-Fernandez DF, Bajoka RM, Noll SM, Drake SM, Awdish RL, et al. Impact of a Simulation-Based Communication Workshop on Resident Preparedness for End-of-Life Communication in the Intensive Care Unit. *Crit Care Res Pract* 2015;2015. doi:10.1155/2015/534879.

[13] Bateman LB, Tofil NM, White ML, Dure LS, Clair JM, Needham BL. Physician Communication in Pediatric End-of-Life Care: A Simulation Study. *Am J Hosp Palliat Med* 2016;33:935–941. doi:10.1177/1049909115595022.

[14] Awdish RL, Buick D, Kokas M, Berlin H, Jackman C, Williamson C, et al. A Communications Bundle to [10]. Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:644–649. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.024.

[15] Potter JE, Herkes RG, Perry L, Elliott RM, Aneman A, Brieva JL, et al. COMmunication with Families regarding ORgan and Tissue donation after death in intensive care (COMFORT): Protocol for an intervention study. *BMC Health Serv Res* 2017;17:1–10. doi:10.1186/s12913-016-1964-7.

*Pour citer cet article : Mounier A, et al. La simulation : un facteur de sensibilisation aux enjeux éthiques. Rev'SimS. 2022 ; 4 : 5-12
DOI : 10.48562/revsims-2022-0009*

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction, proposé à tous les participants, en fin de session

FORMULAIRE D'EVALUATION DE FORMATION
Centre de Formation Permanente du C.H.U. NANTES

IDENTIFICATION DE LA FORMATION

Intitulé de la formation : Limitation ou Arrêt des thérapeutiques Actives en Soins Critiques

Date :

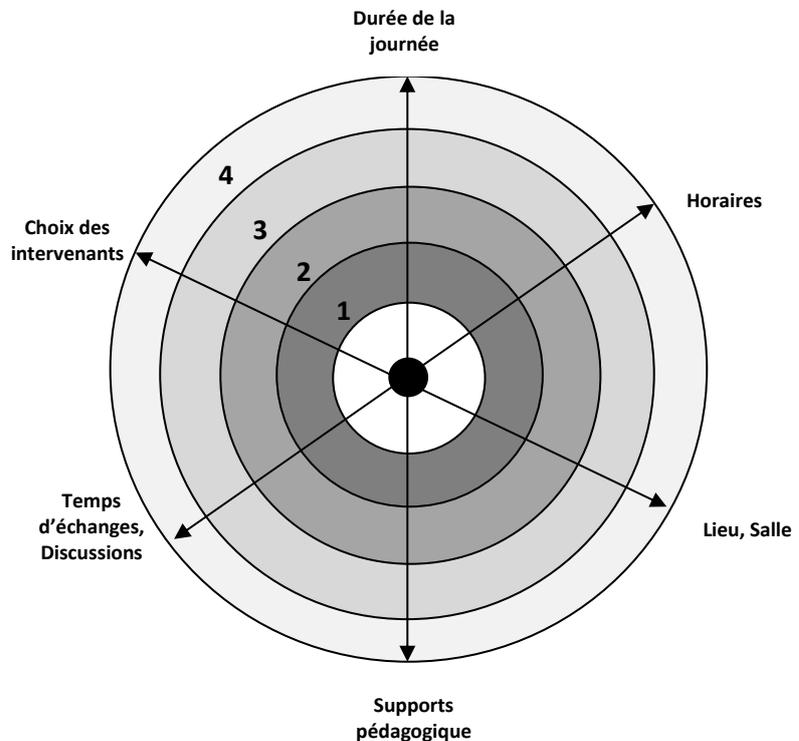
PARTICIPANT

Profession :

EVALUATION DE LA JOURNEE

Pour rendre cette journée de formation toujours plus adaptée à vos besoins, nous vous remercions de consacrer quelques minutes pour remplir ce questionnaire et nous faire part de vos remarques et vos propositions.

Très satisfait : cocher interligne 4
Satisfait : cocher interligne 3
Peu satisfait : cocher interligne 2
Insatisfait : cocher interligne 1



Quelle est votre appréciation globale de la journée ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Quelle est votre appréciation des vidéos pré-formation ?

Pertinence, intérêt : Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Qualité (son, image) : Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Au total, la formation a-t-elle répondu à vos attentes ? Oui Non

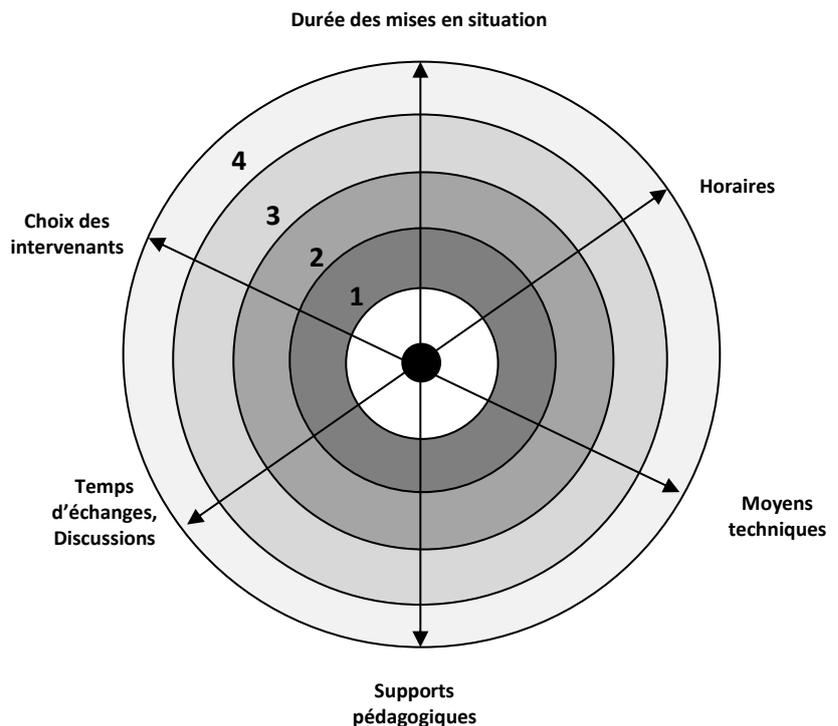
Pourquoi ?

.....
.....

EVALUATION DES MISES EN SITUATION

Nous vous remercions de nous faire part de votre appréciation des mises en situation, que vous ayez été observateur ou volontaire :

Très satisfait : cocher interligne 4
Satisfait : cocher interligne 3
Peu satisfait : cocher interligne 2
Insatisfait : cocher interligne 1



Quelle est votre appréciation globale des mises en situation ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Ont-elles répondu à vos attentes ? Oui Non

Pourquoi ?

.....
.....

VOS PROPOSITIONS

Une idée, un besoin : vous pouvez nous faire part de thématiques de formations à mettre en place, en lien ou pas avec celle suivie ce jour :

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Centre de Formation Permanente du CHU de Nantes
Immeuble Deurbroucq – 5 Allée de l'île Gloriette – 44093 NANTES CEDEX 01
Version du 29/02/2016

Annexe 2 : Questionnaire d'approfondissement, envoyé par mail à tous les médecins ayant suivis la formation entre 2016 et 2019

Vous avez participé à la formation "**Annnonce d'un diagnostic grave, d'une limitation ou d'un arrêt thérapeutique : enjeux, techniques d'annonce, cadre réglementaire**" qui comportait une étape en e-learning et des **misés en situation avec acteurs professionnels**.

Afin d'évaluer **l'intérêt** de cette formation, son adaptation à votre pratique **et à des fins de publication et de communication scientifique** à un congrès de simulation, nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous. Merci à vous !

0  : non, pas du tout

5  : oui, tout à fait

1) **La formation a-t-elle eu un impact sur la méthodologie et la structuration de vos entretiens (préparation, participation d'un IDE/AS, traçabilité, communication, etc.) ?**



2) **Cette formation a-t-elle eu, selon vous, un impact sur votre manière de vivre ces annonces en équipe ?**



3) **Avez-vous poursuivi une démarche portant sur la gestion de la fin de vie (création d'un groupe de travail, point abordé automatiquement en staff, prise de contact, etc.) ?**



4) **A la suite de cette formation, portez-vous une attention renouvelée sur les questions de société portant sur l'éthique (loi de bioéthique en cours de discussion, affaire Vincent Lambert ...) ?**



5) **Depuis votre participation, avez-vous recommandé cette formation à vos collègues ?**



6) **Pensez-vous qu'il faudrait incorporer ce type de formation de manière plus systématique dans l'exercice de la fonction médicale hospitalière ?**



Articles originaux

Impact d'une formation de formateurs en simulation au débriefing du SAED.

Véronique Delmas^{1,2}, Tristant Puisset²

1. CAP'Sim - Centre d'Apprentissage par la Simulation, Centre Hospitalier Le Mans.

2. Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Le Mans.

Auteur correspondant : vdelmas@ch-lemans.fr

Financement : L'étude n'a bénéficié d'aucun soutien financier.

Remerciements : Les auteurs remercient les professionnels volontaires pour leur participation à cette étude.

Résumé

Introduction : Le SAED est un outil mnémotechnique pour structurer et sécuriser la communication interprofessionnelle. Il est intégré comme objectif pédagogique dans chaque programme du centre de simulation CAP'Sim du Centre Hospitalier Le Mans. Devant la difficulté de certains formateurs à le débriefer, une formation a été réalisée. L'objectif est d'en évaluer l'impact.

Matériels et méthodes : Étude avant-après monocentrique (niveau 2 de Kirkpatrick).

Population : formateur du centre.

Intervention : théorie et ateliers pratiques (réalisation de SAED / débriefing de SAED) sur 3H

Évaluation : Auto et hétéro-évaluation par questionnaire avant et après formation. Le critère de jugement principal était l'évolution du score moyen d'hétéro-évaluation.

Résultats : 23 professionnels inclus (85% de l'équipe). Le score d'hétéro-évaluation de connaissances du SAED augmentait significativement de 2.2 avant à 3.4/5 après. En auto-évaluation, la difficulté à débriefer le SAED diminuait de 6.5 avant à 5.4 après ($p=0.01$) mais la capacité à le débriefer augmentait non significativement de 4.6 à 5/10.

Discussion : Malgré un échantillon faible, cette étude se distingue par la thématique rare : la formation de formateurs. Cette formation a permis d'améliorer significativement les connaissances du SAED. Les débriefings de débriefing ont permis d'identifier les différentes approches du SAED en débriefing, les liens avec les autres compétences non techniques, et les critères essentiels pour atteindre l'objectif pédagogique. Malgré ses limites, l'auto-évaluation semble utile à long terme pour refléter les différentes phases d'apprentissage, plus que l'évolution des performances. Former les formateurs aux compétences non techniques et outils de bonnes pratiques est essentiel pour optimiser la qualité des formations.

Mots clés : formation de formateur, SAED, communication structurée, débriefing des compétences non techniques.

Introduction

Dans toute activité humaine, il est reconnu que les facteurs humains sont impliqués dans près de 70% des erreurs ou incidents. En santé, l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de la Haute Autorité de Santé témoigne que les facteurs liés à l'équipe sont parmi les causes principales des EIGS. Le défaut de communication constitue une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins. Dans le rapport annuel d'activité 2021, parmi les

EIGS en lien avec les facteurs liés à l'équipe, la communication interprofessionnelle est retrouvée dans 60 % des cas et les transmissions dans 40%. Le taux d'évitabilité des EIGS est d'environ 50% [1].

Plusieurs facteurs influencent la qualité de la communication interprofessionnelle :

- les facteurs humains et organisationnels,
- la complexité de la boucle de communication, souvent méconnue ou incomplète,

- les variations intermétiers ou interspécialités (formations différentes, codes de langage différents),
- les différences d'expertises...

Pour limiter les impacts des barrières à la communication en termes de qualité de soins, la communication sécurisée et standardisée est un élément fondamental. Elle consiste en un langage clair, concis et sans ambiguïté et vise à uniformiser les procédés de communication entre soignants en utilisant des expressions conventionnelles comprises par tous. Récemment, elle a d'ailleurs été préconisée avec accord fort par les experts dans les recommandations de pratiques professionnelles « Facteurs Humains en situation de crise » coécrite par FHS (Facteurs Humains en Santé) et SFAR (Société Française d'Anesthésie et de réanimation) afin d'améliorer la morbi-mortalité et de limiter l'incidence des événements indésirables [2].

Parmi les outils existants de standardisation pour sécuriser la communication entre professionnels de santé, l'outil S.B.A.R. (acronyme de Situation, Background, Assessment, Recommendation) constitue une référence internationale. Adapté de l'US Navy, cet outil a été transposé dans le secteur de la santé dans les années 2000 au sein de Kaiser Permanente, système de santé américain à but non lucratif [3]. Il a été rapidement diffusé à large échelle par l'Institut Healthcare Improvement (IHI) [4] et l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Il a été ensuite recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [5]. En France, dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 (action 7 de l'axe 1), il a été traduit par la Haute Autorité de Santé en SAED (acronyme de Situation, Antécédents, Évaluation, Demande) [6]. SBAR et SAED sont un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel. L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis [6].

La simulation en santé est un outil reconnu pour développer les compétences non techniques (CNT ou NTS) [7-10] et même recommandé en soins critiques [11].

Pour notre centre de simulation CAP'Sim, l'engagement des formations au service de la qualité des soins est un axe prioritaire du développement des différents projets et programmes.

Chacun des programmes de simulation présente notamment des objectifs centrés sur le développement des compétences non techniques. La communication interprofessionnelle et notamment les transmissions interprofessionnelles en sont des piliers.

De nombreux objectifs pédagogiques en lien avec la communication interprofessionnelle permettent d'aborder l'outil SAED, comme savoir réaliser un appel à l'aide, savoir transmettre des informations à un collègue, savoir réaliser un point d'étape lors d'une situation de déchocage. Ainsi, celui-ci est présenté dans la majorité de nos formations avec des niveaux d'appropriation différents selon les équipes et les services (simple découverte de l'outil, appropriation progressive lors des simulations répétées).

Et pourtant, malgré cette intégration majeure, il a été constaté :

- une méconnaissance de l'outil par les formateurs
- des difficultés à réaliser un exemple de SAED par le formateur,
- des difficultés à débriefer l'objectif pédagogique en lien avec le SAED,
- voir parfois l'abandon de cet objectif pédagogique devant la difficulté à le débriefer.

Pour cela, une formation de formateurs au SAED a été conçue et réalisée pour toute l'équipe de formateurs du centre.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de cette formation sur leurs connaissances et capacités à débriefer le SAED.

Matériels et Méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle monocentrique avant-après formation par simulation de niveau 2 de Kirkpatrick [12], prospective réalisée en janvier 2020.

Population

Les critères d'inclusion étaient d'être formateur au centre de simulation occasionnel ou régulier, quels que soient l'ancienneté et l'activité de formation ; d'avoir participé à la formation.

Le critère d'exclusion était de ne pas avoir donné son consentement oral à l'étude lors du briefing de la formation. Les perdus de vue étaient ceux n'ayant pas répondu aux 2 questionnaires avant -après la formation.

Intervention

Formation de 3 heures comprenant un module théorique puis des mises en situations pratiques.

Le module théorique de 30 min comprend : la présentation du SAED, du guide de la HAS, l'identification

des temps où le SAED peut être utilisé en soins, l'identification des différents arguments pouvant optimiser le débriefing de cet objectif.

Le module pratique se réalise en plusieurs temps pédagogiques :

- Présentation de vignettes cliniques et réalisation d'un SAED par un des formateurs avec feedback immédiat de l'instructeur,
- Présentation d'une vignette de soins et identification des moments où le SAED pourrait être réalisé,
- Présentation d'une vignette de soins et d'un SAED. Evaluation de la qualité du SAED et argumentation,
- 2 mises en situation pratiques : présentation d'une vignette clinique, réalisation simulée du SAED par l'instructeur, puis 2 formateurs réalisent un codébriefing de l'instructeur centré sur l'objectif pédagogique du SAED. Pour finir un débriefing de débriefing est réalisé par l'instructeur.

Evaluation

L'outil d'évaluation était un questionnaire renseigné avant la formation (pré-test) puis immédiatement après (post-test). Celui-ci comprenait :

- une partie d'hétéro-évaluation des connaissances avec 5 questions à choix multiples permettant d'établir un score de connaissances sur 5,
- une partie d'auto-évaluation des pratiques, connaissances et compétences à l'aide d'une échelle numérique cotée de 1 à 10.

Le critère de jugement principal était l'évolution du score de connaissances du SAED entre avant et après la formation. Les critères secondaires étaient : l'auto-évaluation des capacités du formateur à réaliser un SAED ainsi qu'à le débriefing et le taux de satisfaction.

Analyses statistiques

Le recueil de données a été réalisé sur Excel. Les statistiques ont été réalisées avec Excel®, et Biostatgv®.

Pour les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage, les variables quantitatives en moyennes et écarts- type. Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées avec des tests de rangs signés de Wilcoxon. Le risque alpha de première espèce était défini a priori à 0,05.

Résultats

Population

Tous les participants à la formation ont donné leur consentement par oral lors de la présentation de l'étude réalisée lors du briefing de la formation. Aucun n'a été perdu de vue.

23 professionnels ont été inclus (85% de l'équipe) dont 19 soignants et 4 non soignants. La moyenne d'expérience en simulation était de 2.9 ans (+-1.66). La répartition des formateurs selon leurs années d'expérience en simulation est présentée en figure 1. Parmi les 19 soignants, 4 n'utilisaient jamais le SAED dans leur pratique soignante, 7 parfois et 8 souvent. Concernant leurs habitudes à intégrer le SAED comme objectif pédagogique dans leurs formations, 10 déclaraient jamais ou parfois, 9 souvent ou toujours et 4 n'étaient pas concernés (pas d'animation de formation en cours).

Critère de jugement principal

Le score d'hétéroévaluation de connaissances du SAED augmentait de 2.2 à 3.4/5 entre avant et après formation avec une différence significative ($p < 0.001$). Cf. Figure 2.

Critères de jugement secondaires

En auto-évaluation, le score évaluant la difficulté à débriefing le SAED diminuait de 6.5 avant formation à 5.4 après ($p = 0.01$). Le score concernant la capacité à débriefing le SAED augmentait de 4.6 à 5/10 mais sans différence significative. Cf. Tableau 1.

Le taux de satisfaction était de 9.2/10.

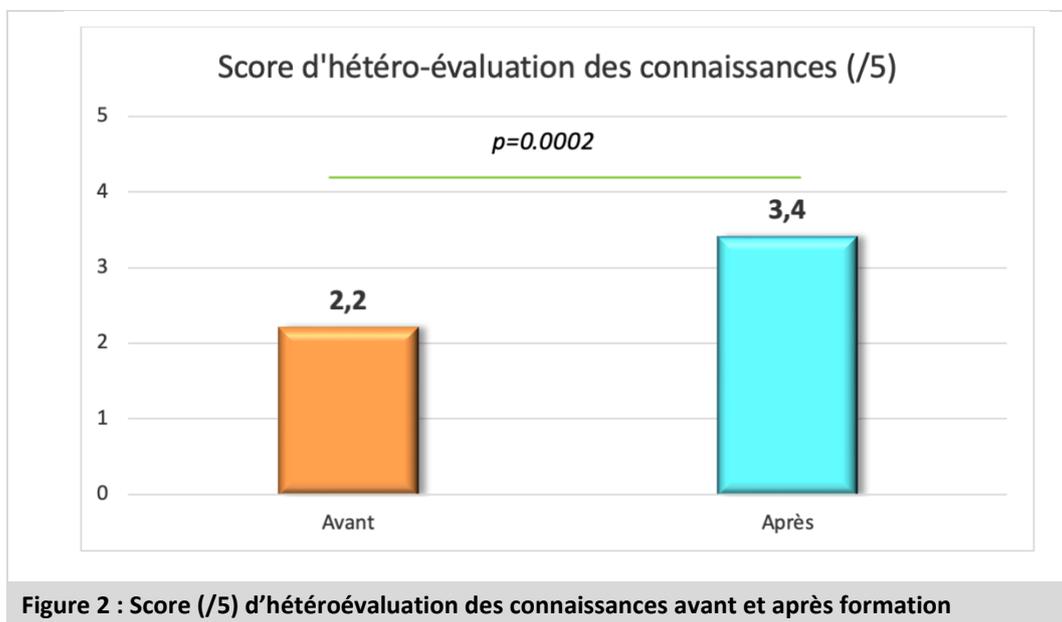
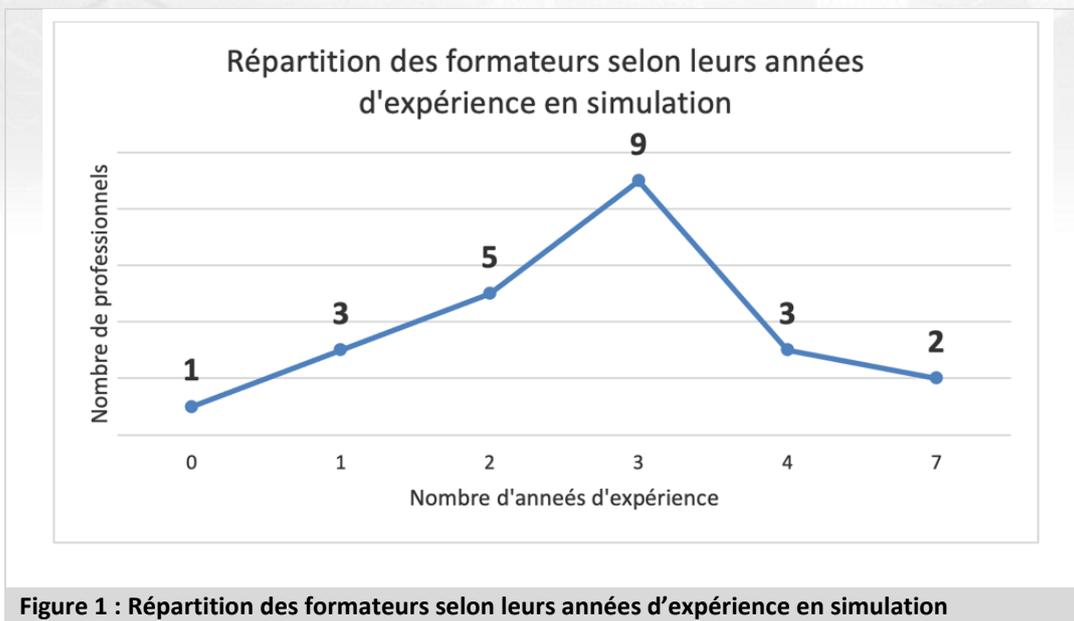


Tableau 1 : Scores (/10) d'auto-évaluation avant et après formation

	Avant	Après	p
D'un point de vue global en tant que soignant, comment évalueriez-vous la difficulté à réaliser un SAED ?	4,7 (±1,6)*	4,6 (±1,8)*	NS
D'un point de vue global en tant que formateur, comment évalueriez-vous la difficulté à débriefier le SAED ?	6,5 (±1,9)	5,4 (±1,5)	0,01
D'un point de vue global en tant que formateur, comment évalueriez-vous la difficulté à débriefier le SAED ?	5,4 (±1,8)	6,5 (±2,3)	0,085
D'un point de vue global, comment évalueriez-vous votre capacité à réaliser un SAED ?	5,4 (±1,7)	5,9 (±1,9)	0,34
D'un point de vue global, comment évalueriez-vous votre capacité à débriefier le SAED ?	4,6 (±1,9)	5,0 (±1,3)	0,44

*n=19 avec exclusion des non soignants

Discussion

La limite principale de cette étude est l'effectif faible. A l'échelon local, l'échantillon était représentatif de l'équipe (multi-professionnel, multi-spécialités, expériences...). On notait une distribution normale en fonction du nombre d'années d'expérience permettant de supposer que l'échantillon soit également représentatif de nombreuses équipes de formateurs en France, même si à ce jour nous n'avons pas de statistiques sur ce sujet.

La seconde limite est l'évaluation de l'impact de la formation qui ne porte que sur un niveau 2 de Kirkpatrick [12]. Une évaluation de niveau 3 avec hétéro-évaluation des pratiques des formateurs lors de leurs séances de simulation n'a pas pu être mise en place durant cette période d'étude impactée par le contexte COVID. Celle-ci est envisagée à moyen terme, même si cela comporterait des biais. En effet, la démarche d'amélioration continue instituée au centre comprend un accompagnement des formateurs dont l'objectif est le développement continu des compétences (ex : formations, échanges de pairs, débriefing de débriefing, ...) et engendre ainsi de nombreux autres facteurs influençant la performance.

Cette étude se distingue par la thématique encore trop peu étudiée dans le domaine de la recherche en simulation : la formation de formateurs. Même si elle est centrée sur le SAED, elle met en évidence certaines difficultés que peuvent rencontrer les formateurs pour débriefier les compétences non techniques. Elle témoigne de l'importance d'apporter aux formateurs des pistes de réflexion, des outils pour optimiser leur technique de

débriefing. Les compétences des formateurs en simulation ont été déclinées dans la roue des compétences du formateur [13].

L'élément central classifie 3 types de ressources : les connaissances, les compétences techniques et les compétences non techniques. L'élément périphérique décrit les sous-compétences pour chaque compétence socle. Elle permet de référencer de manière globale et synthétique les compétences du formateur en simulation. Et ainsi elle peut servir de support pour définir les objectifs que ce soit en formation initiale, en formation continue, en auto ou hétéro-évaluation [13].

Connaitre les outils de bonnes pratiques de sécurité est une des sous-compétences décrites dans cette roue. Le SAED est déployé en France depuis 2014. Même s'il manque des études robustes, la littérature est en faveur d'un impact positif de cet outil notamment avec une amélioration de la communication [14-16], ainsi que des preuves modérées de l'amélioration de la sécurité des patients grâce à la mise en œuvre du SBAR, en particulier lorsqu'il est utilisé pour structurer la communication par téléphone [17]. Le SBAR fait également partie des outils proposés dans le modèle TeamSTEPPS® [18]. Ainsi, il est souvent un des premiers éléments constituant la mallette pédagogique du formateur. Mais malgré un déploiement en France accompagné d'un guide et d'un format de formation [6], cet outil et son guide restent encore mal connus. Dans notre étude, les formateurs témoignaient d'une difficulté à réaliser un SAED à 4.7/10 et d'une difficulté à le débriefier de 6.5/10. La formation a permis de diminuer significativement cette difficulté, évaluée à 5.4/10 après formation. Toutefois il est intéressant de noter que pour un outil souvent décrit comme

simple d'utilisation, le niveau de difficulté reste non négligeable. Ce niveau de difficulté pour les formateurs peut être expliqué par une méconnaissance de l'outil et de son guide d'utilisation, par un manque d'appropriation, par une limitation de compréhension des impacts de l'outil, par une stigmatisation de l'intérêt de l'outil uniquement lors d'un appel à l'aide. Dans la littérature, on retrouve quelques études qui évoquent les freins à la mise en place de cet outil. Dans la première étude de 2006 [19], les auteurs évoquaient déjà des barrières éventuelles à la mise en place de cet outil dont : la résistance des soignants à changer de comportement, les contraintes de temps, le temps de mise en œuvre des nouveaux processus de transfert, l'échec du leadership à exiger la mise en œuvre de nouveaux systèmes et comportements. Cette liste non exhaustive des freins est sans nul doute à prendre en considération par les formateurs qui souhaitent intégrer le SAED comme objectif pédagogique dans leurs formations. La prise de conscience de ces freins permet en effet au formateur de chercher à les identifier lors du débriefing et de trouver des arguments adaptés qui lèveront les craintes retrouvées. Faisons le parallèle avec la technique de débriefing good judgment qui permet au formateur d'explorer les intentions derrière les actions pour optimiser l'analyse des écarts de performances et les transferts sur la pratique [20]. Cette bonne pratique en débriefing pourrait être étendue à l'importance de susciter de l'intérêt et de la motivation avant d'apporter une solution (outil ou nouvelle pratique) lorsque celle-ci n'est pas exprimée ou connue par l'apprenant. Ainsi en formation de formateurs, face à ces difficultés à débriefer le SAED ou d'autres outils de bonnes pratiques, j'utilise désormais la maxime :

« Pas d'action sans intention :

je dois explorer les intentions derrière les actions des apprenants

Pas de solution sans motivation :

je dois susciter de la motivation lorsque j'apporte une solution à l'apprenant. »

Cette formation a permis d'améliorer significativement les connaissances concernant l'outil SAED. Toutefois, l'évolution des capacités autoévaluées n'augmentait pas de manière significative. Ceci peut s'expliquer par la durée courte limitant le nombre de mises en pratiques.

Dans ce sens, certaines études dont celle de Comton [21] ont mis en avant que bien que l'outil séduise et soit considéré comme bénéfique pour le climat général de travail et de sécurité, sa maintenance dans le temps réclame des efforts de tous, il faut notamment prévoir des réentraînements. Comme pour les soignants, on peut donc supposer que les formateurs auraient aussi besoin d'entraînements réguliers. Ceci ouvre de nouveau le champ des formations continues des formateurs encore trop peu déployées à ce jour en France. Cette évolution non significative des capacités auto-évaluées peut également être expliquée par la conscientisation du niveau de compétence entre les 3 premières phases d'apprentissage selon le concept original de Martin Broadwell (inconsciemment incompetent, consciemment incompetent, consciemment compétent et inconsciemment compétent). Malgré ses limites, l'auto-évaluation est facile à réaliser et semble intéressante à utiliser à long terme pour être le reflet des différentes phases de compétences, plus que l'évolution des performances. En attendant une hétéroévaluation des compétences, les débriefings de débriefing ont été sources d'apprentissage.

Ils ont permis d'identifier :

- les différentes approches du SAED durant le débriefing. Les « portes d'entrée » sont souvent multiples pendant l'analyse mais parfois aussi pendant le ressenti (exemple « je n'ai pas trouvé ma place » d'un soignant qui arrive en aide lors d'une prise en charge et n'a aucune transmission. Cette verbalisation peut ainsi être reprise lors de l'analyse quand le formateur souhaite aborder le SAED),
- les liens avec le développement des autres CNT. L'objectif pédagogique autour du SAED est trop souvent, lors du débriefing, exclusivement rattaché à l'appel à l'aide ou à la communication interprofessionnelle. Il peut également être abordé via d'autres compétences non techniques (par exemple : la conscience de la situation),
- les critères essentiels pour atteindre l'objectif pédagogique pendant le débriefing. L'outil doit être expliqué correctement bien sûr, mais il doit surtout répondre à une problématique de l'apprenant.

Conclusion

Débriefer les compétences non techniques est souvent difficile pour les formateurs. Malgré un échantillon faible, cette étude se distingue par la thématique rare : la formation de formateurs. Cette formation a permis d'améliorer significativement les connaissances du SAED. Les débriefings de débriefing ont permis d'identifier les différentes approches du SAED en débriefing, les liens avec les autres compétences non techniques, et les critères essentiels pour atteindre l'objectif pédagogique. Malgré ses limites, l'auto-évaluation semble utile à long terme pour refléter les différentes phases d'apprentissage, plus que l'évolution des performances. Une hétéroévaluation des compétences à débriefer le SAED serait intéressante. Former les formateurs aux compétences non techniques et outils de bonnes pratiques est essentiel pour optimiser la qualité des formations.

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Cahier technique, les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021. HAS ; 2021. ISSN : 2592-6446. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/cahier_technique_eigs_2021.pdf. Consulté le 25/11/2022.
- [2] Bijok B, Jaulin F, Picard P, et al. Recommandations de pratiques professionnelles - Facteurs Humains en situation de crise. SFAR-FHS ; 2022. Disponible sur : <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/09/Facteurs-Humains-en-situations-critiques.-SFAR-et-FHS.-RPP-2022.pdf>. Consulté le 31/10/2022.
- [3] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004 Oct;13 Suppl 1(Suppl 1):i85-90. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i85. PMID: 15465961; PMCID: PMC1765783.
- [4] Institute for Healthcare Improvement. SBAR Toolkit. Disponible sur : <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>
- [5] World Health Organization, Joint Commission. Communication during patient hand-overs. Patient safety solutions 2007;1(3). Disponible sur : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_8
- [6] Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
- [7] Abildgren L, Lebahn-Hadidi M, Mogensen CB, Toft P, Nielsen AB, Frandsen TF, et al. The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. Adv Simul. 2022; 7(1):12. <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00207-2>
- [8] Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. Hum Resour Health. 2020; 18(1):2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- [9] Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2011; 306(9):978–988.
- [10] Gaba DM, Howard SK, Fish KJ, Smith BE, Sowb YA. Simulation-Based Training in Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM): A Decade of Experience. Simul Gaming. 2001; 32(2):175-93.
- [11] L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, Benhamou D, Blanié A, Cerf C, Delmas V, Jourdain M, Lecomte F, Ouanes I, Garnier M, Mossadegh C. Simulation-based teaching in critical care, anaesthesia and emergency medicine. Anaesth Crit Care Pain Med. 2020; 39(2):311-326. doi: 10.1016/j.accpm.2020.03.010. PMID: 32223994.
- [12] Kirkpatrick D. Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. Train Dev; 1996:50–54.
- [13] Delmas Ve, Delmas Vi. Concept pédagogique : la roue des compétences du formateur en simulation en santé. Rev'Sims.2021; 2: 28-35. DOI: 10.48562/revsims-2021-0005

[14] De Meester, K. et al. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation* 2013;1192-6.

[15] Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ* 2011;50(2):79-87.

[16] Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual* 2009; 31:19-28.

[17] Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018; 8:e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

[18] Agency for healthcare research and Quality. TeamSTEPPS 2.0. 2015; Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>

[19] Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32:167-75. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(06\)32022-3](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32022-3)

[20] Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*. 2006;1(1):49-55.

[21] Compton J., Copeland K., Flanders S., Spetman M., Xiao Y., Kennerly D., Implementing SBAR across Large Multihospital Health System, *The Joint Commission Quality and Patient Safety*, 2012, June, 38,6: 261-70.

Pour citer cet article : Delmas V, Puisset T : Impact d'une formation de formateurs en simulation au débriefing du SAED. Rev'Sims. 2022;4 : 13-20. DOI : 10.48562/revsims-2022-0008

Mise en lumière

Synthèses d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022.

Coordination du colloque et de ses actes : Solenne Rive, chargée de missions Simulation, QualiREL Santé.

Le 20 mai 2022 s'est tenue à la Hall 6 ouest de Nantes, la 8^e édition du colloque régional annuel de simulation en santé, organisé en collaboration avec l'équipe de simulation nantaise.

Avec 76 participants et 15 intervenants, la journée a été qualifiée à l'unanimité de conviviale et riche en échanges et partages d'expériences.

Au programme, la découverte du projet « île de Nantes », futur plateau de simulation nantais, la présentation des programmes labellisés en 2021 et un bilan de la labellisation depuis sa création. Les participants ont également été conviés à des ateliers collaboratifs et de partage d'expérience autour de la question « comment faire progresser nos pratiques en simulation ? », et à des échanges sur les compétences non techniques, la gestion de crise, le patient simulé, l'interprofessionnalité et les fondamentaux de la conception d'un programme de simulation, pour terminer sur une discussion autour du futur de la simulation.

Les retours « à chaud » et issus de l'enquête de satisfaction réalisée après le colloque ont été très positifs. Ils ont toutefois souligné des temps d'ateliers trop courts sur les thématiques des compétences non techniques, la gestion de crise, le patient simulé, l'interprofessionnalité et les fondamentaux de la conception d'un programme de simulation.

C'est pourquoi vous trouverez dans les pages suivantes des synthèses de ces ateliers, réalisées par les animateurs d'atelier, permettant de bénéficier d'un résumé des échanges, notamment pour ceux n'ayant pas pu y participer, et donnant des pistes pour poursuivre les réflexions engagées avec les références bibliographiques sur les sujets échangés.



Mise en lumière

Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022. Construction d'un programme de simulation en santé : les fondamentaux.

Noémie Terrien, coordonnateur responsable, Structure Régionale d'Appui à la Qualité des Soins et la Sécurité des patients ; QualiREL Santé.

« Jamais la première fois sur l'apprenant »

Une quinzaine de personnes ont participé à cet atelier composé principalement de professionnels formateurs issus de structures accompagnant des apprenants en formation initiale (médecins, infirmiers, aide-soignants).
Les échanges de l'atelier se sont appuyés sur une question principale :

« Comment s'y prendre pour construire un programme de simulation en santé ? »

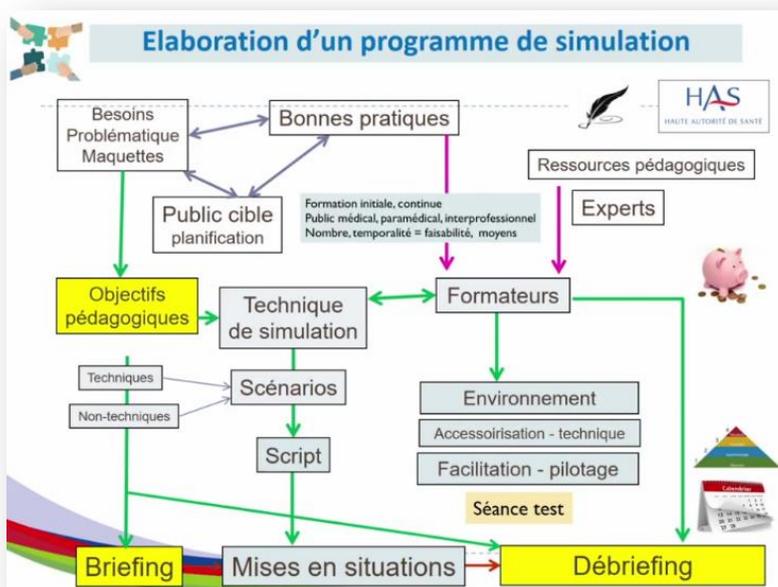
Un programme de simulation est un programme de formation et/ou d'analyse de pratiques et/ou de recherche qui utilise la simulation.

Décrets n°2011-2114 à 2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, chirurgiens-dentistes, médecins, sages-femmes, pharmaciens.

La Haute Autorité de Santé nous rappelle dans son guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé¹ qu'un programme de simulation peut en fonction des thématiques et des objectifs, comprendre d'autres méthodes (cours théoriques, ateliers pratiques, etc.). Cette approche est particulièrement vraie dans le déploiement de programme de simulation en santé auprès d'apprenants en formation initiale ; par exemple en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Quelque-soit les modalités d'intégration d'un programme de simulation dans un cursus d'apprentissage, sa construction répond à un processus défini et formalisé qui suit un plan structuré.

Après un brainstorming avec les participants de l'atelier, les différentes étapes pour l'élaboration d'un programme de simulation ont pu être schématisés et les points clés partagés.



Corinne Lejus ; atelier « Construction d'un programme de simulation en santé : les fondamentaux » ; Colloque régional de l'Espace Ressource Simulation en Santé du 20 mai 2022

¹ Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en Santé ; Haute Autorité de Santé ; 2012
©QualiREL Santé 2022

Les échanges ont porté principalement sur quatre aspects :

1. L'importance de l'analyse de la situation pour la définition des objectifs généraux et pédagogiques

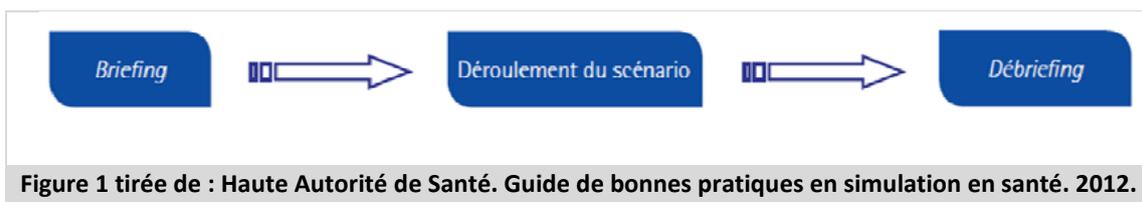
Le choix de déployer un programme de simulation en santé ne peut se baser que sur une **analyse de la situation** permettant la définition des **objectifs généraux et pédagogiques poursuivis**. Seule la contextualisation du besoin et de la problématique au regard du profil des apprenants et des recommandations en vigueur permettra de s'assurer d'un programme dans un objectif de résultats en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.

Cette première étape constitue la base fondatrice d'un programme de simulation en santé (choix des approches, des techniques et enfin construction du scénario).

2. La nécessaire mise en œuvre du briefing et du débriefing

Le programme de simulation débute par un temps de **briefing** qui est préparé et structuré par le formateur. Cette étape préalable contribue au bon déroulement du scénario.

Le débriefing est le temps d'analyse et de synthèse qui suit le déroulement du scénario. Il constitue un temps incontournable de l'apprentissage et de réflexion de la séance de simulation. Il porte sur l'analyse de la performance lors du déroulement du scénario dans une approche réflexive non culpabilisante.



3. Les compétences de formateurs

Au-delà de ses compétences pédagogiques et de son niveau d'expertise initial, tout formateur qui déploie un programme de simulation en santé doit détenir une formation spécifique à la simulation ou à défaut une validation de l'expérience reconnue par le responsable de l'infrastructure et/ou le responsable pédagogique et/ou scientifique. La Haute Autorité de Santé distingue, au sein de son guide sur les bonnes pratiques en simulation en santé, les spécificités de connaissances des formateurs occasionnels (moins de 6 séances par an) et des formateurs réguliers (plus de 6 séances de formation par an).

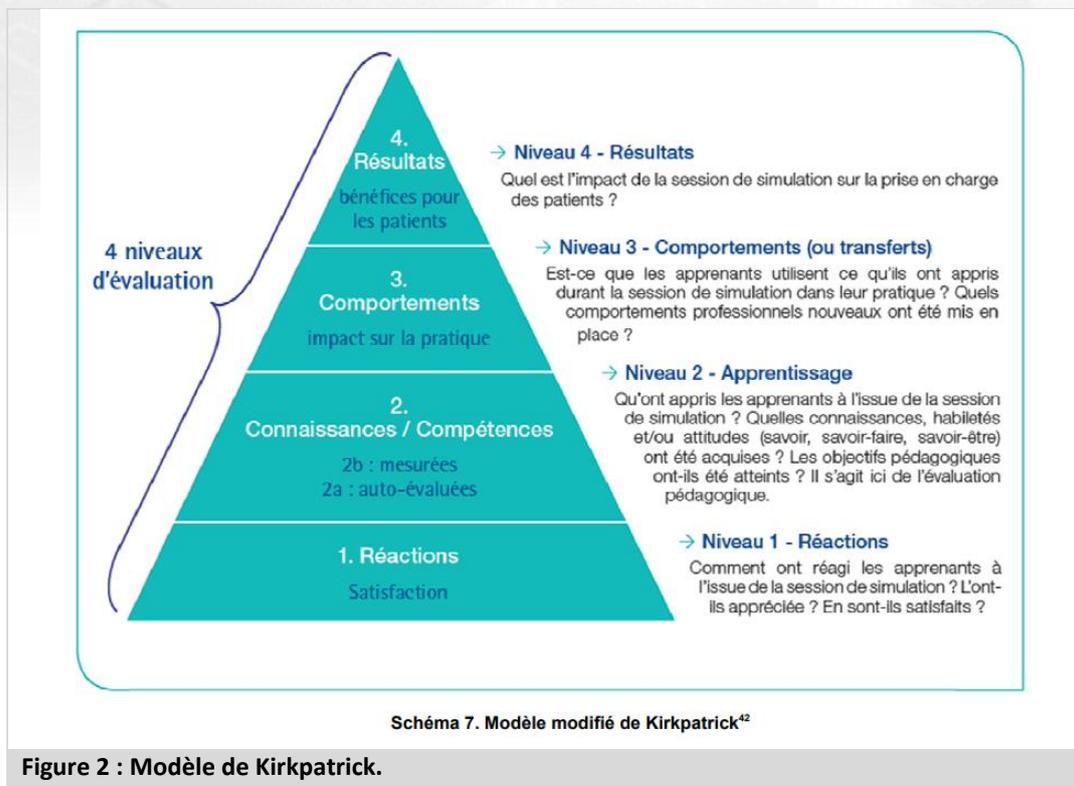
4. Le test des scénarios avant le déploiement de son programme

Afin de s'assurer que chaque scénario rédigé réponde bien à un ou plusieurs objectifs pédagogiques identifiés, ces derniers doivent répondre à un plan structuré et formalisé et sont parfaitement connus et maîtrisés des formateurs. Pour en assurer leur faisabilité de déclinaison, leur pertinence et leur compréhension par les apprenants, il est indispensable de les tester avant déploiement : « Jamais la première fois sur l'apprenant ! ».

Et après ? L'évaluation de son programme de simulation

L'évaluation est indispensable à tout processus de formation et doit s'appliquer aux apprenants, aux formateurs et aux programmes de simulation mis en œuvre.

L'évaluation doit permettre de démontrer l'impact du scénario sur sa capacité à répondre aux objectifs généraux et pédagogiques. Même si l'impact sur les comportements en situation réelle et sur les résultats de la prise en charge des patients est complexe à démontrer, la recherche de critères d'évaluation associés doit être systématiquement explorée.



Les fondamentaux / ressources à connaître

- Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Evaluation et amélioration des pratiques. Décembre 2012.
- Haute Autorité de Santé. Simulation en santé et gestion des risques. Guide méthodologique. Février 2019.
- SOFRASIMS (Société FRANçaise de SIMulation en Santé) : <https://sofrasims.org/>
- Espace Ressource Simulation en Santé des Pays de la Loire : www.simulationpdl.com

Pour citer cet article : Terrien N, Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 : Construction d'un programme de simulation en santé : les fondamentaux. Rev'Sims.2022;4 : 22-24. DOI : 10.48562/revsims-2022-0013

Mise en lumière

Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022. Simulation et interprofessionnalité

Dr Céline Longo, Praticien hospitalier urgentiste, responsable du CESU 44, CHU de Nantes.

Mme Rozenn Collin, Sage-femme coordinatrice, Réseau Sécurité Naissance.

Mme Nathalie Alglave, Coordinatrice générale du département des instituts de formation du CHU de Nantes.

Les objectifs que nous nous étions fixés pour cet atelier étaient :

- D'échanger autour de la simulation interprofessionnelle (SI),
- D'appréhender les enjeux et les limites de l'inter professionnalité en simulation,
- D'aborder les spécificités du débriefing en SI et de découvrir quelques outils utiles dans ce contexte.

Afin de poser le cadre de la discussion, nous avons défini la simulation interprofessionnelle comme étant une méthode pédagogique basée sur l'apprentissage expérientiel et réflexif à partir de la reproduction d'une situation de soin nécessitant, pour la prise en charge du patient, la collaboration entre professionnels de santé de professions différentes.

Les échanges sur l'intérêt de la SI ont permis de mettre en avant plusieurs bénéfices :

- Le renforcement de l'authenticité des situations de simulation, au plus proche des réalités du terrain professionnel et de la nécessaire collaboration entre professionnels,
- La nécessaire clarification des compétences propres à chaque type de professionnels impliqués,
- La perception et la meilleure connaissance des contraintes de chacun,
- La possible modification de la représentation des autres métiers,
- Le renforcement d'une complémentarité plus utile et plus efficiente entre les différents types de professionnels intervenants dans la prise en charge du patient et possiblement de ses proches,
- Le développement de compétences collectives,
- L'amélioration de la communication inter professionnelle,
- Le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur le plan relationnel, l'inter professionnalité conduit à des ajustements les uns vis-à-vis des autres, induit des stimulations réciproques, fait intervenir la solidarité, mais aussi les jeux d'influence et de pouvoir entre les apprenants. Il y a donc un enjeu à développer les représentations, les savoirs, les compétences, les valeurs communes.

La SI permet de dire et de construire la complexité du « travailler ensemble », sans ignorer pour autant les différentes contraintes des uns et des autres. Chacun doit pouvoir être pleinement soi-même, mais avec d'autres et parmi d'autres, dans une relation de confiance et de collaboration tant vis-à-vis de l'équipe de professionnels qu'auprès des usagers.

Des contraintes et des limites ont également été relevées qui peuvent compliquer la mise en place des SI

Des contraintes organisationnelles tout d'abord, en lien avec :

- Les participants : Inscription simultanée des différents professionnels en nombre adapté, au plus proche de la réalité du terrain : gestion des curriculums, gestion des plannings...,
- Les formateurs : disponibilités simultanée des formateurs attendus.

Des limites liées aux objectifs de simulation et au débriefing :

- Les objectifs seront centrés plutôt sur les compétences non techniques,
- Lors du débriefing, il faudra veiller à équilibrer les temps d'expression,
- Il faudra également veiller à ne pas axer uniquement sur le leadership mais proposer des pistes relatives aux inter-relations humaines dans le cadre professionnel.

Des contraintes (limites) au niveau des formateur(s) :

- Le co-débriefing interprofessionnel est un exercice pouvant être difficile,
- Les formateurs devront être formé(s) au débriefing des compétences interprofessionnelles,
- Les objectifs pédagogiques et les messages clés à délivrer doivent être cohérents,
- La place et du temps de parole de chaque profession doivent être respectés.

Particularités du débriefing en SI

- Préparation des équipes au débriefing par un briefing clair et non improvisé, intégrant les spécificités liées à l'inter professionnalité.
- Préparation du débriefing par un court temps de concertation entre les formateurs à l'issue du scénario, avant d'animer le débriefing :
 - Evaluation de l'inter professionnalité : débriefing axé sur les compétences non techniques :
 - Communication interprofessionnelle,
 - Travail d'équipe, notion de leadership / followership,
 - Résolution de conflits,
 - Interruption de tâche,
 - Soutien mutuel...
 - Il faudra veiller à ne pas multiplier les points de vue sans jamais pouvoir les croiser, ce qui aboutirait à un empilement d'analyses, de remarques, de résultats, qui ne feraient pas sens pour l'ensemble du groupe.

Les outils

Team STEPPS® (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*):

Méthode permettant d'améliorer les interactions au sein d'une équipe soignante, au service de la sécurité des patients.

C'est une boîte à outils qui s'appuie sur 4 axes :

- **La communication** : formalisée, compréhensible par tous, favorisant l'échange d'informations importantes,
- **Le leadership** : communication du plan de soin à chacun, monitoring de la situation, anticipation des besoins de l'équipe, gestion des ressources, valorisation des comportements,
- **La connaissance et monitoring de la situation** : représentation partagée de la situation, remontée des informations importantes vers le leader et redistribution qui permet de soutenir le fonctionnement de l'équipe,
- **Le soutien mutuel** : entraide, feedback, gestion de conflit, gestion des prises de paroles.

Pour chacun de ces 4 axes, des outils sont proposés.

Pour la communication par exemple : le SCAR (situation, contexte, appréciation, recommandation ; l'équivalent de l'outil SAED en français), la communication en boucle fermée, l'annonce à voix haute, les transmissions structurées

Pour en savoir plus :

Télécharger l'appli : TeamSTEPPS® 2.0

Anthony Staines, Christian Baralon, Alexandre Farin
TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients Risques & qualité 2016 - VOLUME XIII - N° 3

TS
2.0



Team emergency assessment :

Echelle d'évaluation destinée à évaluer les compétences non techniques d'une équipe lors de la simulation d'une situation critique. Cette échelle a été traduite en Français et validée par une équipe grenobloise.

Pour en savoir plus :

Maxime Maignan, François-Xavier Koch, Jordane Chaix, Pierre Phellouzat, Gery Binauld, Roselyne Collomb Muret, Simon J. Cooper, José Labarèref, Vincent Danel, Damien Viglino, Guillaume Debaty. *Team Emergency Assessment Measure (TEAM) for the assessment of nontechnical skills during resuscitation: Validation of the French version.* Resuscitation 101 (2016) 115-120

Mesure d'Evaluation d'une Equipe d'Urgence (TEAM) 

Introduction
Ce questionnaire de compétences non-techniques a été conçu pour une évaluation observationnelle permettant une notation valide, fiable et réalisable des équipes d'urgence médicale (par exemple les équipes de réanimation et de traumatologie). Le questionnaire devra être complété par des cliniciens experts pour une évaluation précise de la performance et un retour d'information sur le leadership de l'équipe, sur le travail en équipe, sur la compréhension de la situation et sur la gestion des tâches. Des suggestions d'aide à l'évaluation sont proposées s'il y a lieu. L'échelle suivante devra être utilisée pour chaque item :

Jamais/Presque jamais	Rarement	A peu près la moitié du temps	Souvent	Toujours/Presque toujours
0	1	2	3	4

Identification de l'équipe
Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____
Chef d'équipe : _____ Equipe : _____

Leadership : partant du principe que le chef d'équipe est soit désigné, soit qu'il se soit dégage par rapport au reste de l'équipe ou qu'il soit le expérimenté. Si aucun chef d'équipe n'apparaît, répondez par « 0 » à la question 1 et « 0 » à la question 2.

	0	1	2	3	4					
1. Le chef d'équipe a informé l'équipe de ce que l'on attendait d'elle en donnant les directives et les ordres.										
2. Le chef d'équipe a maintenu une perspective globale. Suggestions : contrôle des procédures cliniques et de l'environnement ? Restar « non-interventionniste » selon le cas. Délégation appropriée.										
Travail en équipe : Les évaluations devront inclure l'équipe en totalité, c'est-à-dire le chef d'équipe et l'équipe collectivement (à plus ou moins grande échelle)										
3. L'équipe a communiqué de façon efficace. Suggestions : communication verbale, non-verbale et écrite.										
4. L'équipe a travaillé ensemble pour compléter à bien les tâches requises en temps voulu.										
5. L'équipe a agi avec sang-froid et de façon contrôlée. Suggestions : émotions appropriées ? Problèmes de la gestion des conflits ?										
6. Le moral de l'équipe était positif Suggestions : soutien approprié, confiance, esprit, optimisme, détermination ?										
7. L'équipe s'est adaptée aux changements de situation Suggestions : Adaptation dans leur rôle professionnel ? Changements de situation : dégradation de l'état de santé du patient ? Changements dans l'équipe ?										
8. L'équipe a contrôlé et réévalué la situation.										
9. L'équipe a anticipé les actions possibles. Suggestions : préparation du défibrillateur, médicaments, équipement des voies aériennes.										
Gestion des tâches										
10. L'équipe a identifié ses priorités										
11. L'équipe a suivi les standards et les directives homologués. Suggestions : certaines dérogations peuvent être appropriées.										
Dans l'ensemble	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Sur une échelle de 1 à 10, donnez votre note globale sur les performances non-techniques de l'équipe.										

Références

Anthony Staines, Christian Baralon, Alexandre Farin.

TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients Risques & qualité 2016 - VOLUME XIII - N°3

Maxime Maignan, François-Xavier Koch, Jordane Chaix, Pierre Phellouzat, Gery Binauld, Roselyne Collomb Muret, Simon J. Cooper, José Labarèref, Vincent Danel, Damien Viglino, Guillaume Debaty.

Team Emergency Assessment Measure (TEAM) for the assessment of nontechnical skills during resuscitation: Validation of the French version. Resuscitation 101 (2016) 115-120

Pour citer cet article : Longo C, Collin R, Alglave N, Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 : Simulation et interprofessionnalité. Rev'Sims.2022;4 : 25-27. DOI : 10.48562/revsims-2022-0012

Mise en lumière

Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022. Simulation et compétences non techniques.

Dr Véronique Delmas, Responsable du CAP'Sim, CH Le Mans.

« L'erreur est humaine » est un adage répandu. Le taux d'erreur humaine en situation d'activité serait de 2 à 10 par heure. Ce taux varie avec le stress, la fatigue, l'expérience, le temps, l'ergonomie, ... Dans toute activité humaine, il est d'ailleurs reconnu depuis de nombreuses années que les facteurs humains seraient impliqués dans près de 70% des erreurs ou incidents. Même si ce taux semble aujourd'hui surestimé, les facteurs humains restent un facteur contributif majeur des événements indésirables associés aux soins. Mais, on l'oublie souvent, également un facteur contributif de performance. Ainsi comme une pièce à 2 facettes, l'être humain peut être autant faillible que performant.

Le but ultime des formations par simulation est d'optimiser la qualité et la sécurité des soins. Alors comment, dans les soins, tendre vers la performance (= qualité des soins) et limiter la faillibilité humaine ?

James Reason disait : « La sécurité d'une activité ne peut être assurée par l'unique recherche de la suppression de l'erreur. Il s'agit plutôt de rendre l'activité robuste à l'erreur ». Probablement une des clés de la réussite à ce défi. Et pour cela, il semble utile de s'intéresser plus précisément aux facteurs humains. Pour la 1^{ère} fois dans le domaine de la santé, des recommandations sont parues récemment sur la thématique « Facteurs Humains en soins critiques ». Un comité de 19 experts issus du groupe Facteurs Humains en Santé et de la SFAR (Société Française en Anesthésie-Réanimation) a formulé 21 recommandations avec accord fort selon la méthodologie GRADE® en identifiant quatre champs différents : communication, organisation, formation et environnement de travail. Les experts suggèrent notamment que les équipes soignantes confrontées aux situations critiques soient formées aux facteurs humains afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient [1]. Même si ces recommandations concernent les soins critiques, elles sont transposables à toute activité de soins.

Focus EIGS

En santé, l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2017 à 2021 de la Haute Autorité de Santé témoigne que :

- Dans presque 80% des analyses, au moins 2 causes profondes ont été identifiées
- Les facteurs liés à l'équipe sont retrouvés dans 44% des EIGS
- Parmi les EIGS en lien avec les facteurs liés à l'équipe, la communication interprofessionnelle est retrouvée dans 60 % des cas et les transmissions dans 40%.
- Le taux d'évitabilité des EIGS est stable aux environs de 50% [*].

Dans le rapport ENEIS 3, le taux d'évitabilité semble plus bas, mais entre 50 000 et 130 000 événements seraient évitables par an pendant les hospitalisations et entre 100 000 et 200 000 admissions seraient dues à un EIG évitables par an. Les facteurs liés aux conditions de travail des équipes apparaissent plus souvent contributifs à la survenue des EIG. Parmi les EIG pendant l'hospitalisation, les défaillances humaines sont retrouvées dans 20% des cas, la communication interprofessionnelle dans 15%, les défauts d'organisation des tâches dans 13%, la composition de l'équipe inadéquate dans 10% [**].

[*] Haute Autorité de santé. Cahier technique, les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021. HAS ; 2021. ISSN : 2592-6446. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/cahier_technique_eigs_2021.pdf. Consulté le 25/11/2022.

[**]. Michel P, Quenon JL, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A, et al. Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? Bull Epidémiol Hebd. 2022; (13):229-37. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_2.html. Consulté le 28 août 2022.

La simulation en santé est un outil reconnu pour développer les compétences non techniques (CNT). Le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé évoquait déjà en 2012 les compétences non techniques parmi les 12 bonnes pratiques de débriefing (« les formateurs et participants doivent privilégier les discussions sur le travail en équipe », « les comportements et interactions d'équipe performante doivent faire l'objet de descriptions ciblées ») [2]. En 2019, les 1^{ères} recommandations nationales portant sur la simulation en soins critiques posaient un accord fort pour utiliser la simulation afin de développer les compétences non techniques des professionnels médicaux et paramédicaux en formation initiale et continue [3].

Pour cet atelier, les participants ont travaillé pendant 15 min en 4 sous-groupes portant sur les thématiques suivantes :

- Quelles sont les CNT pouvant être enseignées /intégrées en simulation ?
- Quelles sont ou peuvent être les difficultés concernant les CNT en simulation ?
- Quelles sont les pistes pour favoriser l'intégration des CNT en simulation ?
- Quelles sont les compétences nécessaires au formateur pour intégrer les CNT en simulation ?

Chaque groupe a ensuite restitué ses échanges. Ces échanges nous ont permis d'identifier les principales difficultés rencontrées par les formateurs comme : savoir définir une CNT, connaître et nommer les différentes CNT, connaître les outils ou bonnes pratiques de sécurité permettant de renforcer les CNT, gérer les contraintes de la simulation interprofessionnelle, adapter les techniques de débriefing.

Ainsi, pour aider à mieux intégrer les CNT dans nos formations par simulation, quelques pistes ont été présentées réparties en 3 axes (figure 1).

Focus compétences non techniques

Les compétences non-techniques font référence au savoir-être et sont définies comme les compétences cognitives et sociales qui contribuent à mener une tâche de façon efficace.

Que ce soit dans le domaine aéronautique ou dans le domaine de la santé, les compétences non techniques ont déjà été décrites, et classifiées.

Au décours des programmes de formation au Crew Ressource Management (CRM) des compagnies aériennes et de la NASA, les NOTECHS ont posé la taxonomie européenne des compétences non techniques des pilotes et la méthode de notation associée [*].

Dans le domaine de la santé, les CRM ont servi de modèle pour les ACRM [**] pour optimiser les compétences non techniques des anesthésistes. Le système ANTS est un outil pour les évaluer. Il comprend quatre catégories de compétences et quinze éléments avec une définition et quelques exemples de bons et mauvais comportements qui pourraient y être associés [***].

[*] Flin R, Martin L, Goeters K-M, Hörmann H-J, Amalberti R, Valot C, Nijhuis H. Development of the NOTECHS (non-technical skills) system for assessing pilots' CRM skills. *Human Factors and Aerospace Safety*.2003; 3(2): 95-117

[**] Howard, S., Gaba, D., Fish, K., Yang, G., & Sarnquist, F. (1992). Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviat Space Environ Med*. 1992 Sep;63(9):763-70.

[***] Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Rating non-technical skills: developing a behavioural marker system for use in anaesthesia. *Cogn Tech Work*. 2004;6, 165–171

[***] Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia*. 2003;90(5):580-8.

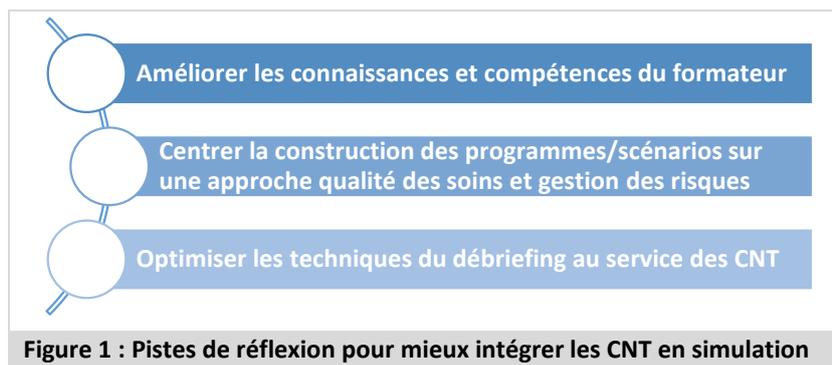
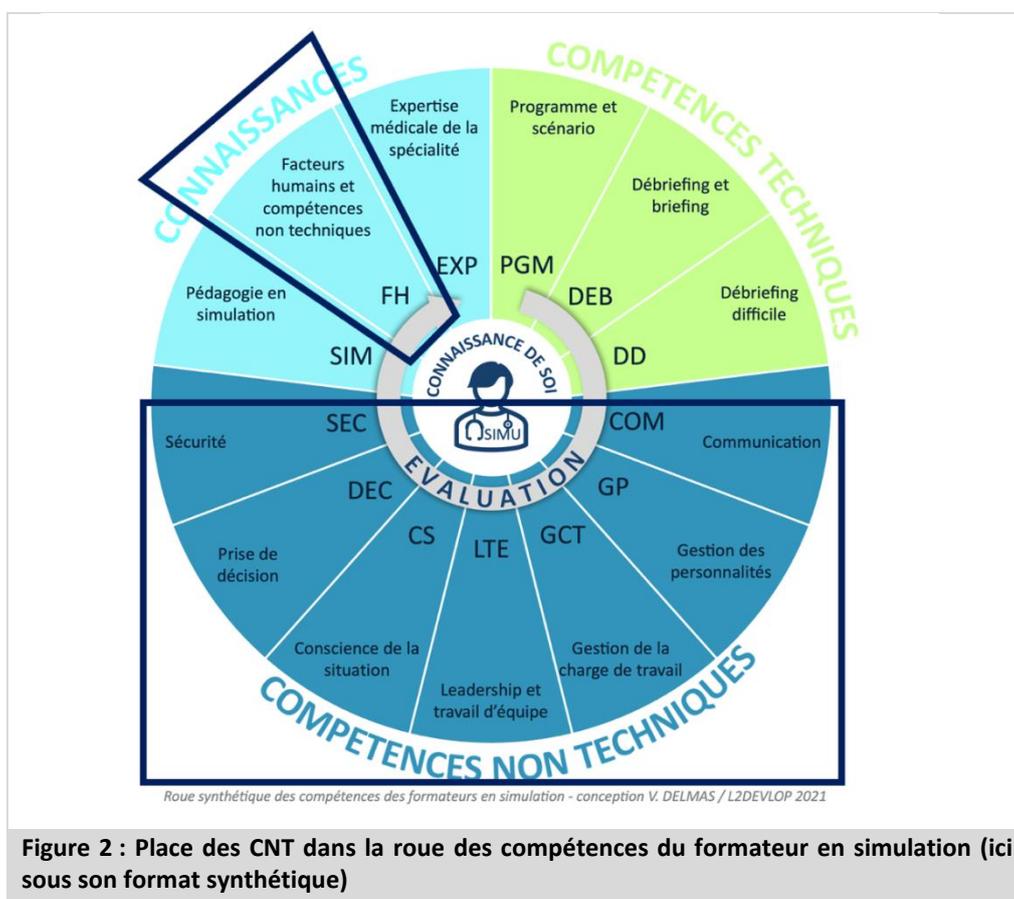


Figure 1 : Pistes de réflexion pour mieux intégrer les CNT en simulation

1^{er} axe : Améliorer les connaissances et compétences du formateur.

Les compétences des formateurs en simulation ont été déclinées dans la roue des compétences du formateur [4]. On y retrouve 3 types de ressources : les connaissances, les compétences techniques et les compétences non techniques. Cette roue décrit les compétences socles et les sous compétences qui y sont rattachées. Elle permet de référencer de manière globale et synthétique les compétences du formateur en simulation. Et ainsi elle peut servir de support pour définir les objectifs que ce soit en formation initiale, en formation continue, en auto ou hétéro-évaluation [4]. Les compétences non techniques en représentent la majorité (figure 2). La formation initiale est souvent centrée sur la pédagogie en simulation et la découverte des facteurs humains. Les formations continues doivent porter notamment sur les techniques de perfectionnement de débriefing et sur les facteurs humains.



Pour atteindre des simulations performantes pour développer les compétences non techniques des soignants, on peut souligner l'importance :

- D'avoir une connaissance socle en facteurs humains,
- De connaître les compétences non techniques débriefées,
- De connaître les outils de bonnes pratiques de sécurité,
- De connaître les grilles d'évaluation des CNT,
- De se former à débriefier les CNT.

2^{ème} axe : Centrer la construction des programmes/scénarios sur une approche qualité des soins et gestion des risques.

Même si la finalité de la simulation est d'améliorer les soins, la simulation est trop souvent appréhendée sous le prisme d'outil de formation. Changer de point de vue et appréhender la simulation comme outil de gestion des risques permet au formateur de mieux intégrer les CNT en simulation.

Pour centrer la construction des programmes/scénarios sur une approche qualité et gestion des risques, citons par exemple l'importance de :

- Savoir identifier les besoins de l'équipe au-delà des besoins techniques (exemple : lorsqu'un besoin de formation à l'ACR dans un service est identifié, il faut faire émerger le besoin de former également au travail en équipe),
- Savoir puiser l'inspiration dans les EI et notamment lorsque les causes racines sont des défaillances d'équipe ou de communication,
- Favoriser la simulation interprofessionnelle et interdisciplinaire,
- Ne pas avoir trop d'objectifs pédagogiques (...une règle d'or en simulation !),
- Savoir cibler les sous compétences en objectifs pédagogiques plutôt que les compétences génériques (par exemple : « identifier un leader » et « se répartir les tâches » plutôt que « savoir travailler en équipe »).

3^{ème} axe : Optimiser les techniques du débriefing au service des CNT.

Le débriefing est un art complexe en simulation en santé. Certaines études témoignent de la difficulté des formateurs à acquérir les compétences nécessaires au débriefing, ou encore à appréhender la dimension non technique liées aux soins. Même si les techniques de débriefing sont adaptées quel que soit l'objectif pédagogique visé technique ou non technique, débriefier les compétences non techniques est souvent plus complexe.

Au-delà de la connaissance des CNT et outils de bonnes pratiques de sécurité, quelques pistes peuvent aider pour débriefier les CNT :

- Préparer le débriefing en amont,
- Avoir une grille de débriefing générale intégrant les objectifs pédagogiques non techniques,
- Connaître / utiliser une grille d'évaluation des CNT,
- Comprendre les différentes pistes d'ouverture pendant le débriefing :
 - Savoir écouter les « perches » tout au long du débriefing et les utiliser lorsque l'on veut aborder notre objectif pédagogique non technique,
 - Comprendre les liens entre les différentes CNT permettant parfois souvent d'accéder par plusieurs chemins cognitifs à l'objectif non technique ciblé,
 - Optimiser la conscience de situation et la prise de décision du formateur,
- Savoir clarifier son message pédagogique :
 - Faire comprendre le concept de la CNT visée,
 - Faire comprendre l'intérêt d'un outil ou bonne pratique de sécurité pour favoriser son adhésion,
 - Savoir individualiser le choix de l'intérêt de l'outil à l'apprenant,
- Utiliser la technique advocacy-inquiry (de la technique de débriefing good judgment),
- Savoir choisir entre une analyse avec approche chronologique ou approche « pavé »,
- Utiliser la vidéo/arrêt sur image pendant le débriefing.

Ces pistes sont bien sûr non exhaustives. Mais cet atelier a permis de mettre en avant l'importance de s'intéresser à la spécificité du développement des compétences non techniques par la simulation et d'ouvrir des pistes de réflexion pour répondre à cet enjeu.

Références

- [1]. Bijok B, Jaulin F, Picard P, et al. Recommandations de pratiques professionnelles - Facteurs Humains en situation de crise. SFAR-FHS; 2022. Disponible sur : <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/09/Facteurs-Humains-en-situations-critiques.-SFAR-et-FHS.-RPP-2022.pdf>. Consulté le 31/10/2022
- [2] Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS ; décembre 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf . [Consulté le 05/10/2020]
- [3]. L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, Benhamou D, Blanié A, Cerf C, Delmas V, Jourdain M, Lecomte F, Ouanes I, Garnier M, Mossadegh C. Simulation-based teaching in critical care, anaesthesia and emergency medicine. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020 ;39(2):311-326. doi: 10.1016/j.accpm.2020.03.010. PMID: 32223994.
- [4]. Delmas Ve, Delmas Vi. Concept pédagogique : la roue des compétences du formateur en simulation en santé. *Rev'Sims*.2021;2 : 28-35. DOI : 10.48562/revsims-2021-0005

Pour citer cet article : Delmas V. Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 : Simulation et compétences non techniques. Rev'Sims.2022;4 : 28-32. DOI : 10.48562/revsims-2022-0010

Mise en lumière

Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022. Le patient simulé.

Emilie Bobillot, comédienne, violoniste, formatrice patient simulé, compagnie unions libres.
Dr Aude Mounier, Responsable du Centre de Formation Permanente, CHU de Nantes.

Le patient simulé est une personne soit malade, en traitement et stable, soit bien portante et acceptant de participer à la formation des professionnels de santé [1]. Il restitue la dimension émotionnelle et les enjeux de communication inhérents à la relation soignant-soigné.

Le patient simulé est formé pour :

- interpréter l'histoire d'un vrai patient,
- pour reproduire systématiquement les signes cliniques, la personnalité, le langage corporel et les réactions émotionnelles définis dans un scénario [2].

Lors de cet atelier, nous avons tout d'abord souhaité connaître les différentes pratiques de travail avec patient simulé. Les pratiques diffèrent selon les structures :

- Professionnels de santé en exercice ou à la retraite, acceptant cette mission comme un « rôle ». Ils peuvent faire partir d'une troupe de théâtre amateur.
- Patients identifiés en lien avec la Direction des usagers
- Acteurs professionnels ou bénévoles, sans lien avec le milieu du soin.

Nous avons ensuite proposé aux participants de constituer deux sous-groupes, avec les objectifs suivants :

- a. S'approprier le modèle de scénario proposé par la SoFraSimS [3] et identifier les items pouvant leur être utiles dans leur pratique.
- b. Concevoir un scénario, à plusieurs, en confrontant les points de vue et expériences.
- c. Identifier les spécificités de la conception d'un scénario avec patient simulé. Comment lui transmettre les enjeux du scénario ?

Pour travailler spécifiquement sur ce dernier objectif, comme lors d'une séance de simulation, nous avons proposé à un sous-groupe de simuler la présentation de son scénario à Emilie Bobillot, comédienne, patiente simulée et investie pour le développement de cette pédagogie.

Par son intervention, E.Bobillot propose plusieurs pistes de réflexion à envisager selon les formations développées :

- Sélection du patient simulé, compétences requises.
- Professionnel ou amateur ? Formation et accompagnement du patient simulé ?
- Comment assurer sa sécurité [2], supervision du jeu de rôle [1] ?
- Homogénéité entre le niveau attendu de la part de l'équipe pédagogique et le niveau de la formation (jeu de rôle simple, feed-back, évaluation de l'apprenant, standardisation du jeu).
- Notion de mouvement. Concevoir le jeu du patient simulé comme un tout en mouvement plutôt qu'un enchaînement d'images arrêtées.
- En tant qu'acteur, qu'est-ce que je connais que je ne connais pas ?
- Rapport au réalisme.
- « Cultiver le rôle ensemble »
- Qu'est-ce que cet acteur a questionné de votre préparation de scénario ?
- Le formateur est expert des enjeux de formation, de la réalité de terrain (patient soignant), l'acteur professionnel de la construction (coulisses) pour faire émerger la réalité en simulation.
- L'acteur questionne en creux le scénario pour identifier les enjeux de la scène et du personnage.

Références et outils

1. Boet S, Savoldelli G, Granry J-C. La simulation en santé - De la théorie à la pratique. Paris : Springer Paris; 2013.
2. Haute Autorité de Santé HAS. Simulation en santé et gestion des risques. Guide méthodologique. Février 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf [Consulté le 7 juillet 2022]
3. SoFraSimS. Modèle de scénario dans le cadre de la simulation humaine (patient simulé)
Groupe de travail de la SoFraSimS
<https://sofrasims.org/wp-content/uploads/2022/01/SoFraSimS-Comite%CC%81-Patient-Simule%CC%81-Trames-de-scenarios-avec-PS.pdf> [Consulté le 7 juillet 2022]
4. Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, Thompson TM, Wallace A, Gliva-McConvey G. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). Adv Simul (Lond). 2017 Jun 27;2:10. doi: 10.1186/s41077-017-0043-4. PMID: 29450011; PMCID: PMC5806371.
5. SoFraSimS. Référentiel sur l'élaboration de scénarios de simulation en immersion clinique. Groupe de travail de la SoFraSimS
<https://sofrasims.org/wp-content/uploads/2019/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-Scenario-Simulation-Sofrasims.pdf>. [Consulté le 7 juillet 2022]
6. Delmas Ve, Delmas Vi. Concept pédagogique : La roue des compétences des formateurs en simulation en santé. Rev'SimS. 2021 ;2 : 28-35. DOI : 10.48562/revsims-2021-0005.

Pour citer cet article : Bobillot E, Mounier A. Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 : Le patient simulé. Rev'Sims.2022;4 : 33-34. DOI : 10.48562/revsims-2022-0014

Mise en lumière

Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022. Gestion de conflits au bloc opératoire et simulation

M. Arnaud Espinet, Responsable pédagogique IADE, Cadre formateur école d'infirmier anesthésiste.
Pr Jean-Claude Granry, Professeur Honoraire des Universités.

Le collège français d'anesthésie Réanimation a réalisé une enquête nationale entre novembre et décembre 2018, sur 1916 répondants professionnels de santé exerçant dans les blocs opératoires, plus de 90% des personnes interrogées exprimaient le fait d'avoir rencontré un ou des conflits lors de leurs exercices professionnels.

Dans les conclusions de cette enquête datant de Juin 2019, le CFAR préconise la création de session de simulation autour de la thématique du conflit au bloc opératoire.

Cette expérience de la simulation de conflit au bloc opératoire a été menée au Centre All'Sims de Angers, dans le cadre d'un travail de recherche pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, en date du 5 avril 2019.

Le scénario qui avait été élaboré pour cette session, reprenait un conflit au bloc opératoire entre un chirurgien et les membres de l'équipe d'anesthésie lors d'une prise en charge d'un patient sous rachianesthésie.

Les apprenants étaient composés d'un interne d'anesthésie et d'un infirmier anesthésiste ainsi qu'une cadre de santé, à qui il était demandé d'intervenir une fois les composants du conflit en place.

Les éléments du débriefing étaient axés sur la gestion des émotions, la communication non violente, ainsi que les éléments conceptuels autour du conflit et les éléments constitutifs à repérer.

Le schéma de la campagne #1patient#1équipe du CFAR présentait d'ailleurs très bien les 2 enjeux autour du conflit : la prévention et la gestion.

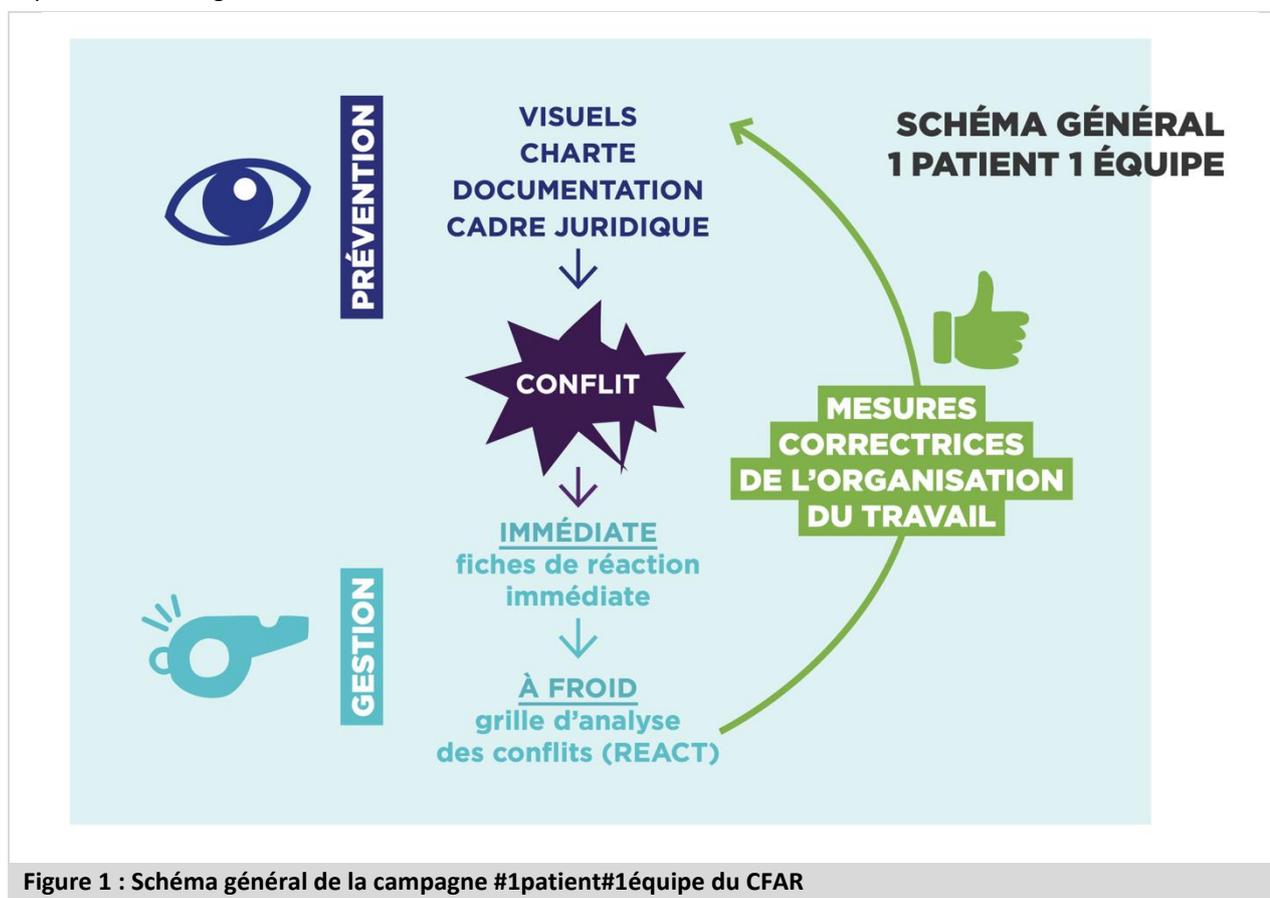


Figure 1 : Schéma général de la campagne #1patient#1équipe du CFAR

S'il est difficile d'apporter des éléments de résolution transférables à tous les conflits, le CFAR a travaillé deux fiches de réaction immédiate autour du conflit et ces documents accessibles via le site de la Société Française d'Anesthésie Réanimation étaient remis à l'issue de la session de simulation.

FICHE DE RÉACTION IMMÉDIATE

COMMENT S'INTERPOSER EN CAS DE CONFLIT AIGU ENTRE PROFESSIONNELS ?

À FAIRE

- 1 Intervenir lorsque chacun est accessible émotionnellement, en se plaçant dans le champ de vision.
- 2 Adopter un ton calme.
- 3 Ecouter les deux protagonistes sans juger ni prendre parti, en imposant de parler à tour de rôle
- 4 Reformuler à haute voix les points de vue pour montrer que vous avez compris les problématiques de chacun
- 5 S'assurer que cette reformulation traduit bien la pensée de chacun en la faisant valider par chacune des parties.
- 6 A partir de ce consensus, encourager à la communication autour de la recherche d'une solution de compromis.

À NE PAS FAIRE

- 1 Monter le ton
- 2 Prendre parti
- 3 Juger
- 4 Commenter « vous savez de quoi vous avez l'air ? » « ce n'est pas digne de toi, de vous » « réglez-ça dehors entre vous » « pas devant les malades »
- 5 Donner des injonctions: « calmez-vous ! »
- 6 Faire appel à la raison « soyez raisonnable » « pensez aux autres, aux patients »
- 7 Prendre une position d'autorité « je suis responsable, je ne peux pas admettre ça... »
- 8 S'interposer physiquement avec force

FICHE DE RÉACTION IMMÉDIATE

COMMENT RÉAGIR FACE À UN COMPORTEMENT HOSTILE ?

- 1 Toujours rester concentré sur les soins et la situation du patient
- 2 Adopter soi-même un ton et une attitude calme, se montrer direct et honnête en restant respectueux et positif.
- 3 Intervenir lorsque l'autre est accessible émotionnellement (attendre que l'émotion redescende).
- 4 Apaiser la tension en communiquant sur une intention positive pour montrer que vous souhaitez être constructif pour améliorer la situation.
- 5 Ecouter attentivement sans juger, que l'on soit d'accord ou non avec les dires.
- 6 Reformuler afin de montrer votre compréhension du point de vue de l'autre.
- 7 Demander à l'autre la confirmation de la bonne compréhension du problème.
- 8 A partir de ce consensus, encourager à la communication autour de la recherche d'une solution de compromis

3 ATTITUDES CONTRE-PRODUCTIVES

- 1 Éviter ou fuir
- 2 Se montrer agressif en retour
- 3 Répondre de façon sarcastique

COMMENT EXPRIMER UN DÉSACCORD ? Avec la méthode DESC, en 4 étapes :

- ↳ **D**écrire les faits ou la situation (ne pas utiliser le "tu" ou le "vous")
- ↳ **E**xprimer une opinion, un ressenti ou une émotion sur les faits constatés (utiliser le "je")
- ↳ **S**olutions:
 - Exprimer ses besoins par rapport au résultat positif recherché centré sur le patient
 - Formuler une demande claire et qui ouvre à la négociation
- ↳ **C**onséquences positives : mettre en évidence les avantages de cette solution pour les deux parties

#IPATIENTEQUIPE
WWW.CFAR.ORG

Figure 2 : Fiche de réaction immédiate en cas de conflit - CFAR

Ces documents de réponse immédiate, sont avant tout un outil proposé pour les personnels de santé qui pourraient être exposés à un conflit afin d'essayer de le résoudre.

Mais d'autres éléments sont apportés dans la gestion du conflit, ainsi un rappel sur les possibilités juridiques de résolution secondaire des conflits était présenté, avec les voies institutionnelles par le recours hiérarchique pouvant aller jusqu'à des espaces de négociation de médiation ou d'arbitrage pouvant in fine conduire au recours en justice selon la gravité des faits reprochés.

D'autres éléments plus à visée prophylactique ont été discutés entre les différents intervenants lors de ces journées. L'apparition des chartes de bon fonctionnement ou de vie en communauté professionnelle, la création par la HAS d'un programme collaboratif pluri professionnel d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) dénotent de la prise en compte de cette problématique et de son importance.

Références

Espinet, A. (2019). Simuler pour manager le conflit au bloc opératoire [Mémoire de Master, Faculté de droits et de gestion Université d'Angers].

<https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/TIP-final-revu1.pdf>

Campagne #1patient#1équipe :

<https://sfar.org/1-patient-1-equipe/>

<https://cfar.org/wp-content/uploads/2019/03/dossier-presse-BD.pdf>

Programme PACTE :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

Pour citer cet article : Espinet A, Granry JC. Synthèse d'atelier du colloque régional de l'ERSS du 20 mai 2022 : Gestion de conflits au bloc opératoire et simulation. Rev'Sims.2022;4 :35-37. DOI : 10.48562/revsims-2022-0011

Cas de simulation

Fusion de deux simulations : comment mener le débriefing long qui s'en suit ?

Dr Lydie Pecquenard, PH ; Cap'Sim – Centre d'apprentissage par la simulation du Centre Hospitalier Le Mans

Contexte

Le CAP'Sim propose aux professionnels du bloc opératoire une formation par simulation sur la Check-List. Il s'agit d'une formation continue proposée de façon cyclique aux mêmes professionnels. Chaque nouveau cycle (appelé saison) implique une progression des objectifs et une évolution des scénarios. Pour la saison 2, le format comprenait 1 première mise en situation autour des étapes 1 et 2 de la Check-List et 1 scénario autour de l'étape 3. Depuis le début de cette saison, les apprenants nous ont fait part régulièrement de leur difficulté à

« entrer » dans la 2ème mise en situation. Ce ressenti peut s'expliquer par une asymétrie de durée entre les scénarios, entraînant :

- Des apprenants « sortis » de la situation du fait de la durée et du contenu riche du débriefing de la 1ère mise en situation ;
- Un court briefing pour la 2ème mise en situation, s'agissant de la poursuite de la situation précédente ;
- Une durée courte de cette 2ème mise en situation.

Solutions immédiates

Pour pallier cette situation, l'équipe pédagogique a choisi de modifier le déroulement de la formation, tout en respectant les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (1) :

- Accueil, briefing général et de salle ;
- Fusion des deux mises en situation en une seule avec une interruption ;
- Pendant ce temps :
 - Reconfiguration de la salle de simulation pour la suite du scénario ;
 - Apprenants sortis dans le couloir avec recueil du ressenti pour cette première phase, puis briefing rapide de la suite de la mise en situation ;
- Débriefing au décours de cette dernière :
 - Phase de ressenti pour la 2ème étape ;
 - Analyse par pavé, en lien avec les objectifs pédagogiques, de l'ensemble des deux temps de la mise en situation ;

- Synthèse sur l'ensemble pour chaque apprenant.

Ce premier essai a bénéficié d'un retour d'expérience :

- Pour les apprenants :
 - Pas de difficulté à « entrer » dans la mise en situation tant au début qu'après l'interruption ;
 - Temps de débriefing trop long ;
 - Sortie de salle et phase de ressenti pendant l'interruption non nécessaires.
- Pour l'équipe pédagogique, temps de débriefing très long avec des difficultés pour le formateur :
 - A ne pas oublier d'objectifs pédagogiques ;
 - A maintenir l'attention et la participation des apprenants pour l'analyse.

Par ailleurs, il y a un risque lors de la phase de ressenti intermédiaire, qu'un ou plusieurs apprenants expriment un ressenti négatif sans possibilité de l'analyser avant de reprendre la mise en situation. Cette situation ne s'est pas présentée mais ce risque est à prendre en compte.

Pistes d'amélioration

Après échanges de pairs, notre proposition pour une prochaine session est de maintenir la réalisation d'une seule mise en situation avec interruption, au cours de laquelle la salle est reconfigurée pour permettre la suite

de la mise en situation, mais dans les conditions suivantes :

Cas de simulation

- Les apprenants restent dans la salle de simulation pendant l'interruption, sans échanges entre eux ;
- Pour faciliter le débriefing, tant pour les apprenants que pour le formateur, son format sera adapté selon un format « TIMELINE » (2). Ce format permet durant la phase d'analyse de réaliser une chronologie détaillée de l'état initial à l'état final de la mise en situation, relatée par les apprenants guidés par le formateur et notée sur un tableau blanc par le formateur.

Réalisée au début de la phase d'analyse, la TIMELINE permet de décrire précocement les éléments importants de la mise en situation sur un support visuel. Elle prépare l'approche réflexive à venir. Elle apporte une structure visible aux apprenants pendant le débriefing, et est une aide cognitive pour le formateur.

Elle facilite l'intégration d'une pause dans un débriefing long et constitue une aide à la reprise. Dans notre débriefing, la pause intervient pendant la phase d'analyse entre deux étapes de la Check-List (Figure 1).

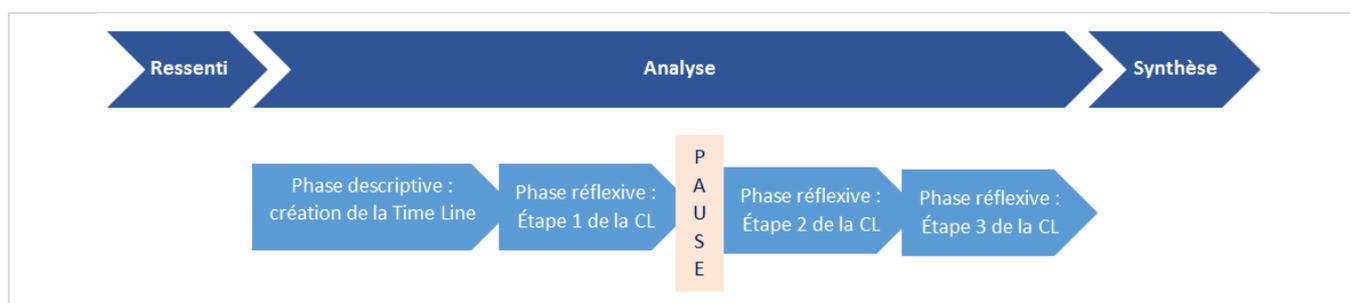


Figure 1 : Déroulé schématique de notre débriefing long

Conclusion

L'adaptation est une des clés en simulation. L'évolution pédagogique lors d'une formation continue cyclique, la spécificité de certaines formations, ou encore le retour des apprenants, nous obligent à remettre en question nos méthodes habituelles et à trouver des outils pour optimiser la performance de nos simulations. Cette expérience nous a permis d'enrichir notre palette de compétences de formateurs par simulation et démontre l'adaptabilité de nos programmes de formation, tout en restant conformes aux recommandations de bonnes pratiques pour la simulation en santé.

Références

- (1) Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Haute Autorité de Santé. Décembre 2012.
- (2) T. SECHERESSE, S. NONGLATON: The "Timeline Debriefing Tool": a tool for structuring the debriefing description phase. *Advance in Simulation*, 2019, 4 :29.

Avis d'experts

Dans sa méthode originale, la TIMELINE permet de poser l'état final du patient puis son état initial aux 2 extrémités de la frise afin de pouvoir décrire ensuite par ordre chronologique les évolutions notables du patient, les actions entreprises ou les éléments importants.

La construction de la TIMELINE par les participants eux-mêmes, participants de la mise en situation et observateurs, qui se lèvent pour noter au tableau après que le formateur ait noté l'état final et initial et ait donné les consignes est un facteur qui nous semble assez favorisant pour dynamiser le débriefing.

Veille bibliographique

Dans l'actualité récente, le groupe de la Veille Scientifique a sélectionné pour vous les articles suivants concernant diverses thématiques:

Le débriefing clinique

Titre	Team debriefing in the COVID-19 pandemic: a qualitative study of a hospital-wide clinical event debriefing program and a novel qualitative model to analyze debriefing content.
Auteur	Welch-Horan T.B., Mullan P.C., Momin Z. et al.
Revue	Adv Simul 7, 36 (2022).
Lien	

<https://doi.org/10.1186/s41077-022-00226-z>

Titre	Debriefing and Organizational Lessons Learned” (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results.
Auteur	Parquay M, Dubois N, Nguyet Diep A, Graas G, Sassel T, Piazza J, Sevrotte JC, Ghuysen A.
Revue	Front. Med. Juin 2022.
Lien	

<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.882326>

La simulation avec patient standardisé

Titre	Standardized Patient Simulation for More Effective Undergraduate Nursing Education: A Systematic Review and Meta-Analysis.
Auteur	Ma J, Lee Y, Kang J.
Revue	Clinical Simulation in Nursing. 2023 Jan;74:19–37.
Lien	

<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.10.002>

Les techniques de débriefing

Titre	Guiding, Intermediating, Facilitating, and Teaching (GIFT): A Conceptual Framework for Simulation Educator Roles in Healthcare Debriefing.
Auteur	Roze des Ordon AL, Eppich W, Lockyer J, Wilkie RD, Grant V, Cheng A.
Revue	Sim Healthcare. 2022 Oct;17(5):283–92.
Lien	

doi: 10.1097/SIH.0000000000000619

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839303/>

Titre Teaching, coaching, or debriefing With Good Judgment: a roadmap for implementing “With Good Judgment” across the SimZones.

Auteur Fey, M.K., Roussin, C.J., Rudolph, J.W. et al.

Revue Adv Simul 7, 39 (2022).

Lien

<https://doi.org/10.1186/s41077-022-00235-y>

Thématiques par spécialités

Titre Electronic Decision Support in the Delivery Room Using Augmented Reality to Improve Newborn Life Support Guideline Adherence: A Randomized Controlled Pilot Study.

Auteur Tsang K D, Ottow M K, Van Heijst A, Antonius T.

Revue Sim Healthcare. 2022 Oct;17(5):p 293-298.

Lien

doi: 10.1097/SIH.0000000000000631

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35102128/>

Titre Facing hierarchy: a qualitative study of residents’ experiences in an obstetrical simulation scenario.

Auteur Garber, A.B., Posner, G., Roebbotham, T. et al.

Revue Adv Simul 7, 34 (2022).

Lien

<https://doi.org/10.1186/s41077-022-00232-1>

Titre Process Modeling of ABCDE Primary Survey in Trauma Resuscitations: A Crucial First Step for Agent-Based Simulation Modeling of Complex Team-Based Clinical Processes.

Auteur Lodemann T, Akçali E , Fernandez R.

Revue Sim Healthcare. 2022 Dec;17(6):p 425-432.

Lien

doi: 10.1097/SIH.0000000000000622

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34934025/>

Titre Stress in surgical educational environments: a systematic review.

Auteur Tjønnås, M.S., Guzmán-García, C., Sánchez-González, P. et al.

Revue BMC Med Educ 22, 791 (2022).

Lien

<https://doi.org/10.1186/s12909-022-03841-61>

Evénements à venir



10

Janvier
2023

Webinaires internationaux francophones intégrés de la simulation

16h – 18 h

Autres dates : 14 février, 16 mai et 26 septembre 2023

Programme

<https://formationcontinue.henallux.be/1/sciences-de-la-sante/1031859/webinaires-internationaux-francophones-integres-de-la-simulation-wifis>

Inscription



20

Mars
2023

2^e symposium de simulation en santé à Namur

Programme

<https://formationcontinue.henallux.be/1/sciences-de-la-sante/902067/deuxieme-symposium-de-simulation-en-sante-20-mars>

Inscription



1-3

Juin
2023

11^e congrès national de la SoFraSimS à Nice

Programme

<https://sofrasims.org>

Inscription



9

Juin
2023

Colloque facteurs humains en santé à Nîmes

Programme

<https://facteurshumainsensante.org>

Espace Ressource Simulation en Santé Pays de la Loire

Dispositif innovant impulsé par l'ARS Pays de la Loire dans le cadre de sa politique de déploiement de la simulation en santé et confié à la Structure Régionale d'Appui à la Qualité et la Sécurité des Soins **QualiREL Santé**.

www.simulationpdl.com

www.qualirelsante.com