

# *Ecole Supérieure Montsouris*

*Université Paris Est Créteil Val-de-Marne*



## **STRATEGIE D'IMPLANTATION D'UN PROJET DE DEVELOPPEMENT DU TRAVAIL EN EQUIPE PAR L'INTERMEDIAIRE DE LA SIMULATION MEDICALE**

Jean Christophe AYMARD

MTMOS 2013-2014



*Alice dit : « Voulez-vous me dire, s'il vous plait quelle direction je dois prendre » Le chat  
répond : « Cela dépend dans une large mesure de là où vous voulez aller »*

**Lewis Carroll**

## Sommaire

1. INTRODUCTION .....	4
2. CADRE CONCEPTUEL DU PROJET .....	6
2.1. La gestion des risques .....	6
2.2. La simulation médicale.....	8
2.2.1. Un peu d'histoire.....	8
2.2.2. Organisation pratique des centres de simulation.....	12
2.2.3. Spécificités pédagogiques de la simulation .....	14
2.2.4. Amélioration des compétences .....	17
2.2.5. Analyse épistémologique .....	18
2.2.6. Intérêts de la méthode.....	19
2.3. Le travail en équipe .....	22
2.3.1. Généralités .....	22
2.3.2. Travail d'équipe .....	26
2.3.3. Problématique en lien avec le travail en équipe.....	27
2.3.4. Le projet PACTE .....	30
2.3.5. Améliorer le travail en équipe.....	31
2.3.6. Intérêt de la simulation dans le travail en équipe :.....	33
2.3.7. L'évaluation du travail en équipe .....	41
2.3.8. Synthèse.....	51
3. CADRE CONTEXTUEL DU PROJET (CHU de Nice) .....	53
3.1. Le CHU de Nice « L'acteur économique de la région » .....	53
3.2. Projet d'établissement en lien avec le projet.....	54
3.3. Projet social en lien avec le projet.....	58
3.4. Projet qualité en lien avec le projet.....	59
3.5. Projet de soins en lien avec le projet.....	61
3.6. DGOS et HAS .....	62
3.7. La simulation médicale au CHU de Nice .....	63
3.8. Le projet PACTE au CHU de Nice.....	66
4. LE PROJET MANAGERIAL .....	68
4.1. Motivation et intérêt.....	68
4.1.1. Intérêt personnel .....	68
4.1.2. Intérêt pour le pôle .....	69
4.2. Analyse des forces et des faiblesses .....	70
4.3. Analyse organisationnelle .....	74
4.3.1. Analyse fonctionnelle .....	74
4.3.2. Analyse politique.....	78
4.3.3. Analyse culturelle.....	85
4.4. Stratégie Managériale : l'innovation .....	91
4.4.1. Définitions .....	91
4.4.2. Différences et difficultés.....	93
4.4.3. Quel management ?.....	96
4.4.4. Quelle place pour le porteur de l'innovation .....	110
4.4.5. Comment institutionnaliser ? .....	114
4.5. Intérêt pour l'institution :.....	119
4.6. Evaluation du projet.....	123
5. BILAN .....	126
5.1. Eléments positifs .....	126
5.2. Eléments négatifs.....	127
5.3. Synthèse .....	129
6. CONCLUSION .....	132
7. BIBLIOGRAPHIE .....	134
8. ANNEXES .....	140

## 1. INTRODUCTION

L'évolution du contexte économique et financier (accélération de la pression budgétaire pesant sur les établissements de santé, développement de la tarification à l'activité, rentabilité, plans de retour à l'équilibre, CEPOM,...), du contexte social (plus forte pression des patients pour la qualité et la sécurité des patients, intolérance aux erreurs médicales, mise en concurrence des établissements de santé,...) et un contexte réglementaire (injonctions, recommandations de l'HAS, de la DGOS, certification, développement de l'évaluation des pratiques professionnelles,...) des établissements de santé pousse à la recherche constante d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Aujourd'hui, les soins de santé sont en pleine transformation, et la gestion des risques dans ce cadre-là ne peut s'envisager qu'à travers de nouveaux modes de pensée ou de nouvelles technologies, ceux-ci induisant un changement dans la façon d'enseigner, d'exercer, de gérer et manager les soins et plus largement la médecine.

L'une de ces nouvelles technologies s'appuie sur l'utilisation de la simulation. Et bien que cet outil soit innovant, son potentiel n'a été que récemment largement reconnu dans le domaine de la santé.

L'utilisation de la simulation, qui reste un outil parmi tant d'autres, a permis de mettre en exergue et de développer de nouvelles organisations sociales et professionnelles et ce, plus particulièrement dans le cadre du travail en équipe.

« Se rapprocher au plus près de la réalité », telle pourrait être la devise de la simulation médicale. En effet, outre le l'évaluation des pratiques professionnelles sur des actes précis en lien avec le soin, la simulation permet d'aborder le travail en travail en équipe au plus près de la réalité.

Aujourd'hui, il semble intéressant de décrire cette innovation qu'est la simulation médicale afin de pouvoir appréhender son fonctionnement ainsi que les bénéfices attendus. Ceux-ci pouvant être caractérisés par l'amélioration du travail en équipe.

Aussi, après avoir abordé l'évaluation des bénéfices attendus du « Team Working » dans le cadre d'une expérience concrète au sein du CHU de Nice, Il nous semble opportun d'étudier le développement de ce type d'initiative, innovante et performante au sein d'unités de soins plurielles caractérisées par une prise en charge soignante en équipe. Développement qui tiendra compte des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces et ce, tout en gardant à l'esprit les bénéfices attendus tant au niveau de l'équipe, du pôle et de l'institution.

Le projet ne pourra prendre toute sa mesure au sein de l'institution que par une maîtrise du développement et du transfert de l'innovation par le développement de compétences managériales spécifiques. Ceci impliquant de nouveaux modes de pensée mais également de nouvelles coordinations tout en permettant de créer des stratégies nouvelles et inventives dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé.

## 2. CADRE CONCEPTUEL DU PROJET

### 2.1. La gestion des risques

« To Err Is Human <sup>1</sup> » publié aux USA en 1999, dénombre 90 000 décès dus à des erreurs médicales et l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) <sup>2</sup>, conduite en France 5 ans plus tard retrouve globalement ces mêmes résultats. 10% des hospitalisations sont en rapport avec un événement indésirable lié aux soins. Dans 80% de ces situations, une ou plusieurs erreurs humaines sont en cause, mais le plus souvent, prises isolément, elles pourraient n'avoir eu aucune ou très peu de conséquences.

Par ailleurs, les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009 ont mis également en évidence une fréquence stable d'environ 1 événement indésirable grave (EIG) tous les 5 jours par secteur de 30 lits ainsi que 4,5% des séjours en établissements de santé causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES <sup>3</sup> en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.

Ces enquêtes ont permis de mettre en évidence l'importance et les enjeux des problèmes de qualité et de sécurité des soins. L'absence de qualité des soins peut en effet engendrer un nombre important d'événements indésirables graves voire de décès.

Les accidents évitables sont à notre époque, inconcevables encore davantage dans une société valorisant les progrès de la médecine, ainsi il est apparu urgent de proposer des solutions permettant de résoudre rapidement cette problématique.

La sécurité de la prise en charge s'impose donc comme une orientation (un axe

---

<sup>1</sup> To Err Is Human, Building a Safer Health System, Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson,

<sup>2</sup> <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html>

<sup>3</sup> <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>

majeur) majeure dans les politiques de santé. Plusieurs études confirment la prévalence des causes organisationnelles :

Reason<sup>4</sup> a mis l'accent sur l'aspect multifactoriel des événements grave associés aux soins (EIAS) et la nécessité de promouvoir une analyse systémique de ceux-ci afin de pouvoir apprendre de ses erreurs.

Les travaux de Charles Vincent<sup>5</sup> confirment cette approche et note qu'un système efficace nécessite certes, l'identification des EIAS mais surtout, l'association des professionnels à l'analyse de ces EIAS pour en tirer des enseignements et un apprentissage à partir des erreurs détectées (retour d'expérience). Leur participation permettant ensuite un partage d'informations et la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une des réponses aux problèmes posés se trouve dans une culture hospitalière qui soutient un milieu professionnel où la connaissance est partagée par l'équipe multidisciplinaire et où les relations et le travail d'équipe sont valorisés.

La culture de sécurité ne se décrète pas, elle est le produit d'un processus d'apprentissage collectif reposant sur des éléments d'adhésion naissant à l'occasion d'initiatives partagées, au sein d'un collectif de travail dont les frontières peuvent être circonscrites à une unité de soins, ou élargies à l'ensemble des acteurs intervenant dans une prise en charge multi-professionnelle.

Par ailleurs l'un des enseignements tiré de la littérature scientifique est qu'une cause fréquemment retrouvée lors de l'analyse des EIAS est souvent liée au fonctionnement de l'équipe qu'il s'agisse : d'un défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein du collectif de travail.

On sait également que la qualité du travail en équipe impacte la sécurité du patient mais surtout qu'améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer

---

<sup>4</sup> Reason J. Human error: models and management *BMJ* 2000 320: 768

<sup>5</sup> Patient safety, Charles Vincent, Wiley -Blackwell, BMJ Books , 2011

autant les processus de soins que leurs résultats. Un travail récent démontre même une diminution de 18% de la mortalité après la mise en œuvre d'un programme pour améliorer le travail en équipe !

La littérature démontre que le travail d'équipe efficace constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables, est un facteur de qualité de la prise en charge du patient, est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels, est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

## 2.2. La simulation médicale

### 2.2.1. Un peu d'histoire...

L'origine de la simulation est ancestrale puisqu'au sixième siècle déjà, les jeux d'échecs furent le premier modèle de simulateur « tacticiel ».

L'utilisation de "simulateurs", initialement êtres organiques, animaux ou humains, vivants ou décédés est décrite depuis très longtemps dans l'éducation médicale.

Spécifiquement en obstétrique, les mannequins sont utilisés depuis le 18ème siècle pour favoriser l'apprentissage. Créée en 1778 par Angélique Du Coudray, sage-femme, la « Machine » qui servait à enseigner l'art des accouchements, comprenait un mannequin représentant, en grandeur réelle, la partie inférieure du corps d'une femme, une poupée de la taille d'un nouveau-né et différents accessoires montrant, entre autres, l'anatomie de la femme, un fœtus à sept mois, et des jumeaux. Madame Du Coudray a ainsi permis, selon sa propre formule, de « rendre l'enseignement palpable ».



La « machine » Musée  
Flaubert de d'histoire  
de la médecine,  
Rouen

À partir de 1910 et jusqu'au milieu des années 70, un mannequin en bois, est utilisé par les élèves infirmières, du Hartford Hospital Training School of Nurses, pour la pratique des soins de nursing. Ce modèle sera perfectionné au cours des années.

Il y a soixante-quinze ans, toujours pour des raisons de stratégie guerrière, naissent les premiers simulateurs aéronautiques. Pour des raisons non plus guerrières, mais des impératifs de sécurité, les simulateurs de vol sont devenus depuis une obligation réglementaire incontournable pour les compagnies et un indispensable outil de formation et de sélection des personnels navigants. Simuler des événements les plus improbables (donc nécessairement quasiment jamais rencontrés) pour tester et obtenir les réponses individuelles et d'équipes les plus adaptées est en effet la seule façon d'obtenir le meilleur niveau de performance, et donc de sécurité pour les passagers.

Les premiers simulateurs médicaux ont été utilisés dès les années soixante pour les formations à la réanimation cardio-pulmonaire et en anesthésiologie. Ces quinze dernières années, les outils de simulation se sont multipliés et perfectionnés jusqu'à imposer un concept pédagogique (l'enseignement facilitateur) et leur propre modèle de curriculum de formation (le cercle d'apprentissage).

Le fabricant de jouet Asmund Laerdal, déjà concepteur de patients factices pour l'armée, développe avec deux médecins un mannequin « *Resusci Anne* » au début des années 60. À la même époque, Stephen Abrahamson et Judson Denson mettent au point le premier mannequin

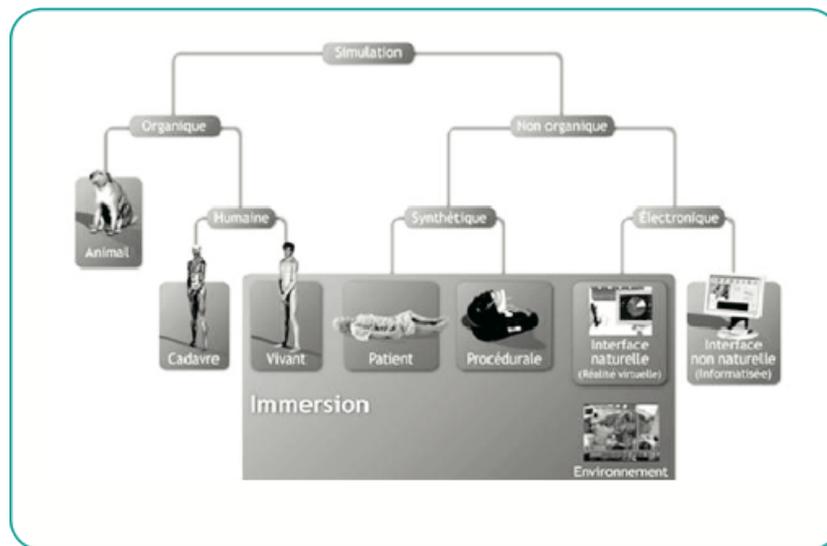
contrôlé par ordinateur, le *Sim One*. Il sera le modèle qui inspirera, par ses capacités et son réalisme, les mannequins haute-fidélité actuels.

Ainsi sont apparus des simulateurs synthétiques, puis avec l'évolution des technologies, électroniques avec une interface naturelle (humaine) ou non (ordinateur exclusivement). Actuellement, des outils des plus simples aux plus complexes coexistent, du support pour les gestes techniques, encore appelés matériels "basse fidélité" (bras, tête à intuber...) au mannequin informatisé "haute-fidélité" (mannequins complets, électroniquement compétents), en passant par des simulateurs en réalité virtuelle (coelioscopie, endoscopie...) qui permettent une immersion des étudiants ou professionnels dans un milieu qui se veut fidèle en termes d'environnement, d'équipement et cherche également à reproduire une fidélité psychologique des situations.

Les professionnels peuvent ainsi interagir avec le « patient-mannequin » voire même discuter avec lui. L'état de ce dernier s'améliorera ou se dégradera en fonction des actions entreprises et des thérapies employées.

Il s'agit de « reproduire expérimentalement des conditions réelles » pour permettre un entraînement sans risque. Au cours de la formation initiale, la simulation permet en effet aux étudiants d'appliquer les connaissances théoriques sans risque pour le patient, de faciliter leur réflexion en groupe et d'améliorer la confiance en soi.

Elle favorise l'apprentissage dit « actif ». Concernant la formation continue, la simulation peut apporter, outre l'actualisation des connaissances, un nouveau regard sur soi-même sous réserve que le réalisme des séances soit respecté et que celles-ci soient enregistrées pour faciliter l'auto-évaluation.



*Schéma inspiré de la classification de Chiniara G. Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie. In: Société française d'anesthésie et de réanimation, ed. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Conférences d'actualisation. Paris: Masson; 2007. p. 41-9.*



Les différentes analyses systématiques de la littérature traitant de simulation confirment que la simulation haute fidélité facilite la formation, mais en insistant sur l'importance du débriefing et de la pratique répétée. Un des grands avantages de la simulation est qu'elle est très proche de la réalité de l'exercice professionnel, tout particulièrement si elle est utilisée in situ.

Ainsi, il a été déclaré lors de l'introduction à la table ronde sur la simulation durant les dernières rencontres de la Haute Autorité de Santé (HAS) le 3 décembre 2010<sup>6</sup> que : « *La simulation en médecine de par cet engouement a atteint des niveaux de réalismes spectaculaires. Nous pouvons désormais simuler tout ou partie du comportement du corps humain : sa physiopathologie, sa réactivité à des médicaments ; nous pouvons tester en temps réel des procédures chirurgicales, des instrumentations innovantes ; enfin, nous pouvons privilégier le facteur humain et organiser des mises en situation en faisant appel à d'authentiques malades ou à des patients simulés* ».

Devant tant de possibilités, il reste paradoxalement, presque tout à faire pour en définir l'usage professionnel et pédagogique (objectifs pédagogiques, conduite de la formation), sa gouvernance (centres spécialisés ou systèmes distribués) et plus encore, la place définitive dans les cursus de formation initiale ou continue en incluant les aspects économiques ».

Elle ne demande donc maintenant en France qu'à être développée, avec pour objectifs prioritaires l'amélioration des pratiques professionnelles et la gestion optimale des risques, tout en respectant des règles communes d'organisation et de fonctionnement.

### 2.2.2. Organisation pratique des centres de simulation

Concrètement, un centre est constitué d'une (ou plusieurs) salle(s) dédiée(s) à la simulation, ainsi que d'une équipe pédagogique experte pour le noyau minimal de tout centre de simulation.

Chaque séance de simulation est construite selon un programme et des objectifs pédagogiques préalablement définis et se déroule dans un environnement ressemblant le plus possible à la réalité. La plupart des

---

<sup>6</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_981936/rencontres-has-2010-simulation-en-sante-etat-de-l-art-en-france-et-a-l-etranger](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981936/rencontres-has-2010-simulation-en-sante-etat-de-l-art-en-france-et-a-l-etranger).

situations peuvent être recréées, puisqu'il existe des simulateurs adultes, mais aussi nouveaux nés, enfants, ou femmes enceintes.

Un système audio-visuel avec une ou plusieurs caméras permet l'enregistrement des séances de formation. La disposition du matériel permet au formateur expert de sélectionner la caméra avec l'angle de vue le plus intéressant pour les apprenants. Une vitre sans tain sépare les apprenants des instructeurs et des autres étudiants qui observent la scène.

Les participants sont exposés à des situations médicales critiques ou habituelles qu'ils doivent prendre en charge, le plus souvent en équipe pluridisciplinaire. Ainsi, une séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend 3 phases distinctes.

La première partie permet de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis, avec soit un rappel des connaissances à mobiliser, soit un apport supplémentaire de connaissances théoriques, si nécessaire.

La seconde phase est la mise en situation concrète filmée et correspond soit à la répétition d'un geste technique à acquérir, soit à la confrontation à un scénario complexe lorsque l'apprentissage des compétences non techniques est également recherché.

Enfin, suit immédiatement un débriefing permettant d'aborder le vécu de la situation par les participants, de les réassurer si nécessaire et de solliciter leur réflexivité en évoquant les moments et éléments ayant posé problème. Dans cette dernière partie de la séance, le formateur expert livre son feed back à l'apprenant.

Les vidéos préalablement enregistrées peuvent alors être exploitées et débriefées pour permettre d'analyser plus objectivement les situations vécues, notamment dans le cas d'apprentissage des compétences non techniques.

Comme le décrit Dreifuerst<sup>7</sup> c'est par ce processus que l'apprenant analyse, réfléchit et évalue sa performance. Indispensable à l'apprentissage, le débriefing permet une discussion sur la situation simulée et offre aux participants des critiques constructives, des corrections ainsi que l'évaluation de leur performance. C'est en effet l'association de la pratique en situation simulée et du débriefing qui permet l'approfondissement des connaissances et de la réflexion.

### 2.2.3. Spécificités pédagogiques de la simulation

L'enseignement médical et aux professionnels de santé cherche à intégrer la notion de performance et de gestion des risques dans les soins, ce qui explique le développement de ces méthodes pédagogiques innovantes, qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en pratiquant une médecine centrée sur les patients.

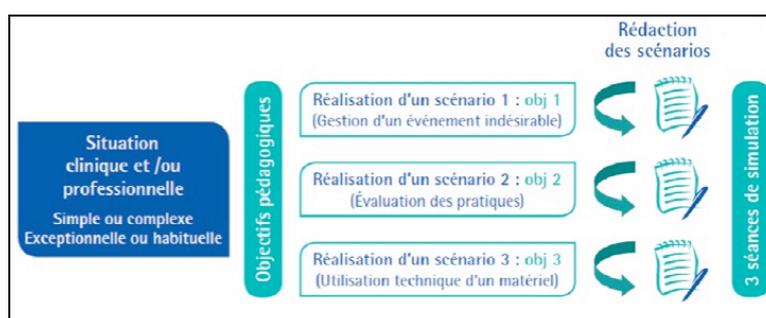
La simulation en santé est une méthode de formation basée sur les expériences antérieures, la pratique réflexive et le feedback. Les différentes situations proposées en simulation permettent de développer et d'acquérir des savoirs procéduraux et techniques, de travailler la prise en charge d'événements rares et/ou fréquents (notamment en interdisciplinarité) et la gestion des ressources en situation de crises.

Les objectifs d'apprentissage visent à la fois à améliorer les connaissances médicales, les compétences techniques, ainsi que les facteurs humains tels que la communication, le leadership et le travail en équipe, toujours dans une optique d'absence de risque pour les patients. La simulation permet aussi bien d'être utilisée par un novice que par un expert, mais avec des objectifs d'apprentissage différents (cognitifs, psychomoteurs ou affectifs).

---

<sup>7</sup> [Dreifuerst KT](#). The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis., Nurs Educ Perspect. 2010

Le but de la simulation en santé est de recréer des scénarios ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste avec, comme double objectif, le retour d'expérience immédiat et l'évaluation des acquis. Ce sont des situations cliniques et/ou professionnelles, simples ou complexes, habituelles ou exceptionnelles, qui servent de support à la construction des scénarios



Exemple de choix de scénarios<sup>8</sup>

Une session de simulation peut comporter une ou plusieurs séances de simulation. Chaque séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend trois phases distinctes<sup>9</sup>.

La première est le briefing, qui permet au formateur de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis. La deuxième est le déroulement du scénario de simulation et enfin, la dernière phase est le débriefing pendant lequel le formateur fait part, en particulier, de son *feedback* à l'apprenant.

Un peu plus dans le détail...

Chaque séance de simulation débute par un briefing qui doit être préparé et structuré par le formateur. C'est une étape importante qui

<sup>8</sup> Schéma inspiré de Vidal-Gomel C, Fauquet-Alekhine P, Guibert S. Réflexions et apports théoriques sur la pratique des formateurs et de la simulation. In: Fauquet-Alekhine P, Pehuet N, ed. Améliorer la pratique professionnelle par la simulation. Toulouse: Octares; 2011.

<sup>9</sup> Boet-Gribov S. Etude de l'intérêt de l'auto-évaluation dans l'enseignement par simulation. Exemple des internes d'anesthésie pour l'apprentissage des compétences non techniques en simulation d'urgence [mémoire de master 2 de recherche à distance francophone]. Rouen: université de Rouen; 2010. [http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires\\_DEA/textes/T\\_BOET.pdf](http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires_DEA/textes/T_BOET.pdf)

permet le bon déroulement du scénario et la préparation du débriefing.

Le briefing est un temps indispensable de familiarisation des apprenants avec le matériel (possibilités et limites du mannequin, matériel à disposition, etc.), de présentation du contexte (ce qui a précédé la prise en charge simulée : passage aux urgences, sortie de bloc opératoire, etc.) ainsi que de l'environnement (locaux, présence de tiers ou de la famille, etc.).

Le formateur explique aux apprenants, mais également aux observateurs, le déroulement de la séance de simulation et les consignes pour l'optimiser. Il précise avec les apprenants leurs attentes, de manière à éventuellement réduire le décalage entre celles-ci et les objectifs pédagogiques de la séance de simulation.

D'autres éléments psychologiquement importants sont aussi passés en revue, en particulier l'absence de jugement porté, de pièges intentionnels de la part des formateurs, et bien entendu de risque pour le « patient ». D'une manière générale, le formateur met à l'aise les apprenants afin de créer un environnement propice à l'apprentissage.

Une fois le briefing réalisé, le scénario est déroulé par les apprenants et guidé par le formateur qui adapte son évolution en fonction de leurs réactions.

En effet, dans la conduite de la séance, le formateur procède par ajustements permanents du scénario, afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problème(s). Si nécessaire, il peut intervenir lui-même ou par le biais d'un facilitateur pour aider les apprenants, en particulier quand ceux-ci se trouvent bloqués dans une situation ou pour éviter d'évoluer vers une situation d'échec (par exemple, le « décès » du patient-mannequin non prévu dans le scénario).

Une double contrainte s'impose au(x) formateur(s) : celle de faire

évoluer le scénario et celle d'évaluer les apprenants.

Le débriefing est le temps d'analyse et de synthèse qui succède à la mise en situation simulée. C'est le temps majeur d'apprentissage et de réflexion de la séance de simulation. Il permet au formateur de revenir sur le déroulement du scénario, selon un processus structuré afin de dégager avec les apprenants les points correspondant aux objectifs fixés (éléments d'évaluation). Cette rétroaction (feedback\*) porte spécifiquement sur l'analyse des performances lors du déroulement du scénario et renseigne à la fois le formateur et l'apprenant. Le rôle du formateur est essentiel car c'est lui qui va « faciliter » le débriefing et guider la réflexion des apprenants. Le débriefing ne doit pas être sanctionnant.

#### 2.2.4. Amélioration des compétences

La conception actuelle de la compétence soignante repose essentiellement sur l'association des théories constructivistes et socio constructivistes. Par exemple, pour S. Boet<sup>10</sup>, « la « mise en œuvre », « activation de ressources » dans différents champs (social, cognitif, affectif), de choix, de combinaison et d'organisation d'éléments acquis antérieurement représentent aujourd'hui la vision de la compétence dans le monde médical ».

La compétence, ensuite développée dans un contexte particulier, permet d'atteindre la performance. Appliquée à la médecine, les techniques de simulation apparaissent donc particulièrement intéressantes pour mobiliser l'ensemble de ces concepts par une méthode pédagogique.

Le scénario offre une situation dont la résolution s'appuie nécessairement sur les acquis antérieurs de l'apprenant et la

---

<sup>10</sup> Boet S. Etude de l'intérêt de l'auto évaluation dans l'enseignement par simulation, Mémoire de Master 2 de recherche à distance francophone, 2010. Université de Rouen, disponible sur [http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires\\_DEA/textes/T\\_BOET.pdf](http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires_DEA/textes/T_BOET.pdf).

simulation, proche des apprentissages par problèmes, permet à l'apprenant de « pratiquer » au lieu simplement de décrire ou expliquer. La mise en situation permet également de mobiliser ses ressources dans un contexte particulier et la décontextualisation réalisée lors du débriefing offre un temps de prise de recul par rapport à une situation et d'analyse d'une situation.

Cette dynamique s'intègre totalement dans une perspective socioconstructiviste où l'apprentissage émane conjointement de l'expérience antérieure de l'apprenant et de sa réflexivité sur sa pratique. Un transfert de ces acquis vers d'autres contextes permet d'aboutir à la phase ultime de la compétence.

#### 2.2.5. Analyse épistémologique

Pour Pastré <sup>11</sup>, depuis toujours, reproduire permet d'apprendre, ce qui permet de développer deux théories différentes :

La première, plutôt reproductive, précise que dans l'apprentissage de la pratique, il faut "faire pour savoir faire" et la simulation est utilisée alors pour des raisons de sécurité et de coûts. Le simulateur représente un substitut du réel et on se trouve alors dans une « philosophie réaliste de la simulation »

La deuxième s'appuie sur l'idée que la pratique s'apprend en résolvant des problèmes concrets, observés en situation de travail. Il introduit alors la notion de « situations-problèmes », caractérisées par l'absence de procédure préalablement connue du sujet qui permettrait d'atteindre systématiquement la solution. Cette approche peut également être considérée comme constructiviste.

---

<sup>11</sup> Pastré P, Rabardel P. Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels. Les Editions Octares, 2005.

Aussi pour Jaffrelot<sup>12</sup>, « la simulation se met ici au service de l'action et de la conceptualisation au sens de Piaget, permettant des apprentissages dans l'action, avec une situation professionnelle placée au centre de la réflexion ». La notion de compétence apparaît puisque l'apprenant mobilise des savoirs pour résoudre un problème en situation se rapprochant au plus près de la réalité<sup>13</sup>.

#### 2.2.6. Intérêts de la méthode

« Jamais la première fois chez le patient... » « Never the first time on the patient », voilà la devise écrite en lettres d'or à l'entrée du Center for Medical Simulation (CMS) de Boston devise reprise en français en janvier 2012 par les rapporteurs de la mission sur la simulation en santé demandée par la Haute Autorité de santé (HAS) au Pr. Granry et au Dr. Moll<sup>14</sup>.

L'ancien dogme pédagogique qui consiste à assister à un acte réalisé par quelqu'un d'expérimenté, puis à le reproduire soi-même avant de l'enseigner (« *see one, do one, teach one*<sup>15</sup> ») ne peut plus perdurer, pour des raisons éthiques – parce que les patients sont vulnérables aux erreurs.

Les méthodes pédagogiques incluant la simulation se sont

---

<sup>12</sup> Jaffrelot M. Projet de développement d'un centre de simulation pour la formation de professionnels en science de la santé. Identification des représentations et des attentes des parties prenantes à partir d'une étude qualitative préliminaire. Mémoire de MASTER 2 Education, clinique et santé, spécialité : Ingénierie des formations en santé, 2009. Université Paris 13

<sup>13</sup> Marchand X, Cours Master Organisations Soignantes 2014.

<sup>14</sup> Granry JC, Moll MC Rapport de mission : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Haute Autorité de santé. (2012) Rapport accessible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)

<sup>15</sup> Beyond "see one, do one, teach one": toward a different training paradigm, J M Rodriguez-Paz, BMJ quality and safety, 2008

beaucoup développées durant ces dernières années à l'étranger. Devant des résultats très positifs qui ont été démontrés, la Haute Autorité de Santé française a écrit des recommandations concernant cette pédagogie en 2012<sup>16</sup>. La simulation est en effet un outil incontournable lorsqu'il s'agit de l'apprentissage des savoir-faire en particulier dans les situations critiques (anesthésie-réanimation, médecine d'urgence).

Une littérature scientifique importante démontre clairement l'intérêt de cette approche pédagogique innovante déjà très développée à l'étranger, en Amérique du Nord comme dans les pays scandinaves, mais encore trop peu en France.

Plusieurs études ont prouvé l'intérêt et l'efficacité pédagogique des simulateurs en santé, que ce soit pour l'amélioration des gestes techniques ou celles des compétences procédurales (non techniques).

De nombreux auteurs valorisent dans la littérature, cette technique innovante permettant l'apprentissage de gestes techniques, qui peuvent être répétés autant que nécessaire ; la mise en application de connaissances théoriques sans aucun risque, une dédramatisation de situations angoissantes ; et un apprentissage à partir des erreurs (et sans considération éthique difficile pour le novice).

L'état actuel de la science constate que la formation par simulation pour les professionnels de santé est systématiquement associée à une nette amélioration des connaissances, des compétences et du comportement (rapidité, organisation en situation). Cependant des résultats parfois discordants sont observés dans les différentes études, Néanmoins, une constante est qu'apprenants et les formateurs expriment des niveaux élevés de satisfaction grâce à cette méthode.

En termes de conception pédagogique et en respectant les

---

<sup>16</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)

différentes théories de l'éducation, la contextualisation, la transférabilité, l'accessibilité et l'évolutivité doivent systématiquement être pris en compte dans les programmes d'éducation axés sur la simulation.

Enfin, au regard des coûts imposants que nécessite la mise en place de ces parcours de formation virtuels, il semble également fondamental de réfléchir à la manière dont on peut optimiser l'apprentissage en groupe et en situation simulée, notamment afin que ce même apprentissage prenne bien en compte toutes les dimensions du problème du caractère interprofessionnel de la prise en charge du patient dans la chaîne médicale.

En d'autres termes : comment organiser une formation en simulation qui concerne différents publics simultanément, afin que les situations simulées elles-mêmes ressemblent au maximum au réel et que la formation offre une meilleure coordination des tâches afférentes à chacun ?

Envisager l'interprofessionalité comme partie intégrante de la formation initiale ou continue de tous les acteurs de santé, avec un enseignement initié grâce à la simulation permet donc d'espérer d'entrer encore davantage dans une démarche qualité, en répondant de surcroît à une problématique de santé publique

## Au final que retenir ?

1: acquérir plus rapidement et sans risque pour le patient des habiletés sensorimotrices (gestuelles, intubations, pose de perfusion, accouchement, etc.) Cette partie de la simulation s'applique aux étudiants ou à des seniors manquant d'entraînement et comporte sans ambiguïté un bénéfice pour la sécurité

2: acquérir des compétences non techniques par des scénarii mettant en jeu la coordination au sein d'une équipe, la pression émotionnelle et la complexité relationnelle habituelle du système médical.

Cette compétence non technique porte sur la communication, la coopération, le leadership, la résolution des conflits, la gestion de situation psychologiquement difficile.

Le lien la sécurité est moins direct que dans les apprentissages de gestes de la catégorie précédente mais reste important sur les théories sur la coopération.

3: acquérir des compétences pour des situations techniques exceptionnelles et rare de sorte à augmenter son expertise professionnelle et ses compétences techniques (ce type de simulation s'adresse plutôt des professionnels déjà experts)

4 : Toutes les théories et modèles sur le travail collectifs sont déjà anciens, remontant à plusieurs dizaines d'années. Tout était dit depuis longtemps et notamment que le travail collectif obéit à des logiques et des théories qui dépassent la somme des valeurs individuelles des individus qui composent ce collectif.

## 2.3. Le travail en équipe

### 2.3.1. Généralités

Nous avons vu dans un premier temps les bénéfices attendus de la simulation médicale au niveau individuel. Qu'en est-il du travail en équipe et de l'intérêt de la simulation médicale au sein du travail collectif ?

En s'inspirant du domaine aéronautique dès le début des années 1980 l'étude d'événements indésirables survenant chez les patients en évidence l'importance du rôle des facteurs humains comme facteur causal au contributif de la survenue d'accidents médicaux.

En effet, la majorité des complications et des accidents santé n'est pas due à un manque de connaissance ou à une procédure technique inadéquate effectuée par le soignant mais le plus souvent à des facteurs humains, organisationnels, de travail en équipe, de communication ou encore d'ordre psychologique ou cognitif.

Pour minimiser l'impact de ces facteurs sur la qualité des soins et la sécurité des patients, la formation des professionnels de santé, dont la formation par simulation est un des éléments primordiaux.

La notion de compétences non techniques se situe au sein du contexte plus large des facteurs humains. Les facteurs humains regroupent de nombreux facteurs très divers qui peuvent affecter la performance humaine. Dans le domaine de la santé, on peut citer par exemple la fatigue, le syndrome d'épuisement professionnel, la pression de productivité, un environnement professionnel inhabituel, des noms de médicaments similaires entre eux, la communication ,...

Les facteurs humains englobent donc la catégorie des compétences non techniques.

Les compétences non techniques ont été décrites comme une « *combinaison de savoirs collectifs, sociaux et de ressources personnelles complémentaires des savoir-faire procéduraux qui contribuent à une performance efficiente est sûre*<sup>17</sup> » Ces compétences regroupent la communication, le professionnalisme, la gestion des tâches, le travail en équipe, la perception de la situation clinique la prise de décision etc.

On distingue encore aussi un des compétences non technique en santé, un groupe de compétences particulières qui sont requises dans les cas où un patient présente une situation clinique critique dite situation de crise (Crisis Resource Management ou CRM et transposée dans le domaine médical en Medical Team Training ou MTT). La gestion des ressources lors de situations de crise correspond ainsi à l'ensemble des compétences techniques à mettre en œuvre en équipe lors de la prise en charge critique urgente d'un patient.

---

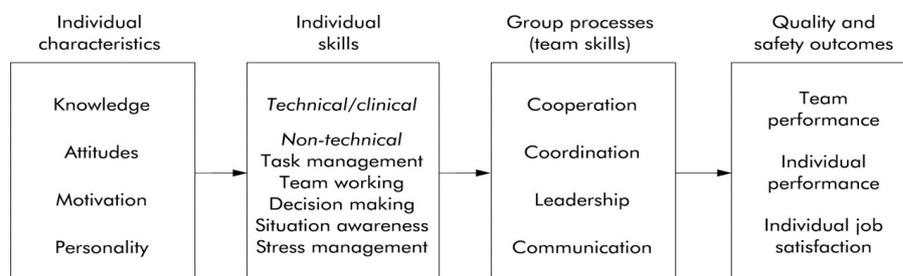
<sup>17</sup> Flin R, O' Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: A guide to non Technical Skills. Ashgate Publishing, Ltd, Aldershot. 2008

Les compétences CRM sont représentées par la communication intra-équipe (au sein de l'équipe soignante), le Leadership et le followership (le rôle de « followership » se réfère aux membres de l'équipe qui ne sont pas leader mais qui doivent « suivre » et « aider » ce dernier à gérer la crise), la conscience ou la représentation de la situation ou encore le travail en équipe, et ceci, dans le contexte clinique d'un patient présentant une situation clinique urgente.

Chaque membre de l'équipe doit ainsi être en mesure d'utiliser l'ensemble des ressources disponibles, que ce soit les informations, le matériel, ou d'autres membres de l'équipe pour mener à bien l'objectif commun de l'équipe, à savoir la prise en charge rapide et efficace du patient.

Il est à noter que les compétences CRM sont génériques contrairement aux compétences techniques et procédurales. Ainsi, les mêmes principes CRM pourraient s'appliquer à d'autres situations critiques.

Enfin, malgré la difficulté d'étudier le sujet, une étude<sup>18</sup> a pu démontrer que l'apprentissage des compétences CRM apprises en simulation est transférable aux situations cliniques réelles.



*Facteurs individuels influençant la performance dans le travail en équipe<sup>19</sup>*

<sup>18</sup> Bruppacher HR et al. Simulation Based Training improves physician's performance in patient care. Anesthesiolog 112. 2010

A ce stade, il est important d'aborder la notion d'équipe. En effet, selon Eduard SALAS<sup>20</sup>, la notion d'équipe doit répondre à certaines règles.

Les principales caractéristiques d'une équipe sont les suivantes : elle se compose de deux membres ou plus, chacun des membres a une tâche ou un rôle en particulier à remplir et interagit et/ou assure la coordination avec les autres membres pour atteindre un objectif ou un résultat commun, elle prend des décisions, elle incarne des connaissances et des compétences spécialisées, et assume souvent une charge de travail élevée, elle présente des interdépendances en ce qui a trait au déroulement du travail, à l'action collective et aux objectifs, elle fait partie d'un vaste système organisationnel<sup>21</sup>.

Outre les compétences techniques individuelles, des compétences non techniques sont indispensables. L'équipe n'échappe pas à cette logique. Aussi, l'équipe doit faire appel à des savoirs, des pratiques, mais également des comportements tels que le leadership, l'entraide, le briefing, le débriefing ainsi que la communication au sein du groupe.

Cette équipe est par définition de nature interdisciplinaire. Bien que le terme «interdisciplinaire » soit parfois utilisé de façon interchangeable avec le terme « multidisciplinaire », il existe des différences fondamentales. Une équipe interdisciplinaire intègre les approches de différentes disciplines et prend appui sur des processus de communication axés sur la collaboration plutôt que sur un modèle de communication commun. Une équipe multidisciplinaire met à profit

---

<sup>19</sup> R Flin, N Maran. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine, *Qual Saf Health Care* 2004.

<sup>20</sup> Salas E, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. Toward an understanding of team performance and training. *Teams: their training and performance*. Norwood: Ablex; 1992

<sup>21</sup> Kozlowski, S.W. et B.S. Bell. Work groups and teams in organizations. Borman, W.C., D.R. Ilgen et R.J. Klimoski, éditeurs. *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2003, pages 333 à 375

les connaissances et l'expérience liées à différentes disciplines sans intégrer les approches<sup>22</sup>.

Une approche d'équipe transdisciplinaire assure la valorisation et le partage des connaissances et des compétences des membres de l'équipe et franchit les limites disciplinaires traditionnelles dans le cadre des évaluations et de la planification des services.

### 2.3.2. Travail d'équipe

Les membres d'une équipe doivent participer à la fois à des processus liés à des tâches et au travail d'équipe pour atteindre leur objectif commun. Les tâches constituent l'élément de rendement que le membre individuel fournit sans interagir avec les autres membres. Le travail d'équipe est l'élément de rendement interdépendant qui est nécessaire à la coordination efficace du rendement de plusieurs membres de l'équipe<sup>23</sup>.

La littérature démontre que le travail d'équipe efficace<sup>24,25</sup>:

- constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables,
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient,
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels.
- est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

---

<sup>22</sup> <http://www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf>

<sup>23</sup> Salas, E., N.J. Cooke et M.A. Rosen. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. *Hum Factors*, 2008, vol. 50, pages 540 à 547

<sup>24</sup> Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *Qual Saf Health Care* 2008 17: 127-130

<sup>25</sup> Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.

Le travail d'équipe peut s'imbriquer conceptuellement dans le rendement de l'équipe comme un « ensemble de cognitions, d'attitudes et de comportements inter reliés contribuant aux processus dynamiques du rendement »

Or, la notion d'équipe, aussi naturelle puisse-t-elle paraître en milieu de soins, est un facteur de qualité et de sécurité des soins encore mal exploité.

Aujourd'hui, le travail en équipe repose essentiellement sur la juxtaposition d'expertises et n'est pas assez articulée autour d'une culture et d'un objectif commun qui permette à chacun de mieux se coordonner et coopérer.

### 2.3.3. Problématique en lien avec le travail en équipe

Un évènement indésirable grave (EIG) survient tous les cinq jours en moyenne dans un service de 30 lits et parmi eux, un tiers est considéré comme évitable.

Souvent, le manque de coordination et de communication entre chaque professionnel de santé est l'une des sources de ces évènements alors que le travail en équipe a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins.

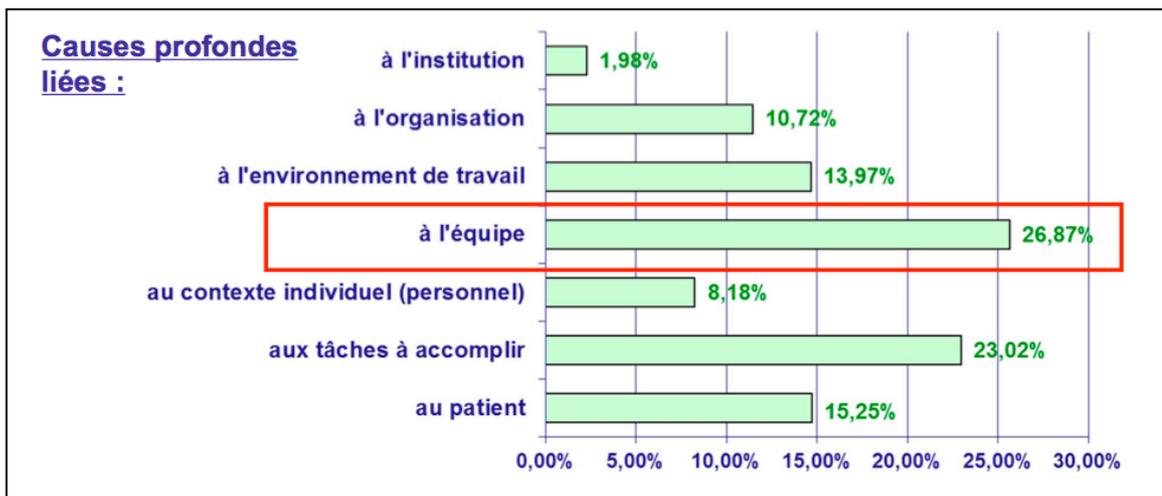
Avec 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves qui surviennent chaque année, la qualité et la sécurité des soins sont plus que jamais au cœur des préoccupations de la HAS qui identifie aujourd'hui les dynamiques d'équipes comme un levier d'amélioration des pratiques.

La Base REX de l'Accréditation<sup>26</sup> fait apparaître les données suivantes :

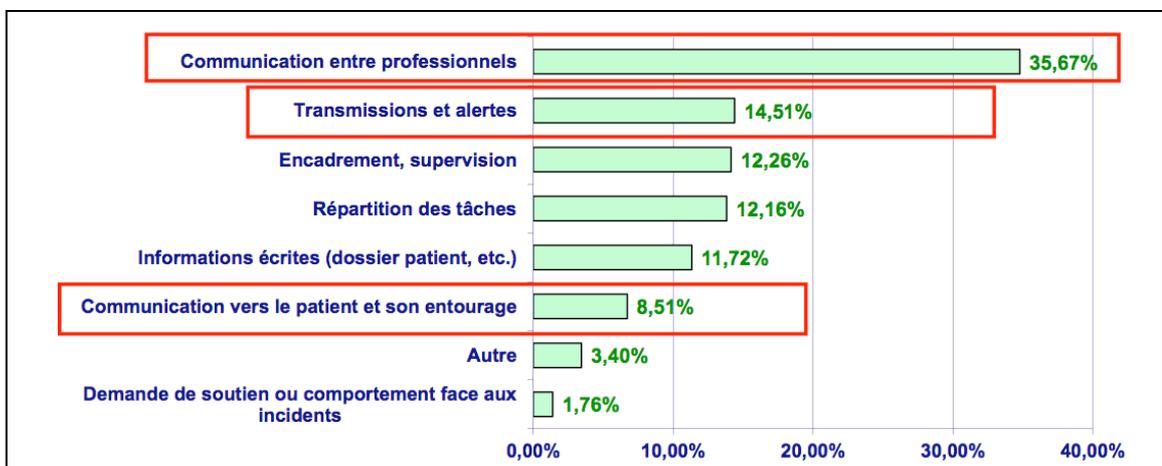
---

<sup>26</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/tb\\_accréditation\\_2013\\_05\\_13.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/tb_accréditation_2013_05_13.pdf)

Leonard, M., S. Graham et D. Bonacum. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care, *Qual Saf Health Care*, 13 oct. 2004, suppl. no 1, pages i85 à i90.



« *Accréditation des médecins : Répartition **des causes profondes** sur 28705 événements déclarés entre 2011 et 2013 selon les 7 catégories de la grille **ALARM** »*



« *Accréditation des médecins: Répartition des causes profondes dans la catégorie « **Causes liées à l'équipe** »*

Sur 9000 événements indésirables analysés en 2011 dans la base HAS de l'accréditation des spécialités à risque, environ 26% des causes retrouvées sont liées au fonctionnement de l'équipe de soins.

Parmi ces causes, 35% sont liées à des problèmes de communication entre professionnels.

Ces chiffres confirment la littérature internationale qui démontre que le travail en équipe efficace est une barrière de sécurité contre les événements indésirables ainsi qu'un facteur de qualité de la prise en charge, une diminution de 18% de la mortalité a été observée après un programme d'amélioration du travail en équipe dans une étude américaine récente<sup>27</sup>.

Il a été déterminé que les défaillances de communication et au niveau du travail d'équipe font partie des principaux facteurs contribuant à la survenue des incidents touchant la sécurité des patients<sup>28 29 30</sup>.

Bien que les professionnels de la santé œuvrent habituellement en équipes pour coordonner et gérer les soins aux patients, ils possèdent généralement peu de formation relative aux compétences générales ou non techniques – notamment liées à la communication, à la connaissance de la situation, à la prise de décision et au travail d'équipe – qui sous-tendent les compétences techniques.

Mais améliorer le travail en équipe nécessite aussi de prendre en compte : les objectifs de l'équipe, l'organisation et la culture de sécurité préexistantes, le leadership au sein de l'équipe ainsi que définir des modalités de suivi et de mesure pour une implémentation réussie

---

<sup>27</sup> Neily J, Mills PD, Young-Xu, « Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality ». JAMA. 2010.

<sup>28</sup> Sutcliffe, K.M., E. Lewton et M.M. Rosenthal. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps, *Acad Med.*, févr. 2004, vol. 79, no 2, pages 186 à 194.

<sup>29</sup> Risser, D.T., M.M. Rice, M.L. Salisbury, R. Simon, G.D. Jay et S.D. Berns. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium, *Ann Emerg Med.*, sept. 1999, vol. 34, no 3, pages 373 à 383.

<sup>30</sup> Morey, J.C., R. Simon, G.D. Jay, R.L. Wears, M. Salisbury, K.A. Dukes et coll. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project, *Health Serv Res.*, déc. 2002, vol. no 6, pages 1553 à 1581.

« L'enjeu est de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte » Cela nécessite donc que l'équipe construise son programme d'évaluation des besoins à mettre en œuvre, à suivre, à évaluer ...

Autre point essentiel, il est reconnu que le travail en équipe a un impact sur la santé et le bien-être au travail pour les professionnels<sup>31</sup>.

#### 2.3.4. Le projet PACTE

C'est dans cette dynamique que la Haute Autorité de Santé (HAS) lance PACTE, Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, programme expérimental pour faire connaître et reconnaître les équipes qui s'engagent dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques à l'hôpital.

PACTE : un projet, une dynamique, une gestion des risques en équipe autour du patient » aidera les professionnels à travailler en équipe autour d'un programme d'amélioration de leurs pratiques centré autour du patient.

Les professionnels devront définir leur équipe (unité, service, parcours, qui est dans l'équipe) -obligatoirement pluriprofessionnelle- et élaborer un programme choisi à partir d'une autoévaluation des points faibles et en accord avec l'établissement. Elle définira ses priorités d'action et les objectifs à atteindre sur le programme qu'elle aura choisi de développer.

Les équipes seront accompagnées tout au long de l'expérimentation et recevront des formations spécifiques de type *medical team training* ou *CRM* (formation aux facteurs humains tels que le leadership, la communication, etc.) et pourront utiliser des outils de communication interprofessionnelle en cours de développement à la HAS.

---

<sup>31</sup> *Le travail en équipe*, Roger Mucchielli, éditions ESF, 2009.

L'expérimentation doit permettre de définir ce qu'est une équipe efficace, d'activer les leviers de changement au niveau de l'équipe tels que la collaboration interprofessionnelle ou l'intégration du patient comme acteur de la prise en charge.

### 2.3.5. Améliorer le travail en équipe

Mais améliorer le travail en équipe nécessite aussi de prendre en compte : les objectifs de l'équipe, l'organisation et la culture de sécurité préexistantes, le leadership au sein de l'équipe ainsi que définir des modalités de suivi et de mesure pour une implémentation réussie<sup>32</sup>.

«L'enjeu est de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »<sup>33</sup>, notamment par le développement de collectifs de travail partageant valeurs, savoirs, savoir-faire et attitudes communes, et un apprentissage du travail en équipe qui n'est pas inné, mais qui s'apprend.

Cela nécessite donc que l'équipe construise son programme (évaluation des besoins) à mettre en œuvre, à suivre, à évaluer.

Cette amélioration repose donc, entre autres, sur la mise en place de programmes de recherche spécifiques. Ces programmes peuvent avoir lieu au sein des services sous forme d'enquêtes, au sein des équipes médico-chirurgicales, et sur simulateur.

De manière plus quotidienne et plus pratique, l'amélioration du travail en équipe peut se faire par la mise en place de programmes d'enseignements au sein des services, programmes s'appuyant sur des recommandations de sociétés savantes (SFMU par exemple) ou sur des textes réglementaires.

---

<sup>32</sup> Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. *BMJ Qual Saf.* 2013 May;22(5):369-73

<sup>33</sup> <http://www.rm.f.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>

Enfin, il est important de souligner que développer des collectifs de travail partageant valeurs, savoirs, savoir-faire et attitudes communes constitue un véritable enjeu stratégique, et notamment un changement profond de culture.

Pour réussir ce changement, un engagement ferme de la direction doit être acquis, ainsi que la prise en compte du contexte interne tels que les facteurs organisationnels (structures, pratiques managériales, valeurs, ressource, démarche qualité, etc.) et des facteurs environnementaux (données d'activité, parties prenantes, populations, etc.) qui doivent être cohérent avec ce projet.

Des objectifs d'amélioration...

Rassembler un groupe de professionnels ne suffit pas à en faire une équipe efficace. Une équipe de travail efficace repose sur un certain nombre de déterminants qui favorise le travail collectif.

Le but d'un programme de formation à l'amélioration du travail en équipe se caractérise par le développement de compétences et d'habiletés telles que l'habileté à communiquer efficacement avec les autres professionnels, la capacité à décrire clairement ses rôles et responsabilités, la capacité à comprendre les rôles et responsabilités des autres professionnels qui travaillent au sein de l'équipe, la capacité à appliquer les principes dans la pratique.

La formation doit donc s'axer sur l'amélioration de compétences non techniques telles que le leadership, la communication et la gestion des conflits.

### 2.3.6. Intérêt de la simulation dans le travail en équipe :

La simulation médicale peut être utilisée pour la gestion des comportements (travail sur les facteurs humains dits non techniques)

La notion de travail en équipe pluridisciplinaire interprofessionnel est d'autant plus importante à prendre en compte quant on sait qu'aujourd'hui les erreurs médicales surviennent le plus souvent aux interfaces entre les différentes disciplines.

L'utilisation du simulateur est intéressante. Alors qu'il peut être utilisé en formation initiale pour améliorer les compétences individuelles théoriques et pratiques des médecins et des infirmières en formation, il peut être aussi utilisé dans le cadre d'une formation au travail en équipe et de manière plus générale à l'apprentissage de ce que sont les facteurs humains.

L'intérêt du simulateur est alors de pouvoir générer des situations quotidiennes, très simples, d'en contrôler l'évolution et ainsi de favoriser l'apparition d'un niveau de stress calibré, pas trop élevé, pour montrer aux participants le fonctionnement d'une équipe de professionnels dans ce contexte et de trouver des solutions simples pour conserver une efficacité maximale.

Les concepts de formation de travail d'équipe sont le plus souvent dispensés par des présentations et des conférences didactiques standard. Cette approche présente le défi inhérent à ce que les soignants doivent ensuite traduire ces concepts en action dans le cadre clinique.

La simulation, qui peut être utilisé pour permettre aux soignants de pratiquer les concepts qu'ils ont appris dans un environnement sûr, a le potentiel d'aider à la fois la formation initiale et le renforcement des compétences.

En outre, si cela se fait in situ dans le cadre d'une prise en charge d'une urgence vitale, la simulation peut être utile pour évaluer le travail d'équipe et la communication après la formation et de favoriser l'appropriation par les soignants lors des séances de débriefing.<sup>34</sup>

Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait penser à première vue, ce serait une augmentation apparente du taux d'incidents qui serait un témoin de l'efficacité du programme de formation ! En effet, la culture du risque augmentant et le rôle du reporting étant mieux compris par tous, le taux de déclaration augmente même si le nombre réel d'incident stagne ou diminue.

Enfin, comme le rapporte très bien J. Cooper, l'enthousiasme de ceux qui passent sur simulateur est souvent très grand, tous étant persuadés d'avoir enfin trouvé un outil efficace et sans risque pour s'améliorer sur la gestion de ses capacités non techniques<sup>35</sup>.

Néanmoins, que ce soit dans l'aviation civile ou dans l'industrie nucléaire, la simulation n'est qu'un outil pédagogique parmi tant d'autres utilisés dans les programmes pédagogiques.

La simulation n'est potentiellement intéressante que si elle reste associée à d'autres programmes de formations théoriques ou pratiques. Il reste en tout cas très difficile de pouvoir corréler les progrès éventuels obtenus sur simulateur avec un bénéfice réel pour les patients<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> M.A. Rosen, E. Salas, K.A. Wilson *et al.* Measuring team performance in simulation-based training: Adopting best practices for healthcare Simul Healthc, 3 (2008), pp. 33–41

<sup>35</sup> Cooper J. Are simulation and didactic crisis resource management (CRM) training synergistic? Qual Saf Health Care 2004;13:413-414

<sup>36</sup> ShapiroMJ, MoreyJC, SmallSD, LangfordV, KaylorCJ, JagminasL, SunerS, SalisburyML, Simon R, Jay GD. Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? Qual Saf Health Care 2004;13:417-421

Le travail en équipe est également une condition qui caractérise l'exercice de la médecine d'urgence. La simulation contextualisée permet de tester et d'améliorer l'aptitude d'un groupe à faire face à une situation au cours de laquelle la qualité du travail en équipe conditionne l'efficacité de la procédure (Crisis Resource Management). Ceci est particulièrement vrai pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque en équipe SMUR<sup>37</sup> ou pour un patient grave admis en unité d'accueil des urgences vitales.

Le programme de formation...

La simulation médicale a été utilisée pendant de nombreuses années pour l'enseignement en pratiques liées à l'urgence et les bénéfices ont été mis en évidence.

La simulation dans le domaine de l'urgence s'est axée jusqu'à présent sur le développement de compétences individuelles telles que l'intubation endotrachéale, les voies veineuses ou les gestes endoscopiques. Cependant, il s'avère que la gestion des risques les plus importants en lien avec ces pratiques nécessite un travail d'équipe.

Comme au niveau individuel, la formation par simulation en équipe permet d'une part de pratiquer les situations de travail en équipe et d'autre part, d'analyser les aspects techniques et non techniques dans le comportement des individus et des équipes formées.

En lien avec les éléments précédents, nous avons basé notre projet sur la prise en charge de deux type de situations en lien avec l'urgence vitale, à savoir la prise en charge de l'arrêt cardio respiratoire et la prise en charge de la détresse respiratoire aigue de la personne âgée dans l'attente d'une présence médicale.

---

<sup>37</sup> Jabre P, Jbeili C, Combes X, et al (2011) Intérêt de la simulation haute-fidélité dans l'évaluation de l'application de procédures de soins par les médecins urgentistes. Ann Fr Med Urg 1:379-86

En effet, outre le fait que la prise en charge de ces urgences soit parfaitement codifiée et uniformisée au sein des établissements de santé<sup>3839</sup>, il s'avère qu'une coordination des soignants est nécessaire et indispensable.

En effet, lorsque l'équipe soignante arrive près d'un patient en arrêt cardio-respiratoire un leader doit se dégager du reste de l'équipe.

Ce dernier doit être capable d'analyser immédiatement la situation avec très peu d'informations disponibles et décider des actions à entreprendre son rôle est d'organiser l'équipe, c'est-à-dire de distribuer les tâches à effectuer parmi les membres de l'équipe. Ceux ci doivent être clairs précis et prendre en compte les compétences individuelles des membres d'équipe.

Au cours de la réanimation le leader de s'assurer que ces ordres ont été entendus et exécutés, contrôler la qualité du travail des membres de l'équipe et éventuellement corriger leurs actions ou redistribuer les rôles.

Les membres de l'équipe doivent réaliser les ordres reçus du leader, effectuer efficacement les tâches attribuées et rapporter à ce leader l'état d'avancement des actions coordonnées ainsi que les éléments cliniques pouvant aider le leader dans ses décisions.

---

<sup>38</sup> European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010; Jerry P. Nolana, Jasmeet Soarb, David A. Zidemanc, Dominique Biarentd, Leo L. Bossaerte, Charles Deakin, Rudolph W. Kosterg, Jonathan Wyllieh, Bernd Böttigeri, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group

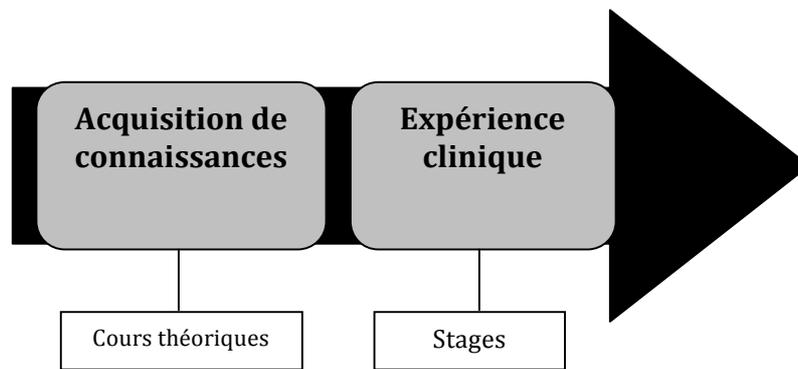
<sup>39</sup> Détresse respiratoire aiguë de la personne âgée; E. L'Her, P. Ray, F. Duquesne Pour la SFAR.  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu03/html/mu03\\_07/urg03\\_07.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu03/html/mu03_07/urg03_07.htm)

Pour effectuer tout cela, la communication doit être réalisée en boucle fermée entre le leader et les membres de l'équipe. Une difficulté fréquente dans ces situations est la variabilité de la composition de l'équipe en termes de profession et le niveau d'expertise des membres qui la composent. De plus, ces individus ne se connaissent pas systématiquement.

Ainsi, il est important que chaque professionnel quelque soit sa fonction, partage le même schéma mental ou représentation de la situation ainsi qu'un plan d'action partagé. Cela nécessite donc une formation spécifique de tout le personnel qui est impliqué dans situation d'urgence nécessitant des compétences de groupe.

De nombreux facteurs cognitifs entre également en jeu dans les situations de crise et réduisent la capacité de décision rédaction des soignants par exemple le stress induit par l'urgence et l'enjeu vital pour le patient peut provoquer une réduction de champ de vision des soignants modification de la clarté de leur jugement est souvent des horaires de fixation

Notre projet était de passer d'un apprentissage classique qui s'articule sur l'acquisition de connaissances et d'acquisition de compétences renforcé par le modèle « see one, do one, teach one » à un modèle plus élaboré en intégrant la simulation médicale.



Un modèle classique d'apprentissage...

Ce modèle dans l'exemple de prise en charge de l'arrêt cardio respiratoire (ACR) et de la prise en charge de la détresse respiratoire aigue, correspondait à un enseignement théorique et une mise en pratique au sein d'un exercice quotidien dans une unité d'urgence.

Dans le cadre de la prise en charge de l'ACR, outre l'apport théorique, les soignants pouvaient bénéficier de la formation à la gestion des gestes et soins d'urgence (AFGSU) ou une simulation basse fidélité pouvait être envisagée.

Les personnels de santé sont obligés de valider ce type de formation qui est obligatoire pour un exercice soignant et de la revalider tous les quatre ans. Le groupe de formés était donc constitués de personnels ayant reçu des apports théoriques, pratiques (antériorité de 0 à 4 ans) et d'une expérience de terrain.

Il est important de souligner que ce type d'apprentissage ne permet aux personnels soignants en fin de formation initiale ou dans le cadre de la formation continue dite « traditionnelle » pas de savoir effectuer de façon adaptée la réanimation d'un arrêt cardio respiratoire, tant au niveau des gestes techniques que de la gestion d'une équipe en situation critique.

Nous avons souhaité utiliser la simulation médicale, outil très puissant, afin de compléter l'expérience clinique offerte aux étudiants et aux soignants, en renforçant l'apprentissage cognitif, en augmentant la possibilité de pratiquer des raisonnements diagnostiques en lien avec leur niveau de compétence ainsi que des gestes thérapeutiques, sans menaces pour la sécurité des patients.

En effet, il nous semblait important de nous assurer que les enseignements effectués étaient effectivement reçus, intégrés et compris par les soignants en formation.

Un nouveau modèle pédagogique a été élaboré en lien avec l'utilisation de l'outil simulation. Ce modèle tenant compte de cours théoriques, de formation en ligne sur le travail en équipe, sur des situations de stress et sur la communication de mises en situation grâce à la simulation sur les thèmes précédemment abordés.

Les cours sont ciblés sur des situations d'urgence (crisis team management) et font appel à des compétences pratiques et non techniques.

Les objectifs étaient en premier lieu de présenter la méthode d'apprentissage, de déterminer les besoins, d'évaluer les moyens et de réaliser une étude de faisabilité.

Dans un second temps, il s'agissait d'effectuer un constat de départ par l'intermédiaire de la simulation (T0).

Dans un troisième temps de réaliser une formation vidéo en ligne ou un cours sur la dynamique de groupe et le leadership dans le cadre des prises en charge spécifiques vues plus haut (ACR et détresses respiratoires) suivi d'une séance de simulation.

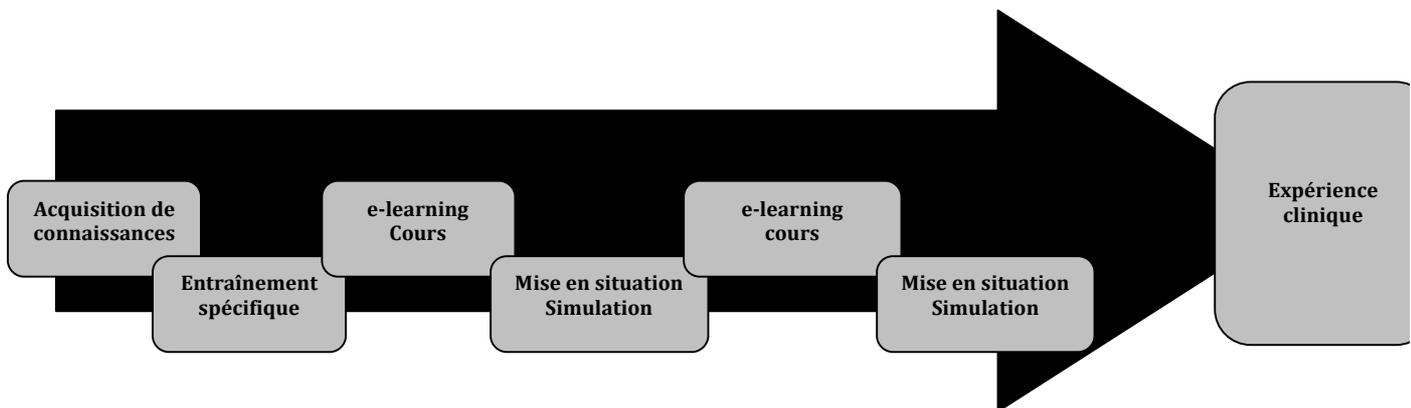
Dans un quatrième temps, il s'agissait de réaliser un apport vidéo ou un cours sur les situations de stress et de la gestion de l'agressivité

en équipe suivi d'une séance de simulation.

Enfin une dernière étape reprenait ces éléments en mettant l'accent sur le followership et l'introduction de données variables (familles, incidents, médecins,...)

La répétition ces formations a permis de former 40 professionnels (20 infirmières et 20 aide soignantes).

Toutes les séances se sont déroulées dans les règles de bonnes pratiques liées à la simulation, caractérisées par une présentation pédagogique, un briefing, un débriefing et ont été filmées.



#### *Proposition d'un modèle d'apprentissage tenant compte de la simulation*

Une évaluation a été réalisée à toutes les étapes de la formation.

Il nous semblait nécessaire de réaliser un rappel sur les défis à relever, des difficultés rencontrées dans ce cadre là compte tenu du cadre innovant de l'outil simulation médicale mais également des difficultés retrouvées dans l'évaluation du travail en équipe.

Concernant les défis à relever, ceux ci étaient caractérisés par la nécessité d'obtenir un soutien au niveau du pôle.

Un défi logistique tant au niveau des ressources humaines nécessaires (formateurs : cadre de santé et psychologue, apprenants : infirmiers et aide soignants) qu'au niveau de la construction des différents scénarii en lien avec les apprentissages antérieurs (cours, AFGSU,...).

Enfin défi au niveau de la réalisation du briefing et surtout du débriefing qui reste un moment clé de l'apprentissage.

Pour terminer, l'ultime défi a été de travailler sur l'évaluation de la performance d'équipe. En effet, comment mesurer la performance d'une équipe ? Plusieurs échelles existent mais aucune n'est reconnue unanimement.

### 2.3.7. L'évaluation du travail en équipe

L'évaluation est indispensable à un processus de formation, d'analyse des pratiques ou de recherche par simulation. Elle doit s'appliquer aux apprenants, aux formateurs, aux programmes de simulation proposés et à l'organisation dans son ensemble.

Cependant, comment peut-on évaluer un travail d'équipe s'il n'est pas enseigné et encore moins formalisé?

Nous avons choisi de travailler sur deux modalités d'évaluation, l'une caractérisée par une échelle de satisfaction individuelle (Kirkpatrick) et l'autre caractérisée par l'évaluation de la performance d'équipe basée sur l'observation du groupe (Team).

Un modèle d'évaluation des formations souvent utilisé est celui de Donald Kirkpatrick <sup>40</sup>. Il comprend quatre niveaux d'analyse correspondant à des niveaux d'impact complémentaires que l'on cherche à évaluer. Ce modèle peut s'appliquer à des sessions de simulation dans le cadre d'un programme de simulation.

---

<sup>40</sup> KirkpatrickDL, KirkpatrickJD. Evaluating training programs: the four levels. SanFrancisco:Berrett KoehlerPublishers; 2006

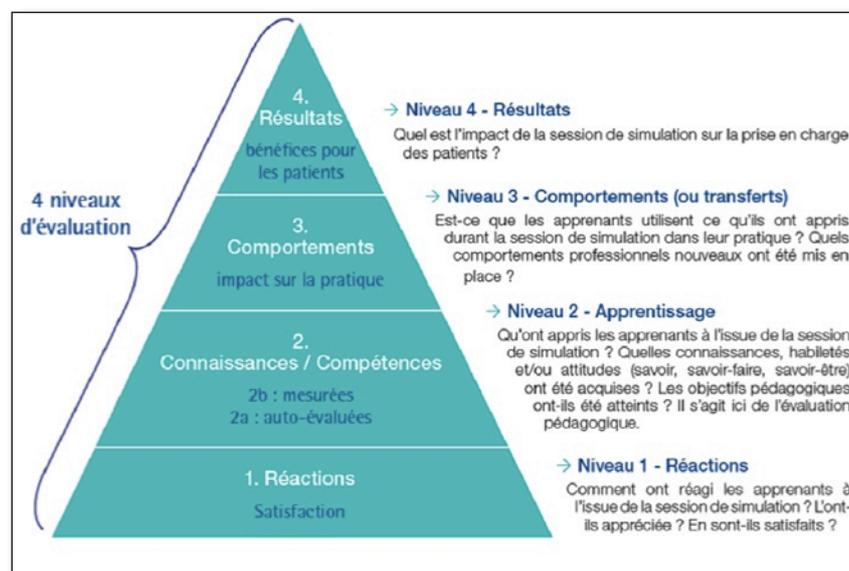
Un premier niveau, appelé « réactions », s'intéresse à la satisfaction des apprenants (ce qu'ils ont apprécié) suite à la session de simulation sur plusieurs aspects (tels que les objectifs, le contenu, les techniques de simulation, les formateurs, le matériel mis à disposition, etc.). Cette satisfaction est appréhendée sous forme de questionnaires de satisfaction.

Un deuxième niveau mesure « l'apprentissage » des apprenants en termes de connaissances, compétences et attitudes acquises lors de la session de simulation. Il s'agit de vérifier que les objectifs pédagogiques ont été atteints. Cette mesure s'effectue le plus souvent par le biais de questionnaires ou d'autres systèmes d'évaluation (examens de connaissances, quizz, QCM pré-post)

Un troisième niveau évalue « les changements comportementaux » liés à la session de simulation et le transfert d'apprentissage. Il s'agit d'évaluer si les connaissances, les compétences et les attitudes nouvellement acquises sont utilisées dans la pratique professionnelle. Cette mesure est, la plupart du temps, réalisée par questionnaires ou entretiens et peut être opérée à plusieurs reprises (au début, en fin et quelque temps après la session de simulation).

Un quatrième niveau qui permet d'évaluer « les résultats » obtenus grâce aux nouvelles acquisitions et ainsi d'évaluer si les changements dans le comportement des apprenants ont permis de faire évoluer l'organisation. En d'autres termes, il mesure l'impact de la session de simulation sur la prise en charge des patients.

Ce score a l'avantage d'être facile à coter par l'ensemble des membres de l'équipe, et donc a priori réitérable régulièrement pour analyser l'efficacité d'un programme d'amélioration de la qualité du travail en équipe.



Modèle modifié de Kirkpatrick<sup>41</sup>

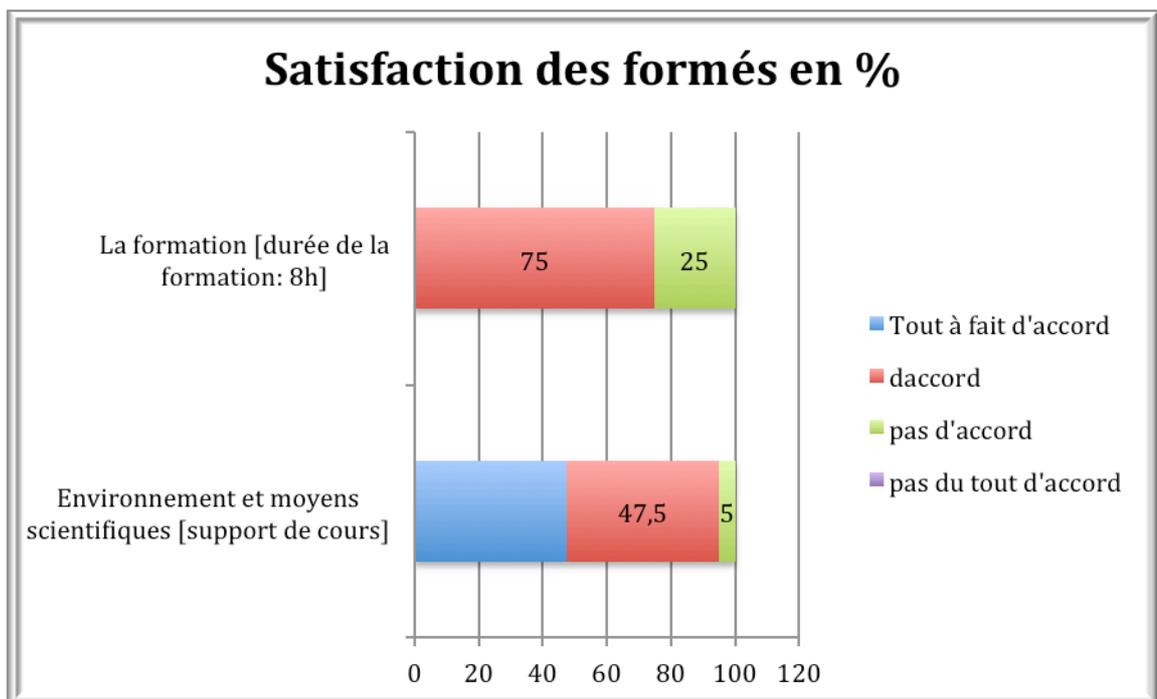
Outre l'échelle de Kirkpatrick des scores d'observation évaluant les compétences non techniques existent et sont utilisés dans notre dispositif.

Ces scores, plus ou moins complexes, recouvrent tous cinq domaines d'évaluation principaux

<sup>41</sup> Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.

- La qualité de la communication.
- La qualité du leadership.
- L'existence et la qualité d'un système de reporting des accidents ou incidents.
- L'existence de procédures.
- Et enfin l'existence d'une notion d'équipe.

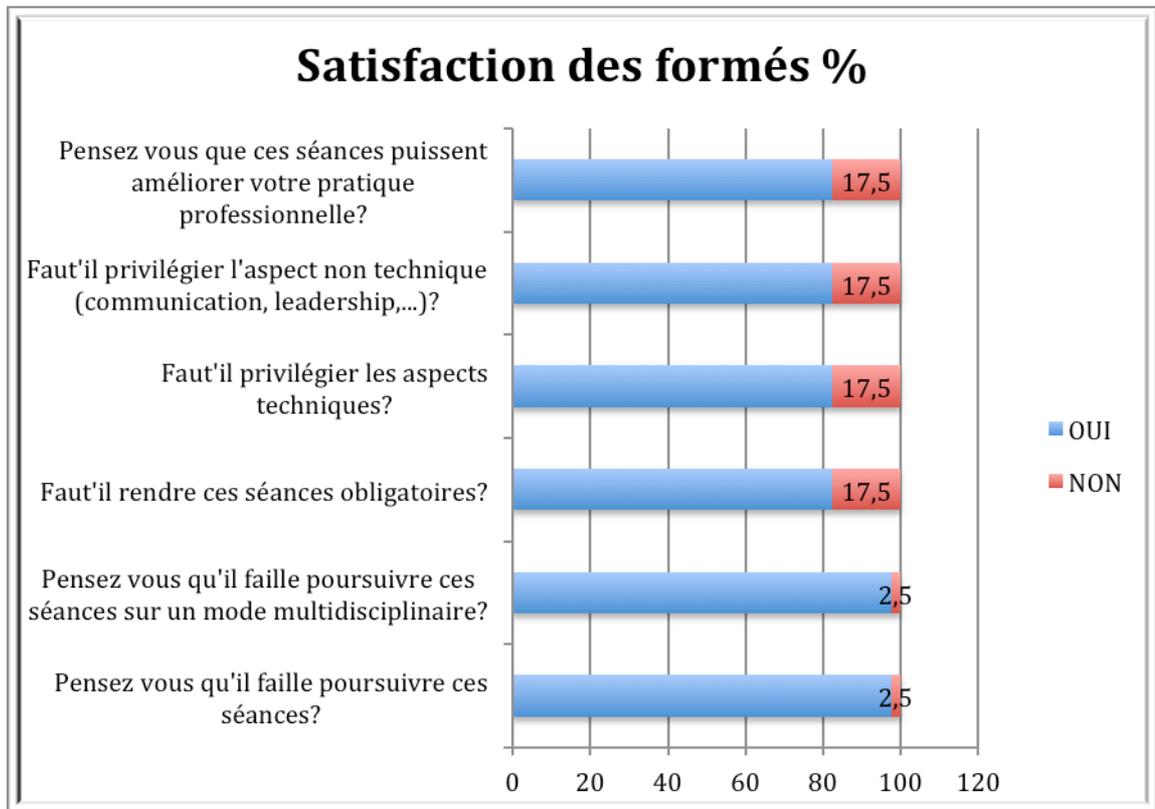
Nous avons cherché dans un premier temps à définir la satisfaction des formés dans le cadre de la formation présentée plus haut par l'intermédiaire d'une échelle de satisfaction niveau 1 et 2



Concernant les premiers items liés à la satisfaction, la durée de la formation laisse dans l'insatisfaction environ un quart des formés.

Cette insatisfaction est principalement liée au fait que les apprenants estiment que la durée de 8heures est insuffisantes compte tenu du programme et des objectifs à atteindre.

A ce jour, une réflexion a été développée quant à l'augmentation de la durée de formation et de simulation à 2 journées.



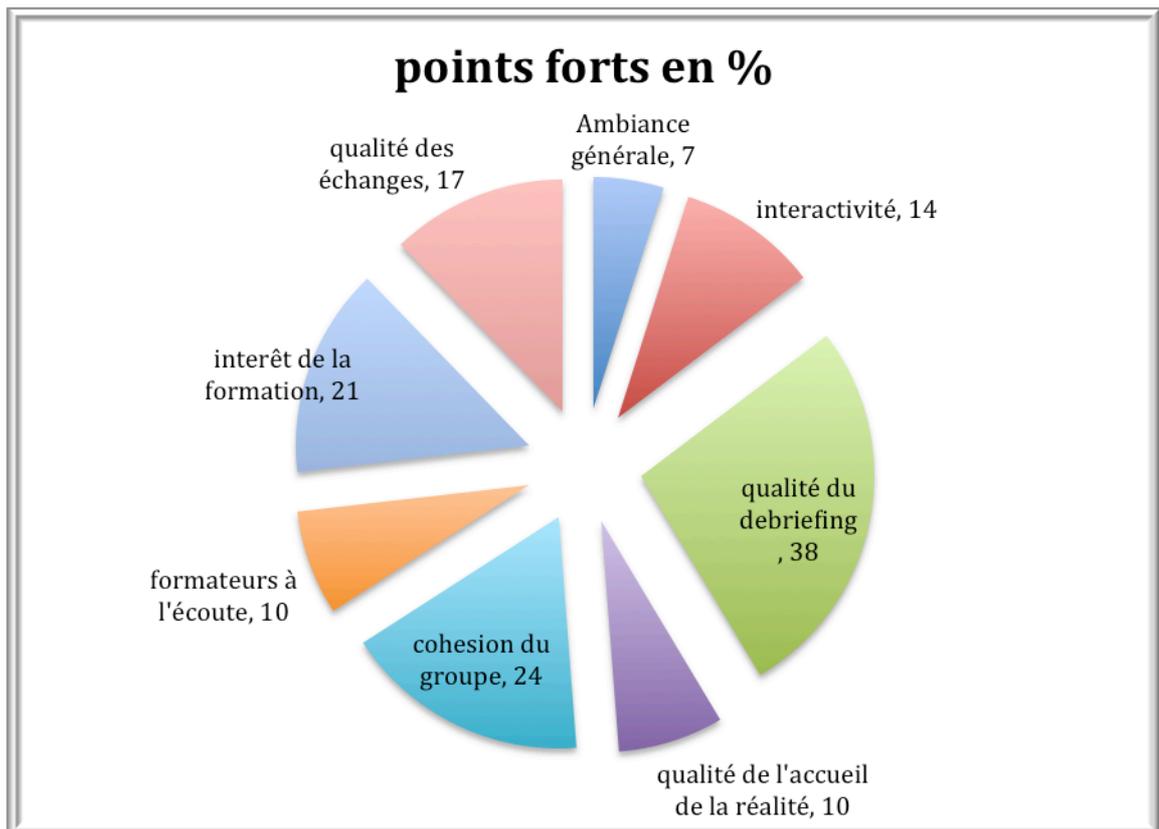
D'une manière globale, les apprenants restent satisfaits sur l'agencement des séances de formation et de simulation.

Un des points à privilégier reste, selon moi, la participation aux séances sur un mode multidisciplinaire y compris au niveau médical.

Ce mode de fonctionnement étant en lien avec les objectifs de la formation, à savoir le développement du travail en équipe.

Il est intéressant de noter qu'une majorité de personnels souhaite rendre ce type de formation obligatoire. Après questionnement auprès des personnels, ceux ci estiment que la formation et principalement l'approche réflexive devrait être incluse dans le cursus de la formation initiale des infirmiers et aide soignants.

Enfin, au delà de la satisfaction des agents, le fait qu'une grande majorité d'entre eux estime que ce type de formation puisse améliorer leur pratique quotidienne est important. Il est souhaitable de prévoir une évaluation quant à la transposition des acquis sur les lieux d'exercice. Néanmoins, ces points sont à mettre en relation avec ceux évalués par l'étude observationnelle.

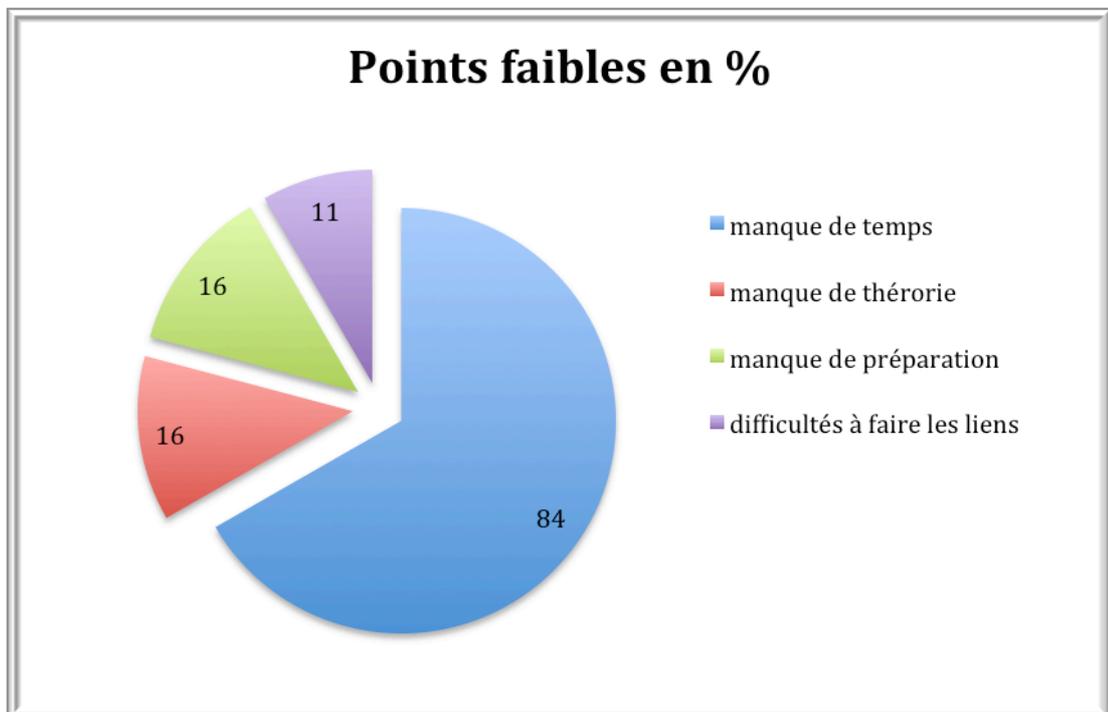


Concernant les points forts relatifs à la formation et à la simulation, il s'avère que la partie relative au débriefing est celle qui intéresse le plus les apprenants par son approche spécifique axée sur la réflexivité des pratiques.

En effet, la dé-contextualisation réalisée lors du débriefing offre un temps de prise de recul par rapport à une situation et d'analyse d'une situation. Ce temps est très apprécié des apprenants.

Dans un deuxième temps, la cohésion du groupe est mise en avant. Cet aspect-là reviens en lien avec les objectifs de la formation mais également avec certaines attentes des personnels relatives au travail en équipe.

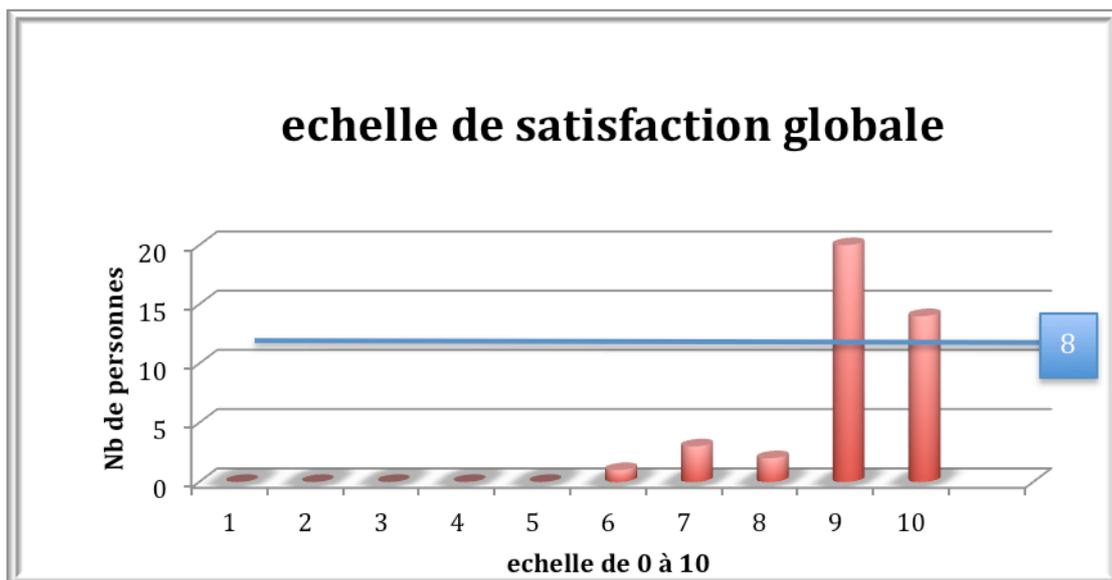
La qualité des échanges reste également un élément prépondérant à double titre et ce, lors des échanges favorisés entre les formés mais également les échanges entre les formés et les formateurs. Elément à mettre en lien avec l'item relatif à l'écoute des formateurs.



Concernant les points faibles, le manque de temps est l'élément prépondérant. Il l'est à double titre également. Manque de temps relatif à la durée de la formation elle-même mais également manque de temps réservé à la formation dans l'exercice quotidien des agents et ce, compte tenu des difficultés inhérentes au temps de travail et à la réalité du quotidien laissant peu de place à la réflexion.

Enfin, un point important à souligner concerne la difficulté des formés à faire des liens. La simulation dans ses objectifs.

Le manque de théorie abordé par les agents doit être comblé en partie par les apports théoriques prévus dans le cadre de la formation. En effet, celle-ci étant évolutive, un temps plus important à la théorie a été prévu.



La moyenne de la satisfaction globale des apprenants est à 8 sur 10. Une grande partie de ceux-ci s'estimant très satisfaits.

Au-delà, de la satisfaction liée à ce type de formation, j'estime que ce type de formation a un impact positif sur les conditions d'exercice des agents, contribuant à améliorer les conditions de travail souvent pénibles sur les secteurs concernés au sein du pôle Urgences et plus largement au sein du CHU de Nice.

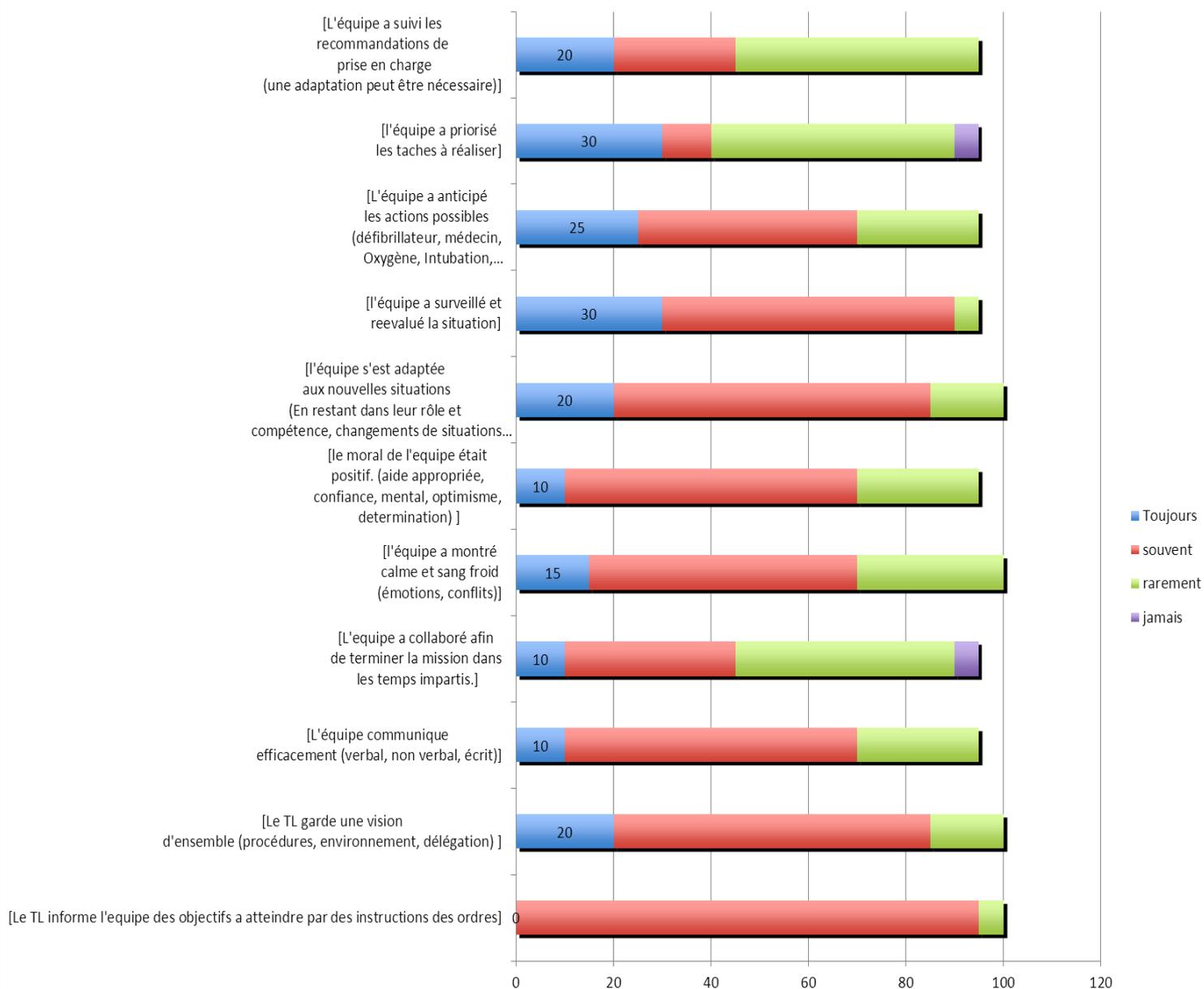
La qualité de vie au travail relie de nombreux paramètres, parmi lesquels la gestion des ressources humaines d'un établissement et l'organisation. Ce concept qui touche aux conditions d'exercice de l'activité, comporte une dimension collective (équipe et établissement) mais également individuelle.

Retrouver une qualité de vie au travail, c'est-à-dire reconstruire un environnement favorable à la qualité du travail, apparaît aujourd'hui déterminant pour la santé au travail des soignants mais aussi pour la qualité des soins. Cette qualité passant, selon moi, par la satisfaction des agents en formation continue au travail en équipe.

Dans un second temps, nous avons utilisé une adaptation du Score TEAM<sup>42</sup> observationnel.

### RESULTATS DE LA GRILLE OBSERVATIONNELLE (en %)

Il est convenu que le Team Leader (TL)  
est soit designe, s'est distingué du groupe  
ou est le plus ancien.



Cette échelle observationnelle, transposée d'un modèle anglo saxon et validée par un psychologue clinicien, a cherché à mettre en avant le travail en collaboration et en équipe pluridisciplinaire.

Ce type d'évaluation a été développé en début de formation, d'autres évaluations sont prévues au cours du programme de formation.

Concernant les données issues des items ci dessus, certains éléments apparaissent comme n'étant jamais observés.

En effet, des binômes ont présenté certaines difficultés quant à la priorisation des actions ainsi que sur la gestion du temps de prise en charge.

Ces données peuvent être rapprochées du fait que le niveau et l'expérience des apprenants ne sont pas identiques.

Les agents ont intégré la formation sont issus d'unités de soins diverses au sein du pôle. Aussi, pour une minorité d'entre eux, la pratique antérieure peut faire défaut.

Cette problématique en lien avec l'expérience se retrouve sur d'autres items cotés « rarement » tels que la gestion du temps, la priorisation ainsi que l'application de recommandations en lien avec la prise en charge d'une urgence vitale.

Les items en lien avec le calme et le sang froid qui apparaissent comme étant rarement observés dans 20% des cas sont à mettre en lien avec le fait que ce type de mise en situation étant nouveau (et ce, même si les agents avaient déjà été briefés) il génère un stress qui se surajoute à la notion d'évaluation qui porte toujours une empreinte et angoissante au sein de nos entreprises.

Encore une fois, cette évaluation n'intervient qu'en début de cursus afin de pouvoir définir une base de départ.

Néanmoins une majorité d'actions sont le plus souvent en lien avec les diverses recommandations quant à la prise en charge des urgences. La

réévaluation des situations, la priorisation et l'anticipation des agents à l'urgence sont des éléments forts à prendre en compte.

#### 2.3.8. Synthèse

La satisfaction des agents est un élément fort en lien avec la motivation et le plaisir au travail.

Il est intéressant de noter que les principaux paramètres utiles dans le travail en équipe sont présents dans une grande majorité des observations.

Le développement de ceux ci dans le cadre du projet ne peut être que bénéfique pour l'ensemble des acteurs et surtout pour le patient.

Le travail en équipe que ce soit uni ou pluridisciplinaire, uni ou interprofessionnel est devenu une réalité incontournable dans presque tous les aspects de la médecine moderne.

Cependant, pour garantir un bon déroulement du travail en équipe, la bonne volonté et la formation individuelle ne suffisent pas même s'ils sont des prés requis indispensables.

Les compétences nécessaires au déroulement harmonieux et sécuritaire du travail en équipe doivent s'apprendre, être entraînées et évaluées. La simulation offre des possibilités riches et encore sous-exploité.

Cependant, le soutien des institutions hospitalières et la collaboration entre les enseignants et managers des différentes professions sont essentiels. La recherche montre que les bénéfices de formation par simulation pour les équipes que ce soit pour les professionnels de santé pour les patients sont évidents et notre projet nous conforte dans ce sens.

Après avoir développé la simulation médicale, son utilisation dans le cadre du travail en équipe, les bénéfices qui en sont attendus, je souhaite développer ce projet local qui répond, jusqu'à présent, à mes attentes mais également celles du personnel et du patient, et changer de dimension d'exercice bien au-delà du pôle Urgences.

### 3. CADRE CONTEXTUEL DU PROJET (CHU de Nice)

#### 3.1. Le CHU de Nice « L'acteur économique de la région »

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice est un établissement public de santé. A ce titre, il défend les valeurs fortes du service public français : garantir l'accès aux soins pour tous et à chaque instant, sans distinction d'origine ou de classe sociale.

Il offre une capacité d'accueil de 1 790 lits et places et mobilise plus de 7 000 personnes aux compétences professionnelles multiples. Près de 150 métiers sont représentés. Son bassin d'attraction des patients s'étend au-delà des Alpes-Maritimes : départements limitrophes, autres régions, Union Européenne (notamment Italie), étranger. Le CHU de Nice regroupe 7 sites répartis à Nice et Tende, spécialisés et parfaitement complémentaires.



Le groupe hospitalier Archet (hôpital Archet 1 & 2), l'hôpital Cimiez, l'Hôpital Pasteur, l'hôpital Saint-Roch, les Hôpitaux pédiatriques de Nice (GCS CHU-Lenval), le Pôle d'Activités d'Aval de Tende, l'Institut Universitaire de la Face et du Cou IUFC (GCS CHU - Centre Antoine Lacassagne)

En termes d'activité annuelle :

583 consultations

76 516 urgences adultes

52 969 urgences pédiatriques

17 512 actes de dialyse

2 518 accouchements

392 727 appels au Centre 15

353 interventions par hélicoptère

### 3.2. Projet d'établissement en lien avec le projet

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice assure les 3 missions essentielles :

- Soins (diagnostic, prévention, éducation)
- Enseignement (formation médicale et paramédicale de 1000 élèves par an)
- Recherche - Innovation (contribution aux progrès des sciences médicales et pharmaceutiques).

La permanence des soins est assurée (SAMU, Service d'Accueil des Urgences, Maison Médicale) et une filière complète de prise en charge diversifiée est organisée : ambulatoire, hôpital de semaine, hospitalisation complète, courts séjours, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée.

D'importants moyens sont mis en œuvre afin d'assurer une haute qualité de prise en charge du patient, par des réponses les plus adaptées et les plus sûres et les plus récentes.

Toutes les disciplines sont représentées au CHU de Nice : médecine, chirurgie, obstétrique, biologie... Depuis la consultation jusqu'à l'hospitalisation. Mais aussi une intervention du CHU de Nice sur le terrain de la prévention et du dépistage. C'est un établissement de recours pour les autres centres hospitaliers du Département et son expertise est régulièrement

requis.

Elle associe des professionnels médicaux, paramédicaux, du domaine sanitaire et social, hospitaliers ou non, publics ou privés.

L'activité du CHU de Nice est développée sur une organisation de l'activité en 16 pôles cliniques et médico-techniques regroupant l'ensemble des activités courantes et spécialisées.

Le développement des coopérations est en effet une préoccupation forte du CHU de Nice.

Le CHU de Nice est initiateur régional ou promoteur de plusieurs concepts d'excellence :

- Centre accrédité de Greffe de Moelle osseuse et cellules
- d'hématopoïétiques
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- Centre Mémoire Ressources et Recherche
- Centre de Reproduction (Aide Médicale à la Procréation)
- Centre de Ressources Biologiques
- Coordination française du programme d'éducation européen E-Bug
- Espace Partagé de Santé Publique
- Espace Ethique Azuréen
- Unité de Thérapie Cellulaire et Génique
- Unité protégée d'hématologie pour la greffe de moelle osseuse et la thérapie cellulaire
- Centre National de Référence santé à domicile & autonomie

En 2011, la politique qualité au CHU de Nice s'est structurée autour d'une Direction Parcours Patient co-animée par un Directeur et un médecin et associant la Coordination des Vigilances Sanitaires et de la Gestion des Risques (CVSGDR).

L'année 2011 a aussi été marquée par le déroulement de la certification V2010, le CHU de Nice a été le premier CHU de France à être certifié sans réserve et avec moins de cinq recommandations.

Suite aux améliorations mises en place, deux des trois recommandations ont été levées en 2012 (gestion des déchets et identification du patient). A ce jour, le CHU de Nice est certifié avec une recommandation.

Dans sa mission de recherche, le Centre Hospitalier Universitaire de Nice consacre actuellement un budget de 5,9 millions d'euros aux 19 projets innovants en cours d'élaboration. Les praticiens hospitaliers et les ingénieurs sont accompagnés dans la valorisation des résultats de la recherche publique et le transfert des technologies innovantes vers l'industrie biomédicale par la Société d'Accélération du transfert de Technologies des régions PACA et Corse créée en 2012.

Le CHU de Nice se caractérise notamment en se positionnant comme un centre d'excellence sous la forme d'une plateforme de compétences scientifiques qui permet d'apporter des soins standardisés, former des agents de santé et participer aux activités de recherche.

Ce centre d'excellence est composé, en autres, d'un centre d'innovation et d'usages santé (développement, promotion, diffusion) et aux usages (expérimentation, évaluation).

C'est également un centre de ressources et de compétences destiné à permettre à des industriels de conduire des expérimentations dans le domaine de la santé. Cette structure a donc pour rôle de fédérer l'ensemble des acteurs et des expérimentations existantes.

Il a diverses missions, à savoir :

- L'aide au développement et au bon usage des Technologies de l'Information et de la Communication dans le domaine de la santé.

- Assurer des missions d'intérêt général (information, sensibilisation, contribution à la normalisation, soutien au développement de partenariat technologique...).
- Disposer de moyens technologiques (plateformes de test et d'intégration) et méthodologiques permettant la réalisation de démonstrations et la mise en place de vitrines technologiques.

Comme le reprennent, Gallouj et Gallouj<sup>43</sup>, la description de ce que peut être l'innovation à l'hôpital met en lumière la multiplicité des gisements exploités et potentiellement exploitables. Le champ de l'innovation hospitalière déborde ainsi largement celui de l'innovation médicale.

L'introduction puis l'utilisation de pratiques et de technologies innovantes bénéfiques pour la prise en charge des patients dans leurs parcours de soins sont souvent le résultat de recherches.

La simulation médicale fait partie de ce centre d'excellence que nous aborderons par la suite. Ce projet s'inscrivant dans cette dynamique-là.

C'est pour cela que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) lance, chaque année depuis 2010, une campagne d'appels à projets en matière de recherche clinique, de recherche médico-économique, de recherche sur la performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale et de recherche en oncologie.

Les objectifs de cette campagne d'appels à projets sont le développement, la validation et la prise en charge de l'innovation.

---

<sup>43</sup> GALLOUJ D. et GALLOUJ F. ; L'innovation dans les services publics, Revue Française d'économie vol XXVII, 2012.

### 3.3. Projet social en lien avec le projet

Destiné à accompagner les projets du CHU pour les prochaines années, il prépare les évolutions naturelles des besoins en matière de compétences et de savoirs. Il est à ce titre primordial que le CHU, dans sa mission d'accompagnement, puisse anticiper les évolutions des compétences nécessaires à la réponse aux besoins de l'Institution. Ces compétences sont naturellement directement en relation avec les attentes du CHU ; elles dépendant néanmoins également des évolutions du système de santé dans son ensemble.

Des facteurs concourent à ces réflexions et ils peuvent relever aussi bien du contexte général des hôpitaux que du contexte spécifique au CHU de Nice.

**Concernant les soins** : La prise en charge des patients est appelée à rapidement connaître de profonds bouleversements devant les évolutions prévisibles que le monde de la santé doit se préparer à affronter.

- L'évolution des pathologies prises en charge : L'augmentation prévisible des polyopathologies liées notamment au vieillissement de la population mais également toutes les pathologies en lien avec le recours à l'urgence (dont les urgences vitales)
- L'évolution des pratiques soignantes qui s'oriente vers une hyper-technicisation des professionnels et la protocolisation des pratiques (dont la prise en charge des urgences vitales).
- L'évolution de la prise en charge soignante du patient dont l'approche sera de plus en plus globale et coordonnée (dont la prise en charge des urgences vitales).

**Concernant l'évolution des technologies** : L'hôpital devient un secteur de plus en plus complexe et l'évolution à venir peut être résumée par une « sophistication continue des pratiques avec l'utilisation d'équipements très complexes ; cette évolution impliquera plus largement une appréhension de la

formation continue selon un modèle de plus en plus individuel et spécifique tout en tenant compte de l'importance des coordinations médico soignantes.

A ce titre, le projet proposé, outre le développement du travail en équipe et des coordinations permet également le développement de compétences individuelles (sondage vésical, intubation oro trachéale, ...)

**Concernant l'évolution de l'organisation de la prise en charge :**  
L'augmentation des coûts de santé, les progrès des techniques médicales et chirurgicales, l'informatisation des processus de gestion, l'allongement de la durée de vie, tous ces facteurs concourent à un raccourcissement important des durées de séjours au sein des établissements, amenant les hôpitaux à repenser leur organisation interne, mais également à développer des coordinations dans les prises en charge spécifique appelant à travailler en inter disciplinarité et pluri disciplinarité, celles que celles préconisées dans la prise en charge d'une urgence vitale.

Le projet social permet d'apprécier une situation à un instant t mais permet principalement de se projeter à moyen et long terme. A ce titre, il prend nécessairement en considération l'innovation dans tous les domaines, qu'elle soit technologique ou organisationnelle.

Toute amélioration des conditions de travail individuel ou collectif, permet de développer la prise en charge des patients, de développer des compétences professionnelles mais permet également d'améliorer la satisfaction au travail.

#### 3.4. Projet qualité en lien avec le projet

Ce projet dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire est en lien avec le projet institutionnel centré sur le patient prend en compte les préconisations de la Haute autorité de santé et les itérative l'évaluation interne et/ou externe effectué dans l'établissement il s'appuie sur la maîtrise

des démarches d'évaluation des pratiques largement développée au niveau des équipes médicales soignantes sur l'expertise de certains professionnels.

Le projet qualité du CHU de Nice s'inscrit dans une continuité de la démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu au patient, mise en œuvre de manière systématique depuis le début des années 1990.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes accueillies est l'un des objectifs fondamentaux du CHU et de ses professionnels.

L'établissement s'attache à répondre aux exigences du patient d'être soigné dans les règles de l'art, avec une sécurité maximale, dans le respect de ses droits et de son autonomie.

Déjà engagée depuis plusieurs années, avec deux visites de certification par la Haute Autorité de Santé, cette démarche est à poursuivre et à consolider avec notamment comme perspective la prochaine visite prévue en 2015.

La prise en compte personnalisée des besoins et des attentes du patient.

- Permettre au patient d'être acteur de son projet de soins
- Faciliter le parcours du patient (en déterminant l'efficacité des mesures mises en œuvre)
- Développer la notion de bien traitance dans la prise en charge du patient
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : La sécurisation de la prise en charge des patients est devenue un impératif pour l'établissement.

Elle s'appuie notamment sur un système de gestion des risques organisé.

- Favoriser l'amélioration et le développement des pratiques professionnelles (l'un des objectifs de la simulation médicale)
- Lutter contre les événements indésirables (notion s'intégrant totalement dans le projet développé puisqu'à son origine au niveau international), la prise en compte des besoins et attentes des personnels

- Favoriser le bien être des professionnels au travail (en lien avec la satisfaction de agents formés au travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation médicale)
- Développer l'expertise des professionnels en matière de qualité et de gestion des risques (la gestion des risques liée à la prise en charge de l'urgence vitale hors présence médicale s'intégrant dans cette démarche).

### 3.5. Projet de soins en lien avec le projet

Les ambitions du projet de soins, en corrélation forte avec les axes du projet médical et en adéquation avec les objectifs du projet social, sont les suivantes :

- Le développement de la recherche en soins infirmiers et l'innovation avec l'accroissement de nouvelles techniques (la simulation médicale fait partie des innovations en question, qu'elle soit utilisée par le travail en équipe ou pour tout autre apprentissage fonctionnel ou technique).
- Le progrès dans la prise en charge clinique de la plus large gamme des pathologies courantes, le développement de la prise en charge des personnes s'agissant des pathologies et des champs d'activités suivantes : cancers, pathologies cardiaques vasculaires et neurologiques, poly-pathologies liées à la longue vie, soins de suite et de réadaptation, chirurgies, addictions et la santé mentale, pathologies chroniques, **risque vital (urgences, réanimation, surveillance continue)**, de la prise en charge de la femme et de l'enfant, au cours du parcours des usagers dans les disciplines diagnostiques.
- Faciliter l'émergence et accompagner les projets professionnels : ceci implique de repérer et valider les éventuelles coopérations entre professionnels, d'identifier les potentiels et d'optimiser les formations (le projet s'intègre dans cette démarche tant au niveau du pôle urgences SAMU qu'au niveau de l'institution).

- L'amélioration de la qualité, la sécurité des soins et la préparation de la certification (reprise des éléments en lien avec la gestion des risques, la qualité mais également la sécurisation de la prise en charge des urgences vitales en équipe pluridisciplinaires).
- Une réponse adaptée aux besoins et attentes des professionnels (l'évaluation de la formation et de son contenu fait émerger des attentes en lien avec la poursuite de formations du type simulation, mais également des formations sur la gestion de crise, la gestion du stress et la gestion du travail en équipe)
- La formation des futurs professionnels. (La simulation outre les bénéfices en lien avec le projet, permet également de développer des compétences pratiques dans le cadre de la formation initiale mais également en lien avec les spécificités des unités de soins)

### 3.6. DGOS et HAS

Dans un courrier de 2013, la DGOS<sup>44</sup> insiste sur le fait de développer l'utilisation de la simulation médicale dans le cadre de la sécurisation des soins.

La **Stratégie nationale de santé (SNS)** fait de la **formation** un levier d'action, en insistant sur la contribution qu'elle doit apporter pour le développement de la culture du travail en équipe, l'association plus étroite des patients et l'accompagnement et la transformation des organisations de soins.

Parmi les méthodes et outils pédagogiques les mieux adaptés à la réalisation de ces objectifs, la **simulation en santé** tient une place de premier rang.

L'objectif de développer la simulation en santé dans le cadre du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) figure dans la « feuille de route »

---

<sup>44</sup> INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé

de la SNS. Comme l'expriment la DGOS mais également l'HAS, la simulation est particulièrement efficace pour améliorer la performance d'équipe.

Le développement efficace de la simulation en santé est subordonné à la recherche de cohérence et à la coordination étroite que les ARS sauront organiser avec les UFR en santé et les collectivités territoriales impliquées dans les plates-formes de formation initiale et continue ou motivées par leur essor.

### 3.7. La simulation médicale au CHU de Nice

Développé avec Harvard Medical International, le Centre de Simulation Médicale a ouvert ses portes en mai 2008. Ce centre, situé à la Faculté de Médecine, est le premier de ce type en France. Il sert de modèle à plusieurs centres actuellement en cours de développement en France. Le campus hospitalo-universitaire Niçois est devenu un centre d'excellence de la simulation en santé Université Hôpital (SIMUH) pluridisciplinaire et multi-techniques ouvert à l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale, étudiants ou praticiens selon la volonté de ses fondateurs.

Le centre intègre sur 400m<sup>2</sup> l'ensemble de spécialités médico-chirurgicales : urgences, pédiatrie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique, ORL, digestif, urologie, gastro-entérologie et devient un centre de référence dans la simulation pour les professions de santé en France.

La simulation pratiquée communément aux Etats Unis depuis 15 ans, fait actuellement l'objet d'un développement important en France. Dans ce cadre l'HAS a émis des règles de structure et d'organisation que le CHU de Nice et la Faculté de Médecine ont respectées.

Le centre Niçois regroupe toutes les disciplines enseignées et toutes les techniques disponibles : jeux de rôles, modèles inertes, simulateurs vidéo 3D et simulation procédurale (pour l'apprentissage de gestes. Le SIMUH dispose aussi de mannequins « HiFi » interactifs pour situations de crises complexes.

Le CHU de Nice ambitionne de développer le SIMUH de manière à simuler totalement le quotidien hospitalier.

Les enjeux sont multiples : sécurisation des soins, enseignement des techniques de base jusqu'aux techniques de pointe comme sur le robot chirurgical, et aussi enjeux de partenariat entre bien sûr l'Hôpital et l'Université mais aussi entre le CHU et les Partenaires Industriels.

Ses missions :

L'enseignement utilise des mannequins sophistiqués pouvant reproduire la plupart des situations aiguës auxquelles pourraient être confrontés les étudiants (douleur thoracique, dyspnée, douleur abdominale, urgence vitale...). Les sessions visent à améliorer le raisonnement clinique en intégrant les notions de sémiologie et de thérapeutique et de prise en charge globale ;

Outre l'extension des programmes en cours, d'autres programmes sont en cours de développement ou viennent de débiter :

- Communication,
- Sécurité des soins,
- Travail en équipe,
- Infirmiers des services d'urgences intra et pré hospitaliers,
- Internes DES et DESC d'Anesthésie Réanimation, Chirurgie, Médecine d'Urgence (sessions conjointes),
- Internes DESC de Médecine d'Urgence,
- Entraînement aux gestes techniques invasifs,
- Entraînement à la curiethérapie,
- Éducation thérapeutique.

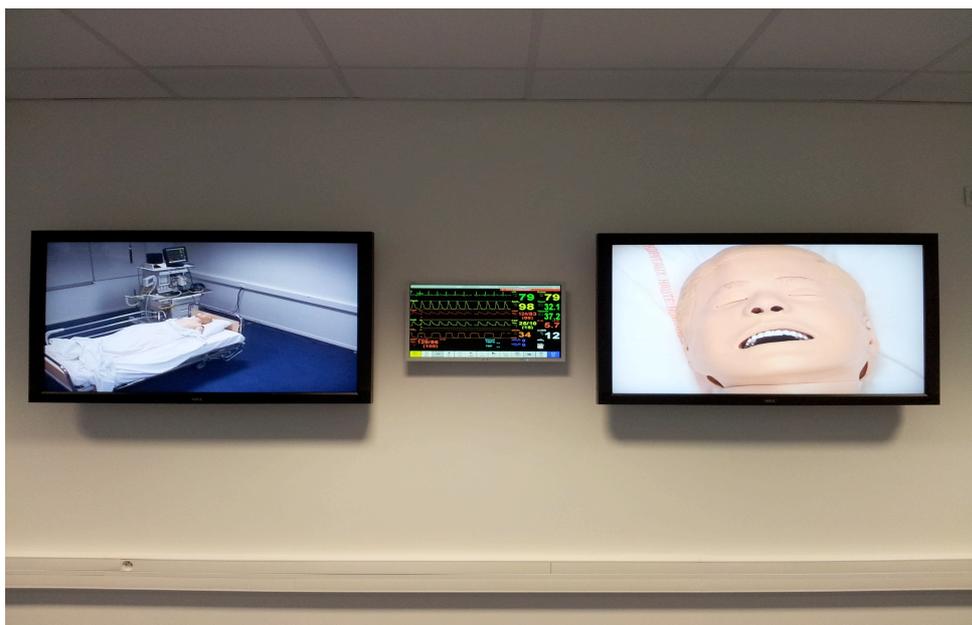
### **Déroulement d'une séance de simulation médicale**

Dans une séance de simulation tout est "vrai" : matériel, professionnels de santé, taux d'adrénaline des participants... à l'exception du patient figuré par un

mannequin.

Afin que l'environnement de travail soit réaliste, les séances de simulation se déroulent dans une salle spécialement aménagée du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) qui dispose du matériel habituellement utilisé au bloc opératoire (Respirateur d'anesthésie, fluides médicaux, aspiration, chariot d'anesthésie, chariot d'urgence, matériel d'intubation difficile, défibrillateur, téléphone).

Une salle mitoyenne, reliée par un système de retransmission audio et vidéo, permet au reste du groupe d'observer la séance. Le débriefing est également réalisé dans cette salle.



Après une présentation de l'environnement et du matériel, le scénario est déroulé selon des objectifs prédéfinis par les formateurs puis est suivi du débriefing de la séance. Les participants peuvent ainsi répéter autant que nécessaire un geste sans risque pour le patient.

Plus que la maîtrise technique pour laquelle un mannequin plus simple

pourrait être suffisant, un mannequin réaliste permet la formation et l'évaluation de compétences non techniques que ce soit la maîtrise d'un raisonnement diagnostique ou la mise en œuvre d'un comportement et de décisions adaptés en fonction de la situation présentée.

Ces compétences non techniques ne sont actuellement que très peu abordées par le biais des enseignements traditionnels. On entend par compétences non techniques la capacité des participants à :

Gérer les tâches (planifier et préparer, prioriser et hiérarchiser, se conformer et maintenir les standards, identifier et utiliser les ressources), Travailler en équipe (coordonner l'activité, échanger les informations, faire preuve d'autorité et de persuasion, évaluer les compétences, soutenir les autres), répondre aux situations (recueillir l'information utile, reconnaître et comprendre, anticiper), décider (identifier les options, peser les risques et sélectionner les options, réévaluer).

La résolution d'une crise met en jeu à la fois la mobilisation de connaissances théoriques médicales mais aussi la capacité de mettre en œuvre ces connaissances ainsi que les ressources humaines et matérielles adéquates. La mise en situation des participants les aide à acquérir une compétence et une expertise qu'ils ne pourraient pas obtenir aussi rapidement par le biais du seul enseignement traditionnel que ce soit en amphithéâtre ou au lit du patient. Les séances de simulateur réaliste ne remplacent naturellement pas les méthodes d'enseignement traditionnelles mais les complètent très utilement.

### 3.8. Le projet PACTE au CHU de Nice

J'ai souhaité en tant que responsable soignant de pôle développer le travail en équipe, et il s'est avéré que l'utilisation de l'outil simulation médical était l'un des moyens pour y parvenir. Dans le cadre d'un appel à projet par l'HAS afin de

développer le travail en équipe, j'ai souhaité porter ce projet et faire acte de candidature dans une démarche institutionnelle.

Aussi, le CHU de Nice s'est positionné auprès de l'HAS et a proposé trois projets en lien avec le développement du travail en équipe. Projets indépendants et différents les uns des autres qui ont été tous les trois sélectionnés par l'HAS afin d'intégrer PACTE.

De multiples réunions ont été organisées au sein de l'établissement afin de définir la connexion entre la direction qualité, qui portera le projet au niveau institutionnel, l'HAS et le pôle Urgences. Des binômes facilitateurs ont été créés et composés d'un ingénieur qualité et d'un cadre supérieur de santé afin de nous accompagner dans cette démarche.

Des rapprochements ont eu lieu avec l'HAS afin de déterminer les attendus du projet PACTE ainsi que les orientations à prendre en adéquation avec le projet institutionnel mais également les différents projets de pôle.

A ce jour, le pôle a pu prendre de l'avance quant à la phase expérimentale du projet PACTE et surtout laisser entrevoir un mode de diffusion à l'ensemble de l'institution.

## 4. LE PROJET MANAGERIAL

### 4.1. Motivation et intérêt

#### 4.1.1. Intérêt personnel

Mon positionnement au sein de l'institution en tant que cadre responsable du pôle Urgences SAMU SMUR m'a permis de développer divers projets en lien avec les projets institutionnels et ce, dans une verticalité descendante et ascendante et également dans un contexte de coordination horizontale.

Certains projets n'auraient pu voir le jour sans cette légitimité conférée par mon positionnement au sein de l'institution et au sein du pôle.

La formation suivie dans le cadre du Master 2 « management des organisations soignantes » n'a fait s'accroître cette légitimité.

Aussi, aujourd'hui je souhaite capitaliser cette légitimité et ce positionnement en proposant un projet, qui a démontré son utilité, sa plus-value mais également ses zones de faiblesses, à l'institution afin de faire profiter à tous les acteurs des bénéfices que nous pourrions attendre de ce projet.

J'estime que challenge, prise de risque, et innovation ne sont pas des termes réservés à des entreprises publiques ou privées mais peuvent faire également partie de la culture soignante.

Il s'agit pour moi de systématiser la capitalisation des bonnes pratiques développées tout au long du cycle d'innovation (nouvelles techniques de collaboration en réseau, de créativité...) afin de faire bénéficier des « petits pas intelligents » de chacun au plus grand nombre de personnes.

Enfin, c'est un moment important et formidable que d'être impliqué dans le développement des compétences soignantes. Les nouvelles technologies et les nouveaux modes de pensée sur l'efficacité à atteindre ont permis de créer des stratégies nouvelles et inventives dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, à ce titre je suis fier de pouvoir m'inscrire dans démarche de ce type au sein de l'institution et du pôle Urgences SAMU SMUR.

#### 4.1.2. Intérêt pour le pôle

Ce projet pourrait s'arrêter ici, après la mise en place d'un dispositif de développement du travail en équipe au sein du pôle urgence, dans le cadre de la prise en charge d'une urgence vitale et ce, par l'intermédiaire de la simulation médicale.

Ce projet pédagogique répond totalement à un projet institutionnel, un projet médical, un projet de soin de pôle mais également à une directive de l'HAS et de la DGOS.

Le lien qui unit le projet à toutes ces logiques plurielles met en évidence l'importance du thème qui reste prépondérant dans une logique actuelle de gestion de risques au sein de laquelle tous les acteurs se sentent concernés.

Au sein du pôle, car le projet est parti de ce niveau fonctionnel, une attention toute particulière a été attachée aux acteurs qui ont permis de faire évoluer et vivre ce projet.

Une évaluation à l'attention des formés a été réalisée, mettant en avant la satisfaction des apprenants ainsi que des possibilités de transfert dans une pratique quotidienne.

L'évaluation répond également à une demande des formateurs par l'intermédiaire d'une grille d'observation qui met en évidence les prémices d'un développement du travail en équipe dans le cadre d'une prise en charge spécifique.

Ce projet a également permis de développer et d'améliorer le travail en équipe par le travail réflexif que la simulation a induit lors du débriefing.

Les bénéfices attendus et mis en évidence, tant au niveau du travail en équipe que de la satisfaction des personnels lors de leur participation a permis au chef de projet mais également à l'ensemble des formateurs et du responsable du pôle d'envisager une possibilité de transposition à d'autres types de prises en charge.

Au-delà de cette réflexion qui est en cours d'étude, Nous pensons qu'il serait particulièrement intéressant et pertinent d'envisager une transposition au sein d'un secteur de soins complètement différent.

Cependant, il nous semble important à ce stade, d'analyser la nature du projet par un développement de ses atouts, de ces faiblesses, des menaces ; Mais également d'en faire une analyse fonctionnelle, politique et culturelle au sein d'une organisation en pleine mouvance qui peut se prêter à accueillir une innovation ayant de nombreux atouts.

#### 4.2. Analyse des forces et des faiblesses

La matrice SWOT, acronyme anglophone de Strengths, Weaknesses, Opportunités et Threats, permet d'obtenir une vision synthétique de la situation en présentant les Forces et les Faiblesses du projet et de son organisation ainsi que les Opportunités et les Menaces potentielles.

L'intérêt de cet outil est qu'il permet de rassembler et de croiser les analyses interne et externe avec les environnements micro et macro de du projet et de son organisation.

L'analyse se divise en 2 groupes :

Les forces et faiblesses : Ce sont des éléments qui pourraient être, en théorie, régulés par le biais du management au sein du pôle ou de l'institution par le pilote du projet.

Les opportunités et menaces : Il s'agit éléments qui évolueraient indépendamment des décisions managériales mais que je dois prendre en compte dans le cadre du développement de projet.

SWOT est un outil indispensable car nous sommes face à une opportunité de développement dans le cadre de la mise en place stratégique d'un nouvel outil de formation, de management et de qualité. Elle me permettra d'analyser les enjeux du projet de simulation médicale et du développement du travail de groupe tout en me permettant de définir la stratégie la plus adaptée au sein d'un pôle ou au sein d'un établissement.

Des limites peuvent néanmoins survenir quant à l'utilisation de la matrice. Il convient donc d'en avoir conscience avant de développer une stratégie de développement efficace. En effet, l'utilisation implique de d'appréhender les relations de pouvoir entre les participants (qui seront abordée dans l'analyse politique de l'organisation à développer) et elle requiert une certaine culture d'ouverture.

Si SWOT est un outil censé faciliter la réflexion pour arriver à définir des stratégies, il peut se transformer, en cas d'application rigide et mécanique, en un outil qui empêche la réelle réflexion stratégique. « ...la stratégie risque de dégénérer en recette spécialisée qui diminue la flexibilité et empêche

l'apprentissage et l'adaptation...<sup>45</sup> »

Le processus, réunit des informations, les intègre, les manipule, mais comme tout système formel il ne peut jamais les intérioriser, les comprendre et les synthétiser. Toute discussion créative risque d'être étouffée. En cherchant à faire entrer un processus souple dans un modèle trop strict, on risque tout bonnement de le tuer (tel le protocole type).

L'environnement peut changer en permanence. Par ailleurs, une fois choisies, les stratégies sont comme des œillères destinées à favoriser la concentration, mais elles peuvent ainsi gêner le changement de cap quand il devient nécessaire et limiter la réactivité dont nous aurons besoins afin de continuellement nous adapter au projet mais également adapter le projet aux évolutions.

SWOT est donc à relativiser, à utiliser comme un guide et non comme une recette à appliquer de manière stricte et contraignante.

---

<sup>45</sup> "The seeking of strategy where it is not: toward a theory of strategy absence". inkpen et Choudhury. *Strategic Management Journal*. 1995

	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>Origine Interne Organisationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreux praticiens hospitaliers et soignants s'intéressent et participent déjà à l'enseignement par la simulation.</li> <li>• Matériel déjà disponible dans les services et peu utilisé.</li> <li>• Un espace est identifié pour les activités de simulation...</li> <li>• Un travail réflexif important</li> <li>• Mises en situation authentiques</li> <li>• Projet innovant</li> <li>• Développement du travail et dynamique d'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de temps pour encadrer les sessions et pour détacher du personnel.</li> <li>• Coûts d'investissements importants tant en ressources humaines qu'en budget.</li> <li>• Logistique importante</li> <li>• Peu de personnes savent utiliser le simulateur.</li> <li>• Aucun simulateur ne répond à l'ensemble des objectifs pédagogique</li> <li>• N'est pas adapté à l'évaluation des connaissances scientifique</li> <li>• Doit s'inscrire dans un projet pédagogique</li> </ul>
	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<b>Origine externe environnementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposition institutionnelle de mutualisation des outils de simulation.</li> <li>• Les professionnels de santé, l'encadrement mais également les étudiants souhaitent s'investir dans le développement du centre de simulation...</li> <li>• Dilemme éthique faible</li> <li>• Transférabilité possible</li> <li>• Projet innovant</li> <li>• Réponse à une demande de l'HAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de simulation dans des structures environnantes.</li> <li>• Les dégradations de matériels sont fréquentes.</li> <li>• Les méthodes sont critiquées par des certains enseignants qui craignent une remise en cause de leurs compétences.</li> <li>• Remise en question des zones d'autonomie de certains cadres, RSP ou directions fonctionnelles</li> </ul>

Nous avons choisi de développer une stratégie en particulier à savoir, la stratégie Forces-opportunités. La stratégie consiste à exploiter les forces internes du projet pour poursuivre les opportunités de l'environnement. Il s'agit donc d'une stratégie offensive d'expansion en ligne directe de notre projet de développement hors du pôle urgences.

Ce choix de développement doit cependant tenir compte de plusieurs paramètres qui ne pourront être mis en évidence qu'après une analyse organisationnelle caractérisée par une analyse fonctionnelle, une analyse politique et enfin une analyse culturelle du système au sein duquel le projet doit s'inscrire.

#### 4.3. Analyse organisationnelle

Le projet en question est caractérisé par le développement du travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation médicale. Ce projet fait également l'objet d'une stratégie de développement au sein de l'institution.

##### 4.3.1. Analyse fonctionnelle

La dimension fonctionnelle décrit le fait qu'une organisation est une entité au service d'une mission qu'elle vise à remplir.

Il en résulte des politiques, des dispositifs, des instruments et des ajustements permanents qui ont pour fonction de tenir compte notamment des transformations internes comme externes (concurrence, changement technologique, vieillissement de la main-d'œuvre, etc.)<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Dumond JP, cours Master Management des Organisations Soignantes, Montsouris, 2014

On peut décrire la dimension fonctionnelle de l'organisation développée dans le cadre du projet à partir :

D'un postulat de départ validé par des études mettant en avant qu'une majorité d'événements indésirables liés aux soins relèvent d'une problématique de coordination au sein de l'équipe et plus particulièrement d'une problématique de communication et de transmission de l'information.

De la valeur ajoutée en terme de qualité dans le développement du travail en équipe que l'organisation apporte auprès des différentes parties prenantes avec lesquelles elle est en contact ; En effet il est avéré que l'amélioration du travail en équipe constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables, est un facteur de qualité de la prise en charge du patient, est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels, est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

Le projet organisationnel cherche à travailler et à améliorer la qualité des rapports humains au sein d'une équipe de soins. Ces rapports sont plus particulièrement caractérisés par la communication, le leadership, le followership.

Les moyens mis à disposition sont tout d'abord matériels et relèvent de l'utilisation de centre de simulation médicale rattaché à la faculté de médecine mais également au CHU de Nice.

Les moyens humains mis à disposition sont caractérisés par l'ensemble du groupe de formateurs au sein du centre de simulation. Ceux-ci correspondent à un cadre de santé et un psychologue clinicien qui organisent cette activité en plus de leur activité quotidienne. Ces moyens nécessitent des compétences particulières tant sur l'aspect

cognitif que méthodologique. Le groupe de formateur bénéficie d'un accompagnement de la part d'un médecin référent qui est responsable du centre de simulation médicale ainsi que de la part de l'encadrement supérieur du pôle urgence.

Les autres moyens humains sont issus du pôle urgence. Il s'agit des infirmiers et des aides-soignants du pôle qui participent à l'activité de formation. En lien avec ce groupe, la principale difficulté organisationnelle est liée à l'impossibilité de libérer une masse importante d'agent dans le même temps afin de leur permettre de participer au projet.

Concernant l'agencement des ressources, deux logiques cohabitent à savoir, une logique de division verticale caractérisée par la présence des différentes directions telles que la direction qualité, la direction des ressources humaines, la direction des soins, le service de la formation mais également le trio de pôle.

Une logique organisationnelle horizontale est présente et caractérisée par les autres pôles de soins ainsi que personnels amenés à prendre part au projet tels que les cadres de santé du pôle urgence qui sont positionnés au sein du pôle sur des thématiques en lien avec le dispositif (formation, gestion des ressources humaine par exemple) mais également les infirmières et aide soignantes qui participent activement au projet.

Le cadre de santé ainsi que le psychologue sont référents de l'organisation mais le projet est porté par le cadre de pôle. Une certaine latitude est laissée à celui-ci afin de pouvoir organiser le projet avec le responsable médical du pôle.

Concernant le périmètre d'action, de nombreuses activités sont incluses dans le processus à savoir l'organisation pratique des séances de formation, le briefing, le débriefing par exemple, mais de d'autres activités sont en dehors du dispositif tout en y contribuant telles que la maintenance du centre de simulation (en personnel et en matériel), d'autres activités sont en partenariat et en réseau telles que les pôles extérieurs au pôle urgence au sein desquels des essais de transposition sont effectués. Enfin, les différentes directions sont bien entendu en réseau.

Concernant les des principaux flux qui composent l'organisation, il s'avère que ceux-ci sont dépendants des ressources humaine, des ressources matérielles mais également et en grande partie dépendant de paramètres en lien avec l'innovation.

En effet, ce projet étant innovant, de nombreuses données restent aujourd'hui dépendantes de l'avancée du projet, de l'avancée de la science aussi bien en termes de technologie que de sciences humaines en lien avec le travail en équipe et l'organisation du travail au sein des unités de soins.

Concernant les modalités de contrôle, celles-ci peuvent s'envisager à deux niveaux.

Dans un premier temps, une évaluation de la satisfaction des personnels est prévues (type Kirkpatrick) afin de mettre en avant la plus-value de la formation en terme de satisfaction, dans un second temps, une évaluation est prévue sur un mode observationnel afin de mettre en avant l'existant et un programme de formation dans le cadre du positionnement des acteurs dans le travail en équipe.

Enfin, un dispositif d'évaluation est prévu afin d'envisager la pérennité du dispositif au niveau des ressources humaines, des

ressources matérielles et des ressources financières tout en mettant l'accent sur le développement d'un programme de formation qui n'existe pas à ce jour.

#### 4.3.2. Analyse politique

La dimension politique se réfère au fait que la relation d'emploi se fonde notamment sur un jeu de contributions et de rétributions entre les différents acteurs qui ont, pour une part, des intérêts contraires, chacun cherchant à optimiser ce qu'il retire de l'échange.

L'analyse politique met en jeu la conception micro sociale qui se caractérise par une conflictualité entre des individus à l'intérieur d'une organisation qui ont des intérêts propres et des stratégies qui ne se fondent que sur leurs intentions individuelles.

Plusieurs notions organisent l'analyse micro sociale : l'intérêt (individuel), le conflit, le pouvoir, la stratégie et l'incertitude ;

Il nous semble important tout d'abord de développer les interactions entre les différentes directions au sein de l'établissement et ce, en lien avec le projet de développement de la simulation.

**L'HAS et la DGOS :** La sécurité des patients devient de plus en plus un enjeu majeur de nos sociétés, aussi, nombreux sont les dispositifs et réglementations qui s'y intéressent :

La loi HPST a mis en place une gouvernance des risques en impliquant fortement le président et la CME de l'établissement et en désignant un coordinateur de la gestion des risques <sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Le programme national sécurité des patients (PNSP) présenté le 14 février 2013 par le Ministère de la santé cible particulièrement les EIG et le retour d'expérience (axe 2 du PNSP) ainsi que la notion d'équipe, de culture de sécurité partagée et de formation (axe 3).

Parmi les méthodes de développement professionnel continu (DPC) retenues par la HAS (document de décembre 2012), on retrouve les méthodes de gestion de risque dont une concernant la gestion des risques en équipe (en cours de développement).

La certification des établissements de santé investigate la gestion des risques (notamment à travers les critères 8 et 28a). La gestion des risques est l'élément central de l'accréditation des médecins des spécialités à risque.

Par ailleurs, la HAS porte un intérêt de plus en plus fort aux dynamiques d'équipe favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette attention est motivée par l'observation des données et études relatives aux événements indésirables (concluant à la prééminence de ces facteurs d'organisation et de culture d'équipe dans leur survenue ou dans leur récupération).

La HAS souhaite ainsi favoriser un mouvement pour construire un système de reconnaissance des équipes entraînées aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité, dans les dispositifs existants (certification, accréditation, DPC) et futurs.

**La direction qualité** : les intérêts sont de deux types. Tout d'abord en lien avec l'HAS, le projet de développement du travail en équipe s'intègre dans une démarche nationale intitulée « PACTE » ou projet d'amélioration continue du travail en équipe. A ce titre, la direction qualité souhaite piloter ce projet et se positionner comme maître d'œuvre.

Dans un second temps, ce projet s'intègre dans une démarche d'évaluation et de développement de compétences dans un but d'amélioration de la qualité et de réduction des risques. A ce titre également la direction qualité souhaite se positionner, dans le cadre du futur dispositif d'accréditation, comme coordonnateur du projet.

**Le service de formation** : les intérêts en lien avec ce service se résument au Développement Professionnel Continu. En effet, Un programme de simulation peut être mis en œuvre dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue ou dans le cadre d'un dispositif d'amélioration des pratiques en termes de travail en équipe qui a fait l'objet d'une demande de **développement professionnel continu (DPC)**.

Dans le cas du DPC, il intègre nécessairement des objectifs de formation et d'analyse des pratiques et comporte un ou plusieurs scénarios de simulation. Chaque scénario est déroulé lors d'une séance de simulation qui débute par un briefing et se termine par un débriefing à l'issue duquel des actions d'amélioration sont proposées.

A ce jour, le service de la formation ne s'est toujours pas prononcé quant à la possibilité de valider ce projet car de trop nombreux éléments semblent manquer, cela nécessitant de dégager du temps administratif afin de pouvoir prendre en charge ce projet impliquant de nombreuses variables. Il est à noter qu'un dossier complet a pu être élaboré en fonction des recommandations DPC mais également des recommandations du service de la formation.

**La Direction des Ressources Humaines** : le projet de d'amélioration du travail en équipe intéresse tout particulièrement la DRH dans le cadre des bénéfices induits par l'amélioration des conditions de travail.

En effet, de nombreuses études mettent en avant les bénéfices du développement du travail en équipe et ce, en terme de satisfaction des personnels, de bien-être au travail et enfin de fidélisation. Pour ces raisons, un lien privilégié doit être tissé avec la DRH afin d'obtenir un appui fort et institutionnel au projet.

**La direction de l'innovation :** ce projet est innovant au sein de l'institution que ce soit au niveau local et même national. A ce titre, il peut bénéficier d'un appui logistique matériel et humain mais également financier dans le cadre de diverses possibilités d'inclusion dans des protocoles hospitaliers de recherches infirmières mais également de recherches en sciences sociales et du travail.

**La direction de la nouvelle gouvernance :** le point de départ du projet est localisé au sein du pôle urgence, cependant la finalité s'appuie sur la possibilité de transposition au sein d'autres pôles de soins mais également médico techniques.

A ce titre, la direction de la nouvelle gouvernance, par sa vision multi pôle souhaite se positionner comme élément fédérateur au sein du projet et pouvoir ainsi développer des projets mais également des contrats inter pôles tant en terme de ressources matérielles, humaines que financières.

**La direction des soins :** celle-ci est tout particulièrement intéressée par le projet dans le cadre du projet de soins mettant en avant la qualité des soins, l'innovation au sein des soins mais également l'aspect formation et développement des compétences ce, tant au niveau de l'établissement que des instituts de formation en soins infirmiers.

De plus, l'approche du travail par la simulation permet de développer l'évaluation des pratiques professionnelles qui sont

malheureusement peu exploitées au sein de l'établissement. A ce titre la DSI souhaite se positionner comme fédérateur entre les pôles et les établissements de formation dans une démarche de développement du projet de soins.

**Les responsables soignants de pôle :** L'intérêt du projet résidant dans la possibilité de transfert à tout type de travail en équipe, il semble évident de penser que chaque pôle peut trouver dans ce projet des éléments potentiellement intéressants à développer tant au niveau du travail en équipe que dans le cadre de la satisfaction au travail ainsi que le développement de compétences professionnelles axées sur un acte de soin. Dans ce cadre-là, Il faut également être prudent sur le respect des zones d'autonomies de chaque pôle.

**Le responsable du centre de simulation :** l'intérêt est certain principalement en lien avec le développement de ce nouvel outil technologique qui va permettre d'obtenir des financements supplémentaires en lien avec la participation des différents acteurs et pôles, financements qui vont permettre d'augmenter le personnel responsable de la maintenance de l'outil, d'augmenter et de former de nouveaux formateurs et enfin de pouvoir bénéficier d'une importance publicitaire au niveau de l'institution mais également de la région.

**Le psychologue formateur :** l'intérêt est double et caractérisé par le développement d'une démarche intellectuelle et scientifique sur l'aspect socio cognitif mais également sur la mise en avant d'un développement de compétences professionnelles spécifiques pouvant déboucher sur un détachement à temps partiel en tant que formateur au sein du centre de simulation.

**Le cadre de santé formateur :** au même titre que le psychologue formateur, son intérêt est double. La principale difficulté réside dans le

fait que le cadre formateur est intégré au sein d'une équipe de cadre de santé du pôle urgence SAMU SMUR sous la responsabilité du cadre responsable de pôle.

A ce titre, il est soumis aux mêmes contraintes en termes de planning, de charge de travail et un détachement ne peut être envisagé à court terme. La mission de formateur se rajoutant à des missions traditionnelles d'encadrement, la situation peut se révéler potentiellement difficile à gérer.

**L'équipe médicale :** l'intérêt est partagé, dans le sens où ceux-ci, tout en étant responsables de la prise en charge soignante du patient, tout en apportant une caution scientifique au projet de développement de la simulation médicale (il ne faut pas oublier que l'utilisation de la simulation médicale était réservée jusqu'à une période très proche aux personnels médicaux) permettent de développer l'autonomie des équipes soignantes hors présence médicale.

Ce projet, afin de s'assurer de la pleine coopération des acteurs (cela sera développé dans notre travail par la suite), doit s'intégrer dans une démarche inter et pluridisciplinaire mais doit nécessiter avant tout une information sur les objectifs à atteindre au bénéfice du patient mais également des équipes médico-soignantes.

**Les cadres de santé :** l'intérêt des cadres de santé se situe au niveau du travail en équipe au sein de l'équipe d'encadrement. En effet, chaque cadre possède une mission spécifique en complément de la mission d'encadrement (gestion des ressources humaines, gestion de la qualité, gestion logistique, gestion des urgences vitales), chaque cadre doit donc se coordonner afin de pouvoir assurer la réussite du projet.

Deux difficultés persistent à savoir, la difficulté à libérer des agents dans un contexte de restriction de moyens et dans un second

temps la présence d'intérêts divergents au sein de l'équipe d'encadrement.

**Les professionnels de santé concernés : Les infirmiers et aide soignants** le fait que les acteurs de soins apprennent à travailler ensemble ne peut être que bénéfique tant à l'équipe qu'au patient lui-même.

A ce jour, tous les professionnels formés ont fait émerger une grande satisfaction dans la mise en place du projet.

La principale difficulté est liée avec la présentation du projet qui est vécu par certains comme un mode d'évaluation caché. A ce titre, un gros travail d'information est nécessaire afin de pouvoir préparer les agents à un nouvel outil de travail caractérisé par une pratique en simulation ainsi qu'un débriefing mettant en avant une pensée réflexive sur sa pratique.

**Les institutions académiques de formation et les étudiants :** le bénéfice est certain, la littérature en faisant de plus en plus état, en terme d'acquisition de compétences pratiques ou pas et surtout de réflexivité. Néanmoins cela soulève de nombreux points à développer, notamment sur la formation des formateurs qui doit permettre la mise en lien du portfolio et du travail en simulation mais également sur la contractualisation des instituts de formation auprès du centre de simulation. Donnée pouvant déboucher sur des partenariats susceptibles de permettre le développement des dits centres.

**Le cadre de pôle :** les enjeux sont multiples et en lien avec le projet de pôle, le projet de soins, le projet d'établissement ainsi qu'un projet personnel. Il est particulièrement difficile de se positionner tant qu'élément central et fédérateur au sein du projet compte tenu des attentes de tous les acteurs. Cela nécessitant de pouvoir parler plusieurs

langues, de s'adapter à plusieurs logiques tout en restant fidèle à ses propres valeurs et engagements personnels.

Il est important dans le cadre de ce projet de réduire les zones d'incertitudes pour le pilote de projet. La réduction de ces zones ne pouvant se faire que par l'intermédiaire de contrats de pôle qui mettent en évidence et positionnent les acteurs et leurs missions tout en maintenant un accès contrôlé aux informations à l'attention des différents intervenants mais de pouvoir obtenir toutes les informations de la part de ces acteurs.

**Le patient** : cette démarche a pour but d'améliorer la prise en charge du patient par la réduction des événements indésirables. Une grande partie des efforts se concentrent donc autour de cet objectif.

#### 4.3.3. Analyse culturelle

La dimension fonctionnelle, comme la dimension politique sont enchâssées dans une culture qui peut être entendue comme l'ensemble des symboles et des significations à partir desquels les humains pensent ce qu'ils perçoivent. De ce fait, la culture est à la fois un moyen d'interprétation du monde, mais aussi façonnant notre manière de penser, elle est aussi ce que nous sommes, une construction identitaire. Elle est aussi l'esprit qui traverse un espace social de manière flottante, incisive et décisive.

Dans l'organisation du projet de développement du travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation, la culture peut être caractérisée à partir :

Des conflits qui mettent en scène des conceptions, des valeurs et des pratiques différentes en fonction des différents acteurs rencontrés.

En effet, de nombreuses logiques s'affrontent et peuvent même se contredire.

La logique financière est très prégnante et ce, principalement au niveau des directions pour lesquelles l'élément financier reste très important. En effet, l'équilibre financier reste prépondérant au sein de l'institution, de ce fait l'attribution de ressources et de recettes potentielles est un facteur d'intéressement à prendre en compte. Ces ressources d'origines diverses (IFSI ou autres) viendront en complément d'une limitation des dépenses de logistique humaine ou matérielle.

Le fait que des recettes puissent être générées peut permettre le recrutement de nouveaux formateurs, le financement de nouveaux matériels et peut également permettre de combler quelques déficits.

La limitation des dépenses peut être problématique car elle peut passer par une optimisation des ressources humaines qui vont à l'encontre d'un projet de formation car le pôle ne pouvant plus détacher de personnel pour s'y rendre.

La notion de budget nécessite un accompagnement des différents acteurs afin que celle-ci ne rentre pas en contradiction afin les notions de développement de compétence, de formation et surtout de qualité.

La logique soignante à l'inverse caractérise la position des soignants (infirmières, aide soignants ou médecins) qui participent à ce projet. Cette logique s'encre sur un discours lié à la qualité de la prise en charge du patient et pour laquelle tous les moyens doivent être utilisés. Le discours soignant est difficilement accessible et est rarement pris en compte par les gestionnaires.

Il est donc important pour le chef de projet en lien avec l'encadrement de proximité de s'assurer que les personnels soignants acteurs du projet puissent percevoir la finalité d'une vision gestionnaire et à l'inverse il importe également de s'assurer que la logique soignante et axée sur la prise en charge du patient puisse être comprise ou du moins prise en compte par des gestionnaires. Aujourd'hui, cette vision pragmatique est en mettre en lien avec la notion d'efficience ou le « meilleur rapport qualité – prix » est à prendre en compte.

Ce projet s'insère également au sein d'un système ayant ses propres rites et rituels dans une culture soignante très prégnante au sein de l'institution.

En effet, les groupes quel qu'ils soient (directions, cadres et soignants) possèdent une identité qui leur confère du pouvoir mais qui leur permet également de travailler ensemble dans un système à type de bureaucratie professionnelle. Les discours devront donc être adaptés à toutes les catégories professionnelles en lien avec le projet.

Toujours dans le cas de pratiques identitaires, il est important de souligner que ce projet mets l'accent sur le développement d'une pratique collective qui cherche toujours à se développer au sein de l'institution à partir de pratiques individuelles plurielles.

En effet, Les stratégies de la bureaucratie professionnelle (B.P), sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes (médecins, soignants, administratifs).

Les stratégies mises en place représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre.

Dans le cadre du projet développant un lien entre le travail en équipe, la simulation médicale et l'innovation, il est important, je pense, de souligner que Le processus d'innovation comporte également une dimension liée aux croyances.

En effet, la seule logique rationnelle d'une augmentation des profits ne suffit pas à expliquer la décision d'innover pour Alter puisque les individus ne peuvent pas connaître les bénéfices de leurs actions à l'avance.

Alter nous amène à penser que ce sont des croyances concernant l'efficacité et l'efficience qui poussent les personnes à investir dans des démarches d'innovation. Ainsi, nous pouvons nous lancer dans des perspectives d'innovation parce que je/nous crois/croyons qu'elles seront bénéfiques pour le CHU.

La transgression des normes constitue un aspect du processus de l'innovation. Puisque par définition l'innovation sort de l'ordre établi, les innovateurs peuvent être vus comme des déviants. Ces derniers sont des individus qui dérivent de la norme et sont perçus comme dérangeants.

Enfin, ce projet permet également de travailler sur le travail normatif qui s'ancre dans des procédures, des règles de bonnes conduite qui peuvent, par moment, limiter l'esprit d'initiative au bénéfice du patient principalement dans la prise en charge des urgences vitales en groupe pluri professionnel.

L'exercice quotidien au sein d'un pôle a permis de mettre en évidence une bonne appropriation de l'organisation en pôles par les personnels, un développement de l'approche médico-économique, une gestion plus participative et une plus grande implication dans les

décisions de l'établissement. (Cependant ils ont aussi pour la plupart regretté une délégation de gestion insuffisante)

Au-delà du souhait de passer d'une démarche individualiste à une démarche collective au bénéfice du patient, ce projet permet également d'accentuer le rapprochement des équipes. Au près du patient dans un premier temps mais entre elles également dans un second temps. Cet aspect a été étudié et il serait pertinent de le mettre en lien avec l'amélioration des conditions de travail.

L'adhésion à la hiérarchie est un élément primordial pour le pilote du projet et reste nécessaire et indispensable à la réussite du projet.

La légitimité du chef de projet ou de son pilote est à rechercher. Celle-ci peut reposer sur trois critères, à savoir :

- un caractère rationnel qui repose sur le suivi des règles institutionnelles, du règlement de pôle mais également sur la charte de fonctionnement en lien avec la simulation médicale dans le cadre du projet. Ce caractère-là est en lien avec la détention de l'information, l'expertise et la qualité des liens entretenus entre l'intérieur du pôle et l'extérieur.
- Un caractère reposant en la croyance en la légalité des règlements et du droit de donner des ordres tel qu'il est stipulé dans le règlement intérieur de l'hôpital. Dans ce cas, *"on obéit à l'ordre impersonnel, objectif, légalement arrêté, et aux supérieurs qu'il désigne"*
- un caractère charismatique, reposant sur la croyance en les qualités d'une personne (dans ce cas, *"on obéit au chef en tant que tel"*).

En effet, On reconnaît au leader transformationnel et / ou au porteur du projet différentes qualités ou habiletés, telles que l'influence idéalisée (lié à la personnalité charismatique du leader), la considération individuelle et la stimulation intellectuelle.

Pour le management, la conclusion en fut que les facteurs de contingence, les rapports de pouvoir, ainsi que les traits culturels doivent être pris en considération pour façonner une organisation. La finalité de cette analyse qui est à réaliser en tenant compte de la sociologie des organisations, cherche à définir quelles pourraient être les zones de pouvoir des différents acteurs mais également celle du pilote du projet.

Les notions de valeurs partagées, de compréhensions communes, d'ensemble de croyances et d'attentes sont présentes dans les différentes approches de la culture organisationnelle<sup>48</sup>.

Les trois dimensions fonctionnelle, politique et culturelle restent indissociables car elles s'étayent l'une l'autre pour donner sens et naissance à l'organisation. Ces trois dimensions, en outre, se fondent un même objet, le travail accompli pour réaliser la mission et ce, dans un contexte de contingence, d'adaptation et de zones d'incertitudes.

---

<sup>48</sup> Dumond, JP, Cours Master 2, Management des Organisations Soignantes, Montsouris, 2014

#### 4.4. Stratégie Managériale : l'innovation

Nous estimons à ce stage du projet que le développement du travail en «équipe par l'intermédiaire de la simulation médicale est un projet innovant. En effet, la définition du projet, ses objectifs et ces caractéristiques propres se rapprochent des éléments du projet innovant.

Il est important d'explicitier en quoi l'innovation sort de la conception réglée et en quoi le management d'une innovation peut devenir un management innovant et ce, au bénéfice, du patient, du pôle et de l'institution.

##### 4.4.1. Définitions

On entend par innovation technologique de produit la mise au point/commercialisation d'un produit plus performant dans le but de fournir au consommateur des services objectivement nouveaux ou améliorés [...] « L'Innovation est un processus intentionnel et délibéré qui implique systématiquement un processus de changement<sup>49</sup>»

*« Une idée nouvelle qui peut être soit une recombinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés, L'invention n'est au départ qu'une idée. Elle ne se transforme en innovation que si des acteurs parviennent à lui donner un sens.»<sup>50</sup>*

Globalement, l'innovation demeure à la fois création et adaptation<sup>51</sup>. Comme mentionné dans la situation de départ, il s'agit d'une amélioration de

---

<sup>49</sup> Débattre sur les pratiques innovantes, l'innovation levier de changement dans l'institution éducative, Centre National de Documentation Pédagogique

<sup>50</sup> Van de Ven A, central problems in the management of innovation, Management Science, 1986

<sup>51</sup> GENELOT D. Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants. 3<sup>ème</sup> Édition. 2001. Paris : Insep consulting Éditions. 357 p.

l'existant (caractérisé par l'utilisation de la simulation médicale à d'autres fins) ainsi qu'un souhait d'améliorer la prise en charge des patients et/ou des familles par l'intermédiaire du travail en équipe.

L'innovation est aussi un changement qui est volontaire, intentionnel et délibéré. Il est fait car nous l'avons souhaité et ce, en regard d'un besoin de service.

Enfin, l'innovation émerge le plus souvent suite à un ensemble de règles contradictoires<sup>52</sup> telles que restrictions budgétaires et en ressources humaines par exemple (comment utiliser au mieux les moyens qui sont à notre disposition tant en terme de ressources humaines que de ressources matérielles sans faire appel à des prestataires extérieurs).

Dans ce cadre-là, force est de constater l'adaptation d'outils performants, utilisés en dehors du secteur de la santé, au dit secteur et ce, tout en tenant compte des potentiels en terme de ressources matérielles et humaines au sein de l'institution (cadre de pôle formé et ayant une expérience en lien avec l'utilisation de la simulation).

La définition du mot « innovation » nous indique qu'il existe 3 notions clés dans la naissance ou non d'une innovation. Nous appellerons ces éléments les 3 piliers fondateurs de l'innovation<sup>53</sup> : La créativité, la valeur et la conduite du changement.

**La créativité** est la capacité à générer quelque chose de nouveau face à une situation donnée. Or nous l'avons vu, le caractère nouveau est essentiel dans la « qualification » innovation. Notre projet est créatif car nous avons pu, en lien avec une littérature abondante, mettre en place une solution nouvelle face au problème du travail en équipe avec des éléments existants et à développer.

---

<sup>52</sup> Reyaud J., régulation de contrôle et régulation autonome dans les organisations, *Révue Française de sociologie*, 1988

<sup>53</sup> Groff a. *Manager l'innovation*, AFNOR Editions, 2009

**La valeur**, quant à elle, correspond au cœur de l'innovation. En effet, créer de la valeur est la raison d'être de toute démarche d'innovation. Dans le cadre du projet à développer, nous pouvons dire que la valeur correspond à ce que j'apporte par rapport à ce que cela coûte (ou ratio entre la satisfaction des formés, des formateurs, de l'institution et les ressources employées pour y parvenir).

Enfin, **la maîtrise de la conduite du changement** est une condition nécessaire mais non suffisante de l'innovation. En effet, l'innovation n'existe que si les personnels mais également l'institution accepte et s'approprie ce projet : on appelle cela la socialisation.

#### 4.4.2. Différences et difficultés

En conception réglée, les objectifs sont connus, les interactions entre fonctions sont définies, la connaissance nécessaire est connue d'avance et les modes d'évaluation et de validation sont connus. Ce mode de fonctionnement est le plus commun au sein de nos organisations soignantes.

En conception innovante, les objectifs en lien avec le développement du projet sont à concevoir ou à réviser, les interactions entre fonctions et les acteurs sont instables ou inconnues, la connaissance à acquérir n'est pas identifiée a priori mais surtout et principalement : les modes d'évaluation et de validation doivent être développés du moins à moyen terme et à long terme.

Si l'innovation est un processus, elle se distingue néanmoins du projet<sup>54</sup>. En effet, « *l'activité d'innovation n'est ni prévisible ni prescriptible* ». L'innovation n'a alors du projet que la visée car il est difficile pour les acteurs de définir des objectifs opérationnels.

---

<sup>54</sup> CROS F (2009) sous la direction de BARBIER JM. *Encyclopédie de la formation*. Paris : Presses Universitaires de France. 1236 p.

Dans le cadre de notre projet, la visée est donc le développement du travail en équipe, néanmoins je ne sais pas si ce projet de développement au niveau du CHU va pouvoir aboutir. Il est indispensable de pouvoir gérer l'aléa, l'imprévu et accepter cette décision même si elle génère de l'angoisse. J'accepte donc le fait de devoir gérer toutes ces inconnues tant au niveau vertical (hiérarchique par exemple ou au niveau des équipes) qu'horizontal (au niveau des autres cadres supérieurs, et plus largement des diverses coordinations).

Il est également très difficile de définir des objectifs opérationnels à moyen ou long terme car l'avancement se fait à tâtons et en fonction des résultats obtenus.

Nous pourrions dire que l'innovation est un projet sans programmation, car elle a une visée mais elle est aventure et ne sais pas où elle va aboutir.

Le processus d'innovation obéit à deux lois fondamentales : l'existence d'un réseau d'influence et l'inversion des normes<sup>55</sup>. Normes inversées car le projet émerge de la « base » et se différencie de projets antérieurs ou plus traditionnels par le fait que les habitudes de travail sont différentes, les projections de travail sont différentes, le fait de travailler sur l'équipe est une situation différente,... Nous avons souhaité sortir de la routine tant en terme de formation (axées habituellement sur l'individu avec des modes d'évaluation aléatoires) que de management beaucoup plus axée sur les coordinations intra et extra pôle et même extra CHU.

Nous sommes donc bien au cœur de ce que Schumpeter nommait la « *destruction créatrice* »<sup>56</sup>. Destruction car cela suppose de défaire les habitudes antérieures, la routine, les régulations sociales et plus

---

<sup>55</sup> ALTER N (2010). *L'innovation ordinaire*. 3<sup>ème</sup> Édition. Paris : Presses Universitaires de France. 284 p.

<sup>56</sup> SCHUMPETER J.A, *La théorie de l'évolution économique*, 1912.

généralement l'ordre établi. Création car il s'agit de faire naître de nouvelles combinaisons à partir des ressources économiques ou organisationnelles. Au fur et à mesure de l'appropriation du projet de simulation par un nombre croissant de personnes, une nouvelle norme se dessine et de nouveaux acteurs intègrent le groupe initial (nous sommes passés d'un porteur d'idée à un groupe de 9 personnes).

Il est évident que l'institution aura du mal à s'accommoder d'une situation qu'elle maîtriserait mal ou pas du tout du moins sur le papier. Mon rôle ou le rôle du pilote du projet s'axera, dès lors, sur le fait de rassurer les responsables hiérarchiques (direction qualité, direction des soins,...) mais également les acteurs au sein de la dimension horizontale (autres cadres supérieurs, de pôle,...).

Il conviendra donc de trouver un compromis, un juste milieu qui permette à l'innovation d'exister tout en donnant des lignes directrices pluri annuelles et ce, tout en évitant de se couler dans le monde de la conformité ou du politiquement correct.

Il y a un modèle implicite derrière l'innovation, c'est celui de la tache d'huile : une goutte d'huile s'étend sur des mètres carrés de surface d'eau. Il suffit d'une simple goutte pour changer la surface des choses. Le problème justement, est peut-être qu'on ne change que la surface des choses.

Cette théorie montre alors combien la création et l'innovation collective peuvent être complexes puisque les individus doivent non seulement rompre avec les habitudes, les intérêts, les enjeux de pouvoir, mais également avec des modèles intellectuels anciens. Je pense que l'innovation est une désobéissance locale qui a réussi et que pour innover, il faut savoir enfreindre certaines règles et contraintes.

## **Alors comment, à partir d'une initiative locale, assurer la transformation d'une organisation ?**

Les termes de mise en œuvre renvoient l'idée selon laquelle ce qui est important n'est pas le côté novateur du bien ou du service, mais plutôt, l'usage que nous pourrions en faire et le sens que nous pourrions lui donner.

C'est à mon sens derrière ce dernier aspect que se cache l'enjeu et la difficulté pour le coordonnateur. L'innovation est une source de valeur mais encore faut-il que nous ayons les moyens de sa mise en œuvre. En effet, il ne suffit pas d'avoir une bonne idée telle que le développement du travail en équipe mais bien de la porter au niveau institutionnel afin que les directions (DRH, des Soins, Qualité) et les soignants puissent se l'approprier et lui affecter une utilisation.

Enfin, si l'innovation participe à la compétitivité de l'entreprise et à la conquête de nouveaux marchés, elle peut permettre également de fidéliser le personnel par son engagement à innover et contribuer à améliorer l'image du pôle Urgences SAMU SMUR mais également du CHU de Nice.

Je pense que l'innovation doit pouvoir bénéficier d'un processus de développement au sein de l'institution. Ce processus devant s'appuyer sur un mode de management particulier.

### 4.4.3. Quel management ?

Il faut savoir que le management de l'innovation fait l'objet d'une attention toute particulière depuis plus d'une décennie mais qu'il n'y a

toujours pas de « recette miracle » et qu'il y a également un taux d'échec alarmants que ce soit au sein de l'établissement qu'à l'extérieur.

En effet, l'hôpital comme toutes les entreprises, afin de réduire l'incertitude et la complexité inhérentes à tout processus d'innovation, les organisations, va augmenter les contrôles et rationaliser ces processus (en les découpant en une série de séquences linéaires de phases et d'activités). Malheureusement, ce type de fonctionnement ne semble pas compatible avec le développement d'un projet innovant tel que le nôtre.

Le management du projet de simulation est possible, cependant il faut développer de nouvelles méthodes de management, de planification, d'organisation et de contrôle qui vont pouvoir permettre à notre projet de s'inscrire avec moins de difficultés dans les organisations.

En effet, développer et manager notre projet va consister à doter l'organisation au niveau du pôle mais également au niveau de l'institution d'outils, de moyens et de méthodes pour créer un contexte propice au développement de l'innovation.

L'enjeu est de piloter un processus dont les résultats ne sont pas prédéterminés. Pour Alter<sup>57</sup>, l'innovation est un changement, une rupture avec les traditions et le passé, et c'est en cela que son développement se heurte avec les structures établies.

Selon cet auteur, nous allons devoir surmonter trois types de contraintes : les résistances objectives liées à l'absence d'expérience de ce type de combinaisons ; des résistances subjectives liées à l'imagination de l'innovateur et enfin sociales lorsque nous allons devoir négocier ou nous opposer à des partenaires (financiers, institutionnels, professionnels,...).

---

<sup>57</sup> Alter N, l'innovation ordinaire, 2009

Il s'agira de composer avec ces contraintes et nous insérer à l'intérieur d'un cadre réglementaire. Si l'innovation ne se décrète pas, l'institution doit permettre la création d'un espace où le climat général va laisser du « jeu », de l'autonomie aux différents acteurs en lien avec le projet, sans être répressif à l'égard des personnes qui vont proposer des idées et ce, même si celles-ci sont contraires aux règles préétablies. Alors, dans ce cadre et seulement dans celui-ci, le développement du projet de simulation pourra se faire. Il est important de souligner qu'au niveau « local » au sein du pôle nous sommes déjà dans cette démarche que nous avons pu faire valider par le responsable médical du pôle Urgences.

Première difficulté : Comment gérer une activité dont les résultats sont incertains, lointains et ambigus ? Gérer les horizons temporels contradictoires des opérations et de la recherche est aussi une difficulté supplémentaire et soutenir l'engagement... malgré la demande de résultat court-termiste des directions.

Pour aboutir, le processus d'innovation suit des cycles plus ou moins longs. Le pilote manager doit s'affranchir de l'effet "résultat annuel" qui prévaut dans les opérations pour donner une chance aux nouvelles solutions de germer et de grandir...

Nous allons donc aborder un exemple de développement de projet innovant tel que le nôtre en nous inspirant du travail de Johanna Habib<sup>58</sup> qui est maître de conférences en gestion. Ce développement sera réalisé en plusieurs phases.

---

<sup>58</sup> Habib J, *Les conditions organisationnelles favorables à l'innovation*, cours Master 2 Management des organisations soignantes, Montsouris, 2013

- Phase de Scanning :

La haute autorité en santé souhaite valoriser le développement de la simulation médicale dans le cadre de la gestion des risques et plus particulièrement dans le cadre du travail en équipe.

Le CHU de Nice, dans le cadre de son projet d'établissement, souhaite valoriser le développement de l'innovation grâce à des centres de référence, et place le développement de la simulation comme l'un de ces projets.

La gestion des événements indésirables, et ce, principalement dans le cadre de la future certification, fait apparaître (comme cela est décrit dans la littérature) des problématiques en lien avec le travail en équipe.

Le projet d'ouverture du nouvel hôpital Pasteur 2 d'ici la fin de l'année 2014, fait apparaître des prises en charges pluridisciplinaires, interdisciplinaire et transdisciplinaire. De nombreuses interrogations se posent dans le cadre de ces futurs travaux en équipes tant en terme d'homogénéisations de compétences que de coordinations.

La faculté de médecine de Nice en collaboration avec le CHU de Nice souhaite développer l'utilisation de la simulation médicale à l'attention de tous les personnels. Actuellement, le centre de simulation médicale est réservé en majeure partie aux étudiants en médecine. Cependant, les demandes des instituts de formation, du service de santé des sapeurs-pompiers, du centre d'enseignement en soins d'urgence et enfin du pôle urgence, sont très importantes et ce, à très court terme dans un contexte de formation mais également d'évaluation.

Au sein du pôle Urgence et dans le cadre de prises en charge spécifiques, il est indispensable de maintenir une cohésion du groupe, une homogénéisation des connaissances et des compétences et répondre à une demande des personnels relative à l'amélioration des conditions de travail.

Mon positionnement en tant que pilote de projet est reconnu au sein du pôle ainsi qu'auprès de mes pairs. Néanmoins, l'institution doit porter ce projet en compagnie du pilote ou d'une autre personne ressource qui pourra également assurer ce développement.

- Phase de conceptualisation :

Elle correspond au développement du concept d'innovation.

**L'idée :** Projet de développement du travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation médicale.

**Le créateur / l'équipe :** le porteur du projet est le cadre soignant responsable du pôle Urgences du CHU de Nice. Il est assisté dans cette fonction d'un cadre de santé et d'un psychologue clinicien qui s'occupent de la partie pratique et formative du projet. Des coordinations ont été réalisées avec d'autres pôles mais également la direction des soins et la direction qualité. En effet, je pense que la réussite d'un projet repose avant tout sur une complémentarité de talents. Les intervenants, dont je fais partie, sont cependant, à même de prendre les bonnes décisions lorsque des choix stratégiques se poseront et ce, sous la responsabilité du responsable médical du pôle Urgence.

**Le potentiel du marché :** une petite étude de marché a été réalisée afin de déterminer si notre offre de projet répondait à un réel besoin de Directeurs, managers et de soignants.

Notre projet a l'avantage de s'inscrire tout d'abord dans une démarche nationale en lien avec l'HAS et ses préconisations dans le cadre de la simulation médicale mais également du travail en équipe. Puis il s'inscrit dans une démarche institutionnelle en lien avec le fait que le CHU soit établissement expérimental du projet PACTE.

Il s'inscrit également dans un projet qualité s'intégrant dans l'annexe qualité au sein du projet de pôle. Dans le cadre de la qualité, ce projet répond également à une demande relative à la gestion des risques tant au niveau de la prise en charge des patients mais également des risques professionnels par le développement de compétences collectives et d'une meilleure communication entre les acteurs de santé.

Les différents pôles de soins, par l'intermédiaire d'une communication adaptée ont été sensibles aux arguments évoqués en lien avec les bénéfices de la simulation médicale. Néanmoins, les contraintes organisationnelles étant ce qu'elles sont pour l'ensemble des pôles, les difficultés en termes de ressources humaines restent prépondérantes et peuvent être un frein à court terme et moyen terme.

A l'extérieur du CHU, une « clientèle » est présente, aussi bien chez nos partenaires de santé (Infirmières libérales, sapeurs-pompiers, sages-femmes, institut de formation,...) que chez des partenaires issus de filières techniques (managers, directeurs et responsables en gestion de crise).

Je pense que le besoin existe en tenant compte de contraintes organisationnelles en lien avec les ressources humaines. L'offre quant à

elle est présente même si un développement doit être envisagé et adapté à la demande potentielle.

Enfin, et c'est un paramètre important à prendre en compte, il n'y a pas de concurrence dans ce domaine sur la région Provence Alpes Côte d'Azur.

**Le modèle économique:** il s'agit du modèle de revenus choisi pour générer du profit.

Des revenus peuvent être générés en intra CHU que ce soit sous forme de reversement après contractualisation inter pôles, sous une forme de participation en lien avec la mutualisation de ressources humaine ou sous une forme de participation à des actions de formation pour le personnel du pôle à l'initiative du projet.

Au niveau extra CHU, des revenus peuvent être générés par l'intermédiaire du CESU qui facturera les formations dispensées selon un forfait journalier ou pour 3 jours, validantes DPC ou non et ce, à l'attention de tous les professionnels de santé (120 euros environ la journée de formation).

**Le projet :** Il a été développé plus tôt dans nos propos et va s'intégrer dans le fonctionnement du CHU (financier, logistique et humain avec cependant la création d'une ligne budgétaire spécifique pour les recettes). Cependant, une charte de fonctionnement est en cours de finalisation et sera validée par l'institution comme gage d'équité, de fiabilité, de sécurité, de confiance et surtout de reconnaissance.

**Les états financiers :** un focus important est porté ici afin de nous assurer que le projet pourra être « auto financé » sur les premiers mois de fonctionnement.

En effet, la formation se déroulera à effectif et budget constant, que ce soit dans le cadre du PACTE ou de la formation interne au pôle. Un cadre de santé et un psychologue ont été détachés à 20% afin de développer cette activité et de former de nouveaux acteurs relais au sein des services mais également d'autres pôles.

La logistique sera assurée, enfin, par le pôle Urgences dans l'attente de la signature d'un contrat de pôle stipulant les reversements adéquats des pôles bénéficiaires en fonction de l'activité.

**La mise en œuvre** : elle est censée être et étendue d'ici la fin 2014 à 3 pôles de soins. Un recrutement d'un cadre de santé à temps complet est envisagé et le financement d'un mi-temps de technicien est également envisagé dès les premières recettes qui sont prévues fin juillet 2014 grâce à l'utilisation de la simulation médicale dans le cadre de diplômes universitaires réalisées par le pôle urgence en collaboration avec la faculté de médecine

**Limites** : elles sont principalement caractérisées par le fait que notre projet soit innovant et qu'une incertitude, quant aux bénéfices attendus, pèse sur celui-ci. Les limites résident donc dans la difficulté d'établir des prévisions d'activité.

Notre plan se doit d'être remis régulièrement à jour afin d'intégrer toute nouvelle donnée portée à la connaissance du pilote, les besoins évoluant sans cesse dans le domaine de la santé. Enfin, Il convient de faire preuve de réalisme pour ne pas condamner le projet à la moindre difficulté rencontrée.

- Phase de valorisation :

Cet aspect-là est particulièrement important à prendre en compte. En effet, c'est cet aspect qui va permettre de légitimer notre projet auprès des parties prenantes tout en communication sur les enjeux du projet.

Une partie de notre mission va s'attacher à développer la communication autour du projet. En intra pôle tout d'abord comme cela est déjà fait par l'intermédiaire de communications écrites, de réunions d'informations et de blogs, puis en extra pôle par l'intermédiaire de séminaires d'encadrement supérieur, séminaires de direction en compagnie du directeur référent du pôle Urgences SAMU SMUR, de réunions qualité dans le cadre du développement de projets axés sur la sécurité, de réunions d'information et de formation (sur le contenu du plan de formation) en lien avec l'ODPC CHU. Mais également tous les intervenants extérieurs au CHU qui ont été cités plus haut.

Par ailleurs, le service communication du CHU de Nice a déjà communiqué par l'intermédiaire du journal mensuel du CHU.

Enfin, j'ai déjà eu l'opportunité de communiquer sur ce sujet et thème lors de divers congrès liés à l'Urgence (Congrès Urgences, congrès Régional Urgences Spécifiques,...).

Le fait de communiquer de la sorte, a permis en interne d'accrocher plusieurs responsables soignants de pôle qui ont souhaité assister à une démonstration et prendre part au projet par la suite en tenant compte de leurs contraintes (Gérontologie et pharmacie également dans le cadre de la gestion et distribution des médicaments).

La cellule DPC a également souhaité prendre part au projet par

rapport aux bénéfices attendus en matière d'obligations au DPC. Enfin, la direction qualité attache une attention toute particulière au projet dans le cadre de son adhésion au projet PACTE.

En externe, l'institut de formation des infirmiers anesthésistes a souhaité élaborer un partenariat avec le pôle urgence. Deux établissements privés participent au projet dans le cadre de la formation à la gestion de crise en rémunérant le centre d'enseignement des soins d'urgence.

Enfin, je souhaite pouvoir également contractualiser, avec la faculté de médecine de Nice, la formation de nos personnels à la simulation médicale dans le cadre d'un diplôme universitaire de simulation en échange d'une formation en lien avec le travail en équipe auprès des étudiants en médecine.

La communication interne et externe est indispensable et permet d'assurer un partenariat avec des partenaires complémentaires auprès desquels nous puisons de nouvelles expériences.

- Phase de développement :

Cette phase va correspondre à la concrétisation des idées et des concepts. Elle va également s'axer le développement technique et organisationnel du projet.

Le projet de développement du travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation médicale a débuté en fin d'année 2013. Un planning de formation a été établi jusqu'en 2015 compte tenu des différentes évaluations à prévoir mais également des réajustements à envisager.

L'expérimentation a concerné dans un premier temps 40 personnes environ (infirmières et aides-soignantes). A ce jour, le pôle Urgence n'a pas les moyens de former du personnel supplémentaire. Néanmoins, la possibilité de participation d'autres professionnels au sein de l'établissement a été actée et concernera début juin 2014 10 binômes IDE/AS du pôle gériatrie pour une nouvelle expérimentation.

En lien avec des objectifs globaux et spécifiques à la spécialité, le programme de formation sera adapté et des évaluations de la satisfaction mais également du travail en équipe seront réalisées.

A ce stade, de nouveaux formateurs doivent être formés par les formateurs actuels afin de développer le projet. La place du pilote qui était celle du Responsable Soignant du Pôle Urgence est amenée à évoluer sous une forme de conseiller technique et de coordinateur au sein de l'établissement. Le pilotage étant laissé à un faisant fonction de cadre supérieur dont ce sera la mission première.

L'aspect financier n'est pas négliger dans le sens où ce type de projet a un coût, tant au niveau du personnel que les pôles doivent détacher (1 binôme par unité soit 20 personnes au maximum par pôle et ce 3 fois par semestre) mais également en termes de recettes et de dépenses.

Le coût du matériel, dans une version d'investissement initial serait 50000 euros pour un mannequin de réanimation HiFi à 2000 euros pour un mannequin de bras. Le matériel vidéo d'enregistrement coûte 9000 euros.

Concernant le personnel technique, comme dans les autres centres de ce type, compte-tenu de la complexité de l'organisation, de la maintenance, des aspects techniques tels les fonctionnements

électroniques des mannequins et les enregistrements audio-vidéo, une personne dédiée au fonctionnement de ce centre est indispensable. Le coût annuel, d'environ 30 000 euros est prévu et assumé par la faculté de Médecine.

Concernant la maintenance, on peut estimer à environ 20% du coût initial de l'investissement matériel, le coût de la maintenance et du remplacement des machines, et à environ 20% le coût de l'acquisition de nouveaux modules, soit environ 30 000 euros.

Dans ce cadre-là, en dehors de l'amortissement du matériel qui est en cours. Une grande partie de ces frais sont pris en charge par la faculté de médecine de Nice. Néanmoins des appels à du mécénat a été réalisé et à ce jour, les seules recettes qui permettent de mieux rentabiliser le centre sont liées aux autres formations, en lien avec la simulation (accouchement, abords veineux,...) que le centre d'enseignement des soins d'urgence propose.

Plus concrètement, les pôles ont été amenés à contractualiser directement avec la faculté de médecine mais également avec le pôle Urgences. Ceci afin de bénéficier de la structure, des formateurs, de la formation à l'attention de leurs personnels mais également des étudiants dans une relation donnant-donnant la plus équitable possible. Cette contractualisation ayant été réalisée par l'intermédiaire des directions de pôle et du doyen de la faculté de médecine.

- Phase d'abstraction :

Elle est caractérisée par la généralisation de l'innovation à des situations multiples et plus spécifiques et elle permet de rechercher et intégrer de nouvelles approches au projet de travail en équipe.

L'utilisation de la simulation médicale dans le cadre de notre projet permet d'envisager de multiples situations dans des contextes multiples et de pouvoir transposer notre démarche dans des situations complexes interpersonnelles. Toutes les prises en charge et situations critiques sont envisageables au bloc opératoire, en pédiatrie, en pré hospitalier,...

Jusqu'à ce jour, tout le projet s'est axé sur le travail en équipe au sein d'équipes soignantes. Néanmoins, suite aux informations dispensées de nouvelles structures souhaitent s'intégrer dans notre démarche et pouvoir bénéficier de notre expérience.

Comme cela a été dit plus tôt, la pharmacie du CHU de Nice souhaite développer l'utilisation de la simulation médicale et du travail en équipe dans le cadre de la gestion du circuit du médicament, processus certifiant en 2015.

De nouvelles approches ont été développées en lien avec la gestion du stress et l'agressivité mais également l'annonce de nouvelles graves aux familles. La formation gestion du stress en équipe est très pertinente dans son approche car elle permet également de travailler sur la complémentarité, la connaissance de l'autre et au final la satisfaction au travail.

Enfin, cette démarche projet permet également de développer la culture recherche dans le cadre du développement des protocoles hospitaliers de recherche infirmière (PHRI) et clinique (PHRC). En effet,

la recherche soignante est en cours de développement et des appels à projet sont régulièrement réalisés. Aussi, il est envisageable de proposer d'ici 2015, un PHRI la prise en charge de l'enfant de sa famille en situation d'urgence par l'intermédiaire de la simulation.

- Phase de diffusion :

Elle est caractérisée par la commercialisation ou déploiement de l'innovation et surtout la sortie du processus innovant.

En fonction des résultats au sein des pôles, au sein de l'institution mais également au niveau national dans le projet PACTE, le déploiement pourra être officialisé par l'HAS et le CHU de Nice et, de ce fait, intégrer le plan de formation institutionnel, le catalogues des formations proposées en extérieur par le CESU, permettre la formation de formateurs et dispenser enfin des formations universitaires en lien avec la faculté de médecine.

Cependant, il me semble tout aussi important de revenir sur la recherche du feedback des utilisateurs et ce, afin de pouvoir envisager des ajustements continus. En effet, ce projet aura plusieurs vies en intra et extra pôle. Je pense qu'il est indispensable qu'il puisse être amélioré en continu afin de se calquer au plus près des attentes de chacun. Pour cela, le retour des utilisateurs est indispensable, que ce soit sous forme d'évaluation, de questionnaires de satisfaction ou de réunion avec l'équipe de développement comme cela se fait actuellement pour d'autres projets innovants (terminal urgence par exemple).

Enfin, une cellule de coordination doit être envisagée afin de piloter ce projet en intra et extra CHU et de pouvoir faire le lien entre le passé, le présent et le futur. Pilotage qui va nécessiter des compétences spécifiques.

#### 4.4.4. Quelle place pour le porteur de l'innovation

La question se pose donc de savoir si ces processus doivent être confiés à des personnes présentant un profil spécifique tel que le porteur initial du projet ou d'autres personnes.

Il est important d'évoquer le statut du porteur / pilote du projet qui doit pouvoir bénéficier de la reconnaissance institutionnelle, légitimé dans son positionnement mais doit également bénéficier d'une reconnaissance des équipes de soins. Comme nous l'avons souligné précédemment, une marge d'autonomie est indispensable et nécessaire. A ce titre, un positionnement de cadre supérieur ou de statut équivalent est nécessaire.

Je pense que le cadre responsable du pôle à l'initiative du projet doit porter ce projet au niveau institutionnel mais il doit surtout préparer sa « relève » dans le sens où ce projet doit pouvoir être développé et bénéficier à d'autres personnes.

Cependant, des qualités et des compétences me semblent requises afin de pouvoir mettre en place et développer un projet de ce type et l'adapter à d'autres besoins. En effet, le « nouveau » porteur doit pouvoir s'insérer également dans un processus innovant qui ne s'improvise pas.

L'innovation doit se comprendre en termes de pilotage, de mise en réseaux, de mutualisation, de partage, avec des lignes directrices cohérentes.

A la base, l'innovation telle qu'elle est envisagée dans notre projet requiert une collaboration entre la technologie et le marketing. A cela s'ajoutent des compétences financières (sous forme de ressources matérielles ou humaines) et organisationnelles (conduite de projet).

Le porteur du projet, pilote, pris au piège de la perpétuelle équation qu'il doit résoudre à savoir préserver la dynamique d'innovation tout en tenant compte du but à atteindre, de la stratégie du pôle mais également de l'institution et en respectant les caractéristiques culturelles de celle-ci, doit trouver des moyens pour favoriser le développement du projet de simulation et du travail en équipe.

Son management quotidien doit favoriser les échanges hors organigramme (au sein du pôle mais également de l'institution) et de valoriser les actions pluridisciplinaires. C'est pour cela qu'un statut au minimum de cadre supérieur est indispensable à ce niveau-là.

Il est nécessaire de rapidement mettre en place un système de communication simple et réactif afin de diffuser les dernières décisions mais également les avancés ou les besoins du projet (réseau intranet, création d'un Blog et d'un espace de diffusion d'information sur le mensuel du CHUN, séminaire encadrement supérieur, revue qualité).

Enfin, valoriser les contributions que soit sous forme de reconnaissance au sein du pôle ou de l'institution ou sous forme de formations accordées afin d'effectuer une montée en puissance des compétences des divers intervenants.

Une approche managériale collaborative est indispensable dans le cadre de notre projet. Cette collaboration est favorisée par certaines postures :

Apprendre aux membres de l'équipe à travailler en groupe multidisciplinaire avec des techniques de remise en question des acquis car

ce n'est pas une logique acquise sur l'ensemble de l'établissement (Trop de groupes de travail ou d'équipes ne sont en fait qu'un regroupement de personnes dans un espace commun (physique ou virtuel), mais sans échange pour s'entraider, se challenger, s'émuler).

Apprendre à aborder le problème de la transférabilité et de la transposition du projet ou de ses objectifs afin d'accélérer sa résolution en équipe pluridisciplinaire, combinant expertise et expérience opérationnelle des autres responsables de pôles en fonction de leurs besoins et de leurs contraintes tant en terme de personnel qu'en terme de logistique.

Ne pas avoir peur du conflit car au-delà des craintes qui peuvent se révéler dans le cadre d'un projet innovant, il peut être souhaitable de faire éclore un conflit lorsqu'il est évident pour éviter les consensus mous qui pourraient entraver la mise en place d'un projet innovant. En effet, le pilote risque de devoir désamorcer certaines situations potentiellement conflictuelles en lien avec les zones d'intérêt des autres responsables soignants.

Le pilote du projet est à mon sens, toujours en déséquilibre concernant la question de la légitimité et il lui faut l'assumer. Il se met en déséquilibre au sein de l'institution, il doit alors s'interroger, accepter d'exploiter et d'utiliser ce champ qui s'ouvre tout en ayant conscience qu'il n'y aura aucun gain immédiat...

Innover c'est prendre le risque de proposer des solutions qui ne marchent pas du premier coup, c'est explorer des pistes qui peuvent être sans issue.

Il y a donc une mise en danger personnelle et collective qui ne peut se faire que dans un climat de confiance. Les questions qui reviennent sans cesse : est-ce que je serai soutenu par ma hiérarchie et encouragé à recommencer ? Est-ce que je serai re-mis en cause personnellement, mon culot, est ce que mon envie d'essayer et de faire bouger les choses seront récompensés autant que mes résultats ? C'est pour cela que le projet que

je souhaite porter ne peut être poursuivi sans un appui fort de l'institution.

Nous sommes tous en difficulté par rapport à la légitimité de nos actions. Pour dépasser cette question, et trouver du sens, nous ne devons pas fonctionner sur des modes catégoriels, mais, au contraire, construire des modes de relation autour de cet objet qu'est le développement du projet de d'amélioration du travail en équipe et de la simulation en y apportant chacun nos savoirs, nos connaissances et nos compétences. Car, in fine, notre projet, innovation et institution sont dans une relation d'interdépendance.

Dans un univers turbulent, les entreprises, dont l'hôpital fait partie, visent plutôt la résilience<sup>59</sup>, la capacité à s'adapter à un environnement changeant sans attendre de passer par une crise majeure.

Il ressort que l'institution a besoin de deux types de managers pilotes:

- ceux qui pilotent les processus d'innovation, et qui doivent maîtriser la complexité globale de l'innovation et posséder une grande capacité de coordination et de communication mais qui doivent être légitimés dans cette fonction par la hiérarchie ou l'institution (sans quoi le projet ne pourra être mis en place qu'au niveau du pôle).
- ceux qui participent au processus d'innovation et qui, s'appuyant sur une compétence fonctionnelle de base (technique ou managériale) ont une sensibilisation suffisante à l'innovation pour interagir de manière constructive avec les autres acteurs du processus. Le binôme référent (cadre de santé et psychologue clinicien) en charge de la mise en place opérationnelle s'intègre dans cette démarche.

Il en découle que les managers de l'innovation, tels que ceux dont nous avons besoin dans le cadre de ce projet, doivent posséder des

---

<sup>59</sup> Gary Hamel ,Liisa Valikangas, The Quest for Resilience Harvard Business review, 2003

compétences particulières. Des compétences humaines, comme la curiosité, l'esprit d'entreprise, la tolérance à l'égard de l'ambiguïté, l'absence de certitudes et une grande conviction et enfin, des compétences relationnelles ensuite, comme la capacité à communiquer et à coordonner des équipes multifonctionnelles.

Ces compétences étant accès sur la gestion de l'incertitude mais également sur le développement d'une vision stratégique et systémique afin de pouvoir institutionnaliser ce projet afin de lui assurer assurance et pérennité.

#### 4.4.5. Comment institutionnaliser ?

Toute innovation technique ou organisationnelle suppose un apprentissage relationnel, créateur de nouvelles règles et d'accords de logique. Une étude a montré que si ceux qui introduisent un changement organisationnel n'en pensent pas l'apprentissage, ces innovations n'ont qu'une chance très minime d'être mise en œuvre<sup>60</sup>.

En effet, l'initiative doit convaincre, puisqu'il s'agit de modifier des systèmes de routines pré établis.

« Une des principales causes de réussite des innovations réside dans la bonne « appropriation » par les destinataires »<sup>61</sup>.

Dans le cadre du projet d'implantation du projet au sein de l'établissement, il est indispensable de s'assurer de tous les partenaires du projet bonne intégration de vos collaborateurs.

---

<sup>60</sup> DAVID A., structures et dynamique des innovations managériales, cahiers de recherche, Ecole des Mines de Paris, 1996

<sup>61</sup> Groff A : Manager l'innovation, éditions AFNOR 2009

Je pense que l'appropriation du projet par tous les intervenants doit être appréhendée comme une problématique de conduite de changement. Kurt Lewin propose une approche de l'accompagnement à ce changement<sup>62</sup>, celle-ci n'étant pas spécifique à notre projet.

Il insiste sur le fait que toute transformation doit être précédée d'une phase de mobilisation et de préparation au changement. Puis, la transformation est concrétisée par la consolidation sous forme d'une assimilation et d'une appropriation du changement.

Dans une première phase, notre projet doit être précédé par une phase de mobilisation et de préparation que ce soit au niveau du pôle qu'au niveau institutionnel. Il s'agit donc comme cela a pu être réalisé dans l'analyse politique, d'identifier tous les acteurs potentiels et personnes concernées afin de les intégrer dans la conception du projet.

Cette phase qui a pu être relativement rapide au sein du pôle Urgences, s'avère beaucoup plus longue et sensible au niveau de l'institution et ce, du fait des contraintes liées aux organisations individuelles dans une majorité des cas.

Le sujet a pu être abordé à plusieurs reprises lors de différents séminaires d'encadrement supérieurs mais également lors de points qualité.

Dans une seconde phase, il s'agit à partir d'une groupe formé par les principaux acteurs (au niveau stratégique mais également tactique) de développer la finalité du projet, à savoir l'amélioration du travail en équipe par l'intermédiaire de la simulation.

Au-delà de cette finalité (ce n'est certainement pas la seule), il convient d'objectiver la situation actuelle avec une grille SWOT par exemple (les difficultés perçues, les avantages à en retirer, ...) afin de construire des

---

<sup>62</sup> Schein (E. H.), Process consultation, volumeII, Addison-Wesley OD Series, 1992.

moyens d'atteindre la finalité primaire (en déclinant les objectifs à court terme par exemple). Cette construction devant tenir compte des besoins de toutes les parties prenantes afin de pouvoir développer une vision partagée et surtout un langage commun.

Il est indispensable, je pense, de revenir sur les réseaux et sur la coordination que ceux-ci nécessitent car notre projet est, en grand partie, liée à une démarche collective. Ces réseaux coordonnés par le pilote peuvent se répartir entre de la coordination de ressources humaines (pilote-DRH), de la coordination formation (pilote-Formation continue/ DPC – DRH- Cadre de santé Urgences), de la coordination logistique (Pilote-Labo de simulation-services économiques-cadres urgences)

Dans une troisième phase, il s'agira de confronter les résultats obtenus aux objectifs annoncés malgré toutes les difficultés en lien avec la spécificité d'un projet innovant.

Dans une quatrième phase, il s'agira de se placer dans une logique d'anticipation et de prévention, afin d'être réactif et flexible tout en intégrant l'incertitude facteur clé de notre projet en cours de développement.

Dans un cinquième temps, il s'agira d'accompagner et de créer des conditions favorables au développement de l'apprentissage, indispensable à l'appropriation du changement et ce, que ce soit en termes de temps dégagé pour les agents, de conditions matérielles mais également de reconnaissance.

Enfin, la capitalisation de notre projet notamment sur le savoir-faire, le savoir-comprendre, le savoir combiner. L'objectif de ce principe est de créer une «mémoire projet» qui tiendra compte du passé (de quelle

réflexion est issu le projet, l'actuel actuel des choses axé sur le savoir-faire et le devenir axé sur le savoir combiner et un travail réflexif).

Michel Serres rappelait dans une de ses récentes chroniques : "... dans l'histoire de l'humanité la collaboration a été plus productive de progrès que la compétition..."<sup>63</sup>. La dynamique collective est beaucoup plus puissante et pérenne que la performance individuelle et les réseaux de compétence collective prennent toute leur importance dans ce contexte.

Le management d'un projet tel que le nôtre est donc devenu trop stratégique pour rester l'affaire des seuls responsables hiérarchiques ou directeurs et requiert une implication forte des différentes fonctions de l'entreprise et l'organisation d'un dialogue constructif entre elles.

La capacité à organiser ce dialogue et, plus généralement, à travailler en réseau tant au sein de l'entreprise qu'avec les partenaires les plus divers devient elle-même une compétence-clé, capable de procurer un avantage économique durable à l'entreprise hospitalière<sup>64</sup>.

Encourager la collaboration... facile à dire, mais la mise en action réelle est rare ! La capacité des équipes à collaborer en mettant en commun des compétences et des points de vue différents, à échanger sans fuir les conflits, permet d'avancer ensemble vers des buts communs tels que le travail en commun.

Il faut savoir que l'avantage de travailler en réseau avec les différents intervenants potentiels sur ce projet peut améliorer les leviers d'exploitations tout en maîtrisant les couts (en terme de ressources humaines telles que les formateurs ou les formés mais également en terme

---

<sup>63</sup> Chronique "Le sens de l'info" – France Info, le 13 octobre 2013

<sup>64</sup> Walter W. Powell (90), Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organization, Research on Organizational Behavior, 12, (1990), 295-33612/4/95

de ressources matérielles mises à disposition et enfin de ressources financières en ayant la possibilité des générer des recettes diverses).

Enfin, il est de ce fait possible de sélectionner les meilleurs spécialistes, qui peuvent posséder l'expérience, sur chaque maillon et étapes de la chaîne du projet. Cette sélection permet, en croisant expertise et compétences, de développer une capacité de créativité accrue.

Pour terminer sur la notion de travail en équipe, soulignons l'importance de l'équipe qui sera, idéalement, formée du porteur du projet ou de la personne qui s'y substituera, des formateurs (cadre de santé, psychologue, technicien, des cadres supérieurs responsables de la formation continue, de la DRH, du DPC, des médecins responsables du contenu scientifique de la formation, les cadres de santé du pôle (qualité, ressources humaines, logistique) ainsi que la Direction des Soins.

Le fonctionnement en réseau pourrait enfin permettre de décroisonner les relations hiérarchiques «montantes», des relations hiérarchiques «descendantes» (En innovation, le management doit apporter plus d'importance à la contribution qu'à l'ordre hiérarchique) mais également des structures et des groupes de professionnels tels que les cadres de santé favorisant les échanges transversaux tout en générant des bénéfices pour l'institution.

#### 4.5. Intérêt pour l'institution :

Considérons le projet dans une approche systémique au sein du CHU de Nice.

Tout d'abord, je souhaite souligner que ce projet peut être une source de motivation importante qui peut « casser la routine » pour les agents et ce, qu'ils soient à un poste de responsabilité. En effet, nous avons pu fédérer énormément de personnes au sein du pôle mais également de l'institution mais également en extra hospitalier.

Je pense que ce projet va dynamiser le pôle urgence mais également s'insérer dans une dynamique institutionnelle en lien avec l'innovation soignante.

Ce projet via son côté innovant va probablement attirer le « consommateur » en positionnant le CHU sur un marché de séduction. Bien que nous ne soyons pas dans une logique de marché, il est envisageable que cette démarche projet puisse séduire des instituts de formation en lien avec les soins (IFSI, instituts de formation IBODE, IADE, sage femmes, Diplômes Universitaires,...) ou pas (entreprises nécessitant du travail en équipe par exemple).

Ce projet peut également être un levier de communication qui permet de travailler la valeur d'estime (l'image de marque) du pôle urgences mais plus largement l'image du CHU de Nice et ce, en mettant l'accent sur la culture sécurité et la culture qualité au sein de l'établissement.

C'est vrai non seulement des services publics « science-based » (les laboratoires publics etc.), mais aussi des agences gouvernementales de soutien à l'innovation ou encore des administrations publiques utilisant les marchés publics pour orienter certaines trajectoires d'innovation.

Comme pour les services marchands, mais avec un décalage temporel important, on s'intéresse, au sein du CHU, sous un angle à la fois qualitatif et quantitatif, aux spécificités de l'innovation dans les services publics.

En effet, ce type de dispositif de formation et d'évaluation doit s'inscrire dans une démarche et une logique de compétitivité par rapport à d'autres centres de simulation du public (sapeurs-pompiers, autres centres de simulation, organismes disposant de matériel basse fidélité, moyenne fidélité) mais également des structures privées délivrant des formations sur le travail en équipe.

Cette logique pouvant se concevoir sous plusieurs axes. Celui de la concurrence, celui de la reconnaissance, celui des conditions de travail et enfin sur le volet budgétaire/financier

La nature des orientations stratégiques et des choix méthodologiques à privilégier fait l'objet de différentes approches alternatives, à l'interface d'une approche sociologique et du courant de la démarche-qualité notamment. Dans tous les cas, il va s'agir de prendre en compte les attentes des différentes parties prenantes de ce projet.

Notre projet de formation dispose de trois avantages qui doivent être mis en avant aussi bien en intra qu'en extra CHU.

- **L'équité** : qui rend compte de la capacité du dispositif de formation à apporter des bénéfices au plus grand nombre de professionnels concernés et au meilleur coût.

Il n'est pas certain que la simulation satisfasse cette exigence en totalité, du moins à ce jour. En effet, si l'intérêt de la simulation réside notamment dans sa capacité à proposer aux apprenants une formation pratique et théorique aux situations qu'ils sont amenés à rencontrer, il importe qu'elle puisse être proposée à tous, ce qui n'est pas le cas actuellement et ce, soit pour des raisons

de planification des personnels, soit par le coût engendré. La contractualisation devra permettre un développement de cette technique auprès de tous.

De plus, il semble que des « barrières » significatives à l'utilisation de la simulation concernent le manque de temps et/ou de rémunération. Des ressources externes doivent alors être imaginées, par exemple dans les autres instituts de formation aux soins infirmiers ou infirmiers anesthésiste par exemple, et des éléments incitatifs peuvent être mis sur pied par les assureurs et/ou les autorités de santé.

- **La pertinence** : qui est caractérisée ici la priorisation des choix fait en matière d'objectif de formation, c'est-à-dire considérer en premier lieu les problèmes les plus importants. Les nombreux ouvrages en rapport avec la gestion du risque et la place de l'erreur humaine dans les accidents hospitaliers ont conduit les responsables de pôle ou même d'établissement à développer des enseignements spécifiques et novateurs en lien avec le service formation.

Cette priorisation prend tout son sens lorsqu'elle est discutée avec les partenaires cités, au regard des besoins de santé (analyse des risques, formation aux situations de crise en équipe, prise en charge des urgences vitales...).

- **L'efficience** : qui rend compte du fait de faire le meilleur usage des ressources disponibles pour dispenser un service donné. Il convient donc que l'investissement des institutions dans les programmes de formation dépasse le seul effet de mode que certains ont pu avancer et que la finalité des innovations introduites dans le domaine de la formation concerne l'amélioration des soins pour les patients par l'intermédiaire de l'amélioration du travail en équipe.

Il est donc nécessaire de vérifier que les conditions garantes de l'efficacité d'une formation dans le cadre du projet peuvent être réunies.

Dans ce cadre-là, il est important de souligner que le développement efficient de la simulation en santé est subordonné à la recherche de cohérence et à la coordination étroite que les ARS sauront organiser avec les UFR en santé et les collectivités territoriales impliquées dans les plates-formes de formation initiale et continue ou motivées par leur essor.

Une dotation nationale de 8.26 M€ a été prévue en faveur du développement de la simulation en santé et déléguée dans le cadre du fonds d'intervention régional 2013. En fonction des besoins spécifiques de chaque région, cette allocation pourrait par exemple être utilisée pour :

- réaliser un état des lieux de l'existant (structures, programmes) et évaluer les besoins en formation initiale et/ou continue
- favoriser des coopérations régionales ou inter-régionales en optimisant l'utilisation d'équipements et de ressources existants, ou en agrégeant des besoins pour assurer la viabilité d'un projet, etc.
- inciter à la contractualisation avec des établissements pilotes (tel que le CHU de Nice) en vue d'un accès élargi à leurs installations et programmes de simulation, notamment aux acteurs du premier recours
- permettre le développement de scénarios ou de programmes de simulation (par exemple à partir d'évènements indésirables ayant fait l'objet d'un signalement, de situations pathologiques ou de thèmes particuliers : coordination du parcours, travail en équipe, implication des usagers, organisation de la sortie d'hospitalisation, etc.).

Toujours selon la DGOS, Il conviendra que les initiatives soutenues par les ARS allient qualité du projet pédagogique et qualité du modèle économique et qu'elles s'appuient sur les recommandations de la HAS.

Dans le cadre de la prochaine certification, il est intéressant de développer deux approches « équipe » complémentaires.

La première voie est caractérisée par l'approche équipe dans la certification d'établissement, elle concerne toutes les équipes et des rencontres sont prévues avec les experts visiteurs. Ceci afin de déterminer une approche pilote, développer un regard sur le pilotage de la qualité et de la sécurité dans le secteur d'activité concerné par la prise en charge des urgences vitales et ce, sur la base des exigences du manuel, tout en déterminant une trame qui servira d'outil de visite.

La seconde voie est caractérisée par l'implication d'équipes volontaires dans le projet PACTE qui permet une reconnaissance en tant que pratique remarquable.

De part ces deux éléments, il s'avère que le CHU pourra tirer un double bénéfice de cet investissement. Un positionnement en tant qu'établissement référent et porteur d'idées et de projets dans un premier temps ainsi qu'un établissement expérimentant des pratiques remarquables, pratiques déterminantes dans la certification V2015.

#### 4.6. Evaluation du projet

Il est important de déterminer ce que nous souhaitons évaluer. En effet, je pense qu'il n'est pas nécessaire de développer l'évaluation de l'intérêt de la simulation dans ces propos car la première partie de ce travail en fait référence.

Cependant, deux points semblent judicieux à développer, l'un caractérisé par le développement du travail en équipe et l'autre par le développement du projet au sein d'autres pôles.

Concernant le travail en équipe, des évaluations sont prévues dans le cadre de la formation proposée. Ces évaluations seront réalisées par le psychologue clinicien et le cadre responsable de la formation grâce à l'utilisation d'une nouvelle grille d'observation fournie par l'HAS dans le cadre du projet PACTE.

De plus, le pôle urgence a eu la possibilité de pouvoir recruter une étudiante en master de psychologie qui va collaborer au projet de développement du travail en équipe et ce, en améliorant les outils que l'HAS va nous fournir.

Dans l'intervalle de temps, nous nous baserons donc sur une amélioration de l'échelle de satisfaction des personnels et sur la grille observationnelle existante pour chaque session de formation réalisée.

Concernant la possibilité d'implanter un projet innovant au sein d'autres structures, les moyens d'évaluation sont beaucoup plus complexes à déterminer car ils doivent être créés. En effet, la gestion d'un projet en lien avec l'innovation nous oriente vers des zones d'incertitudes qui sont difficiles à appréhender.

Nous proposons donc d'évaluer, non pas l'atteinte de l'objectif final (l'implantation du projet au sein d'autres structures) mais plutôt l'atteinte d'objectifs intermédiaires en lien avec le développement.

Il s'agit donc d'évaluer la phase de scanning, la phase de conceptualisation, la phase de réalisation, la phase de développement, la phase d'abstraction et enfin la phase de diffusion.

A ce jour, une réflexion a été développée quant à la création de ces outils d'évaluation au sein d'une pluridisciplinaire composé du pilote du projet, du responsable soignant du pôle gérontologie qui est fortement intéressé par le projet, par le directeur qualité et par un cadre supérieur responsable de la formation continue.

Au final, l'évaluation de ces points doit tenir compte des outils que nous avons développés au sein du pôle. Néanmoins, de nouveaux outils sont en cours d'élaboration et de nouvelles personnes ressources rejoignent notre équipe dans ce projet. Nous souhaitons donc patienter afin de pouvoir bénéficier de ces outils le plus rapidement et efficacement possible.

## 5. BILAN

### 5.1. Eléments positifs

Dans le cadre du projet de développement de la simulation médicale et du travail en équipe, plusieurs points apparaissent comme bénéfiques aussi bien au niveau du pôle que de l'institution.

Tout d'abord, le développement de fondements pédagogiques forts caractérisé par un apprentissage contextuel basé sur l'expérience et une pratique réflexive, avec un engagement émotionnel fort. Cette pratique étant particulièrement en lien avec les nouvelles approches pédagogiques des instituts de formation mais originales par rapport avec des pratiques conventionnelles telles que l'on peut en trouver en formation continue.

L'intérêt de la simulation, qui permet d'enseigner des compétences particulières telles que le travail en équipe, simplifie les impératifs éthiques par le peu de risques chez les patients et la possibilité de travailler sur des événements « rares » mais reproductibles.

Ce projet s'intègre, de plus dans une démarche nationale et institutionnelle. De nombreux bénéfices peuvent être attendus de cette démarche tant en termes de reconnaissance qu'en terme de recherche, de développement et d'amélioration des conditions de travail.

Enfin, c'est un formidable outil de recherche qui permet d'améliorer la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Dans le cadre du développement d'un projet innovant, il a été passionnant et prenant de travailler sur le pilotage d'un processus d'innovation. Ce mode de gestion de projet étant particulièrement novateur et nécessitant un

apprentissage complémentaire tant en terme de management de gestion, que de développement de compétences et de coordinations.

Cette démarche a été caractérisée par un accompagnement et un soutien du processus grâce à un environnement favorisant l'innovation aussi bien au niveau du pôle que de l'institution (par un soutien bienveillant notamment).

Enfin, je me suis engagé en tant que pilote et porteur d'un projet, au sein d'une équipe plurielle, comme contribuant à initier et entretenir une démarche de progrès continu au sein du pôle et de l'établissement.

## 5.2. Eléments négatifs

Dans un premier temps, j'aborderai les points qui restent à améliorer dans le cadre de la simulation médicale, puis dans un second ceux relatifs au développement de l'innovation.

Tout d'abord, dans le cadre de la simulation médicale et concernant l'utilisation du matériel, certains font état d'un manque de réalisme (peau froide, bruits électriques...) et que l'utilisation de la simulation ne peut seulement se rapprocher d'une mise en situation réelle. La prise en charge d'un pseudo-patient générant des émotions et un stress différents de la réalité. Ceci ayant pour conséquence de développer un risque d'apprentissage négatif (et quelques fois humiliant pour certains).

Il est important de prendre en compte la notion de coût qui reste prépondérante dans l'utilisation de la simulation que ce soit dans le développement du travail en équipe ou dans le développement de compétences purement pratique. Un coût élevé et qui est difficilement rentabilisable tant en termes de ressources humaines que financières. En effet, dans le contexte actuel d'économies, il devient de plus en plus difficile de pouvoir libérer des personnels mais également d'entreprendre des projets innovants qui ne s'inscrivent pas à court terme dans cette logique.

Enfin, le développement du projet PACTE, outre le fait que des équipes du CHU dont la mienne aient été choisies sur l'ensemble du territoire, n'en est qu'à ses balbutiements et tâtonne quelque peu afin de développer une culture sécurité qui n'est pas forcément acquise auprès de tous les intervenants à ce jour.

Concernant le développement de l'innovation, comme nous l'avons souligné plus tôt, la question de la légitimité est cruciale. En effet, la légitimité du porteur d'idées doit être établie par la hiérarchie d'une part mais également par les personnels d'autre part. Enfin, outre l'assurance d'être suivi par l'institution, le porteur du projet (moi-même ou le prochain porteur) qui de par son positionnement organisationnel, hiérarchique ou technique, devra décupler d'efforts pour convaincre que l'idée et le projet sont bons.

Cependant, j'ai pu me rendre compte au fur et à mesure de l'avancée du projet et plus particulièrement dans le cadre de l'innovation, qu'une absence de pilotage stratégique en fonction du marché et des technologies persistait ou n'était réservée qu'à une partie des unités du CHU, habituellement les plus techniques ou en lien avec les dernières avancées technologiques (réanimations, soins continus, services informatiques, systèmes d'information,...) ou bien en lien avec des parcours patients ou des prises en charge spécifiques.

Mode de fonctionnement et organisation favorisatrice par moments et inhibitrice à d'autres.

La notion de temporalité est également importante à prendre en compte et ce, à une époque où l'institution mais également les équipes (encadrement et soignant) qui sont, malheureusement, absorbées par le quotidien attendent des résultats rapides et même immédiats. Cette attente de résultats peut un processus de développement inefficace par rapport au temps d'utilisation.

Dans un cadre beaucoup plus budgétaire, l'institution est amenée à restreindre de plus en plus les budgets au sein du pôle mais également au sein

de l'institution. Cette restriction n'étant pas forcément compatible avec une démarche d'innovation ou les résultats sont incertains, du moins à court terme.

Enfin, les savoir-faire essentiels dans le management de projet, qui plus est dans le cadre de l'innovation, sont limités à quelques personnes qui disposent des connaissances et des compétences, la dispensation de l'information et des savoirs posent, de ce fait, des problèmes de coordination, de susceptibilité, de zones d'incertitude et donc de pouvoir.

### 5.3. Synthèse

Depuis quelques années, les jeux sérieux sont de plus en plus utilisés par les entreprises pour former leur personnel. En Europe notamment, selon une étude de l'Observatoire Cegos<sup>65</sup> (rapportée dans *Collaboratif-info*), 44 % des 2542 employés interrogés auraient suivi une formation à distance pour se perfectionner. Pour ce faire, 45 % d'entre eux auraient eu recours à un jeu sérieux (51 % en France). Les structures et institutions qui souhaitent rapprocher leur formation de la pratique des milieux professionnels, tel que le DPC, auraient donc avantage à tendre l'oreille.

Par ailleurs, l'apprentissage expérientiel immersif qu'offre le jeu répondrait davantage au profil d'apprenant des générations actuelles d'étudiants et de jeunes travailleurs<sup>66</sup>. Comme le résume bien le formateur et blogueur Bruno Devauchelle : *«Que les jeunes soient capables de se passionner pour des activités ludiques, individuelles ou collaboratives, numériques fait rêver tout enseignant confronté aux difficultés de motivation, d'intérêt ou de concentration.»*

Devant tant de possibilités, il reste paradoxalement, presque tout à faire pour en définir l'usage professionnel et pédagogiques (objectifs pédagogiques,

---

<sup>65</sup> <http://www.cegos.fr/solutions/etudes/Pages/barometre-formation-2014.aspx>

<sup>66</sup> Sánchez, Éric, Muriel Ney et Jean-Marc Labat, «Jeux sérieux et pédagogie universitaire : de la conception à l'évaluation des apprentissages», *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, vol. 8, n<sup>os</sup> 1-2, 2011, p. 48-57 [document PDF].

conduite de la formation), sa gouvernance (centres spécialisés ou systèmes distribués) et plus encore, la place définitive dans les cursus de formation initiale ou continue en incluant les aspects économiques ».

La simulation est un outil d'enseignement efficace car elle repose sur des principes pédagogiques éprouvés, elle est idéale pour enseigner certaines procédures, elle est idéale pour enseigner certaines compétences, elle complète nos méthodes actuelles d'enseignement, sa validité et son efficacité sont soutenues par la littérature.

Mais....La simulation n'est qu'un instrument, elle doit être utilisée judicieusement, doit être intégrée dans un programme de formation, nécessite des ressources humaines (instructeurs, techniciens, participants), financières et nécessite surtout une démarche évaluant son impact.

Nous avons souhaité faire le lien entre la simulation médicale et le travail en équipe car les deux domaines ont à gagner ensemble.

L'importance de la formation interprofessionnelle en équipe est grande et ce, car elle contribue à améliorer la qualité des soins, à assurer la participation des usagers et des soignants, à encourager les diverses professions à s'engager dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque en leur permettant de mieux se connaître mutuellement. Enfin, elle permet de respecter l'intégrité et la contribution spécifique de chaque profession.

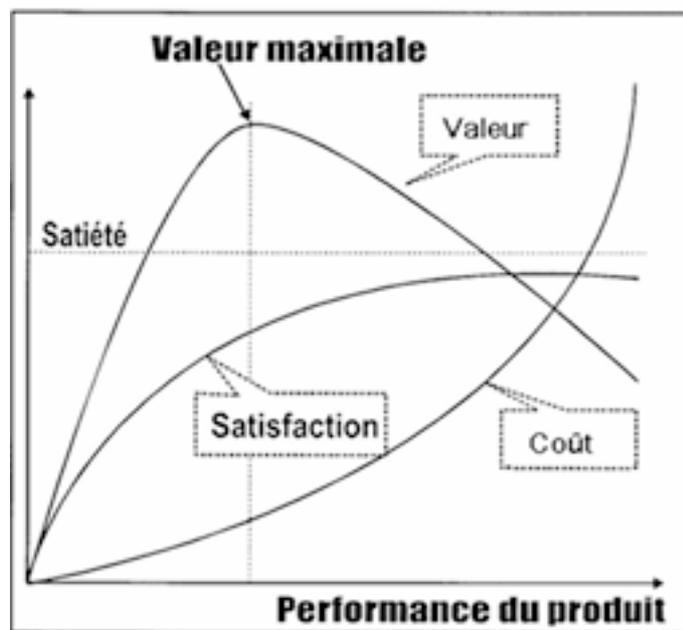
A ce jour, le projet PACTE est également un projet expérimental qui a pour objectif de développer le travail en équipe mais également la culture sécurité auprès des acteurs de santé.

Cette démarche va passer par des phases d'évaluation, de mise en œuvre, d'évaluation et de suivi et ce, tout en expérimentant de nouveaux outils...telle pourrait être une démarche en lien avec l'innovation...

Nous pensons à tort, qu'un projet «typé» innovation est plus risqué qu'un autre projet. Or ce n'est pas innover qui est risqué, c'est la non connaissance

des risques des projets d'innovation qui le rend plus risqué (si les nouveaux risques ne sont pas identifiés dès le début du projet d'innovation, cela en fait des aléas non-maîtrisés par l'entreprise, d'où les risques d'échec).

Il faut considérer l'innovation comme une activité à part entière (telle que la qualité par exemple), se former aux bons outils (analyse de la valeur, analyse fonctionnelle, veille sécuritaire et qualité,...), s'entourer si besoin des nouveaux métiers de l'innovation (ergonome, psychologue cognitif, qualitatif...) et ainsi cadrer et limiter au maximum les zones d'incertitudes dès le début de notre démarche projet.



Courbe de la valeur d'un produit

Courbe de la valeur d'un produit selon Groff <sup>67</sup>

<sup>67</sup> Groff, A, *Manager l'innovation*, AFNOR, 2009

## 6. CONCLUSION

Selon le le Pr Altaberti, il n'existerait plus beaucoup de marge de progrès, inhérente à l'amélioration des procédures et des performances des équipements, alors que des erreurs (le plus souvent humaines) et des évènements graves persistent.

Lorsque nous cherchons des traces des fondamentaux tels que "Confiance et bienveillance", "Collaboration réelle, outillée et transverse", "engagement des équipes", "responsabilisation entre membres d'équipes", "droit à l'erreur ensemble", "long terme plutôt que sur un rythme annuel"... en trouvons-nous ? Sans pilier, pas d'innovation.

Je pense que porter une innovation, telle que celle proposée dans ce projet, correspond en fait à une prise de conscience, dans le même temps, par les producteurs de santé des impératifs et des attentes de qualité des soins et de sécurité des patients devenus consommateurs, ainsi qu'à la mesure et la surveillance de ces paramètres par les autorités sanitaires en réalité payeurs de ces services.

Au-delà d'une vision d'un outil purement marketing, Il s'avère qu'au cours des quinze dernières années, les outils de simulation se sont multipliés et perfectionnés jusqu'à imposer un concept pédagogique (l'enseignement facilitateur) et leur propre modèle de curriculum de formation (le cercle d'apprentissage).

Aussi, je pense, comme de nombreux auteurs, que l'enseignement, la formation et l'évaluation par simulation pourrait représenter en fait le meilleur de la technologie au service du patient.

Cependant, avant d'en arriver à cette situation quasi idéale, je pense qu'il faut déterminer de nouvelles compétences. Celles-ci devant être axées sur le développement d'une forme de créativité stratégique et tactique.

Stratégique, tout d'abord, en déterminant les voies d'innovation (ensemble des données sur le marché, l'institution, les pôles, les partenaires, la technique..., ) et qui croiserait toutes ces informations afin d'en faire émerger des thématiques, des voies stratégiques d'innovation que l'on présenterait aux équipes et aux dirigeants en intra et extra hospitalier.

Tactique dans un second temps. Voyageant de l'idée au concept et visant à produire des solutions et/ou réponses tout en développant une forme de management innovant participatif et collaboratif loin de pôles cloisonnés ou de structures rigides mécanistes.

Porter une innovation dans le cadre du développement du travail en équipe a été très stimulant et innovant ! Cependant, cette démarche a nécessité de développer de nouvelles compétences, elle a nécessité de revenir sur d'autres qui nécessitaient d'être réactualisées et a mis en évidence qu'une qualité était indispensable.

En effet, je pense que faire confiance est le premier pas à faire dans le cadre d'un projet de ce type, mais également le plus difficile...

## 7. BIBLIOGRAPHIE

### DOCUMENTS ELECTRONIQUES ET RESSOURCES INTERNET

- <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html>
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_981936/rencontres-has-2010-simulation-en-sante-etat-de-l-art-en-france-et-a-l-etranger](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981936/rencontres-has-2010-simulation-en-sante-etat-de-l-art-en-france-et-a-l-etranger).
- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe?cid=r\\_1439188](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe?cid=r_1439188)
- <http://medicalemergencyteam.com>
- <http://www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf>
- [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/tb\\_accreditati on\\_2013\\_05\\_13.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/tb_accreditati on_2013_05_13.pdf)
- <http://medicalemergencyteam.com/index.php/further-information/>
- <http://www.rm.f.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>
- <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>
- <http://www.cegos.fr/solutions/etudes/Pages/barometre-formation-2014.aspx>
- [http://www.ac-nice.fr/pasi/old/innovations/archives/ancien-site/publications/innovation\\_levier\\_changement.pdf](http://www.ac-nice.fr/pasi/old/innovations/archives/ancien-site/publications/innovation_levier_changement.pdf)
- Boet Sylvain. *Etude de l'intérêt de l'auto évaluation dans l'enseignement par simulation, Mémoire de Master 2 de recherche à distance francophone*, Université de Rouen ; 2010, disponible sur [http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires\\_DEA/textes/T\\_BOET.pdf](http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires_DEA/textes/T_BOET.pdf).
- Granry Jean Claude, Moll Marie Christine, *Rapport de mission : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. Haute Autorité de

santé. (2012) Rapport accessible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)

- HAS, Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. 10 janvier 2012 disponible en ligne sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)
- L'Her E., Ray P., Duquesne F., *Détresse respiratoire aiguë de la personne âgée*; [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu03/html/mu03\\_07/urg03\\_07.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu03/html/mu03_07/urg03_07.htm), Pour la SFAR.

#### TEXTES LEGISLATIFS –LOIS ORDONANCES – CIRCULAIRES

- Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé

#### COURS

- Habib J, *Les conditions organisationnelles favorables à l'innovation*, cours Master 2 Management des organisations soignantes, Montsouris, 2013
- Jaffrelot Morgan. *Projet de développement d'un centre de simulation pour la formation de professionnels en science de la sante. Identification des représentations et des attentes des parties prenantes a partir d'une étude qualitative préliminaire. Mémoire de MASTER 2 Education, clinique et santé, spécialité : Ingénierie des formations en santé*, 2009. Université Paris 13
- Marchand Xavier, *Cours Master Organisations Soignantes* 2014.

#### EMISSIONS RADIO

- Chronique "Le sens de l'info" – France Info, le 13 octobre 2013

#### OUVRAGES

- ALTER Norbert. *L'innovation ordinaire*. 3<sup>ème</sup> Édition. Paris : Presses Universitaires de France. (2010) 284 p.

- Charles Vincent, *Patient safety*, Wiley –Blackwell, BMJ Books , 2011
- Cros F sous la direction de Barbier JM. *Encyclopédie de la formation*. Paris : Presses Universitaires de France. (2009) 1236 p.
- Genelot D, *Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants*. 3ème Édition. Paris : Insep consulting Éditions. 357 p.
- Groff alain. *Manager innovation*, AFNOR Editions, 2009
- Mucchielli Roger, *Le travail en équipe*, , éditions ESF, 2009.
- Pastré Pierre, Rabardel Pierre. *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Les Editions Octares, 2005.
- Reason James. *Human error: models and management* BMJ 2000 320: 768
- Schumpeter J.A, *La théorie de l'évolution économique*, 1912.

#### ARTICLES

- Baxter, Brumfitt. *Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking*. Qual Saf Health Care 2008 17: 127-130
- Boet-Gribov Sylvain. *Etude de l'intérêt de l'auto-évaluation dans l'enseignement par simulation. Exemple des internes d'anesthésie pour l'apprentissage des compétences non techniques en Anesthésie*
- Bruppacher HR et al. *Simulation Based Training improves physician's performance in patient care*. Anesthesiolog 112. 2010
- Cooper S, Cant R, Sellick K, Porter J, Somers G, Kinsman L, Nestel D. *Rating medical emergency teamwork performance: development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM)*. Resuscitation. 2010. 81. 446-452.
- Cooper J. *Are simulation and didactic crisis resource management (CRM) training synergistic?* Qual Saf Health Care 2004; 13:413-414
- DAVID A., *structures et dynamique des innovations managériales*, cahiers de recherche, Ecole des Mines de Paris, 1996
- Dreifuerst Kristina Tthomas. *The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis*, Nurs Educ Perspect. 2010
- Flin R, O' Connor P, Crichton M. *Safety at the Sharp End: A guide to non-Technical Skills*. Ashgate Publishing, Ltd, Aldershot. 2008

- Flin R, Maran N. *Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine*, *Qual Saf Health Care* 2004.
- Frankel, A., R. Gardner, L. Maynard, A. Kelly A. *Using the Communication and Teamwork Skills (CATS) Assessment to measure health care team performance*, *Jt Comm J Qual Patient Saf*, Sept. 2007, vol.33, no 9, pages 549 à 558.
- Gallouj D. et Gallouj F. ; *L'innovation dans les services publics*, *Revue Française d'économie* vol XXVII, 2012.
- GENELOT D. *Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants*. 3<sup>ème</sup> Édition. 2001. Paris : Insep consulting Éditions. 357 p.
- Hamel Gary, Valikangas Liisa, *The Quest for Resilience Harvard Business review*, 2003
- Inkpen et Choudhury, *The seeking of strategy where it is not: toward a theory of strategy absence*. *Strategic Management Journal*. 1995
- Jabre P, Jbeili C, Combes X, et al *Intérêt de la simulation haute-fidélité dans l'évaluation de l'application de procédures de soins par les médecins urgentistes*. 2011 *Ann Fr Med Urg* 1:379–86
- Jerry P. Nolana, Jasmeet Soarb, David A. Zidemanc, Dominique Biarentd, Leo L. Bossaerte, Charles Deakin, Rudolph W. Kosterg, Jonathan Wyllieh, Bernd Böttigeri, *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*; on behalf of the ERC Guidelines Writing Group
- KirkpatrickDL, KirkpatrickJD. *Evaluating training programs: the four levels*. SanFrancisco:Berrett KoehlerPublishers; 2006
- Kohn Linda, Corrigan Janet, and Molla S. *To Err Is Human, Building a Safer Health System*, Donaldson, Editors, *Committee on Quality of Health Care in America*, INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C. 1999
- Kozlowski, S.W. et B.S. Bell. *Work groups and teams in organizations*. Borman, W.C., D.R. Ilgen et R.J. Klimoski, éditeurs. *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2003, pages 333 à 375
- Leonard, M., S. Graham et D. Bonacum. *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*, *Qual Saf Health Care*, 13 oct. 2004, suppl. no 1, pages i85 à i90.
- Morey, J.C., R. Simon, G.D. Jay, R.L. Wears, M. Salisbury, K.A. Dukes et coll. *Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project*, *Health Serv Res.*, déc. 2002, vol. no 6, pages 1553 à 1581.

- Neily J, Mills PD, Young-Xu, « *Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality* ». JAMA. 2010.
- Reyaud J, *régulation de contrôle et régulation autonome dans les organisations*, Révue Française de sociologie, 1988
- Risser, D.T., M.M. Rice, M.L. Salisbury, R. Simon, G.D. Jay et S.D. Berns. *The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department*. The MedTeams Research Consortium, *Ann Emerg Med.*, sept. 1999, vol. 34, no 3, pages 373 à 383.
- Rodriguez-Paz José, *Beyond "see one, do one, teach one": toward a different training paradigm*, BMJ quality and safety, 2008
- Rosen Michael A, Weaver Sallie J, Lazzara Elizabeth H, Salas Eduardo, Wu Teresa,<sup>1</sup> Salvatore Silvestri,<sup>2</sup> Nicola Schiebel,<sup>3</sup> Sandra Almeida,<sup>4</sup> and Heidi B King, *Tools for evaluating team performance in simulation-based training* , Journal of Emergencies Trauma Shock. 2010 Oct-Dec; 3(4): 353-359.
- Rosen M.A, Salas E, Wilson K.A. *et al. Measuring team performance in simulation-based training: Adopting best practices for healthcare*, Simul Healthc, 3 (2008), pp. 33-41
- Salas Edouardo, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. *Toward an understanding of team performance and training. Teams: their training and performance*. Norwood: Ablex; 1992
- Salas Eduardo, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. *Does team training work? Principles for health care*. Acad Emerg Med 2008; 15(11):1002-9.
- Salas Eduardo., N.J. Cooke et M.A. Rosen. *On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments*. Hum Factors, 2008, vol. 50, pages 540 à 547
- Salas E, Rosen MA. *Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training*. BMJ Qual Saf. 2013 May; 22(5):369-73
- Sanchèz, Éric, Muriel Ney et Jean-Marc Labat, « *Jeux sérieux et pédagogie universitaire : de la conception à l'évaluation des apprentissages* », Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire, vol. 8, n<sup>os</sup> 1-2, 2011, p. 48-57
- Schein (E. H.), *Process consultation*, volume II, Addison-Wesley OD Series, 1992.
- Shapiro MJ, Morey JC, Small SD, Langford V, Kaylor CJ, Jagminas L, Suner S, Salisbury ML, Simon R, Jay GD. *Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum?* Qual Saf Health Care 2004;13:417-421

- Sutcliffe, K.M., E. Lewton et M.M. Rosenthal. *Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps*, *Acad Med.*, févr. 2004, vol. 79, no 2, pages 186 à 194.
- Schéma inspiré de Vidal-Gomel C, Fauquet-Alekhine P, Guibert S. *Réflexions et apports théoriques sur la pratique des formateurs et de la simulation*. In: Fauquet-Alekhine P, Pehuet N, ed. *Améliorer la pratique professionnelle par la simulation*. Toulouse: Octares; 2011.
- Van de Ven A, *central problems in the management of innovation*, *Management Science*, 1986  
Zwarenstein, Goldman, Reeves. *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes* (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- Walter W. Powell (90), *Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organization*, *Research on Organizational Behavior*, 12, (1990), 295-336/12/4/95

## 8. ANNEXES

[Edit this form](#)

## ECHELLE OBSERVATIONNELLE - Team Emergency Assessment Measure (TEAM)

Date:  
Evalueateur

Equipe:

Leader:

Jamais      Rarement      Souvent      Toujours

Le TL garde une vision d'ensemble (procédures, environnement, délégation)

Jamais      Rarement      Souvent      Toujours

L'équipe communique efficacement (verbal, non verbal, écrit)

Jamais      Rarement      Souvent      Toujours

L'équipe a collaboré afin de terminer la mission dans les temps impartis.

Jamais      Rarement      Souvent      Toujours

l'équipe a montré calme et sang froid (émotions, conflits)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
le moral de l'équipe était positif. (aide appropriée, confiance, mental, optimisme, détermination)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
l'équipe s'est adaptée aux nouvelles situations (En restant dans leur rôle et compétence, changements de situations: évolution de l'état du patient)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
l'équipe a surveillé et reévalué la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
L'équipe a anticipé les actions possibles (défibrillateur, médecin, Oxygène, Intubation, chariot d'urgence)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
L'équipe a priorisé les tâches à réaliser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Souvent	Rarement	Toujours
L'équipe a suivi les recommandations de prise en charge (une adaptation peut être nécessaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Donner une note de 1 a 10 sur la performance non technique de l'équipe.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Commentaires**

Never submit passwords through Google Forms.

---

Powered by  This content is neither created nor endorsed by Google.  
[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

[Edit this form](#)

## QUESTIONNAIRE DE MESURE DE L'EFFICACITE D'UNE SEANCE DE SIMULATION

Evaluation de niveau 1

**Le - les formateur(s)**

accueil des participants

	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
accueil des participants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maitrise du sujet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
qualité de l'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
compréhension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Environnement et moyens scientifiques**

	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
methodes pédagogiques utilisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
qualité logistique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
qualité des échanges formateur / groupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
support de cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>La formation</b>				
	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
contenu adapté à mon niveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
contenu conforme à ma profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
atteinte de l'objectif initial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
acquisition de nouvelles compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durée de la formation: 8h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Evaluation du niveau 2</b>				
	pas du tout d'accord	Pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
Les questions des formateurs m'ont aidé à être critique sur ma pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens mieux préparé à prendre en charge de vrais patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai développé une meilleure connaissance de la physio pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai développé une meilleure connaissance des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plus confiant dans la prise de décision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai développé de nouvelles compétences dans l'évaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je me sens plus confiant dans l'observation clinique d'un patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens capable d'anticiper des modifications cliniques sur un patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La séance de simulation m'a aidé à faire le lien avec ma formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai développé des compétences dans la prise de décision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai autant appris de l'observation de mes collègues que de ma pratique sur le patient simulé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le debriefing et la discussion de groupe étaient de grande valeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La formation par simulation a augmenté ma capacité à apporter une contribution positive à la performance de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La formation par simulation a amélioré mes compétences en RCP de base	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Pensez vous qu'il faille poursuivre ces séances?</b>				
<input type="checkbox"/> oui				
<input type="checkbox"/> non				
<b>Pensez vous qu'il faille poursuivre ces séances sur un mode multidisciplinaire?</b>				
<input type="checkbox"/> oui				

non

**Faut-il rendre ces séances obligatoires?**

oui

non

**Faut-il privilégier les aspects techniques?**

oui

non

**Faut-il privilégier l'aspect non technique (communication, leadership,...)?**

oui

non

**Pensez vous que ces séances puissent améliorer votre pratique professionnelle?**

1 2 3 4 5 6

Pas du tout       Enormément

**Pensez vous que ces séances de simulation puissent être adaptées à d'autres situations que l'urgence vitale?**

oui

non

si oui lesquelles?

Other:

**Points faibles**

**points forts**

**Etes vous globalement satisfaits de cette formation?**

1 2 3 4 5 6

Pas du tout       Enormement

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by  
 Google Drive

This content is neither created nor endorsed by Google.

[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

# Échéancier de l'expérimentation

1ère Réunion HAS  
Formation HAS  
CRM Santé

Phase	Phase Exploratoire										Phase analytique	Publication
	Phase d'exploration	Nombre d'agents max 20 soit 6 équipes										
Personnel	Essai 2 équipes 2 AS + 1 IDE											
Actions	PEC ACR PEC Dyspnée	Essais Cours Démos à 100%	PEC ACR Mise en situation des équipes et travail de terrain	E-learning Cours à 100%	Mise en situation des équipes et travail de terrain	E-learning Cours à 100%	Mise en situation des équipes et travail de terrain	E-learning Cours à 100%	Mise en situation des équipes et travail de terrain	E-learning Cours à 100%	Comprendre les résultats des 2 mesures Exploiter les résultats Analyse des résultats	Rédaction Relecture Validation Publication
Date	Juillet 2013	Avril	Mai - Juin - Juillet	Avril - Septembre - Octobre	Novembre - Décembre	Janvier 2015	Février - Mars 2015	Avril 2015				
Lieu	Centre de simulation	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu	Centre simu		
Temps	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	
Objectifs	Déterminer les besoins matériels et humains Etude de la faisabilité Lignes Test auprès du personnel	1ère évaluation des équipes de simulation des compétences testés par 2 CS évaluation du travail en équipe Psychog etc	Évaluation des équipes de simulation des compétences testés par 2 CS évaluation du travail en équipe Psychog etc	Mise en application des connaissances acquises	Évaluer l'impact de la simulation dans l'amélioration du travail en équipe	Diffusion des résultats						





42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes  
MTMOS@13-14**

**TITRE DU MEMOIRE**

Stratégie d'implantation d'un projet de développement du travail en équipe par  
l'intermédiaire de la simulation médicale

**AUTEUR**

Jean Christophe AYMARD

**MOTS-CLES**

Simulation médicale  
Travail en équipe  
Innovation  
Coordination  
HAS

**KEYWORDS**

Medical simulation  
Team working  
Innovation  
Coordination  
Public Health Authority

**RESUME**

De nombreux événements indésirables sont liés à des problèmes de communication et de coordination au sein des équipes de soins. La simulation médicale permet de développer des compétences pratiques spécifiques mais également des compétences en lien avec le travail en équipe. Compétences utiles dans la prise en charge des urgences vitales mais également dans toute situation où le travail en équipe est indispensable. La transposition d'un projet de ce type nécessite des compétences managériales en lien avec l'innovation dans un contexte de coordination où le cadre supérieur de santé se positionnera au centre d'une démarche de pôle, institutionnelle, certificative et régulatrice de la part de la Haute Autorité de Santé.

**ABSTRACT**

A large proportion of adverse events are connected in problems of communication and coordination within health care teams. The medical simulation allows to develop specific practical skills but also the teamwork. Useful skills in the care of the vital emergencies but also in any situation where the teamwork is essential. The transposition of a project of this type requires managerial skills in connection with the innovation in a context of coordination. The senior nurse manager will position in the center of a health pole, institutional, certificative and regulating approach on behalf of the French High Authority of Health.