



Simulation en santé et gestion des risques

2 – Outils du guide méthodologique

Ce guide, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé – Service communication - information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

*Un partenariat de la Haute Autorité de santé
avec la Société francophone de simulation en santé.*

Sommaire

1. Exemples de programmes de simulation pour la gestion des risques	4
Apprentissage d'un geste technique ou d'une procédure (<i>procedure training</i>).....	5
Test d'un environnement de travail	10
Compétences non techniques et travail en équipe	13
Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) simulée.....	16
Chambre des erreurs	19
Analyse de scénario clinique d'EIAS simulé.....	21
Annonce d'un dommage associé aux soins	23
Formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et carte conceptuelle.....	25
Communication en situation de crise	28
Simulation et gestion des risques en pratique « de ville »	31
2. Pour vous aider	34
Débriefing en simulation	35
Écoute active	39
Encadrement de patients simulés	42
Outil « Saed »	46
Outil « Faire dire »	47
Données à recueillir pour l'analyse approfondie d'un EIAS.....	48
3. Lexique et abréviations	49

Ce document complète le guide méthodologique « Simulation en santé et gestion des risques »

1. Exemples de programmes de simulation pour la gestion des risques

Présentation

Dans cette partie du document, sont présentés des exemples de programmes actuels de simulation en gestion des risques. Les fiches sont proposées à titre illustratif et ne sont pas exhaustives. Il s'agit plutôt de disposer de pistes à explorer pour utiliser toute la puissance de l'outil simulation. Moyennant une expertise dans le domaine, elles pourront faire l'objet d'adaptations, de rajouts en fonction des demandes des secteurs d'activité et des avancées technologiques. La (ou les) méthode(s) choisie(s) devra (ont) tenir compte des objectifs pédagogiques en matière de gestion des risques et des ressources disponibles.

Dans chaque fiche proposée et illustrant un programme, on retrouvera les éléments suivants.

→ **Le type d'approche** prédominante utilisé : *a priori*, *a posteriori*, communication avec le patient. Cependant, cette répartition entre les différents types d'approche se veut illustrative et non dogmatique. En effet certains programmes peuvent utiliser plusieurs approches (*cf. note*) et parfois la frontière est ténue entre les méthodes préventives et curatives.

Note : on peut par exemple commencer par sensibiliser à la pédagogie par l'erreur avec une chambre des erreurs puis on pourra enchaîner par un scénario de travail en équipe autour d'une erreur médicamenteuse et enfin terminer par l'annonce au patient de cette même erreur.

→ **La méthodologie (ou le cadre)** qui va être utilisée pour la gestion des risques. Le choix a été volontairement le plus large possible afin de montrer la possibilité d'adaptation à des secteurs d'activité très variés. Il peut s'agir d'un cadre réglementaire (formation initiale ou développement professionnel continu), de référentiels de sociétés savantes ou de la HAS, de publications ou de retours d'expérience. Certaines sont issues d'univers autres que celui de la santé. Les grands principes, les objectifs pédagogiques et les professionnels concernés sont précisés.

→ **L'utilisation en simulation** de la méthodologie choisie. Il s'agit ici d'adapter et de transposer de manière opérationnelle la méthodologie ou le cadre choisi précédemment, pour son utilisation en simulation, et ainsi « fabriquer » le programme de simulation.

→ **L'intégration du programme de simulation dans un programme de gestion des risques d'un secteur d'activité.**

Dans le but de faciliter la communication et la collaboration entre professionnels de santé (et les structures où ils travaillent) et les structures de simulation : il est montré comment répondre à une problématique identifiée de gestion des risques, par l'utilisation pertinente du programme de simulation. Des exemples sont donnés.

→ Enfin la dernière partie propose un mode de **mise en œuvre du programme** ainsi que le type préférentiel d'infrastructure de simulation à solliciter pour le concevoir et le mettre en œuvre. Les outils présentés dans les fiches sont de niveaux de difficulté et de complexité différents. Il est donc indispensable de choisir la structure de simulation la plus adaptée (moyens, compétences des formateurs, méthodes de simulation) en conséquence. Pour plus de précisions sur les structures de simulation et leur typologie on se reportera au guide HAS¹.

→ **Des annexes** peuvent parfois préciser certains points du programme de simulation élaboré.

Une ouverture vers les professionnels de santé « de ville » est également proposée avec des exemples adaptés à la pratique de ces professionnels et utilisant les méthodes précédemment décrites.

1. Haute Autorité de Santé. Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_pour_levaulation_des_infrastrures_de_simulation_en_sante_2015-07-21_11-26-51_939.pdf

1. Exemple de formation par simulation *in situ* au « code rouge » en maternité

Réseau sécurité naissance (RSN) des Pays de la Loire¹

► **Type d'approche : *a priori***

► **Méthodologie**

Principe et contexte : développement professionnel continu de professionnels de santé en maternité. L'objectif général est de proposer une formation aux professionnels exerçant dans les maternités des Pays de la Loire en utilisant la simulation *in situ* comme moyen pédagogique. Il est prévu d'adapter (en partie) la formation aux besoins spécifiques de chaque établissement.

Ce projet vise à impliquer l'ensemble des professionnels de la maternité où se déplacent les formateurs. Elle devient partenaire du programme : la collaboration avec la maternité débute en amont, en préparant la venue des formateurs. Elle se poursuit avec la recherche d'axes d'amélioration et le suivi d'actions mises en place.

Le programme doit contribuer à la pérennisation d'une politique de formation continue au cœur de l'établissement. Cela peut être simple, pratique et concret, mais vise à être pérennisé par l'institution. La mission du RSN est d'accompagner les professionnels dans leur projet pédagogique (l'équipe de formateurs *in situ* pourrait aider à la formation de formateurs pour l'établissement).

Le programme ne cible pas de secteur particulier dans la maternité : il touche la pédiatrie, l'obstétrique et l'anesthésie. La majorité du temps de formation est réalisé en équipe pluriprofessionnelle.

L'objectif de la création d'un programme de formation continue à l'aide de la simulation *in situ* vise à améliorer la qualité, l'organisation et la sécurité des soins².

Objectifs pédagogiques généraux

S'exercer :

- au travail en équipe ;
- à la gestion du contexte de soin en situation habituelle ou de crise, en obstétrique et pédiatrie ;
- à tester les organisations locales et les protocoles par la mise en situation dans un environnement habituel pour les équipes d'un établissement ;
- à reproduire des situations cliniques réelles (EIG d'un autre réseau de santé de préférence) ;
- à la réanimation néonatale en équipe et sur place.

Objectifs pédagogiques spécifiques :

- explorer les connaissances ;
- répéter des algorithmes de prise en charge (en situation critique ou non) ;
- développer les capacités d'adaptation, s'exercer aux situations d'urgence (acquisition de réflexes non limités à un contexte clinique) ;
- améliorer la communication et la coordination entre les acteurs au sein d'une équipe multiprofessionnelle et multidisciplinaire ;
- développer la prise de conscience de l'importance du facteur humain (CRM) dans les prises en charge ;
- développer la culture de sécurité des soins, l'analyse des pratiques ;
- définir des axes d'amélioration potentiels ;
- définir de futurs besoins en formation ;
- améliorer la prise en charge néonatale dans les établissements sans pédiatre sur place.

1. Pour en savoir plus, voir sur le site du réseau sécurité naissance : www.reseau-naissance.fr/simulation-en-gynecologie-obstetrique/

2. Rubio-Gurung S, Putet G, Touzet S, Gauthier-Moulinier H, Jordan I, Beissel A, et al. In situ simulation training for neonatal resuscitation: an RCT. *Pediatrics* 2014;134(3):e790-7.

Professionnels concernés

Tous les professionnels de la maternité sont concernés :

- les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes ;
- les infirmières et/ou les IBODE ;
- les IADE et les médecins anesthésistes ;
- les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ;
- les infirmières puéricultrices et les pédiatres ;
- les cadres ;
- toute personne impliquée par une organisation spécifique (l'intérêt de la présence de personnel spécifique sera décidé en fonction des objectifs pédagogiques) ;
- les DES, les stagiaires et les personnels vacataires en fonction des places disponibles.

► Utilisation en simulation

La simulation *in situ* a été choisie, avec un effectif maximum de 20 personnes, exemple de session :

	JOUR 1	JOUR 2
MATIN	A. Urgence dans le service Utilisation du Saed	C. Code rouge au bloc opératoire (+ pédiatrie). Patient traceur
MIDI	Atelier 1 : travail sur le chariot de réanimation/scénarios cliniques	Atelier 2 : film des erreurs. Travail sur les compétences non techniques (équipe)
APRÈS-MIDI	B. Pédiatrie en salle de réanimation	D. Simulation en salle de naissance

Débriefing : en dehors des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, chaque apprenant doit pouvoir compter sur un formateur représentant sa discipline ou sa profession lors des débriefings. L'équipe de formateurs est donc constituée de gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et sages-femmes, IADE et puéricultrices selon les journées.

L'équipe comporte un (ou deux) facilitateur(s) par scénario (en général, une SF et un facilitateur dédié à l'anesthésie). Un formateur (SF) joue le rôle de patient standardisé pour les simulations hybrides.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Le retard au diagnostic, le défaut d'appel des compétences nécessaires, la sous-évaluation de la gravité sont décrits comme des leviers d'évitabilité de la mortalité maternelle. Les sages-femmes et aides-soignantes sont en première ligne pour donner l'alerte sur ces situations graves. Leur formation, souvent axée sur les urgences obstétricales (HRP, éclampsie, etc.), gagnerait à être développée pour les urgences générales (embolie pulmonaire, urgences cardio-vasculaire, épilepsie, etc.)

Utiliser les enseignements des réflexions collectives lors des débriefings constitue une opportunité. La collaboration RSN/établissement doit être le fruit d'une démarche qualité, sans aucune fonction de jugement, ni d'évaluation normative. Cela inscrit la formation dans le cadre de la gestion des risques, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), et valide le développement professionnel continu (DPC).

Par ailleurs, le plan régional de santé prend en compte une problématique majeure : les maternités de type 1 non pourvues de pédiatre d'astreinte. Une réponse doit être apportée quant à une offre de formation permettant l'amélioration de la sécurité de la prise en charge dans ces structures.

► Mise en œuvre

Réalisation de la simulation en partenariat : entre réseau sécurité naissance, structure de simulation et établissement demandeur (pour la préparation de l'*in situ*).

Type de structure à contacter : type 2 ou 3 disposant de matériel de simulation pouvant être déplacé dans différents établissements pour la réalisation de l'*in situ*.

2. Exemple de l'apprentissage de la chirurgie cœlioscopique

► Type d'approche : *a priori*

► Méthodologie

Principe et contexte : le cadre est celui de la formation chirurgicale initiale. L'évolution de la démographie médicale et de la réglementation du travail a réduit le temps de présence des internes au bloc opératoire et par là même leur temps de formation chirurgicale par compagnonnage. Par ailleurs, notre société accepte de moins en moins que la formation initiale s'effectue directement sur le patient (« jamais la première fois sur le patient »). Enfin, si l'on tient compte de l'importante spécificité technique des procédures mini-invasives comme la chirurgie endoscopique, il est devenu évident qu'une formation chirurgicale initiale en dehors des structures cliniques traditionnelles doit être développée à partir de modèles de training ou de simulation adaptés au sein de centres dédiés (centre de training ou de simulation).

Objectifs pédagogiques généraux : développer une compétence gestuelle et technique de base auprès du chirurgien en formation initiale pour qu'il puisse réaliser ensuite des procédures cœlioscopiques sur des patients avec un niveau de sécurité maximale.

Objectifs pédagogiques spécifiques : fournir ces compétences dans le cadre d'un enseignement intensif et structuré mais de courte durée (moins de 1 semaine) à partir de modèles de training statiques (pelvi-trainer) ou animaux (porcs) avec une évaluation prospective et individuelle sur des exercices prédéfinis.

Professionnels concernés : tout chirurgien en formation initiale et dont la spécialité a recours à la chirurgie cœlioscopique : interne de chirurgie ou praticien n'ayant pas ou ayant peu d'expérience de cette voie d'abord.

► Utilisation en simulation

Exemple d'un programme intensif d'enseignement théorique et pratique sur pelvi-trainer et modèle animal pour les internes DES de gynécologie-obstétrique (CICE, Clermont-Ferrand)³.

Formation mise en place en 2006, réalisée dans un centre de simulation (Centre international de chirurgie endoscopique, CICE) comprenant 2 stages de 3 jours, effectués à 2 mois d'intervalle.

Contenu pédagogique :

- 18 heures d'enseignement théorique (installation du matériel, électrochirurgie, anatomie, techniques opératoires) ;
- 36 heures d'entraînement pratique sur pelvi-trainer et sur modèle animal vivant anesthésié (porc) avec tutoriels vidéo des exercices à réaliser et sessions de débriefing à partir d'enregistrements vidéo des exercices réalisés par les internes ;
- formation validée par le CNGOF (Collège national des gynécologues obstétriciens français) et comportant actuellement 4 sessions annuelles de 20 internes de gynéco-obstétrique des différents CHU français.

Évaluation de la compétence gestuelle et technique

Une évaluation prospective individuelle est réalisée pour chaque interne par un chirurgien senior en cœlioscopie. Elle est faite quotidiennement pour les exercices sur pelvi-trainer et au premier, troisième et cinquième jour pour les néphrectomies sur modèle porcin.

3. Botchorishvili R, Rabischong B, Larrain D, Khoo CK, Gaia G, Jardon K, et al. Educational value of an intensive and structured interval practice laparoscopic training course for residents in obstetrics and gynecology: a four-year prospective, multi-institutional recruitment study. J Surg Educ 2012;69(2):173-9.

Sur pelvi-trainer : sont évalués le temps de réalisation d'un nœud intracorporel sur une cuisse de poulet ainsi que sa qualité par un score d'erreur. L'évaluation de la qualité du geste est standardisée grâce à une grille de notation. Elle comprend la qualité de la préhension de l'aiguille (entre 1/2 et 2/3 de la pointe de l'aiguille), l'angle de l'aiguille (90° par rapport au porte-aiguille) et la précision de l'entrée/sortie de l'aiguille par rapport à des marques faites sur la peau. Pour chaque paramètre, une note de 1 à 5 est donnée (annexes). Le test est réalisé avec la main dominante puis non dominante. Afin de limiter la subjectivité d'une cotation d'erreurs de 1 à 5, de nouveaux scores avec 20 paramètres de type « *check-list* » (tâche faite ou non) et incluant une note globale qualitative de 0 à 10 sont utilisés depuis 2013.

Sur modèle porcin (vivant anesthésié) : l'exercice est une néphrectomie par coelioscopie afin de reproduire les conditions réelles d'une intervention chirurgicale combinant les différents gestes de base de cette voie. Outre le temps opératoire et la mise en place de la coelioscopie, le modèle d'évaluation utilisé est dérivé du système OSATS⁴. Les paramètres évalués sont l'ergonomie, la déchirure du parenchyme rénal, les saignements, la ligature avec le pousse-nœud, la maîtrise de la pince bipolaire, de la monopolaire, et le déroulement global de l'intervention. Pour chaque item, une note de 1 à 5 est attribuée (cf. annexes). Sur ce modèle, sont également testées de nouvelles échelles d'évaluation pour les mêmes paramètres opératoires avec une cotation de 1 à 4 (de « *pas acquis* » à « *parfaitement acquis* ») versus de 1 à 5.

Résultats

Une étude, menée de 2006 à 2009 (n = 191 internes) et publiée en 2012⁵, a démontré la valeur pédagogique de cette formation avec une amélioration statistiquement significative de l'ensemble des éléments évalués (temps d'exécution des tâches, scores techniques sur pelvi-trainer et modèle porcin).

Par ailleurs, une enquête d'opinion⁶ auprès des internes ayant participé à cette formation entre 2006 et 2011 (n = 306) a révélé que la moitié d'entre eux n'étaient pas satisfaits par leur formation chirurgicale et que ce training par simulation répondait à leurs attentes pour 95 %. Enfin 85 % estimaient que leur confiance en la coelioscopie était désormais meilleure.

Le lecteur pourra également consulter d'autres exemples dans le domaine de la chirurgie endoscopique en gynécologie et en particulier le programme de certification européenne GESEA⁷. Il a été développé par la Société européenne d'endoscopie gynécologique (ESGE) et validé par différentes sociétés savantes européennes (ESHRE, EBCOG) et nord-américaines (AAGL, ACOG). Il utilise des modèles statiques validés d'un point de vue pédagogique. Ils vont permettre à la fois le training aux différentes compétences psychomotrices en endoscopie mais aussi et surtout une certification de ces compétences par un examen théorique et pratique (sur les modèles) selon trois niveaux (bachelor, chirurgien mini-invasif, chirurgien pelvien expert). Ce programme est en cours d'implémentation dans les différents pays européens dont la France.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Ce type de programme de simulation, comme d'autres (GESEA), a démontré son efficacité et s'intègre parfaitement dans un programme de gestion des risques. Il peut permettre d'éviter certains événements indésirables graves liés au manque d'expérience des internes en l'absence de tutorat efficace.

4. Martin JA, Regehr G, Reznick R, MacRae H, Murnaghan J, Hutchison C, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. *Br J Surg* 1997;84(2):273-8.

5. Botchorishvili R, Rabischong B, Larrain D, Khoo CK, Gaia G, Jardon K, et al. Educational value of an intensive and structured interval practice laparoscopic training course for residents in obstetrics and gynecology: a four-year prospective, multi-institutional recruitment study. *J Surg Educ* 2012;69(2):173-9.

6. Philippe AC, Botchorishvili R, Pereira B, Canis M, Bourdel N, Mage G, et al. Intérêt d'un enseignement structuré de la coelioscopie en centre de simulation : enquête d'opinion auprès des internes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013;42(3):238-45.

7. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;199:183-6.

Il impose, néanmoins, la mise en œuvre de moyens matériels et humains importants :

- plateau technique d'un centre de simulation en chirurgie endoscopique :
 - salles de grande surface aux normes vis-à-vis de l'expérimentation animale,
 - colonnes et instrumentation d'endoscopie,
 - tables opératoires,
 - animalerie ;
- équipe pluridisciplinaire :
 - techniciens,
 - animaliers,
 - vétérinaire +/- anesthésiste,
 - chirurgiens formateurs, dont le nombre est défini par le nombre de stagiaires qui travaillent en binôme. Idéalement un formateur pour un binôme (soit 10 formateurs pour un groupe de 20 stagiaires).

► Mise en œuvre

Réalisation en structure de simulation : chirurgicale (de type bloc opératoire) pour le modèle porcin, en structure de simulation pour le pelvi-trainer.

Type de structure de simulation à contacter⁸ : type 3 : habilité pour le modèle porcin ; type 3 ou 2 pour une simulation limitée aux modèles statiques.

► Annexes

Des scores techniques sont utilisés pour l'évaluation des sutures par voie coelioscopique sur pelvi-trainer et de la néphrectomie coelioscopique sur modèle porcin. De principe, ils associent toujours une liste d'objectifs techniques (exemple : position de l'aiguille, précision, sécurité des nœuds, etc.), chacun décliné en sous-objectifs extrêmement précis et évalués par une échelle de cotation (de 1 à 5).

Par exemple pour l'objectif « sécurité des nœuds », les sous-objectifs sont :

- la longueur du brin court est respectée ;
- le nœud n'est ni trop serré, ni trop lâche ;
- le nœud sur la suture n'est pas desserré pendant la procédure ;
- les tissus sont respectés ;
- l'aiguille sur le porte-aiguille est toujours visible.

Les deux outils (liste d'objectifs et échelle de cotation) sont regroupés dans une grille de cotation (*scoring*) associant chaque objectif avec son évaluation.

On se reportera à l'article correspondant⁹ pour plus de précisions.

8. Haute Autorité de Santé. Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_pour_levaulation_des_infrastrures_de_simulation_en_sante_2015-07-21_11-26-51_939.pdf

9. Botchorishvili R, Rabischong B, Larrain D, Khoo CK, Gaia G, Jardon K, et al. Educational value of an intensive and structured interval practice laparoscopic training course for residents in obstetrics and gynecology: a four-year prospective, multi-institutional recruitment study. J Surg Educ 2012;69(2):173-9.

Test d'un environnement de travail

Exemple : déménager un bloc opératoire, créer un secteur d'imagerie interventionnelle

► Type d'approche : *a priori*

► Méthodologie

Principe et contexte : test en conditions réelles, mais avec des patients simulés, d'une activité de soins dans un environnement de travail nouveau (construction d'un nouveau bloc opératoire, d'un nouveau service d'urgence) afin de dépister les risques et les incohérences, d'évaluer la pertinence des procédures et l'expérience du patient simulé ou expert afin d'améliorer le système et les process avant une mise en œuvre réelle. Cette méthode peut également être utilisée pour réaliser un diagnostic sur une activité existante.

Objectifs pédagogiques généraux : tester et identifier les failles d'un système (organisation, locaux) en termes de sécurité des patients avant sa mise en œuvre.

Objectifs pédagogiques spécifiques : préparer les professionnels à travailler en sécurité pour leurs patients et pour eux-mêmes. Développer la culture de sécurité et l'analyse critique en termes de risques sur les flux de patients et les conditions de travail. Recueillir l'avis et les suggestions des professionnels.

Professionnels concernés : tous les professionnels de santé concourant à une activité y compris au sein des interfaces (informatiques, logistiques, administratives et prestataires de services de l'activité de soins).

► Utilisation en simulation : exemple de simulation pour tester un nouveau service des urgences (basé sur l'expérimentation 2017 du CH de Béziers)¹

Tempo de la méthode en simulation

Pré-briefing

- Identifier une portion de l'activité habituelle représentative. Par exemple de 17 h à 22 h un jour donné. Identifier les différents flux de patients à analyser.
- Récupérer toutes les entrées de patients et la chronologie de leur parcours. Reconstituer pour chaque patient le scénario de sa prise en charge. Scénario qui sera donné à un acteur.
- Réaliser avec les professionnels la visite des nouveaux locaux en amont de la simulation pour les familiariser à l'organisation, à la topographie des lieux et au matériel disponible.
- Prévoir un système de vidéo mobile connecté à la salle de débriefing (tablette ou smartphone connecté en wifi par exemple).
- Identifier une cellule experte qui observera la simulation, orientera la caméra mobile afin de cibler les éléments intéressants et qui prendra des notes sur les points critiques en vue du débriefing (chef de projet, chef de service des urgences, gestionnaire des risques, responsable pédagogique des étudiants, s'ils sont concernés, etc.).
- Prévoir des observateurs silencieux postés qui noteront les écarts par rapport aux procédures prévues.
- Réaliser l'information et la formation des patients simulés.

Briefing

- Rappeler la déontologie de la session de simulation et préciser les étapes de déroulement dont le rendez-vous du débriefing.
- Distribuer les tâches aux professionnels et aux patients simulés, poster les observateurs, tester la caméra mobile.
- Donner le top départ.

1. Ulrich MA, Gartecel C, Calvet B, Domballe S, Favier N, Armand P. Simulation avant ouverture d'un nouveau service « Pas la première fois avec les patients » au centre hospitalier de Béziers. *Techniques Hosp* 2017;(767):47-52.

Situation simulée et scénario

Laisser se dérouler la simulation selon les différents scénarios prévus. Utiliser la caméra et observer les flux ou les situations en fonction des observations concertées de la cellule experte. Celle-ci prend des notes sur les points critiques. Ne pas intervenir pendant le déroulement de la séance.

Débriefing

- **De l'équipe** : prévoir une pause substantielle des équipes et de la cellule experte. Le débriefing sera réalisé par un groupe composé au moins d'un facilitateur formé à la simulation et accompagné d'un expert dans le domaine d'expertise, par exemple un urgentiste, et d'un gestionnaire des risques. Il portera sur les aspects techniques et non techniques (voir aussi : Débriefing en simulation).
Il est réalisé avec l'ensemble des professionnels ayant participé y compris les personnes intervenant aux interfaces et les observateurs, à l'exclusion de toute autre personne. Laisser parler en premier lieu les professionnels, les observateurs ne faisant que compléter. Faire s'exprimer, avant de démarrer, un (ou des) patient(s) simulé(s) sur son (leur) expérience de « patient ».
- **Des patients simulés** : un débriefing d'un quart d'heure minimum est indispensable. Il permettra l'expression du ressenti du « patient ». Les éléments de ce vécu pourront alimenter le débriefing d'équipe et un éventuel projet pédagogique pour les étudiants (quand ceux-ci sont sollicités en tant que patient simulé).

Réunion de synthèse

Elle sera réalisée par la cellule experte avec le management institutionnel dans les 15 jours suivant la session. C'est en effet le temps nécessaire pour prendre en compte et synthétiser les éléments d'observation de la cellule pendant la simulation, les éléments du débriefing à chaud et les éléments de l'expérience du patient. Elle se conclura par la rédaction d'un plan d'action avant mise en service réelle de l'activité.

Modalités d'évaluation

- Un questionnaire de satisfaction et de ressenti sera distribué à tous les participants.
- L'évaluation portera sur le taux de réalisation des actions visant à diminuer les écarts par rapport aux procédures et les risques.
- Un relevé exhaustif des dysfonctionnements sur les points clés *a priori* résolus pourra aussi être organisé le premier mois de fonctionnement.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Ce type de simulation nécessite un véritable engagement du management institutionnel prêt à financer la démarche dans un objectif stratégique de gain de sécurité et aussi d'optimisation des organisations de soins (efficience).

Cet engagement se traduira par l'attribution de ressources dédiées.

- Un temps de préparation médicale et organisationnelle conséquent sera prévu dans les mois précédents.
- Le jour de la simulation, le positionnement des équipes doit être prévu si l'activité doit être maintenue : celles continuant d'accueillir les patients dans les anciens locaux et celles qui vont simuler la situation dans les nouveaux locaux.

Il est nécessaire :

- de disposer d'un nombre de patients simulés important en faisant appel soit à des étudiants professionnels de santé soit à des volontaires de la structure ou à des volontaires d'associations de patients ;
- d'armer complètement les nouveaux locaux avant le déroulement de la simulation ;
- d'obtenir la collaboration et la participation des « prestataires de services » : imagerie, responsables des dossiers de patients informatisés, service de brancardage etc. ;
- de programmer la simulation suffisamment en amont de l'ouverture des locaux afin de pouvoir prendre en compte les constats réalisés lors de la simulation pour modifier les organisations.

► **Mise en œuvre**

Réalisation *in situ* : exclusivement.

Type de structure à contacter : plutôt type 3 (ou 2 sous réserve de l'expérience des professionnels). Nécessité de la présence de débriefeurs très expérimentés et d'un accompagnement méthodologique pour encadrer le programme.

► **Annexes. Prévoir :**

- le recrutement de nombreux patients acteurs pour la simulation ;
- l'élaboration de scénarios pour les patients simulés ;
- le déroulement d'une journée de référence ;
- l'élaboration de grilles d'observation des procédures ;
- des moyens techniques de vidéo mobile.

Compétences non techniques et travail en équipe

► Type d'approche : *a priori*

► Méthodologie

Principes et contexte

L'aéronautique civile a mis l'accent dès les années 1990 sur le *crew resource management* (CRM), pour augmenter le niveau de sécurité des vols. Au début des années 2000 la JAA (*European Joint Aviation Authority*) a officiellement incorporé dans la réglementation la nécessité d'évaluer des éléments précis de compétences non techniques – définies comme les compétences cognitives et sociales montrées par les équipages dans le cockpit non directement liées au contrôle de l'avion et du vol – dans les formations de tous niveaux. Ces « NOTECHS » avaient au préalable été identifiées et une méthode d'évaluation mise au point par un groupe de travail formé d'experts en facteurs humains français, allemands, anglais et néerlandais.

La construction de la méthode a obéi aux principes suivants : les catégories répertoriées devaient être peu nombreuses, avoir le moins de recouvrements possible entre elles pour éviter les ambiguïtés, la méthode devait être décrite en termes accessibles et les compétences devaient donner lieu, soit à des comportements directement observables, soit à des communications les mettant en évidence. Ce système NOTECHS a été également repris et adapté dans la marine marchande française comme une méthode d'évaluation des compétences non techniques qui peut être complémentaire d'une autre méthode, le TDT ou *Team Dimensional Training*, cette dernière orientée plutôt vers l'autodébriefing des équipes (1).

Les quatre catégories de NOTECHS sont : la coopération, le leadership, la conscience de la situation et la prise de décision. Deux catégories importantes n'apparaissent pas : la communication, du fait qu'elle est incluse dans les quatre catégories déjà citées, et la gestion des facteurs personnels, fatigue, stress, car trop complexe à observer (cf. grille d'évaluation). Il est établi que la performance d'une équipe dépend de la qualité de ses processus coopératifs. Les communications verbales, même si elles ne sont pas seules à véhiculer de l'information, présentent l'avantage d'être analysables facilement. Une méthode d'analyse basée sur la quantité et la qualité des échanges verbaux peut être un bon prédicteur de la performance de l'équipe dans les situations complexes où la communication est nécessaire.

Cette même technique transposée à la chirurgie a été étudiée par le département *Quality, Reliability, Safety and Teamwork Unit, Nuffield Department of Surgical Sciences*, de l'Université d'Oxford (2).

En santé, deux spécialités ont plus particulièrement développé cette approche à partir des modèles utilisés en aéronautique ou en marine marchande :

- les anesthésistes-réanimateurs avec le programme d'évaluation ANTS (*Anesthetists' Non-Technical Skills*) (3-5) ;
- les chirurgiens avec le programme NOTSS (*Non-Technical Skills for Surgeons*) (4,6). Il faut également signaler le programme d'évaluation OTAS qui a plutôt vocation à évaluer les pratiques des équipes (*Observational Team Assessment for surgery*) (7).

Objectifs pédagogiques généraux

Évaluer la qualité du maintien d'une représentation mentale partagée afin d'évaluer, dans un exercice simple, la capacité d'une équipe à résister à l'éventuelle dégradation de la coordination et conserver une performance correcte pour une prise en charge en situation dynamique complexe.

Objectifs pédagogiques spécifiques

Évaluer et quantifier les échanges au sein d'une équipe investie dans une tâche complexe. Sur la base d'une grille d'observation d'utilisation relativement simple, mais requérant un certain entraînement. Former à l'utilisation d'outils permettant par exemple de structurer la communication (exemple outil Saed, voir fiche « Pour en savoir plus »).

Professionnels concernés : professionnels médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux des unités d'hospitalisation.

► Utilisation en simulation : tempo de la méthode

Le scénario sera bâti sur la base d'une situation grave, complexe, évolutive et nécessitant un échange important d'informations. Cette situation implique au moins deux ou trois personnes. Elle peut être tirée de la base des événements indésirables (de l'établissement de santé concerné, des bases nationales comme la base EIGS par exemple).

Briefing

Présentation du contexte, du cas clinique, de l'environnement et des ressources censées être disponibles.

Situation simulée

Le scénario type pourrait être par exemple une hémorragie du post-partum avec plusieurs paliers de dégradation de la situation (mère, enfant, approvisionnement en produits sanguins, gestion du questionnement du père).

Les pratiques sont observées et l'évaluation se fait au moyen d'une grille qui porte sur les verbalisations par les acteurs sur les thèmes suivants :

- les actions réalisées :
 - conduite des actions (stratégie diagnostique et thérapeutique, leadership),
 - ressources affectées (matériels, personnel, appel à l'aide, utilisation des consommables et des médicaments) ;
- la gestion et le partage des informations :
 - éléments extérieurs (les réactions de la patiente, voire du père, et les constantes de la patiente et du bébé),
 - le partage des informations concernant le monitoring et la surveillance de l'évolution de la situation et de l'état hémodynamique de la parturiente et du bébé et l'écoute des professionnels entre eux,
 - le partage des informations concernant les ressources : disponibilité et accessibilité des professionnels, de l'EFS, des produits sanguins ;
- l'objectif à atteindre :
 - but : quel est le but, faut-il le modifier,
 - plan : comment atteindre le but (embolisation ou hystérectomie d'hémostase),
 - travail en équipe : comment se coordonner, répartir les tâches, se soutenir mutuellement.

Les échanges non pertinents sont également notés (agressivité, digression, plaisanterie, etc.).

Débriefing

Il se fait au moins avec deux formateurs, autour des trois axes précédents.

À partir des cotations de la grille en utilisant la symbolique préconisée (cf. *infra* : modalités d'évaluation).

En comparant les évaluations des deux formateurs. Cela nécessite une concertation préalable de ceux-ci.

Intérêt d'un double débriefing : à chaud (plutôt orienté apprenants) à partir des observations des observateurs, et à froid à partir des vidéos de plusieurs scénarios (plutôt orienté structure de soins : quelles leçons doit-on tirer pour nos formations et nos protocoles ?).

Modalités d'évaluation

Elles associent deux outils :

- une liste des compétences non techniques à acquérir, par exemple (ANTS) : les compétences « sociales » : management et leadership, travail en équipe, coopération et soutien mutuel, et les compétences « cognitives » : la conscience de l'environnement (conscience « situationnelle ») et du système et la prise de décision. Chaque compétence étant déclinée en objectifs précis à atteindre ;
- une échelle de cotation permettant au formateur d'évaluer l'atteinte de chaque objectif. Par exemple (ANTS) grâce à une échelle à 5 items : non observé, pauvre, marginale, acceptable, bonne.

Ces deux outils sont regroupés dans une grille de cotation (*scoring*) associant chaque objectif avec leur évaluation respective.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Préconisé pour toutes les « équipes » gérant collectivement des situations critiques complexes. Il est nécessaire alors d'identifier dans la spécialité des situations considérées comme telles (réanimateurs, obstétriciens, équipes chirurgicales dans les pratiques non réglées, équipes de services d'urgence, etc.).

► Mise en œuvre

Réalisation *in situ* : la plus adaptée.

Réalisation en structure de simulation : oui.

Type de structure de simulation à contacter : type 2 ou 3.

► Pour en savoir plus

1. Clostermann JP. Les facteurs humains au cœur de la sécurité maritime [Psychologie]. Lorient: Université de Bretagne Sud; 2015. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01104027/document>
2. Crochet P, Aggarwal R, Knight S, Berdah S, Boubli L, Agostini A. Development of an evidence-based training program for laparoscopic hysterectomy on a virtual reality simulator. *Surg Endosc* 2017;31(6):2474-82.
3. University of Aberdeen, Scottish Clinical Simulation Centre. Framework for observing and rating anesthetist 's Non Technical Skills (ANTS). Aberdeen: University of Aberdeen; 2012. <https://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/ANTS%20Handbook%202012.pdf>
4. Health Foundation Inspiring Improvement, Flin R. Non-technical skills for anaesthetists, surgeons and scrub practitioners (ANTS, NOTSS and SPLINTS). London: Health Foundation; 2013. http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/non_technical_skills_for_anaesthetists_surgeons_and_scrub_practitioners.pdf
5. Pour en savoir plus : ANTS. A Behavioural Marker System for Rating Anaesthetists' Non-Technical Skills www.abdn.ac.uk/iprc/ants
6. Pour en savoir plus : NOTSS. Non-Technical Skills for Surgeons. www.abdn.ac.uk/iprc/notss
7. Pour en savoir plus: Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS). www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/our-work/prior-to-august-2017/theme-4-teams-skills-and-safety/observational-teamwork-assessment-for-surgery-otas/

► Type d'approche : *a posteriori*

► Méthodologie

Principes : « La revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Il s'agit de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et leur sécurité »¹. C'est une revue périodique et multiprofessionnelle qui est aussi une méthode de développement professionnel continu (DPC). Les EIAS font l'objet d'une analyse approfondie dite systémique (voir fiche : analyse approfondie d'un EIAS) et sont discutés en équipe de soins pluri professionnelle voire pluridisciplinaire. Les échanges entre pairs visent le partage d'expérience, la revue des bonnes pratiques et le consensus autour des actions d'amélioration retenues. Des mesures de l'efficacité des actions sont proposées.

Objectifs pédagogiques généraux : développer la culture positive de l'erreur et le retour d'expérience pour améliorer la sécurité des prises en charge.

Objectifs pédagogiques spécifiques : en fonction des critères d'inclusion des cas, des objectifs sécuritaires spécifiques peuvent être visés, par exemple éviter les erreurs médicamenteuses ou améliorer certaines techniques de soins ou de diagnostic en endoscopie.

Professionnels concernés : professionnels médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques des unités de soins.

La méthode est aisément transposable aux variantes de la RMM de type CREX (comité de retour d'expérience), ou REMED (revue des erreurs médicamenteuses).

► Utilisation en simulation

Principe général de transposition

Rappelons en premier lieu les liens entre RMM et simulation : dans les deux cas il s'agit, à partir d'une situation vécue, de l'analyser de manière approfondie afin de proposer des actions d'amélioration. Ici, il s'agit d'un évènement indésirable (EI) souvent grave (mais on peut aussi utiliser un évènement porteur de risques, dit EPR, qui aurait pu causer un dommage au patient), d'identifier et d'analyser les causes et les barrières de sécurité, de confronter la discussion à la littérature et de mettre en place des actions correctives pour éviter que la situation ne se reproduise. Ces analyses peuvent donc donner lieu à la rédaction de scénarios de simulation. L'analyse des causes et des barrières se fait alors par l'observation en temps réel, puis le débriefing de la situation se réalise au regard de référentiels de pratiques.

Trois options de réalisation sont possibles.

- Réaliser une reconstitution d'accident avec une équipe d'acteurs et induire l'analyse de causes et la discussion à partir de la séance de simulation. Dans ce cas, la simulation permet souvent d'enrichir considérablement l'analyse approfondie faite dans le cadre d'une RMM².
- Bâtir les scénarios à partir d'une base de données d'EIAS et étudier comment plusieurs équipes se comportent vis-à-vis de ceux-ci.
- Bâtir les scénarios à partir d'une base de données d'EIAS et comparer la solution retenue par l'équipe ayant vécu la situation réelle ou du même type et celle qui l'expérimente en simulation.

Il est important de préciser cependant que les EIG ne sont pas tous utilisables en RMM simulée (problèmes de temporalité des causes, caractère trop émotionnel d'un accident, matériel nécessaire pour la mise en situation complexe). Les bases de données d'EIAS utilisées peuvent être locales (de l'établissement de santé, du secteur d'activité), ou nationales (bases d'organismes professionnels, base EIGS de la HAS).

1. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf

2. Slakey DP, Simms ER, Rennie KV, Garstka ME, Korndorffer JR. Using simulation to improve root cause analysis of adverse surgical outcomes. Int J Qual Health Care 2014;26(2):144-50.

Tempo de la méthode en simulation

Préparation

- Choisir un EIAS disposant d'une analyse approfondie argumentée.
- Définir avec la structure de simulation les éléments de faisabilité correspondant à l'histoire et les éléments à adapter aux contraintes techniques.
- Définir des objectifs pédagogiques spécifiques : coopération, communication, réalisation conforme de l'acte, récupération de l'erreur.
- Décider d'intercaler une RMM simulée au programme des RMM du secteur d'activité : obtenir un accord de principe des membres de l'équipe.

Briefing

Selon l'option choisie. L'ensemble de l'équipe est informé des conditions de réalisation de la session. Les principes de confidentialité et d'absence de jugement sont rappelés.

Le principe méthodologique de la RMM est rappelé. Il s'appuie ici non sur une histoire racontée mais sur un événement réellement survenu et vécu soit directement par les professionnels exécutant le scénario, soit indirectement par ceux qui visionnent le scénario.

Réalisation du scénario

Réaliser le scénario selon l'une des trois options.

Retransmettre en direct ou en différé la session aux membres de l'équipe RMM.

Débriefing

- Débriefing de la situation : réaction des acteurs et des observateurs, discussion sur les facteurs contributifs techniques et non techniques dans le scénario (positif ou négatif), évitabilité des causes repérées.
- Discussion collective et partage d'expérience : extrapolation à d'autres situations comparables, identification d'autres causes qui auraient pu être contributives, identification des barrières ayant fonctionné ou devant être mises en place.
- Rappel des bonnes pratiques existantes.
- Objectifs d'amélioration et proposition d'actions : organisation, compétences techniques et non techniques.
- Définition des modalités de suivi et d'évaluation des actions.

Modalités d'évaluation

- Taux de présence à la RMM simulée.
- Questionnaire sur la thématique de l'EIAS.
- Taux de clôture à 1 an des actions d'amélioration décidées, suivi d'indicateurs.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Exemple : le médecin responsable d'un secteur d'activité de gastro-entérologie constate que l'activité d'endoscopie digestive génère de nombreux EIAS, en particulier lors des stratégies d'exérèse de polype ou de tumeurs villeuses intestinales. Ces événements sont parfois en lien avec des problèmes d'indication, de technique, de manque d'expérience, de défaut de préparation ou d'organisation du travail. Il souhaite créer une RMM ciblée sur les EIAS de cette activité. Il ne trouve pas le moyen d'intéresser ses collègues au sujet. Il décide donc de mettre en place un relevé des EIAS. Puis il demande au gestionnaire des risques de l'établissement de l'aider à réaliser des analyses de causes approfondies. Enfin, il contacte le centre de simulation afin d'élaborer un scénario d'exérèse de tumeur villeuse ayant donné lieu à une perforation suivie de péritonite. Cet EIAS a eu lieu il y a 6 mois, le patient est sorti après une hospitalisation prolongée.

► **Mise en œuvre**

Réalisation *in situ* : oui si le scénario s'y prête, que la retransmission est possible et qu'il y a une unité de temps et de lieu.

Réalisation en atelier de simulation : non, car doit concerner une équipe de soins dans sa globalité.

Réalisation en structure de simulation : l'établissement de santé sollicite une infrastructure de simulation pour élaborer le scénario de simulation à partir de l'EIAS choisi. La structure de simulation fournira les ressources matérielles et humaines (facilitateur, acteurs, etc.) pour réaliser la séance de simulation dans ses locaux.

Type de structure à contacter : plutôt type 2 ou type 3.

► **Annexes**

Documents à prévoir :

- les critères de choix et d'inclusion des EIAS ;
- l'analyse approfondie de l'EIAS choisi ;
- la fiche d'objectifs du débriefing ;
- les références de bonnes pratiques en lien avec la situation simulée ;
- un modèle de fiche action.

Chambre des erreurs

► Type d'approche : *a posteriori*

► Méthodologie de la « chambre des erreurs »

Principes et contexte

Il s'agit de sensibiliser les professionnels de santé à la pédagogie par l'erreur dans un contexte déculpabilisant. Dans un environnement de soins reconstitué (chambre de patient, pharmacie de service ou officine, cabinet médical, bloc opératoire), on introduit des erreurs en nombre limité (8 à 10 au maximum). Ces erreurs sont monothématiques ou plurithématiques (identito-vigilance, hygiène, médicament). Le professionnel de santé doit alors identifier les erreurs lors de son passage dans la « chambre des erreurs ».

Objectifs pédagogiques généraux : sensibiliser à la culture positive de l'erreur à travers un outil ludique.

Objectifs pédagogiques spécifiques : ils seront définis à partir du (ou des) thème(s) choisi(s). Par exemple le thème du médicament, celui de la transfusion ou de l'hygiène.

Professionnels concernés : professionnels médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux des unités d'hospitalisation conventionnelle, cabinet dentaires ou pharmacies d'officine.

► Utilisation en simulation : tempo de la méthode en simulation

Briefing : à la porte de la « chambre » la règle du jeu est rappelée à un groupe de 10 à 12 personnes : passage individuel, sans rien toucher à l'intérieur de la chambre et relevé des différentes erreurs grâce à une grille de recueil anonymisée. Durée : environ 10 minutes par personne. Le contexte de la chambre est aussi présenté : motif de la présence du patient dans l'unité, dossier et prescriptions médicales, examens complémentaires en cours, diagnostique et pronostic, etc.

Situation simulée : par exemple, la chambre du patient est reconstituée selon un plan détaillé à annexer. Place du lit, des perfusions, de l'adaptable, présence de deux mannequins, l'un représentant le soignant l'autre représentant le patient allongé dans son lit et perfusé.

Scénario : il s'agit dans cet exemple d'un patient d'onco-hématologie recevant une chimiothérapie sur une chambre implantable. Le soignant est en train de vérifier l'identité du patient. Les erreurs sont disposées et auront fait l'objet d'une liste préalablement validée par un pharmacien et un médecin onco-hématologue. Dans la chambre on trouvera par exemple des erreurs telles que : le patient n'a pas de bracelet d'identité, la poche est bien au nom du patient mais la posologie n'est pas la bonne, la voie d'administration n'est pas précisée, etc.

Débriefing

- Réalisation par groupes de 10 à 12 personnes sans entrée ni sortie et sans interruption.
- Animation par un binôme : facilitateur formé au débriefing et pharmacien ou médecin onco-hématologue
- Selon la méthode RAS (voir fiche conseils pour le débriefing).

Réaction : réagissez à cette chambre des erreurs : facile, difficile, conviviale, adaptée à votre pratique ?

Analyse : avez-vous trouvé des erreurs et si oui lesquelles ? Pourquoi dites-vous que ce sont des erreurs ?

Synthèse : qu'avons-nous appris de ces erreurs, ferions-nous différemment dans notre service demain ?

Modalités d'évaluation

- Questionnaire immédiat ou différé d'évaluation des connaissances sur les bonnes pratiques faisant l'objet des objectifs pédagogiques.
- Remise du corrigé des erreurs de la chambre et des références de bonne pratique.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Exemple : les professionnels du service d'onco-hématologie déclarent depuis plusieurs années les EIAS. Le cadre de santé constate que depuis quelque temps le nombre des EIAS est en augmentation concernant les erreurs médicamenteuses. Un évènement indésirable associé aux soins grave est survenu récemment et concerne un surdosage en morphine. Dans la plupart des cas les causes retrouvées concernent aussi bien l'exécution des prescriptions que les prescriptions elles-mêmes. Il demande donc au service de gestion des risques de sa structure de réaliser une chambre des erreurs thématique. Cette chambre des erreurs s'intègre dans un programme plus large comportant par ailleurs des formations en simulation sur l'annonce des dommages associés aux soins en lien avec des erreurs médicamenteuses et la mise en place d'actions visant à limiter les interruptions de tâches.

► Mise en œuvre

Réalisation *in situ* : une chambre de patient d'un secteur d'activité est réaffectée sur une durée de 5 jours pour y créer la chambre des erreurs. Une planification permet à tout le personnel de passer par la chambre des erreurs. Inconvénient : trouver les mannequins, le dispositif de chambre implantable simulé et un facilitateur formé au débriefing. En aucun cas le professionnel participant à une chambre des erreurs n'est laissé seul. Comme toute séance de simulation celle-ci s'accompagne obligatoirement d'un débriefing.

Réalisation en atelier de simulation : un atelier de simulation est créé lors d'un congrès scientifique. Une planification permet aux congressistes de s'inscrire à l'atelier. Inconvénient : trouver les mannequins et le dispositif de chambre implantable simulé. Il peut être fait appel à une structure de simulation disposant d'un matériel itinérant (plateforme de type camion par exemple).

Réalisation en structure de simulation : deux options sont possibles sur la base d'un cahier des charges :

- location par le service de la plateforme de simulation qui fournira l'ensemble du matériel et le facilitateur pour le débriefing ;
- sollicitation de la structure de simulation qui fournira *in situ* le matériel +/- le facilitateur pour le débriefing.

Type de structure à contacter : tous types.

► Annexes

Documents à prévoir¹ :

- le plan de la chambre des erreurs ;
- la liste validée des erreurs accompagnée du document de corrigé des erreurs ;
- la feuille de recueil des erreurs pour les participants ;
- le fac-similé du dossier du patient ;
- la fiche d'objectifs du débriefing ;
- les références de bonnes pratiques existantes sur la thématique.

1. Pour en savoir plus, voir sur le site adiph.org : IatroMed 360° : chambre des erreurs en parcours immersif - saison 1 #Unité MCO
www.adiph.org/rechercher/iatromed-chambre-des-erreurs-en-parcours-immersif-saison-1-mco

► Type d'approche : *a posteriori*

► Méthodologie de l'analyse de scénario clinique d'un événement indésirable

Principes et contexte

Il s'agit d'une approche par les problèmes, qui consiste à analyser un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ou un dysfonctionnement déjà survenu en santé (cas réels) afin de mettre en place des actions visant à éviter sa répétition dans un autre secteur d'activité où va se dérouler l'action. Un problème est défini comme la différence entre la situation existante et la situation attendue.

Note : *cette méthode est proche de la RMM (cf. fiche RMM). Mais alors que la RMM cible les professionnels de santé d'un secteur d'activité qui ont vécu un EIAS dans leur secteur, la méthode des scénarios implique des professionnels de santé qui s'interrogent sur leurs pratiques à partir d'EIAS survenus dans un autre secteur d'activité (cet EIAS pourrait-il survenir dans mon secteur ? Pourquoi ? Comment ? Que faire pour l'éviter, s'en protéger ?). Dans les deux cas, la même démarche d'analyse approfondie (systémique) est utilisable.*

Cette méthode déductive permet d'analyser avec une approche systémique des problèmes complexes, en particulier des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Toutes les causes du problème doivent être soigneusement envisagées et analysées. Les causes principales (absence de certaines barrières de sécurité ou barrières non opérationnelles) doivent être identifiées et prouvées. Des solutions ciblées sur les causes principales peuvent alors être envisagées, testées puis mises en œuvre. Un suivi permet de s'assurer de la disparition du problème.

Cette approche méthodologique comporte plusieurs avantages. Elle permet d'analyser des situations à risque peu fréquentes. C'est une démarche participative, anticipative, déculpabilisante puisqu'elle consiste à analyser un problème survenu dans un autre établissement, et est peu contraignante pour les professionnels en termes de disponibilité. Cette approche a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels, d'être à leur écoute, de les impliquer dans une démarche de gestion des risques, d'introduire une culture de la sécurité, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention et enfin d'avoir une bonne réactivité.

Objectifs pédagogiques généraux : mettre en œuvre le retour d'expérience (REX) entre services et établissements.

Objectifs pédagogiques spécifiques : analyser un problème de manière déculpabilisée (l'histoire s'est produite ailleurs) avec les professionnels du service en les incitant à réaliser des analogies avec leur propre pratique afin de mettre en place des actions visant à éviter la réalisation du scénario étudié dans le service.

Professionnels concernés : professionnels médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux des unités d'hospitalisation, des structures médico-sociales, et éventuellement des professionnels libéraux contribuant à un parcours de soins.

► Utilisation en simulation : tempo de la méthode

Animation par un professionnel formé en animation de débriefing et connaissant le principe de la méthode d'analyse de scénario (et ne faisant pas partie du service), accompagné par un facilitateur qui prendra des notes sur les échanges pendant la séance.

Briefing : avant le début de la simulation, il est rappelé aux participants (8 à 12 avec au moins un manager du secteur d'activité) les objectifs de la séance, son déroulement : 1. réalisation du scénario ; 2. analyse des défaillances humaines (causes immédiates) et des facteurs ayant contribué à la survenue de ces défaillances (causes profondes) ; 3. analyse des vulnérabilités et des barrières contre les risques d'erreurs humaines de l'unité de soins pour la survenue dans le scénario présenté. Suivi de la phase de recherche des analogies et de solutions pour le service. Collecte des données par entretien semi-structuré. Durée totale environ 45 minutes.

Situation simulée : la situation est pré-enregistrée grâce à la participation d'acteurs (reconstitution) ou par visionnage d'une mise en situation simulée pour laquelle les participants ont donné leur accord.

Les scénarios : les cas cliniques réels sont issus de la littérature ou disponibles dans le cadre du retour d'expérience d'événements indésirables et pour lesquels sont accessibles des analyses approfondies sur les circonstances de survenue du problème, les causes et les enseignements tirés dans un but de prévention.

Débriefing

Réalisation par groupes de 8 à 12 personnes.

Animation par un facilitateur formé au débriefing et à la simulation, accompagné éventuellement d'un expert de la spécialité selon la méthode RAS.

- Réaction : réagissez à ce scénario : quel est le problème/l'EIAS ? Quelles sont les principales défaillances liées au patient et/ou aux soignants ? Les facteurs contributifs ayant facilité la survenue de cet événement ? Les barrières et défenses qui ont permis de minimiser les conséquences ?
- Analyse : le problème d'EIAS pourrait-il survenir dans votre secteur d'activité ? Quelles sont les défenses et les vulnérabilités actuelles ? Quelles sont les actions possibles pour renforcer la sécurité ?
- Synthèse : défenses et vulnérabilités identifiées dans le secteur d'activité, présentation des solutions identifiées sur le lieu réel de survenue du scénario, enseignements tirés lors de cette séance.

Compte rendu de l'analyse du scénario

Diffusion à l'ensemble de l'équipe du service.

Modalités d'évaluation

- Suivi de la mise en œuvre des actions proposées lors de la séance.
- Suivi des EIAS concernant cette thématique.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Exemple : les professionnels du secteur d'oncologie souhaitent améliorer la sécurité de la prise en charge des chambres implantables du fait de nombreux dysfonctionnements relevés (infection, obstructions, douleurs.) Une visite de risques ciblée sur ce processus est organisée dans le secteur d'activité avec l'aide du service qualité/gestion des risques de l'établissement. Lors de cette visite, une analyse de scénario clinique d'événement indésirable est proposée à l'équipe qui accepte d'y participer. Trois séances sont organisées afin de permettre à tous les professionnels d'en bénéficier. Il est demandé aux groupes ayant suivi la formation de ne pas divulguer les informations aux autres groupes devant y assister afin de préserver l'intérêt pédagogique.

► Mise en œuvre

Réalisation *in situ* : OUI, une salle de réunion dans le secteur d'activité est suffisante pour réaliser l'analyse de scénario. Les échanges peuvent être enregistrés avec l'accord des professionnels afin de faciliter la rédaction du compte rendu de l'analyse du scénario utilisé.

Réalisation en atelier de simulation : OUI, un atelier est créé au sein de l'établissement sur une durée de 1 heure pour le personnel. Une planification permet à toutes les catégories professionnelles d'être représentées et d'avoir un manager du secteur et de s'assurer de la disponibilité de la salle de réunion.

Réalisation en structure de simulation : OUI, possible mais pas nécessaire.

Type de structure à contacter : potentiellement tout type, mais très adapté pour type 1 et 2.

► Annexes

- Exemple de scénario.
- Analyse approfondie de l'EIAS disponible.
- Guide pour l'animation.

Annnonce d'un dommage associé aux soins

► Type d'approche : communication avec le patient

► Méthodologie HAS d'annonce des dommages liés aux soins

Principes

L'annonce d'un dommage associé aux soins consiste avant tout à établir un espace de dialogue entre soignant et patient visant à maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. Elle s'inscrit également plus largement et durablement dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, contribuant ainsi au développement d'une culture de sécurité des soins. En termes de gestion des risques elle se positionne dans la phase dite d'atténuation d'un EIAS. Un dommage est la conséquence d'un événement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. L'annonce d'un dommage constitue une étape indispensable dans la relation soignant/soigné, permettant d'apporter une réponse aux attentes exprimées par le patient. Cette annonce correspond non seulement à une obligation éthique et légale¹⁵, mais elle s'inscrit également dans une démarche de gestion des risques visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et contribue à rendre le patient acteur de sa santé.

Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l'informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou à la demande expresse du patient (en application de l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique). Une communication précoce évitera d'accroître son angoisse, et traduira l'attention et le souci qui lui sont dus tant sur le plan physique que psychologique.

L'annonce se réalise en trois temps : préparer l'annonce, réaliser l'annonce et suivre l'annonce. Un programme de formation peut ainsi utiliser le guide HAS et le film proposé sur le site¹.

Objectifs pédagogiques généraux : développer la compréhension des enjeux d'une annonce réussie et améliorer l'aisance des professionnels face à cette annonce parfois culpabilisante. Rendre l'annonce professionnelle mais humaine et assurer la continuité de la prise en charge.

Objectifs pédagogiques spécifiques : savoir identifier et développer les trois temps de l'annonce. Savoir s'adapter à des situations d'annonce de dommages de gravité différente. Développer des compétences non techniques.

Professionnels concernés : professionnels médicaux et paramédicaux en établissement sanitaire, médico-social ou en exercice libéral, habilités à annoncer les dommages.

► Utilisation en simulation

Principe général de transposition

La vidéo proposée par la HAS est remplacée par des scénarios d'annonce, idéalement en binôme, avec des patients simulés (par exemple des comédiens ou des patients experts). Les situations seront de difficulté progressivement croissante, allant du dommage réversible au dommage irréversible voire au décès. Les scénarios concernent des situations adaptées aux spécialités et disciplines des apprenants. À l'issue du débriefing les bonnes pratiques d'annonce de dommage sont rappelées et le guide HAS peut être remis ou référencé. Il est utile dans ce cadre de développement de compétences non techniques d'associer au facilitateur (débriefing) un psychologue.

Tempo de la méthode en simulation

Pré-briefing pour les apprenants : en prérequis, il est demandé aux stagiaires de remplir un questionnaire évaluant leur aisance vis-à-vis de cette annonce. Il leur est par ailleurs demandé d'avoir pris connaissance du guide HAS. La séance pourra aussi être précédée par un apport cognitif interactif en présentiel ou en *e-learning*.

1. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2011. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf

16. Sur le site de la HAS : Annonce d'un dommage associé aux soins. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

Pré-briefing pour les patients simulés : ils auront pris connaissance du guide HAS, voire auront fait l'objet d'une information leur donnant les clés des objectifs d'une bonne annonce. Le scénario et la nature de leur personnage seront préparés avec eux en amont de la session (mots clés permettant d'orienter leur jeu).

Briefing : les locaux et les conditions de l'annonce seront présentés (annonce en cabinet, au lit du patient, à la famille). L'annonce sera contextualisée : histoire du patient, dossier médical, nature de l'EIG et causes, nature des relations supposées de l'annonceur avec le patient et/ou sa famille. Les principes déontologiques de la simulation seront rappelés.

Réalisation du scénario : les apprenants bénéficieront d'un ou deux scénarios de difficulté croissante. L'annonce se fera de manière optimale en binôme face à deux comédiens. Le scénario ne devra pas excéder 10 à 15 minutes.

Débriefing : celui-ci se déroulera selon la méthode RAS (voir fiche Débriefing en simulation) avec toutefois la possibilité de faire intervenir, en début ou en fin de débriefing, les comédiens ou les patients simulés. Ceux-ci pourront exprimer leur ressenti d'annonce, sans éléments contradictoires ni questions. Le débriefing sera réalisé à l'aide d'une grille permettant de balayer l'ensemble des temps et des objectifs de l'annonce conformément aux éléments du référentiel HAS.

Modalités d'évaluation : à l'issue du débriefing et à 6 mois de la session, les apprenants devront remplir à nouveau le questionnaire sur leur aisance afin de permettre l'évaluation du progrès dans la représentations du processus d'annonce et dans la capacité des apprenants à y faire face aisément.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

La formation à l'annonce de dommage peut être envisagée pour sensibiliser tous les professionnels potentiellement amenés à annoncer un dommage. Cela peut être lié à une décision de la certification HAS montrant un défaut de formation des professionnels ou à une augmentation des plaintes ou des recours au conciliateur par défaut d'information suite à des EIAS ou des décès.

Mais elle peut également se concevoir dans le cadre d'une annonce prévue concernant un EIAS particulièrement grave (EIG) ou à conséquences médiatiques fortes afin d'entraîner et de réassurer les professionnels amenés à réaliser la rencontre réelle du patient et/ou de sa famille.

► Mise en œuvre

Réalisation *in situ* : oui si matériel de vidéo disponible et recours possible à des comédiens.

Réalisation en atelier de simulation : oui si recours possible à des comédiens.

Réalisation en structure de simulation : oui si recours possible à des comédiens.

Type de structure à contacter : tout type 1, 2, 3.

► Annexes

Documents à prévoir

- Guide HAS d'annonce de dommage associé aux soins.
- Grille de débriefing pour l'annonce.
- Questionnaire évaluant l'aisance.

Formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et carte conceptuelle

► Type d'approche : communication avec le patient

► Méthodologie de la carte conceptuelle¹

Principes et contexte

Il s'agit de sensibiliser des professionnels de santé, lors des séances d'éducation thérapeutique, à des techniques pédagogiques visant une communication efficace avec un groupe hétérogène de patients, atteints d'une même pathologie chronique et inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique.

La carte conceptuelle permet d'identifier les connaissances des participants (ici des patients) avant de leur apporter de nouveaux concepts. En effet le cerveau humain organise et stocke les informations de manière ordonnée. Ainsi les nouvelles connaissances sont déposées dans un cadre existant déjà chez l'apprenant et contenant des informations spécifiques.

Définition de la carte conceptuelle : c'est une représentation écrite, organisée et hiérarchisée d'un ensemble de concepts ou de connaissances et des relations de sens qui les relient.

Objectifs pédagogiques généraux : sensibiliser à l'utilisation d'une méthode pédagogique dynamique favorisant le conflit sociocognitif (les interactions) entre les participants.

Objectifs pédagogiques spécifiques : ici le thème du diabète comme pathologie chronique sera retenu, l'objectif étant de faire évoluer les connaissances des patients vis-à-vis de leur pathologie et de faire progresser leur degré de certitude vis-à-vis de leurs connaissances. Les objectifs visent une compétence spécifique en ETP, chez les patients : « comprendre et s'expliquer ».

Professionnels concernés : professionnels médicaux et paramédicaux animant un programme d'éducation thérapeutique.

► Utilisation en simulation : tempo de la méthode

Objectif : il s'agit de former en simulation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique de patients en utilisant l'outil carte conceptuelle.

Pré-Briefing

Formation cognitive avec présentation de l'outil : carte conceptuelle ou carte sémantique ou cartographie des connaissances.

Présentation de l'intérêt de l'outil : organisation des idées, compréhension, intégration des idées, construction de liens entre les connaissances.

L'objectif est de partir d'une question simple pour activer les connaissances antérieures des patients.

Briefing

L'objectif de la session est précisé (*cf. supra*).

Présentation en vidéoprojection d'un exemple simple de carte conceptuelle à partir d'actes de la vie courante.

Évaluation de la compréhension de l'outil par les « acteurs-comédiens ».

Présentation de la question en lien avec la pathologie chronique retenue.

Construction de la carte conceptuelle.

Présentation de l'environnement : une salle avec un tableau interactif (ou un grand tableau).

1. Michaud JP, Marchand C, Blanco Pignat I, Ruiz J. Elaboration d'une carte conceptuelle en éducation thérapeutique avec un groupe de patients diabétiques : intérêts pédagogiques. Educ Patient Enjeux Santé 2008;26(1):12-7.

Situation simulée

En formation initiale les acteurs sont 5 étudiants qui jouent le rôle des patients, l'apprenant est un étudiant qui anime la séance.

En formation continue les acteurs sont 5 patients standardisés, l'apprenant est un soignant.

Dans les deux cas : 5 observateurs.

Il s'agit dans cet exemple de regrouper 5 acteurs-comédiens jouant les patients. Le soignant lance la question : « *qu'est-ce qui se passe dans le corps si le sucre dans le sang reste chroniquement élevé ?* ». Il favorise les interactions entre les membres du groupe. Il aide les membres du groupe à tisser des liens entre les connaissances en leur faisant expliciter ces dernières.

La séance sera filmée pour repérer le comportement du soignant (communication verbale et non verbale), sa posture et les interactions entre les patients-acteurs.

Débriefing

Débriefing réalisé par un binôme de facilitateurs dont un formé en ETP avec pour modèle le R.A.S :

- **Réaction** par rapport à la situation vécue : utilisation, facilité, aisance.
- **Analyse** : explicitation des « comment » et des « pourquoi », compréhension des interactions.
- **Synthèse** : qu'ont appris les membres du groupe, ferions-nous différemment dans notre service demain, reprise des objectifs.

Débriefing sans entrée ni sortie et sans interruption.

Modalités d'évaluation

Test après la construction de la carte conceptuelle pour évaluer les connaissances des patients par des professionnels ayant suivi la formation. Pas d'anonymat pour permettre de mesurer l'évolution des patients.

► Intégration dans un programme de gestion des risques

Des connaissances erronées ne permettent pas une prise en charge efficace du programme thérapeutique. Il est pertinent de repartir des connaissances des patients, de les ajuster, les modifier, les compléter afin de susciter leur adhésion et leur motivation. Cette carte peut se réaliser à tout moment dans le programme d'éducation thérapeutique. Elle vise l'acquisition de la compétence en autosoins des patients. Il peut donc être important de réaliser une mesure d'impact chez le patient avant-après la formation des soignants.

► Mise en œuvre

Réalisation *in situ* : OUI, l'outil peut être utilisé dans la mise en œuvre d'actions du programme thérapeutique et à tout moment.

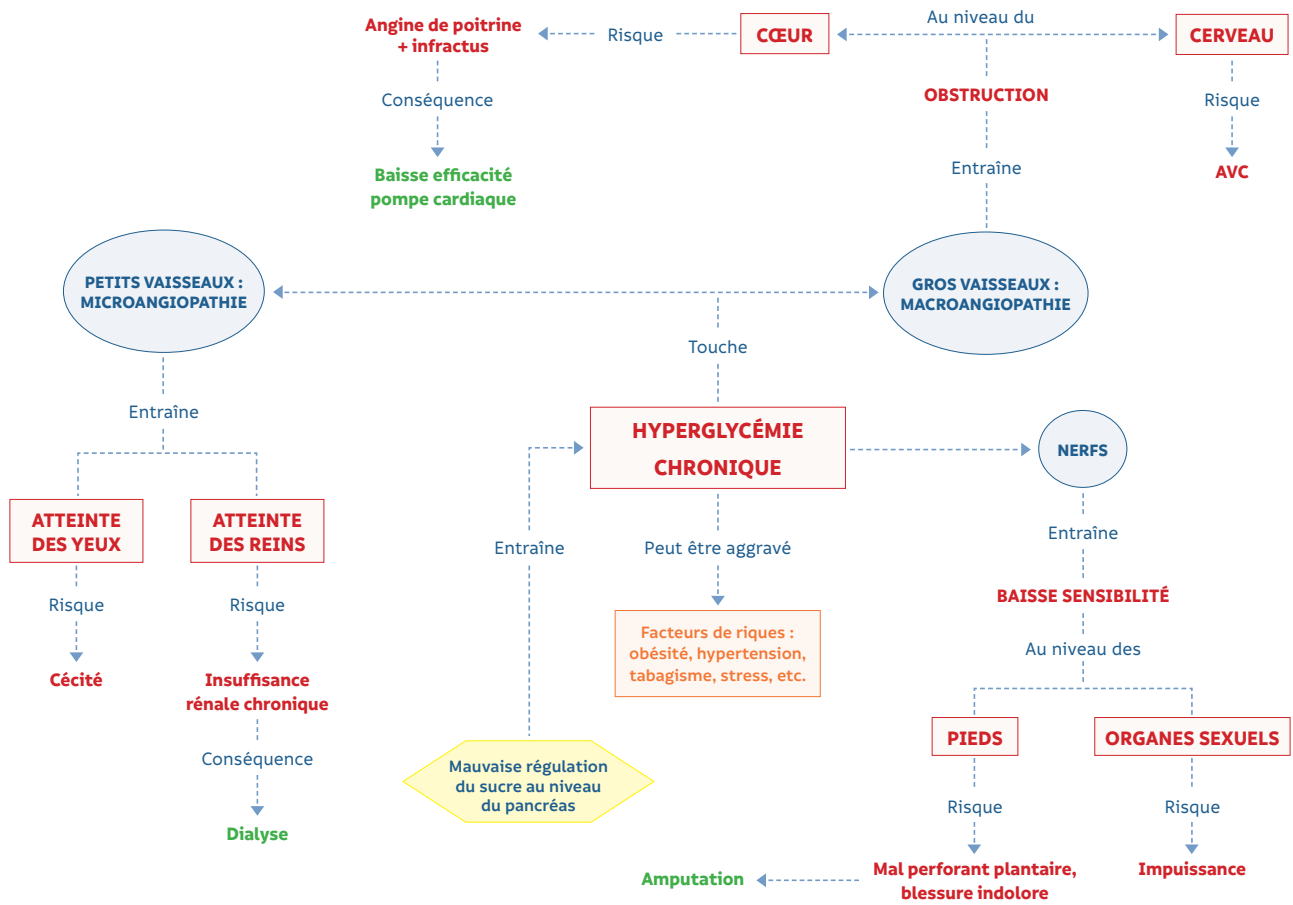
Réalisation en atelier de simulation : OUI, notamment en formation initiale. Demande peu de moyens.

Réalisation en structure de simulation : OUI mais pas indispensable.

Type de structure à contacter : tout type : 1, 2, 3.

► Document annexe

Exemple de carte conceptuelle appliquée à l'éducation thérapeutique du diabétique.



► Type d'approche : communication avec le patient

► Méthodologie

L'importance qu'un établissement accorde à une communication de crise est, pour le public, le thermomètre de l'importance que la structure accorde à la crise et à l'évènement qui l'a suscitée.

Une crise est définie comme une situation de trouble profond dans laquelle se trouve une société ou un groupe social et laissant craindre ou espérer un changement profond dans une période limitée de temps. Cette période se caractérise par : le sentiment de mise en péril des objectifs et de la survie d'une organisation, la surprise, un temps de décision court, une menace, la perception d'une incapacité à agir. On retrouve un événement déclencheur difficilement prévisible dont la gravité peut être amplifiée par la présence de facteurs aggravants¹.

Principes et contexte

Il s'agit de tester, avec des parties prenantes potentielles, le fonctionnement de la cellule de crise à l'occasion d'une communication en situation de crise (par exemple décès d'un enfant suite à une erreur médicamenteuse). L'objectif est de mesurer les impératifs communicationnels qu'impose une crise, d'en cerner les différents paramètres, de mesurer l'influence de la communication sur la gestion même de la crise, de noter l'interpénétration des sujets (médicaux, logistiques, légaux, organisationnels) et donc l'influence du partage des données. Il s'agit également d'appréhender les grands principes liés à la communication de crise. Cette méthode peut être utilisée pour analyser une communication de crise a posteriori. Il est aussi possible de se servir d'une crise précédente pour construire le scénario.

Objectifs pédagogiques généraux

Circonscrire les effets collatéraux d'une crise médicale ou soignante, et limiter la propagation de la crise, limiter la pression médiatique susceptible de perturber l'activité de l'établissement, du service.

Contribuer à protéger les acteurs de l'évènement (protection des professionnels impliqués, du ou des patients, des familles, etc. même si ceux-ci sont à l'origine de la médiatisation).

Éviter que l'amplification médiatique de la crise majore les risques assurantiels et juridiques.

Éviter qu'à la situation de crise s'ajoute une crise de communication.

Participer à un règlement de la crise le plus rapide possible.

Objectifs pédagogiques spécifiques

Préparer des professionnels aux missions et métiers différents (médecins, soignants, logisticiens, administratifs, directeurs) à travailler de concert en période de crise ; une période limitée dans le temps mais intense.

Développer auprès d'eux la culture de la nécessaire transparence et de la confiance au bénéfice du patient, de l'institution et des équipes. Se préparer à la fréquente rugosité des traitements médiatiques et à leurs spécificités techniques.

Professionnels concernés

Tous les professionnels de santé susceptibles d'être parties prenantes ou impliqués dans une communication en situation de crise, qu'ils soient appelés ou non à être porte-parole, qu'ils aient ou non des responsabilités médicales, pharmaceutiques ou institutionnelles (médecins, soignants, logisticiens, administratifs, etc.).

1. M Pardini G. La gestion de crise. Paris: INHESJ; 2010. http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Conferences/flash/09-10/securisation/medias/pardini_g_gestion-crise_diapo.pdf

► Utilisation en simulation : tempo de la méthode

En amont : les formateurs experts

Identifier, en interne ou en externe, un expert (privilégier l'expertise dans le domaine de la communication à l'expertise journalistique) susceptible de construire le scénario et de débriefier. Si l'expert est externe, il doit impérativement composer un duo avec un représentant de l'établissement connaissant la culture de ce dernier et les limites infranchissables en termes de partage d'information.

La présence d'un expert formateur en simulation est indispensable.

Avant la séance de simulation : pré-briefing

Transmettre aux apprenants une fiche de bonnes pratiques des usages en communication de crise en lien avec la politique et les pratiques de l'établissement.

Préciser aux apprenants leur rôle au sein de la cellule de crise (document écrit).

Transmettre aux apprenants un synopsis de la crise simulée dans le scénario avec les données suivantes :

- les données générales transmises à tous les apprenants (données sur la nature de l'évènement, sa conséquence immédiate, les parties prenantes de premier plan, voire le contexte général d'actualité si celui-ci peut résonner avec l'évènement de l'établissement). Le synopsis rédigé en amont de la session précise ainsi : la nature de l'EIG, les causes de l'évènement, les responsabilités, les mesures correctives mises en place, les professionnels mis en cause et leurs soutiens internes, les soutiens extérieurs et internes des victimes (avocats, justice, syndicats, représentants d'usagers, etc.), les victimes collatérales (ex.: conjoint, enfants, parents, etc.), l'actualité nationale ou locale faisant écho à l'évènement (ex. pour un EIG sur la PMA dans un contexte de débat sur la bioéthique, évènement autour d'un vaccin dans un contexte d'obligation des vaccins, etc.) ;
- les données spécifiques que seul le professionnel, incarné par l'apprenant, est censé détenir (ainsi le directeur n'aura pas la même information que le médecin et inversement).

Session de simulation

Les participants jouent leur propre rôle. Leurs actions peuvent être facilitées par un ou des facilitateurs.

Les conditions du scénario doivent être le plus proches possible de la réalité. Il peut être fait appel à des acteurs formés (famille de patients, journalistes, politiques, etc.). Dans certains cas, il peut être envisagé que les participants jouent un rôle différent du leur mais cela doit être soigneusement préparé et leur scénario parfaitement décrit. Préparer les éléments techniques (audio, vidéo) de la simulation dans une pièce représentant une salle de réunion traditionnelle dans laquelle est censée se tenir la cellule de crise ; transmission en direct de la captation vers une équipe experte.

Prévoir un éventuel facilitateur.

Briefing

S'assurer que chaque apprenant a bien compris le contexte et les données le concernant en propre.

Mettre à disposition (selon le scénario) d'un (ou plusieurs) apprenant(s) un téléphone portable sur lequel ils peuvent recevoir en direct un message (sms ou fac-similé de réseaux sociaux) susceptible de perturber la gestion de la crise (ex. sortie d'info sur l'évènement dans la presse). Connexion wifi adaptée.

Rappeler les principes qui régissent la formation sous forme de simulation et les règles de la présente simulation.

Répondre aux questions des participants.

Déroulement du scénario

Les formateurs experts peuvent se répartir entre la régie et la salle où se trouvent les apprenants.

En fonction de l'évolution du scénario, ils décident ou non de l'intervention du ou des facilitateurs et l'envoi des différents éléments d'information inhérents au scénario.

Débriefing

Le débriefing sera réalisé par un débriefeur expérimenté en simulation, accompagné de l'expert en communication (interne ou externe).

Les règles habituelles du débriefing sont appliquées et de type RAS (cf. fiche débriefing).

La synthèse doit tenir compte :

- des décisions prises durant cette cellule de crise (dont le choix du porte-parole média) ;
- de leurs conséquences potentielles et de leur adéquation avec la réalité médiatique.

Ce bilan est impérativement fait sous la coordination de l'expert qui connaît les potentialités de propagation d'une crise, leurs mécanismes et donc la bonne réponse stratégique aux mécanismes médiatiques.

Des actions d'amélioration sont systématiquement proposées.

Modalités d'évaluation

Un questionnaire de ressenti sera diffusé à tous les participants : à renseigner sur place à l'issue du dernier débriefing.

Un questionnaire de satisfaction sera soit renseigné sur place, soit à adresser par mail 2 jours après la simulation.

L'évaluation est basée sur l'appropriation des principes généraux d'une communication de crise. Elle peut être réalisée lors de la mise en place d'une cellule de crise face à un événement (comment a été réalisé le retour d'expérience face à cette crise ?), ou à l'occasion d'une gestion directe, par le professionnel formé, de relations presse de crise (en dehors de la constitution d'une cellule ad hoc).

► Intégration dans un programme de gestion des risques

La formation à la communication de crise est à prévoir systématiquement dans un programme de gestion des risques d'un établissement de santé dans la mesure où à tout instant un EIG peut être diffusé *via* la presse ou les patients et cela quel que soit le contexte clinique et relationnel avec ces derniers. Les médecins responsables d'activité aussi bien que les managers non médicaux et paramédicaux doivent pouvoir en bénéficier.

► Mise en œuvre

Réalisation : *in situ* (en salle de réunion dans l'établissement) ou en centre de simulation.

Type de structure à contacter : type 2 ou type 3.

► Type d'approche : voir dans le tableau les correspondances avec les fiches précédentes

Une grande partie des exemples présentés précédemment sont applicables à la pratique en ville, qu'elle soit individuelle, (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, infirmière libérale en cabinet) ou collective dans le cadre d'un exercice de groupe (maison de santé, centres de santé, maison de naissance).

Ces outils devront être utilisés dans un projet pédagogique à mettre en place par une structure adaptée telle qu'une association uni ou pluriprofessionnelle.

Les séances mobiliseront des formateurs compétents. Elles pourront se dérouler sur le lieu de l'exercice de groupe ou dans un lieu adapté aux professionnels concernés, qu'il s'agisse de leur cabinet ou d'un lieu dédié, tel que par exemple une salle de réunion dans le cadre du développement professionnel continu, un département de médecine générale ou une URPS.

Une annonce préalable aux professionnels concernés et inscrits dans un programme de simulation devra être réalisée s'il est souhaitable de les regrouper (exemple médecins, pharmaciens et soignants) en perspective d'une formation à une thématique précise et avec des objectifs clairement définis.

Des situations représentatives de la réalité professionnelle des personnes concernées par la formation devront être choisies. Par exemple pour la médecine de ville, pourront être travaillées les situations de conseils au patient diabétique, la pose d'un stérilet, l'annonce à un patient d'une erreur de dose de prescription médicamenteuse, l'annonce d'une maladie chronique ou encore la gestion d'un patient agressif.

Des situations impliquant plusieurs professionnels peuvent également être proposées telles que les échanges téléphoniques entre un pharmacien et un prescripteur en cas de prescription erronée.

Dans le but d'ouvrir des perspectives à ces professionnels, le tableau suivant est proposé. Il présente des exemples d'application à la pratique de ville. Le tableau à double entrée propose notamment des typologies de situations et de méthodes en fonction des différents professionnels visés par la formation.

Ces exemples sont des pistes à explorer. Donnés à titre illustratif, ils doivent être adaptés à l'activité des professionnels concernés.

Type d'exercice / Simulation	Médecine de Ville	Cabinet dentaire	Paramédical en ville	Maison de santé	Maison de naissance	Pharmacien d'officine
Formation à l'éducation du patient et carte conceptuelle	Conseil pour le patient diabétique	Hygiène dentaire	Apprentissage par le patient de la surveillance de son pansement	Consultation nutritionnelle	Préparation à la naissance	Réaliser un bilan de médication Apprendre au patient l'usage d'un dispositif médical (asthmatique)
Procédure training	Pose d'un stérilet	Utilisation d'un nouveau dispositif Urgence vitale au cabinet	Utilisation d'une chambre implantable	Utilisation d'un appareil à ECG	Gestion des DASRI	Pratique : ACROPOLE
Test d'un environnement de travail	Prise en charge en consultation du patient handicapé Acquisition d'un nouveau dispositif : ECG, lecteur glycémie	Changement de fauteuil dentaire testé au sein de son environnement habituel	Entraînement dans un environnement de domicile de patient	Test de l'organisation du travail et des locaux avant installation ou suite à des dysfonctionnements	Test de l'organisation du travail et des locaux avant installation ou suite à des dysfonctionnements	Pharmacie virtuelle <i>Serious games</i>
Annonce d'un dommage	Erreur de dose lors de la prescription	Infection sur implant	Complication neurologique après manipulation vertébrale	Erreur d'interprétation d'un résultat de laboratoire	Complication à la naissance	Erreur de délivrance détectée <i>a posteriori</i>
Chambre des erreurs	Gestion des DASRI, des désinfectants, matériel de suture	Erreurs au cabinet dentaire sur le thème de l'hygiène et du risque infectieux, gestion des DASRI	Réalisation à domicile d'un pansement sur plaie variqueuse infectée	Erreurs sur le thème du risque infectieux	Erreurs sur le thème de l'hygiène, de la sécurité	Éventuellement « armoire à pharmacie » des erreurs
Analyse de scénario clinique	Annonce d'une mauvaise nouvelle	Inhalation d'un amalgame	Erreur de dose de médicament	Erreur de dossier de patient, erreur diagnostique	Souffrance néonatale suite à accouchement difficile à cause de retard de transfert	Analyse pharmaceutique complexe

Type d'exercice Simulation	Médecine de Ville	Cabinet dentaire	Paramédical en ville	Maison de santé	Maison de naissance	Pharmacien d'officine
RMM simulée	Revue de pairs simulée					
Travail en équipe	Échange d'information sécurisé avec ses correspondants (secrétaire, pharmacien, hôpital, paramédical), le patient et ses proches					
Information du patient	Annonce d'une maladie chronique Annonce de résultats péjoratifs	Annonce d'une extraction dentaire étendue	Explication sur une escarre ou une plaie variqueuse qui s'aggrave	Annonce d'une maladie chronique Annonce de résultats péjoratifs	Annonce d'une présentation dystocique et nécessité d'hospitalisation	Entretien pharmaceutique pour chimiothérapie orale
Préparation à la communication en situation de crise	Patient agressif	Enfant agité non coopérant	Accompagnement de malade désorienté agressif	Patient agressif	Interview avec journaliste suite à un EIG	Demande de contraception d'urgence

2. Pour vous aider

Dans le but d'aider les professionnels, il est apparu utile d'ajouter des éléments qui viennent en complément des guides précédents sur la simulation en santé.

Ces éléments sont présentés dans les fiches ci-jointes.

► Pourquoi une fiche sur le débriefing dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

Le débriefing est un élément absolument essentiel de la formation par simulation. De la qualité de sa réalisation dépend la qualité de la session de simulation proposée (1). Aussi, il est apparu important, dans le cadre d'un guide consacré à l'élaboration de programmes de simulation, de proposer quelques conseils afin d'aider à réaliser un débriefing approfondi et pertinent des séances de simulation consacrées à la gestion des risques.

Le débriefing est défini selon Pastré (2) comme « *toutes les séquences qui ont pour but, après l'action, d'amener les apprenants à une analyse réflexive (et rétrospective) de leur propre activité* ». Le rôle du débriefing est « *d'aider les participants à comprendre, analyser et synthétiser leur raisonnement, leurs émotions et leurs actions survenus durant la simulation dans le but d'améliorer leurs performances futures dans des situations similaires* » (3). Il existe trois types de modalités de débriefing (4) : le débriefing terminal se situant à l'issue du scénario mené par un formateur débriefeur (appelé aussi facilitateur), le débriefing terminal en « autodébriefing » mené par les apprenants entre eux, et le microdébriefing intervenant en cours de scénario. Cependant, le débriefing terminal réalisé par un facilitateur étant la méthode la plus répandue, c'est celle-ci qui sera évoquée ici.

► Points clés et facteurs de succès d'un débriefing

Le débriefing doit être soigneusement préparé par les formateurs. Son déroulement inclut habituellement trois phases synthétisées par l'acronyme **RAS**.

- La phase initiale de « **réaction** » (**R**) au cours de laquelle les participants (ou apprenants) peuvent exprimer leurs émotions et leur ressenti immédiat. Relâcher la pression par la verbalisation du vécu va ainsi permettre un déroulement serein des échanges ultérieurs. Elle est encore appelée phase « descriptive » car, à la demande du ou des formateurs, les apprenants peuvent être amenés à décrire les événements survenus et leurs réactions correspondantes. Elle commence généralement par ce type de question : « Comment vous sentez-vous ? Comment avez-vous vécu cette situation ? »
- La seconde phase, dite « **d'analyse** » (**A**), permet d'explorer les actions réalisées et le raisonnement qui a conduit à leur réalisation. Cette phase, parfaitement guidée par le formateur-débriefeur, doit répondre aux objectifs pédagogiques définis dans le programme de formation.
- La troisième phase est celle de la « **synthèse** » (**S**). Celle-ci peut être faite soit par le formateur, soit par l'apprenant, et a pour but principal de faire une évaluation des apprentissages. Elle doit également définir précisément les nouveaux objectifs et les actions d'amélioration en termes de connaissances, compétences et comportements.

Cette conception « classique » du débriefing (décrite dans le guide HAS de bonnes pratiques en matière de simulation) n'est pas figée. Un article récent (4) fait une synthèse des différentes méthodes de débriefing, distinguant les modèles trois phases (comme celui décrit ci-dessus) des modèles « multi-phases ». Bien qu'aucune étude n'ait comparé de façon objective ces différentes méthodes, dans tous les cas, l'expertise et l'expérience du débriefeur sont essentielles pour la qualité du débriefing.

Sept éléments sont considérés comme essentiels pour mener à bien un débriefing

- **La sécurité psychologique des apprenants** est déterminante pour optimiser l'apprentissage, éliminer la crainte du jugement et autoriser un droit à l'erreur sans atteinte à l'estime de soi des apprenants. Elle reposera sur la posture du formateur, sur un discours rassurant et éliminant toute idée de jugement, d'ironie ou de sanction, à la fois par le formateur (facilitateur) mais aussi par les apprenants entre eux.
- **L'a priori favorable sur les compétences et aptitudes des apprenants.** Dans le briefing le formateur pourra affirmer qu'il a confiance dans la compétence et la capacité des apprenants à résoudre la situation clinique proposée, qu'il n'y aura pas de piège. Ce discours rassurant permettra aux apprenants de développer une curiosité positive sur les raisons qui ne leur auraient pas permis de résoudre la situation au moment du débriefing. « J'en étais capable, quelles sont les raisons pour lesquelles je n'y suis pas arrivé ? » Cela aidera le formateur à faire verbaliser le processus mental qui a abouti à la solution retenue.

- **La formulation des règles du débriefing** (5-6). L'énoncé des règles du débriefing contribue à améliorer la sécurité psychologique. Seront évoqués en particulier le fait que chaque apprenant doit participer activement à la discussion, que ce qui se passe en simulation est confidentiel (ce qui se passe en simulation reste en simulation) et que le débriefing porte sur la performance professionnelle et non sur la critique des personnes. Ces éléments seront éventuellement répétés en amont du scénario dans le briefing et juste avant le début du débriefing.
- **Le partage de la représentation mentale de la situation.** Il est important de s'assurer au début du débriefing que l'ensemble de l'équipe partage une même représentation de ce qui s'est passé. Ainsi le formateur pourra faire reformuler le déroulement de la situation et si nécessaire en rappeler les points clés.
- **Des objectifs pédagogiques clairs.** Ceux-ci auront été définis en vue de la création du scénario. Le formateur doit s'assurer que le débriefing couvre bien ces objectifs. Il devra guider les apprenants dans ce sens et n'en oublier aucun. Il n'est pas nécessaire qu'il les énumère aux apprenants.
- **L'utilisation de questions ouvertes.** Le questionnement se fera préférentiellement à l'aide de questions ouvertes et non orientées incitant les apprenants à « raconter » plus qu'à répondre à un interrogatoire. Par exemple : « Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé quand le rythme cardiaque a changé ? » Cette pratique élimine les suppositions et les interprétations et favorise l'autoévaluation.
- **Le respect des silences.** Le formateur doit être patient ! Quand il pose une question il ne doit pas être tenté de « meubler » le silence ou d'anticiper une réponse qui ne vient pas. Cet intervalle de silence peut être précieux pour l'apprenant. Il lui donne le temps de se remémorer ce qui s'est passé, de rassembler ses impressions et son vécu, et de formaliser sa pensée. Le respect des silences est indispensable.

Trois techniques conversationnelles favorisant les approches réflexives peuvent être utilisées (7)

Il s'agit de l'autoévaluation par les apprenants, du feedback dirigé sur la performance, des techniques de facilitation.

- **L'autoévaluation par l'apprenant :** autrement dit le questionnement passe par : « À votre avis qu'est-ce qui s'est bien passé et que feriez-vous différemment ? » Le formateur peut bien entendu associer les autres techniques ci-dessous pour parvenir à cette autoévaluation.
- **Le feedback dirigé sur la performance** est l'un des moyens les plus efficaces dans le contexte du débriefing pour améliorer la performance ultérieure. Portant sur la seule performance professionnelle, il permet la discussion. Cette technique est d'autant plus évidente quand les éléments sous-jacents de la décision amenant à un écart dans la performance sont évidents et quand les participants ont une expérience à la fois clinique et en simulation.
- **Les techniques de facilitation.**
On peut citer dans ce cadre :
 - les **techniques visant à la prise de conscience** (*advocay inquiry*). Le principe est le suivant : le formateur expose son observation (« j'ai observé que vous n'aviez pas réussi à intuber le patient à plusieurs reprises »), il fait part de son point de vue (« j'étais inquiet sur les conséquences du manque d'oxygénation sur le patient »), et suscite ainsi l'expression des éléments sous-jacents à la décision (« que s'est-il passé dans votre tête quand vous tentiez d'intuber à ce moment-là ? ») ;
 - les **techniques permettant à l'équipe une autoévaluation** par comparaison par exemple aux bonnes pratiques existantes ;
 - **l'utilisation de questions circulaires** : on demande à une tierce personne d'évaluer la relation entre deux autres personnes. Par exemple X pose à Y des questions au sujet de Z. Exemple : on demande à l'infirmière : « selon vous quelle a été la réaction de l'équipe quand le médecin est entré dans la chambre ? »

Enfin des aides au débriefing peuvent être associées :

- un co-débriefeur : il peut s'agir d'un expert de la discipline ou d'un psychologue selon le type de scénario et d'objectifs pédagogiques, ou d'un gestionnaire des risques associé à un expert de la discipline (prédominance des compétences techniques ou non techniques) ;
- un script des différents temps du débriefing : il peut s'agir par exemple d'une aide cognitive, en particulier pour guider les débriefeurs débutants (méthode PEARLS [7]) ;
- une rediffusion vidéo de certains moments de la simulation peut s'avérer utile, en particulier dans certaines situations de déni flagrant par exemple. Cela doit cependant être utilisé avec beaucoup de précaution car cette rediffusion a souvent un très fort impact sur l'apprenant.

Tableau récapitulatif des éléments du débriefing terminal

Type de débriefing	Structure	Éléments essentiels	Techniques conversationnelles et stratégie pédagogique	Aides
Débriefing terminal	3 phases : Réaction Analyse Synthèse	<ul style="list-style-type: none"> • sécurité psychologique • <i>a priori</i> favorable • définition des règles • représentation mentale partagée • objectifs pédagogiques clairs • questions ouvertes • respect des silences 	<ul style="list-style-type: none"> • autoévaluation par l'apprenant • <i>feedback</i> dirigé • techniques de facilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • co-débriefeur • support débriefing (script préétabli) • rediffusion vidéo

Enfin, pour évaluer la qualité du débriefing on pourra se reporter aux travaux et outils existants (par exemple méthode DASH (8-10).

► Débriefing et gestion des risques

Le débriefing d'une séance de simulation en santé appliquée à la gestion des risques présente-t-il des particularités ?

Il est tout d'abord nécessaire, voire indispensable, que l'un des « formateurs-débriefeurs » en simulation possède également des compétences en matière de gestion des risques. Le sujet est en effet vaste et complexe. Il faut savoir en particulier analyser un événement indésirable, conduire une démarche préventive, connaître les méthodes et outils utilisés, etc. (11). Si ce n'est pas le cas, un co-débriefing associant gestionnaire des risques et expert en simulation serait très certainement utile, surtout au début de la réalisation du programme de formation par simulation. On pourrait ainsi judicieusement associer le gestionnaire des risques de l'établissement de santé au formateur expert en matière de simulation.

Un autre point est d'importance, si le scénario est susceptible d'avoir un retentissement psychologique sur les apprenants (RMM simulée, EIG médiatisé, etc.), la présence d'un psychologue est conseillée.

Si les « techniques » habituelles de débriefing peuvent être utilisées (voir ci-dessus), les méthodes et outils du **retour d'expérience** doivent être connus et mobilisés.

Il s'agit notamment (voir aussi dans le guide le paragraphe 4.3. du guide méthodologique) de savoir :

- caractériser et identifier **un EIAS** ;
- reconstituer sa **chronologie** de manière factuelle, précise et non interprétative ;
- identifier et analyser les **causes** immédiates et profondes. Pour cela, il peut être utile de s'aider d'une trame écrite reprenant les éléments de la grille ALARM (12-13) ;
- identifier et analyser les **barrières** de sécurité qui ont ou pas fonctionné. Il s'agit en effet d'identifier toute mesure (action, procédure, dispositif) pertinente, robuste et durable qui a pour objectif de maîtriser les risques et d'augmenter la sécurité du patient ;
On distingue ainsi des barrières :
 - de prévention qui évitent la survenue de l'EIAS. Par exemple l'hygiène des mains est une barrière de prévention,
 - de protection qui permettent soit d'annuler les conséquences d'un EIAS en cours de constitution (par exemple : la *check-list* au bloc opératoire est une barrière de récupération) soit d'atténuer les conséquences d'un EIAS constitué (par exemple une antibiothérapie après une infection nosocomiale est une barrière d'atténuation) ;
- identifier les **actions** à mettre en place pour améliorer la sécurité du patient. Les modalités de **suivi** et de **communication**/partage doivent aussi être précisées.

À l'avenir, on pourrait d'ailleurs souhaiter que cette méthode de retour d'expérience constitue un objectif pédagogique en soi, spécifique et prioritaire, des séances de simulation en santé consacrée à la gestion des risques. Cela permettrait notamment de faciliter le transfert de la méthode dans la pratique clinique quotidienne et de familiariser les professionnels de santé à celle-ci car elle reste encore insuffisamment diffusée et utilisée malgré son utilité.

► Pour en savoir plus

1. Oriot D, Alinier G. Pocket book for simulation debriefing in healthcare. Paris: Springer; 2018.
2. Pastré P. Apprendre par l'action, apprendre par la simulation. Educ Permanente 2006;3(168):205-16.
3. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Acad Emerg Med 2008;15(11):1010-6.
4. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: A critical review of healthcare simulation debriefing methods. Simul Healthc 2016;11(3):209-17.
5. Page-Cuttrara K. Use of prebriefing in nursing simulation: a literature review. J Nurs Educ 2014;53(3):136-41.
6. Rudolph JW, Raemer DB, Simon R. Establishing a safe container for learning in simulation: the role of the presimulation briefing. Simul Healthc 2014;9(6):339-49.
7. Eppich W, Cheng A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. Simul Healthc 2015;10(2):106-15.
8. Brett-Fleegler M, Rudolph J, Eppich W, Monuteaux M, Fleegler E, Cheng A, et al. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties. Simul Healthc 2012;7(5):288-94.
9. Durand C, Secherresse T, Leconte M. Inérêt de la grille DASH pour l'évaluation de la qualité des débriefings : étude au cours d'un programme de simulation autour de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance. Arch Pediatr 2017;24(12):1197-204.
10. Haute Autorité de Santé. Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM. Fiche 23. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche23.pdf
11. Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante
12. Cistac C. Débriefing d'une infection de site opératoire. Rev Chir Orthopéd Traumatol 2013;99(4 Suppl):S143-S50.
13. Rogers C. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. ACP Pratique Recherche 2008;(8):50-2.

► Pourquoi une fiche sur l'écoute active dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

En simulation et dans le cadre d'un programme portant sur des compétences non techniques, il peut être pertinent, notamment en termes de gestion des risques, de cibler des objectifs pédagogiques concernant l'écoute du patient par le professionnel de santé (1).

La méthode d'écoute active, concept développé à partir des travaux du psychologue américain Carl Rogers (2), est utile dans toutes les formations nécessitant une interaction soignant/soigné.

Pour mémo : Beckman et Frankel (3) ont réalisé une étude qui constitue une référence en matière de conduite de consultation. L'analyse de 74 consultations a montré que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité des symptômes qu'ils présentaient ou à reformuler les instructions données. Dans tous les autres cas, le médecin les avait interrompus avant (souvent pour gagner du temps). Ces interruptions par le médecin avaient abrégé l'exposé des problèmes et les reformulations, ou avaient orienté le patient dans une idée préconçue et partiellement inexacte. Dans 8 % des cas, non seulement l'information avait été perdue lors de la consultation initiale, mais également pour les suivantes (le patient retenant qu'il n'était pas invité à parler de ces points) ; ce n'est que lors de la survenue de complications ultérieures que l'information perdue avait été révélée. De plus, les patients étaient interrompus en moyenne après 18 secondes d'expression initiale des symptômes. Marvel et al. (4) ont confirmé ce constat, en retrouvant sur un échantillon de 199 consultations un délai moyen d'écoute de 23 secondes avant redirection par le médecin. Par ailleurs, les patients relancés n'avaient cette fois que 6 secondes en moyenne pour répondre à la demande exprimée par le médecin, avec une déperdition assez forte de contenu. Pourtant, les médecins surestiment le temps de parole du patient : 1 minute en moyenne dans la réalité sur une consultation de 20 minutes, alors que les médecins interrogés évaluent le temps à 9 minutes (5).

► Objectifs de l'écoute active

L'objectif de l'écoute active, par exemple en situation d'annonce d'un dommage associé aux soins, est de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement. C'est l'une des premières étapes, essentielle, dans la métabolisation de l'événement indésirable par le patient comme par les soignants.

► Conseils pour l'écoute active

Au préalable, quelques **questions** actives sur soi-même pour apprécier et travailler ses ressources et fragilités.

- Suis-je convaincu que je suis impliqué en tant que professionnel et non en tant que personne ?
- Suis-je convaincu que, quoi que j'aie fait ou pas fait, je mérite et je dois garder toute ma dignité ?
- Suis-je convaincu que, quoi qu'il arrive, je ne suis pas menacé ?
- Suis-je convaincu qu'il est avant tout question du patient et non de moi ?
- Suis-je convaincu que l'important est ce qu'il va dire, demander, ressentir et comprendre et non ce que je vais dire, demander, ressentir et comprendre ?
- Suis-je capable de faire l'effort d'essayer de comprendre et de ressentir, à partir de leur point de vue à eux, ce que comprennent et ressentent le patient et ses proches ?
- Qu'est-ce que je ressens par rapport aux personnes que je vais rencontrer ?
- Qu'est-ce que je crains ?
- Est-ce que je cherche avant tout à me justifier ?
- Suis-je capable de ne pas avoir peur du patient ou de ses proches ni de leur faire peur ?
- Suis-je capable d'exprimer des regrets pour ce qui s'est passé, du respect et de l'intérêt pour le patient, de la sensibilité pour ses souffrances et le désir d'échanger avec lui ?
- Suis-je convaincu que, quels que soient les moments difficiles que nous allons traverser, nous avons intérêt à les exprimer et les construire ensemble plutôt que chacun de notre côté ?

Conseils relationnels

- Importance du non-verbal : position assise, attitude calme et sereine.
- Regarder le patient, parler doucement et lentement, rappeler les faits, répéter.
- Préciser les objectifs de la rencontre : exprimer le regret pour les souffrances du patient, expliquer ce qui s'est passé, répondre aux questions éventuelles : « Je souhaite avoir votre sentiment, écouter vos remarques et répondre à vos éventuelles questions sur ce qui s'est passé et les perspectives immédiates et à moyen et long terme. »

Puis seulement après **l'écoute active** proprement dite :

« *Je vous en prie...* »

Silence tranquille et incitatif avec maintien de l'échange visuel. Ne pas couper la parole. Faire des accusés de réception verbaux ou non : regard, geste de main, onomatopées (humm, etc.).

Reformuler mots ou notions exprimés par l'interlocuteur, pour relancer sa parole et lui faire comprendre que nous sommes intéressés par ce qu'il dit, que nous sommes attachés à le comprendre précisément et que nous souhaitons confirmer auprès de lui que nous avons bien compris ce qu'il exprime : « *Vous dites que... c'est bien ça ?* ».

Ne pas poser de questions sauf si nécessaire et alors toujours des questions ouvertes appuyées sur ce qui a été dit ou évoqué par l'autre sans vouloir aller trop vite.

Terminer la rencontre

- S'efforcer de récapituler et de donner des perspectives : « *Voilà ce que nous avons décidé de faire, et comment nous avons décidé de fonctionner* »
- « *Je suis à votre disposition pour tout échange complémentaire* »

► Autour de l'écoute active

La capacité à rester « centré sur l'autre » est l'un des critères déterminants dans l'annonce d'un dommage associé aux soins, alors que le professionnel en chargé de l'annonce ne sera pas, dans la plupart des cas, dans une position de neutralité. Pourtant, c'est la condition indispensable à la poursuite de la relation d'aide entre le professionnel et le patient. Ce passage délicat, où confiance et sérénité sont mises à l'épreuve, s'inscrit toujours dans un contexte et une histoire, avec un avant dont il faut tenir compte et un après dont il faut s'efforcer de préserver la qualité.

Une approche philosophique de la relation d'aide...

La solution de l'apparent paradoxe de l'écoute active ne se fonde pas sur une technique mais bien sur une conception philosophique. Si l'on adhère à cette conception, la mise en acte « technique » est somme toute facile. Carl Rogers (6) appuie son travail d'explicitation des conditions de la relation d'aide « centrée sur la personne » (ou sur le « client », terme qui sous-entend une relation adulte) sur le postulat fondamental suivant : « Toute personne a une tendance naturelle à se développer et elle seule dispose des moyens de régler ses propres problèmes. »

L'aidant est d'autant plus efficace qu'il est capable de créer une atmosphère dénuée de crainte et fondée sur son aptitude à assumer les conditions d'attitudes suivantes portant sur :

- le cadre : désir d'aider l'autre et conviction que le moyen pour cela est de lui permettre de le faire à partir de ses propres critères et de son propre centre d'évaluation ;
- la congruence : capacité de l'aidant à s'affirmer tout en se rétractant et en restant à sa place, centré sur l'autre ;
- la considération positive inconditionnelle : capacité de l'aidant à ne pas porter de jugement sur le client tout en laissant à ce dernier la responsabilité de ses actes et de ses paroles ;
- l'empathie : aptitude de l'aidant à ressentir et comprendre les choses du point de vue de l'autre tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un effort artificiel et forcément incomplet ;
- la perception par le « client » des attitudes de l'aidant.

Ces niveaux sont hiérarchisés et conditionnés les uns par les autres. Si le médecin parvient à rester dans le cadre du soin, il peut plus facilement accepter la critique tout en exprimant son point de vue qui peut alors rester centré sur le patient, sans le juger, tout en comprenant son ressenti et ses demandes. Le fait que le patient perçoive les attitudes de l'aidant, affirmé mais à l'écoute, facilite alors grandement la résolution des difficultés. À l'inverse, l'incapacité à comprendre l'autre provient le plus souvent de l'incapacité à ne pas le juger, elle-même liée à la difficulté pour l'aidant de rester à sa place, à la fois présent, motivé et dégagé d'un processus qui ne le concerne que « techniquement ». Dans la situation d'annonce, cette position de neutralité dégagée est particulièrement délicate pour le soignant.

... qui s'inscrit dans une histoire et un contexte relationnels.

Que fait le patient quand il n'est pas content ? Il peut certes porter plainte et « faire payer » au soignant. Mais il le fera d'autant moins qu'il aura eu le sentiment d'être compris par celui-ci et d'avoir pu obtenir toutes les informations disponibles dont il a légitimement besoin pour assumer les événements indésirables qui viennent s'ajouter à ses maladies et souffrances.

Hirschman définit trois types de réactions possibles pour le patient face au mécontentement : il quitte son médecin (exit), il se plaint (voice), il lui reste fidèle en explicitant les raisons de son mécontentement (loyalty) (7).

Le fait d'exprimer une critique est en quelque sorte une chance supplémentaire laissée au médecin soit pour argumenter et convaincre son patient, soit pour prendre acte de la critique.

On pourrait presque dire que le fait d'être critiqué traduit la qualité de la relation que le soignant entretient avec son patient. Cela prouve que le patient est capable d'exprimer quelque chose de difficile et qu'il estime que le médecin est capable de l'entendre. Cette situation, très délicate pour le soignant, mais aussi pour le patient, est paradoxalement positive. Moyennant une gestion adaptée, elle peut ainsi renforcer la qualité d'une relation qu'elle questionne. Elle peut permettre de mieux supporter des turbulences plus ou moins importantes et, en tout cas, donner au patient la perspective la plus apaisée possible de sa relation avec le système de soins et ses acteurs.

► Pour en savoir plus

1. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf
2. Rogers C. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. ACP Pratique Recherche 2008;(8):50-2.
3. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101(5):692-6.
4. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281(3):283-7.
5. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006;60(3):301-12.
6. Rogers C. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1998.
7. Hirschman AO. «Exit, voice, and loyalty:» further reflections and a survey of recent contributions. Soc Sci Inform 1974;13(1):7-26.

Encadrement de patients simulés

► Pourquoi une fiche sur l'encadrement de patients simulés dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

Quelques conseils sont proposés à titre indicatif pour optimiser la collaboration avec des comédiens ou des patients simulés (leur mode de recrutement, de formation et d'encadrement)¹.

Ils incitent aussi bien les gestionnaires des risques que les structures de simulation à aller plus loin dans les domaines des méthodes de communication et dans la contractualisation avec des patients simulés, standardisés, des comédiens ou des patients experts dans le cadre des programmes de simulation proposés aux professionnels.

► Définition

Le patient simulé est une personne spécialement formée :

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

Il peut être un comédien amateur ou professionnel, un patient expert.

Son rôle est d'échanger des informations verbales ou non verbales avec le médecin ou le soignant, pour décrire une symptomatologie clinique ou recevoir une information liée au soin.

Le patient simulé peut être un vrai patient ou un ancien patient, utilisant sa propre histoire et ses symptômes physiques. On parle alors de patient instructeur ou patient expert.

Le patient peut être « standardisé » : dans ce cas son rôle est prédéfini et il ne doit pas s'en écarter afin de permettre en particulier une évaluation sommative des apprenants.

► Encadrer la prestation des comédiens

Une formation est nécessaire pour les comédiens pour lesquels la simulation est un nouveau métier.

Il est important de leur donner une formation théorique sur les éléments qui doivent être normalement utilisés par les apprenants : exemple, les éléments et différents temps d'une annonce de mauvaise nouvelle.

Ils doivent être facilitateurs pour l'apprenant et savoir identifier à quel moment celui-ci a atteint l'objectif pédagogique fixé. Cela permettra de passer à l'étape suivante ou à la clôture de la séance. Il est donc nécessaire qu'ils sachent identifier les mots, attitudes et actions clés.

À l'inverse, ils doivent aussi être capables de complexifier leur jeu pour des apprenants plus chevronnés. Un certain niveau d'improvisation est donc nécessaire, ce qui peut perturber un comédien habitué à apprendre un texte.

Préparer la séance avec les comédiens

- Définir les objectifs de la formation en fonction de l'expérience et des compétences de l'apprenant, qui doivent être clairement notifiés aux acteurs.
- Écrire l'histoire médicale du patient, la plus précise possible, avec les antécédents personnels et familiaux, le parcours médical du patient, la symptomatologie précise.
- Décrire les caractéristiques personnelles du patient et de ses proches (âge, profession, statut marital et familial, caractéristiques sociales et socioculturelles).
- Définir la personnalité du patient, les types de réaction attendus et les mécanismes de défense prévus au cours de la session de simulation.

1. Hôpital Fribourgeois. Programme du patient standardisé. Manuel d'orientation pour les patients simulés. Fribourg: Université de Fribourg; 2011.
www.unifr.ch/clinical-skills/assets/files/Patients%20simules/guide%20ps%202011f.pdf

- Une réunion des formateurs et des acteurs permet de préparer dans le détail chaque séance.
- Chaque situation est étudiée afin d'augmenter le réalisme de la scène et de permettre l'appropriation des personnages. Une séance de « simulation de simulation » peut être nécessaire pour permettre au comédien de se tester (répétition pour le comédien).

Participation au débriefing

Le patient simulé est amené à témoigner de son vécu en tant que « patient » par rapport à la situation qu'il vient de vivre en compagnie des apprenants.

Il s'agit simplement d'un feed back et non d'une appréciation qualitative des apprenants, toujours utile car ils peuvent « enfin entendre » le vécu des patients face à leurs mots (maux) et attitudes.

Le patient simulé n'est pas un formateur, c'est un vecteur de formation, un facilitateur, un témoin.

Conditions de recrutement

Comédiens amateurs

Par exemple une troupe de théâtre d'un établissement de santé ou d'une faculté de médecine.

Ils présentent des avantages et des inconvénients :

- une connaissance du milieu et des contenus des formations ;
- la facilité d'improvisation au regard de leur propre vécu de soignant ;
- en revanche, ils peuvent porter un « jugement » sur la prestation des apprenants.

Comédiens professionnels

Ils permettent plus de variété de personnalités et surtout d'âges.

Ils possèdent une capacité d'entrer et surtout de sortir plus facilement du « personnage ».

Lors de la préparation, il est nécessaire d'être beaucoup plus précis dans le contenu du rôle (en général pas de vécu ou un vécu personnel du système de santé).

Le rôle peut être parfois surjoué « comme au théâtre », il est donc nécessaire de recadrer pour plus de réalisme et moins de « tragique ».

Le recrutement se fait sur CV et éventuellement press-book mais surtout sur les motivations (parfois ambivalentes du fait d'un vécu personnel, redevable ou douloureux) à participer à des formations en santé.

Quelques règles pour « qualifier » les comédiens

- Justifier d'une expérience et/ou d'une formation de patients simulés.
- S'engager à suivre la formation de la structure de simulation.
- S'engager à suivre les réunions préparatoires aux sessions de formation.
- Être présent à l'ensemble du module auquel il va participer, y compris le débriefing.
- Alerter les formateurs sur tout événement ou toute situation susceptible de remettre en cause sa participation à une session (personnelle ou liée au scénario).
- Accepter une forme d'évaluation. Les comédiens devront notamment : participer au processus d'évaluation de la formation, participer aux réunions de bilan périodiques. Une grille d'évaluation de la prestation pourra être utilisée par les formateurs évaluant pour chaque scénario : le niveau de jeu (trop ou trop peu) du comédien, le niveau et la pertinence de l'aide à l'atteinte des objectifs pédagogiques, la fidélité au scénario.
- Signer une autorisation de droit à l'image.
- Renoncer à récupérer les films de sa prestation (souvent demandé).

Les conditions de confort du comédien

Assurer une protection psychologique des acteurs :

- veiller à ne pas réveiller des situations personnelles douloureuses vécues en santé ;
- évaluer l'impact de la fréquence des situations de formation sur le psychisme de l'acteur (exemple : conséquences de se faire annoncer un cancer plusieurs fois dans une journée/semaine ?) ;
- débriefer régulièrement avec les acteurs et offrir le soutien d'un psychologue si besoin.

Les comédiens ont besoin, lors de la réalisation des séances, d'un espace où ils pourront :

- changer de costume ;
- « entrer » et « sortir » de leur personnage ;
- attendre entre deux scénarios.

Des éléments de convivialité sont souhaitables (pauses café).

Le financement prévoit :

- le salaire horaire en séance (intermittents du spectacle) ;
- le temps de préparation pourra ou non être compris dans le tarif ;
- les frais de déplacement ;
- un contrat d'engagement.

► Exemple de scénario

Annonce d'un dommage (infection associée aux soins)	Objectifs pédagogiques	Moyens
<p>Infection nosocomiale M. Eddy Ballanger, 55 ans, viticulteur, gère une exploitation de 15 hectares.</p> <p>ATCD Diabète de type 2 sous régime seul Surpoids (IMC 29) Gonarthrose évoluée bilatérale</p> <p>Contexte Opéré en mars 2017 d'une prothèse totale de genou dans une clinique privée. Les suites immédiates sont simples, il rentre chez lui sans séjour en convalescence. On lui propose de le revoir à 45 jours. Au bout de 2 mois, apparition de douleurs d'horaire mixte. Il revoit son chirurgien, la cicatrice est belle, la flexion à 120°, le chirurgien lui conseille repos et glaçage en lui expliquant qu'il a dû trop forcer lors des exercices de kiné. Il lui propose de le revoir à 6 mois. 2 mois plus tard, le patient voit son médecin traitant qui appelle le secrétariat de la clinique devant l'apparition d'un œdème du genou opéré, avec une fièvre à 37,8. Le chirurgien propose de le voir le jour même entre deux consultations. Une CRP prélevée revient à 80, la ponction réalisée ramène un liquide trouble. Le chirurgien doit annoncer au patient une infection probable avec nécessité d'hospitalisation.</p> <p>Objectifs de la consultation Annonce de l'infection de prothèse avec plusieurs difficultés à appréhender :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nécessité d'une reprise chirurgicale et ses conséquences (immobilisation), choix de la technique : lavage, changement de prothèse en 1 tps ou 2 tps, avantages, inconvénients ■ nécessité d'une antibiothérapie intraveineuse prolongée et qui peut être mal tolérée ■ risque de rechute, d'incident chirurgical et anesthésique, d'infection de cathéter, etc. ■ conséquences professionnelles (vendanges prochaines, etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueil du patient 2. Annnonce du dommage associé aux soins 3. Bien se faire comprendre et s'assurer d'avoir bien été compris 4. Proposer du soutien 5. Savoir prendre en compte le dommage du point de vue du patient et des proches 6. Savoir garder la confiance des proches et instaurer les bases de la continuité de la prise en charge et du suivi 	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Table salle d'attente ■ Chaises ■ Carafe d'eau + verres ■ Blouse médecin et IDE <p>Acteur : le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ inquiétude ■ agressivité car doit arrêter de travailler (la vie de son entreprise est en jeu) <p>Cibles : seul ou en binôme</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ chirurgien orthopédiste ■ soignant paramédical
<p>Rôle de l'acteur : (patient)</p> <p>Profil du patient Viticulteur vivant avec sa femme et son fils de 20 ans, activité physique importante dans son travail, en colère et algique. Vient seul sans sa conjointe, qui est par ailleurs très inquiète. A peur des conséquences financières : « Je ne crois pas que mon assurance prenne en charge si je m'arrête de travailler. »</p> <p>Contexte : connaît son chirurgien et l'a vu à plusieurs reprises.</p> <p>État actuel : inquiétude et agitation du patient « Ça me fait mal. Je peux à peine marcher. J'ai des difficultés pour travailler. Je risque de tout perdre. Est-ce que je vais perdre l'usage de ma jambe ? Il faut faire quelque chose tout de suite. Je vais perdre mes muscles ? Je ne pourrai plus faire mes vendanges et mon vin ? Je n'ai pas grand monde dans mon exploitation. Je vais retrouver ma mobilité ? C'est pour toujours ? »</p> <p>Acteur proposé : M. B.</p>		

► Pourquoi une fiche sur l’outil « Saed » dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

« Saed » : un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé

Le défaut de communication entre professionnels constitue une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins. Les différences de personnalité, de culture, de comportement (facteurs humains), mais également les variations intermétiers ou interspécialités constituent des barrières à la communication entre les professionnels. Cette hétérogénéité dans la communication peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension ou une insatisfaction des interlocuteurs. La tension qui en résulte lors de la communication peut alors altérer la qualité de l'échange d'information et impacter la qualité de vie au travail. Les difficultés de communication peuvent aussi être majorées lorsque la communication a lieu entre un professionnel débutant et un professionnel senior. L'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (Saed) est l'adaptation française de l'outil anglo-saxon « *Situation Background Assessment Recommendation* » (SBAR). C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel. L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

Cet outil peut être implémenté avec profit dans un programme de simulation ciblé sur la gestion des risques¹.

S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M/Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les **antécédents** utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon **évaluation** de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit **reformuler** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **conclure** par **sa prise de décision**.

1. Pour plus d'information et télécharger le guide d'utilisation et des supports pédagogiques, on se reportera au site web de la HAS : Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

► Pourquoi une fiche sur l’outil « Faire dire » dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

« Faire dire » : un outil utilisé pour améliorer la communication entre professionnels de santé et usagers

Les problèmes de communication entre professionnels de santé et usagers sont fréquents et source d’incompréhension mutuelle et d’insatisfaction des interlocuteurs. Il existe des difficultés pour les patients à comprendre les explications médicales et ces difficultés peuvent encore être aggravées par le vieillissement et la dégradation des capacités sensorielles. La littérature est abondante à propos de l’aptitude des patients à comprendre les informations et les documents médicaux afin de pouvoir les utiliser et les appliquer à leur propre situation. Et cela a notamment un impact sur leur santé et leur sécurité (*health literacy*). L’explication simple, l’adhésion, la participation et la reformulation sont des outils essentiels pour lutter contre ces difficultés. Ils nécessitent une appropriation par les professionnels de santé qui peut être idéalement développée en simulation.

L’outil « Faire dire » a été développé par la HAS pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. Il s’inspire d’outils internationaux existants : *Teach-back*, *Show-me* ou *Closing-the loop*. C’est un outil de communication basé sur la reformulation par le patient de l’information donnée par le professionnel de santé. Son utilisation permet de s’assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues.

Il comporte **trois étapes successives** : **Expliquer - FAIRE DIRE - Réexpliquer si nécessaire**.

Cet outil peut être implémenté avec profit dans un programme de simulation ciblé sur la gestion des risques (approche communication avec les patients)¹.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
... COMMUNIQUER - IMPLIQUER LE PATIENT

“ FAIRE DIRE ”

Communiquer avec son patient

- Expliquer lentement, à l’aide de mots simples, d’images, de schémas, avec empathie et respect
- **FAIRE DIRE** : Vérifier la compréhension du patient en lui demandant une **reformulation**
- Réexpliquer si nécessaire jusqu’à s’assurer de la compréhension complète par le patient



1. Pour plus d’information et télécharger l’outil et ses supports pédagogiques, on se reportera au site web de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

Données à recueillir pour l'analyse approfondie d'un EIAS

Analyse approfondie d'un EIAS pour son utilisation dans un scénario de simulation	
Nom de l'EIAS	
S'agit-il bien d'un EIAS ?	
Méthode d'analyse systémique utilisée	
Chronologie	
Cause(s) immédiate(s)	
Causes profondes (maximum 4, à hiérarchiser de 0 à +++)	Liées au patient :
	Liées aux professionnels :
	Liées aux procédures et aux tâches :
	Liées à l'équipe :
	Liées à l'environnement de travail :
	Liées à l'organisation et au management :
	Liées au contexte institutionnel :
Barrières	Barrières de prévention (mesures qui empêchent la survenue de l'EIAS)
	Barrières de protection (récupèrent l'EIAS ou limitent ses conséquences)
Actions (immédiates et à distance)	Quelle(s) action(s) pour améliorer la prise en charge ?
	Quelle(s) bonne(s) pratique(s) de sécurité utiliser ?
	Comment éviter à l'avenir la survenue de l'EIAS ?
	Comment détecter l'EIAS s'il survient ?
	Comment récupérer et atténuer l'EIAS survenu ?
Suivi/Partage/ Communication	
Mots clés	Épisode de soin concerné :
	Cause immédiate :
	Conséquences pour le patient :

3. Lexique et abréviations

AAGL	<i>American Association of Gynecologic Laparoscopists.</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists.</i>
ALARM (méthode)	<i>Association of Litigation And Risk Management</i> : technique de recherche approfondie des facteurs contributifs d'une défaillance basée sur un protocole d'analyse formalisé, d'inspiration clinique, garantissant une enquête systématique et systémique, exhaustive et efficace, non culpabilisante, réduisant le risque d'explication simpliste et routinière.
Approche a posteriori	Ensemble de méthodes rétrospectives basées sur le retour d'expérience portant en particulier sur les leçons à tirer de l'analyse des accidents et des presque accidents.
Approche a priori	Ensemble de méthode visant à analyser de manière plus ou moins exhaustive les risques auxquels un système est exposé afin de les gérer de sorte à prévenir les accidents avant qu'ils ne surviennent.
Arbre des causes de défaillances	Aussi appelé arbre des causes, il est utilisé dans les études de sécurité et de fiabilité. Cette méthode consiste à représenter graphiquement les combinaisons d'événements qui provoquent la réalisation d'un événement indésirable prédéfini. La représentation graphique met en évidence les relations de cause à effet. Elle permet de s'assurer de la profondeur de l'analyse (causes racines). Elle permet également de positionner correctement les barrières de sécurité.
Barrière de sécurité	Actions mises en place pour éviter, récupérer un évènement indésirable ou atténuer la gravité de ses conséquences.
Briefing	Il s'agit du temps précédent immédiatement la réalisation du premier scénario de simulation. Il implique de passer en revue les objectifs d'apprentissage, l'environnement (mannequin, appareils, etc.) dans lequel les apprenants vont progresser et les règles du fonctionnement général de la simulation (rôle de chacun, comportements attendus, communication, rappel des règles de confidentialité). On y communique les connaissances spécifiques en lien avec le scénario. Il permet aux apprenants de clarifier leurs objectifs et il donne l'opportunité de poser les questions nécessaires permettant de lever des doutes. Les modalités d'évaluation doivent également être abordées.
Carte conceptuelle	C'est une représentation écrite, organisée et hiérarchisée d'un ensemble de concepts ou de connaissances, et des relations sémantiques qui les relient.
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
CREX	Comité de retour d'expérience.
CRM	<i>Crew resource management</i> : désigne à l'origine les formations aux facteurs humains (compétences non techniques) mises en place dans l'aéronautique civile (formation des pilotes).
Débriefing	Le débriefing est un processus d'apprentissage réflexif intentionnel où enseignant et apprenants réexaminent ensemble la situation clinique simulée en favorisant le développement du raisonnement clinique et les capacités de jugement de l'apprenant. Il se décompose en trois étapes dites RAS : « R » pour réaction, « A » pour analyse et « S » pour synthèse. C'est l'étape clé d'une séance de simulation.
EBCOG	<i>European Board and College of Obstetrics and Gynaecology.</i>
Écoute active	L'écoute active est une technique d'accompagnement. Elle permet, lors d'un entretien, de créer un climat propice à l'expression d'une personne afin de l'aider à faire émerger et exprimer au mieux son ressenti et ses questions. L'écoute active représente le point de départ de toute intervention d'aide et permet de voir en quoi et comment on peut aider une personne. Elle est basée sur l'empathie et les travaux du psychologue américain Carl Rogers.

EI et EIAS	Événement indésirable et événement indésirable associé aux soins. En établissement de santé et selon le Code de la santé publique « <i>Art. R. 6111-1.- Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.</i> »
EIG et EIGS	Événement indésirable grave et événement indésirable grave associé aux soins. Selon le Code de la santé publique « <i>Art. R. 1413-67. – Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.</i> »
ENEIS	Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins. Deux enquêtes ont déjà été réalisées (en 2004 et 2009), une troisième est prévue pour 2020.
EPR	Événement porteur de risque, ou presque accident (<i>near-miss</i>). Caractérise un EIAS qui a failli provoquer un dommage mais qui a été récupéré à temps. Très pédagogique à analyser pour éviter la survenue dans les mêmes circonstances d'un véritable accident.
EAGS	<i>European Academy of Gynaecological Surgery.</i>
ESHRE	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology.</i>
ETP	Éducation thérapeutique.
Facilitateur	Le plus souvent, ce terme désigne le formateur qui guide le débriefing (voir ce terme) et facilite la parole des apprenants. Il peut aussi désigner une personne participant au déroulement du scénario afin d'aider les apprenants dans la résolution de la situation.
GDR et GDRAS	Gestion des risques et gestion des risques associés aux soins.
GESEA	<i>Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment.</i>
GHT	Groupement hospitalier de territoire.
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
HTA	Hypertension artérielle.
IVD	Intra-veineuse directe.
NOTECHS (méthode)	Méthode permettant d'évaluer les compétences NON TECHniques d'une équipe en simulation.
OSATS	<i>Objective structured assessment of technical skill.</i> Méthode permettant d'évaluer les compétences techniques d'un professionnel de santé.
PA-PSRS	<i>Pennsylvania patient safety reporting system.</i> Système américain de déclaration électronique des EIAS.
Patient expert	Patient formé, sollicité pour jouer son propre rôle dans un scénario de simulation, ce qui lui permet d'utiliser l'expérience de sa maladie dans la relation pédagogique.
Patient simulé	Personne spécialement formée pour jouer le rôle d'un patient ou de son proche dans un scénario de simulation, qui peut être ou non un comédien professionnel.
Patient standardisé	Personne spécialement formée pour jouer le rôle d'un patient ou de son proche dans un scénario de simulation de manière reproductible en vue de permettre d'évaluer un apprenant en simulation (évaluation sommative). Cette méthode est utilisée dans le cadre des évaluations cliniques objectives structurées aussi appelée ECOS.
PNSP	Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 sous l'égide du ministère de la Santé.

Pratique ACROPOLE	Les sept points clés de l'accueil du patient à l'officine : ACCUEILLIR, COLLECTER, RECHERCHER, ORDONNER, OPTIMISER, LIBELLER, ENTÉRINER préconisés par l'Ordre national des pharmaciens. www.ordre.pharmacien.fr
PROPIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins sous l'égide du ministère de la santé.
PUI	Pharmacie à usage intérieur.
Questionnaire d'aisance	Questionnaire visant à s'autoévaluer sur sa capacité à réaliser une action et à y être à l'aise aussi bien techniquement que psychologiquement. Ce questionnaire se rapproche des questionnaires sur le sentiment d'efficacité personnelle.
RAS (méthode)	Méthode de débriefing se déroulant en trois étapes : « R » pour réaction, « A » pour analyse et « S » pour synthèse.
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés.
REX	Retour d'expérience.
RMM	Revue de mortalité et de morbidité.
Session de simulation	Une session de simulation porte sur une thématique particulière. Un programme de simulation peut comporter une ou plusieurs sessions de simulation. Par exemple une journée de formation à la prise en charge d'un arrêt cardiocirculatoire peut constituer une session. Il pourra y avoir 10 sessions dans l'année d'une journée chacune avec à chaque fois des professionnels différents.
Séance de simulation	Une séance de simulation se déroule en 3 phases distinctes : le briefing, le scénario de simulation, le débriefing. Une session de simulation peut comporter plusieurs séances de simulation avec un scénario différent pour chaque séance.
Simulation <i>in situ</i>	Scénario de simulation se déroulant dans les locaux habituels d'une équipe ou d'un professionnel (cabinet, bloc opératoire, chambre de patient, etc.).
Simulation en atelier	Scénario de simulation se déroulant dans un lieu délocalisé par exemple dans le cadre d'un congrès, ou une salle de réunion lors d'un enseignement postuniversitaire en médecine de ville.
Structure de simulation	Établissement ayant pour activité principale la formation par la simulation. Il est considéré comme une structure de simulation s'il suit les règles de bonnes pratiques édictées dans le guide de la HAS. Plusieurs types de structures existent.
Simulation pleine échelle	Aussi appelée haute-fidélité, elle est caractérisée par un environnement quasi identique à la réalité. Elle reproduit la situation professionnelle dans sa globalité, avec toutes ses dimensions, habiletés dans les gestes, répertoires de procédures, activités de diagnostic, activités de communication et de coopération.
Simulation humaine	Technique de simulation utilisant soit des cadavres, soit des personnes jouant le rôle de patients ou de leurs proches.
Simulation électronique	Technique de simulation utilisant toutes les technologies virtuelles : d'une simple interface homme ordinateur jusqu'aux technologies de réalité virtuelle ou augmentée.
Simulation synthétique	Technique de simulation utilisant des mannequins (homme entier ou parties du corps humain), des automates ou des robots (chirurgicaux par exemple).
Typologie des infrastructures de simulation	Le type d'infrastructure repose sur une évaluation du niveau de ressources et de la diversité des modalités de formation en simulation qui sont définis dans le guide HAS « Évaluation des infrastructures de simulation en santé ».
VVC (ou CVC)	Voie veineuse centrale (ou cathéter veineux central).

