

« Le défi de la coopération interdisciplinaire et des compétences collectives chez les professionnels de santé, Place de la simulation »

Titre 2 :

La simulation en santé, une méthode pédagogique pour promouvoir la coopération interdisciplinaire, construire les compétences collectives et initier la culture sécurité chez les professionnels de santé.



Patrice SONDAG

Mémoire du Diplôme Universitaire à l'enseignement de la médecine sur
simulateur
Université Paris Descartes

Promotion 2012/2013

« Life is a succession of lessons which must be
lived to be understood »



Helen Keller
1880-1960

Table des Matières

- 1/ Introduction
 - 2/ De l'approche sociologique aux éléments de preuves
 - 2.1 Approche conceptuelle**
 - 2.1.1 Du réflexe identitaire à la coopération interprofessionnelle
 - 2.1.2. L'interdisciplinarité
 - 2.2.3. Les compétences collectives
 - 2.2 Le facteur humain**
 - 2.2.1 L'erreur humaine
 - 2.2.2 De l'expérience de l'aéronautique à la médecine
 - 2.3.3 La culture sécurité
 - 2.2.4 La simulation, les dernières recommandations
 - 2.4.5 La simulation au CHAL
 - 3/ Du questionnement de départ à la Problématique
 - 4/ Enquête
 - 4.1 Méthodologie
 - 4.2 Résultats
 - 4.3 Analyse
 - 5/ Discussion
 - 5.1 Synthèse
 - 5.2 Actions déjà engagées en simulation au CHAL
 - 5.3 Le DPC
 - 5.4 Pistes de réflexions et propositions
 - 5.4.1 Pistes de réflexions
 - 5.4.2 Propositions d'actions à engager
 - 5.4.3 Quelques exemples d'orientations pédagogiques au CHAL
 - 6/ Conclusion
- Bibliographie

Introduction

La coopération entre les équipes soignantes et médicales relève du questionnement permanent, le management de cette interprofessionnalité nous confronte quotidiennement à la complexité identitaire de ces professions ou l'humain est au centre du dispositif.

Le bloc opératoire est un « laboratoire permanent » de comportements sociaux, l'équipe au sens large est composée de professionnels spécialisés aux identités et aux encrages professionnels forts.

Si travailler ensemble est de mise, coopérer n'est pas une évidence.

Tout doit cependant, être entrepris pour assurer une prise en charge optimale de nos patients selon des critères de qualité et de sécurité.

En instaurant la mise en place de la Check List « sécurité du patient au bloc opératoire » en 2010, la Haute autorité de santé (HAS) s'appuyait sur des études internationales ayant montré que son utilisation réduisait de 30% la morbi-mortalité .

La Check List requiert de la coopération .Si en théorie, cela va de soi, la réalité est autre, la coopération se construit et ne s'impose pas. Elle est à promouvoir et l'encadrement a un rôle important dans cette action. Il faut accompagner le changement et valoriser une forme de pensée commune, un véritable défi de tous les jours.

Une évaluation récente de nos pratiques professionnelles quant à l'utilisation de la Check list « Sécurité du patient au bloc opératoire » a montré les résultats suivants.

Dans l'ensemble, tous les professionnels qu'ils soient médicaux ou paramédicaux conviennent que les échanges d'informations, la communication sur des éléments en lien avec la sécurité des patients sont absolument nécessaires et importants.

Toutefois, la réalité est autre et globalement tous conviennent que ce n'est pas facile de communiquer entre les différentes équipes.

La question qui se pose alors est de savoir comment faire pour améliorer cette communication, pour encourager et créer les conditions d'une synergie interprofessionnelle en vue d'améliorer la prise en charge patients, car c'est bien là l'enjeu.

Comment améliorer ces relations de travail pour les faire émerger de nuages identitaires au profit d'un collectif plus affirmé.

Nul n'est besoin de nier son identité et son appartenance à un corps de métier, mais plutôt de s'ouvrir sur une perspective interdisciplinaire.

Passionné de formation depuis longtemps, j'ai toujours cru que le développement des compétences passait par des jeux de rôle et des mises en situation sur cas concrets avec une part laissée ensuite à la rétroaction que l'on appelle en simulation le débriefing.

C'est pourquoi je me suis intéressé à cette thématique.

Je vais dans un premier temps présenter deux approches, une plutôt conceptuelle qui me permettra d'affiner les questions sur le sujet, et une approche qui abordera le « facteur humain » .

Ce développement nous conduira vers le développement de la problématique.

Je vous présenterai ensuite une enquête menée sous forme d'entretiens semi directifs auprès de 14 professionnels de santé d'horizons différents, elle permettra d'étayer l'hypothèse de travail et de recueillir le témoignage de certains de mes collaborateurs.

Après une analyse des résultats, une synthèse sera faite et un chapitre sera développé sur les pistes de réflexion qui me conduiront vers un projet de développement de la simulation en santé au Centre hospitalier Alpes Léman (CHAL) comme outil de Développement professionnel continu (DPC) bien sur, mais également comme facteur de renforcement de la coopération, des compétences collectives et de la culture sécurité.

2. De l'approche sociologique aux éléments de preuve

2.1. Approche Conceptuelle

2.1.1. Du reflexe identitaire à la coopération interdisciplinaire

Nos équipes sont composées de professionnels formés dans des logiques spécifiques et « disciplinaires », où l'esprit de corps est prégnant et omniprésent.

Fort de ce constat, il me paraît important comme cadre de proximité d'encourager l'émergence d'une approche interdisciplinaire qui nous conduit à la réflexion sur la coopération.

N'oublions pas ce qui nous amène à cette réflexion , à savoir le renforcement de la sécurité des soins par l'amélioration de la communication et de la coopération.

Réduire le risque potentiel d'erreurs humaines dans nos milieux complexes, voilà l'enjeu de cette réflexion.

Danielle D'Amour nous rappelle que 2 logiques antagonistes sont en présence dans nos milieux professionnels, celle de la logique de professionnalisation et de collaboration inter professionnelle.

Dans la première, on retrouve une logique identitaire faite de concurrence et rivalités fortes et dans la seconde une logique de complémentarité et d'articulation. (1)

Pour Bruno Milly et Gilles Herrero , « *Les organisations hospitalières n'excellent pas en matière de coopération (divisions, territoires , temporalités , catégories, sous catégories professionnelles font des hôpitaux des ensembles morcelés, fractionnésSources de conflits entres groupes et replis protecteurs sur les équipes....*

Un groupe en appui sur son identité intrinsèquepeut développer une attitude de rétraction, de replis fondamentaliste qui n'a pas grand rapport avec la coopération. » (2)

La formation des professionnels de santé, peut aussi selon D'Amour constituer un obstacle à la collaboration interprofessionnelle. La raison principale évoquée, réside dans ce qui est connu en sociologie par « l'héritage du modèle professionnel » : le professionnel hérite d'une

tradition qui valorise l'autonomie complète dans le travail alors que les équipes interprofessionnelles valorisent la collaboration et la complémentarité.

Il y a une forme de bipolarisation antagoniste entre ces identités et la notion de coopération

Mais finalement, c'est quoi la coopération ?

« Une forme particulière d'interaction dans laquelle les agents coopérants partagent des buts et agissent de concert avec eux sur une certaine période de temps ».

Les buts sont essentiels dans les processus coopératifs, ils justifient la coopération¹

2.1.2 L'interdisciplinarité :

La coopération interprofessionnelle sous entend pour moi, une approche interdisciplinaire, qui est considérée comme une spécialité dans le domaine du savoir et de la connaissance.

Les préfixes « multi » et « inter » sont également souvent utilisés de manière interchangeable.

Le préfixe « multi » associé aux termes « disciplinaires » et « professionnels » réfère aux membres d'équipes fonctionnant en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte d'un objectif avec peu de communication.

L'« inter » évoque d'avantage la notion de partenariat ou la collaboration mise en œuvre tend en faveur d'un objectif commun.

Les membres d'une équipe interdisciplinaire « ouvrent les frontières de leur territoire » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage de responsabilités.

Pour P. Moulin et G. Frava, l'interdisciplinarité vise à remobiliser le collectif dans le sens de l'efficacité productive (synergie des résultats), offrir le sentiment d'appartenance de chacun au groupe, donner un sens collectif au travail individuel, renforcer la cohésion de l'ensemble et offrir un cadre commun d'interprétation de la réalité. (3)

2.1.3 La compétence collective :

Pour Richard Wittorski,

« La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation » (4)

Les travaux de Guy Le BOTERF ont permis de clarifier le concept de compétence en milieu professionnel. (5)

« être compétent présuppose la possession de ressources personnelles et externes et l'utilisation de notions combinatoires de ressources pertinentes pour une pratique professionnelle efficace. C'est l'association des savoirs théoriques, procéduraux, pratiques et des ressources externes combinées dans une situation professionnelle montrant de réelles performances entre les résultats attendus et obtenus dans un regard réflexif.

La compétence est une disposition à agir de façon pertinente par rapport à une situation spécifique. »

(...) pour que les compétences puissent s'articuler les unes avec les autres et coopérer entre elles, un certain nombre de conditions doivent être réunies, à savoir :

le partage d'un langage commun à l'équipe ou au réseau.....la mise en place d'une complémentarité entre les compétences. Ce n'est que dans la mesure où chaque individu trouvera des compétences complémentaires aux siennes qu'il pourra les mettre pleinement en œuvre et les intégrer dans des connaissances productives. (5)

Ainsi manager l'interdisciplinaire c'est engager cette réflexion qui consiste à montrer que la compétence collective doit s'émanciper des compétences individuelles.

« Le cadre de santé est garant de cet interfaçage entre les professionnels de son équipe. La collaboration, la coopération et la communication sont des dimensions nécessaires à l'entreprise de la compétence collective qui doivent trouver à s'opérationnaliser. » (6)

Cette approche que nous venons de présenter a permis de préciser ces notions de coopération et de compétences.

Cependant , le chapitre suivant va nous montrer que toute compétence est confronté quotidiennement à des situations professionnelles complexes les confrontant à diverses contraintes qui mettent à mal la personne humaine au travail. Nous allons aborder ici les problématiques de facteur humain source d'erreur reconnues par la littérature.

2.2 Le « Facteur humain »

2.2.1 L'erreur humaine

Ces dernières années ont vu l'émergence de politiques accrues tournée vers l'amélioration de la qualité et la gestion des risques dans les soins.

La publication Américaine de Novembre 1999 par l'Institute of Médecine (IOM) du fameux rapport « To Err is Human » a marqué les esprit et est à l'origine de la plupart des initiatives visant à améliorer la qualité et la sécurité dans les soins.

Le rapport porte sur l'ampleur du problème des erreurs médicales et le décrit comme un «problème majeur", il examine l'impact du facteur humain et les questions organisationnelles relatives aux erreurs et à la sécurité. (7)

Selon les études, 70 à 87 % des incidents relèvent de l'erreur humaine, où le manque d'expérience, d'entraînement, ainsi que les défauts de communication exacerbés par la situation de crise prédominent.

Les principaux facteurs prédisposant aux accidents sont les facteurs personnels (33%), les facteurs de groupe et de communication (20%.)

Ainsi le facteur humain est largement significatif et c'est vers son amélioration qu'il faut tendre. (8)

Le Pr Chabot nous rappelle l'article de Donald Berwick, signataire du fameux rapport de 1999 , qui dans le Jama en mai 2012 , précise « *qu'au delà des méthodes et des actions dédiées à l'amélioration de la qualité/sécurité, ce qui marche vraiment (et qui dure) ; ce sont les initiatives au cours desquelles la manière de travailler elle même est redéfinie... avec entre autre l'évolution quasi constante vers le travail en équipe, le cas échéant pluri professionnel* » (9)

2.2.2 De L'expérience de l'aéronautique à l'anesthésie

La solution souvent citée par les auteurs mise sur le corollaire avec l'aéronautique. Dans ce domaine comme en médecine, les erreurs humaines contribuent à plus de 2/3 des accidents. L'aviation commerciale est l'un des nombreux mondes dynamiques complexes, à laquelle la médecine et en premier lieu l'anesthésiologie a été comparé fréquemment.

Dans les années 1980 la recherche dans l'aviation a déjà démontré qu'une proportion importante des accidents est liés à des défaillances de la part d'équipes possédant les compétences techniques nécessaires pour gérer leur ressources de manière efficace . Pour y répondre un nouveau type de formation appelé Crew (à l'origine "" cockpit") Ressource management a été élaboré, désormais reconnu comme une norme dans la formation initiale et continue des pilotes de toutes les compagnies.

Dans le domaine de la médecine et plus particulièrement en anesthésie, l'équipe de D. Gabba de l'université de Stanford s'est intéressée à ce concept de CRM qu'il ont adapté à l'anesthésie avec l'aide de la simulation médicale sous le terme de ACRM (Anesthésie Crew or crisis resource management) que l'on peut traduire par la gestion de crise en équipe.

Ce principe consiste en une stratégie de formation « des équipages » à travailler en équipe. Chaque discipline en matière de soins de santé peut être considéré comme un «équipage» selon le modèle aéronautique contenant un ou plusieurs individus. (10)

L'ACRM tend à fournir un enseignement complet et pratique dans l'utilisation intégrée des techniques cognitives, comportementales et des compétences dans la gestion de crises relevant de leur domaine.

Fondée initialement sur un modèle disciplinaire, un second niveau de formation ACRM a été adapté aux besoins de l'action interdisciplinaires que les américains ont appelés les formations combinées adaptées depuis dans d'autres pays sous la forme TOMS (Team oriented Medical Simulation)

Cela consiste à mener des «entraînement en équipes combinées (par exemple, les chirurgiens, infirmières, anesthésistes),

(Helmreich et Merritt, 1998; Helmreich et Schaefer, 1994; Kurrek, Devitt, Ichinose, et al, 1998;. Marsch, 1998; Sexton et al, 1998)..

Combiner la formation interdisciplinaire permet des interactions plus naturelles et renforce la compréhension entre les disciplines. Ces deux approches ont été jugées complémentaires par l'équipe pour améliorer la prise de décision et l'esprit d'équipe.

2.2.3 La culture sécurité

« la culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. »
European Society for Quality in Health Care

Le développement d'une culture sécurité chez les professionnels de santé est une priorité de la haute autorité de santé, consciente que cela prendra du temps. En France comme à l'étranger, les professionnels de santé délivrent aux patients des soins de plus en plus efficaces, avec des possibilités diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus fortes. En contrepartie, les risques liés aux soins se multiplient.

En 2009, l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (Eneis) a révélé qu'un événement indésirable grave survenait tous les 5 jours dans un service de 30 lits. .

« La check-list au bloc opératoire en est un bon exemple. C'est une priorité en termes de risques. Elle est un moyen de rentrer de façon rapide et efficace dans la démonstration de l'utilité des actions d'amélioration de la sécurité. Elle permet de changer les mentalités, car là est bien l'enjeu. »

La Culture de Sécurité est "un assemblage de caractéristiques et d'attitudes dans une organisation, promue au sein de l'organisation du service et intériorisée par ses membres, qui fait de la sécurité une priorité primordiale"

Pour l'HAS, « *L'importance de la culture de sécurité des soins réside dans ce qu'elle participe à l'élaboration d'un ensemble cohérent et intégré de comportements des professionnels, et donc aux performances des organisations de santé.* »

2.2.4 La simulation en santé en 2013, cadre réglementaire et recommandations

En France, un rapport sur l'état des lieux de la simulation a été publié en Janvier 2012 suivi d'un guide de recommandations sur l'utilisation de la simulation fin janvier 2013.

C'est devenu une des méthodes fortement recommandées par l'HAS comme facteur de renforcement et de développement des compétences et de la pratique réflexive des professionnelles.

A ce titre, en lien avec la mise en place du développement professionnel, elle est ciblée comme méthode pédagogique alliant le développement des compétences et de l'analyse de pratique.

Voyons la définition telle que proposée :

La simulation en santé est une méthode pédagogique de formation initiale ou continue , et aujourd'hui de Développement professionnel continu (DPC), qui consiste en « *l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels* » (11)

Elle est basée sur la mise en œuvre de situation d'apprentissage cliniques avec utilisation de scénarios, plus ou moins complexe qui utilise la simulation pour permettre :

- L'entraînement des gestes techniques (usuels ou exceptionnels)
- La mise en œuvre de procédures (individuelles ou en équipe)
- L'entraînement au raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique
- La gestion des comportements (mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication, etc.....)
- La gestion des risques (reproduction d'événements indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc.)

La méthode allie la mise en situation scénarisés et suivi d'un débriefing certainement le moment le plus important d'une séance avec rétroaction (Feedback) sur la situation simulée, échanges et analyse réflexive entre apprenants et formateurs.

2.2.5 La simulation au CHAL aujourd'hui

C'est en 2008 lors d'une année de formation d'encadrement que je découvre la simulation dite de Haute Fidélité lors d'un stage aux hôpitaux universitaires de Genève.

Il m'est donné la possibilité de participer à deux séances au centre de simulation, le « SIMULHUG », je mesure immédiatement l'impact de telles formations sur le maintien et le développement des compétences en anesthésie.

De retour dans mon établissement, j'établis rapidement un projet de formation continue pour les IADE ou la formation par simulation fait partie intégrante.

La première année en 2009, nous avons eu un partenariat avec les HUG, puis nous avons ensuite travaillé avec les équipes du GIME (Groupe Infinity Médical) en formation in situ avec qui nous organisons une formation par an, budgété au plan de formation.

3 sessions ciblées anesthésie ont donc eu lieu et le besoin s'est fait sentir assez rapidement d'inclure le reste de l'équipe de bloc dans ses formations.

A la lecture de la littérature comme l'article de Gabba sur « la gestion de cris en anesthésie, une décennie d'expérience », on peut trouver cela évident, à cette époque je me suis fondé sur une donnée purement empirique.

Si l'on voulait améliorer l'efficacité et la synergie de l'équipe en particulier en situation critique, c'était par la formation en équipe interdisciplinaire qu'il fallait miser.

Depuis 2012, nous organisons donc une session/an de formation à la gestion des situations critiques au bloc opératoire.

3/ Du questionnement de départ vers la problématique

Nous venons de le voir, nous sommes bien au cœur de cet enjeu de la coopération où le facteur humain est reconnu comme déterminant pour la sécurité des patients.

Notre questionnement repose sur la manière dont on peut encourager et développer les conditions de cette coopération afin d'offrir à nos patients la garantie de qualité et de sécurité dans leurs prises en charge.

La simulation développe du lien parce que le partage réflexif en formation semble en créer et développe la coopération.

Au delà, ce qui prévaut c'est le développement des compétences collectives.

Si l'approche disciplinaire garde une place importante en particulier dans mon domaine comme l'anesthésie, où les équipes doivent y entretenir leurs compétences spécifiques, c'est du côté de l'interdisciplinaire que mon regard se tourne car c'est bien là, l'enjeu en terme de sécurité.

Ce type de formation est encore à mon sens insuffisamment développé au sein de nos institutions centrées sur des formations liées aux domaines disciplinaires de pratiques. Au bloc opératoire, l'étroitesse des liens professionnels entre les disciplines m'amène peut-être d'avantage vers cette réflexion sur les modes coopératifs.

L'hypothèse émise est que la participation en équipes interprofessionnelle en formation simulation permet le développement de compétences collectives, de valoriser la coopération interdisciplinaire et d'initier une forme de pensée commune de culture sécurité plus appuyée. Cette hypothèse doit franchir les frontières de nos unités et s'inscrire dans une démarche de transversalité.

Mon questionnement de départ était :

La formation par simulation interprofessionnelle permet-elle de renforcer la coopération interdisciplinaire, de construire la compétence collective et de développer une pensée commune de culture sécurité plus affirmée.

Cette question a été en partie répondue par la revue de la bibliographie que j'ai pu mené en particulier sur le travail des équipes de D Gabba de l'université de Stanford.

Mais la question qui s'invite dans cette démarche serait maintenant :

Comment formaliser et mettre en application au quotidien l'apport de la simulation ou de ces techniques pour renforcer cette coopération professionnelle, construire la compétence collective et dynamiser cette culture sécurité aussi bien dans nos unités que dans l'action transversale.

Pour se faire, j'ai souhaité mener une enquête de terrain auprès de 14 professionnels issus en majorité du bloc et globalement déjà initié à la simulation.

Je vous propose de la découvrir dans le chapitre suivant.

4/ Enquête

4.1 Méthodologie

Entretiens de terrain :

J'ai donc mené une enquête auprès de 14 professionnels sous forme d'entretiens semi directifs de 15-20 min associant une grille de 9 questions et des questions ouvertes. (Questionnaire en annexes)

Public rencontré :

1 Médecin anesthésiste, 1 Pédiatre, 6 infirmiers anesthésistes (IADE), 2 Infirmières D.E de SSPI, 4 Infirmières de bloc opératoire.

Antécédents d'Expérience de simulation majoritaire

Sur les 14 entretiens menés, 12 (**85%**) avaient déjà participé à une séance de simulation et tous avaient au moins déjà participé soit, à une séance de simulation soit, à un staff EPP. J'ai volontairement orienté mes entretiens avec en majorité des professionnels déjà formés en simulation pour étayer mon hypothèse de travail en gardant une ouverture aux non initiés pour recueillir leurs positions.

Présentation de mon hypothèse de travail et de mes questions de recherche.

Qu'en pensent-ils ?

Comment définissent-ils la coopération interdisciplinaire, la cohésion et la compétence collective ?

Quelles seraient leurs suggestions ?

Dans un premier temps, je vais vous présenter les résultats issus du questionnaire et j'aborderai son analyse appuyée par les réponses relevées au cours des entretiens.

Questionnaire de 9 Questions :

Les quatre premières questions concernent les initiés en simulation, les non initiés passent directement à la question 5.

Les réponses sont données sur une échelle de Lickert modifiée avec 4 réponses possibles allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord)

J'ai fait le choix de ne pas proposer de réponse de neutralité car l'expérience menée lors d'une Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) récente sur la « Check list HAS » montre qu'entre 35% et 50% de réponses sont données en neutralité et n'apportent pas grand chose en exploitation.

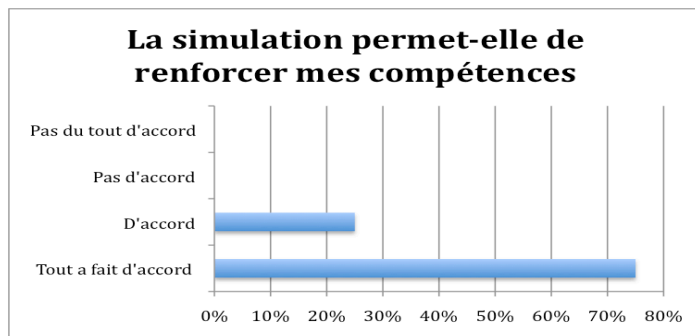
J'ai en revanche proposé aux professionnels interrogés la possibilité de ne pas se prononcer si la question posait soucis et de me préciser NSP (Ne se prononce pas)

4.2 Résultats :

Participer à des séances de simulation permet-il de renforcer :

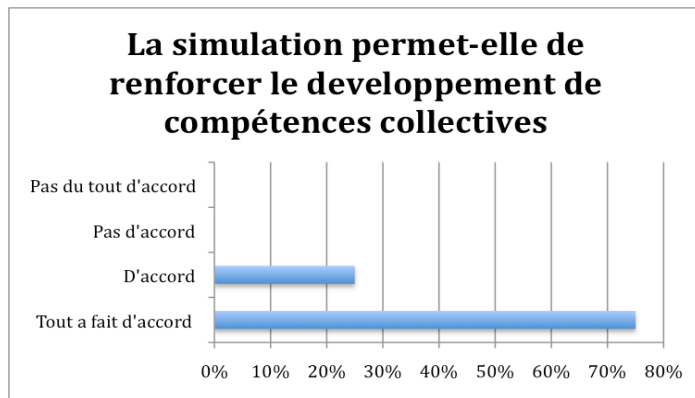
1/ Mes compétences :

100% d'accord dont 75% d'accord fort

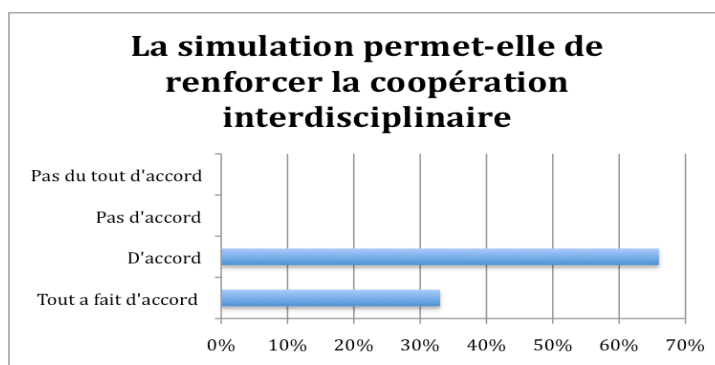


2/ le développement des compétences collectives

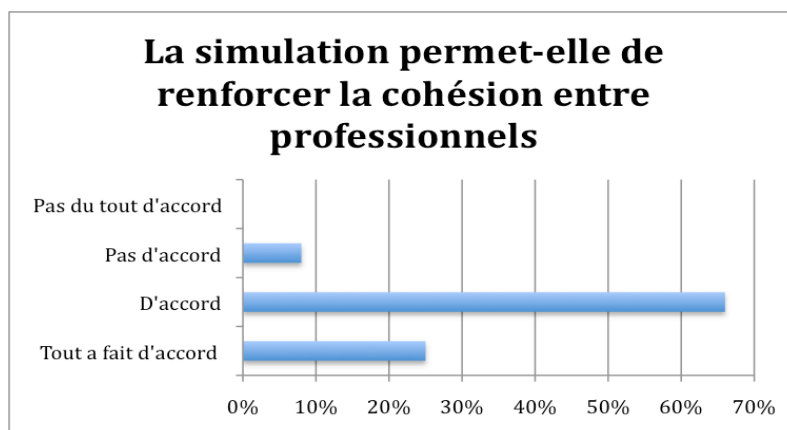
100% d'accord



3/ La coopération interdisciplinaire



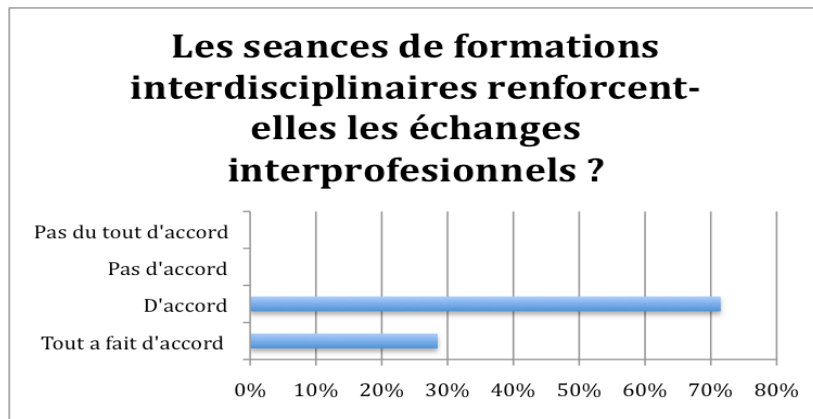
4/ la cohésion entre professionnels



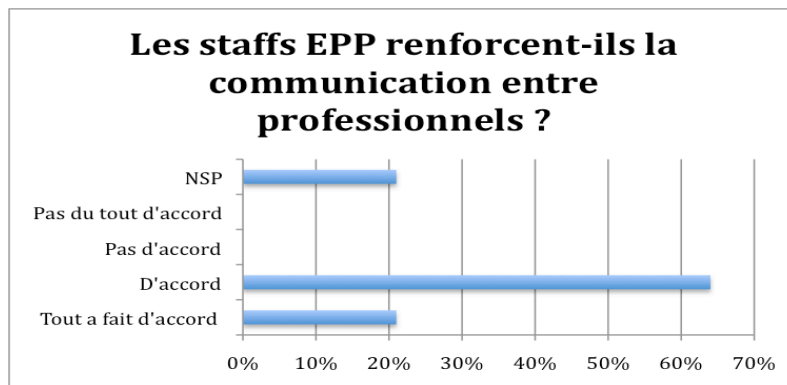
Accord à 92% , Pas d'accord 8%

5/ Participer à des séances de formations interdisciplinaires permet-il de **renforcer les échanges entre professionnels** :

100% accord fort



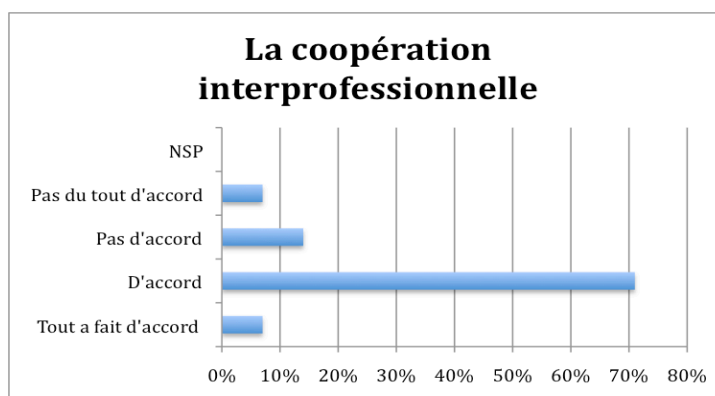
7/ Les staff d'EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) permettent-ils de **renforcer la communication entre professionnels**



79% accord, mais 3 personnes (21%) ne se prononcent pas

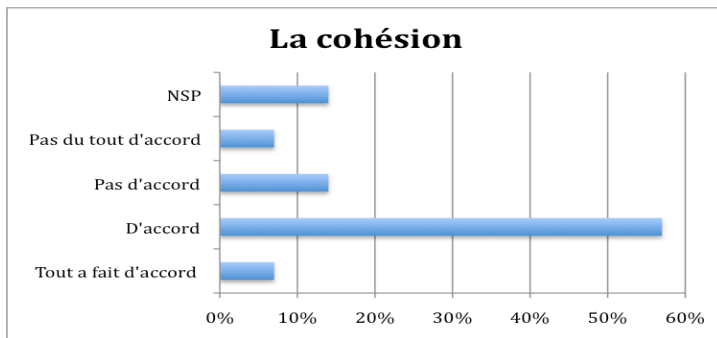
8/ Permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques lors de Staff ou de formations **renforce-t-elle** :

a / La coopération interprofessionnelle



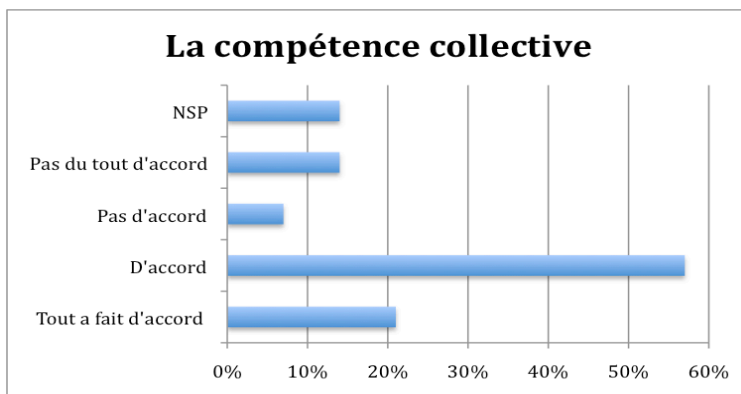
Accord 78%, 21% désaccord

b / la cohésion



Accord 64%, 21% désaccord, 14% NSP

c / la compétences collective



Accord 78% , désaccord 7%, NSP 14%

4.3 Analyse du questionnaire et des entretiens :

Pour l'ensemble des professionnels, il ressort une note plutôt positive de l'apport de la simulation dans le cadre de l'amélioration de leurs pratiques.

Le partage commun est largement souligné, notamment dans l'amélioration de la communication qui tend à s'améliorer au cours de la séance.

On retrouve le besoin de reproductibilité pour garder ce bénéfice post formation.

Le renforcement des liens est souligné tout comme l'apport généré par l'entraînement commun sur le développement de compétences et la meilleure connaissance des autres et de leur capacité et de leurs connaissances .

F. nous le résume bien :

« La simulation, c'est très intéressant, ça te remet toi même en question sur tes propres connaissances et par rapport à la communication que tu dois avoir avec les différentes personnes que tu as en face de toi.

Ce qui te paraît logique dans ton langage, ne l'est pas forcément pour les autres.

Plus tu en fait, plus tu apprends à parler aux gens.

Je pense que dans le discours que l'on a, tu améliores les compétences des personnes avec qui tu travailles....parce que tout le monde est plein de bonnes volontés dans ces cas, là mais on ne se comprend pas forcément par un défaut de formation différent.

Ça permet aussi aux autres de savoir ce qu'ils sont capables de faire. »

Comment définissent-ils ? :

La coopération interdisciplinaire

Globalement, on retrouve des notions de liens communs, d'échanges en équipe dans un but commun. Une personne entretenue, celle ci parle de cette volonté d'envie, d'un élan de quelque chose d'humaniste

« Coopération pour moi. Une volonté, une enviequelque chose de spontané...un élan, un mouvement..c'est quelque chose d'humaniste j'ai envie de dire. »

La compétence collective

La compétence collective, c'est tendre vers un état où l'individu se met au service du groupe et le groupe devient « un », fort et plus compétent, au bout du compte nous dit B, c'est comme en voile, chacun y met du sien au service du collectif et le résultat c'est une manœuvre bien réussie et ici une prise en charge efficace.

Bien souvent dans les entretiens, il y a des va et vient entre les notions de coopération, cohésion et compétence qui sont inter liés les uns aux autres.

Ce que nous dit M., *« C'est la capacité de l'équipe à s'articuler de manière cohérente au moment où il y en a besoin.....Ce n'est pas un état stable, c'est un état particulier que nécessite la situation qui fait que peut se développer la compétence collective »*

Ce qui semble être un accord général majeur pourrait nous conforter largement et conduire à une autosatisfaction. Les entretiens ouverts avec les personnes rencontrées nous apportent un ressenti non perçu en questionnaire.

Nous allons le voir, bien que faiblement représentatif les désaccords exprimés, soulignent tout de même une réalité qu'il convient d'évoquer.

Il est un élément que l'on retrouve de manière non significative dans le questionnaire mais qui mérité qu'on s'y attarde, il s'agit de la question 4 à propos du renforcement de la cohésion entre professionnels.

Pour 3 personnes, la réponse n'est pas évidente et préfèrent ne pas se prononcer, une forme de réponse nous vient des entretiens.

Pour AT, c'est la question qui demeure.

« ça renforce les liens sur cette formation, par contre dans les suites pas forcément.

Je l'ai ressenti au moment de la formation mais en dehors je ne l'ai pas ressenti...

La formation en elle même vise a cela aussi, ce qui est bien. »

Pour ML, « j'ai en revanche **l'intime conviction** que c'est un outil intelligent.

*C'est très probable que cela **améliore.. les compétences collectives et la coopération inter professionnelle....**Je suis moins sûr quand même pour la Coopération interdisciplinaire par ce que c'est moins palpable »*

N'y a-t-il pas un biais, la perception de la notion de coopération et de cohésion n'est-elle pas perçue au sein du groupe en formation uniquement ?

Quel est l'impact de cet apport sur le quotidien professionnel ?

Pour la seconde partie du questionnaire (questions 5 à 19), je constate que parmi les initiés, il y a une différence de perception entre une séance de simulation et une EPP.

C'est surtout au regard de la pratique réflexive commune aux deux méthodes qu'il convient de s'intéresser.

Comme nous l'avons vu, en simulation, l'apport sur les compétences, les échanges interprofessionnels est largement soulignés par les professionnels, mais dès que l'on aborde

l'apport de l'analyse de pratique en Staff, les réponses en désaccord bien que faibles, s'invitent dans le débat.

La majorité des professionnels ont participé à des réunions d'équipes générales que nous animons lors de journées de maintenance du bloc 4 fois/an, la dernière rencontre a été traitée sous l'angle d'un Staff EPP sur la « Check list ».

Bien que les règles du jeu aient été annoncées dès le début, un échange houleux s'est produit assez rapidement entre 2 professionnels qui a d'une certaine manière « plombée » l'ambiance. Le reste du Staff s'est bien déroulé, avec après une présentation des résultats, une invitation à échanger et à l'issue de pistes d'amélioration à envisager.

Néanmoins dans l'esprit de certaines personnes rencontrées, ces staffs d'équipes n'apportent pas autant que les séances de simulation ou qu'une RMM médicale (propos d'une IADE)

« Je met une réserve par rapport à la simulation ou l'on place un cap bien défini, où tout le monde s'impose de fonctionner dans ce cadre.

Dans un staff, il y a souvent une dérive ou l'on sort vite de l'objectif de ce pourquoi on fait le staff »

Se baser sur un seul staff EPP ne peut être représentatif, c'est une méthode à reproduire aussi bien pour initier les professionnels à l'intégrer dans leurs pratiques mais aussi pour l'animateur.

Cependant, 2 des 14 personnes rencontrées, un pédiatre extérieur à l'unité et un IADE formateur en simulation d'un autre établissement semblait nuancer également l'apport du staff.

Une question s'invite, l'amélioration des échanges, de la communication serait elle le fait d'un groupe en formation commune partageant des situations émotionnelles ?

Que reste-t-il en post-formation ?

Quel est l'impact sur la posture quotidienne ?

Quelles propositions ? Quelles suggestions ?

Dans l'ensemble, les professionnels rencontrés souhaitent renouveler cette expérience qu'ils jugent positive.

Les suggestions proposées sont les suivantes :

- Poursuivre les séances de simulation
- Echanger les rôles de manière ponctuelle pour appréhender le travail de l'autre.
- Préparer les staffs avec une pré rencontre de chaque discipline sur les retours à faire à l'ensemble de l'équipe.
- Développer le travail en groupes
- Débriefer de manière régulière entre équipe intervenant du jour permet de développer de la « presque » cohésion
- des travaux communs, une équipe qui est capable de présenter un truc commun cela peut faire quelque chose.

Voici une suggestion qui nous est faite par D. Braco de l'institut Mac Gill :

« Les briefings pré opérationnels sont monnaie courante dans l'aviation, la police et l'armée, mais pas dans la salle d'opération.

En passant quelques minutes au début de chaque quart de travail pour évaluer les défis des prochaines heures, l'équipe peut partager le même point de vue, ce qui en renforcera la cohésion.

Une communication efficace ne préviendra pas toutes les erreurs commises dans les soins de santé, mais si les différents membres de l'équipe partagent un même modèle mental, toute déviation de la norme sera immédiatement détectée. Cette réduction dans la probabilité d'une erreur aura un impact opérationnel et réduira la possibilité de blesser ou tuer un patient »

(12)

5. Discussion

5.1 Synthèse :

Il est temps maintenant de proposer une synthèse à cette étape de ce travail.

La revue conceptuelle a permis de préciser les notions de Coopération, d'explorer l'interdisciplinarité et mieux préciser la compétence collective.

La revue de la littérature médicale nous a permis de préciser la notion d'erreur humaine.

Le facteur humain est bien une réalité professionnelle dont il faut tenir compte et s'améliorer.

Les politiques d'améliorations de la qualité et de la sécurité sont là pour accompagner et engager les professionnels à développer une culture sécurité, facteur d'amélioration de la qualité des soins.

La place de la simulation fortement recommandée (Sources HAS) est une des méthodes qui permettra dans l'avenir de compléter les enseignements traditionnels par son apport sur l'entraînement aux procédures techniques, procédurales et au travail en équipe (CRM) avec bien sur l'analyse de pratiques.

Notre question de départ a évolué. S'il semble aujourd'hui que la simulation renforce l'amélioration de la coopération et des compétences, l'enquête menée confirme l'intérêt porté par les professionnels.

Mais la question demeure sur la pérennisation au quotidien de cette amélioration des liens et de la communication générée en formation qui semble supérieure dans nos entretiens aux Staff EPP, ce qui reste tout de même à évaluer d'avantage.

Une politique institutionnelle fondée sur l'amélioration de la communication peut sembler une bonne piste, la simulation en est une.

La mise en place du DPC en 2013, doit pouvoir proposer des orientations sur ce sujet.

L'arrêté du 26 Février 2013 fixant les orientations nationales en matière de DPC, Orientation 4, alinéa 7 porte l'objectif de modéliser les communications interprofessionnelles.

D. Braco (université Mac Gill) nous rappelle que « *La communication est au cœur du travail en salle d'opération....les expériences menées dans des secteurs complexes renforcent l'idée que, pour gérer des situations difficiles, les règles simples sont les meilleures.*

Parmi les outils et comportements utilisés pour garantir une communication efficace et le travail d'équipe dans l'aviation, une phraséologie et une communication ultra-précises toujours fondées sur la même structure, les mêmes phrases et les mêmes éléments, sont essentielles. » (12)

Comment un établissement comme le nôtre de taille moyenne peut-il engager une politique associant la place de la simulation en santé ?

La piste d'un partenariat entre l'établissement et l'IFSI ou en inter établissement sur la communauté hospitalière de territoire peut-être intéressant à explorer.

5.2 Etat des lieux de la simulation au Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL)

A ce jour, 3 services utilisent la simulation ou méthode dite de simulation comme méthode de formation continue :

Bloc opératoire et Anesthésie :

Simulation haute fidélité interprofessionnelle:

Comme évoqué précédemment, nous nous sommes engagé depuis maintenant 2009 dans une politique de formation continue d'abord en anesthésie puis maintenant en équipe interprofessionnelle au bloc opératoire par la simulation.

Validé en plan de formation annuel, il s'agit à ce jour d'une intervention en simulation dite in situ par une société extérieure, le GIME (groupe infinity médical) rattaché à l'école européenne de chirurgie.

Cette formation annuelle se déroule lors d'une journée de maintenance au bloc et concerne 15 professionnels comprenant à part égal des IADE, IDE/IBODE, IDE SSPI et ASD.

L'objectif étant de développer des compétences collectives et renforcer les processus coopératifs en situation critique au bloc opératoire.

Nous utilisons donc à ces occasions la simulation haute fidélité avec vidéo associée.

Le cout de ces formations s'élève à environ 10000 euros/an pour former 15 Personnes soit un cout moyen de 666 €/personne pour 7h de formation.

Séances de simulation basse fidélité Anesthésie:

Mini sessions de 1h-2h de simulation basse fidélité.

Mise en œuvre de situations cliniques scénarisées et séance de débriefing à l'issue.

Séances animées par le cadre formateur en simulation et un IADE motivé par la formation simulation, déjà initié à la technique comme apprenant et facilitateur.

Le matériel utilisé est un mannequin de fidélité moyenne sensibilité, intubable et générant des troubles du rythmes possibles, ce dispositif nous a été prêté par le Service de santé du SDIS de Haute Savoie avec qui nous partageons des liens historiques.

Objectif : Formation continue de IADE et IDE SSPI

Réanimation Néonatale (Pôle mère enfant)

Le réseau périnatal des 2 savoies (RP2S) s'est structuré autour d'un groupe constitué de professionnels (Pédiatres, anesthésistes, Sages femmes, IADE) et propose des formations à la réanimation néonatale par simulation haute fidélité aux établissements de la région Rhône-Alpes.

Des sessions sont organisées au CHAL et un projet complémentaire du Dr Ugheto , Pédiatre et formateur Simulation Réanimation Néonatale est en cours pour proposer des formations en intra-muros.

Ces formations sont ouvertes aux Infirmières puéricultrices, IADE, Sages femmes, Pédiatres et anesthésistes.

Formation continue aux urgences et AFGSU :

Le service des urgences dispose d'un vivier de formateurs AFGSU qui dispensent ces formations et participent également comme formateur lors des formations continues internes à leur unité avec des médecins de l'unité également intervenants en formation.

Ils utilisent des méthodes de formations se rapprochant des techniques de simulation par l'utilisation de mises en situations cliniques et du débriefing.

5.3 Le développement professionnel continu (DPC)

La loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé.

C'est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la

formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé

Il comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

Dès lors, tout professionnel de santé sera tenu de participer tous les ans à un programme de DPC collectif, annuel ou pluriannuel, proposé par un organisme de DPC (ODPC) enregistré à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué favorablement.

Notre établissement est d'or et déjà inscrit comme ODPC et un travail devra être mené pour mettre en œuvre un projet pédagogique au regard des orientations nationales de DPC

L'arrêté du 26 février 2013 fixe la liste des orientations nationales de DPC des professionnels de santé pour l'année 2013. Parmi les 6 orientations, je propose de retenir 3 qui semblent pertinentes en regard de la réflexion en cours.

Orientation 1 : Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients

Actions à engager sur le chemin clinique dans le cadre de l'action transversale entre unités :

Le parcours du patient aux urgences vers le bloc opératoire

La prise en charge multidisciplinaire du traumatisé grave impliquant plusieurs unités (Urgences, réanimation, Bloc opératoire, imagerie)

Orientation 3 : Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques

- *développer une culture GDR au sein des équipes pluri professionnelles de santé notamment à travers les démarches qualité et les procédures de certification.*
- *Prévention des évènements indésirables liés aux soins : sécurité des soins , gestion des*

risques (a priori ou à posteriori, y compris les évènements porteurs de risques)

Orientation 4 : Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluri professionnelles.

Cette orientation propose entre autre l'élaboration de référentiels communs et de coopération professionnelle, la modélisation des communications interprofessionnelles

5.4 Pistes de réflexion et proposition

5.4.1 Pistes de réflexion

Mon projet de départ portait sur formation continue en anesthésie qui s'est étoffé en projet de formation continue interdisciplinaire avec le bloc qu'il a été possible de contractualiser au plan de formation.

Je crois qu'il est possible aujourd'hui, d'initier une réflexion plus large et plus ambitieuse en terme de contribution formative et impactant le développement de compétence à l'échelle institutionnelle sans entrer dans une démesure financière.

Je m'explique, une journée de formation telle que proposée aujourd'hui au bloc coute 10000 euro soit 666 €/personne.

Depuis 3 ans, plus 30000 euro ont été investis pour former 45 personnes.

Considérant que la méthode s'appuie sur la reproductibilité et l'entraînement régulier, elle nécessite d'être reproduite de manière régulière pour conserver et développer d'avantage les acquis.

J'émet l'hypothèse sans étude financière qui reste à démontrer que bien qu'un établissement comme le notre n'ait pas les moyens de monter un centre de simulation, il a cependant la possibilité d'engager une réflexion sur le développement d'une infrastructure dite de simulation.

Envisager cela doit ouvrir une démarche de projet global comprenant des objectifs généraux, un état des lieux, un projet d'investissement, un projet pédagogique en lien avec des partenariats possibles.

L'objectif serait de mettre à disposition des professionnels de l'établissement une méthode de formation validé en DPC sur les deux volets à savoir l'analyse de pratiques et l'acquisition/perfectionnement de connaissances/compétences.

Il serait pertinent de penser un dispositif permanent de simulation géré et coordonné selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé avec des supports logistiques de type simulation in situ et des formateurs experts dans leur domaine détachés pour intervenir en formation.

L'HAS définit un programme de simulation comme

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

Il est conçu selon le plan suivant :

Analyse de situation, Conception de programmes de simulation et mise en place de programmes

Les programmes de simulation peuvent être mis en place au sein de différentes infrastructures.....

Une organisation doit y être identifiée avec une gouvernance qui précise le responsable de l'infrastructure, le responsable scientifique/pédagogique et les relations avec les partenaires.

Un plan de financement annuel est établi. » (14)

Sur un plan financier, l'acquisition de dispositif de simulation pour la formation in situ nécessite l'acquisition d'un mannequin, associé à un dispositif type tablette permettant de créer des scénarios divers avec des moyens audio vidéo.

L'investissement est certes non négligeable mais il peut être amorti par l'impact qu'il peut avoir sur le nombre de professionnels qu'il peut toucher en intra. D'une certaine manière c'est autant de professionnels qui ne généreront pas de frais de formations extérieures.

C'est pourquoi un plan d'investissement doit être pensé correctement et un projet pédagogique pertinent adapté afin de valoriser une offre de formation variée permettant la validation de DPC.

De manière assez sommaire le cout d'investissement de matériel de simulation comprend:

- Un mannequin de fidélité adaptée (Hors Haute fidélité type Siman3G) de type Sim Kelly de chez Laerdal (entre 11000 et 20000 € HT)
- Un dispositif associé de paramétrage des scénarios sans fil et de gestion du débriefing type Simpad Laerdal (3000 € Ht)
- Un dispositif Audio vidéo (5000-10000 €)

Il convient de prévoir 10% du prix pour la maintenance et le changement des consommables au plan annuel de fonctionnement.

Cette estimation permet de disposer de matériel de formation utilisable en formation in situ mobile qui présente l'avantage d'aller au plus près des professionnels dans leur configuration professionnelle quotidienne.

L'investissement représente entre 20000 et 30000 euro plus 2000-3000 € de maintenance/gestion de consommable.

Cette somme est non négligeable mais représente aujourd'hui l'investissement utilisé sur 3 ans, alors que les possibilités de rayonnement in situ sont nettement supérieures.

Il conviendra de structurer une organisation selon les recommandations de l'HAS avec un management et un groupe pédagogique.

Il est nécessaire d'évaluer les ressources formatrices qui existent et de penser leur articulation pédagogique en lien avec leur activité professionnelle.

Sur un aspect logistique et ressources formateurs, un partenariat déjà existant avec le Service Départemental d'incendie et de secours (SDIS 74) au niveau de son service de santé, pourrait être envisagé et soumis à conventionnement.

En effet des liens historiques existent, et du matériel est occasionnellement prêté par cette institution dans le cadre de formations continues aux urgences et au bloc.

Il pourrait être réfléchi un partenariat basé sur l'échange de ressources et la mise en commun d'expériences diverses dans l'intérêt pédagogique.

Un DPC Simulation in situ peut entre autre proposer les thématiques suivantes qui sont évolutives et aux possibilités nombreuses:

- Gestion en équipe de l'urgence vitale inopinée dans les secteurs soins critiques type réanimation, Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC)
- Gestion de l'urgence vitale chez un patient en Endoscopie
- Prise en charge d'une détresse vitale en SSPI
- Gestion de crise en anesthésie
- Gestion de crise au bloc opératoire
- Gestion de crise aux urgences en équipe et en situation pluri professionnelles
- Les possibilités sont nombreuses et adaptables à toute unité de soins.

La méthode de simulation est entre autre utilisée par certaines équipes pour préparer les professionnels à la consultation d'annonce par exemple

5.4.2 Propositions d'action à engager

→ Proposer à la direction Qualité et à la direction des soins, la constitution d'un groupe de travail et de réflexion sur le développement de la simulation au CHAL, qui pourrait se composer de :

- la Cellule qualité et gestion des risques : Directeur qualité et ingénieur qualité
- Service de formation continue
- Direction des soins
- Représentants médicaux
- Formateurs médicaux et paramédicaux déjà impliqués en formation simulation et AFGSU

→ Proposer un projet de développement de la simulation au CHAL par le DPC (cf recommandations HAS DPC Simulation) comprenant dans un premier temps un état des lieux :

- des besoins et objectifs de formation
- des ressources humaines de formateurs
- des actions déjà engagées (cf chapitre état des lieux)

→ Proposer une évaluation des besoins de formation à mettre en œuvre par l'aide de la simulation ou de l'analyse de pratique (Cadres et médecins des services)

Evaluer la faisabilité par des formations techniques, procédurales et/ou CRM

Identification par l'encadrement des besoins, définition des objectifs pédagogiques

→ Evaluer la faisabilité d'un projet « Infrastructure de simulation » en partenariat

- CH Alpes Léman versus IFSI
- CH Alpes Léman versus les hôpitaux de la Communauté hospitalière de territoire comme hôpitaux du Léman et le Centre hospitalier de Sallanches.

5.4.3 Quelques Exemples d'orientations pédagogiques de Simulation au CHAL :

Anesthésie :

Poursuivre la Formation continue de renforcement des compétences individuelles et collectives des équipes d'anesthésie et de SSPI
Formation continue BLS et ALS pour Médecins anesthésistes, IADE, IDE SSPI , ASD
Formation AFGSU et recyclage
Renforcement des procédures et protocoles
Renforcer le CRM Disciplinaire en équipe anesthésie

Comment :

Séances de simulation disciplinaire basse ou haute fidélité en équipes
Staff EPP en anesthésie
RMM Anesthésie

Bloc opératoire :

Formation initiale et continue des Infirmières de bloc sur les compétences bloc

Comment :

Séances de simulations procédurales en situation in situ avec mise en situation en salle
Ateliers task trainer sur :
- Préparation d'interventions de base en chirurgie
- Organisation d'un site opératoire.....
- Simulation procédurale

Bloc et anesthésie :

Formation continue sur la gestion des situations critiques au bloc opératoire en interprofessionnel (IADE, IDE SSPI, IBODE, ASD)
Développer les compétences collectives et la gestion du CRM interdisciplinaire

Comment :

Séances de simulation interprofessionnelles sur la gestion des situations critiques au bloc en situation d'astreinte a personnel restreint

Transversalité sur la prise en charge Mère/enfant au bloc :

Travailler sur un projet interdisciplinaire d'EPP avec staff interprofessionnels pour renforcer les liens entre les équipes de bloc, anesthésie, maternité et pédiatrie

Secteur soins critiques : (Réanimation,USIC, urgences)

Évaluer les besoins de formation continue en lien avec les cadres d'unité et médecins du service

Relever leurs objectifs pédagogiques

Réfléchir à la mise en place et aux scénarios

PourUSIC et Réanimation,

Envisager des FC en simulation in situ sur des situations critiques

Urgences SMUR

Proposer un travail en commun avec les formateurs AFGSU pour établir un mode commun de formation continue en harmonisant les pratiques par des fiches de Débriefing communes

Proposer une rencontre avec les formateurs et médecins pour échanger sur le développement de la méthode

Transversalité Soins critiques /équipe d'anesthésie

Travailler sur un programme commun transversal sur le parcours du patient aux urgences vers le bloc opératoire, la prise en charge multidisciplinaire du traumatisé grave impliquant plusieurs unités (Urgences, réanimation, Bloc opératoire, imagerie)

Orientation 1 : *Actions à engager sur le chemin clinique dans le cadre de l'action transversale entre unités :*

Évaluer et tester les procédures communes comme par exemple le traumatisé grave en situation simulée

Séances de simulation communes in situ

Proposer de développer des Staff EPP communs

6. Conclusion

Ce travail m'aura permis d'explorer différents champs du registre sociologique et de pouvoir mettre des mots sur des comportements et des postures dans le champ quotidien des relations humaines au travail.

La littérature médicale est largement fournie en particulier anglo-saxonne sur le sujet de la simulation et sur son développement dans le cadre du travail en équipe aussi bien dans les disciplines métier que dans l'approche qui nous intéressait ici l'interdisciplinaire.

L'évolution de la problématique nous ramène toujours sur la question du quotidien et des moyens à mettre en place pour favoriser une meilleure communication et comment pérenniser les liens construits en formation sur le quotidien.

Ce quotidien de nos univers hospitaliers qui nous confronte en permanence vers des réalités où il faut toujours en faire plus dans une logique de développement d'activité, à moyen constant conduisant à l'insatisfaction des équipes quant aux conditions de travail et de la qualité de prise en charge des patients.

En somme plus je m'interroge sur la coopération, plus j'en mesure la difficulté, plus je l'explore, plus le sujet me paraît inaccessible, et pourtant il ne s'agit que de relations humaines.

Relations humaines mais paradoxalement le plus difficile dans le champ du quotidien.

La pression à l'activité génère des tensions palpables et réelles sources de conflit ou l'héritage professionnel tend à ressurgir.

De ces tensions jaillissent du conflit, mais ce conflit n'est-il pas le reflet d'une coopération.

Yves Lichtenberg, Sociologue parle du conflit coopératif, il faut selon lui «...changer notre regard sur le conflit, il n'est pas un dysfonctionnement de la coopération...il en exprime l'existence .. » (13)

Le contraire selon lui est l'indifférence, nous en sommes loin heureusement.

Quant au sujet qui nous concerne, je souhaite pouvoir dire que nous pourrions saisir avec le soutien de nos institutions l'opportunité de prendre le train en marche dans la réflexion sur le développement de la simulation qui n'est pas la seule solution mais qui confère une approche novatrice dans le champ des compétences au sens large pour le plus grand bien des patients et de leurs sécurités.

Références Bibliographiques

1. D'Amour D 1997. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, thèse de doctorat :p 399, médecine. Montréal :GRISS, Université de Montreal.
2. Gilles Herrero, Bruno Milly. La qualité à l'hôpital, un regard sociologique, Ed l'Harmattan, 2011 (page 120-123)
3. Pierre Moulin, Geneviève Favra. ARSI. DEc 2004
4. Wittorski R, Analyse du travail et des productions de compétences collectives, Paris Ed. l'Harmattan, 1997, 37.
5. Le Boterf Guy, « De la compétence à la navigation professionnelle », Paris, les éditions d'organisation, 1997.
6. Thierry Desbonnet, Coopération, interprofessionnalité et management du soigné, Cadre de santé.com, Janvier 2005.
7. « To Err is human to build a health safety system », IOM, Novembre 1999
8. G Chianara, simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie, SFAR 2007, Conférence d'actualisation.
9. -Pr JM Chabot, Dr R Bataillon, Dr P Cabarrot, dr JF Thebaut, DPC 2012....Changeons nos pratiques
10. Gaba et al. Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM) a decade of experience, Stanford University
11. America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. [111th Congress 1st session](#). GPO; 2009 - traduction proposée dans le rapport simulation HAS.
12. D Braco, M.D, E Videlier, F Ramadori, MD, Gestion des situations de crise en anesthésie, Anesthésiologie, Conférences scientifiques, 2009, Volume 8, numéro 4
13. Sources HAS, Fiche technique DPC simulation en santé
14. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé , HAS, Janvier 2013, www.has-santé.fr
15. Yves Lichtenberg, « Sens et valeur du travail ». Ed Esprit-Octobre 2011, Université Paris Est