
DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Simulation en santé en équipe :

Un outil managérial pour le

Directeur des soins,

Au service de l'harmonisation

Des identités professionnelles territoriales

Et de la

Prévention des risques associés aux soins

Yann ROBIC

Remerciements

Ce mémoire est le résultat de mon cheminement pendant l'année de formation statutaire de directeur des soins, promotion Antoine de Saint Exupéry (2017), à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Si cet écrit représente la fin d'un cycle, j'ai une pensée toute particulière en écrivant ces mots pour ceux qui m'ont permis d'aboutir à ce travail. Je pense aux volontaires ayant participés aux investigations de terrain que je remercie pour le temps qu'ils m'ont accordés. Mais je pense aussi aux personnes sans qui rien n'aurait été possible dans la genèse de ce projet.

Je pense notamment à mes proches, qui m'ont toujours apporté un soutien sans faille. Un socle qui a assuré toute la logistique et l'équilibre de cette année de formation, faisant de mon projet professionnel, un projet collectif : Nathalie ROBIC, mon épouse ; Gabin et Martin ROBIC mes fils ; Patrick et Cathy ROBIC, mes parents ; Jacques et Odette OFFRET mes beaux-parents ; Franck et Laurence LE FOULGOC, mes amis.

Je pense aussi à mes compagnons de route pendant la formation et la préparation du concours, qui m'ont encouragé, questionné, soutenu dans les moments de joie mais aussi de doute : Murielle LEGERRI, élève directeur des soins et Cathy LEROY, élève directeur des soins.

A ceux qui sont à l'origine de mon projet professionnel : Claudie GAUTIER, directeur des soins ; Jean-Michel PASQUET, directeur des soins ; Pascal CHAPELAIN, cadre de santé.

A ceux qui m'ont aidé dans la structuration de ce travail pendant l'année de formation : Jean-René LE DOYEN, directeur des soins et Sandrine WILLIAUME, directeur des soins.

Enfin, à ceux qui m'ont accueilli en stage et m'ont fait murir dans la conception de la fonction par nos partages d'expériences et leur envie de transmettre une certaine vision de notre métier: Carmen LE BORGNIC, directeur des soins ; Fabienne DUBOIS, directeur des soins ; Éric BODIN, directeur des soins.

A ces personnes si importantes pour moi je veux dire merci et témoigner ma reconnaissance. Je veux leur dire qu'ils nous ont permis de mettre en pratique les mots d'Aristote : « Le tout est supérieur à la somme des parties »...

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. CADRE THEORIQUE	4
1.1 Evolution de la legislation hospitaliere versus identite professionnelle : un ancrage polaire a faire evoluer vers le ght.	4
1.1.1 La législation hospitalière jusqu'à 2016 a favorisé l'appropriation du pôle comme entité de référence des soignants	4
1.1.2 Vision sociologique du concept d'identité professionnelle	5
1.1.3 Comment accompagner l'évolution des identités professionnelles à l'hôpital ?	6
1.2 Le developpement professionnel continu : un levier favorisant l'evolution des identites professionnelles.	7
1.2.1 Le Directeur des Soins dans le processus DPC	7
1.2.2 Le Développement Professionnel Continu, un levier pour faire converger les identités professionnelles dans les territoires par la formation en équipe sur la thématique de la prévention des risques associés aux soins.....	8
1.3 La gestion des risques associés aux soins : vers une amelioration des competences collaboratives	10
1.3.1 La gestion des risques à l'hôpital : Une acculturation nécessaire pour les équipes s'appuyant sur des dispositifs collaboratifs accompagnés par la Direction des Soins	10
1.3.2 Les outils d'analyse de la pratique professionnelle: Une forme de pédagogie visant à l'amélioration des compétences collaboratives et l'harmonisation des identités professionnelles	12
1.4 La simulation en santé, un outil de prévention des risques associés aux soins en équipes qui s'intègre dans les programmes d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)	14
1.4.1 Le PACTE : Une volonté de faire évoluer les identités professionnelles des équipes de soins vers une posture réflexive de leurs pratiques	14
1.4.2 La simulation en santé, une technique pédagogique alternative qui permet aux équipes de développer une approche réflexive par l'action.....	16
1.4.2.1L'histoire de la simulation inscrite dans les gènes de la gestion des risques	16
1.4.2.2La simulation en santé aujourd'hui, quel périmètre ?	18
1.4.3 Synthèse de la partie théorique.....	20

2	METHODOLOGIE DES DEUX ENQUETES DE TERRAIN	21
2.1	La méthodologie de l'enquête quantitative	21
2.1.1	L'outil d'enquête quantitatif choisi et sa construction	21
2.1.2	Le terrain de l'enquête quantitative	22
2.1.3	Le choix de la population enquêtée lors de cette première investigation	22
2.1.4	Technique de traitement et fiabilisation des données quantitatives	23
2.2	La méthodologie de l'enquête qualitative	24
2.2.1	L'outil d'enquête qualitatif choisi et sa construction	24
2.2.2	Le choix de la population enquêtée lors de cette deuxième investigation	24
2.2.3	Technique de traitement des données qualitatives	24
2.3	Les limites de l'étude	25
3	ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES DE LA PREMIERE ENQUETE	26
3.1	Ressenti des acteurs quant à l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'évolution de leurs pratiques	27
3.2	Ressenti des acteurs sur l'impact de la simulation en santé en équipe dans le domaine de l'identité professionnelle	28
3.3	Adhésion des professionnels à la simulation en santé en équipe	29
3.4	Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'amélioration de leur compétence individuelle	30
3.7	Synthèse de l'analyse quantitative et validation de la question de départ et des hypothèses	33
4	ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES DE LA SECONDE ENQUETE DE TERRAIN	34
4.1	Ce que disent les Directeurs des Soins	34
4.2	Ce que disent les Directeurs des Ressources Humaines	37
4.3	Synthèse de l'analyse qualitative et validation de l'hypothèse 3	40
5	PROPOSITIONS	41
5.1	Axe 1 : Le développement d'une culture partagée de la prévention des risques associées aux soins entre DS et PCME, une première étape socle pour développer la simulation en santé en équipe	42
5.1.1	Etape 1 : Des temps d'échange formalisés entre DS et PCME sur la thématique de la prévention des risques associés aux soins et des solutions possibles de formation des agents	42

5.1.2	Etape 2 : L'utilisation d'un management transversal par projet par le DS et le PCME dans la CSIRMT et la CME	43
5.1.3	Etape 3 : La création d'un comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins »	44
5.2	Axe 2 : Développer les formations par la simulation en santé en équipe sur des thématiques de prévention des risques associés aux soins	46
5.2.1	Etape 4 : Développer la collaboration avec les laboratoires des IFSI	46
5.2.2	Etape 5 : Privilégier des formations à la simulation en santé en équipe sur un format en demi-journée adossé à une demi-journée de formation institutionnelle autre	48
5.3	Axe 3 : Evaluer l'efficacité du dispositif	49
5.3.1	Etape 6 : Evaluer l'impact de la formation simulation en santé en équipe sur les signalements d'évènements indésirables associés aux soins	49
5.3.2	Etape 7 : Evaluer l'impact de la formation simulation en santé en équipe sur la Qualité de Vie au Travail	50
5.3.3	Etape 8 : L'évaluation du dispositif de formation dans le champ du DS	51
5.4	Axe 4 : Déployer le dispositif de formations par la simulation en santé en équipe à l'échelle du GHT	51
5.4.1	Etape 9 : Communiquer sur les intérêts à déployer le dispositif de formation par la simulation en santé en équipe à l'échelle du GHT	51
5.4.2	Etape 10 : Créer un comité de pilotage du GHT « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins »	52
5.4.3	Etape 11 : Envisager la création d'une structure de formation par la simulation en santé interterritoriale	54
6	CONCLUSION	55
7	BIBLIOGRAPHIE	57
8	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APP Analyse des Pratiques Professionnelles
CGS Coordonnateur Général des Soins
CH Centre Hospitalier
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CESU Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CME Commission Médicale d'Etablissement
CREX Comité de Retour d'Expérience
CSIRMT Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico-Technique
CTE Comité technique d'Etablissement
DPC Développement Professionnel Continu
DRH Directeur des Ressources humaines
DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DS Directeur des Soins
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG Evènements Indésirables Graves
ENEIS Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables Graves
EPP Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC Formation Médicale Continue
GCS Groupement de Coopération Sanitaire
GIP Groupement d'Intérêt Public
GHT Groupement Hospitalier de Territoire
HAS Haute Autorité de Santé
HPST Hôpital Patient Santé Territoire
IFCS Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
LMSS Loi de Modernisation du Système de Santé
PACTE Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PCME Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PNSP Programme National pour la Sécurité des Patients
QVT Qualité de Vie au Travail
RMM Revue de Mortalité et de Morbidité
SAU Service d'Accueil des Urgences

1 INTRODUCTION

La certification des établissements de santé est née dans les années 1990. L'actualité sanitaire de l'époque a été marquée par les premiers scandales de santé publique, notamment l'affaire du sang contaminé. Une affaire qui a déchainé la chronique en positionnant les notions de responsabilité, de faute, de risque, comme des paradigmes nouveaux de l'exercice hospitalier. En effet au-delà des drames humains, cette affaire a créé un réel déficit de confiance de la part des usagers envers leur système de santé. Une attente sociétale de transparence sur la sécurisation des pratiques de soins y est née.

Pour répondre à cette défiance populaire, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 créa l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui évolua vers la Haute Autorité en Santé (HAS)¹. Cet organisme indépendant a notamment pour mission l'évaluation en santé. La création des premières fiches dites de « bonnes pratiques » des soins sont ainsi devenues opposables aux établissements de santé. Si la finalité de cette démarche est de sécuriser les pratiques professionnelles en balisant les incontournables d'un soin de qualité, elle positionne aussi clairement la question du risque et de sa gestion dans la dynamique hospitalière. Selon la HAS² : « *La gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé* ».

Mais qu'est-ce qu'un risque ? H. FLANQUART³ le définit comme : « *Un possible évènement destructeur auquel on associe une probabilité [...] de dommages potentiels* ». Par cette définition nous comprenons les conséquences d'un risque dans le secteur de la santé. Des conséquences qui sont potentiellement dramatiques pour les usagers. Des conséquences qui sont aussi humaines, juridiques et assurantielles pour les établissements.

D'autant que deux Enquêtes Nationales sur les Évènements Indésirables Graves associés au Soins (ENEIS) réalisées en 2004 et 2009, objectivent cette réalité. Elles ont permis une analyse des causes profondes des Évènements Indésirables Graves (EIG) en France⁴. Ces enquêtes montrent qu'une forte proportion des EIG pourrait être évitable. En effet, si 80 % sont associés à un terrain de fragilité chez le patient, l'étude ENEIS met en avant que les causes sont avant tout systémiques. Les défaillances humaines, le manque de supervision des collaborateurs et la communication insuffisante entre soignants représentent ainsi l'essentiel des causes profondes de ces EIG.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004

²www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/fr/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante ; Consulté en janvier 2017

³ FLANQUART H. ; « *Des risques et des hommes* » ; éditions PUF ; 2016 ; page 24

⁴ MICHEL P., MINODIER C., MOLY-MONNEREAU C., LATHÉLIZE M., DOMECCQ S. et al ; « *Fréquence et part d'évitabilité des évènements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS* » ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; Le panorama des établissements de santé 2011; pages 9-16.

Des constats déjà annoncés par le rapport de 1999 : « To err is human : Building a safer health system »⁵, qui préconise de former en équipe ceux qui doivent travailler en équipe en utilisant la simulation en santé partout où cela est possible.

C'est à travers ces rapports que se sont formalisées des politiques de gestion des risques dans les hôpitaux avec l'apparition d'outils intégratifs comme les Comités de Retour d'EXpérience (CREX) ou encore les audits type patient traceur. Les sujets de la gestion des risques, l'analyse des causes, de la compétence collaboratives, sont au cœur de ces démarches. L'implication des professionnels de terrain dans ces processus a contribué à faire évoluer la perception de la qualité chez les professionnels. Tel que voulu par le législateur, c'est ici une culture non punitive de l'erreur qui a été plébiscitée. La Direction des Soins est particulièrement légitime pour se positionner sur les sujets de la qualité et de la gestion des risques. La loi dite « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) du 29 juillet 2009, donne ainsi à la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Technique (CSIRMT) un rôle contributif au programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Autant d'éléments qui positionnent le directeur des soins (DS) comme un acteur pour favoriser l'appropriation identitaire des paramédicaux à la prévention des risques associés aux soins.

Mais aujourd'hui, la politique de l'évaluation des risques liés aux activités de l'hôpital se décroisse et nous amène en tant que dirigeant à prendre en compte la dimension identitaire territoriale. En effet, si l'identité professionnelle des soignants a intégré l'évaluation des risques dans ses pratiques, elle a positionné celle-ci à l'échelle des équipes, des pôles ou de l'institution. C'est notamment l'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005, qui a ancré notre culture autour de la notion de pôle, inclus dans un système institutionnel « fermé ». Or, depuis 2016, la loi de modernisation de notre système de santé, positionne la gestion des risques dans une perspective Trans hospitalière. Le rapport HUBERT-MARTINEAU⁶, « Mission Groupement Hospitalier de territoire (GHT) », préconise à cet effet, que « *le projet médical partagé doit contenir un volet qualité. (...) Cela suppose de définir les moyens mis en œuvre pour garantir une homogénéité des pratiques professionnelles, par la convergence des protocoles de prises en charge et bonnes pratiques. (...) Ces réorganisations doivent se faire dans le respect des institutions et des professionnels qui vont devoir s'adapter à ce nouvel environnement.* » Une perspective qui oblige les dirigeants à questionner leurs dispositifs en vue de la convergence des certifications hospitalières en 2020⁷. À accompagner aussi l'adaptation identitaire des professionnels à la prévention des risques associés aux soins à l'échelle territoriale.

⁵ KOHN LT., CORRIGAN JM, DONALDSON MS.; « To err is human : building a safer health system » ; Institute of medicine, National Academic Press ; 1999

⁶ www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsdddefv150316.pdf ; Consulté en janvier 2017

⁷ Article L 6132-4 du Code de la santé publique

À travers notre expérience professionnelle de formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFS) et celle de la psychiatrie nous avons été amenés à nous questionner sur la place que pouvait occuper la simulation en santé dans l'amélioration de la compétence collaborative et la réduction des risques liés aux soins. De manière empirique, nos observations nous ont permis d'observer que la mise en place de ces séquences de simulation en équipe représentait un lieu de rencontre propice aux échanges interprofessionnels. Nous avons l'intuition que les centres de simulation peuvent à l'échelle du GHT devenir des leviers intéressants pour faire évoluer l'identité professionnelle des soignants et notamment par l'intermédiaire de déploiement de programmes de Développement Professionnels Continus (DPC) centré sur des thématiques de gestion des risques. L'opportunité offerte par la formation de travailler ce sujet nous permettra de vérifier ou non ces intuitions et de proposer des pistes de modélisations possibles pour un Directeur des Soins. Aussi nous nous posons la question suivante :

La simulation en santé a-t-elle une place à tenir dans la politique de formation continue des professionnels de santé sur le volet prévention des risques associés aux soins, impulsé par le directeur des soins?

Nous émettons les trois hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La simulation en santé représente un levier managérial à la performance collaborative dans le domaine des situations à risque.

Hypothèse 2 : Le développement de programmes de formations continues par la simulation en santé constitue un vecteur d'inter professionnalité et de convergence des identités professionnelles au sein du GHT

Hypothèse 3 : Le directeur des soins a un rôle majeur dans l'élaboration du développement professionnel continu des auxiliaires médicaux sur la thématique de l'amélioration des pratiques et la gestion des risques.

Pour mener ce travail nous proposons dans un premier temps au lecteur, une exploration théorique éclairant notre domaine d'investigation. Ensuite nous présenterons la méthodologie de nos enquêtes de terrain suivie des résultats de celles-ci. Enfin, dans une quatrième partie, nous proposerons des axes de réponses possibles que nous souhaitons mettre en œuvre dans notre prochaine affectation

1. CADRE THEORIQUE

Afin d'éclairer notre problématique, nous allons procéder à une revue théorique de la littérature. Celle-ci permettra au lecteur de cheminer à nos côtés dans la réflexion qui nous anime. Nous débuterons notre propos par une étude de l'impact des évolutions de législation hospitalière sur l'identité professionnelle des soignants. Celle-ci nous amènera à comprendre en quoi le Développement Professionnel Continu (DPC) peut représenter un levier managérial dans cette perspective et quelle place le DS peut y tenir. Nous détaillerons enfin un axe possible de DPC à travers le sujet de la prévention des risques associés aux soins en équipe que nous aborderons sous l'angle de simulation en santé.

1.1 EVOLUTION DE LA LEGISLATION HOSPITALIERE VERSUS IDENTITE PROFESSIONNELLE : UN ANCRAGE POLAIRE A FAIRE EVOLUER VERS LE GHT

La loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 met en œuvre par le décret n° 2016-524 du 29 avril 2016⁸, la constitution des GHT. À travers la LMSS, se pose notamment comme objectif la gradation des soins dans un périmètre territorial ; l'ouverture de l'hôpital sur la ville ou encore le plébiscite de la prévention. Des objectifs communs sont fixés pour les établissements parties au GHT : La convergence des systèmes d'information, de la fonction achat ou encore des plans de formations institutionnels et l'harmonisation des procédures de certifications à l'horizon 2020. Mais les hôpitaux sont-ils totalement prêts à ce virage vers la logique de parcours de santé et de coopérations inter hospitalières? Il nous semble important de réaliser un court focus sur les stratégies législatives mises en place depuis une quinzaine d'années. L'objectif est ici de favoriser une compréhension des enjeux managériaux pour un DS.

1.1.1 La législation hospitalière jusqu'à 2016 a favorisé l'appropriation du pôle comme entité de référence des soignants

L'annonce⁹ du plan hôpital 2007 au conseil des Ministres du 20 novembre 2002 a consacré le principe de subsidiarité. Faisant suite aux conclusions du rapport PIQUEMAL, les objectifs de ce plan ont notamment été de changer la logique de gouvernance hospitalière en évoluant d'une régulation administrée de l'hôpital à l'autonomie des pôles. Pour construire cette politique, l'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 est venue consacrer le fonctionnement polaire et la tarification à l'activité pour les établissements de type médecine-chirurgie-obstétrique. Pourtant le bilan de ces étapes législatives reste mitigé mettant en avant un risque de balkanisation des pôles. La mission « hôpital public » de

⁸www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&dateTexte=&categorieLien=id ; Consulté en février 2017

⁹ D'après IRDES ; *Historique des réformes hospitalières* ; 2015

2011¹⁰, souligne par exemple que les dirigeants ont bien intégré la nécessité des coopérations mais :

« Seule une proportion des praticiens, des cadres, des responsables, s'implique réellement dans le fonctionnement institutionnel. (...) La majorité reste relativement distante et parfois peu concernée, s'occupant de sa tâche quotidienne et non de la vue d'ensemble. »

D'autant que le rapport va plus loin et précise que :

« la T2A, instrument qui a provoqué des changements utiles dans les établissements, montre aujourd'hui ses limites en matière de coopération car elle encourage plutôt les stratégies individualistes ou isolées de la part des établissements, voire à l'intérieur d'un même établissement. »

Dans ce contexte, l'autre peut être perçu comme un concurrent. La mise en place des réformes s'est faite à marche forcée mais les écarts entre les attendus et la réalité montre que tous les acteurs n'ont pas intégré la dimension territoriale dans leur pratique. Pire, peut-être la perçoivent ils comme une menace à leur propre « survie ». Cet élément constitue selon nous un enjeu à prendre en compte par les dirigeants hospitaliers dont le DS. La notion de résistance au changement est encore réelle et nécessite de faire évoluer les identités professionnelles des acteurs. Mais qu'est-ce que l'identité professionnelle ? La prochaine partie nous permettra d'aborder ce concept et d'éclairer en quoi il peut être intéressant dans les stratégies managériales déployées par le DS.

1.1.2 Vision sociologique du concept d'identité professionnelle

Pour R. SAINSAULIEU¹¹, l'identité professionnelle se fonde sur le fait que toute organisation est un lieu de confrontation des cultures. Ces « cultures au travail » différencient les individus et les groupes. Il établira une typologie de 6 « modèles de relation » en 1995¹². Les modèles réglementaires, communautaires, professionnels, de la mobilité, du service public et entrepreneurial sont ainsi décrits. R. SAINSAULIEU met en évidence que les salariés s'approprient une culture en lien avec leur place et statut dans l'entreprise mais aussi en fonction du positionnement de l'entreprise. Cette approche positionne l'identité professionnelle comme évolutive.

¹⁰ www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_Hopital_Public_RapportDefinitif_Remis_au_Ministre_18avril2012.pdf ; Consulté en février 2017

¹¹ SAINSAULIEU R. ; « *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation* » ; 4^{ème} édition ; Presses de Sciences Po ; 2014

¹² FRANCFORTI., OSTY I., SAINSAULIEU R. et UHALDE M. ; « *Les Mondes sociaux de l'entreprise* » ; Desclée de Brouwer ; 1995

Pour C. DUBAR, l'identité professionnelle se réfère à un processus de socialisation qui repose sur « *l'appartenance et la relation* »¹³. Selon C. DUBAR, l'identité professionnelle peut évoluer sur le mode de la continuité mais aussi de la rupture.

- La continuité identitaire professionnelle implique que les agents se construisent à l'intérieur d'un espace où deux facteurs vont être les éléments fondateurs de l'identité professionnelle : Le métier et l'organisation de l'entreprise. Le métier permet la construction de l'identité professionnelle individuelle. L'organisation quant à elle permet au salarié de développer son identité professionnelle d'entreprise.
- La rupture identitaire professionnelle « *implique au contraire une dualité entre deux espaces et une impossibilité de se construire une identité d'avenir à l'intérieur de l'espace producteur de son identité passée.* »¹⁴

Appliqué à l'hôpital, tout l'enjeu pour le DS est ici de mettre en adéquation les identités professionnelles individuelles et d'entreprise. Si l'une avance plus vite que l'autre, il existe un réel risque de rupture se traduisant par une qualité de vie au travail dégradée. A l'hôpital, la structuration des modèles d'identité au travail nécessite donc que nous y prêtions attention. D'autant que l'enchaînement des réformes implique un nouveau positionnement du collectif, les faisant passer d'une logique de pôle à celle du territoire.

1.1.3 Comment accompagner l'évolution des identités professionnelles à l'hôpital ?

En effet, le passage du périmètre institutionnel à celui du territoire mais aussi celui de la production de soin vers celui de la filière, constituent un risque de malaise des communautés hospitalières reposant sur la perte de sens des actions collectives. En d'autres termes, il existe aujourd'hui une forme de dissonance entre les modèles culturels que les professionnels de santé ont connus jusqu'à aujourd'hui et ceux que le législateur leur impose par la mise en place des GHT. D'après C. DUBAR, la prise en compte des évolutions organisationnelles implique la mise en œuvre de stratégies d'apprentissages culturels à l'attention des salariés comme par exemple la formation, les mobilités professionnelles ou encore l'utilisation d'un management intégratif.

D'ailleurs nous retrouvons des éléments similaires dans le rapport des conférences hospitalières de 2014¹⁵. Il y est affirmé la nécessité de mettre en place des dispositifs permettant aux professionnels de se connaître, de coopérer et de partager leurs expériences et pratiques médicales. Le Développement Professionnel Continu (DPC) est

¹³ DUBAR C. ; « *La socialisation* » ; Éditions Armand Collin ; 2000 ; page 32

¹⁴ DUBAR C. ; « *La socialisation* » ; Éditions Armand Collin ; 2000 ; page 236

¹⁵ « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé* » www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf ; 2014; Consulté en février 2017

ainsi plébiscité par le rapport pour rassembler les soignants autour de programmes de formation communs. Deux propositions¹⁶ sont formulées :

- « *Intégrer pour l'avenir, parmi les orientations nationales, le fait que les programmes de DPC fédérant des équipes médicales et paramédicales de plusieurs établissements sont à encourager, en particulier au sein des pôles d'activité de territoire* »
- « *Intégrer parmi les méthodes HAS validant le DPC relatives à «l'approche intégrée à l'exercice pluri professionnel».*

La LMSS constitue donc une opportunité à saisir car elle offre la possibilité de mettre en œuvre des programmes de formations continues convergents entre les établissements parties des GHT. Mais qu'est-ce que le Développement Professionnel Continu ? Comment est-il organisé ? Dans la suite de ce travail, nous allons proposer au lecteur de comprendre les objectifs recherchés par ce changement dans la structuration des offres de formation continue et quelle place peut y tenir un DS.

1.2 LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU : UN LEVIER FAVORISANT L'EVOLUTION DES IDENTITES PROFESSIONNELLES

1.2.1 Le directeur des soins dans le processus DPC

La mise en œuvre des plans de formation dans la fonction publique hospitalière répond à une politique définie sur le plan législatif. Le décret¹⁷ n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière en trace les contours et nous permet de comprendre la place occupée par le DS dans cette élaboration. Sous la responsabilité du directeur général, le plan de formation est élaboré annuellement. Il fait suite aux entretiens annuels de formation réalisés entre l'agent et son supérieur hiérarchique direct et est soumis à l'avis du Comité Technique d'Établissement. Les programmes DPC quant à eux s'insèrent dans le plan de formation et ont été créés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST.

L'élaboration du plan de formation et des programmes DPC laisse une place importante au DS. S'il ne réalise pas ce travail seul, son ancrage dans le déploiement et répartition des ressources, en fait un partenaire pour déployer une stratégie de formation institutionnelle adaptée aux besoins des auxiliaires médicaux. Ce rôle est mis en avant par le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de DS de la fonction publique hospitalière¹⁸ qui précise :

¹⁶ « Proposition 18 : Valoriser les programmes de DPC au sein d'un territoire de santé » ; page 31

¹⁷ www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799 ; Consulté en février 2017

¹⁸ www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623 ; Article 4, titre 1^{er} ; Consulté en février 2017

(Le DS), « participe à l'élaboration du plan de DPC dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ».

Cette définition est complétée par le référentiel métier de Directeur des Soins¹⁹ qui apporte un éclairage sur le rôle attendu des DS dans l'élaboration des plans DPC :

« Le DS développe avec le directeur des ressources humaines (DRH), l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan de DPC pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins. » .

C'est donc en binôme avec le DRH que le DS élabore les plans de DPC au niveau de l'établissement. Il s'assoit sur une légitimité réglementaire et législative.

1.2.2 Le Développement Professionnel Continu, un levier pour faire converger les identités professionnelles dans les territoires par la formation en équipe sur la thématique de la prévention des risques associés aux soins

La structuration du DPC est imbriquée historiquement²⁰ au code de déontologie médicale prévoyant dans son article 11 l'obligation de formation et de mise à jour des connaissances des praticiens. La nécessité d'actualiser ses compétences au delà de la formation initiale a pris un cadre réglementaire par l'ordonnance JUPPE de 1996. Celle-ci a créé les filières de Formation Médicales Continues (FMC). Un dispositif qui évolua par la loi KOUCHNER de 2002 adossant aux filières de FMC des conseils nationaux chargés de mettre en œuvre la gouvernance de la formation médicale. La loi du 13 août 2004 viendra doubler l'obligation de FMC d'une obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Dans ce contexte, l'évolution vers le DPC a été étendue à l'ensemble des professions de santé. C'est la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST qui créât par son article 59 le DPC. La loi HPST précise que celui-ci revêt une obligation annuelle pour l'ensemble des soignants inscrits au titre 4 du code de la santé publique.

La LMSS dans son article 114²¹, réaffirme le principe du DPC comme une obligation mais la passe à trois ans au lieu d'un an dans la précédente version. L'article L. 4021-1. Précise :

« Le DPC a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. (...) Chaque professionnel de santé doit justifier, (...) de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. »

¹⁹ www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf ; page 6; Consulté en février 2017

²⁰ Bulletin d'information de l'ordre des médecins n°23, juin 2012

²¹ www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_114 ; Consulté en février 2017

Le sujet de la gestion des risques dans les pratiques professionnelles fait son entrée et est ainsi positionné comme un vecteur possible de formation pour les agents. La loi précise que ce sont les conseils nationaux des professions qui fixent les thématiques prioritaires de formation sur une base pluri annuelle. Pour les professionnels de santé salariés le choix des actions de formation doit se faire en concertation avec l'agent et l'employeur. Cela permet de déterminer des politiques de formations continues institutionnelles en fonction des priorités déterminées par l'établissement. Ainsi la réflexion des acteurs notamment ceux de la communauté médicale mais aussi de la Direction des Soins et de la Direction des Ressources Humaines sont au cœur de la définition institutionnelle des stratégies de formation à destination des professionnels.

Actuellement, le DS peut donc s'appuyer sur trois textes encadrant le DPC à savoir l'arrêté du 8 décembre 2015²², le décret du 08 juillet 2016²³ et l'instruction du 29 juillet 2016²⁴. Nous avons retenu l'annexe 11 de l'instruction de 2016 qui précise²⁵ que :

« L'amélioration de la communication (...) entre professionnels est un élément majeur de la sécurité des patients et fait d'ailleurs partie des actions à mettre en œuvre définies dans le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP). Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité des soins et la sécurité des patients. »

L'instruction cible particulièrement les formations en équipe pour améliorer la fluidité de la communication en précisant qu'« *il serait souhaitable qu'au moins 2 à 3 personnes d'une même équipe soient présentes dans une même session de formation.* »

Cet exemple nous permet de dire que la gestion des risques associés aux soins en équipe est un axe possible de formation DPC pour les professionnels. Ici c'est bien l'amélioration de la compétence collaborative des équipes qui est recherchée. À ce titre plusieurs dispositifs existent et sont mis en œuvre dans les établissements de santé. Cette politique d'amélioration de la gestion des risques s'appuie sur des vecteurs variés et s'inscrit dans une perspective intégrative des professionnels. Mais quels sont-ils ? Comment sont-ils organisés à l'hôpital ? Dans la partie suivante nous proposons au lecteur de décrire les éléments qui permettent d'accompagner les équipes vers une amélioration de leurs compétences collaboratives sur le sujet de la prévention des risques associés aux soins.

²² Arrêté du 8 décembre 2015 fixant les orientations nationales par profession pour 2016 à 2018

²³ www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032862648&categorieLien=id ; Consulté en février 2017

²⁴ www.circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/08/cir_41218.pdf ; Consulté en février 2017

²⁵ Instruction du 29 juillet 2016 N°2016-250 relative aux orientations en matière de DPC pour les établissements de la fonction publique hospitalière ; Annexe 11 « *Améliorer la communication entre professionnels de santé et avec le patient en vue de sécuriser sa prise en charge* »

1.3 LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS: VERS UNE AMELIORATION DES COMPETENCES COLLABORATIVES

1.3.1 La gestion des risques à l'hôpital : Une acculturation encore nécessaire pour les équipes s'appuyant sur des dispositifs collaboratifs accompagnés par la Direction des Soins

La HAS a publié en 2012 des recommandations permettant aux hôpitaux de structurer l'organisation de la prévention des risques associés aux soins²⁶. La déclinaison d'outils a permis d'harmoniser les process pour décliner une politique de gestion des risques sur l'ensemble du territoire National. Celle-ci s'appuie sur le modèle dit de « Shortel » qui prévoit 4 axes pour réussir le déploiement au sein d'un établissement:

- Axe stratégique : politique institutionnelle, objectifs et plans d'actions
- Axe structurel : Organisation du pilotage et de la coordination
- Axe culturel : Sens partagé pour tous avec un rôle de communication et de formation
- Axe Technique : Méthodes et outils

Concernant les axes stratégiques et structurels, le pilotage est assuré par la Direction de l'établissement et la Commission Médicale d'Établissement (CME), avec la contribution de la CSIRMT. Directeur et Président de CME désignent depuis la loi HPST, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, chargé de veiller aux dispositifs et assurer la politique. Ce coordonnateur peut être un DS, un autre directeur d'hôpital ou un médecin²⁷. La stratégie s'appuie sur la cartographie des risques liés aux activités de soins et sur des indicateurs obligatoires, les rapports de visite de certification, l'analyse des EIG.

Concernant l'axe technique : De nombreux outils et méthodes sont proposés par la HAS. Ceux-ci sont déployés sur les établissements par le coordonnateur des risques en lien souvent avec un ingénieur qualité. Ainsi chaque établissement dispose d'une relative liberté pour choisir les modèles et process qui répondent le mieux à leur terrain d'exercice.

Ces trois premiers axes semblent relativement simples à mettre en œuvre car ils s'appuient sur des outils. L'axe culturel quant à lui, paraît plus problématique. La DREES²⁸ explique :

« La diffusion des directives ne s'est pas accompagnée d'une appropriation du concept par la majorité des professionnels de santé ».

²⁶ www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante ; Consulté en mars 2017

²⁷ MOUSSIER C., CREUZON C., LEBATARD MB., MARBACH-ROUILLARD M. ; « Gestion des risques en établissement de santé » ; Editions FOUCHER ; 2016

²⁸ NACU A. et COLL. ; « Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires » ; DREES ; numéro 117 ; 2012 ; page 7

R. AMALBERTI²⁹ précise que :

« la bulle de sécurité [...] a du mal à entraîner l'adhésion de la totalité des acteurs ; elle reste le plus souvent confinée à un travail "papier crayon" important mais "saisonnier" (rythme de quatre ans) cloisonnée à peu de "sachants", sans grand pouvoir hiérarchique ».

Fort de ces constats, l'IGAS³⁰ précise que c'est par le travail en équipe que vient l'appropriation de la démarche gestion des risques. Il est important de déconnecter la responsabilité individuelle des signalant par une garantie de leur immunité.

En effet, la culture de la faute et la recherche d'un coupable qui prévalent dans nos sociétés semblent représenter un frein à l'appropriation de la démarche auprès des professionnels. Cette situation nous amène à nous questionner sur notre responsabilité de DS. Peut-être sommes-nous stigmatisant dans la façon de gérer ces situations ? Cette stigmatisation de l'erreur pourrait être causée par l'injonction paradoxale entre le fait de demander aux agents de signaler et dans le même temps de désigner les responsabilités à travers l'analyse des signalements. Ces éléments sont en effet peu propices à développer la confiance. A notre sens, le traitement des EIG à l'hôpital se heurte in fine à la nécessaire qualification d'une situation en ce qu'elle relève de l'erreur ou de la faute. Cette dimension tronque le message non punitif des erreurs car analyser un évènement amène à porter un jugement pour prendre des décisions quant à la suite à donner. Le circuit du traitement des erreurs à l'hôpital revêt donc des limites liées aux acteurs amenés à analyser les déclarations. A la fois juge et partie, ces acteurs dont le DS, représentent aux yeux des soignants une figure d'autorité constituant un biais méthodologique dans le traitement des EIG.

C'est par ce constat que nous nous sommes intéressés à l'analyse de la pratique professionnelle (APP). Cette approche pédagogique que nous avons connue lors de nos exercices antérieurs nous a semblé constituer un catalyseur intéressant dans le champ de la gestion des risques associés aux soins. D'autant que la HAS propose des outils qui permettent aux équipes d'analyser ensemble les parcours de soins, leurs pratiques professionnelles et identifier les points critiques. A travers les comités de retour d'expérience (CREX), les revues de mortalité morbidité (RMM) et beaucoup d'autres outils, la gestion des risques s'envisage dans une logique d'APP. Mais qu'apporte réellement ce travail d'analyse de la pratique ?

²⁹ AMALBERTI R. ; « *La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques* » ; ADSP ; no 79 ; juin 2012 ; page 19

³⁰ www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

1.3.2 Les outils d'analyse de la pratique professionnelle: Une forme de pédagogie visant à l'amélioration des compétences collaboratives et l'harmonisation des identités professionnelles

Pour C. BLANCHARD-LAVILLE et D. FABLET, analyser ses pratiques professionnelles c'est de la part des participants :

« Travailler à la co-construction du sens de leurs pratiques et/ou à l'amélioration des techniques professionnelles. Cette élaboration en situation interindividuelle, le plus souvent groupale, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la présence d'un animateur, en général professionnel lui-même dans le domaine des pratiques analysées, garant du dispositif en lien avec des références théoriques affirmées. »³¹

Par cette définition, les ateliers d'analyse de la pratique s'inscrivent dans le champ de la pédagogie et constituent pour les équipes une forme possible de formation. D'ailleurs les auteurs précisent que les objectifs de l'analyse de la pratique permettent de :

- Faire évoluer les identités professionnelles
- Renforcer les compétences des professionnels
- Augmenter le niveau d'expertise des professionnels
- Faciliter l'appropriation des contraintes et enjeux des univers socio professionnels
- Développer les capacités de compréhension et d'ajustement à autrui

Ces outils supposent de bien comprendre la dynamique engagée dans une séance d'analyse de la pratique. Ainsi, D. SCHÖN a développé le concept de praticien réflexif³² où il pose pour objectif, d'étudier par le savoir expérientiel des professionnels, par opposition au savoir académique appris en formation. En ce sens, le soignant se voit réfléchir à partir d'une action réalisée pour problématiser celle-ci. Cette première étape est une réflexion, établie sur le vécu situationnel des professionnels. La deuxième étape d'analyse se portera sur l'évaluation des résultats au vu des actions posées par les agents. Cette pédagogie permet de donner un sens aux actions et réajuster si nécessaire. L'engagement cognitif des acteurs dans cette analyse constitue le support de leur apprentissage. C'est d'ailleurs pourquoi les séances d'analyse de la pratique nécessitent de poser un cadre sécurisant pour les apprenants, en garantissant notamment le secret des séances et le respect des individus qui composent le groupe. Toute forme de jugement est ici bannie pour permettre aux acteurs de s'exprimer en sécurité

Mais au-delà des compétences individuelles, l'analyse de la pratique en équipe développe aussi des compétences collaboratives dans les groupes. Le mot collaborer vient du latin

³¹ BLANCHARD-LAVILLE C. et FABLET D. (Coord.) ; « L'Analyse des pratiques professionnelles » ; Editions L'Harmattan ; 1996 ; page 263

³² SCHON D. ; « Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel » ; Editions Logiques ; 1994

« cum laborare » qui signifie travailler avec. Dans un contexte professionnel, la collaboration pourrait être définie en reprenant les termes de F. POLICARD³³ qui précise :

« La collaboration interprofessionnelle est le lieu de structuration d'une action collective qui réunit médecins et infirmiers autour d'un but commun, [...] elle se réalise à travers un processus d'interactions entre les acteurs, [...] dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions, de responsabilités, d'actions et d'apprentissages. »

Selon D. D'AMOUR³⁴, la compétence collaborative est un construit social qui est modulable dans le temps en fonction des expériences partagées par le groupe. La compétence collaborative est ainsi la capacité à « se mettre en synergie avec les autres pour traiter efficacement la situation »³⁵. Des indicateurs permettant d'objectiver la compétence collaborative existent et ont notamment été décrits par le centre de simulation des hôpitaux universitaires de Genève en 2013 : Savoir agir, savoir interagir, savoir prendre l'initiative, savoir se positionner, savoir apprendre, savoir exprimer

A travers ces éléments, nous pouvons exprimer le fait que la mise en œuvre de lieux de rencontres et d'échanges entre les professionnels pour analyser leurs pratiques professionnelles, constitue une opportunité pour améliorer la collaboration des équipes. De plus, ces temps d'échanges interprofessionnels constituent un socle ou le sens commun partagé est un vecteur à l'harmonisation des identités professionnelles. Mais cette pédagogie peut-elle s'appliquer aux dispositifs d'analyse et gestion des risques associés aux soins en équipe ? C'est une question à laquelle la HAS a tenté de répondre en instaurant les Programmes d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE). Dans la partie à venir, nous allons nous intéresser à ce programme et tenter de comprendre comment la simulation en santé pourrait s'insérer dans cette dynamique.

³³ POLICARD F. ; « Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives » ; Recherche en soins Infirmiers ; n°117 ; juin 2014 ; page 35

³⁴ D'AMOUR D. ; « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne au Québec » ; Université de Montréal ; 1997 ; pages 1 à 29

³⁵ POLICARD F. ; « La formation par la simulation en groupes pluriprofessionnels » ; revue Soins ; mars 2017 ; page 26

1.4 La simulation en santé, un outil de prévention des risques associés aux soins en équipes qui s'intègre dans les programmes d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)

1.4.1 Le PACTE : Une volonté de faire évoluer les identités professionnelles des équipes de soins vers une posture réflexive de leurs pratiques

Dès 2013, la HAS a lancé un programme d'expérimentation pour promouvoir la gestion des risques associés aux soins en équipe. C'est de façon expérimentale que le PACTE, a pour objectif d'aider les professionnels dans leur travail collaboratif autour du patient. Les objectifs visés par la HAS à travers cette méthode sont multiples. Tout d'abord, améliorer la communication entre professionnels et avec le patient. D'autre part, renforcer la dynamique et capitaliser sur l'équipe pour sécuriser la prise en charge du patient. Enfin, travailler la place du patient dans le processus de soins en centrant la démarche sur les attentes du patient et de son entourage. Le PACTE prévoit la formalisation d'un programme suite à une autoévaluation des professionnels qui s'engagent dans la démarche. Si chaque établissement volontaire doit au préalable définir la notion d'équipe dans son périmètre, c'est aussi les critères d'inclusion dans l'expérimentation qui sont des éléments de renseignements intéressants pour un DS. Au préalable à l'inscription dans un PACTE, la HAS préconise le respect de 7 critères incontournables pour la réussite de la démarche. On y trouve ainsi l'engagement de la direction et de la CME de l'établissement ; Une démarche volontaire dans l'inscription au PACTE ; Un engagement ferme pour participer à toutes les étapes du projet ; Une volonté de travail en équipe ; L'absence de situation de crise sociale ; L'absence de sursis à la certification pour l'établissement ; La désignation d'un facilitateur interne ou externe.

Nous pouvons constater que l'engagement de la direction au côté de la communauté médicale est le premier des critères énoncés. Cette exigence nous conforte dans l'idée que la Direction des Soins a un rôle essentiel à tenir dans ce type de dispositif. Au-delà des difficultés de mise en œuvre de ces dispositifs dans les équipes, c'est le soutien et le leadership des dirigeants de l'hôpital qui permet d'impulser au départ, une culture de la gestion des risques associés aux soins à l'hôpital. De plus, c'est aussi par un management participatif et uniquement par ce type de management que la démarche peut fonctionner. En effet, le deuxième critère met en avant l'aspect volontaire de l'engagement. Les leviers de l'implication des équipes sont dès le départ positionnés comme des éléments forts du déploiement d'un PACTE. Ces deux points sont intéressants car à contrario des démarches obligatoires et réglementaires que nous pouvons retrouver dans les visites de certification, les EPP.... Le PACTE positionne le volontariat des équipes et une liberté pour celles-ci dans l'élaboration des programmes. Les DS sont à ce moment mis à distance du management opérationnel de ces projets en laissant une place forte à la subsidiarité.

Cependant, cela ne veut pas dire que les DS ne sont pas impliqués dans le dispositif mais ils le sont plus sur le plan stratégique et de leadership pour insuffler et soutenir, créer les conditions de réussite en proposant par exemple des espaces temps dédiés et en soutenant à travers la communication hospitalière.

Nous retrouvons ici des éléments que nous avons pu déduire précédemment sur la place du DS. Le fait qu'il soit associé, mais à distance, dans l'aspect stratégique pourrait faciliter la liberté d'expression dans les groupes. Il nous semble nécessaire de bien comprendre ce point pour accepter le fait de ne pas être omniscient dans la démarche de prévention des risques associés aux soins afin de renforcer l'implication des équipes par leur autonomisation. Une sorte de témoignage de confiance des Directions des Soins envers les équipes, finalement vectrice d'implication pour les agents. D'autant qu'en s'inscrivant dans le PACTE, les équipes peuvent valoriser leur implication à travers la validation de trois obligations réglementaires à savoir : l'obligation de DPC, la prise en compte de leur démarche dans le critère gestion des risques de la visite de certification et l'accréditation médicale des spécialités à risque en équipe.

Le bilan de l'expérimentation PACTE réalisé en 2014 est encourageant et montre une amélioration sensible de la communication interprofessionnelle. L'implication des professionnels a développé leur prise de conscience sur la nécessité de coordonner plus efficacement leur travail d'équipe. Le bilan montre notamment que le PACTE a eu pour effet de libérer la parole dans l'équipe mais aussi de donner une place aux aides-soignants dans les réflexions en lien avec le projet de soins. Il est à noter que les actions mises en œuvre par les 18 équipes se sont centrées sur des préoccupations opérationnelles comme l'amélioration de la concertation autour du patient ou encore le contenu des transmissions, la mise en œuvre de staff pluri professionnels...

Pour autant, la HAS insiste sur le fait que la méthodologie de mise en œuvre de ce type de projet s'inscrit dans la durée pour faire évoluer l'identité professionnelle des équipes de soins. La désignation de la simulation en santé par la HAS, intervient à ce moment comme technique pédagogique potentialisant la démarche. La simulation en santé est un outil de formation qui nous semble en effet intéressant à utiliser dans la gestion des risques en équipe. Notre expérience antérieure de formateur en formation initiale et continue nous a permis de réaliser des séances à destination des équipes sur ce type de thématique. Mais au-delà de notre perception qui reste un élément subjectif, la simulation en santé est-elle réellement efficace ? Qu'est-ce qui dans ce type d'outil pourrait amener les professionnels à réellement améliorer leur compétence collaborative ?

1.4.2 La simulation en santé, une technique pédagogique alternative qui permet aux équipes de développer une approche réflexive par l'action

La simulation en santé est un outil de formation qui se développe depuis quelques années dans le monde de la santé. Notre travail vient questionner la pertinence de cette technique pédagogique dans le champ de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. En effet, la revue de littérature évoquée jusqu'à maintenant nous amène à constater la portée encore limitée des dispositifs d'accompagnement de gestion des risques associés aux soins existants en terme d'acculturation des professionnels de santé. L'apport de la simulation, réalisée dans un lieu neutre, pourrait permettre aux soignants de se positionner de façon active en apprenant de leurs erreurs. Cela pourrait constituer une opportunité pour le DS à déployer cette approche dans les plans de DPC institutionnels. L'objectif de cette partie théorique est de sérier les modalités de pratiques offertes par cet outil pédagogique pour comprendre comment elle peut s'articuler avec la thématique de la prévention des risques associés aux soins et devenir un catalyseur d'harmonisation des identités professionnelles pour les soignants.

1.4.2.1 L'histoire de la simulation inscrite dans les gènes de la gestion des risques³⁶

La simulation est une technique qui existe dans le champ de la formation des professions à risque depuis de nombreuses années. Au début du 20^{ème} siècle, le premier simulateur de vol dénommé « pingouin » a été introduit dans la formation initiale et continue des pilotes de l'armée américaine. Cette technologie se développa ensuite dans l'aviation civile. United Airlines, introduisit la simulation dans la formation continue de ses équipages en partant du constat que le risque d'accident était 4 à 5 fois supérieur lors des entraînements par rapport à une situation de vol classique³⁷. De ces premières expérimentation, la simulation s'est développée dans d'autres activités comme l'aérospatiale, la marine ou encore le nucléaire avec l'objectif de prévenir les risques d'accidents et d'améliorer la sécurité³⁸.

Dans le secteur de la santé, la simulation a débuté dès 1731 dans la formation des médecins. Les chirurgiens ont ainsi initié les premières expériences sur des cadavres pour s'exercer aux gestes opératoires. La maïeutique emboîta le pas, par l'intermédiaire de la première « machine à accoucher » conçue par AM. LE BOURSIER DU COUDRAY en 1759. C'est à partir de 1910 que le directeur de la Hartford Hospital Training School for Nurses commanda à l'industriel M. CHASE les premières poupées destinées à former les infirmières et les sages-femmes. Ce mannequin permettait notamment aux étudiants de s'exercer aux techniques des injections et aux gestes élémentaires de maternages.

³⁶ D'après : ANGEL S. et ANGEL P. ; « *Éviter les erreurs médicales grâce à la simulation* » ; Éditions Odile JACOB, 2016

³⁷ www.officiel-prevention.com/formation/fiches-metier/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=206&dossid=407 ; Consulté en avril 2017

³⁸ www.assovirtuaires.free.fr/projets/histoire%20simu/01/projet.html; Consulté en avril 2017

À partir des années 1960, le matériel de simulation en santé a pris un nouvel essor. Les Professeurs P. SAFAR et B. LIND, commandèrent au fabricant de jouets LAERDAL, un mannequin permettant l'apprentissage de la réanimation cardio pulmonaire. Le fabricant de jouet créa alors RESUSCI-ANNE, un mannequin dont la tête bascule pour réaliser une ventilation efficace. Dans le même temps, S. ABRHAMSON et J. DENSON mettaient en œuvre un prototype de mannequin électronique, le SIM ONE. Il proposait l'ouverture et la fermeture de la bouche à des fins d'apprentissage de l'intubation. En 1968, l'université de MIAMI et le Dr M. GORDON développèrent le mannequin HARVEY. Celui-ci fut le premier à proposer une fonction cardiaque et pulmonaire pour mesurer pression artérielle et pouls.

A travers cette première partie de description historique, nous pouvons constater que jusque dans les années 1970, la simulation en santé s'est essentiellement axée sur une pédagogie transmissive de type behavioriste. Centrée sur les pratiques procédurales, elle a permis aux médecins de s'exercer à réaliser de bons gestes techniques.

A partir des années 1970, les courants de type constructivistes ont favorisé l'apparition de nouvelles formes pédagogiques de la simulation. Reconnu comme fondateur de cette théorie de l'apprentissage, J. PIAGET³⁹, considérait que les mouvements behavioristes étaient limitatifs en ce sens qu'ils favorisaient uniquement une réponse à un stimulus. Dans les courants constructivistes, le formateur incarne une posture de guidant. Cette évolution du paradigme est intéressante car elle s'appuie sur l'expérience du formé pour l'inscrire dans une perspective réflexive et la faire évoluer dans sa pratique.

Dans ce contexte, D. GABA, créa le projet CASE 0.5 en 1986. Il découvrit dans l'aéronautique le concept de « Crew Resource Management » (CRM), une théorie qui vit le jour par SMITH en 1979. Le CRM introduit la notion d'aide à la décision et management des équipes. SMITH mis en avant que la sécurité en vol était fortement impactée par la capacité d'un équipage à coopérer et communiquer ensemble. Par benchmarking, D. GABA reproduit ce modèle dans les séquences de simulation en santé en créant « Anesthesia Crisis Resource Management » (ACRM). Historiquement, la simulation en santé connut un nouveau tournant et permit d'introduire la notion de travail en équipe.

L'apport des nouvelles technologies viendra jusqu'à aujourd'hui développer des niveaux de réalismes particulièrement performants sur les simulateurs. Ceux-ci donnent maintenant l'accès à des scénarii évolutifs en termes de paramètres vitaux, dilatation pupillaire, cyanose, fréquence respiratoire..... Mais quelles sont les formes de simulations possibles ? Comment s'organise une séquence de simulation ? À travers ces deux questions, nous allons décrire dans la partie à venir le périmètre de la simulation en santé aujourd'hui. Cela nous permettra de mieux comprendre les typologies existantes.

³⁹ www.uqac.ca/pminier/act1/constr.htm ; Consulté en avril 2017

1.4.2.2 La simulation en santé aujourd'hui, quel périmètre? Quelle méthodologie pédagogique ?

La simulation en santé a été définie par le Pr JC. GRANRY et le Dr MC. MOLL en 2012⁴⁰. Elle peut se définir de la manière suivante :

« L'utilisation d'un matériel [...], de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins. »

Il existe d'après JC. GRANRY et MC. MOLL, 8 grandes catégories⁴¹ de simulation. Cette typologie nous montre que le terme de simulation en santé recouvre des réalités très différentes. Nous comprenons ainsi que certaines simulations sont fortement axées sur l'amélioration des compétences individuelles et d'autres sur les compétences collaboratives. Or, c'est le versant des compétences collaboratives qui intéresse notre travail de recherche. En effet, les enquêtes ENEIS nous ont permis de constater qu'il existe aujourd'hui une marge d'amélioration possible dans ce domaine pour prévenir les EIG. Ces techniques de simulation en équipe sont pour JC. GRANRY et MC. MOLL celles de la simulation pleine échelle, hybride ou patient standardisé.

La mise en place de séquences de formation par la simulation en équipe comporte trois phases⁴² : Le briefing, le déroulement du scénario, le débriefing.

- Le briefing est une étape importante qui se déroule en deux temps. Le premier temps consiste à poser le cadre de l'intervention notamment les principes de non jugement et de confidentialité réciproque entre les apprenants et le formateur. Cette étape du briefing est essentielle pour mettre en confiance les formés. Elle permet aussi d'introduire la notion d'enregistrement vidéo et de son utilisation déontologique dans un contexte de formation. Le deuxième temps consiste à l'appropriation du matériel utilisé par les apprenants lors de cet exercice.
- Le déroulement du scénario dure environ 15 minutes. Il met en action les apprenants dans une situation simulée. Cette situation est filmée et retransmise en direct et à distance au reste du groupe des apprenants ne participant pas à la situation simulée. Le rôle du formateur dans ce temps est double. D'une part il a en charge l'évolutivité du scénario en fonction des réactions des stagiaires. D'autre part, il a pour mission de faciliter la résolution d'un problème rencontré par les apprenants pendant la simulation pour permettre à l'exercice d'arriver à son terme.

⁴⁰ Pr GRANRY JC. et Dr MOLL C. ; « *Etat de l'art en matière de pratique de simulation dans le domaine de la santé* » ; HAS ; 2012 ; page 5

⁴¹ Pr GRANRY JC. et Dr MOLL C. ; « *Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du DPC et de la prévention des risques associés aux soins* » ; HAS ; 2012 ; pages 57 à 59

⁴² Pr GRANRY JC. et Dr MOLL C. ; « *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* » ; HAS ; 2012 ; page 14

- Le débriefing, est un temps d'analyse et de synthèse qui fait suite à la situation simulée. D'après JC GRANRY et MC MOLL, ce temps est le temps « *majeur d'apprentissage et de réflexion de la séance de simulation* ». Le formateur a pour mission ici de mettre les formés en réflexivité sur l'écart entre les objectifs posés lors du briefing versus le réel observé dans l'exercice de simulation. Le formateur amène les apprenants à analyser leur pratique professionnelle et prendre conscience du degré de performance atteint.

Le débriefing est un moment clé de la formation par la simulation qui s'inscrit dans des courants d'analyse de la pratique tels que nous les avons développés avec D. SCHÖN et C. ARGYRIS⁴³. P. PASTRE, P. MAYEN et G. VERGNAUD⁴⁴, vont plus loin et développent le concept de didactique professionnelle en précisant que la simulation permet de :

« Confronter les apprenants à des situations [...] qui comportent un problème, pour lesquels les acteurs ne possèdent pas de procédure qui leur permet d'aboutir à coup sûr au résultat. Ils vont être obligés de faire preuve d'intelligence de la tâche, de mobiliser des niveaux plus ou moins élevés de conceptualisation : ils vont être en situation d'apprentissage ».

Ces courants pédagogiques employés en simulation, sous-tendent l'hypothèse que c'est l'expérience et l'erreur des apprenants qui vont occuper une partie centrale dans le débriefing. L'expérience professionnelle sera ainsi conceptualisée pour poser un sens aux actions entreprises. Dans le débriefing, le groupe des apprenants participe à la co-construction des savoirs. L'utilisation des techniques d'animations de type « analyse de la pratique professionnelle » par le formateur permet de faire circuler librement la parole et les questionnements des stagiaires. Par ailleurs la place de l'erreur est aussi instructive. En effet, dans la pratique quotidienne des professionnels, l'erreur peut avoir des conséquences et se transformer en faute et/ou préjudice pour le malade. Or, lors d'une séance de simulation ce n'est pas le cas.

Ce type de formation pourrait ainsi représenter une opportunité pour le DS afin de faire réfléchir ensemble des équipes de soignants dans l'action mais à distance de toutes contraintes liées aux risques de la pratique professionnelle, donc en toute sécurité. De plus, si comme évoqué précédemment, ce type de pratique constitue un catalyseur pour harmoniser les identités professionnelles et gagner en compétence collaborative, le sujet mérite qu'on y porte une grande attention.

⁴³ LAGADEC AM. ; « *L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs* » ; Recherche en soins infirmiers (N° 97) ; Éditeur A.R.S.I. ; 2009 ; pages 5 à 19

⁴⁴ PASTRE P., MAYEN P. et VERGNAUD G. ; « *La didactique professionnelle* » ; Revue française de pédagogie ; N°154 ; 2006 ; page 186

1.4.3 Synthèse de la partie théorique

Cette première partie de cadre théorique nous a permis d'ouvrir une réflexion sur la place du DS dans l'accompagnement des équipes soignantes à l'évolution de leur identité professionnelle d'entreprise dans un contexte de coopération territoriale par une politique de formation continue utilisant la simulation en santé en équipe sur le thème de la prévention des risques associés aux soins.

Nous nous sommes tout d'abord aperçus que les successions législatives avaient renforcé une identité professionnelle hospitalo-centrée voir pôle-centrée pour les soignants. Ce point constitue un premier enjeu à accompagner par le DS pour développer l'identité professionnelle territoriale des soignants.

Par ailleurs, nous avons pu constater que la formation continue représente un vecteur managérial pour le DS, permettant des évolutions identitaires. La mise en œuvre de temps de formation entre professionnels est un élément de décroisement permettant aux soignants de réfléchir au sens de leurs actions et de développer un corpus de connaissances commun.

De plus, ces temps de formation quand ils sont pratiqués en équipe, représenteraient une opportunité pour développer les compétences collaboratives entre professionnels, facteur d'amélioration de la performance collective au service des patients. A titre d'exemple, le programme PACTE montre des évolutions encourageantes sur ce terrain. La simulation en santé y est plébiscitée pour créer une zone neutre de formation où l'apprentissage par l'erreur représenterait une plus-value pour développer les compétences collaboratives et l'analyse des situations à risque et permettrait une harmonisation des identités professionnelles lorsqu'elle est pratiquée en équipe.

L'objectif de la suite de notre travail est de confronter ces éléments théoriques à une enquête de terrain afin de vérifier ou non l'utilité de la simulation en santé comme outil pédagogique de choix pour accompagner les stratégies managériales du DS.

2 METHODOLOGIE DES DEUX ENQUETES DE TERRAIN

Afin de valider notre question de départ et nos hypothèses de recherche, nous avons choisi de réaliser deux enquêtes de terrain.

La première sera ciblée sur l'intérêt de développer la simulation en santé en équipe autour du thème de la gestion des risques. Nous y aborderons une démarche quantitative qui permettra de valider ou non la question de départ ainsi que les hypothèses 1 et 2.

La seconde nous servira à aller à la rencontre de professionnels qui élaborent les plans DPC dans les établissements pour nous permettre d'obtenir des éléments sur la place du DS dans l'élaboration de ceux-ci. Cela nous permettra de valider ou non de manière qualitative l'hypothèse 3.

2.1 La méthodologie de l'enquête quantitative

L'objectif de l'investigation quantitative est de nous permettre d'une part de répondre à notre question de départ et aussi de vérifier ou non nos deux premières hypothèses de travail. Pour rappel, notre question de départ est :

La simulation en santé a-t-elle une place à tenir dans la politique de formation continue des professionnels de santé sur le volet prévention des risques associés aux soins, impulsé par le DS?

Nous avons émis les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : *La simulation en santé représente un levier managérial à la performance collaborative dans le domaine des situations à risques.*

Hypothèse 2 : *Le développement de programmes de formations continues par la simulation en santé constitue un vecteur d'inter professionnalité et de convergence des identités professionnelles au sein du GHT.*

2.1.1 L'outil d'enquête quantitatif choisi et sa construction

Afin de mener cette première investigation nous avons opté pour une approche quantitative par des questionnaires⁴⁵. Selon R. QUIVY et LV. CAMPENHOUDT, cette méthode convient particulièrement pour :

« L'analyse d'un phénomène social que l'on pense pouvoir mieux cerner à partir d'information portant sur les individus de la population concernée. »⁴⁶

Pour développer un avis en tant que DS sur l'intérêt de l'approche par la simulation en équipe, il nous a semblé intéressant de nous intéresser au ressenti de personnes ayant

⁴⁵ ANNEXE 2 : Trame du questionnaire

⁴⁶ QUIVY R. et CAMPENHOUDT LV. ; « Manuel de recherche en sciences sociales » ; Editions Dunod 2^{ème} édition ; 1995 ; page 191

suivi ce type de programme. Qu'en ont-ils pensé ? Identifient-ils des plus-values à l'utilisation de cet outil ? En d'autres termes, existe-t-il pour ces agents un intérêt identifié à suivre ce type de formation continue ? Nous avons établi un questionnaire permettant de catégoriser le ressenti de ces soignants autour de 6 items, développés dans notre partie théorique :

- Intérêt ressenti sur l'évolution des pratiques
- Intérêt ressenti sur l'évolution de l'identité professionnelle
- Degré d'adhésion des professionnels à la simulation en santé en équipe
- Intérêt ressenti sur l'amélioration des compétences individuelles
- Intérêt ressenti sur l'amélioration des compétences collaboratives
- Perception de l'outil simulation dans le champ de la gestion des risques

2.1.2 Le terrain de l'enquête quantitative

Notre terrain d'investigation est un centre de simulation en santé adossé à un centre hospitalier. Celui-ci est uniquement dédié à la formation continue. Il développe dans son offre de formations, différentes méthodes de simulations. D'après JC GRANRY et C. MOLL⁴⁷, on y retrouve quatre des huit techniques possibles de simulation : Patients standardisés, simulations procédurales, simulation hybride, simulation pleine échelle. Notre choix d'investigation s'est porté vers des programmes de type simulation hybride et simulation pleine échelle. En effet, dans ces programmes, quatre offres de formation concernent la simulation en équipe, sur des situations de soins à risques et sont développées depuis deux ans : Hémorragie de la délivrance ; Prise en charge du déchoquage de l'enfant ; Gestion des situations critiques au SAU ; Gestion de situations critiques en anesthésie. Ces quatre formations sont réalisées en groupe interprofessionnel

2.1.3 Le choix de la population enquêtée lors de cette première investigation

Ces quatre programmes ont concernés 112 professionnels pour lesquels nous avons adressé nominativement un questionnaire. Le retour des questionnaires par les professionnels à quand à lui été réalisé de façon anonyme garantissant la confidentialité.

Les programmes de formation ont concerné cinq types de métiers :

MEDECINS	SAGE FEMME	INFIRMIERS SPECIALISES (IADE, IBODE, PUER)	INFIRMIERS	AIDES SOIGANTS AUXILIAIRES PUER
39	2	29	26	16

⁴⁷ CF. ANNEXE 1

Le nombre de retour des questionnaires a été de 69 soit un taux de réponse à 61.6%.

Quatre catégories professionnelles sur les cinq ont répondu à l'enquête :

MEDECINS	INFIRMIERS SPECIALISES	INFIRMIERS	AIDES SOIGANTS AUXILIAIRE PUER
26	19	16	8

2.1.4 Technique de traitement et fiabilisation des données quantitatives

Une fois les données brutes extraites des questionnaires, c'est dans le champ de la statistique que nous avons trouvé une méthode pour fiabiliser nos résultats. Celle-ci est la méthode de l'intervalle de confiance d'une proportion⁴⁸.

En effet, le panel interrogé nous a amené à obtenir 69 répondants. Or, ce nombre reste partiellement représentatif pour tirer des conclusions. Nous avons donc procédé à une extraction statistique pour les réponses obtenues à chaque question. Nous avons converti en pourcentage chacune des proportions de réponse. Nous avons ensuite additionné les pourcentages pour les réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord ». Nous avons appliqué la méthode de l'intervalle de confiance en fixant un seuil de significativité à 5%. Cela nous permet de fiabiliser les résultats à 95%. Autrement dit cela signifie qu'il existe 95% de chance pour que le résultat obtenu soit compris entre les valeurs de notre intervalle de confiance en « réel ». Nous avons donc calculé pour chaque résultat, la valeur de l'intervalle de confiance en reprenant le pourcentage initial de réponse obtenu en « d'accord et « plutôt d'accord » plus ou moins un chiffre d'imprécision. Ce chiffre d'imprécision est calculé en respectant la formule de probabilité suivante :

$$1.96 \times \sqrt{\frac{[(\sum \text{pourcentages "d'accord" et "plutôt d'accord"}) \times (1 - \sum \text{pourcentages "d'accord" et "plutôt d'accord"})]}{\text{nombre de répondants à la question}}}$$

Exemple : A la question 3.1, « Suite à cette session de simulation, diriez-vous : « Cette formation m'a permis de : Remise à jour de mes connaissances » », 84% des participants sont « d'accord » et « plutôt d'accord ». En appliquant la formule cela nous donne une imprécision aux réponses obtenues de :

$$1.96 \times \sqrt{[(0.84) \times (1 - 0.84)] / 69} = 0.09, \text{ soit } 9\%.$$

Cela signifie que l'on peut dire que le pourcentage observé représente un pourcentage « réel » compris entre 75% (84% - 9%) et 93% (84% + 9%). Nous pouvons donc conclure que significativement les participants valident cette affirmation (estimation la plus basse : 75%). Si l'intervalle de confiance du pourcentage descend en-dessous de 50%, nous ne pouvons plus dire qu'une majorité de participants soit d'accord avec l'affirmation.

⁴⁸ www.webapps.fundp.ac.be/biostats/biostat/modules/module105/page4.html ; Consulté juin 2017

2.2 La méthodologie de l'enquête qualitative

L'objectif de la seconde investigation est de valider ou non l'hypothèse 3 :

Hypothèse 3 : *Le DS, a un rôle majeur dans l'élaboration du DPC des auxiliaires médicaux sur la thématique de l'amélioration des pratiques et la gestion des risques.*

2.2.1 L'outil d'enquête qualitatif choisi et sa construction

Afin de mener cette seconde enquête, qualitative, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi directifs à l'aide d'une grille d'entretien⁴⁹. Selon R. QUIVY et LV. CAMPENHOUDT⁵⁰, cette méthode convient particulièrement pour :

« Les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre de processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Correctement mis en œuvre, ces processus permettent au chercheur de retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés. (...) Le chercheur concentre davantage l'échange autour de ses hypothèses de travail sans exclure pour autant les développements parallèles susceptibles de les nuancer ou de les corriger »

Ces éléments nous permettront par ailleurs, d'étayer nos propositions d'action dans la suite du mémoire. Les entretiens ont eu une durée d'environ 15 à 20 minutes chacun.

2.2.2 Le choix de la population enquêtée lors de cette deuxième investigation

Lors de cette deuxième enquête, nous avons choisi d'interviewer deux acteurs majeurs de la validation des plans DPC en équipe à savoir : DS et DRH. Ce sont 4 professionnels répartis de la façon suivante que nous avons rencontrés.

DRH	DS
2	2

2.2.3 Technique de traitement des données qualitatives

Pour mener l'analyse, nous avons choisi d'extraire des verbatim de chacun des entretiens⁵¹. Ceux-ci sont en lien avec la place du DS dans le processus d'élaboration des plans de DPC des auxiliaires médicaux sur l'amélioration des pratiques et la gestion des risques. Nous les traiterons par catégorie de métiers interviewés afin de nous rendre compte de la perception de la place accordée au DS pour chacun des métiers. Par ailleurs, nous avons choisi d'évoquer la gestion des risques en équipe lors de ces entretiens par le versant de la simulation en santé en équipe. Cela nous permettra d'analyser ce que les dirigeants

⁴⁹ ANNEXE 4 : Trame des entretiens semi-directifs

⁵⁰ QUIVY R. et CAMPENHOUDT LV. ; « *Manuel de recherche en sciences sociales* » ; Editions Dunod 2ème édition ; 1995 ; pages 194 et 195

⁵¹ ANNEXE 5 : Retranscription des entretiens

hospitaliers pensent de cette technique pédagogique. Identifient-ils des forces et des faiblesses à ce type de formation continues ? Si oui lesquelles ? Perçoivent-ils un intérêt à développer des programmes de formation en équipe pluri professionnelles et en inter établissement ? Ces éléments complémentaires nous permettront dans nos propositions d'ajuster les stratégies à déployer par le DS pour être une force de proposition dans le DPC.

2.3 Les limites de l'étude

Le travail de recherche que nous avons choisi de mener comporte un certain nombre de limites qu'il convient d'explicitier. Tout d'abord, la simulation revêt des formes multiples et son exercice est encore en voie de développement. Nous avons choisi un terrain d'enquête qui développe une offre de formation uniquement centrée sur la formation continue. Ce terrain est « idéal » mais ne représente pas aujourd'hui la majorité des lieux proposant des séquences de simulation en santé. Aussi, il aurait été intéressant de compléter notre investigation auprès d'un autre centre de formation proposant ou pas de la simulation en santé sur des thématiques similaires.

Par ailleurs, l'échantillon de professionnels interviewés pour l'enquête quantitative est de 69. Ce nombre est limité et nous a confronté à la fiabilisation de nos résultats. C'est à cet effet que nous avons fait appel à un chercheur en psychosociologie, T. MORINEAU. Celui-ci nous a expliqué la technique de statistique de l'intervalle de confiance que nous avons mise en œuvre ici. Il n'en demeure pas moins que notre interprétation se fonde sur une probabilité et reste donc relative. Nous ne pouvons donc pas généraliser nos résultats.

De plus, l'échantillon des professionnels interviewés lors de notre seconde enquête de terrain est lui aussi limité. Il ne permet pas de tirer des conclusions précises mais nous donne une orientation qui nous paraît utile pour développer nos préconisations après l'analyse. De plus, nous nous apercevons qu'il aurait été intéressant d'interviewer des PCME. En effet, le déploiement de programmes de formation inter professionnels engage la communauté médicale, particulièrement sur le volet de la gestion des risques. Le temps imparti ne nous a pas permis de réaliser cette démarche.

L'élaboration de nos deux enquêtes de terrain comporte un biais méthodologique. Ce biais en lien au fait que nous avons cherché à valider une partie de nos hypothèses par l'enquête quantitative et une hypothèse en particulier par l'enquête qualitative. En ce sens, nous ne pouvons pas complètement croiser ces deux enquêtes. Il nous apparaît néanmoins important d'avoir pu vérifier l'efficacité de la simulation en santé avant de nous intéresser aux stratégies du DS pour déployer cette technique.

Enfin, notre inexpérience dans le domaine de la recherche, notamment la création d'un questionnaire et son analyse constitue sans aucun doute une limite qui ne permet pas de généraliser les conclusions de ce travail.

3 ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES DE LA PREMIERE ENQUETE

L'analyse des données des questionnaires va se faire en classant les types de réponses les plus significatives en six catégories, en lien avec notre cadre théorique tel que décrit dans la méthodologie de recherche.

Pour faciliter la lecture, nous choisissons de procéder à une analyse globalisée des données toutes catégories professionnelles confondues lorsque les résultats ne montreront pas d'écarts statistiques majeurs entre les professions. Pour les données montrant des différences significatives entre les professions, nous réaliserons une analyse séparée de ces données. Exemple : Si le total globalisé des « d'accord » et « plutôt d'accord » est supérieur à 50% mais qu'une catégorie professionnelle s'inscrit dans un autre type de réponse « ni en accord, ni en désaccord », « plutôt pas d'accord », « pas d'accord », nous le signalerons et analyserons cet écart. Ces classifications permettront de donner un éclairage de la population interrogée sur son ressenti des effets de la simulation en santé à distance de leur séance. En fonction des résultats nous pourrons valider ou invalider notre question de départ et nos hypothèses quant à l'intérêt de la simulation en santé en équipe sur le volet gestion des risques.

La validation de la question de départ et des hypothèses de recherche nous permettrait de sérier les objectifs pour le DS dans la mise en œuvre d'un plan de DPC par la simulation en équipe en lien avec la prévention des risques associés aux soins. La notion d'équipe implique que beaucoup de catégories professionnelles sont représentées dans ce type de formation. Si la plupart de ces catégories professionnelles répondent de l'autorité hiérarchique du DS, l'impliquant directement dans le déploiement de ce type de plan de formation, d'autres comme les médecins et les sages-femmes appartiennent à d'autres canaux hiérarchiques. Pour le DS, l'intérêt de cette recherche réside dans le fait qu'il pourra si la question de départ et les hypothèses sont validées, objectiver l'intérêt de développer la simulation en santé en équipe dans une perspective de gestion des risques liés aux pratiques collaboratives des soignants. Ainsi il pourra développer avec les autres acteurs de l'hôpital ce type de plan à la frontière du projet de soins et du projet médical d'établissement, voir du GHT.

3.1 Ressenti des acteurs quant à l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'évolution de leurs pratiques⁵²

Deux questions s'inscrivent dans cet item :

- « *Après la formation, j'ai rencontré une situation identique à celle pour laquelle j'ai été formé et j'ai eu l'impression d'être plus performant qu'avant* »

Sur ce premier item, les résultats ne sont pas significatifs dans le sens moins de 50% des interviewés en appliquant le taux d'imprécision ne sont ni « d'accord » et « plutôt d'accord ». Nous pensons que nous aurions dû formuler la question différemment ou proposer un item de réponse supplémentaire à savoir : non concerné. En effet, ici l'analyse des réponses est difficile car nous pouvons supposer que les professionnels n'ont pas forcément été confrontés à une situation identique à celle pour laquelle ils ont été formés et ne peuvent donc pas répondre.

- « *Je pense que la simulation en santé représente une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital* »

Concernant cette question nous avons un taux de 99% de personne en accord. L'imprécision est de 3% soit un taux « réel » probable compris entre 96 et 100%. Ce résultat est significatif et globalement les personnes ayant suivi un des programmes de formation par la simulation en santé en équipe, quel que soit leur métier, pensent que l'outil représente une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital.

Ce point est intéressant, car il met en avant un levier possible à l'évolution des pratiques professionnelles. A l'heure des parcours de soins à l'échelle territoriale, nous pouvons penser que la simulation ouvre une opportunité pour harmoniser les pratiques en favorisant les programmes de formation inter-établissements. Ce point nous semble intéressant à exploiter dans la suite de notre travail de proposition notamment à l'échelle des GHT.

SYNTHESE RESENTI DES ACTEURS EFFET DE LA SIMULATION SUR L'EVOLUTION DE LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Unanimement toutes les catégories professionnelles ayant répondu aux questionnaires affirment que la séance de simulation en équipe qu'ils ont suivie représente une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital.

⁵² ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité
Yann ROBIC - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

3.2 Ressenti des acteurs sur l'impact de la simulation en santé en équipe dans le domaine de l'identité professionnelle⁵³

Deux questions sont inscrites dans cet item :

- « *Mieux connaître les professionnels avec qui je travaille* »

A 77% (imprécision de 10 %) soit une valeur entre 67 et 87%, les professionnels expriment que la séquence de formation leur a permis de mieux connaître les soignants avec qui ils travaillent. Nous émettons l'hypothèse que le temps de débriefing a pu favoriser les échanges sur leurs pratiques et expliciter les champs de compétences propres et les représentations qu'ils ont des autres. En effet, le débriefing n'est pas toujours réalisé dans la vie quotidienne des services. Le formateur, par sa posture, favorise la réflexivité sur les actes effectués pendant l'action. Cela permet d'explicitier le sens et de le faire entendre aux formés. Sur le plan identitaire, cette démarche est fédératrice et permet de créer des « îlots partagés » de connaissance des professions et de leur mode de fonctionnement. D'ailleurs, les professionnels confirment très majoritairement dans la seconde question l'effet positif de convergence des cultures professionnelles, offert par la simulation en santé.

- « *Je pense que la simulation en santé favorise l'appropriation d'une culture commune entre les professionnels* »

Ici 97% des répondants avec une imprécision de 4% soit un pourcentage « réel » compris entre 93 et 100% voient dans la simulation en santé en équipe, un levier pour développer une culture professionnelle commune. Il nous semble important de corréliser ce résultat avec le fait que sur les 69 répondants, 19 ont réalisé la formation au sein de leur équipe, 30 avec des professionnels de l'établissement et 20 en inter-établissement. En effet, le fait de travailler dans une équipe est à notre sens un premier facteur d'harmonisation des identités professionnelles. De plus, en s'appuyant sur les propos de C. DUBAR, abordés dans la partie théorique, l'identité d'entreprise est aussi une composante de l'identité professionnelle. Par contre le fait que 20 personnes aient suivi une formation dans le cadre de l'inter établissement laisse supposer que l'identité professionnelle d'entreprise était mixée dans les groupes et que globalement les professionnels ont perçu la possibilité de partager une culture d'entreprise. Il aurait été intéressant d'aller plus loin en comparant l'organisation des soins et protocoles déployés dans ces établissements.

SYNTHESE RESENTI DES ACTEURS EFFET DE LA SIMULATION SUR L'IMPACT IDENTITAIRE DES PROFESSIONNELS

Unanimement toutes les catégories professionnelles ayant répondu aux questionnaires affirment que la séance de simulation en équipe qu'ils ont suivie représente une opportunité pour faire évoluer les identités professionnelles.

⁵³ ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité

3.3 Adhésion des professionnels à la simulation en santé en équipe⁵⁴

Cet item regroupe cinq questions. Très globalement, nous pouvons dire que les agents ayant participé à une simulation adhèrent à la technique pédagogique et sont prêts à se réinscrire à une séance. En effet à la question :

- « *Je suis prêt à me réinscrire à une séance de simulation* »

97% des répondants sont favorables à renouveler l'expérience. L'imprécision étant de 4% cela donne un pourcentage réel entre 93 et 100%. Il faut mettre ce résultat en lien avec d'autres questions pour comprendre ce qui pourrait motiver les agents à se réinscrire :

- « *Le formateur a garanti un climat constructif et sécurisant pendant cette formation* »

97% des répondants répondent favorablement. L'imprécision étant de 4% cela nous donne un pourcentage réel compris entre 93 et 100%. La notion de climat sécurisant, renvoi à la confiance que les formées ont perçue de la part du formateur. Cet élément nous semble effectivement fondamental et vient confirmer ce que nous avons pu expliciter dans la partie théorique sur la notion d'apprentissage par l'erreur. La dynamique non punitive en formation semble libérer la parole des soignants. Cela est d'ailleurs confirmé par les questions :

- « *Je me suis senti jugé par le formateur dans cette séance de simulation* » et « *J'ai pu m'exprimer en toute liberté pendant la formation* »

Sur la première question à 3% les répondants sont « d'accord » ou « plutôt d'accord », avec une imprécision de 4 %, soit en « réel » 0 à 7% des professionnels se sont sentis jugés par le formateur. Cela est d'ailleurs confirmé par la seconde question où 100% des professionnels confirment avoir pu s'exprimer en toute liberté. La liberté d'expression permet au formateur d'avoir accès à ce que pensent réellement les apprenants sur un sujet. Il semble ici ne pas avoir censure entre les formés et le formateur, favorisant l'expression, et la réflexion sur l'action. D'ailleurs, les répondants ont été peu déstabilisés par la séance:

- « *Cette formation m'a beaucoup déstabilisé* »

12% des répondants se sont sentis déstabilisés (imprécision 8%) soit entre 4 et 20 % réel. C'est le positionnement du formateur qui permet de positiver les erreurs et que les apprenants repartent de la formation rassurés sur leurs capacités. Cette posture fait partie de la charte éthique proposée par le centre de simulation.

SYNTHESE ADHESION DES ACTEURS A LA SIMULATION EN SANTE EN EQUIPE

Unanimement toutes les catégories professionnelles ayant répondu aux questionnaires adhèrent à la simulation en santé en équipe. Le rôle du formateur semble être ici central pour garantir un climat de confiance propice à la liberté d'expression et à l'apprentissage par l'erreur.

⁵⁴ ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité
Yann ROBIC - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

3.4 Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'amélioration de leur compétence individuelle⁵⁵

Cet item regroupe 6 questions. Les premières questions mettent en avant que la séquence de simulation en équipe ne représente pas un levier d'amélioration de leur compétence technique. En effet, aux questions :

- « *Améliorer mes gestes techniques* » et « *Améliorer ma capacité à réaliser ou contribuer au diagnostic* »

Les résultats des répondants sont non significatifs car inférieurs à 50% avec la correction du taux d'imprécision. Il faut préciser sur ce point, que 56 des 69 soignants interrogés ont plus de 6 ans d'ancienneté dans leur profession et ont probablement développé une dextérité dans les actes techniques. Mais, si la simulation de type « procédurale », permet de développer la technique, cela n'est pas l'objectif premier de la simulation en équipe, qui est centrée sur l'analyse des pratiques. D'ailleurs, pour les autres questions :

- « *Analyser ma pratique individuelle* », « *Mettre à jour mes connaissances* », « *Apprendre à mieux organiser mon espace de travail* »

Nous trouvons des résultats significatifs, respectivement, 97%, (imprécision à 4%) soit entre 93 et 100% en réel pour l'analyse de la pratique individuelle ; 84%, (imprécision 9%) soit entre 75 et 93% en réel pour la mise à jour des connaissances ; 74 %, (imprécision à 10%) soit entre 64 et 84 % en réel pour l'organisation de l'espace de travail. Nous voyons ici que la simulation en santé en équipe favorise l'amélioration des compétences non techniques sur le plan individuel. Cette formation semble offrir un temps d'analyse qui permet aux soignants de repositionner du sens à leurs actes et de mettre à jour leurs connaissances. Mais elle permet aussi d'après la question suivante :

- « *Je suis reparti de cette formation rassuré sur mes compétences* »

De nous rendre compte que ces séquences apportent une réassurance des professionnels sur leur capacité à agir. En effet à 71%, imprécision à 11% soit entre 60 et 82% en réel, les soignants trouvent ici une forme de validation de leurs acquis. Cela est intéressant dans le sens où nous pouvons penser que la simulation en équipe est contributive à une forme de qualité de vie au travail, limitant la charge mentale des agents.

SYNTHESE RESENTI DES ACTEURS DE L'EFFET DE LA SIMULATION EN EQUIPE SUR L'AMELIORATION DE LA COMPETENCE INDIVIDUELLE

Ce type de formation n'est pas perçu comme un levier d'amélioration de la compétence technique. Par contre, elle permet d'une part d'améliorer les compétences non techniques sur le plan individuel et d'autre part de favoriser une réassurance des professionnels sur leurs capacités.

⁵⁵ ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité

3.5 Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'amélioration de leur compétence collaborative⁵⁶

Cet item regroupe 8 questions nous permettant d'analyser que les répondants n'ont pas ressenti d'effet direct de la simulation sur leurs relations de travail. En effet aux questions :

- « *Créer des liens forts avec mes collègues* », « *Parler de sujets avec mes collègues que j'abordais peu* », « *Prendre plus plaisir à travailler avec mes collègues* »

Les réponses apportées par les professionnels n'atteignent pas le seuil de significativité. Ces questions sont orientées sur l'aspect « cohésif » voir « affectif » du travail en équipe. Mais en réalisant une analyse plus fine de cet item sur le volet de la compétence collaborative nous nous apercevons que pour les questions :

- « *Analyser la pratique de mon équipe* », « *Mieux communiquer en équipe* », « *Prendre ma place dans l'équipe* », « *Comprendre ce que les autres attendent de moi dans des situations complexes* », « *Prendre conscience de l'intérêt de débriefer les situations quotidiennes avec mes collègues* »

Les pourcentages deviennent significatifs avec respectivement, 90% (imprécision de 7%) soit entre 83 et 97% en réel pour l'analyse de la pratique de l'équipe ; 90% (imprécision de 7%) soit entre 83 et 97% en réel pour mieux communiquer en équipe; 80% (imprécision de 10%) soit entre 70 et 90% en réel pour prendre ma place dans l'équipe, 80% (imprécision de 9%) soit entre 71 et 89% en réel pour mieux comprendre ce que les autres attendent de moi, 88% (imprécision de 8%) soit entre 80 et 96% en réel pour l'intérêt de débriefer les situations quotidiennes. En comparant avec les indicateurs du centre de simulation des hôpitaux universitaires de Genève : *Savoir agir, savoir interagir, savoir prendre l'initiative, savoir se positionner, savoir apprendre, savoir exprimer*, nous constatons que l'échantillon questionné valide les indicateurs. En ce sens, nous pouvons dire que la simulation en santé en équipe est une opportunité pour l'amélioration des compétences collaboratives. De plus et nous y reviendrons en détail dans l'analyse suivante, le fait que les soignants prennent conscience de l'intérêt de débriefer les situations complexes représente une opportunité pour développer la culture gestion des risques.

SYNTHESE RESENTI DES ACTEURS DE L'EFFET DE LA SIMULATION EN EQUIPE SUR L'AMELIORATION DE LA COMPETENCE COLLABORATIVE

La simulation en santé en équipe semble un bon levier d'amélioration de la compétence collaborative. Pour le DS, les objectifs visés en termes de développement de compétences pour les équipes seront : communication, savoir interagir, savoir se positionner, savoir apprendre, savoir agir et savoir exprimer. De plus l'impact sur la réflexivité à posteriori des actions semble un élément repéré comme transférable dans la pratique quotidienne. Cela augure que la simulation en santé en équipe soit un catalyseur à la culture la gestion des risques.

⁵⁶ ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité
Yann ROBIC - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

3.6 Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé sur leur implication dans la gestion des risques⁵⁷

Les questions de cet item, ont été posées pour comparer l'intérêt de la simulation en santé en équipe avec d'autres méthodes d'analyse des risques en équipe. Sur ces deux questions, il n'existe pas d'ambiguïté de la part des répondants. En effet, à la question :

- « *Je pense apprendre autant de choses en CREX/RMM qu'en simulation* »

Seulement 9% des professionnels (imprécision 7%) soit entre 2 et 16% en réel, valident la question. Nous regrettons de ne pas avoir développé plus de questions sur cet item car cela nous aurait permis d'avoir une analyse fine des raisons qui ont amené les agents à répondre que les autres outils d'analyse des risques ne sont pas pour eux aussi performants que la simulation en termes d'apprentissage. Pour autant, les CREX et RMM sont des formations qui sont complémentaires aux séquences de simulations. Elles offrent une réflexion distanciée et plus théorique que la simulation. C'est peut être une des raisons qui explique ce résultat. Un autre élément d'explication réside peut-être dans le fait que la simulation offre un lieu « neutre » particulièrement favorable à l'expression des soignants, analyse étayée par la question :

- « *Je suis plus libre de m'exprimer en simulation qu'avec d'autres outils de formation aux risques* »

74% des répondants (imprécision 10%) soit entre 64 et 84% en réel affirment que la simulation leur permet une expression plus libre qu'avec d'autres outils de formations aux risques. Il faut dire en reprenant les propos de JC GRANRY et MC MOLL sur la phase briefing que la mise en confiance des apprenants est un pilier pour qu'une séance de simulation fonctionne. D'ailleurs, unanimement les professionnels ont répondu favorablement à l'item de l'adhésion à l'outil dans le chapitre 3.3 où nous avons pu constater que le formateur représentait, de par sa posture, un élément favorisant la dynamique du groupe de formés. Ces points sont intéressants car ils permettent de valider par l'échantillon enquêté le fait que la simulation en santé représente une opportunité pour ouvrir la culture des professionnels à la prévention des risques associés aux soins.

SYNTHESE RESENTI DES ACTEURS DE L'EFFET DE LA SIMULATION EN EQUIPE SUR LEUR IMPLICATION DANS LA GESTION DES RISQUES

La simulation en santé en équipe semble un levier d'amélioration de l'implication des soignants sur le thème de la gestion des risques. L'analyse réflexive des situations à risques, réalisée dans un contexte sécurisant de formation ne semble pas y être étranger. La posture du formateur semble représenter une plus-value par l'approche pédagogique de l'erreur.

⁵⁷ ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité

3.7 Synthèse de l'analyse quantitative et validation de la question de départ et des hypothèses

L'analyse quantitative des données des questionnaires nous a montré qu'unaniment les professionnels ayant participé à une séance de simulation en équipe sur une thématique en lien avec la prévention des risques associés aux soins ont adhéré à l'outil simulation. Cette adhésion semble être suscitée par la posture du formateur, qui a permis de garantir un environnement sécurisant pour les apprenants. Environnement propice à l'élaboration d'un climat de confiance tant entre le formateur et les formés, qu'entre les formés. Ce contexte « neutre », offert par la formation, a favorisé une libération de la parole dans le groupe et la mise en œuvre d'une posture réflexive pour les professionnels sur toutes les composantes de leurs actions.

Par ailleurs, les répondants de notre enquête perçoivent que la séance de simulation en santé en équipe leur a permis d'améliorer leurs compétences individuelles et collaboratives. C'est sur le versant des compétences non techniques de type : savoir communiquer, savoir interagir, savoir se positionner et prendre des initiatives, savoir apprendre, savoir agir et savoir exprimer, que toutes les catégories professionnelles voient l'intérêt de la simulation.

De plus, d'après les professionnels, la simulation en santé en équipe, leur a permis de s'intéresser plus à la gestion des risques que d'autres outils de type CREX ou RMM. Ils mettent notamment en avant le fait qu'ils ont pris conscience de l'intérêt de débriefer dans leur vie professionnelle quotidienne les situations complexes auxquelles ils sont confrontés. La simulation représente donc pour eux un vecteur possible pour développer la culture des soignants à la prévention des risques associés aux soins. Une approche culturelle qui a aussi un deuxième effet, celle de s'intéresser et comprendre les autres professionnels avec qui ils travaillent. Ainsi la formation semble constituer un maillon porteur de sens pour développer une identité professionnelle partagée par les acteurs de ces séances.

Au regard de ces éléments, nous pouvons répondre par l'affirmative à notre question :

La simulation en santé a-t-elle une place à tenir dans la politique de formation continue des professionnels de santé sur le volet prévention des risques associés aux soins, impulsé par le Directeur des Soins?

De plus nous pouvons aussi valider les hypothèses 1 et 2 :

Hypothèse 1 : La simulation en santé représente un levier managérial à la performance collaborative dans le domaine des situations à risques.

Hypothèse 2 : Le développement de programmes de formations continues par la simulation en santé constitue un vecteur d'inter professionnalité et de convergence des identités professionnelles au sein du GHT.

4 ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES DE LA SECONDE ENQUETE DE TERRAIN

4.1 Ce que disent les Directeurs des Soins

Nous avons interviewé deux DS travaillant dans des Centres Hospitaliers de taille moyenne. Ceux-ci nous ont confirmé à travers notre échange l'intérêt qu'ils portaient à la formation des équipes et leur implication dans le développement d'axes de formation DPC institutionnel. A travers leurs verbatim, nous pouvons constater que ces axes institutionnels reposent sur le déploiement d'actions de formation en lien avec la prévention des risques associés aux soins :

« On a repris notre plan qualité et sécurité des soins (...) tout le volet sécurité et gestion des risques et dedans on a toutes les formations en lien avec l'hygiène, l'hémovigilance, l'identité-vigilance. Ça c'est tout à destination des soins. On a fait aussi des formations spécifiques aux méthodes de gestion des risques : les CREX, les EPP. » [DS2,propos identiques pour DS1]

De plus, le GHT est perçu par les DS comme intéressant pour développer des actions de formations communes avec les établissements parties au groupement :

« A notre avis la formation ce n'est qu'un moyen au service de l'amélioration des pratiques pour nous. Et si on veut harmoniser nos pratiques, travailler sur des protocoles communs, des procédures pour finalement garantir le parcours du patient et une prise en charge harmonisée tout au long de son parcours, on a tout intérêt à avoir des actions de formations communes. Pour moi c'est un levier c'est évident pour améliorer les pratiques et aussi peut être pour améliorer la connaissance des professionnels de ces différents établissements. Qu'ils se voient dans un contexte où ils sont en formation ensemble et ça va aussi permettre, de lever sûrement des freins, des appréhensions ou des préjugés. » [DS2] « Et puis en termes d'appel d'offre, si on est 5/6 établissements à demander une formation on aura des prix plus attractifs que si l'on est un seul établissement dans l'année. » [DS1]

Les éléments apportés à ce niveau de l'entretien par les DS, confirment ce que nous avons abordé dans la partie théorique. En effet, la formation est ici perçue comme un levier d'harmonisation des identités professionnelles. Cela représente pour eux une opportunité pour dépasser la frontière institutionnelle en proposant des offres de formation à l'échelle du territoire. D'autant que cette possibilité de regrouper les établissements représente aussi un moyen d'être en position de force pour négocier des tarifs compétitifs avec les organismes de formation, voire de développer des formateurs internes sur des sujets récurrents.

Les deux DS se positionnent dans l'élaboration des plans de DPC. Ils mettent en avant leur place dans un travail de groupe qui rassemble le DRH, le PCME, l'encadrement soignant et les organisations syndicales :

« Il y a une commission de formation qui réunit le DRH, le DS, les partenaires sociaux et les cadres de pôle. Et puis il y a une commission DPC où il y a le PCME, le DRH, le DS, les chefs de pôles, les cadres de pôle et les organisations syndicales » [DS1, propos identiques pour DS2]

Pour les DS, leur place se situe à plusieurs niveaux. Tout d'abord, le contrôle des plans de formation. C'est sur deux niveaux que le contrôle est réalisé. D'une part, le fait que les formations demandées par les pôles soient en adéquation avec les axes du projet de soins. D'autre part que le travail de recueil fait par l'encadrement à l'occasion des entretiens professionnels soit correctement réalisé sur l'ensemble des pôles.

La place du DS semble par ailleurs essentielle dans les échanges et arbitrage avec la DRH :

« Les besoins qu'on a identifiés on les a déjà partagés avec la DRH. On a pu constater des problèmes de pratique et de ce fait c'est facile. La DRH, propose quelque chose qui n'est pas inintéressant, elle suggère que c'est la CSIRMT qui émette des axes pour le plan de formation. Comme c'est le CGS qui préside cette instance ça renforce notre place dans le dispositif. » [DS1]

Nous pouvons nous apercevoir à travers ces verbatim que l'expérience soignante du DS représente un élément qui favorise la prise de décisions quant aux actions de formation à prioriser. Le DRH, s'il est garant de l'élaboration du plan, s'appuie sur la connaissance qu'a le DS des organisations de soins pour cibler les actions notamment institutionnelles. Le verbatim met d'ailleurs en avant le souhait d'un DRH de renforcer le poids de la communauté soignante dans la priorisation des axes de formation par l'intermédiaire de la CSIRMT. Cette proposition nous semble intéressante car elle renforce la légitimité des DS à se positionner sur les axes de formations prioritaires à développer.

La seconde partie de l'entretien, nous a permis de questionner les DS sur leur connaissance des dispositifs de simulation en santé en équipe. Les deux DS mettent en avant des plus-values et des freins à la mise en place de cette technique pédagogique.

Concernant les plus-values, c'est la possibilité de réaliser des formations pluri professionnelles qui est mise en avant :

« Il y a une plus-value dans la simulation car on peut faire des approches pluri professionnelles médicales et paramédicales (...) quand on a la possibilité de faire des formations qui impliquent l'ensemble des acteurs des équipes, ça permet à mon avis de travailler ensemble des plans d'action » [DS1]

Un intérêt est ici clairement identifié pour que les équipes puissent aborder une situation problématique de soin en équipe et réfléchir ensemble sur l'action afin d'apporter des modifications dans les processus du travailler ensemble. A travers ce verbatim, c'est bien la notion de compétence collaborative qui est abordée.

Concernant les freins, deux notions étroitement liées sont mise en avant. Tout d'abord le faible nombre de professionnels qui peuvent être associés à une séance de simulation et par voie de conséquence, le coût que ce type de pédagogie engendre :

« Moi ce qui me pose plus soucis aujourd'hui tel qu'il est déployé c'est le nombre d'acteurs qui est touché et le coût. Parce que ce n'est quand même pas anodin au niveau du coût. »

[DS2]

En effet, les préconisations de JC GRANRY et MC MOLL que nous avons abordées dans la partie conceptuelle expliquent que les groupes de simulation ne doivent pas excéder 8 personnes. En ce sens, la simulation en santé ne peut constituer une alternative pour former en masse des agents. Cependant hors entretien téléphonique, le DS1 témoigne qu'il a mis en place avec un labo de simulation, 6 demi-journées de formations pour le service des urgences de l'établissement où il travaille. Ainsi, c'est 42 professionnels, soit la quasi-totalité du service des urgences qui a été formé en équipe sur la gestion de la violence et le repérage du risque suicidaire à travers deux scénarii. L'action de formation ciblée sur une équipe pourrait alors constituer une alternative possible au niveau du pôle ou service.

Enfin, les deux DS interviewés n'ont pas fait de lien entre la simulation en santé en équipe et le potentiel pédagogique offert par les IFSI de proximité. Ils reconnaissent néanmoins que de développer des offres de formations continues entre CH et IFSI constitue une option intéressante pour travailler conjointement aux réalités de terrain.

SYNTHESE DE CE QUE DISENT LES DS

Les DS se positionnent comme des acteurs à part entière dans la construction des plans de DPC. C'est particulièrement avec le DRH qu'ils travaillent dans ce domaine. Un travail qui se situe dans le contrôle des plans (en adéquation avec les besoins institutionnels) étayé par leur connaissance des organisations de soins. Les DS sont favorables à l'utilisation de la simulation en santé et identifient son intérêt en termes d'amélioration des compétences collaboratives (pluri professionnelle) et d'harmonisation des identités professionnelles. Cependant, ils mettent aussi en avant le coût important de cette technique ainsi que le nombre limité de professionnels qu'elle peut toucher. Ainsi, les plans de formation convergeant à l'échelle territoriale sont identifiés comme une opportunité pour négocier les tarifs avec les organismes de formation, tout en permettant l'harmonisation des pratiques professionnelles par la rencontre entre professionnels.

4.2 Ce que disent les Directeurs des Ressources Humaines (DRH)

Nous avons interviewé deux DRH travaillant pour le DRH 1 dans un CHU et pour le DRH 2 dans un Centre Hospitalier de taille moyenne. Ceux-ci nous ont confirmé à travers notre échange l'intérêt qu'ils portaient à la formation des équipes et leur implication dans le développement d'axes de formation DPC institutionnel. A travers leurs verbatim, nous pouvons constater que ces axes institutionnels développent notamment des actions de formation en lien avec la sécurité des soins et la gestion des risques :

« Oui on a des axes prioritaires, (...) la sécurisation du médicament. » [DRH1] « La prévention du risque de suicide. » [DRH2]

Le GHT, est perçu comme une opportunité pour développer des plans de formation partagés :

« Oui c'est pertinent mais il y a quelques freins puisqu'il y a l'identité des établissements qui doit être maintenue » [DRH1] « Toute la puissance du GHT c'est quand on fait des actions en commun, ça crée l'occasion de se rencontrer » [DRH2]

Il est intéressant de constater que les DRH n'aient pas perçu le fait que la simulation en santé pouvait constituer une ressource managériale pour harmoniser les identités professionnelles. Nous précisons que la notion d'harmonisation et d'uniformisation sont pour nous différentes. L'harmonisation implique le partage de valeurs et process communs mais ne nie pas les différences identitaires des institutions. L'harmonisation en d'autres termes, crée des îlots communs de partage identitaires. Au contraire, de l'uniformisation qui elle s'inscrit dans le développement d'une seule identité partagée sur l'ensemble des sujets. L'harmonisation des identités professionnelle est donc respectueuse des différences entre institution. Elle permet simplement de faire converger les établissements sur des thématiques en commun. Ce point nous semble intéressant car il peut par exemple permettre de travailler les interfaces dans le parcours des patients. D'ailleurs, paradoxalement, les DRH perçoivent l'intérêt de la formation pour harmoniser certaines pratiques et utilisent celles-ci comme un levier managérial sans le savoir :

« (La formation sur le GHT permet) L'accompagnement des équipes, le lien sur la mobilité, (...). Et puis une autre partie qui est l'accompagnement des établissements à des pratiques institutionnelles qui leur correspondent plus, le virage ambulatoire, pour les acteurs médico-social, le projet personnalisé du résident, le circuit du médicament qui correspondait à tout ce qui était utile en EHPAD. Donc ça c'est des éléments qui ont été structurés dans le GHT » [DRH1]

Ils perçoivent aussi qu'ils peuvent faire passer des messages à travers la formation par la simulation en équipe :

« Le débriefeur qui est choisi doit être en cohérence avec ce que l'on veut faire passer comme message » [DRH1]

En ce sens, le plan de formation territorial n'est pas ici clairement pensé comme un levier managérial. Pourtant tout est mis en œuvre pour qu'il vise à créer des lieux de rencontre entre professionnels afin si ce n'est d'harmoniser les identités professionnelles au moins de permettre un échange entre soignants pour créer des zones de partage.

Les DRH identifient la place du DS dans les plans de formation. Ils conçoivent celle-ci comme un binôme où la stratégie est élaborée en commun et où la prise de décision y est partagée. C'est notamment dans le champ du soin que la connaissance du DS est plébiscitée par le DRH. Cette connaissance approfondie représente un aide à la priorisation des actions de formations institutionnelles.

« Evidemment toute la stratégie est élaborée par le binôme DRH-DS. (...) Après il y a des choix mais en général c'est une ligne de convergence permanente entre DS et DRH. » [DRH1]
« Il y a des axes comme par exemple les transmissions ciblées qu'on a souhaité réintroduire cette année, ça fait suite aux rencontres du DS avec les cadres, ou le besoin a donc émergé du terrain. C'est donc plutôt le DS qui est informé de ces éléments typiques du soin et qui peut apporter son regard de soignant sur l'utilité de prioriser telle ou telle action » [DRH 2]

La seconde partie de l'entretien, nous a permis de questionner les DRH sur leur connaissance des dispositifs de simulation en santé en équipe. Les deux DRH mettent en avant des plus-values et des limites.

Concernant les plus-values, nous trouvons le principe éthique énoncé par JC. GRANRY et MC MOLL à savoir « jamais la première fois sur un patient ». Mais c'est aussi la forme pédagogique innovante qui semble créer de l'attractivité :

« Ne pas apprendre sur un patient. Le fait d'avoir un outil pédagogique assez innovant et qui peut interpeller et qui permet de rendre la formation plus attractive et en tout cas plus interactive de ce point de vue là c'est assez évident. » [DRH1]
« Pour moi la plus-value elle est indéniable dans la simulation en équipe par les conditions qui sont bienveillantes. (...) On est vraiment sur un apprentissage, dans des conditions idéales, plutôt que d'apprendre sur le terrain parce que l'on est confronté à un moment donné. On y est encadré, supervisé et avec le débriefing qui va bien. » [DRH2]

Nous analysons à travers ces verbatim, que la simulation en santé est perçue comme un outil favorisant une posture active des apprenants. Les DRH ont saisi l'intérêt de l'utilisation de cette pédagogie chez l'adulte en formation continue. Une posture pédagogique active

que nous avons détaillée dans la partie théorique et qui favorise la mobilisation réflexive des formés. Cette dynamique est particulièrement intéressante car porteuse de sens. Par contre nous ne trouvons pas d'élément concernant la compétence collaborative.

Les limites identifiées sont en lien avec l'adéquation de la commande de formations et l'offre :

« On a quelques freins qui sont identifiés qui sont lié au fait d'avoir un débriefeur externe à l'établissement et qui n'est pas forcément un supérieur hiérarchique pour justement garder l'once d'objectivité. Le débriefeur qui est choisi doit être en cohérence avec ce que l'on veut faire passer comme message » [DRH1]

Ici le formateur représente un tiers, et tout comme nous avons pu le voir dans la partie théorique, l'absence de lien hiérarchique entre formateurs et apprenant est recherchée pour développer l'objectivité. Cela n'est pas dit dans les entretiens mais la neutralité du formateur est aussi un élément qui améliore le climat de confiance dans le groupe de formation. En ce sens, la parole peut y circuler plus facilement sans peur du jugement par un hiérarchique et donc sans peur des conséquences pour l'agent. Mais cette posture externe du formateur nécessite de définir avec lui les objectifs à atteindre et les messages que l'institution souhaite faire passer à travers une séquence de simulation en santé. L'élaboration d'un cahier des charges précis semble essentielle pour que la formation apporte une plus-value à l'institution et qu'elle s'inscrive dans les orientations managériales souhaitées.

Les modalités de partenariat avec l'IFSI dans le développement de programme de formation continue sont variables. Elles dépendent notamment de la structuration des centres de simulation. Les deux DRH mettent en avant des partenariats possibles notamment dans le secteur de la simulation en santé. Ces partenariats ont des effets tant sur la formation continue que sur la formation initiale des agents.

SYNTHESE DE CE QUE DISENT LES DS

Les DRH, positionnent le DS comme un acteur essentiel dans l'élaboration des plans de formation continue. Leur connaissance du soin y est plébiscitée pour hiérarchiser les axes de formations institutionnels. Par ailleurs, les DRH perçoivent la simulation en santé en équipe comme un moyen de fédérer les soignants autour de thématiques communes à l'échelle des GHT. La notion d'harmonisation des identités professionnelles territoriales est alors un objectif recherché à travers le déploiement de formation en commun. C'est notamment sur le thème de la prévention des risques associés aux soins que l'on retrouve des formations partagées.

4.3 Synthèse de l'analyse qualitative et validation de l'hypothèse 3

L'analyse qualitative nous a permis de rencontrer un échantillon limité de DS et de DRH et nous ne pouvons pas généraliser nos résultats. Pour autant, ceux-ci ont pu éclairer par leur expérience, la place prise par le DS dans l'élaboration de plan de DPC institutionnel.

Le parcours antérieur soignant du DS et son lien de proximité avec l'encadrement supérieur soignant ainsi que l'encadrement soignant, lui permettent d'être particulièrement au fait des besoins en développement de formation. Aussi, les DRH interviewés envisagent le lien avec les DS comme celui d'un binôme sur le sujet des plans des formations. Le DS y apporte un regard central pour permettre de prioriser des actions de formation conformes aux besoins exprimés à travers le projet de soins et le projet médical d'établissement.

En ce sens les propos recueillis nous permettent de valider notre hypothèse 3 :

Hypothèse 3 : Le directeur des soins a un rôle majeur dans l'élaboration du développement professionnel continu des auxiliaires médicaux sur la thématique de l'amélioration des pratiques et la gestion des risques.

Concernant l'utilisation de la simulation en santé en équipe, celle-ci est perçue comme un outil qui favorise l'harmonisation des identités professionnelles. La formation demeure un lieu de rencontre et d'échange autour des pratiques professionnelles. Le climat de neutralité dont le formateur est garant semble un élément favorisant la liberté des échanges. Dans un contexte de GHT, ces formations représentent une opportunité pour faire travailler ensemble des soignants dans un milieu sécurisant et bienveillant. DRH et DS utilisent la simulation en santé et d'autres formations en commun pour faire passer des messages qu'ils travaillent avec l'offreur de formation.

Nous n'avons pas ici relevé de verbatim nous permettant de mettre en avant l'utilité de la simulation dans le champ de la compétence collaborative des équipes. En effet, si les DS et DRH interviewés ont perçu l'intérêt de la simulation en équipe sur le champ technique, ils ne l'ont peu ou pas identifié sur le champ des savoirs non techniques. Ce point nous semble intéressant car les équipes ayant participé à des séances de simulations mettent en avant cette plus-value dans notre enquête quantitative. Ainsi, il est possible d'être plus ambitieux et d'intégrer l'amélioration de la compétence collaborative comme un objectif des formations en simulation en santé en équipe. Dans ce contexte, la simulation peut devenir un outil managérial pour la prévention des risques associés aux soins par le binôme DS-DRH.

5 PROPOSITIONS

Notre travail de recherche théorique et investigations de terrain nous ont permis de réaliser deux constats qui, à notre sens, seront utiles pour notre pratique professionnelle de demain.

Un premier constat concerne la simulation en santé en équipe. Cette technique pédagogique semble représenter un levier managérial pour développer une identité professionnelle harmonisée tant à l'échelle d'un établissement que d'un GHT. En effet, sa pratique en équipe pluri professionnelle représente un vecteur de communication entre les professionnels par la mise en place d'un espace-temps dédié et sécurisant pour les agents. Si l'outil simulation en santé est historiquement ancré dans la thématique de gestion des risques, elle représente aussi une opportunité pour développer les pratiques collaboratives entre les métiers. Pour autant, la simulation en santé en équipe comporte des limites. Les DS et DRH interviewés mettent notamment en avant son coût perçu comme élevé ainsi que le faible nombre de professionnels qui peuvent être inscrits dans les séances. Ces éléments sont perçus comme limitant à l'expansion de l'outil aujourd'hui.

Un second constat concerne la place du DS dans l'élaboration des plans de DPC à l'échelle de l'établissement voir du GHT. Celui-ci nous a permis de comprendre que le DS a un rôle de contrôle des demandes de formations. Ce contrôle lui permet d'arbitrer les demandes dans un esprit d'équité quant à la répartition des demandes de formation. Il lui permet aussi de réaliser des liens avec l'encadrement soignant pour repositionner les orientations institutionnelles liés au projet de soins si nécessaire. Pour les autres acteurs qui élaborent les plans de formation, le DS représente par son expérience antérieure de soignant, un acteur qui favorise la cohérence et le sens des plans de formation. Son influence est donc présente pour orienter les actions à prioriser sur le plan institutionnel.

Enfin, si nos enquêtes ne nous ont pas permis d'interviewer des PCME, notre cadre théorique nous a permis de prendre conscience de l'intérêt d'un travail collaboratif entre DS et PCME sur le sujet des formations interprofessionnelles liés au thème de la prévention des risques associées aux soins. Cette collaboration nous apparaît même comme essentielle pour que le DS puisse avoir une vision précise des besoins des équipes.

De ces constats, nous allons proposer des axes stratégiques déclinés en étapes opérationnelles possibles pour un DS afin de développer des programmes de DPC par la pratique de la simulation en santé en équipe tant dans son établissement d'affectation qu'à l'échelle du GHT. Ceux-ci peuvent servir de guideline à nos collègues DS qui souhaitent parangonner notre démarche. Ces axes se veulent pragmatiques en complétant les dispositifs existants. En ce sens, notre démarche ne nous apparaît pas comme utopiste et nous semble réalisable si nous en avons la volonté.

5.1 Axe 1 : Le développement d'une culture partagée de la prévention des risques associées aux soins entre DS et PCME, une première étape socle pour développer la simulation en santé en équipe.

Nous avons pu constater dans les analyses quantitatives et qualitatives que la prévention des risques associés aux soins est un sujet qui fait écho aux communautés médicales et paramédicales. En effet, les soignants partagent ce même souci de guérir et de ne pas porter préjudice au malade. Or, comme nous avons pu le lire via les enquêtes ENEIS, les causes profondes des événements indésirables graves montrent que ceux-ci s'ancrent dans des défauts organisationnels entre les métiers pour une grande part d'entre eux.

5.1.1 Etape 1 : Des temps d'échange formalisés entre DS et PCME sur la thématique de la prévention des risques associés aux soins et des solutions possibles de formation des agents

Dans ce contexte, le binôme DS-PCME a une responsabilité à manager ensemble les équipes autour de la question de la prévention des risques associés aux soins. La création de temps dédiés entre ces deux dirigeants hospitaliers nous semble indispensable pour parler les parcours de soins les plus critiques en termes de risques. L'intérêt d'un temps dédié en binôme est qu'il facilite l'appropriation d'une vision commune entre les métiers médicaux et soignants et permet de hiérarchiser les actions de formation à déployer.

De plus, en instaurant ce type de rencontre, le binôme DS-PCME envoie un signal symbolique fort aux soignants. Il démontre sa capacité à faire preuve d'un leadership partagé sur un sujet de consensus entre les métiers intervenant directement au lit du malade. L'objectif de ces échanges serait par ailleurs de fixer un cap sur des actions de formation à développer en termes de préventions des risques associés aux soins. Comme cela a pu être souligné à travers l'enquête qualitative, les actions de formations représentent des moyens pour faire évoluer les équipes à l'amélioration de leurs pratiques. Le contenu des échanges entre DS et PCME constitue alors un vecteur possible pour prioriser les actions de formation institutionnelles qui seront partagées par les communautés médicales et paramédicales de l'établissement. D'ailleurs, pour aller plus loin dans le processus nous préconisons que le résultat de ces échanges puissent ensuite intégrer le projet médical d'établissement ainsi que le projet de soins de l'établissement.

Pour le DS, cela signifie que dans son rôle de président de la CSIRMT, il devra communiquer sur les points d'échanges réalisés avec le PCME au sujet de la prévention des risques associés aux soins et sur les stratégies de formation continues institutionnelles envisagées. Ces échanges, positionnent le DS dans une posture de manager transversal particulièrement adapté à la gestion des projets.

5.1.2 Etape 2 : L'utilisation d'un management transversal par projet par le DS et le PCME dans la CSIRMT et la CME

Nous pensons que le DS et le PCME peuvent s'appuyer sur un management transversal⁵⁸ par projet pour élaborer les axes prioritaires du plan de formation institutionnel de préventions des risques associés aux soins.

« Le management par projet appelle des formes de régulation par consensus, coopération et recherche en commun de solutions. (...) Il déplace l'autorité sur un nouveau terrain : celui de la gestion des efforts et des ressources pour aboutir. »⁵⁹

Ce type de management implique une ouverture et une consultation des acteurs de terrain avant la mise en place des actions. En ce sens, elle génère 8 conséquences sur le collectif:

- Actualise et augmente les relations transversales
- Renforce le pouvoir décideur de la hiérarchie, plus concerné par les arbitrages
- Développe le sentiment d'unité autour d'une mission dont le sens est clair et partagé
- Incite à l'optimisation et à l'idée de progrès
- Mobilise et met en valeur la réalisation, la progression et la finalisation d'une action
- Sollicite compétences métiers et affinités par l'appel au choix et moins à l'obligation
- Généralise le suivi, la régulation et la responsabilisation : renforce l'autonomie
- Contribue à structurer un groupe

A notre avis, ce type de management partagé par le DS et le PCME, apporte une plus-value au sens où il fédère différentes catégories de professionnels dès la conception des axes fondateurs du projet. Ainsi, il permet de développer une vision harmonisée entre les communautés professionnelles de l'hôpital. Ces éléments sont constitutifs d'une identité professionnelle partagée autour de la prévention des risques associés aux soins.

De plus, en développant un « management par projet » au sein de la CSIRMT, le DS, donne un rôle tout à fait stratégique à cette instance et aux professionnels qui y sont élus. Loin d'une simple chambre d'enregistrement, la CSIRMT devient une instance active ou l'implication de ses membres y est plébiscitée et reconnue. En effet, le management par projet, implique de la part des managers une reconnaissance de la subsidiarité. Cela signifie que les axes de formations institutionnels sur la prévention des risques associés aux soins se décident de façon participative. Les expériences de terrain sont recherchées pour apporter ensemble des solutions en termes de formation. Le DS y apporte son regard critique pour réguler les échanges voir les arbitrer et apporter son expertise dans les techniques de gestion de projet et d'animation d'équipes.

⁵⁸ BELLENGER L. ; « Piloter une équipe projet. Des outils pour anticiper l'action et le futur » ; ESF ; 2004 ; page 37

⁵⁹ BELLENGER L. ; « Piloter une équipe projet. Des outils pour anticiper l'action et le futur » ; ESF ; 2004 ; page 42

Parallèlement à ce travail, mené conjointement par le DS et le PCME en CSIRMT et CME, la création d'un comité de pilotage institutionnel, « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins » nous semble incontournable.

5.1.3 Etape 3 : La création d'un comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins »

Nous entendons par comité de pilotage⁶⁰, un groupe dont l'objectif est celui de la décision. Il permettra notamment de lancer un projet mais aussi d'en décider les ressources, le suivi, les délais impartis ainsi que la clôture de l'action.

Le nombre de membre de ce comité de pilotage doit être réduit mais représentatif. Nous pensons que les pilotes de ce comité de pilotage doivent être :

- Le DS et le PCME : qui sont à l'origine du travail réalisé auprès des communautés médicales et soignantes de l'établissement et qui assureront le suivi des actions.
- Un représentant de la CME : Nous pensons au médecin coordonnateur des risques qui est particulièrement impliqué sur le sujet.
- Un représentant de la CSIRMT : Cela implique que le DS créer dans la CSIRMT une fonction de membre associé à la gestion des risques associés aux soins au même titre que cela est fait dans la CME.
- Le DRH (ou son représentant en charge de la formation continue) : Permettant d'apporter un éclairage sur les plans de formations (ou DPC) institutionnels, les budgets alloués...
- Le directeur de la qualité et de la gestion des risques (ou son représentant) : Assurer la cohérence de la stratégie de développement de la prévention des risques associés aux soins de l'établissement, faire le lien avec la cellule des déclarations d'évènements indésirables de l'établissement, être un élément clé de l'évaluation du dispositif...
- Les représentants syndicaux élus au CTE et en charge du sujet de la formation continue : Il nous paraît indispensable d'intégrer les partenaires sociaux dans ce comité. En effet, le développement de notre démarche se veut fédérative. Or, les choix qui seront fait au niveau des axes de formations institutionnels auront des conséquences sur la répartition des budgets de formation. Si une part du budget est spécifiquement dédié au financement des formations institutionnelles, cela impacte directement la part du budget dédiées aux demandes individuelles des agents. Or, le développement de la démarche se veut fédérative et il nous semble important d'obtenir l'adhésion des partenaires sociaux dans les choix à réaliser. C'est à cette condition que la démarche pourra faire consensus.

⁶⁰ D'après CAYATTE R. ; « *Manager un projet... Oui mais comment ?* » ; ESF ; 2010 ; page 31

- Un formateur de l'IFSI de proximité : Les cadres formateurs ont une expertise en pédagogie et ont l'habitude de construire des interventions basées sur des pédagogies actives qui sont particulièrement adaptées en formation continue et à l'andragogie. En ce sens, demander le concours de l'IFSI pour ce comité de pilotage nous paraît une option valable tant sur le plan de l'expertise pédagogique que sur le renforcement du partenariat entre établissements hospitaliers et IFSI. De plus, les IFSI sont aujourd'hui très largement équipés en laboratoire de simulation en santé. La suite de nos propositions dans l'axe développement de la simulation en santé s'appuiera sur ces ressources.

Ainsi ce sont 8 à 10 membres qui composeraient ce comité de pilotage. Après avoir validé ensemble la part du budget qu'il souhaite allouer au développement d'axes de formations institutionnelles sur le thème de la prévention des risques associés aux soins et que ce choix soit validé en instance, l'objectif sera la réalisation de cahier des charges pour le développement de ces formations.

Si l'objet de notre mémoire est de traiter de la simulation en santé en équipe, le comité de pilotage pourra développer d'autres choix d'orientations pédagogiques. Nous avons par exemple en tête une action que nous avons mise en place lors d'un stage pendant la formation de DS. Nous avons pu y travailler la mise en œuvre d'un comité de pilotage de ce type. Celui-ci nous a permis de développer deux actions. Une première en lien avec la mobilisation de ressources en interne sur des situations repérées comme à risque. Une seconde pour développer un programme de simulation en santé sur le repérage du risque suicidaire pour les professionnels du service des urgences et de la pédiatrie.

Concernant l'action ayant mobilisé des ressources en interne, nous nous sommes appuyés sur l'expertise pédagogique d'un cadre formateur pour proposer la mise en place d'un groupe de formés pérenne sur 10 mois à raison de 30 minutes de formation par mois. Le choix de ce groupe d'apprenant s'est fait autour de jeunes professionnels ayant été recruté dans l'année sur l'établissement. A chaque séquence de formation, une ressource interne (Médecin, infirmier, cadre, hygiène....) de l'établissement propose un questionnaire aux apprenants comportant une dizaine de questions fermées. Ce questionnaire est retravaillé avec le cadre formateur. Chaque apprenant renseigne anonymement le questionnaire et le remet au formateur. Un débriefing est ensuite réalisé par le formateur interne en ciblant son intervention sur deux à trois points clés uniquement. Lors de la séance suivante, le même questionnaire que la session précédente est remis aux apprenants qui le rendent au formateur. Une mesure de l'écart des bonnes réponses est ainsi réalisée par le comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins » annuellement. Cette mesure d'écart permet d'objectiver l'appropriation des contenus par

les apprenants. Bien entendu il faudra corrélérer ces résultats à d'autres indicateurs que nous détaillerons dans la partie axe 3 : évaluation du dispositif.

Concernant l'action de formation basée sur la simulation en santé, nous nous sommes appuyés sur un centre de simulation privé. Nous avons établi un cahier des charges strictes de nos attentes en termes de contenu, volume horaire de formation, coût... Mais avec un peu de recul, d'autres solutions nous paraissent intéressantes pour développer la simulation en santé en équipe tout en diminuant les coûts et en favorisant l'accès de cette technique au plus grand nombre. En effet, ces deux points ont été repérés dans notre enquête qualitative comme potentiellement limitant au développement de la simulation en santé dans les stratégies de formation des établissements.

5.2 Axe 2 : Développer les formations par la simulation en santé en équipe sur des thématiques de prévention des risques associés aux soins

5.2.1 Etape 4 : Développer la collaboration avec les laboratoires de simulation des IFSI

L'article 5 de l'arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier⁶¹ prévoit que la simulation en santé soit intégrée comme une technique pédagogique à développer dans les IFSI. Ainsi depuis cette date, de nombreux IFSI ont investi dans la création de laboratoire de simulation. Les cadres formateurs ont suivi des formations de type Diplôme universitaire ou Masterclass pour s'adapter à cette pédagogie novatrice dans le domaine de la santé. Aussi, les IFSI disposent aujourd'hui pour beaucoup d'entre eux de laboratoires et de professionnels formés pour développer cette pédagogie. Or, au-delà de la technique de formation, l'arrêté précise que :

« La simulation invite à optimiser le partenariat entre les professionnels des services de soins et les formateurs. Cette méthode promeut une alternance ou méthode complémentaire à l'alternance traditionnelle stages/IFSI. L'étudiant peut en bénéficier soit au sein de l'IFSI soit au sein des services de soins quand elle y est développée »⁶²

Notre analyse de cet extrait de l'arrêté est que la notion de partenariat entre milieu hospitalier et IFSI constitue aussi un objectif recherché par la mise en œuvre de la simulation en santé. Cela est d'ailleurs compréhensible car la rédaction des scénarii support à une séance de simulation doit être le plus réaliste possible et nécessite une collaboration entre cadre formateur et praticiens. La collaboration entre IFSI et hôpital prend alors tout son sens car les professionnels de terrain apportent une expertise des soins que n'ont plus

⁶¹ www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029527714 , consulté août 2017

⁶² www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029527714 , consulté août 2017

forcément les cadres formateurs. Ce point de notre analyse peut porter à discussion, certains formateurs pouvant se sentir toujours expert. Néanmoins pour nous, dès lors que le soignant devient cadre de santé il n'est plus expert dans le soin car ne le pratique plus quotidiennement. Notre propos ne doit donc pas être pris de façon péjorative mais comme une conséquence liée à un parcours professionnel qui éloigne de la pratique directe des soins.

A notre avis, le comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins », peut parangonner le dispositif établi pour les formations initiales afin de développer son partenariat avec les IFSI sur la formation continue. Cette logique s'inscrit dans une démarche gagnant/gagnant pour les hôpitaux et les IFSI. En effet, en développant une politique de collaboration sur la formation continue, les IFSI sont ainsi complètement en phase avec les problématiques rencontrées sur les terrains. Ils peuvent développer en formation initiale des séances de simulation très proches de celles réalisées en formation continue. Il existe aussi un retour sur investissement pour les hôpitaux qui seront de potentiels employeurs des jeunes diplômés par la suite et auront sur leur territoire de santé des jeunes professionnels sensibilisés et formés aux problématiques de prévention des risques liés aux soins qui les concernent dans leurs établissements.

Par ailleurs, aujourd'hui l'utilisation des laboratoires de simulation en formation initiale reste sous exploité. Si cette affirmation peut paraître empirique, elle se fonde sur le fait que dans l'accompagnement des étudiants infirmiers, la simulation ne représente pas l'ensemble des enseignements. En effet, le programme de formation comprend d'autres types d'enseignements comme les cours magistraux, les pratiques procédurales.... En ce sens, développer la collaboration entre établissements hospitaliers et IFSI constitue un moyen pour optimiser l'utilisation des laboratoires de simulation des IFSI. Pour cela, la collaboration entre les DS des hôpitaux et les DS des IFSI nous apparaît comme essentielle. Elle permet de croiser les besoins en formation continue et l'offre de possibilité d'utilisation des laboratoires de simulation.

Deux solutions sont envisageables pour utiliser les laboratoires de simulation des IFSI :

- Une offre de formation par la simulation en santé en équipe encadrée par les IFSI : Cette première solution amène les IFSI à devenir des organismes de formation continue. Ils proposent une offre de formations aux établissements qui est travaillée conjointement avec le comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins ». L'IFSI comme un organisme de formation privé facture ses prestations à l'hôpital. Une économie d'échelle est ici réalisée sur le fait que la formation se situe à proximité de l'hôpital. En ce sens, elle diminue considérablement les frais liés aux déplacements. Par ailleurs, l'IFSI, est une structure publique et son objectif n'est pas forcément celui de réaliser du

bénéfice. Il peut donc facturer ses offres de formation à prix coûtant aux hôpitaux, diminuant par la même le coût de la formation. Cependant, la formation continue est une possibilité offerte aux IFSI mais ne constitue pas son cœur de métier qui est la formation initiale. Aussi, le volume d'offre de formation dans cette première option sera limité car l'IFSI devra rendre des comptes au conseil régional qui finance en grande partie les IFSI et risque de perdre une partie de sa subvention. La seconde solution nous semble donc plus appropriée.

- Une location du centre de simulation en santé des IFSI par l'hôpital encadré par des formateurs internes formés à la simulation en santé : L'établissement peut « louer » l'infrastructure offerte par les IFSI. Le tarif de location est défini par convention entre l'IFSI et l'hôpital. Dans le même temps, l'hôpital forme à la simulation en santé des professionnels de son établissement qui disposent d'un temps dédié pour réaliser des formations continues par la simulation. Le financement de ces temps dédiés peut être assuré par la part du budget alloué aux formations institutionnelles. Ainsi l'établissement autofinance les temps dédiés de formateurs internes par son budget de formation continue. L'ensemble de ces mesures nécessitent le soutien de la direction des affaires juridiques de l'établissement afin de choisir le montage structurel adéquat. Cette solution implique un investissement initial dans la formation des formateurs internes mais la formation en simulation en équipe dans la prévention des risques liés aux soins devient plus compétitive en terme économique dans l'avenir car dispensée à prix coûtant par rapport à un organisme privé. De plus, cette solution permet de développer des alternatives intéressantes en termes de formats qui contribuent à limiter la notion de coût des formations à la simulation en santé. Nous allons éclairer cette proposition dans la partie suivante.

5.2.2 Etape 5 : Privilégier des formations à la simulation en santé en équipe sur un format en demi-journée adossé à une demi-journée de formation institutionnelle autre

La simulation en santé est une forme pédagogique qui implique particulièrement les professionnels. L'apprenant y est positionné de façon active, tant quand il participe aux scénarii que pendant la phase de débriefing. En effet, la taille du groupe, limité de 6 à 8 professionnels, amène le formateur à développer un positionnement réflexif intense chez les apprenants et constitue un levier fort de l'implication du groupe dans la séance. Or, dans d'autres types de pédagogie comme un cours magistral, l'apprenant est dans une posture beaucoup plus passive qui implique moins de concentration⁶³. Aussi, nous pensons que le format en demi-journée est particulièrement adapté pour développer des séances de

⁶³ FREEMANA S., EDDYA SL., MCDONOUGH M., SMITHB MK., OKOROAFORA N., JORDTA H., et WENDEROTHA MP. ; « *Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics* » ; Department of Biology, University of Washington, Seattle ; 2014

simulation. Il permet généralement d'aborder deux scénarii sur une matinée réalisant ainsi un focus sur des actions de soins préalablement priorisées par l'établissement. Les apprenants ne sont ainsi pas saturés par l'information ce qui constitue un vecteur favorable à l'assimilation des contenus.

Cependant, mettre à disposition des agents pour une demi-journée n'est pas aisé dans l'organisation des services. Les plannings de travail sont calculés au plus juste et il est rare d'avoir des agents en sur effectif au travail. En conséquence, demander à un agent de venir à une formation pour une demi-journée n'est pas très efficient car il faudra prévoir son remplacement et trouver un remplaçant pour seulement une demi-journée n'est pas possible.

Notre proposition est donc de combiner une demi-journée de formation de simulation en santé en équipe avec une demi-journée de formation institutionnelle autre. Nous pensons par exemple aux formations incendie ou hygiène. Cela permettrait de proposer deux formations différentes en une seule et même journée, gage d'efficience et permettant de trouver un compromis intéressant en termes d'enchaînement pédagogique.

5.3 Axe 3 : Evaluer l'efficacité du dispositif

Lors de nos échanges avec les DS et DRH la notion de coût de la formation par la simulation en santé en équipe a été amenée comme une limite possible à l'utilisation de cette méthode pédagogique. Cette interrogation est tout à fait légitime et positionne une réflexion nécessaire sur le sujet « investissement et retour sur investissement ». D'une manière générale, cette interrogation se pose sur l'ensemble des dispositifs de formation quels qu'ils soient.

Nous avons pu réaliser un premier constat à travers notre enquête quantitative concernant l'efficacité ressentie par les apprenants d'une séance de simulation en santé, qui pour eux, semble supérieure à d'autres modalités de formation.

Cependant, il nous semble important d'objectiver plus clairement l'effet de ces séquences sur la pratique réelle des agents. Plusieurs axes d'évaluation sont ainsi possibles.

5.3.1 Etape 6 : Evaluer l'impact de la formation simulation en santé en équipe sur les signalements d'évènements indésirables associés aux soins

L'objectif est ici de mettre en corrélation le nombre d'évènements indésirables associés aux soins avec le nombre de personnes formées par la simulation en santé en équipe sur un sujet reconduit annuellement. Si le dispositif de formation est efficace, ces évènements indésirables devraient chuter de façon d'autant plus conséquente qu'un nombre de professionnels important sera formé sur les situations de soins repérées comme à risque.

Ce travail peut être mené par le comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins ». En effet, dans ce comité, le directeur de la qualité et de la gestion des risques ou son représentant est présent. Cela représente une opportunité dans le choix des situations de formation à réaliser mais aussi dans l'évaluation de l'efficacité de celles-ci.

5.3.2 Etape 7 : Evaluer l'impact de la formation simulation en santé en équipe sur la Qualité de Vie au Travail (QVT)

Nous n'avons pas abordé directement le sujet de la QVT dans notre travail. Pourtant, certains indicateurs de l'enquête quantitative nous paraissent étroitement liés à ce sujet.

Nous avons par exemple constaté que la simulation en santé est perçue comme un levier pour développer une identité professionnelle commune et renforcer les pratiques collaboratives. Ainsi, nous pensons que ces éléments pourraient avoir un impact sur les conflits professionnels. Pour S. MICHEL :

« La situation de conflit se rencontre quand il y a divergence entre deux acteurs (individus ou groupes) qui sont en relation ; parce que leurs intérêts, leurs objectifs, leurs valeurs, leurs méthodes ou leurs rôles sont contradictoires ou exclusifs l'un de l'autre »⁶⁴.

En ce sens, il serait intéressant d'évaluer l'impact du déploiement de programmes institutionnels de simulation en santé en équipe avec la notion de qualité de vie au travail dans son versant « conditions de travail ». L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) représente une ressource qui met à disposition des indicateurs en ce sens⁶⁵. De plus, un travail mené conjointement avec l'ANACT et l'HAS précise même que :

« *La qualité de vie au travail favorise la qualité et la sécurité des soins délivrés par les professionnels* ». ⁶⁶

Les sujets de la QVT et de la prévention des risques associés aux soins sont donc étroitement liés. S'il est l'affaire de tous les acteurs de l'hôpital, la QVT met particulièrement en action la DRH et les organisations syndicales de l'établissement. Ces deux catégories étant membres du comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins », il nous semble intéressant qu'ils puissent faire le lien sur la thématique de la QVT pour mesurer l'impact de la simulation en santé dans ce domaine. Si une évaluation de la QVT est prévue sur l'établissement, il serait intéressant de poser une

⁶⁴ MICHEL S. ; « Management, aspects humains et organisationnels » ; 7ème édition ; Éditions PUF fondamental ; 2002 ; page 289

⁶⁵ www.anact.fr/indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact; consulté en septembre 2017

⁶⁶ www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766363/fr/qualite-de-vie-au-travail-les-outils-de-la-has; consulté en septembre 2017

question aux agents de type : « avez-vous participé à une séance de simulation en santé en équipe ? ». L'analyse des réponses permettrait de savoir s'il existe un lien entre formation par la simulation en équipe et QVT chez les professionnels interviewés.

5.3.3 Etape 8 : L'évaluation du dispositif de formation dans le champ du DS

Dans le champ propre au DS deux réunions permettent l'évaluation du dispositif.

Tout d'abord la CSIRMT, nous avons préconisé un travail de consultation par le DS de la CSIRMT pour le choix des thématiques à aborder. Par ailleurs, en dehors du DS, un représentant de la CSIRMT est présent dans le comité de pilotage. Il nous paraît important que ce binôme puisse présenter annuellement en CSIRMT un bilan des actions de formations menées sur l'établissement. Ce temps de présentation n'est à notre sens pas seulement informatif. Il permet d'échanger sur le dispositif et de prendre en compte la façon dont il est perçu par les élus de la CSIRMT et la communauté soignante en général.

Ensuite, les réunions avec l'encadrement supérieur soignant et l'encadrement soignant représentent à notre avis un moyen d'échanger sur le dispositif et de le réajuster si nécessaire. Le bilan présenté à la CSIRMT devra l'être aussi auprès de l'encadrement soignant. Cela permettra d'avoir le retour des cadres de santé sur leur perception de ce dispositif. Ce temps d'échange nous paraît essentiel car il implique les cadres dans la démarche et rend lisible les objectifs des formations institutionnelles par la simulation en santé en équipe. Lors de cet échange, le DS devra rechercher les effets des formations sur la compétence collaborative, l'harmonisation de l'identité professionnelle ou encore l'implication des agents dans des démarches réflexives type CREX, staff..... Par ailleurs, l'échange entre le DS et l'encadrement soignant permettra d'évaluer le format de la formation sur une journée. Est-il adapté aux contraintes organisationnelles des services ? Y-a-t-il des ajustements à prévoir ?

5.4 Axe 4 : Déployer le dispositif de formations par la simulation en santé en équipe à l'échelle du GHT

5.4.1 Etape 9 : Communiquer sur les intérêts à déployer le dispositif de formation par la simulation en santé en équipe à l'échelle du GHT

Lors de notre analyse qualitative, nous avons vu que les formations territorialisées représentaient une opportunité pour d'une part diminuer les coûts de la formation et d'autre part déployer des groupes de formés complets à chaque session. Un premier intérêt au déploiement du dispositif réside donc dans ces constats liés aux économies d'échelle.

Par ailleurs, à travers nos explorations théoriques, nous nous sommes aperçus que la convergence des plans de formation des établissements d'un même GHT à l'horizon de 2020, est un objectif vers lequel il faudra tendre. Aussi, les établissements devront se mettre

d'accord sur des éléments de convergence. Dans ce contexte, la notion de prévention des risques associés aux soins, de travail en équipe, de compétences collaboratives telles qu'ils sont présents dans la simulation en santé en équipe sont des sujets qui devraient faire consensus. En effet, l'ensemble des établissements de santé sont concernés par ces sujets. Nous pensons donc que déployer notre dispositif à l'échelle d'un GHT pourrait constituer un mode d'entrée intéressant pour la convergence des plans de formations territoriaux.

Enfin, à travers la validation des hypothèses de notre travail nous pouvons communiquer sur le fait que la simulation en santé, représente un levier managérial à la performance collaborative dans le domaine de la prévention des risques associés aux soins. Mais aussi que le développement de programmes de formations continues par la simulation en santé constitue est un vecteur d'inter professionnalité et de convergence des identités professionnelles au sein du GHT. Ces éléments nous paraissent intéressants pour développer les parcours de santé à l'échelle du territoire.

5.4.2 Etape 10 : Créer un comité de pilotage du GHT « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins »

A l'instar du comité de pilotage créé dans l'établissement, nous préconisons de créer un comité de pilotage territorial. Celui-ci aurait pour mission de faire le lien avec les établissements et aurait pour objectif d'atteindre un consensus inter établissement quant aux choix des orientations du projet de formation convergeant. Autrement dit ce comité de pilotage du GHT représenterait une instance de dialogue entre établissements permettant de proposer des actions de formations institutionnelles par la simulation en santé en équipe de façon concertée.

Dans un organigramme, la création du comité de pilotage du GHT impliquerait la transformation des comités de pilotage des établissements en cellules de « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins ».

Nous préconisons que le DS président de la CSIRMT du GHT ainsi que le PCME du GHT soient partie intégrante du comité de pilotage territorial. Leur place dans l'élaboration du projet de soins partagés et du projet médical partagé semble en effet essentielle pour assurer le déploiement d'une démarche de formation en cohérence avec les orientations du GHT.

Par ailleurs, la participation du DS de l'IFSI du territoire nous semble importante. Le Directeur de l'institut pourra notamment apporter son concours par sa connaissance des disponibilités du centre de simulation et des ressources humaines pédagogiques dont il dispose. Mais c'est au sujet des perspectives de développement de techniques de formation par la simulation que le DS de l'institut de territoire pourra être une ressource

majeure. En effet, comme nous avons pu le voir dans notre partie théorique, la simulation en santé en équipe représente une partie possible d'offre de formation. Or, le développement d'autres techniques peut aussi être mis à contribution. Nous pensons particulièrement au sérieux game qui représente une alternative, à notre avis crédible notamment en termes économiques pour développer la simulation en santé. Au cœur de ces évolutions, le DS des instituts est une ressource indéniable pour proposer d'autres alternatives en fonction de ce qui est développé dans son établissement. De plus, si nous n'avons parlé que de la collaboration avec les IFSI, les DS en instituts de formation, peuvent aussi avoir la responsabilité des Institut de Formation Cadre de Santé (IFCS). Or, certains d'entre eux développent une offre parallèle de formation initiale par l'obtention de Diplôme Universitaire de formateur en simulation. Cela est notamment le cas à l'IFCS de RENNES (35). Dans ce contexte, le lien entre DS Institut et DS gestion nous paraît particulièrement intéressant ici. La collaboration peut ainsi permettre d'augmenter le champ des possibles et la formation de formateurs internes.

De plus, notre démarche s'inscrivant dans le processus de qualité et de gestion des risques, il serait judicieux que le directeur qualité en charge du suivi de l'harmonisation des procédures de certification soit présent. Le lien avec les problématiques du territoire en termes de prévention des risques associés aux soins pourrait être synthétisé par cet acteur.

Enfin, les cellules de pilotage de « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins » de chaque établissement devront être représentées. L'option que chaque comité de pilotage des établissements vienne au complet nous semble difficile. En effet, cela représenterait un nombre trop important de personnes pour une réunion, ne favorisant pas les échanges et débats d'idées. Nous pensons qu'il serait intéressant qu'à l'échelle territoriale, le DS et le PCME de chaque hôpital puisse siéger au comité du GHT. Par ailleurs, il pourrait aussi y avoir deux autres représentants de la cellule hospitalière (dont un représentant syndical). La présence des représentants syndicaux nous paraît essentielle dans le comité de pilotage du GHT. D'une part, ils ont un rôle dans la validation des plans de formation en général ; d'autre part, notre expérience des organisations de santé nous a permis de constater que toutes les questions d'harmonisation entre établissements représentent au mieux de la suspicion au pire de la défiance de la part des agents. Nous pensons qu'il est utile ici de réaliser ces choix en concertation afin que les programmes de DPC ne soient pas une source d'opposition mais plutôt de consensus.

Avec ces préconisations, le comité de pilotage « suivi des projets de formation de prévention des risques associés aux soins » du GHT comporterait 24 membres (pour un GHT regroupant 5 établissements).

5.4.3 Etape 11 : Envisager la création d'une structure de formation par la simulation en santé interterritoriale

Au regard des différentes parties de notre travail, nous avons perçu l'enjeu que représente le développement de la simulation en santé en équipe. Pourtant nous avons aussi perçu les freins notamment économiques que représente cette technique pédagogique. Aujourd'hui de nombreux centres de simulation se développent dans les IFSI certes mais aussi dans les établissements hospitaliers. Sur le modèle des Centres d'Enseignement en Soins d'Urgence (CESU), certains hôpitaux misent sur l'autofinancement de ces structures en développant une offre de formation à destination de tous les professionnels qui le souhaitent. En demandant un agrément auprès de l'agence nationale du DPC, chaque centre hospitalier peut ainsi devenir organisme de formation agréé et développer une offre identique à celle d'organismes privés.

Plutôt que de multiplier les initiatives locales et de créer des doublons dans les départements ou les régions nous pensons qu'il pourrait être intéressant de créer des structures de formations par la simulation en santé à l'échelle interterritoriale. Ces structures pourraient prendre la forme d'un GIP ou d'un GCS, chaque établissement partenaire apportant une cotisation annuelle pour financer la structure. Cette cotisation pourrait être en lien avec la part du budget dédié aux « formations institutionnelles ». Additionnées entre elles, ces enveloppes budgétaires pourraient permettre d'autofinancer le centre de simulation interterritorial. En contrepartie, chaque établissement disposerait d'un droit de tirage annuel de formation, correspondant au budget qu'il a apporté.

Ce type de centre nous paraît apporter une réponse possible aux problématiques économiques. En mutualisant l'effort financier sur une échelle importante, les coûts de fonctionnement du centre de simulation vont diminuer.

De plus, les possibilités de mutualiser des séances sur plusieurs établissements est une opportunité de rencontre entre professionnels d'horizons différents et un réel levier de benchmarking.

Cette préconisation est sans doute idéaliste car nous connaissons les difficultés de faire travailler ensemble plusieurs établissements sur un même projet. Néanmoins elle mérite selon nous que nous nous y attardions pour évaluer les possibles.

6 Conclusion

Au terme de ce travail de recherche nous pouvons éclairer notre question de départ et y apporter des éléments de réponses. Ainsi, à la question : La simulation en santé a-t-elle une place à tenir dans la politique de formation continue des professionnels de santé sur le volet prévention des risques associés aux soins, impulsé par le Directeur des Soins? Nous pouvons répondre par l'affirmative.

Cette place est réelle et le retour des personnes formées par ce dispositif ne laisse pas d'ambiguïté sur le sujet. La validation de notre hypothèse 1 nous a permis de constater qu'au-delà d'une technique de formation, la simulation en santé est un outil managérial qui permet d'améliorer les compétences collaboratives. Certes, ces compétences sont souvent difficiles à objectiver mais constituent pourtant le ciment des équipes de soins et permettent de les rendre plus performantes dans leurs pratiques quotidiennes.

Les échanges réflexifs sur l'action amènent par le débriefing une zone de partage entre les soignants. Créatrice d'un sens partagé, cette zone tend à harmoniser les identités professionnelles des équipes comme nous avons pu le remarquer par la validation de notre hypothèse 2. Dans la période que nous vivons depuis quelques mois suite à l'instauration des GHT, le développement de la simulation en santé représente ainsi une opportunité pour renforcer les liens entre les professionnels des établissements. En effet, le souci de préserver les identités propre à chaque établissement tout en développant une méta identité territoriale, implique que c'est à travers les interfaces des parcours de santé que les efforts devront se concentrer.

De plus, l'amélioration de la compétence collaborative apportée par la simulation en santé en équipe impacte directement la prévention des risques associés aux soins. En effet, comme nous avons pu le voir dans notre cadre théorique, une partie importante des EIG est en lien avec des dysfonctionnements systémiques des relations de travail. C'est donc par cette porte d'entrée que nous pensons qu'il est utile de développer les programmes de DPC. En effet, la prévention des risques associés aux soins est un souci partagé par tous les professionnels de santé dont la mission première est de soigner sans engendrer de préjudice. Ce sujet, si il fait consensus est, selon nous, un des meilleurs pour rassembler médecins et auxiliaires médicaux autour de formations inter professionnelles.

Ces premiers constats établis nous ont permis d'explorer la place occupée par le DS dans le déploiement de dispositifs DPC. Les interviews de notre enquête qualitative ont confirmé le rôle central du DS dans ce dispositif permettant de valider notre hypothèse 3. Son positionnement dans l'organigramme des établissements le met en lien direct avec l'encadrement supérieur soignant et l'encadrement soignant. Ce lien est particulièrement propice aux remontées d'information et à l'analyse des problématiques. Doté lui-même d'un

parcours de soignant, il joue un rôle de traducteur avec le DRH pour déterminer les priorisations à engager dans les plans de formations des auxiliaires médicaux. C'est donc un binôme DS-DRH fort qui présente les orientations des plans de DPC institutionnels.

Mais si nous souhaitons développer la simulation en santé en équipe, ce seul binôme ne saurait être suffisant. En effet, le sujet de la gestion des risques à l'hôpital concerne particulièrement la communauté médicale. Il représente d'ailleurs un sujet majeur de la CME qui l'intègre comme une mission. Afin de créer des synergies, le binôme DS-PCME nous est apparu comme essentiel pour fédérer autour du déploiement d'actions de formation en commun.

C'est au regard de ces constats que nous avons engagé nos préconisations : Une logique hypothético déductive qui nous a permis de proposer une mise en œuvre pragmatique d'un comité de pilotage « suivi des projets de formations de prévention des risques associés aux soins ». Certains pourraient penser que la création d'un comité supplémentaire va alourdir encore nos organisations. Nous pensons par l'écriture de ce travail que les enjeux sont tels que ce comité à toute sa raison d'exister. Nous pensons que ce comité permet de réaliser une interface entre deux sujets qui préoccupent les DS : manager la prévention des risques associés aux soins et favoriser le développement d'une identité professionnelle harmonisée sur les établissements des GHT. C'est donc comme un outil de management que nous percevons la simulation en santé en équipe aujourd'hui.

Un outil que nous pouvons développer en renforçant nos partenariats avec les instituts de formations. Ceux-ci disposent d'une expertise pédagogique qui les positionne comme des acteurs crédibles pour accompagner des ingénieries pédagogiques adaptés aux besoins locaux. Ils disposent aussi d'outils pour développer des offres de formation continues par la simulation en santé. Cette logique territorialisée des offres de formation, présente l'avantage d'optimiser les ressources existantes dans les instituts. Mais selon nous, elle pourrait aussi constituer une opportunité pour les instituts d'inscrire leurs formateurs dans une logique de DPC. En effet, la réalisation de formation continue fait évoluer le public rencontré par les cadres formateurs. Nous n'avons pas abordé ce point pendant notre mémoire car ce n'était pas l'objet de celui-ci. Pourtant, le public des professionnels expérimentés n'a pas les mêmes attentes que le public des formations initiales. Aussi, pour un cadre formateur, la formation continue constitue un réel défi qui nécessite son implication dans les services de soins au plus près des pratiques de terrain. Une implication nécessaire pour élaborer les diagnostics pédagogiques qui pourraient renforcer encore leurs compétences et être réinjecté dans les formations initiales. Un partenariat renforcé avec les instituts qui pourrait aussi potentialiser les possibles en termes de recherche en soins infirmiers. Ce point constitue sans nul doute une ouverture possible de par l'inscription des instituts dans l'université.

7 Bibliographie

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

« *La gestion des risques dans les établissements de santé* » ;

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/fr/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante

« *Mission groupements hospitaliers de territoire* » ;

www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mision_hmdefmodifsddefv150316.pdf

« *Mission hôpital public* » ;

www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_Hopital_Public_RapportDefinitif_Remis_au_Ministre_18avril2012.pdf

« *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé* » ;

www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf

« *Référentiel métier directeur des soins* » ;

www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf

« *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé* » ;

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante

« *L'hôpital* » ;

www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

« *Le constructivisme* » ;

www.uqac.ca/pminier/act1/constr.htm

« *L'intervalle de confiance* » ;

www.webapps.fundp.ac.be/biostats/biostat/modules/module105/page4.html

« *Indicateurs de santé et qualité de vie au travail : la méthode* » ;

www.anact.fr/indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact

« *Qualité de vie au travail, les outils de la HAS* » ;

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766363/fr/qualite-de-vie-au-travail-les-outils-de-la-has

OUVRAGES

ANGEL S. et ANGEL P. ; « Éviter les erreurs médicales grâce à la simulation » ; Éditions Odile JACOB, 2016

BELLENGER L. ; « Piloter une équipe projet. Des outils pour anticiper l'action et le futur » ; ESF ; 2004 ; page 42

BLANCHARD-LAVILLE C. et FABLET D. (Coord.) ; « L'Analyse des pratiques professionnelles » ; Editions L'Harmattan ; 1996

CAYATTE R.; « Manager un projet... Oui mais comment ? » ; ESF ; 2010 ; page 31

D'AMOUR D. ; « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne au Québec » ; Université de Montréal ; 1997

DUBAR C. ; « La socialisation » ; Éditions Armand Collin ; 2000

FLANQUART H. ; « Des risques et des hommes » ; éditions PUF ; 2016

FREEMANA S., EDDYA SL., MCDONOUGH M., SMITHB MK, OKOROAFORA N., JORDTA H., et WENDEROTHA MP. ; « Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics » ; Department of Biology, University of Washington, Seattle ; 2014

KOHN LT., CORRIGAN JM., DONALDSON MS ; « To err is human : building a safer health system » ; Institute of medicine, National Academic Press ; 1999

MICHEL P., MINODIER M., MOLY-MONNEREAU C., LATHELIZE M., DOMECCQ S. et al ; « Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS » ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; Le panorama des établissements de santé 2011

MICHEL S.; « Management, aspects humains et organisationnels » ; 7ème édition ; Éditions PUF fondamental ; 2002

MOUSSIER M., CREUZON C., LEBATARD MB., MARBACH-ROUILLARD M. ; « Gestion des risques en établissement de santé » ; Editions FOUCHER ; 2016

NACU ET COLL. ; « Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires » ; DREES ; numéro 117 ; 2012

OSTY F., SAINSAULIEU R. et UHALDE M. ; « Les Mondes sociaux de l'entreprise » ; Desclée de Brouwer ; 1995

Pr GRANRY JC. et Dr MOLL C. ; « *Etat de l'art en matière de pratique de simulation dans le domaine de la santé* » ; HAS ; 2012 ; page 5

Pr GRANRY JC et Dr MOLL C. ; « *Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du DPC et de la prévention des risques associés aux soins* » ; HAS ; 2012 ; pages 57 à 59

Pr GRANRY JC et Dr MOLL C. ; « *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* » ; HAS ; 2012 ; page 14

QUIVY R. et CAMPENHOUDT LV. ; « *Manuel de recherche en sciences sociales* » ; Editions Dunod 2^{ème} édition ; 1995 ; page 191

SAINSAULIEU R. ; « *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation* » ; 4^{ème} édition ; Presses de Sciences Po ; 2014

SCHON D.; « *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* » ; Editions Logiques ; 1994

ARTICLES ET REVUES

AMALBERTI R. ; « *La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques* » ; ADSP ; no 79 ; juin 2012

Bulletin d'information de l'ordre des médecins n°23, juin 2012

DIBBLEY H. ; « *Petite histoire des simulateurs dans l'aéronautique* » ; www.officiel-prevention.com/formation/fiches-metier/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=206&dossid=407

IRDES ; *Historique des réformes hospitalières* ; 2015

POLICARD F. ; « *Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives* » ; Recherche en soins Infirmiers ; n°117 ; juin 2014

POLICARD F. ; « *La formation par la simulation en groupes pluriprofessionnels* » ; revue Soins ; mars 2017

8 Liste des annexes

ANNEXE 1 : Les 8 types de simulation selon MC. MOLL et JC. GRANRY

ANNEXE 2 : Grille de questionnaire

ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité

ANNEXE 4 : Grille des entretiens semi directif et grille d'analyse des entretiens

ANNEXE 5 : Retranscription des entretiens

ANNEXE 1 : Les 8 types de simulation selon MC. MOLL et JC. GRANRY

TYPLOGIE DE SIMULATION	DESCRIPTION
Patient standardisé (ou simulé)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u>: Permet de développer les compétences relationnelles des professionnels dans des contextes complexes (annonce mauvaise nouvelle, agressivité....) à travers la mise en œuvre de situations relationnelles. ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : Un acteur joue le rôle attribué par le formateur sous la forme d'un scénario.
Simulation procédurale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u> : Permet l'apprentissage par la répétition d'un geste sur un support. ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : En général, des simulateurs basse fidélité (peaux synthétiques, bras à perfusion.... Mais parfois des supports sophistiqués permettant la réalisation de coronarographie, angioplastie....
Simulation hybride	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u> : Obtenir les impressions du patients et plonger l'apprenant dans des situations encore plus proche du réel. ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : C'est la combinaison d'un patient simulé et d'une partie de mannequin (ex : peau synthétique, bassin d'accouchement...)
Simulation haute-fidélité (ou pleine échelle)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u> : Permet de contextualiser le plus souvent en équipe une situation de soins au plus proche de la réalité. ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : Mannequins pilotés à distance, qui reproduisent les différents paramètres programmés pour des scénarii. Notamment la ventilation, la circulation, l'activité électrique du cœur, la parole....
Simulation tactile et laparoscopie chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u> : Permet la maîtrise du contrôle œil-main et la dextérité des gestes en général (ex : modéliser l'extension d'une épidémie de grippe dans la population ; comprendre l'utilisation d'un équipement ; entraînement à la décision clinique sur patient virtuel...)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conditions de réalisation : Utilisation de simulateurs chirurgicaux en endoscopie ou coelioscopie
Réalité virtuelle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectif pédagogique</u> : Appréhender des situations complexes, ou étudier des concepts illustrés de manière plus concrète par des modèles informatiques ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : Développement de process informatiques adaptés.
Environnement 3D	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectifs pédagogiques</u> : Réaliser des formations à distances via le E-learning. ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : La mise en place de supports informatiques aboutis qui permettent aux apprenants de s'inscrire dans la perspective de « serious game »
Autres simulations	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Objectifs pédagogiques</u> : Se mettre à la place du patient pour mieux percevoir la relation soignant-soigné ➤ <u>Conditions de réalisation</u> : Utilisations de matériel type simulation grand âge et handicap

ANNEXE 2 : Grille de questionnaire

Question 1 : Quelle était l'intitulé de votre dernière session de simulation en santé?

Hémorragie de la délivrance Prise en charge du déchoquage de l'enfant

Gestion des situations critiques au SAU Gestion de situations critiques en anesthésie

Question 2 : Le groupe de stagiaires était constitué de personnes venant de :

Votre Equipe Votre Pôle Votre établissement Inter-établissement

Question 3 : Suite à cette session de simulation, diriez-vous : « Cette formation m'a permis de... »

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Mettre à jour mes connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer mes gestes techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer ma capacité à réaliser ou contribuer au diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux connaître les professionnels avec qui je travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyser ma pratique individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyser la pratique de mon équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux communiquer en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ma place dans l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer mon stress dans ces situations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler de sujet avec mes collègues que j'abordais peu avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me former au plus proche de la réalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créer des liens plus forts avec mes collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me rassurer pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre plus de plaisir à travailler avec mes collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre ce que les autres attendent de moi dans des situations complexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'intéresser plus à la gestion des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne m'a servi à rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prendre conscience de l'intérêt de débriefer les situations quotidiennes avec mes collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendre à mieux organiser mon espace de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 : Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je suis prêt à me réinscrire à une séance de simulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti jugé par le formateur dans cette séance de simulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le formateur a garanti un climat constructif et sécurisant pendant cette formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pu m'exprimer en toute liberté pendant la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette formation m'a beaucoup déstabilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis reparti de cette formation rassuré sur mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense apprendre autant de choses en CREX/RMM qu'en simulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plus libre de m'exprimer en simulation qu'avec d'autres outils de formation aux risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la formation, j'ai rencontré une situation identique à celle pour laquelle j'ai été formé et j'ai eu l'impression d'être plus performant qu'avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que la simulation en santé représente une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que la simulation en santé favorise l'appropriation d'une culture commune entre les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 5 : Quel est votre métier ?

Médecin Infirmier Infirmier spécialisé Aide-soignant/Auxiliaire de puériculture

Question 6 : Combien d'années de pratique avez-vous dans ce métier ?

Nombre d'années :

ANNEXE 3 : Tableaux chiffrés par catégories professionnelles avec seuils de significativité

ITEM 3.1 : Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'évolution de leurs pratiques		
QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Après la formation, j'ai rencontré une situation identique à celle pour laquelle j'ai été formé et j'ai eu l'impression d'être plus performant qu'avant »	Global : 21%	Imprécision : 10% Réal : entre 11% et 31%
	Médecins : 15%	Imprécision : 14% Réal : entre 1% et 29%
	Infirmiers : 38%	Imprécision : 27% Réal : entre 11% et 65%
	Infirmiers spé : 11%	Imprécision : 14% Réal : entre 0% et 35%
	AS et AUX PUER : 25%	Imprécision : 30% Réal : 0% et 55%
« Je pense que la simulation en santé représente une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital »	Global : 99%	Imprécision : 3% Réal : entre 96% et 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers : 88%	Imprécision : 16% Réal : entre 72% et 100%
	Infirmiers spé : 100	Imprécision : 0% Réal : 100%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%
ITEM 3.2 : Ressenti des acteurs sur l'impact de la simulation en santé en équipe dans le domaine de l'identité professionnelle		
QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Mieux connaître les professionnels avec qui je travaille »	Global : 77%	Imprécision : 10% Réal : entre 67% et 87%
	Médecins : 96%	Imprécision : 7% Réal : entre 89% et 100%
	Infirmiers : 56%	Imprécision : 24% Réal : entre 32% et 80%
	Infirmiers spé : 74%	Imprécision : 20% Réal : entre 54% et 94%
	AS et AUX PUER : 63%	Imprécision : 34% Réal : entre 29% et 97%
« Je pense que la simulation en santé favorise l'appropriation d'une culture commune entre les professionnels »	Global : 97%	Imprécision : 4% Réal : entre 93% et 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers spé : 95%	Imprécision : 10% Réal : entre 85% et 100%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%

ITEM 3.3 : Adhésion des professionnels à la simulation en santé en équipe		
QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Je suis prêt à me réinscrire à une séance de simulation »	Global : 97%	Imprécision : 4% Réal : entre 93% et 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers : 94%	Imprécision : 12% Réal : entre 82% et 100%
	Infirmiers spé : 95%	Imprécision : 10% Réal : entre 85% et 100%
	AS et AUX PUER : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
« Le formateur a garanti un climat constructif et sécurisant pendant cette formation »	Global : 97%	Imprécision : 4% Réal : entre 93% et 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers spé : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%
« Je me suis senti jugé par le formateur dans cette séance de simulation » et	Global : 3%	Imprécision : 4% Réal : entre 0% et 7%
	Médecins : 0%	Imprécision : 0% Réal : 0%
	Infirmiers : 0%	Imprécision : 0% Réal : 0%
	Infirmiers spé : 0%	Imprécision : 0% Réal : 0%
	AS et AUX PUER : 13%	Imprécision : 23% Réal : 0% et 36%
« J'ai pu m'exprimer en toute liberté pendant la formation »	Global : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers spé : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	AS et AUX PUER : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
« Cette formation m'a beaucoup déstabilisé »	Global : 12%	Imprécision : 8% Réal : entre 4% et 20%
	Médecins : 0%	Imprécision : 0% Réal : 0%
	Infirmiers : 13%	Imprécision : 16% Réal : entre 0% et 29%
	Infirmiers spé : 21%	Imprécision : 18% Réal : entre 3% et 29%
	AS et AUX PUER : 13%	Imprécision : 16% Réal : entre 0% et 29%

ITEM 3.4 : Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'amélioration de leur compétence individuelle		
QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Améliorer mes gestes techniques »	Global : 46%	Imprécision : 12% Réal : entre 34% et 58%
	Médecins : 46%	Imprécision : 19% Réal : entre 27% et 65%
	Infirmiers : 78%	Imprécision : 20% Réal : entre 58% et 98%
	Infirmiers spé : 21%	Imprécision : 18% Réal : entre 3% et 39%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : 65% et 100%
« Améliorer ma capacité à réaliser ou contribuer au diagnostic »	Global : 43%	Imprécision : 12% Réal : entre 31% et 54%
	Médecins : 46%	Imprécision : 19% Réal : entre 27% et 65
	Infirmiers : 56%	Imprécision : 24% Réal : entre 32% et 80%
	Infirmiers spé : 37%	Imprécision : 22% Réal : entre 15% et 59%
	AS et AUX PUER : 25%	Imprécision : 30% Réal : entre 0% et 55%
« Analyser ma pratique individuelle »	Global : 94%	Imprécision : 4% Réal : entre 93% et 100%
	Médecins : 100%	Imprécision : 0 Réel : 100%
	Infirmiers : 100%	Imprécision : 0 Réel : 100%
	Infirmiers spé : 89%	Imprécision : 14% Réal : entre 75% et 100%
	AS et AUX PUER : 100%	Imprécision : 0 Réel : 100%
« Mettre à jour mes connaissances »	Global : 84%	Imprécision : 9% Réal : entre 75% et 93%
	Médecins : 81%	Imprécision : 15% Réal : entre 65% et 96%
	Infirmiers : 88%	Imprécision : 16% Réal : entre 72% et 100%
	Infirmiers spé : 79%	Imprécision : 18% Réal : entre 61% et 97%
	AS et AUX PUER : 100%	Imprécision : 0 Réel : 100%
« Apprendre à mieux organiser mon espace de travail »	Global : 74%	Imprécision : 10% Réal : entre 64% et 84%
	Médecins : 69%	Imprécision : 18% Réal : entre 51% et 87%
	Infirmiers : 88%	Imprécision : 16% Réal : entre 72% et 100%
	Infirmiers spé : 63%	Imprécision : 22% Réal : entre 41% et 84%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%
« Je suis reparti de cette formation rassuré sur mes compétences »	Global : 71%	Imprécision : 11% Réal : entre 60% et 82%
	Médecins : 65%	Imprécision : 18% Réal : entre 47% et 83%
	Infirmiers : 75%	Imprécision : 21% Réal : entre 54% et 96%
	Infirmiers spé : 68%	Imprécision : 21% Réal : entre 47% et 89%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%

ITEM 3.5 : Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé en équipe sur l'amélioration de leur compétence collaborative		
QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Créer des liens plus forts avec mes collègues »	Global : 61%	Imprécision : 12% Réal : entre 49% et 73%
	Médecins : 62%	Imprécision : 19% Réal : entre 43% et 81%
	Infirmiers : 56%	Imprécision : 24% Réal : entre 32% et 78%
	Infirmiers spé : 68%	Imprécision : 21% Réal : entre 47% et 89%
	AS et AUX PUER : 50%	Imprécision : 35% Réal : 15% et 85%
« Parler de sujets avec mes collègues que j'abordais peu avant »	Global : 39%	Imprécision : 12% Réal : entre 27% et 51%
	Médecins : 42%	Imprécision : 19% Réal : entre 23% et 61%
	Infirmiers : 44%	Imprécision : 24% Réal : entre 20% et 68%
	Infirmiers spé : 32%	Imprécision : 21% Réal : entre 11% et 53%
	AS et AUX PUER : 38%	Imprécision : 34% Réal : entre 4% et 72%
« Prendre plus de plaisir à travailler avec mes collègues »	Global : 58%	Imprécision : 12% Réal : entre 46% et 70%
	Médecins : 58%	Imprécision : 19% Réal : entre 39% et 67%
	Infirmiers : 63%	Imprécision : 24% Réal : entre 39% et 87%
	Infirmiers spé : 53%	Imprécision : 22% Réal : entre 31% et 75%
	AS et AUX PUER : 63%	Imprécision : 34% Réal : 29% et 97%
« Analyser la pratique de mon équipe »	Global : 90%	Imprécision : 7% Réal : entre 83% et 97%
	Médecins : 88%	Imprécision : 12% Réal : entre 76% et 100%
	Infirmiers : 94%	Imprécision : 12% Réal : entre 82% et 100%
	Infirmiers spé : 89%	Imprécision : 14% Réal : entre 75% et 100%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%
« Mieux communiquer en équipe »,	Global : 90%	Imprécision : 7% Réal : entre 83% et 97%
	Médecins : 96%	Imprécision : 7% Réal : entre 89% et 100%
	Infirmiers : 88%	Imprécision : 16% Réal : entre 72% et 100%
	Infirmiers spé : 89%	Imprécision : 15% Réal : entre 74% et 100%
	AS et AUX PUER : 75%	Imprécision : 30% Réal : entre 45% et 100%

« Prendre ma place dans l'équipe »,	Global : 80%	Imprécision : 10% Réal : entre 70% et 90%
	Médecins : 75%	Imprécision : 17% Réal : entre 58% et 92%
	Infirmiers : 75%	Imprécision : 21% Réal : entre 54% et 96%
	Infirmiers spé : 83%	Imprécision : 17% Réal : entre 66% et 100%
	AS et AUX PUER : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
« Comprendre ce que les autres attendent de moi dans des situations complexes »	Global : 80%	Imprécision : 9% Réal : entre 71% et 89%
	Médecins : 81%	Imprécision : 15% Réal : entre 66% et 96%
	Infirmiers : 88%	Imprécision : 16% Réal : entre 72% et 100%
	Infirmiers spé : 63%	Imprécision : 22% Réal : entre 41% et 84%
	AS et AUX PUER : 75%	Imprécision : 30% Réal : entre 45% et 95%
« Prendre conscience de l'intérêt de débriefer les situations quotidiennes avec mes collègues »	Global : 88%	Imprécision : 8% Réal : entre 80% et 96%
	Médecins : 77%	Imprécision : 16% Réal : entre 61% et 93%
	Infirmiers : 100%	Imprécision : 0% Réal : 100%
	Infirmiers spé : 94%	Imprécision : 11% Réal : entre 83% et 100%
	AS et AUX PUER : 88%	Imprécision : 23% Réal : entre 65% et 100%

ITEM 3.6 : Ressenti des acteurs de l'effet de la simulation en santé sur leur implication dans la gestion des risques

QUESTION	POURCENTAGE REPONSE « D'ACCORD » ET « PLUTOT D'ACCORD » GLOBAL ET PAR METIER	INTERVALLE DE POURCENTAGE MODIFIE AU SEUIL DE SIGNIFICATIVITE
« Je pense apprendre autant de choses en CREX/RMM qu'en simulation »	Global : 9%	Imprécision : 7% Réal : entre 2% et 16%
	Médecins : 12%	Imprécision : 12% Réal : entre 0% et 24%
	Infirmiers : 6%	Imprécision : 12% Réal : entre 0% et 18%
	Infirmiers spé : 0%	Imprécision : 0%, Réel : 0%
	AS et AUX PUER : 25%	Imprécision : 30% Réal : entre 0% et 55%
« Je suis plus libre de m'exprimer en simulation qu'avec d'autres outils de formation aux risques »	Global : 74%	Imprécision : 10% Réal : entre 64% et 84%
	Médecins : 85%	Imprécision : 14% Réal : entre 71% et 89%
	Infirmiers : 56%	Imprécision : 24% Réal : entre 42% et 80%
	Infirmiers spé : 84%	Imprécision : 16% Réal : entre 68% et 100%
	AS et AUX PUER : 50%	Imprécision : 35% Réal : entre 15% et 85%

ANNEXE 4 : Grille des entretiens semi directif et grille d'analyse des entretiens

Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?

Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME) : Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?

Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborerez-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?

Question 4 (A destination des DRH et PCME) : Pourriez-vous me parler de la place du directeur des soins dans la collaboration que vous avez à l'élaboration des plans DPC ? [\(relancer les PCME sur la mise en place de collaboration médecins/auxiliaires-médico dans les programmes de formation\)](#)

Question 4 bis (A destination des DS) : Selon vous, quelle est la place du directeur des soins dans l'élaboration des plans DPC institutionnels ?

Question 5 : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ? [\(Relancer le thème de la gestion des risques et compétence collaborative\)](#)

Question 6 : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?

Question 7 : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?

Question 8 : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ?

QUESTIONS	ELEMENTS D'ANALYSE
Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?	Verbatim en lien avec des actions de formation en lien de type gestion des risques, compétences collaborative
Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME): Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?	Verbatim en lien avec des notions d'harmonisation des identités professionnelles, harmonisation des pratiques, échanges de cultures
Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborer-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?	Verbatim en lien avec les acteurs et en particulier le DS
Question 4 (A destination des DRH et PCME) : Pourriez-vous me parler de la place du directeur des soins dans la collaboration que vous avez à l'élaboration des plans DPC ? (relancer les PCME sur la mise en place de collaboration médecins/auxiliaires-médico dans les programmes de formation) Question 4 bis (A destination des DS) : Selon vous, quelle est la place du directeur des soins dans l'élaboration des plans DPC institutionnels ?	Verbatim permettant de cibler la place du DS dans l'élaboration des plans DPC. L'importance ou non des partenariats. L'expertise du DS reconnue ou non par les autres dans le domaine de la pédagogie et de l'analyse des besoins en formation des auxiliaires médicaux.
Question 5 (A destination des DS, DRH, PCME) : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ? (Relancer le thème de la gestion des risques et compétence collaborative)	Verbatim en lien avec les représentations de l'outil pédagogique (servira pour les préconisations)
Question 6 (A destination des DS, DRH, PCME) : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?	Verbatim en lien avec les aspects positifs reconnus au travers de l'outil (servira dans les préconisations sur la communication à réaliser par le DS sur les avantages de l'outil simulation en santé auprès des acteurs qui déploient les plans DPC)
Question 7 (A destination des DS, DRH, PCME) : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?	Verbatim en lien avec les freins à l'utilisation de la simulation en santé (servira pour les préconisations)
Question 8 (A destination des DS, DRH, PCME) : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ?	Verbatim en lien avec les représentations de l'IFSI et de son utilité à développer de la formation continue (servira dans les préconisations sur les éventuels partenariat centre hospitalier-IFSI dans le domaine de la simulation en santé)

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN DS 1

Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?

Oui, dans le cadre du projet d'établissement dans le cadre des projets médicaux et paramédicaux. Dans le cadre du projet de soin, on développe tous les ans des actions institutionnelles. Cette année par exemple c'est bienveillance dans la prise en charge de la personne âgée, on a la qualité de vie au travail, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs

Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME) : Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?

Si on avait déjà un catalogue commun de formation à l'échelle du GHT, ça nous permettrait de faire partager les professionnels sur des thèmes identiques de formation. Pour qu'ils puissent mieux de connaître les uns et les autres. En termes d'efficience économique ça nous permettrait à nous les petits établissements de remplir les groupes pour des actions institutionnelles car on a du mal à remplir les groupes. Si on faisait une formation GHT on aurait des groupes complets à chaque fois. Et puis en termes d'appel d'offre, si on est 5 ou 6 établissement à demander une formation on aura des prix plus attractifs que si l'on est un seul établissement dans l'année. Mais moi je pense que vraiment ça apporte du plus pour la connaissance des professionnels entre eux et une harmonisation des pratiques. Après je pense aussi que dans chaque établissement on a des gens qui ont des compétences spécifiques, qui font déjà des formations au sein de leur établissement et que l'on pourrait les faire partager sur l'ensemble des établissements du GHT.

Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborerez-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?

Il y a un recensement de toutes les formations lors des entretiens annuels d'évaluation pour les personnels non médicaux. Ensuite il y a une commission de formation qui réunit le DRH, le DS, les partenaires sociaux et les cadres de pôle. Et puis il y a une commission DPC ou la il y a le PCME, le DRH, le DS, les chefs de pôles, les cadres de pôle et les organisations syndicales

Question 4 bis (A destination des DS) : Selon vous, quelle est la place du directeur des soins dans l'élaboration des plans DPC institutionnels ?

Déjà avant la diffusion du plan de formation je demande à la DRH de me le communiquer pour contrôler que les demandes sont en cohérence avec les axes du projet de soins. Je vérifie qu'il n'y a pas de demandes qui sont en décalé avec ce que l'on peut faire. Et puis c'est pour vérifier que chaque service s'investi bien et inscrit bien des agents dans les formations institutionnelles. S'il y a un souci je vois ça directement avec le DRH et le responsable de la formation dans un premier temps et ensuite je travaille avec les cadres de pôle.

Question 5 : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ?

Qu'est-ce que ça représente. Ben aujourd'hui c'est un autre moyen pour former les acteurs de terrain dans des formations pluri professionnelles qui permettent de les mettre en formation action, c'est-à-dire qu'ils vont simuler une prise en soins avec des gens formés qui vont les regarder et débriefer avec eux et mettre en place des plans d'action avec eux. Moi je pense que c'est un outil supplémentaire aux formations institutionnelles qu'on connaît aujourd'hui. A mon avis c'est une bonne alternative à la formation théorique a une seule condition c'est que les personnes qui participent à ces formations soient acteur et pas seulement spectateur.

Question 6 : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?

Il y a une plus-value dans la simulation car on peut faire des approches pluri professionnelles médicales et paramédicales, alors que dans les axes de formation paramédicaux, on a souvent que des paramédicaux ensembles. Or quelques fois il y a des problématiques dans les services qui peuvent concerner soit des paramédicaux soit des médicaux, soit les deux. Je trouve que c'est plus compliqué quand les formations ont lieux chacun de leur côté. La quand on a la possibilité de faire des formations actions qui impliquent l'ensemble des acteurs des équipe, ça permet à mon avis de travailler ensemble des plans d'action.

Question 7 : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?

Je ne sais pas, comme ça non. Aujourd'hui on peut dire que la simulation reste un peu cher parce que c'est relativement nouveau, y a pas beaucoup de labo de simulation et donc on n'a pas forcément de professionnels formés à proximité. Mais là nous on a un labo qui se monte dans l'établissement support qui nous propose de monter des programmes. Et puis je pense que ça représente un intérêt pour le DS, quand les gens sont en difficulté sur une

compétence, ça permet de les envoyer en formation pour qu'ils puissent travailler avec les formateurs en développement de compétences.

Question 8 : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ?

Oui ça peut arriver que sur des axes on travaille ensemble. Moi j'ai une très bonne collaboration avec le DS de l'IFSI. C'est toujours une valeur ajoutée de l'inscrire dans les formations, d'abord, ça permet d'intégrer des professionnels en formation initiale avec des professionnels expérimentés. Ça permet aussi d'avoir un regard autre sur les dispositifs de formation. Quand on est en difficulté avec un agent par exemple, un DS IFSI il va avoir un regard complètement différent qu'un DS hôpital.

Par ailleurs, on organise une journée soignante sur le territoire et un des pilotes de ce groupe est le DS de l'IFSI. Je pense que ça permet d'apporter de la cohérence entre ce qui est amené en formation initiale et les problématiques réelles de terrain. Ça c'est le premier point. Ça peut être par exemple quand on a une difficulté avec un jeune diplômé, là on peut faire une CREX avec les cadres formateurs, pour que cette action n'ait pas qu'une dimension institutionnelle mais qu'elle puisse aussi être réinvestie en formation initiale pour sensibiliser les jeunes professionnels à la démarche qualité et à l'utilisation des CREX et des RMM.

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN DS 2

Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?

Antérieurement ça n'existait pas, l'année dernière on y a travaillé avec la DRH pour justement faire ressortir des axes institutionnels qui ont permis d'établir une lettre de cadrage transmise aux pôles avant qu'ils établissent leur plan de formation. Donc c'est une démarche engagée depuis deux ans : l'année dernière et cette année. On a suivi la procédure approche processus certification pour donner ces axes de formation institutionnels. On a repris notre plan qualité et sécurité des soins donc on a un axe qui est reconduit au niveau des outils de soins, comme notamment les transmissions ciblées reproduit sur plusieurs années. On a quelque chose aussi sur les droits des patients. On a ensuite tout le volet sécurité et gestion des risques et dedans on a toutes les formations en lien avec l'hygiène, ça c'est un calendrier annuel, l'hémovigilance, l'identité vigilance. Ça c'est tout à destination des soins. On a fait aussi des formations spécifiques aux méthodes de gestion des risques : les CREX, les EPP. Donc sensibilisation et approfondissement. Les axes institutionnels sinon mais ça c'est partout, fgsu. Un volet aussi autour de l'encadrement. On a formé les cadres à la gestion des plannings. Et puis conduite de

changement. On a des formations obligatoires institutionnels et des formations qui sont demandées par les pôles. Le curseur institutionnel est en train de monter un petit peu à la lumière des constats faits à la visite de certification et de nos axes d'amélioration.

Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME): Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?

A mesure que tu me parle de ça justement, j'ai oublié de t'évoquer un axe c'est tout ce qui a trait à la prévention des tms, on a donc tout un dispositif de formation avec des formateurs internes et si je te parle de ça c'est que cette formation est déjà basée à l'échelle du territoire. Donc on a des formateurs internes à l'intérieur des établissements. C'est pour le moment drivé par l'établissement support avec un cadre qui a un temps dédié pour coordonner cette activité, mais à ce jour on se questionne pour étendre cette coordination sur l'ensemble du territoire. De même pour les formations sur l'hémovigilance on les ouvre pour le territoire déjà. C'est-à-dire que quand on ouvre nos sessions on a des personnes de tous les établissements du GHT qui viennent. C'est déjà ce périmètre qui est connu. On en a discuté avec mes collègues DS des autres établissements. A notre avis la formation ce n'est qu'un moyen au service de l'amélioration des pratiques pour nous. Et si on veut harmoniser nos pratiques, travailler sur des protocoles communs, des procédures pour finalement garantir le parcours du patient et une prise en charge harmonisée tout au long de son parcours, on a tout intérêt à avoir des actions de formation communes. Pour moi c'est un levier c'est évident pour améliorer les pratiques et aussi peut être pour améliorer la connaissance des professionnels de ces différents établissements. Qu'ils se voient dans un contexte où ils sont en formation ensemble et ça va aussi permettre, de lever surement des freins, des appréhensions ou des préjugés.

Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborerez-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?

Alors par exemple quand on a travaillé sur les transmissions ciblées on a construit un cahier des charges et bien sûr on a le responsable de la formation continue, si ça fonctionne les collègues des autres établissements du GHT sont preneurs également. On a aussi associé des pilotes en tant que cadres et cadres sup et on les a associés dès l'élaboration du cahier des charges. Ensuite ces personnels vont piloter le groupe institutionnel et vont être en lien avec la formatrice qui va faire les sessions. Donc l'idée c'est d'avoir toujours des cadres qui vont être ressource derrière et dès le départ pour que ça puisse prendre sens et être réajusté en fonction de l'évolution de la démarche.

Question 4 bis (A destination des DS) : Selon vous, quelle est la place du directeur des soins dans l'élaboration des plans DPC institutionnels ?

Alors je veux juste faire un bémol sur le DPC car nous on est très en retard sur le DPC. Mais sur la formation, ce qui se passe c'est que nous DS on propose les axes en lien avec le projet de soins. Ensuite on a une négociation avec le responsable formation continue sous couvert du DRH. Et c'est là aussi où on regarde. Après les axes sont retenus en fonction de ce que l'on peut amener comme argumentaire et pour le moment on essaye de structurer, en général on partage les mêmes idées donc c'est facile. Les besoins qu'on a identifiés on les a déjà partagés avec la DRH. On a pu constater des problèmes de pratique et de ce fait c'est facile. De même la direction des soins est présente dans la commission de formation. Qui se réunit et est constituée de la DRH, de la DDS, des partenaires sociaux, pour valider le plan de formation continue, pour la direction des soins c'est mon adjointe qui y est. Elle siège à toutes les commissions. Après le plan de formation il passe en commission des soins. La DRH, propose quelque chose qui n'est pas inintéressant, elle suggère que c'est la CSIRMT qui émet des axes pour le plan de formation. Comme c'est le CGS qui préside cette instance ça renforce notre place dans le dispositif. Les faire valider par la CSIRMT, ça peut avoir du poids aussi.

Au niveau de la formation avec les médecins, à mon avis ce qui marchera c'est à partir du moment où on va commencer à écrire les parcours de soins avec les médecins. Actuellement on a une difficulté c'est qu'on n'a pas de gestionnaire de risques associés aux soins. Le poste est vacant depuis un an. À mon avis ça peut être une bonne porte d'entrée pour travailler avec la communauté médicale sur l'établissement. Car lui, il peut ramener le versant médical mais au jour d'aujourd'hui on a juste la représentante de la CME à la CSIRMT mais c'est une hygiéniste donc on parle du volet hygiène mais on ne va pas avoir le reste. Après les médecins ils sollicitent plus les équipes sur des choses très techniques par exemple en cardio, ils vont demander que les personnels soient formés par rapport aux pratiques par rapport à leurs techniques, ou alors en neuro pareil. Voilà ça cible des choses très techniques. Par rapport pas au projet médical mais par rapport aux activités médicales. Très honnêtement ils sont demandeur en management et gestion des risques comme les EPP. On a une commission EPP par exemple et il y a des demandes pour faire un programme de formation aux EPP qui associent les médecins et les cadres.

Question 5 : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ?

En équipe..... Euh non, moi ce que je connais en simulation c'est ce qui est fait effectivement dans les laboratoires par les IFPS, par rapport à des situations où les soignants sont mis en situation et où on débriefe derrière ? Est-ce que c'est ça que tu veux dire ? Alors oui la réanimation le fait elle a un projet avec le labo de simulation de l'IFPS et là en général ils travaillent de manière pluri professionnelle. Par ailleurs c'est des sujets qui ont été abordés avec notre collègue DS de l'IFSI qui nous avait sollicités par rapport à ça

car elle a un labo. Le concept est intéressant on ne peut pas dire le contraire, d'ailleurs tous les soignants qui y ont participé sont plutôt ravis. Moi ce qui me pose plus soucis aujourd'hui tel qu'il est déployé c'est le nombre d'acteurs qui est touché et le coût ? Parce que ce n'est quand même pas anodin au niveau du coût. Et parfois c'est souvent encore ciblé sur des situations d'urgence, ce qui est important je ne dis pas le contraire mais aujourd'hui en pratique les grosses difficultés qu'on rencontre et qui sont source soit d'insatisfaction des patients, de plaintes, c'est surtout la communication auprès des patients mais dans des situations plutôt lambda comme l'accueil, la personne âgée et sa prise en charge. Et là en simulation actuellement ce n'est pas trop travaillé alors que ça pourrait être intéressant. Est-ce que l'on ne peut pas reprendre les bases de ce modèle pédagogique qui a fait ses preuves, alors ce n'est pas pour le démocratiser mais un peu quand même quelque part et est-ce qu'il faut vraiment un labo avec tout le matériel et l'infrastructure qui existe ou est-ce que l'on peut arriver à réutiliser les principes pédagogique dans un environnement plus léger qui nous permettrait de former plus de monde à moindre coût. Comme se déplacer au niveau d'un pôle, dans un périmètre plus restreint et sur un temps donné pouvoir travailler avec les équipes.

Question 6 : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?

(Abordé question 5)

Question 7 : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?

(Abordé question 5)

Question 8 : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ?

On va dire que les relations ne sont pas encore fluides. On les a sollicités un moment donné pour un cahier des charges mais ils n'ont pas répondu. Les délais étaient contraints ils n'ont pas pu y répondre. C'est un peu compliqué, on est un peu en retard sur le tutorat, c'est la formation initiale mais les deux sont liés avec la formation continue. A partir du moment où on arrive à créer des relations plus fluide notamment sur le tutorat on arrive à développer la formation continue avec l'IFSI. Souvent c'est de concert en fait. Moi je pense que solliciter l'IFSI pourrait être intéressant, on l'a fait mais on était pas du tout compétitif au niveau du prix par rapport à une boîte privée. Donc ça c'était un premier bémol et deuxièmement c'est un ensemble ça se construit globalement et aujourd'hui, honnêtement ce n'est pas fluide.

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN DRH 1

Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?

Oui ça me paraît assez évident. On a un plan de formation qui est structuré autour de trois grandes parties. Une partie qui confère aux axes prioritaires de l'établissement. Une deuxième partie qui correspond aux besoins réguliers qui sont les axes institutionnels et qui perdurent dans le temps. Et puis, une troisième partie qui correspond plutôt aux demandes individuelles et qui correspond plutôt au financement des études promotionnelles. Donc oui on a des axes prioritaires, de mémoire, ceux pour 2017 étaient pour la sécurisation du médicament. Il y a trois axes particuliers. Un axe sur le parcours managérial de notre encadrement tous secteurs confondus et puis il doit y avoir un troisième axe sur la formation dans le cadre des circonstances exceptionnelles, l'accompagnement des équipes aux événements de crises et autres.

Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME) : Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?

En tout cas ils doivent être coordonnés c'est-à-dire ne pas être antinomiques. En l'occurrence nous on a l'avantage c'est qu'on a structuré dès l'année dernière déjà un plan de formation pour le GHT dès 2017. Donc on a un plan de formation qui est structuré avec une partie qui correspond à l'accompagnement des besoins du GHT c'est-à-dire l'accompagnement des besoins structurels du GHT, qui peuvent être l'accompagnement des équipes, le lien sur la mobilité, voilà des points de cet ordre-là. Et puis une autre partie qui est l'accompagnement des établissements à des pratiques institutionnelles qui leur correspondent plus, le virage ambulatoire, pour les acteurs médico-social, le projet personnalisé du résident, le circuit du médicament qui correspondait à tout ce qui était utile en EHPAD. Donc ça c'est des éléments qui ont été structurés dans le GHT, donc oui c'est pertinent mais il y a quelques freins puisqu'il y a l'identité des établissements qui doit être maintenue. Il y a la difficulté de mutualiser des achats qui jusqu'à maintenant étaient fait seuls dans les petits établissements sans répondre aux règles de la commande publique. Mais fondamentalement il y a plutôt une ligne de partage et d'expertise entre les plus gros établissements et les plus petits.

Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborerez-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?

Ben évidemment tous les cadres qui nous font remonter le recensement des besoins. On a une stratégie institutionnelle qui fait que suite aux entretiens professionnels, ils nous

présentent leurs priorisation et ensuite on leur fait remonter quels sont nos axes prioritaires et après comment on arrive à faire rentrer tout ça dans l'enveloppe.

Question 4 (A destination des DRH et PCME) : Pourriez-vous me parler de la place du directeur des soins dans la collaboration que vous avez à l'élaboration des plans DPC ?

Evidement toute la stratégie est élaborée par le binôme DRH-DS. Les cadres sup nous font cette présentation commune. Après il y a des choix qui sont fait mais en général c'est lignes de convergence permanente entre DS et DRH. Mais c'est notre fonctionnement d'établissement après ce n'est pas partout pareil.

Question 5 : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ?

Qu'est-ce que vous entendez par simulation en équipe ? C'est de la simulation managériale, c'est de la simulation dans un centre de simulation c'est ?

J'entends simulation en centre de simulation en santé avec différente catégories professionnelles en même temps.

Alors nous on a structuré toute cette offre la puisqu'on a un centre de simulation qu'on a financé par la taxe d'apprentissage en 2015 à l'IFSI. Qui a ouvert officiellement début 2016 mais qui est complet avec un bloc opératoire et une chambre patient, une régie et une salle de débriefing donc environ 150 m2 qui sont dédiés à la simulation et qui sont disponibles pour la formation initiale et la formation continue. On a initié cette année la simulation managériale et a destination des cadres

Question 6 : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?

Ben le respect au final de ne pas apprendre sur un patient. Le fait d'avoir un outil pédagogique assez innovant et qui peut interpeler et qui permet de rendre la formation plus attractive et en tout cas plus interactive de ce point de vu là c'est assez évident.

Question 7 : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?

Pas trop, ben pour la simulation managériale on a quelques freins qui sont identifiés qui sont lié au fait d'avoir un débriefeur externe à l'établissement et qui n'est pas forcément un supérieur hiérarchique pour justement garder l'once d'objectivité. Le débriefeur qui est choisi doit être en cohérence avec ce que l'on veut faire passer comme message. Mais voilà non sinon pas de difficulté particulière.

Question 8 : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ? (Répondu questions précédentes)

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN DRH 2

Question 1 (A destination des DS, DRH, PCME) : L'établissement où vous travaillez dispose-t-il d'axes institutionnels de formations ? Si oui lesquels ?

Notre plan de formation est constitué d'une enveloppe institutionnelle. Nous définissons chaque année les axes prioritaires. On s'appuie sur les recommandations de la HAS, les circulaires qui sortent chaque année pour définir les priorités mais en tout cas cette enveloppe-là elle est à nous, c'est nous qui la définissons ainsi que son contenu que nous souhaitons y voir apparaître. Cette année on a travaillé beaucoup sur la certification des comptes, la prévention du risque de suicide, on travaille aussi sur le dossier patient informatisé, on va travailler aussi sur la qualité de vie au travail et puis bien sur l'accompagnement des managers sur leur management.

Question 2 (A destination des DS, DRH, PCME): Pensez-vous que le plan de formation convergeant à l'échelle des GHT représente une opportunité ? Si oui en quoi ? Si non Pourquoi ?

L'opportunité, celle que je vois prégnante, c'est de créer des occasions de se retrouver et de créer des liens. Dans des formations où les contenus intéressent tous les soignants, alors c'est mieux si on la fait en partageant avec les professionnels des établissements du GHT. Pour donner un exemple très concret, en fin d'année on ouvre une formation à l'hypnose dans le cadre du traitement de la douleur et bien cette formation est ouverte aux professionnels des trois établissements MCO du GHT et même pourquoi pas des personnels extérieurs comme des libéraux. C'est ça pour nous, toute la puissance du GHT c'est quand on fait des actions en commun, ça crée l'occasion de se rencontrer.

Question 3 (A destination des DS, DRH, PCME) : Avec quels professionnels de l'hôpital élaborerez-vous le programme de développement professionnel continu de votre établissement ? Et particulièrement les axes institutionnels ?

Ça se fait en commission de formation et elle est composée des représentants du personnel, de l'encadrement supérieur, la gestion des ressources humaines bien sur le directeur de l'IFSI/IFAS et la direction des soins. Je cite encore un acteur important c'est le PCME.

Question 4 (A destination des DRH et PCME) : Pourriez-vous me parler de la place du directeur des soins dans la collaboration que vous avez à l'élaboration des plans DPC ?

Avec le Directeur des soins on prépare la commission de formation c'est du travail en binôme. Euh, je ne sais pas faire sans en fait (rires). Autant certains axes comme le management c'est un axe qui est posé pour l'ensemble de l'établissement qui est commun d'ailleurs au projet social et au projet de soins, et puis il y a des axes comme par exemple

les transmissions ciblées qu'on a souhaité réintroduire cette année, ça fait suite aux rencontres du DS avec les cadres, ou le besoin a donc émergé du terrain. C'est donc plutôt le DS qui est informé de ces éléments typiques du soin et qui peut apporter son regard de soignant sur l'utilité de prioriser telle ou telle action.

Question 5 : Connaissez-vous la simulation en santé en équipe ? Si oui que représente pour vous cette technique de formation ?

Oui on a entendu parler à plusieurs occasions, on a été sensibilisé la dessus par un formateur qui fait ça et ça éveillé un intérêt chez nous. La simulation en santé je la connais de manière théorique pour avoir lu pas mal d'articles là-dessus sur des établissements qui se lancent la dedans donc on connaît. Elle m'intéresse beaucoup sur le champ du management par exemple.

Question 6 : Identifiez-vous une plus-value à utiliser la simulation en santé dans vos plans DPC ?

Pour moi la plus-value elle est indéniable dans la simulation en équipe par les conditions qui sont bienveillantes. Si je reprends l'exemple du management, on peut imaginer des rencontres avec les partenaires sociaux dans lesquelles un cadre de proximité peut ne pas être à l'aise par exemple et du coup pouvoir travailler ensemble la dessus, débriefer et permettre lorsque la situation réelle se produit, ben du coup c'est quand même un confort. C'est même plus qu'un confort, on est vraiment sur un apprentissage, dans des conditions idéales, plutôt que d'apprendre sur le terrain parce que l'on est confronté à un moment donné. On y est encadré, supervisé et avec le débriefing qui va bien.

Question 7 : A contrario identifiez-vous des freins à l'utilisation de la simulation en santé dans vos plans de DPC ?

Je ne connais pas suffisamment pour répondre à cette question.

Question 8 : Travaillez-vous avec l'IFSI de votre territoire de santé dans l'élaboration de programmes de formation continue pour l'établissement ? Si oui ou si non pour quelles raisons ?

Oui, on travaille avec eux notamment sur le tutorat des étudiants infirmiers. Et c'est vrai qu'aujourd'hui, la simulation fait vraiment partie de ce qui est dans les radars. Notamment du côté du CESU, il y a vraiment l'idée de créer un partenariat et qui serait d'autant plus facilité que le CESU va emménager dans les locaux de l'IFSI. Avec l'idée d'une pièce qui serait dédiée à de la simulation, alors la directement en lien avec les prises en charge de patient mais en gros ça serait déjà une première étape.

ROBIC

Yann

Décembre 2017

Directeur des Soins

Promotion 2017

Simulation en santé en équipe :

Un outil managérial pour le
Directeur des soins,
Au service de l'harmonisation
Des identités professionnelles territoriales
Et de la
Prévention des risques associés aux soins

Résumé :

Partant du constat que la sécurité des soins est un souci permanent des organisations sanitaires. Que la loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 positionne un paradigme identitaire nouveau par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Nous nous sommes interrogés sur la place de la simulation en santé dans la politique de formation des soignants sur le volet prévention des risques associés aux soins ?

Ce questionnement nous a conduit à saisir la place des DS dans l'élaboration des programmes de développement professionnel continu (DPC) sur la gestion des risques et vérifier que la simulation constitue un vecteur de convergence des identités professionnelles. Cette technique pédagogique peut donc devenir un levier managérial à la performance collaborative dans le domaine des situations à risques.

Ainsi, nous proposons des préconisations permettant de structurer une offre de formation par la simulation à l'échelle des établissements voire des territoires de santé.

Mots clés :

Simulation en santé - Equipe – Compétence collaborative – Prévention des risques associés aux soins – Développement professionnel continu – directeur des soins – identité professionnelle -

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.