
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Référentiel de
compétences en
facteurs humains
au service de la
qualité et la
sécurité des soins
(compétences non
techniques)

Descriptif de la publication

Titre	Référentiel de compétences en facteurs humains au service de la qualité et la sécurité des soins (compétences non techniques)
Méthode de travail	Groupe de travail et relecture externe
Objectif(s)	• Sensibiliser les acteurs du système de santé aux enjeux des compétences non techniques • Mettre à disposition un référentiel récapitulant les fondamentaux
Cibles concernées	Ce référentiel s'adresse aux structures et aux organisations souhaitant intégrer des programmes de formation sur les CNT.
Demandeur	La Haute Autorité de santé (HAS) avec l'association Facteurs humains en santé
Promoteur(s)	La Haute Autorité de santé (HAS) avec l'association Facteurs humains en santé
Pilotage du projet	Co-pilotage Facteurs humains en santé, Dr Régis Fuzier, et HAS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS), Mme Yasmine Sami, cheffe de projet, Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service, et Mme Françoise Alves en tant qu'assistante opérationnelle du projet
Recherche documentaire	- Membres du groupe de travail - Mme Renée Cardoso, assistante documentaliste
Auteurs	Groupe de travail FHS et Yasmine Sami, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service, Françoise Alves, assistante
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 2 avril 2026
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2026 – ISBN : 978-2-11-179627-0

Sommaire

Introduction	4
Comprendre les compétences non techniques (CNT)	5
Le dispositif de formation aux compétences non techniques (CNT)	9
Descriptif du modèle d'ingénierie	9
Enseignements en formation initiale	12
Enseignements en formation continue	13
Les fiches pédagogiques	15
Enseignement et apprentissage des fondamentaux	16
Qu'est-ce qu'une organisation sûre ?	16
Fiche 1. Facteurs organisationnels et humains (FOH) pour améliorer la sécurité des soins	16
Fiche 2. Culture de sécurité des soins	20
Comment je fonctionne « moi », sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental, dans les situations de soins ?	23
Fiche 3. Apport des sciences cognitives : neuroscience et performance humaine	23
Fiche 4. Fatigue et gestion de la fatigue	27
Fiche 5. Stress et gestion du stress	31
Comment l'équipe devient-elle efficace ?	35
Fiche 6. Qu'est-ce qu'une équipe efficace ?	35
Fiche 7. Place du patient dans l'équipe	39
Savoir agir avec les compétences	43
Fiche 8. Leadership & travail en équipe	43
Fiche 9. Conscience de soi	47
Fiche 10. Communication efficace	50
Fiche 11. Gestion de la charge de travail	54
Fiche 12. Conscience de la situation	57
Fiche 13. Prise de décision	61
Les clés pour agir en cours de formation	66
Les méthodes pédagogiques actives et expérientielles	66
Les pratiques de fiabilisation	68
Conclusion	70
Table des annexes	71
Références bibliographiques	110
Participants	116
Abréviations et acronymes	118

Introduction

Ce référentiel a pour objectifs de soutenir le développement des compétences non techniques (CNT) chez les étudiants et professionnels de santé, et de promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins. Il vise à :

- favoriser la compréhension et l'intégration des facteurs organisationnels et humains (FOH) dans les pratiques de soins ;
- accompagner les équipes et les institutions dans le déploiement de formations actives et collaboratives ;
- contribuer à la réduction des événements indésirables associés aux soins et à l'amélioration du bien-être au travail des professionnels.

Les enjeux de ce référentiel sont multiples :

- répondre à la complexité croissante des organisations de santé et aux exigences de coordination entre métiers et niveaux de responsabilité ;
- outiller les formateurs, encadrants et professionnels pour développer des environnements d'apprentissage favorables à la performance collective et à la résilience ;
- renforcer la qualité des soins en intégrant les CNT comme un levier essentiel de la sécurité et du fonctionnement des équipes ;
- inscrire ces compétences dans une démarche d'organisation apprenante¹ et durable ;
- faciliter le rapprochement des CNT avec les compétences techniques ; ces deux types de compétences sont à mobiliser conjointement pour fiabiliser les pratiques.

Le référentiel concerne :

- les étudiants en santé (formation initiale), les professionnels en exercice (formation continue) et les managers ;
- les équipes pluriprofessionnelles de soins et, plus largement, les acteurs du système de santé ;
- les patients/représentants des usagers ;
- les structures de formation, établissements de santé et organisations professionnelles souhaitant développer des programmes intégrant les CNT et les FOH.

Le référentiel est structuré en différentes parties :

1. Concepts

- Compétences non techniques (CNT)

2. La formation aux CNT

- Le dispositif de formation : modèle d'ingénierie pédagogique, principes et modalités
- Publics cibles et facteurs clés de réussite

3. Les fiches pédagogiques : 13 fiches proposées, des fondamentaux aux compétences clés (communication, leadership, conscience de la situation, gestion du stress et de la fatigue, etc.), outils et méthodes pédagogiques

4. Les fiches sur les méthodes et outils & ressources : supports, références bibliographiques

Points de vigilance

Le guide n'aborde pas toutes les compétences non techniques. Treize fiches et outils à déployer sont identifiés. Ces supports constituent un socle de connaissances et de compétences commun à tous les étudiants et professionnels, quel que soit le secteur d'activité.

S'agissant d'un cadre générique, ce référentiel ne comporte pas une déclinaison pour chacune des professions.

Ce référentiel fournit le cadre pédagogique comprenant l'inventaire des concepts, les compétences non techniques et les méthodes et outils. Ce cadre doit permettre une flexibilité permettant aux universités, instituts de formation (ou autre) de l'adapter en fonction du curriculum existant.

Le présent référentiel vise à « réconcilier » les compétences techniques et compétences non techniques, afin d'aligner les enseignements. Dans une approche par compétences, ces deux registres relèvent de ressources complémentaires, mobilisées conjointement dans des situations de soins réelles.

¹ Organisation qui apprend de manière continue et adapte son fonctionnement à partir des retours d'expérience.

Comprendre les compétences non techniques (CNT)

Que désigne-t-on par « compétences non techniques » ?

Dans ce référentiel, l'expression « compétences non techniques » (CNT) est utilisée par cohérence avec la littérature internationale (*non-technical skills*) et les usages en santé. Toutefois, au sens strict de l'ingénierie de formation, les CNT sont plutôt à considérer comme :

- des ressources cognitives, sociales et personnelles ;
- mobilisées au service de l'action professionnelle ;
- ou des dimensions transversales de compétences professionnelles plus larges (par exemple « coordonner un parcours de soins », « annoncer une mauvaise nouvelle », « prendre une décision partagée avec le patient », etc.).



Il ne s'agit donc pas d'ajouter de nouvelles compétences aux référentiels métiers existants, mais de rendre visibles, explicites et travaillées des ressources souvent implicites, indispensables à l'exercice des compétences professionnelles déjà définies dans les référentiels de formation et d'évaluation.



La notion de compétence

Dans les sciences de l'éducation, une compétence est classiquement définie comme un savoir-agir complexe, finalisé, mobilisé dans une famille de situations, qui articule de manière intégrée des ressources variées (connaissances, habiletés, attitudes, ressources de l'environnement, etc.).

→ Définition des CNT

Les compétences non techniques sont définies comme « **les ressources cognitives, sociales et personnelles qui complètent les compétences techniques et contribuent à la sécurité et à la performance dans la tâche** ». Selon Flin *et al.* (2008)², les CNT sont des compétences qui ne relèvent pas de la technique pure mais qui influencent directement la performance des professionnels.

En santé, où l'incertitude, l'urgence, la complexité des prises en charge et la collaboration sont omniprésentes, ces compétences sont déterminantes pour prévenir et récupérer les événements indésirables associés aux soins (EIAS), favoriser la coordination et optimiser les performances individuelles et collectives.

→ Quelles sont les principales CNT ?

Les travaux de Flin *et al.* (2008) ont permis de proposer une classification opérationnelle autour de trois axes.

Les compétences cognitives

- **Prise de décision** (*decision making*) : capacité à analyser les options disponibles pour agir de manière adaptée
- **Conscience de la situation** (*situation awareness*) : aptitude à percevoir les éléments cliniques, de l'environnement, à comprendre leur signification et à anticiper les évolutions
- **Gestion de la charge de travail** : hiérarchisation, planification, adaptation face aux imprévus

Les compétences interpersonnelles ou sociales

- **Communication efficace** (*effective communication*) : comprendre et se faire comprendre sans ambiguïté
- **Travail en équipe** (*teamwork*) : capacité à travailler efficacement en équipe, incluant la coordination et la coopération, l'entraide, la confiance mutuelle
- **Leadership** : capacité de guidance, responsabilisation et gestion des conflits

² Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills. Aldershot: CRC Press; 2008 (1).

Les compétences personnelles

- **Gestion du stress** (*managing stress*) : maintien du contrôle et de l'efficacité sous pression
- **Gestion de la fatigue** (*coping with fatigue*) : savoir reconnaître ses signes de fatigue et mettre en œuvre des stratégies individuelles ou organisationnelles

Il existe d'autres taxonomies spécifiques à certains domaines dans le domaine médical qui ne sont pas évoquées dans ces travaux (ex. : *Anaesthetist's Non-Technical Skills*, l'*Ottawa rating scale*, etc.).



Ces compétences sont interdépendantes : une même situation mobilise simultanément plusieurs CNT.

Pourquoi travailler sur les compétences non techniques (CNT) ?

Travailler sur les compétences non techniques est un levier essentiel pour améliorer la qualité, la sécurité et la fiabilité des soins, mais aussi le bien-être des professionnels de santé.

➔ Parce que les soins sont devenus complexes

Les prises en charge actuelles mobilisent :

- des équipes nombreuses et pluriprofessionnelles,
- des organisations fragmentées,
- des situations d'urgence, d'incertitude et de forte charge cognitive.

Dans ce contexte, la seule maîtrise technique ne suffit plus.

La coordination, la communication, la prise de décision et la vigilance partagée deviennent déterminantes.

➔ Parce que la majorité des événements indésirables ne sont pas liés à un défaut technique

Les analyses d'événements indésirables associés aux soins montrent que les causes principales qui peuvent se cumuler sont :

- des défauts de communication,
- des erreurs de jugement ou de décision,
- une mauvaise conscience de la situation,
- le stress, la fatigue ou la surcharge de travail,
- des dysfonctionnements organisationnels.

➔ Parce que l'erreur humaine est inévitable, mais ses conséquences ne le sont pas

Les compétences non techniques permettent :

- de détecter plus tôt les situations à risque,
- de récupérer les erreurs avant qu'elles n'entraînent des conséquences,
- de rendre les équipes et les organisations plus robustes et résilientes.

Travailler les CNT, ce n'est pas chercher à « corriger l'humain », c'est adapter les pratiques et les organisations au fonctionnement humain réel.

➔ Parce qu'elles améliorent la performance collective

Les CNT renforcent :

- la qualité des décisions,
- l'efficacité du travail en équipe,
- la coordination des soins,
- la continuité et la fluidité des parcours patients.

Une équipe techniquement compétente mais mal coordonnée est plus à risque qu'une équipe techniquement compétente et entraînée aux CNT.

➔ **Parce qu'elles contribuent au bien-être et à la qualité de vie au travail**

Les CNT aident les professionnels à :

- mieux gérer le stress et la fatigue,
- prévenir l'épuisement professionnel,
- renforcer la sécurité psychologique,
- redonner du sens au travail collectif.

Performance des soins et bien-être des soignants sont indissociables.

➔ **Parce qu'elles soutiennent une culture de sécurité durable**

Le développement des CNT est reconnu comme un facteur clé pour :

- le signalement des événements,
- le retour d'expérience,
- l'apprentissage collectif,
- l'amélioration continue des pratiques.

D'où viennent les CNT ?

L'émergence de la notion de « compétences non techniques » (*Non-Technical Skills* – NTS) est fortement liée à la prise de conscience de l'implication de l'être humain dans la sécurité des organisations sociotechniques complexes et à risques, telles que l'industrie, le nucléaire et le transport. Avant les années soixante-dix, la sécurité dans ces domaines reposait principalement sur la fiabilisation des systèmes techniques.

Cependant, des analyses d'accidents aériens majeurs, comme celui de Tenerife en 1977, ont montré que les causes n'étaient pas imputables à des défaillances techniques, mais plutôt à des problèmes humains de coordination et de communication. Ce constat a mené au développement des formations en *Crew Resource Management* (CRM) dans l'aéronautique à partir des années 1980. Le CRM était initialement défini comme « l'utilisation efficace de toutes les ressources disponibles (informations, équipements, personnel) afin de réaliser un vol efficace et en toute sécurité³ ».

Le modèle CRM a ensuite inspiré d'autres secteurs à haut risque, dont l'industrie nucléaire, le transport ferroviaire ou maritime. Dans le domaine de la santé, le rapport américain « *To err is human* » a révélé, en 1999, que plus de 70 % des erreurs médicales graves étaient imputables à des défaillances humaines non techniques (communication, coordination, prise de décision, etc.). L'anesthésie-réanimation a été la première discipline à s'y intéresser avec les formations « *Anaesthesia Crisis Resource Management* (ACRM) » au début des années 1990. En 2009, l'OMS diffuse la check-list de sécurité chirurgicale basée sur la communication, la validation collective et la vigilance partagée.

En résumé, les CNT sont les manifestations comportementales et cognitives qui participent au développement d'une culture de sécurité positive, et au bien-être des acteurs. Les compétences techniques et non techniques sont complémentaires et interdépendantes. L'apprentissage devrait considérer ces interdépendances pour mieux préparer les professionnels de santé. Elles s'apprennent, s'entretiennent et s'évaluent.

³ Wiener EL, Kanki BG. Cockpit resource management. San Diego: Academic Press; 1993 (2).

Quelles articulations avec les facteurs organisationnels et humains (FOH) ?

Historiquement, il y a eu une prise de conscience que de nombreux accidents graves n'étaient pas dus à des défaillances techniques, mais à des défaillances systémiques dont humaines, ce qui a conduit les organisations à étudier la manière dont les humains interagissent avec les éléments du système dans lequel ils évoluent. Les CNT sont fortement influencées par l'environnement de travail, l'organisation et les conditions dans lesquelles les professionnels exercent.

C'est précisément ce que couvrent les FOH⁴.

Les FOH considèrent que l'erreur est inévitable, que ses conséquences peuvent être prévenues et récupérées, en agissant sur les situations, l'organisation et les collectifs, et non uniquement sur les individus.

Les FOH visent à :

- concevoir des systèmes de travail qui intègrent pleinement le fonctionnement humain ;
- renforcer les compétences individuelles et collectives ;
- rendre les organisations robustes et tolérantes à l'erreur.

L'humain n'est pas considéré comme le maillon faible du système, mais comme un acteur clé de la sécurité et de la performance.



Lien entre FOH et CNT

- Les FOH fournissent le cadre de compréhension systémique.
- Les CNT en sont la traduction opérationnelle et observable dans les pratiques professionnelles.

Agir sur les CNT permet d'opérationnaliser les FOH en agissant à quatre niveaux :

- l'individu ;
- le collectif de travail ;
- les situations de travail ;
- l'organisation et la gouvernance.

⁴ Discipline scientifique qui s'intéresse à la compréhension des interactions entre les humains et les autres éléments d'un système, et la profession qui applique la théorie, les principes, les données et les méthodes à la conception afin d'optimiser le bien-être humain et la performance globale du système (définition proposée par l'*International Ergonomics & Human Factors Association*).

Le dispositif de formation aux compétences non techniques (CNT)

Descriptif du modèle d'ingénierie

→ Contexte et enjeux

La qualité et la sécurité des soins ne peuvent aujourd'hui être garanties par les seules compétences techniques individuelles. La complexité croissante des prises en charge, la surspécialisation accrue des professionnels et les exigences de coordination rendent indispensable le développement de compétences non techniques (CNT).

Dans cette perspective, les CNT ne constituent pas un « bloc » séparé d'apprentissage. Elles sont envisagées comme des composantes de la compétence professionnelle, qui se développent en même temps que les dimensions techniques, au sein des mêmes situations de travail et de formation. Le référentiel propose des repères pour rendre intentionnel ce travail sur les CNT et l'aligner avec les compétences déjà définies dans les curriculums.

Le modèle d'ingénierie proposé vise donc à aligner :

- des situations d'apprentissage représentatives de l'activité réelle ;
- des objectifs d'apprentissage formulés en termes d'actions observables ;
- et des modalités d'évaluation centrées sur l'activité des étudiants et des professionnels.

Il est essentiel que ces compétences soient **enseignées dès la formation initiale et renforcées tout au long de la vie professionnelle**, dans une logique **d'organisation apprenante**.

→ Principes du modèle de formation (cf. Figure 1)

Le projet repose sur les principes suivants :

- **une démarche continue** : les compétences se construisent tout au long du parcours professionnel, de la formation initiale à la formation continue ;
- **un socle commun** à toutes les professions de santé, adaptable selon la durée et les spécificités des cursus ;
- **une approche pluriprofessionnelle** dès les premiers apprentissages ;
- **des méthodes pédagogiques actives**, centrées sur la pratique, faisant appel à des outils dans ce cadre (études de cas, jeux de rôle, simulation) ;
- **une intégration dans les curriculums existants**, pour renforcer les enseignements actuels sans les alourdir.



Repères sur la notion de compétence en formation dans la santé

Le présent référentiel s'inscrit dans les approches par compétences qui structurent aujourd'hui la plupart des formations en santé. Dans cette perspective :

une compétence est un savoir-agir complexe en situation, mobilisant et combinant de manière pertinente des ressources internes (connaissances, habiletés techniques, attitudes, dimensions non techniques) et externes (outils, organisation, équipe, environnement).

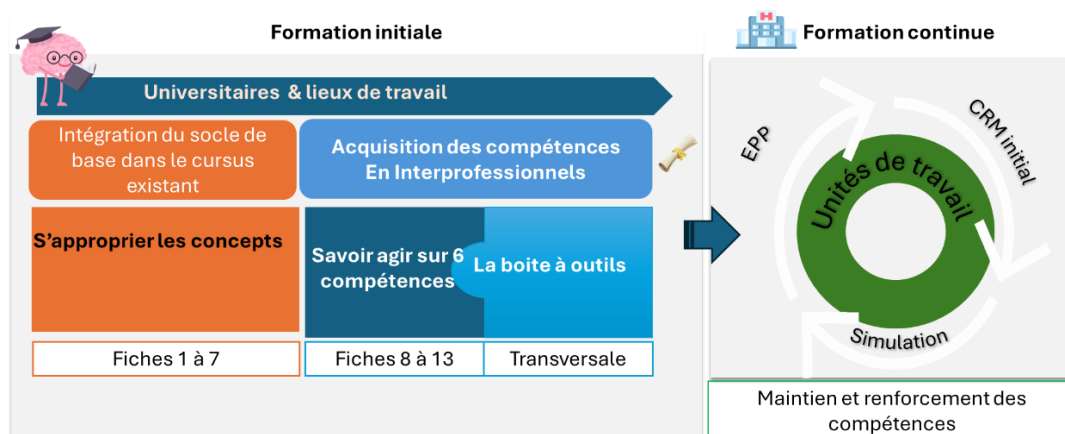


Figure 1. Le modèle d'ingénierie pédagogique

→ Publics cibles

- Étudiants en santé en formation initiale et professionnels en formation continue (médecins, kinésithérapeutes, en cours de spécialisation, infirmiers de pratique avancée, cadres de santé, secrétaires, etc.)
- Professionnels, quel que soit le secteur d'activité, soignants (médecins, sages-femmes, infirmiers, etc.), et non soignants (ingénieurs qualité, gestionnaires des risques, encadrants et directions d'établissement, assistantes sociales, secrétaires, etc.)
- Les patients, personnes concernées, usagers et représentants des usagers

→ Déploiement du modèle (cf. Figure 2 et Figure 3)

Les étudiants en santé doivent bénéficier dès le début de leur formation, d'un enseignement sur le fonctionnement des systèmes de santé et leur impact sur la qualité et la sécurité des soins. Il convient d'ajouter, notamment, comment une communication efficace, une bonne coordination, un environnement sécurisant conduisent à la prévention et à la récupération d'événements indésirables évitables. Un système performant favorise un climat bienveillant et le bien-être des professionnels de santé.

La formation initiale leur apportera les clés pour agir différemment, en équipe, afin de les mettre en œuvre lors de soins, lors des stages puis en formation continue tout au long de leur carrière.

Si la formation initiale constitue un socle indispensable à l'acquisition des compétences non techniques, elle demeure insuffisante pour en assurer la maîtrise dans la durée. Le développement des CNT nécessite un ancrage dans les situations professionnelles réelles, marquées par la complexité, l'incertitude et les contraintes organisationnelles.



La formation continue doit ainsi s'appuyer sur les problématiques concrètes des équipes, les situations à risques rencontrées et les conditions de travail effectives, afin de soutenir un processus dynamique de maintien, d'actualisation et de renforcement des compétences.

Le développement des CNT suit une progression spiralaire : les mêmes familles de ressources sont travaillées à plusieurs reprises tout au long du cursus, dans des situations de plus en plus complexes et avec un niveau croissant d'autonomie. La formation initiale pose les bases, la formation continue les consolide et les ajuste aux contextes spécifiques d'exercice.

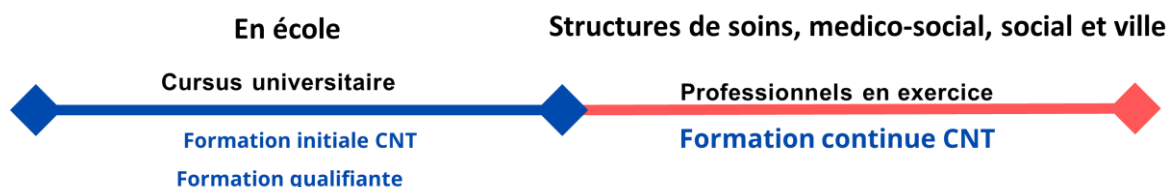


Figure 2. Déploiement

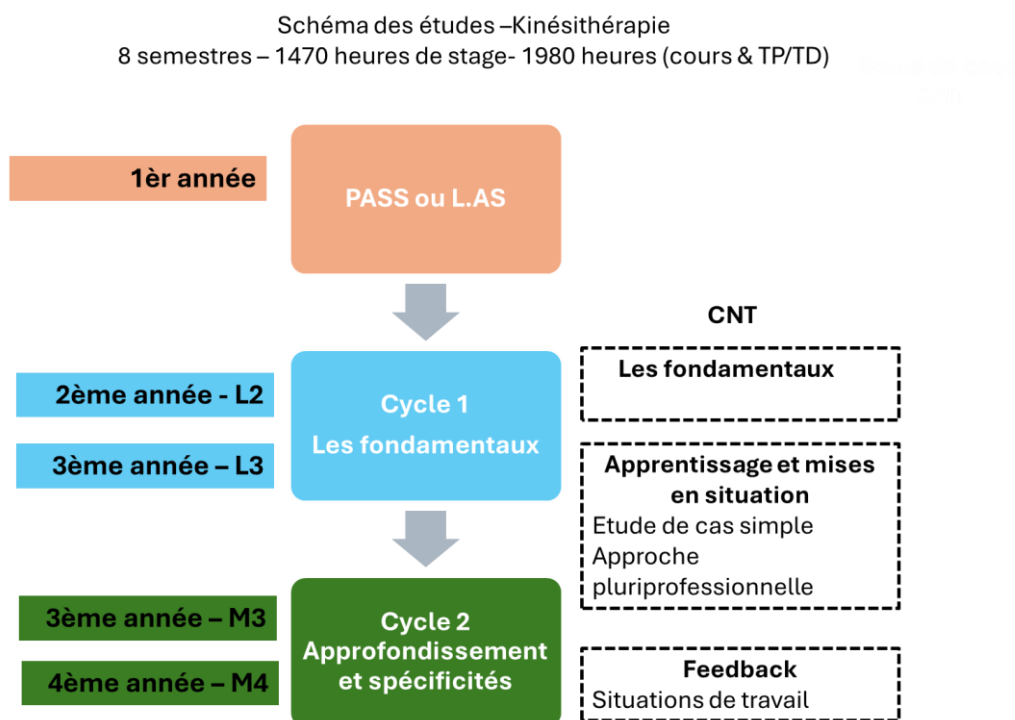


Figure 3. Illustration avec le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

➔ Facteurs clés de réussite du déploiement et de l'impact du modèle

- Connaissance fine des programmes de formation existants
- Intégration structurée et progressive des CNT dans les curriculums existants
- Prise en compte des expériences de stage et de terrain
- Soutien institutionnel fort
- Coopération entre universités, établissements de santé et structures qualité



Intérêts du modèle

- Acquisition des connaissances au début de la formation initiale
- Un parcours professionnalisant et adaptable, construit en cohérence avec la durée de la formation initiale et les besoins identifiés en exercice, notamment lors des CRM
- Connaissances théoriques et pratiques en matière de CNT
- Identification et mise en perspective lors des stages
- Utilisation des stages pour faire travailler en pluriprofessionnalité
- Utilisation des stages pour rendre l'apprentissage plus concret partant d'exemples du quotidien : les CNT sont travaillées à partir de situations professionnelles de référence (urgences vitales, annonces difficiles, coordinations complexes, transitions de soins, etc.) qui servent de fil conducteur pour l'apprentissage : ce sont ces situations qui donnent sens aux ressources techniques et non techniques mobilisées par les étudiants

Enseignements en formation initiale

➔ Objectifs

- Évaluer le climat de sécurité de son environnement de soins et co-construire, avec l'équipe, des actions pour renforcer une culture de sécurité partagée
- Analyser des situations cliniques ou des événements indésirables associés aux soins pour mettre en évidence l'articulation entre facteurs humains, facteurs organisationnels et sécurité des soins et savoir mobiliser les CNT
- Intégrer, ajuster et évaluer l'usage des CNT dans des situations de soins réelles, afin d'en apprécier l'impact sur la sécurité des patients et le fonctionnement de l'équipe

➔ Structure pédagogique : deux modules complémentaires et synergiques

♦ Module 1. S'approprier les concepts

Objectif d'apprentissage : acquérir les concepts de base et développer une conscience réflexive individuelle et collective

Qu'est-ce qu'une organisation sûre ?	
Thème	Fiche associée
Facteurs organisationnels et humains pour améliorer la sécurité des soins	Fiche 1
Culture de sécurité des soins	Fiche 2
Comment je fonctionne « moi », sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental, dans les situations de soins ?	
Thème	Fiche associée
Apport des sciences cognitives : neuroscience et performance humaine	Fiche 3
Fatigue et gestion de la fatigue	Fiche 4
Stress et gestion du stress	Fiche 5
Comment l'équipe devient-elle efficace ?	
Thème	Fiche associée
Caractéristiques d'une équipe efficace	Fiche 6
Place du patient dans l'équipe	Fiche 7

♦ Module 2. Agir

Objectif d'apprentissage : adopter les compétences, les méthodes et les outils pour fiabiliser les pratiques

Compétences (cf. Figure 4)	Fiche associée
Leadership et travail en équipe	Fiche 8
Conscience de soi	Fiche 9
Communication efficace	Fiche 10
Gestion de la charge de travail	Fiche 11
Conscience de la situation	Fiche 12
Prise de décision	Fiche 13

Approches pédagogiques (transversales)

- Mises au point conceptuelles/théoriques.
- Simulation en santé.
- Briefing/débriefing.
- Études de cas, ludo-pédagogie, etc.
- Les étudiants devront en cours de stage en pluriprofessionnalité acquérir les CNT et appliquer leurs connaissances sur le terrain.

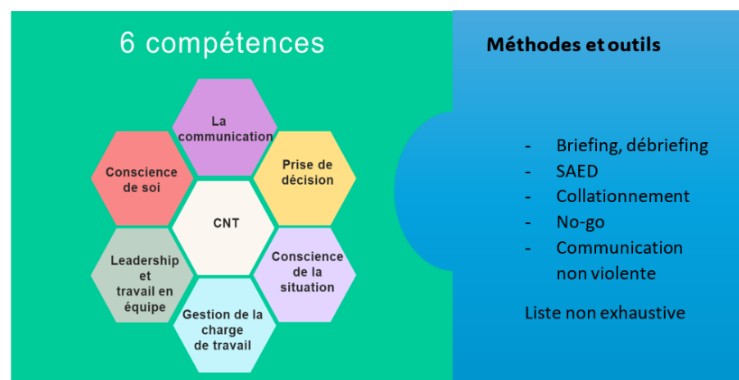


Figure 4. Acquisition des compétences

Enseignements en formation continue

➔ Objectifs d'apprentissage

- Cibler les compétences collectives d'une équipe en fonction de ses besoins
- Maintenir un niveau de vigilance et de performance collective afin de viser une démarche d'organisation apprenante
- Développer une culture d'équipe autour de la sécurité des soins

➔ Approches pédagogiques

- Évaluation des pratiques professionnelles (EPP), développement professionnel continu (DPC)
- Simulation en santé (en centre de simulation ou *in situ*)
- Retour d'expérience (RETEX)
- Programme CRM santé (*Crew Resource Management* en santé)



Ces modalités pédagogiques peuvent s'inscrire dans le cadre plus large des dispositifs de maintien et de reconnaissance des compétences, notamment l'accréditation des équipes et la certification périodique⁵ des professionnels de santé.

➔ Thématiques abordées

- Fatigue et vigilance
- Stress et gestion du stress
- Charge de travail
- Communication entre professionnels et avec le patient
- Coordination des soins
- Leadership et alerte
- Gestion de l'urgence
- Conscience de la situation, prise de décision, etc.

Cette liste est donnée à titre indicatif (cf. Figure 5). Le choix des thématiques dépendra des besoins du terrain.

⁵ Définie par l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. Journal officiel ; 21 juillet 2021 (167) (3).

→ Spécificités

- Formation réalisée en équipe pluriprofessionnelle identifiée par l'équipe elle-même.
- Contextualisation, à partir des situations de travail.
- Modules adaptables aux besoins identifiés par les équipes et les structures d'exercice (établissements, cabinets, structures médico-sociales, etc.).

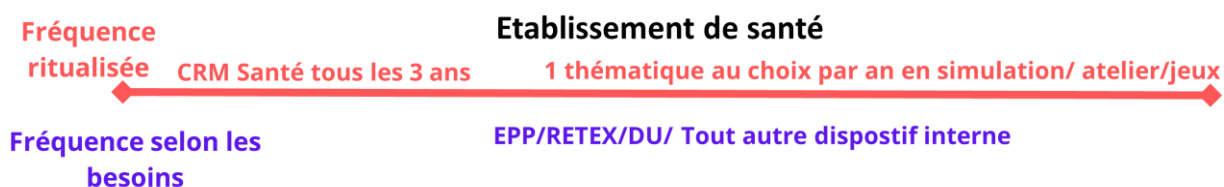


Figure 5. Illustration formation continue

Les fiches pédagogiques

■ Clé de lecture des fiches : des entrées thématiques, pas des « compétences » isolées

Les fiches pédagogiques qui suivent présentent successivement différentes « compétences non techniques » (communication, leadership, gestion de la charge de travail, conscience de la situation, etc.). Ce choix répond à un besoin de lisibilité et de structuration didactique.

Il ne doit cependant pas être interprété comme une invitation à enseigner ou évaluer chacune de ces dimensions de manière isolée. Dans la réalité des situations de soins, comme dans les dispositifs pédagogiques centrés sur l'activité, plusieurs CNT sont toujours mobilisées de façon conjointe et indissociable des dimensions techniques (cf. [Annexe 1](#) et [Annexe 2](#)).

Les fiches doivent ainsi être lues comme :

- des entrées thématiques permettant d'éclairer tel ou tel aspect d'une compétence professionnelle ;
- des loupes d'analyse pour concevoir, observer et débriefer des situations d'apprentissage (simulation, stage, études de cas, RETEX, etc.) ;
- des répertoires de ressources pédagogiques que les équipes de formation pourront combiner dans des scénarios intégratifs.

L'appropriation du référentiel suppose donc, pour chaque filière, de recontextualiser ces CNT dans les compétences du référentiel métier et dans des situations professionnelles de référence, plutôt que d'en faire des objets d'enseignement séparés.

Enseignement et apprentissage des fondamentaux

Qu'est-ce qu'une organisation sûre ?

Fiche 1. Facteurs organisationnels et humains (FOH) pour améliorer la sécurité des soins

Introduction

La sécurité des patients est un enjeu majeur dans le domaine de la santé. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) représentent une cause significative de morbidité et de mortalité, souvent associée à des défaillances humaines et organisationnelles. L'enseignement des facteurs organisationnels et humains (FOH) vise à comprendre ces déterminants et à améliorer la qualité et la sécurité des soins et le bien-être des professionnels. Inversement, sans l'intervention de l'homme, de nombreux incidents auraient dégénéré en accidents. Les FOH sont aussi un facteur de fiabilité, de sécurité et de performance.

Les FOH regroupent l'ensemble des éléments qui influencent les performances humaines dans un système donné. Ils visent à analyser :

- les caractéristiques de l'individu (fatigue, stress, compétences, biais cognitifs) ;
- les relations dans l'équipe (communication, coordination, culture) ;
- le cadre organisationnel et matériel (procédures, environnement, régulation, outils).

Comme l'explique Reason : « On ne peut pas changer la condition humaine, mais on peut changer les conditions dans lesquelles l'humain travaille⁶. »

Dans une approche sociocognitive, les FOH considèrent que l'erreur humaine ne relève ni d'une faute personnelle isolée, ni d'un dysfonctionnement organisationnel seul, mais qu'elle résulte d'une interaction défaillante entre l'individu, les caractéristiques de la situation et son environnement de travail.

Les facteurs organisationnels et humains (FOH) regroupent un ensemble de connaissances issues des neurosciences, de la psychologie cognitive et de l'ingénierie des systèmes, dont l'application au contexte de soins permet de mieux comprendre les limites humaines et de développer des stratégies d'atténuation des risques, renforçant ainsi la sécurité et la fiabilité organisationnelle.

Les FOH participent également à la conception du matériel et des dispositifs médicaux, ainsi qu'à leur utilisation pratique. Ceci comprend la conception des situations de travail, ainsi que des procédures.

L'intégration des FOH dans la formation des soignants participe à l'instauration d'une véritable culture de sécurité. Des travaux ont montré que l'acquisition de compétences en gestion du stress, en communication interprofessionnelle et en travail en équipe contribue à réduire les erreurs et à améliorer la fiabilité organisationnelle⁷. Une culture juste, dans

Mots clés

Comportement

Situation de travail

Individu

Collectif de travail

Organisation du travail

Management/leadership

⁶ Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320(7237):768-70 (4).

⁷ Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. Human Resources for Health 2020;18(1):2 (5).

Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. Br J Anaesth 2010;105(1):38-44 (6).

laquelle les événements indésirables sont analysés de manière constructive plutôt que punitive, favorise le signalement et l'amélioration continue des pratiques⁸. Ces éléments soulignent l'importance d'encourager le déploiement systématique de formations aux FOH dans tous les milieux de soins.

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Analyser les facteurs qui influencent la performance de sécurité des individus et des équipes
- Connaître les méthodes et outils pour intégrer les principes des FOH dans la pratique quotidienne

❑ Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

Il sera capable de :

- Concevoir, en équipe, et argumenter au moins une action d'amélioration s'appuyant sur les principes FOH, puis en évaluer les effets sur les pratiques de soins
- Analyser des situations cliniques en mettant en évidence les FOH en jeu (ex. : conscience de la situation, synergie, fatigue, vigilance, etc.)

Approches pédagogiques

- Exposé interactif : présentation des concepts avec participation active des apprenants
- Études de cas : analyse de situations cliniques pour illustrer l'impact des FOH
- Discussions en groupe : échanges sur les expériences des participants concernant les FOH dans leur pratique

Contenus pédagogiques

1. Formation théorique

a) Introduire les facteurs organisationnels et humains

- Identifier les concepts clés et leur pertinence dans le domaine de la santé
- Expliquer leur pertinence dans le domaine de la santé (qualité, sécurité des soins, fonctionnement des équipes)
- Mettre en évidence, toujours à partir du cas, l'impact des FOH sur l'évolution de la situation, les décisions prises et les résultats pour le patient et l'équipe

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

Animation sous la forme de pratiques réflexives, dont :

- Analyses en sous-groupes de cas avec des exemples concrets tirés de la pratique en début de séance. Cette analyse permet d'identifier les facteurs contributifs des FOH sur la sécurité des patients et les facteurs ayant favorisé la récupération de l'EIAS
- Mise en évidence, lors de revues de morbi-mortalité (RMM) ou d'autres RETEX, des facteurs contributifs FOH ayant favorisé l'événement indésirable

Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery* 2006;139(2):140-9 (7).

⁸ Canadian Patient Safety Institute. The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions. 2nd edition. Edmonton: CPSI-ICSP; 2020 (8).

Méthodes d'évaluation

- Pré-test et post-test à partir de vignettes cliniques : quiz/QCM en début et fin de session pour évaluer la compréhension des concepts abordés
- Discussion de cas et feedback croisé : restitution en groupe des analyses réalisées, avec feedback du formateur et des pairs portant sur :
 - le moment de l'interruption
 - la pertinence de l'analyse de la situation au prisme des facteurs organisationnels et humains
 - la cohérence des liens faits entre ces déterminants et la sécurité des soins
 - la pertinence et la faisabilité des actions d'amélioration proposées
- Retour réflexif des participants (si en stage ou en poste) : partage d'une situation vécue où des facteurs organisationnels et humains ont influencé la prise en charge, puis identification d'un ajustement concret à tester dans leur contexte (ex. : modalité de transmission, organisation d'une relève, usage d'un outil)

Résultats attendus

La formation des FOH est une stratégie essentielle pour renforcer la sécurité des patients et des soignants. Son intégration dans la formation initiale et continue des professionnels de santé contribue à une meilleure détection, récupération et atténuation des EIAS, à favoriser une culture de sécurité en encourageant le partage et les déclarations et à améliorer la qualité des soins.

Pour en savoir plus

1. Bijok B, Jaulin F. Facteurs humains en situations critiques. Recommandations de pratiques professionnelles. Paris: SFAR; 2022. (9)
<https://sfar.org/download/facteurs-humains-en-situations-critiques/?wpdmdl=37888&refresh=68a6e836493c61755768886>
2. Bijok B, Jaulin F, Picard J, Michelet D, Fuzier R, Arzalier-Daret S, *et al.* Guidelines on human factors in critical situations 2023. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2023;42(4):101262. (10)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101262>
3. Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. *Anest Réanim* 2021;7(3):218-29. (11)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2021.04.011>
4. Daniellou F. Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité : des questions pour progresser. *Cah Sécurité Indus* 2012;(2012-3). (12)
<https://dx.doi.org/10.57071/366nwm>
5. Daniellou F, Simard M, Boissières I. Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art. *Cah Sécurité Indus* 2010;(2010-02). (13)
6. Fuzier R. L'importance des compétences non techniques. *Cah Facteur* 2021. (14)
7. Haut Conseil de la santé publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations. Paris: HCSP; 2011. (15)
8. Haute Autorité de santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients – édition multiprofessionnelle [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. (16)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle

9. Institute of Medicine, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000. (17)
10. Kamaté C. La sécurité, une affaire de professionnels ? Intégrer la sécurité aux compétences professionnelles. Cah Sécurité Indus 2018;(2018-2). (18)
<https://dx.doi.org/10.57071/wpt841>
11. Lamri J, Barrabel M, Meir O, Lubart T. Le défi des *soft skills*. Comment les développer au XXI^e siècle ? Malakoff: Dunod; 2022. (19)
12. Mitchell P, Hirst G, Bloxham CA, Laws P, Nunez E, Redfern N, Thoms GMM. Safer care: human factors for healthcare trainer's manual. Newcastle: Newcastle University ePrints; 2013. (20)
https://eprints.ncl.ac.uk/file_store/production/206631/8E806E64-BC50-4B61-8563-F5BA1EC26C2A.pdf
13. Quenon J-L, Vacher A, Faget M, Levif-Lecourt M, Roberts T, Fucks I, *et al.* Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2020;20(1):517. (21)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>
14. Reason J. Human error: models and management. Bmj 2000;320(7237):768-70. (4)
<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Vidéos

François Jaulin et Claude Valot, enfants du facteur, vous définissent les « facteurs humains », 5 juin 2024

https://youtu.be/PhjNAybpqOs?si=ALNNLAlp3q_ePGhQ

Mehdy Mary, coach du Limoges CSP, Quel rapport entre la sécurité des soins et le basket professionnel ? L'importance du facteur humain... ; 15 juin 2020

<https://youtu.be/TVMh0ZuqwDI?si=RKedMNObbmfzFiNH>

Fiche 2. Culture de sécurité des soins

Introduction

Plusieurs définitions sont disponibles concernant la culture de sécurité. Celle adoptée en 2006 par la Société européenne pour la qualité des soins (*European Society for Quality in Health Care*) est la plus connue : « La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins⁹. »

Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.

Dans le domaine de la santé, cette culture de sécurité est un élément primordial pour mener de manière efficace des actions d'amélioration de la sécurité du patient.

Selon James Reason¹⁰, quatre composantes constituent la culture de sécurité :

1. La culture du reporting ou du signalement de la part du groupe (déclaration d'évènement indésirable)
2. La culture du retour d'expérience (learning, CREX, RMM, etc.)
3. La culture juste (management équitable, gestion des erreurs ni punitive ni laxiste)
4. La culture du travail en équipe (coopération, compétences non techniques, débriefing, etc.)

Ces composantes structurent une dynamique collective favorisant l'apprentissage organisationnel.

La culture de sécurité peut être mesurée grâce à des outils reconnus, notamment le *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) version 2.0, développé par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), traduit en français par la FORAP.

La culture de sécurité est indissociablement liée aux facteurs organisationnels et humains (FOH). Ceux-ci influencent la façon dont une organisation anticipe, gère les risques et sécurise les soins. Réciproquement, une culture de sécurité solide agit comme levier pour améliorer les FOH via des pratiques telles que le leadership participatif, la formation continue, une communication ouverte ou la culture juste. Ce cercle vertueux favorise la résilience et l'adaptation collective ainsi que le bien-être au travail, face à la complexité des soins.

Mots clés

Sécurité

Climat de sécurité

Culture juste

Croyance et valeur

Questionnaire culture de sécurité

Une organisation sûre ne se décrète pas : elle se construit dans la durée, à travers un engagement collectif et une vigilance de chaque instant et un soutien du management. Si la fiabilité technique et les systèmes de management sont des fondations indispensables, c'est bien la consolidation de la culture de sécurité – ce terreau commun de valeurs, de comportements et d'apprentissage partagé – qui permet à une organisation de résister aux imprévus, de détecter précocement les signaux faibles et d'évoluer en continu. Cultiver la sécurité, c'est donc faire le pari du long terme, en misant sur l'intelligence collective, la confiance et la capacité d'adaptation face à la complexité des soins.

Objectifs d'apprentissage

□ Objectifs généraux de la formation

- Examiner l'impact de la culture de sécurité sur les pratiques des individus et des équipes et sur la qualité et la sécurité des soins

⁹ European Network for Patient Safety, European Society for Quality in HealthCare, Kristensen S, Bartels P. Use of patient safety culture instruments and recommendations. Aarhus N: EUNetPaS; 2010 (22).

¹⁰ Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate: Michigan University; 1997 (23).

❑ Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

Il sera capable de :

- **Identifier** les trois piliers d'une organisation sûre (la sécurité technique, le système de management de la sécurité, les FOH)
- **Expliquer** les concepts de culture de sécurité et son lien avec les FOH et les CNT
- **Reconnaître** les différents types de culture de sécurité à l'aide de modèles et en apprécier les implications pratiques sur les comportements individuels et collectifs
- **Proposer** des actions concrètes pour améliorer la culture de sécurité dans leur environnement de travail (par exemple, contribuer à la culture du retour d'expérience, aménager les postes de travail pour limiter les interruptions de tâche)

Méthodes pédagogiques

- Exposés interactifs
- Cas pratiques
- Séances de simulations
- Débats

Contenus pédagogiques

1. Formation théorique

Introduire le concept de culture de sécurité : définition, dimensions et influence sur ses comportements, ceux de l'équipe et de l'organisation

- Analyser les principes fondamentaux de la culture juste
- Comparer les notions de Safety I¹¹ et Safety II, la notion de résilience
- Faire le lien entre culture de sécurité et FOH
- Identifier le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Analyser en sous-groupes les résultats d'un diagnostic de la culture de sécurité et travailler sur les actions à mettre en place
- Travailler en atelier sur l'élaboration d'une charte des valeurs
- Cas pratiques : animer des rencontres de sécurité
- Simulation en santé : améliorer la communication interprofessionnelle face à une situation critique
- Retour réflexif des participants sur un EIAS : formuler des propositions pour instaurer une culture de sécurité forte et une culture juste (culture de non-punition de l'erreur) dans une équipe

Méthodes d'évaluation

- QCM sur les concepts clés abordés
- Mise en situation avec analyse des réactions et des solutions proposées
- Auto-évaluation sur l'application des concepts dans la pratique professionnelle

Résultats attendus

Dans le domaine de la santé, la sécurité des soins repose sur une culture de sécurité forte, influencée par des facteurs organisationnels et humains. L'objectif est double : favoriser le retour d'expérience et permettre aux responsables d'avoir accès aux remontées de terrain d'un côté et utiliser ces retours d'expérience comme un véritable terreau d'apprentissage de l'autre. L'objectif final est de minimiser les erreurs (barrières de prévention, récupération et atténuation) et d'optimiser la prise en charge des patients.

¹¹ Safety I : la sécurité surtout à travers les erreurs et échecs ; Comprendre pourquoi ça échoue.
Safety II : comprendre pourquoi ça fonctionne.

Pour en savoir plus

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Culture of safety. PSNet [En ligne]. Rockville: AHRQ; 2019. (24)
<https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
2. Besnard D, Boissières I, Daniellou F, Villena J. La culture de sécurité. Comprendre pour agir. Cah Sécurité Indus 2017;(2017-01). (25)
3. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ Open 2017;7(11):e017708. (26)
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
4. de Bienassis K, Klazinga N. Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2. OECD Health Working Papers, No. 168. Paris: OECD; 2024. (27)
https://www.oecd.org/en/publications/comparative-assessment-of-patient-safety-culture-performance-in-oecd-countries_d0552328-en.html
5. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Saf Sci 2000;34(1):215-57. (28)
[https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)
6. Haute Autorité de santé. Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. (29)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-un-partenariat-entre-les-equipes-et-la-gouvernance
7. Haute Autorité de santé, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Occelli P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. (30)
8. Haute Autorité de santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. Fiche synthétique. Évaluation de la culture de sécurité : comprendre et agir. Saint-Denis La Plaine: HAS; FORAP; 2019. (31)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/fiche_synthetique.pdf
9. Hollnagel E, Braithwaite J, Wears RL. Resilient health care. Surrey: Ashgate Publishing; 2013. (32)
10. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. West J Nurs Res 2019;41(2):279-304. (33)
<https://dx.doi.org/10.1177/0193945917747416>
11. Quenon J-L, Vacher A, Faget M, Levif-Lecourt M, Roberts T, Fucks I, *et al.* Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2020;20(1):517. (21)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>
12. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, *et al.* Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. Risques Qual Milieu Soins 2019;(1):9-17. (34)
https://dx.doi.org/10.25329/rq_xvi_1-1
13. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate: Michigan University; 1997. (23)

Comment je fonctionne « moi », sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental, dans les situations de soins ?

Fiche 3. Apport des sciences cognitives : neuroscience et performance humaine

Introduction

Les sciences cognitives englobent toutes les disciplines qui étudient la cognition comme les neurosciences, mais aussi les différentes branches de la psychologie, l'anthropologie, la linguistique, l'informatique et la philosophie. Les neurosciences sont un ensemble de disciplines scientifiques qui étudient le système nerveux, en particulier le cerveau, dans le but de comprendre son fonctionnement, sa structure et son influence sur le comportement, les émotions, la mémoire, l'apprentissage, etc.

L'étude de Lucian Leape (1994)¹² a mis en évidence le retard de la médecine dans la gestion des erreurs humaines par rapport à d'autres industries. Les avancées en neurosciences, discutées par des experts comme René Amalberti, Daniel Kahneman, Jacques Fradin, James Reason, ont profondément modifié la perception de l'erreur en milieu médical.

« Pourtant un humain qui ne fait pas d'erreur... cela n'existe pas », Isabelle Simonetto¹³.

La connaissance et la compréhension du fonctionnement du cerveau permettent de comprendre que pour travailler en toute fiabilité, il est nécessaire de mettre en œuvre des parades de sécurité (check-list, contrôle croisé, temps d'arrêt, lecture sécurisée, communication sécurisée, etc.), qu'elles soient humaines, techniques et/ou organisationnelles pour récupérer les erreurs avant qu'elles n'entraînent des conséquences. Certaines propriétés du cerveau « normales » peuvent conduire à l'erreur si elles ne sont pas connues, et même lorsqu'elles sont connues. Cela exige au minimum de savoir comment celui-ci fonctionne lorsqu'il perçoit, traite les informations, les retient tout autant qu'il les oublie, comment il comprend, mobilise son attention, récupère ce qu'il engrange dans ses systèmes de la mémoire, et développe ses fonctions cognitives qui vont lui permettre de penser et agir à tout moment de la vie.

Une compréhension fondamentale des mécanismes neurocognitifs permet non seulement d'analyser les comportements, mais aussi de donner un nouveau sens aux règles et aux protocoles, favorisant ainsi leur adoption par les soignants.

Le lien entre les neurosciences et les facteurs organisationnels et humains (FOH) réside dans la compréhension des mécanismes cognitifs, comportementaux et émotionnels qui impactent la performance des professionnels. Dès lors, la compréhension des comportements humains dans l'environnement de travail des professionnels de santé grâce aux neurosciences facilitera l'adoption des barrières dans les pratiques soignantes. Les enjeux identifiés portent sur :

- la diminution et une meilleure récupération des erreurs en sensibilisant les soignants à leurs propres limites cognitives et émotionnelles ;
- le renforcement de la coopération interprofessionnelle en réduisant les incompréhensions liées aux biais et aux cultures professionnelles ;
- la préservation de la santé et du bien-être des soignants ;
- l'optimisation des organisations.

Mots clés

Mémoire et limite de l'attention

Système 1 et système 2

Les biais cognitifs

La charge cognitive

Mémoire et apprentissage

Facteurs aggravants
sensibilisant les soignants à leurs

¹² Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994;272(23):1851-7 (35).

¹³ Simonetto I. Neurosciences et sécurité. Éviter les erreurs humaines au travail. Bruxelles: Mardaga; 2020 (36).

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Enseigner le fonctionnement de la cognition individuelle (attention, concentration, mémoire, compréhension, automatismes, propriétés du cerveau)
- Enseigner les différentes typologies d'erreurs, leurs origines neurobiologiques et les facteurs aggravants
- Expérimenter les différentes propriétés du cerveau qui peuvent induire des erreurs
- Expérimenter l'action des différentes parades de sécurité

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Expliquer comment l'information est traitée et mémorisée
- Expliquer pourquoi le cerveau va commettre des erreurs
- Passer d'un sentiment d'obligation à l'application des bonnes pratiques de sécurité à l'adhésion volontaire par la compréhension du fonctionnement du cerveau
- Analyser les mécanismes de l'erreur
- Détecter les facteurs aggravants (ex. : signaux de fatigue et savoir les prendre en compte)
- Adhérer à l'emploi des outils d'aide cognitifs (ex. : check-list, système d'alerte, etc.)
- Argumenter sur l'importance du travail en équipe
- Interpréter certains comportements
- Prendre en considération les contraintes de l'environnement pouvant influencer les compétences

Méthodes pédagogiques

- Analyse et échanges interactifs à partir de situations (vidéos explicatives sur le fonctionnement du cerveau, expérimentation des différentes propriétés du cerveau)
- Simulation en santé et jeux de rôle
- Analyse de cas concrets et retours d'expérience
- Débriefing structuré

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Introduire les sciences cognitives et la sécurité de soins

- Expliquer le fonctionnement du cerveau en situation naturelle et dans des activités à risque
- Distinguer la cognition intuitive (système 1) et analytique (système 2)
- Démontrer le lien entre charge cognitive et événements indésirables associés aux soins

b) Comprendre les biais cognitifs et la prise de décision

- Examiner les modes de prise de décision en situation naturelle et à risque
- Identifier les principaux biais influençant les soins (biais d'ancrage, de confirmation, effet de récence, effet tunnel, etc.)

c) Expliquer le fonctionnement de la mémoire et le principe de la charge cognitive

- Les principaux types de mémoire (de travail, long terme)
- Théorie de la charge cognitive et impact sur la vigilance et leurs conséquences sur la dysfonction exécutive
- Notion du concept de « cockpit stérile » pour limiter les interruptions de tâche pendant les soins critiques

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Jeu sur l’erreur pour libérer la parole et commencer à faire parler les apprenants sur leurs propres erreurs
- Analyse de situation : perspectives d’application dans la pratique
- Jeux de rôle : gestion d’une urgence avec analyse des biais cognitifs
- Exercice de concentration : méthodes et outils pour améliorer l’attention et récupérer des situations lors d’interruption de tâche

Méthodes d’évaluation

- Questionnaire d’auto-évaluation avant et après la formation
- Observation des interactions et feedback individualisé
- Plan d’action personnel pour améliorer sa posture en équipe
- Cas d’analyse et propositions d’actions correctives

Résultats attendus

Les neurosciences permettent de :

- **Mieux comprendre les facteurs humains** à l’origine des erreurs en soins
- **Concevoir des systèmes et des environnements plus sûrs**, adaptés aux capacités (et limites) du cerveau humain
- **Former plus efficacement les professionnels** en utilisant les principes de l’apprentissage cérébral

Connaître le fonctionnement du cerveau permet ainsi de comprendre certains types d’erreurs pour pouvoir mettre en place des parades adaptées qui ont fait la preuve de leur efficacité dans de nombreux domaines d’activités. Les neurosciences permettent notamment d’améliorer la sécurité des soins en optimisant la prise de décision et la gestion de l’attention. Leur enseignement doit être pratique et expérientiel, intégrant simulations, ateliers sur les biais cognitifs et stratégies de régulation émotionnelle.

Les personnes formées aux CNT vont utiliser des outils adaptés aux différents environnements et aux spécificités des pratiques. Ils systématiseront la communication sécurisée et accepteront le contrôle croisé. Ils auront conscience de l’impact du stress et de la fatigue sur leur prise de décisions. Ils comprendront pourquoi les aides cognitives et les check-lists leur permettront de se protéger contre des erreurs de routine en améliorant leur performance. Ils seront vigilants sur les conséquences des interruptions de tâches et apprendront à gérer le retour à la concentration pour limiter les oublis et la perte d’informations consécutive.

Pour en savoir plus

1. Dekker S. The field guide to understanding human error. 2nd edition. Boca Raton: CRC Press; 2006. (37)
2. Godé C, J.F. L. XXVI. Gary Klein. Décider en situation réelle. Dans: Livian Y.F., Bidan M., ed. Les grands auteurs aux frontières du management. Caen: EMS Editions; 2022. p. 330-41. (38)
3. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. London: Allen Lane; 2011. (39)
4. Kahneman D. Système 1, système 2. Les deux vitesses de la pensée. Paris: Flammarion; 2012. (40)
5. Mangels JA, Butterfield B, Lamb J, Good C, Dweck CS. Why do beliefs about intelligence influence learning success? A social cognitive neuroscience model. Soc Cogn Affect Neurosci 2006;1(2):75-86. (41)
<https://dx.doi.org/10.1093/scan/nsi013>

6. Procyk E, Meunier M. L'erreur forge le cerveau. Cerveau Psycho 2017;87(4):44-50. (42)
<https://dx.doi.org/10.3917/cerpsy.087.0044>
7. Renouard F. Histoire vécue. Les biais cognitifs concernent tous les soignants [en ligne]: Cah Facteur; 2022. (43)
<https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/05/Cahiers-du-Facteur.-Histoire-Vécue.pdf>
8. Robinson N. Les biais cognitifs aux urgences [en ligne]: Cah Facteur; 2022. (44)
<https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/07/biais-aux-urgences-par-Nathalie-Robinson-Diffusable.pdf>
9. Simonetto I. Neurosciences et sécurité. Éviter les erreurs humaines au travail. Bruxelles: Mardaga; 2020. (36)

Vidéo

Florence Roussarie, chirurgien-dentiste, nous présente Neurosciences et sécurité, d'Isabelle Simonetto. Au programme, d'excellents conseils pour éviter les erreurs au travail...
<https://youtu.be/uNR4pfGyMKI?si=7rzjYXq5jJlmF6xZ>

Fiche 4. Fatigue et gestion de la fatigue

Introduction

La fatigue est définie comme un symptôme subjectif qui se manifeste par une sensation d'épuisement, de baisse d'énergie, sans forcément être soulagée par le repos.

Elle est décrite comme multifactorielle, pouvant être :

- physique (fatigue corporelle liée à l'effort, au manque de sommeil),
- mentale (surcharge cognitive, surcharge psychique, vigilance continue),
- émotionnelle (usure compassionnelle, empathie excessive, confrontation à la souffrance, traumatisme vicariant lié à l'exposition répétée à des situations dramatiques).

Cette fatigue devient problématique lorsqu'elle devient chronique, non reconnue ou banalisée, et qu'elle peut évoluer vers des états plus graves comme le burn-out ou la dépression professionnelle.

Le personnel soignant manque régulièrement de sommeil ([Enquête Sommeil des soignants – Réseau Morphée](#)). Bon nombre de prises en charge de patients ont lieu à des horaires qui ne sont pas favorables à la concentration, comme pendant la période de nuit profonde. Le sommeil est pourtant un besoin fondamental de l'organisme au même titre que l'alimentation et l'hydratation. Dans le milieu professionnel, la fatigue est décrite comme « une incapacité à fonctionner à un niveau désiré en raison d'une récupération insuffisante d'un effort précédent ou de toute autre activité nécessitant une veille prolongée¹⁴ ».

La fatigue est reconnue comme un facteur contributif d'événements indésirables associés aux soins par la baisse de performance qu'elle induit¹⁵. Elle est tellement inhérente au quotidien des soignants qu'elle est régulièrement banalisée. La fatigue aiguë apparaît après une récupération insuffisante, comme après une nuit blanche au travail, et la fatigue chronique survient à la suite d'une accumulation au cours du temps.

Tout personnel soignant gagnerait à savoir détecter les signes d'une dette de sommeil. C'est par la connaissance des mesures correctrices que les équipes soignantes pourront se prémunir des effets délétères de la fatigue aiguë (fatigue de la garde de nuit) ou de la fatigue chronique (travail en poste de soin nocturne).

Les processus qui seront abordés dans cette section regroupent des apports théoriques de chronobiologie, les effets de la privation de sommeil et les contre-mesures associées.

De plus, la protection individuelle contre les effets néfastes de la fatigue chronique permet de prévenir les conséquences au long terme, comme la prise de poids et l'apparition de maladies chroniques (l'hypertension artérielle et les maladies coronariennes en particulier).

Mots clés

Chronobiologie
Rythmes circadiens
Fatigue
Chronotype

Objectifs d'apprentissage

□ Objectifs de la formation

- Expliquer les grands principes de la chronobiologie
- Détecter les signaux de fatigue et savoir les prendre en compte
- Sensibiliser aux risques de la fatigue
- Développer la reconnaissance des signes de fatigue
- Décrire les principales contre-mesures aux risques liés à la fatigue

¹⁴ Gander P, Hartley L, Powell D, Cabon P, Hitchcock E, Mills A, Popkin S. Fatigue risk management: Organizational factors at the regulatory and industry/company level. *Accid Anal Prev* 2011;43(2):573-90 (45).

¹⁵ Asch DA, Parker RM. The Libby Zion case. One step forward or two steps backward? *N Engl J Med* 1988;318(12):771-5 (46).

Parry DA, Oepfen RS, Amin MSA, Brennan PA. Sleep: its importance and the effects of deprivation on surgeons and other healthcare professionals. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018;56(8):663-6 (47).

Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, *et al.* Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351(18):1829-37 (48).

Watterson TL, Steege LM, Mott DA, Ford JH, 2nd, Portillo EC, Chui MA. Sociotechnical work system approach to occupational fatigue. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2023;49(9):485-93 (49).

□ Objectifs pédagogiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Expliquer le lien entre la fatigue et la prévention des erreurs
- Décrire les effets de la fatigue sur la vigilance, la performance professionnelle et la sécurité des patients
- Savoir reconnaître ses signes de fatigue, aiguë et chronique
- Appliquer des stratégies vis-à-vis des risques associés à la fatigue
- Mettre en œuvre des stratégies individuelles et organisationnelles pour prévenir et gérer la fatigue

Approches pédagogiques

- Apports théoriques et échanges interactifs
- Simulation en santé et jeux de rôle
- Analyse de cas concrets et retours d'expérience
- Débriefing structuré

Contenus pédagogiques

1. Formation théorique

a) Décrire les principes de la fatigue

Connaître les grands principes de la chronobiologie :

- Cycle circadien ou processus chronobiologique (processus C) : définition du cycle biologique de 24 h. Comprendre l'alternance entre les périodes physiologiquement favorables à la veille ou au sommeil
- Homéostasie du sommeil ou processus homéostatique du sommeil (processus S) : définition du principe de la pression de sommeil
- Chronotype : profils de sommeil et génétique

b) Rappeler les conséquences de la fatigue

Identifier les conséquences de la fatigue sur la vigilance et la sécurité :

- Diminution de la vigilance : la fatigue altère la capacité à rester attentif, augmentant le risque d'erreurs
- Altération du jugement et de la prise de décision : les professionnels fatigués peuvent prendre des décisions inappropriées
- Ralentissement des réactions : la fatigue peut retarder les réponses face à des situations critiques
- Impact sur la communication : une fatigue accrue peut entraîner des malentendus ou des omissions dans la transmission d'informations

c) Prévenir et gérer la fatigue

Connaître les contre-mesures :

- **au niveau individuel** : hygiène de sommeil, pauses, reconnaissance des signes de fatigue, demande d'aide ;
- **au niveau organisationnel** : horaires de travail avec des temps de repos, reconnaissance d'une culture de sécurité où les professionnels peuvent signaler la fatigue sans crainte de répercussion.

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Auto-évaluation : identification de son chronotype, contre-mesures individuelles à recommander en fonction de son type de planning
- Études de cas : analyse de situations réelles où la fatigue a joué un rôle dans des incidents de soins
- Sieste courte découverte proposée en session
- Simulation en santé : mises en situation pour reconnaître et réagir aux signes de fatigue chez soi et chez les collègues

Méthodes d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation avant et après la formation
- Observation des interactions et feedback individualisé
- Plan d'action personnel pour améliorer sa posture en équipe
- Cas d'analyse et propositions d'actions correctives

Résultats attendus

La fatigue est un des éléments contributifs aux événements indésirables associés aux soins. Les apprenants auront acquis des connaissances en chronobiologie qui les sensibiliseront à ces risques. Des stratégies pourront leur être présentées pour améliorer la sécurité des soins, d'autant plus s'ils sont concernés par les horaires décalés.

La fatigue est omniprésente chez les professionnels de santé¹⁶, notamment les soignants hospitaliers et libéraux. Elle se manifeste sous plusieurs formes : fatigue physique, mentale, émotionnelle. Ce phénomène est accentué par une charge de travail croissante, un manque de reconnaissance, des conditions de travail dégradées et une perte de sens. L'enjeu est de faire évoluer la représentation des soignants, de reconnaître l'importance des conséquences d'un point de vue individuel, collectif et son impact sur la sécurité des patients.

Pour en savoir plus

1. Asch DA, Parker RM. The Libby Zion case. One step forward or two steps backward? N Engl J Med 1988;318(12):771-5. (46)

<https://dx.doi.org/10.1056/nejm198803243181209>

2. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature 1997;388(6639):235. (51)

<https://dx.doi.org/10.1038/40775>

3. Gander P, Hartley L, Powell D, Cabon P, Hitchcock E, Mills A, Popkin S. Fatigue risk management: Organizational factors at the regulatory and industry/company level. Accid Anal Prev 2011;43(2):573-90. (45)

<https://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.11.007>

¹⁶ Posos, Lifén. Baromètre. Charge mentale des soignants. Comment améliorer la qualité de vie au travail et réduire la charge mentale ? Paris: Posos; 2023 (50).

4. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient « Fatigue des professionnels de santé. Préserver les soignants pour mieux soigner les patients ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. (52)
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3808079/fr/flash-securite-patient-fatigue-des-professionnels-de-sante-preserver-les-soignants-pour-mieux-soigner-les-patients
5. Ippolito M, Einav S, Giarratano A, Cortegiani A. Effects of fatigue on anaesthetist well-being and patient safety: a narrative review. *Br J Anaesth* 2024;133(1):111-7. (53)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2024.03.017>
6. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, *et al.* Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351(18):1829-37. (48)
<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa041404>
7. Lockley SW, Landrigan CP, Barger LK, Czeisler CA. When policy meets physiology: the challenge of reducing resident work hours. *Clin Orthop Relat Res* 2006;449:116-27. (54)
<https://dx.doi.org/10.1097/01.blo.0000224057.32367.84>
8. Mentec H, Legris C, May-Michelangeli L. Comment gérer la fatigue des professionnels de santé ? *Risques Qual Milieu Soins* 2025;22(1):23-35. (55)
<https://dx.doi.org/10.3917/rqms.401.0023>
9. O'Connor P, O'Dea A. An introduction to human factors for healthcare workers. Dublin: Health Services Executive; 2021. (56)
<https://www.hse.ie/eng/about/who/ngpsd/qps-incident-management/incident-management/a-guide-to-human-factors-in-healthcare-2021.pdf>
10. Parry DA, Oeppen RS, Amin MSA, Brennan PA. Sleep: its importance and the effects of deprivation on surgeons and other healthcare professionals. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018;56(8):663-6. (47)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.08.001>
11. Philibert I. Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep* 2005;28(11):1392-402. (57)
<https://dx.doi.org/10.1093/sleep/28.11.1392>
121. Watterson TL, Steege LM, Mott DA, Ford JH, 2nd, Portillo EC, Chui MA. Sociotechnical work system approach to occupational fatigue. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2023;49(9):485-93. (49)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.05.007>

Fiche 5. Stress et gestion du stress

Introduction

La gestion du stress fait partie des compétences non techniques ; c'est la capacité personnelle d'un individu à maîtriser ses réactions émotionnelles et comportementales face à des situations difficiles, imprévues ou exigeantes. Ces situations peuvent survenir dans n'importe quel environnement professionnel (ex. : délais serrés, conflits, surcharge de travail, changements soudains, etc.). Le stress est une adaptation physiologique et comportementale qui permet de faire face à un danger réel ou supposé, voire un défi. Sonia Lupien (2010)¹⁷ suggère que le stress se déclenche quand au moins une de ces situations apparaît (CINE) :

- Contrôle faible (supposé ou réel) de la situation
- Imprévisibilité
- Nouveauté
- Ego menacé



Le stress excessif peut être toxique. Des recherches récentes révèlent qu'un stress insuffisant est tout aussi néfaste qu'un stress excessif (Rudland J.R, 2020).

Le but du stress est de permettre d'adapter l'homéostasie pour faire face à une menace.

Le stress et son absence de prise en compte ont un impact :

- Sur la performance et la sécurité

Le stress inadapté perturbe la concentration, la mémoire, la prise de décision, cela peut conduire à des erreurs, des oublis, voire des jugements altérés ou des actions rapides inappropriées.

- Sur la santé mentale des professionnels

Un stress chronique mène à l'épuisement, au burn-out, voire à la dépression.

Le stress est également un révélateur de dysfonctionnements organisationnels. Le stress chronique n'est pas d'origine individuelle : il reflète souvent un environnement de travail inadapté, mal organisé ou trop exigeant. L'individu dans un environnement stressant va appliquer principalement ce qu'il a l'habitude de faire ([Fiche généralité sur le stress](#), SFMU/FHS, 2025).

Le stress en soi n'est pas une compétence mais un état physiologique et psychologique normal face à une menace. La compétence est la manière dont une personne gère ce stress. La gestion du stress est donc une compétence non technique cruciale. Le stress, dans le cadre des FOH, n'est pas un simple inconfort personnel : c'est un indicateur clé de santé organisationnelle, un déclencheur de fatigue chronique et un facteur de risque pour la qualité et la sécurité des soins. Le traiter, c'est améliorer le fonctionnement global de l'organisation.

Le stress est nécessaire pour se protéger, mais mal géré, il est souvent délétère pour la prise de décision. Ce que certains peuvent considérer comme étant du bon stress s'assimile plutôt à une mobilisation d'actions efficaces, et généralement préparée en amont.

Les objectifs d'apprentissage

☐ Objectifs généraux de la formation

- Identifier les signes du stress
- Analyser les effets du stress sur la cognition et son impact sur la prise de décision
- Mettre en avant les deux composantes du stress : stressseurs et stressabilité
- Donner des clés pour diminuer les stressseurs à l'aide des outils FOH et apprendre à diminuer la stressabilité, en particulier avec les techniques de respiration

¹⁷ Lupien S. Par amour du stress. Montréal: Éditions au Carré; 2010 (58).

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Prendre conscience des principaux effets du stress sur sa performance au travail
- Mettre en œuvre des outils pour limiter les effets des stresseurs
- Connaître les techniques pour diminuer sa stressabilité

Approches pédagogiques

En combinant **formation théorique, mises en situation et analyse des retours des participants**, il est possible d'améliorer considérablement la capacité à prendre en charge son stress sans culpabilité.

- Apports théoriques et discussion interactive
- Mises en situation et jeux de rôle
- Simulations de situations de crise générant du stress
- Débriefing et analyse des comportements
- Supports pratiques d'aide à la gestion du stress

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Introduire : qu'est-ce que le stress aigu et chronique ?

- Apprendre à reconnaître les signes du stress
- Connaître les trois réactions d'adaptation face à une situation stressante
- Prendre conscience de la notion de contagion du stress et ses effets sur l'équipe

b) Identifier les facteurs générateurs et sources du stress

- Fatigue, pression temporelle, gradient d'autorité, absence de sécurité psychologique, déshydratation, interruption de tâche, manque de préparation et d'anticipation, mauvaise conscience de la situation

c) Identifier les stratégies concrètes de gestion du stress

- Niveau individuel (e.g., respiration/cohérence cardiaque, prise de recul, activité physique régulière)
- Niveau professionnel (e.g., demander de l'aide, respecter ses pauses et ses limites, organiser des temps d'échange)

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

Méthodes et outils d'aide à la gestion du stress

- Apprentissage des méthodes et outils
 - La respiration
 - La méditation
 - Le retour ou partage d'expérience
 - L'anticipation, la répétition et la simulation
 - L'hygiène de vie (alimentation, hydratation et sommeil)

Autres activités

- **Brainstorming** : identification des stresseurs potentiels à des activités de soignants
- **Exercice rapide** : cartographier en binôme les sources de stress dans leur pratique
- **Élaborer un plan d'action personnel**

Remplir **une fiche personnelle** :

- Mon principal facteur de stress au travail en fonction des situations auxquelles je fais face
- Mes signaux d'alerte (corps, émotions, pensées)
- Une stratégie que je m'engage à tester cette semaine
- À qui est-ce que je peux demander du soutien ?

Retour d'expérience

- Événements stressants : qu'aurions-nous pu faire différemment ?
- Utilisation du RETEX (retour d'expérience) pour améliorer les pratiques
- Stratégies pour développer un processus de prise de décision efficace

Évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation des compétences en début et fin de formation
- Plan d'action personnel pour améliorer sa réaction aux stressors au quotidien

Résultats attendus

Le stress est **normal**, toutefois, il est important qu'il ne devienne pas chronique ou subi. **La gestion du stress est une compétence** qui s'apprend. Il est possible d'agir à plusieurs niveaux : soi-même, le collectif, l'organisation.

Cette formation vise à renforcer la capacité des soignants à comprendre comment le stress survient et quelles sont ses conséquences. Apprendre à mieux gérer le stress en pratique routinière et dans les situations critiques s'anticipe. En intégrant des stratégies et outils efficaces, ils pourront agir plus sereinement et garantir une prise en charge optimale des patients.

Pour en savoir plus

1. Domergue F, Cros S, Vraie B. L'effet du stress aigu sur les stratégies de réponse en situation critique : le cas du crash Rio-Paris. *Recherches en Sciences de Gestion* 2017;N° 120(3):23-44. (59)
<https://dx.doi.org/10.3917/resq.120.0023>
2. Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. (60)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
3. Lupien S. Par amour du stress. Montréal: Éditions au Carré; 2010. (58)
4. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11. (61)
<https://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
5. McGonigal K. The upside of stress: why stress is good for you (and how to get good at it). Paris: Vermilion; 2015. (62)
6. Perreaut-Pierre E. Comprendre et pratiquer les techniques d'optimisation du potentiel : être et rester au TOP – 3^e éd. Malakoff: InterEditions; 2019. (63)
7. Perreaut-Pierre E, Mikaeloff Y. Accompagner les soignants et les aidants. Avec les techniques d'optimisation du potentiel. Paris: InterEditions; 2025. (64)

8. Renouard F, Raynal P. Le stress chez les professionnels de santé : du cockpit au bloc opératoire. Lettre Gynéco (423):32-6. (65)
9. Rudland JR, Golding C, Wilkinson TJ. The stress paradox: how stress can be good for learning. Med Educ 2020;54(1):40-5. (66)
<https://dx.doi.org/10.1111/medu.13830>
10. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. JAMA 2017;317(9):901-2. (67)
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0076>
11. Société française de médecine d'urgence, Facteurs humains en santé, Renouard F. Généralités sur le stress. Paris: SFMU; 2025. (68)
https://www.sfmu.org/upload/10_sfm/board/fiche_qvt_generalites_stress.pdf
12. Vraie B. Stress aigu en situation de crise. Comment maintenir ses capacités de décision et d'action. Bruxelles: Deboeck; 2018. (69)
13. Vraie B, Perreaut-Pierre E. Mobiliser les facteurs humains dans la gestion de crise. À l'aide des techniques d'optimisation du potentiel. Paris: InterEditions; 2025. (70)

Comment l'équipe devient-elle efficace ?

Fiche 6. Qu'est-ce qu'une équipe efficace ?

Introduction

Un travail en équipe efficace¹⁸ est un élément fondamental pour garantir la sécurité des patients et le bien-être psychologique des professionnels de santé. De nombreuses études scientifiques ont montré que des équipes bien coordonnées et communicantes peuvent notamment significativement réduire et récupérer les événements indésirables associés aux soins (EIAS), améliorer les résultats cliniques et diminuer l'absentéisme et le turn-over des équipes. « Une équipe est définie comme un ensemble de deux personnes ou plus qui vont interagir et s'adapter pour atteindre des objectifs définis, partagés et valorisés et dont les membres ont des interdépendances significatives entre les tâches et des connaissances pertinentes pour leur bonne réalisation. Chaque membre a un rôle précis, une tâche identifiée et doit se coordonner aux autres membres de l'équipe pour mener à bien son propre travail¹⁹. » Savoir construire une équipe est une compétence en soi à acquérir. Il ne suffit pas de mettre ensemble des professionnels pour que la synergie soit en présence. Quel que soit le secteur d'activité, l'étude des facteurs humains montre que l'être humain n'est pas infallible et que la sécurité ne se réduit pas au seul respect des procédures. Une équipe efficace est contributive d'une meilleure sécurité au travail et de l'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé.

Mots clés

Objectif commun
Rôles et responsabilités
Cohésion
Coordination
Communication

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Identifier les leviers positifs et les axes d'amélioration du travail en équipe pour améliorer la qualité et la sécurité du patient

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Contribuer individuellement et collectivement à la dynamique d'équipe
- Identifier les facteurs facilitants ou les freins à la performance collective
- Mettre en œuvre les pratiques favorisant la collaboration

Méthodes pédagogiques

Apports théoriques : présentation des concepts clés à l'aide de supports visuels.

- Études de cas : analyse de situations cliniques illustrant les dynamiques d'équipe
- Jeux de rôle : mises en situation pour pratiquer la communication et la résolution de conflits
- Discussions en groupe : échanges sur les expériences et les bonnes pratiques en matière de travail en équipe

¹⁸ Haute Autorité de santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. S'engager dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe, Pacte : www.has-sante.fr/jcms/c_283139 (71).

¹⁹ Picard J. Leadership et travail en équipe. Chapitre 29. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Libbey Eurotext; 2023 (72).

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Définir une équipe efficace

- L'équipe : qu'est-ce qu'une équipe ? Qui la compose et pourquoi ? Enjeux et importance du travail en équipe
- Apprentissage des caractéristiques d'une équipe synergique

b) Modèle de développement des équipes de Tuckman²⁰

Connaître le cadre théorique qui décrit les phases de développement par lesquelles passent les équipes pour devenir efficaces et performantes.

c) Identifier les outils et pratiques pour renforcer l'efficacité d'équipe

- Le diagnostic de fonctionnement d'une équipe (CRM en santé, NOTECH, ANTS)
- Les moyens et outils pour limiter les incompréhensions et ambiguïtés (phraséologie standard, communication sécurisée) et pour renforcer la communication : relèves, travail en binôme, retour d'expérience, partage de pratiques, espaces de dialogue à propos de l'organisation et le fonctionnement, les feedbacks...
- L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, dont les intérimaires
- Sa présentation (ex. : port du calot nominatif, badge...)
- Les facteurs de coopération et de bien-être au travail
- Le développement du bien-être au travail par la coopération et l'entraide (la reconnaissance du travail, reconnaissance de chacun, l'entraide, le partage des valeurs)

d) Appréhender la gestion des conflits et des désaccords au sein d'une équipe

Développer l'assertivité en équipe, le leadership d'équipe, la coopération.

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Les techniques d'animation d'une équipe (mettre en pratique les méthodes de dynamique d'équipe, de type cohésion d'équipe)
- La communication structurée (type SAED...)
- La demande d'aide
- L'oser-dire
- La méthode DESC (décrire, exprimer, suggérer, conclure)
- Le feedback positif
- Le briefing/débriefing en équipe

Simulation

- Utiliser des scénarios avec des briefings/débriefings pour encourager les prises de parole

Méthode d'évaluation

- Quiz avant et en fin de session : évaluation des connaissances acquises
- Auto-évaluation : réflexion individuelle sur sa contribution à l'efficacité de l'équipe
- Feedback collectif : discussion sur les points forts, les axes d'amélioration et les ressources identifiés pendant la session

²⁰ Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. Psychol Bull 1965;63:384-99 (73).
Tuckman BW, Jensen MAC. Stages of small-group development revisited. Group Organ Stud 1977;2(4):419-27 (74).

Résultats attendus

La formation délivrée en interprofessionnalité permet à chacun de mieux comprendre quels sont la place et le rôle de chacun, quelles sont ses compétences et ses contraintes, et en quoi une équipe efficace permet de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte. Travailler ensemble de manière fluide et efficace permet la cohésion d'équipe, redonne du sens, apporte de la sécurité, de l'efficacité et un mieux-être au travail. Aborder l'assertivité²¹ dans le travail en équipe est essentiel pour améliorer la communication, prévenir les conflits, renforcer la sécurité psychologique et garantir des soins de qualité. Devenir une équipe efficace ne s'improvise pas et cette dynamique s'entretient.

Pour en savoir plus

1. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: Research/Evidence Base [en ligne]. Rockville: AHRQ; 2023. (75)
<https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/evidence-base/index.html>
2. Costar DM, Hall KK. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: a systematic review. J Patient Saf 2020;16(3S Suppl 1):S48-s56. (76)
<https://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000746>
3. Haute Autorité de santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients – édition multiprofessionnelle [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. (16)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle
4. Haute Autorité de santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe – Pacte – Rapport final de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. (71)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/rapport_final_pacte.pdf
5. Haute Autorité de santé. Simulation en santé et gestion des risques. 1 – Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. (77)
6. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009;53(2):143-51. (78)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
7. Moll MC. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) – Fiche méthode 710 [en ligne] 2022. (79)
<https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/facteurs-humains-et-organisationnels/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe>
8. O'Daniel M, Rosenstein AH. Advances in patient safety. professional. Communication and team collaboration. Dans: Hughes R. G., ed. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (80)
9. Pellissier P. Sept graines de lumière dans le cœur des guerriers : une initiation à l'art de dénouer les conflits. Paris: Points; 2018. (81)
10. Picard J. Leadership et travail en équipe. Chapitre 29. Dans: Fuzier R., Jaulin F., ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Libbey Eurotext; 2023. (72)

²¹ Se dit du comportement d'une personne capable de s'affirmer tout en respectant les autres.

11. Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, Halpin SM. Does team training improve team performance? A meta-analysis. Hum Factors 2008;50(6):903-33. (82)
<https://dx.doi.org/10.1518/001872008X375009>
12. Salas E, Reyes DL, McDaniel SH. The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. Am Psychol 2018;73(4):593-600. (83)
<https://dx.doi.org/10.1037/amp0000334>
13. Tirtiaux G. Mieux réussir ensemble : gestion du stress, travail en équipe et autres compétences non techniques : s'inspirer des bonnes pratiques d'un pilote de ligne. Seraing: EDI PRO; 2019. (84)
14. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. BMJ Qual Saf 2014;23(5):359-72. (85)
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848>

Vidéos

Chaîne Youtube Les enfants du facteur

- Mieux réussir ensemble par Florence Roussarie (2021)
<https://youtu.be/ngoYavwDP9U?si=OivzFinXIRR71wEG>
- Les dossiers du facteur : le travail en équipe et les compétences non techniques (2020)
<https://youtu.be/ycNdQ9L2k2s?si=mA-BySyqf09cVHpw>
- Le travail en équipe par Frédéric Martin (2020)
https://youtu.be/3u7_cOnjoOQ?si=j2GGBpGk8zY5aRS4

Fiche 7. Place du patient dans l'équipe

Introduction

Cette fiche pédagogique vise à promouvoir une approche collaborative des soins, en reconnaissant le patient comme un membre actif de l'équipe de santé.

Reconnaître le patient comme un membre actif de l'équipe de santé est un levier essentiel pour améliorer la sécurité des soins. Cette approche, promue par des institutions telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Haute Autorité de santé (HAS), repose sur l'idée que l'engagement du patient dans son parcours de soins contribue significativement à la prévention, la récupération des événements indésirables associés au soin (EIAS) et à l'amélioration des résultats cliniques.

Intégrer le patient comme membre actif de l'équipe soignante transforme profondément les dynamiques humaines et organisationnelles au sein des établissements de santé.

☒ Impact sur les facteurs humains :

- Amélioration de la communication et de la confiance
- Communication bidirectionnelle favorisée par l'intégration du patient, renforçant la confiance mutuelle. Cette transparence permet une meilleure compréhension des besoins et attentes, réduisant ainsi les malentendus et les erreurs potentielles
- Stimulation du développement de compétences telles que l'écoute active, l'empathie et la prise de décision partagée. Ces compétences sont essentielles pour une pratique clinique sécuritaire et centrée sur le patient
- Valorisation des savoirs expérientiels

☒ Impact sur les facteurs organisationnels :

- Évolution vers une culture de sécurité partagée : en considérant le patient comme un partenaire, les organisations de santé adoptent une culture où la sécurité est une responsabilité collective. Cela encourage la vigilance partagée et la proactivité dans la prévention des risques
- Coordination et réorganisation des processus de soins. L'intégration du patient améliore la coordination entre les différents membres de l'équipe soignante, permet de réduire et de récupérer les éventuelles erreurs et les redondances
- Amélioration continue et innovation : les retours des patients offrent des perspectives précieuses pour l'amélioration des services. Leur implication peut conduire à des innovations organisationnelles, telles que le développement de programmes de formation ou la refonte de parcours de soins

Mots clés

Objectif commun

Partenariat patient

Cohésion

Coordination

Annonce d'un dommage associé aux soins

Engagement et expérience patient

Les objectifs d'apprentissage

☐ Objectifs généraux de la formation

- Démontrer l'importance de l'intégration du patient dans l'équipe soignante
- Identifier les impacts sur les facteurs humains et organisationnels
- Identifier les bénéfices pour les patients et les professionnels de santé
- Acquérir des compétences pratiques pour impliquer activement les patients dans leur parcours de soins

☐ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Associer le patient à son projet de santé en équipe
- Communiquer clairement et de façon transparente avec le patient afin d'instaurer une relation de confiance durable

- Identifier les facteurs facilitants ou les freins à cette collaboration
- Mettre en œuvre les pratiques favorisant la collaboration avec le patient

Approches pédagogiques

- Études de cas : analyse de situations concrètes où l'intégration du patient a eu un impact positif
- Jeux de rôle : simulations d'interactions entre patients et soignants pour développer des compétences relationnelles
- Ateliers participatifs : co-construction de projets de soins avec des patients partenaires

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Mobiliser les fondements de l'intégration du patient

- Concept et principes (*empowerment*, satisfaction des patients, expérience patient, patient partenaire)
- Bénéfices de l'intégration du patient (pour les patients, pour les équipes et pour le système de santé)
- Textes juridiques

b) Reconnaître le rôle du patient dans l'équipe

- Savoir identifier les différents niveaux d'engagement du patient
- Exploiter l'expérience patient et son impact pour la performance d'une équipe

c) Outils et pratiques

- Les méthodes et approches pour mieux communiquer avec le patient
- La contribution du patient à l'analyse d'un évènement indésirable le concernant

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Les techniques de communication (écoute active, feedback, gestion des attentes et des émotions)
- Jeux de rôle sur des situations de consultations

Simulation

- L'annonce d'un dommage associé aux soins
- Débriefing associé

Méthode d'évaluation

- Quiz de début et de fin de session : évaluation des connaissances acquises
- Auto-évaluation : réflexion individuelle sur sa contribution à l'efficacité de l'équipe
- Feedback collectif : discussion sur les points forts et les axes d'amélioration identifiés pendant la session

Résultats attendus

À l'issue de la formation, les professionnels seront en mesure d'intégrer le patient comme un membre à part entière de l'équipe de soins, dans une logique de partenariat structuré et sécurisé. Ils sauront instaurer une communication bidirectionnelle, claire et respectueuse, favorisant la confiance et la sécurité psychologique. L'implication active du patient contribuera à une meilleure détection et récupération des évènements indésirables associés aux soins (EIAS), ainsi qu'à une réduction des incompréhensions et des erreurs liées aux défauts d'information.

Les équipes développeront une culture de sécurité partagée, fondée sur la vigilance collective et la prise de décision conjointe lorsque cela est pertinent. L'organisation bénéficiera d'un retour d'expérience enrichi par les savoirs expérimentiels des patients, soutenant l'amélioration continue des pratiques et des parcours. À terme, cette dynamique participera à une amélioration mesurable de la qualité des soins, de l'expérience patient et du climat de travail des équipes.

Pour en savoir plus

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne] 2002. (86)
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
2. L'expertise du patient et la formation des soignants. Rev Santé Pub 2013;24(2):56-60. (87)
3. Arrêté du 27 janvier 2025 relatif à la participation de patients dans les formations pratiques et théoriques des études de médecine. Journal officiel 2025;5 février 2025 (88)
4. Giardina TD, Haskell H, Menon S, Hallisy J, Southwick FS, Sarkar U, *et al.* Learning from patients' experiences related to diagnostic errors is essential for progress in patient safety. Health Aff 2018;37(11):1821-7. (89)
<https://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0698>
5. Haute Autorité de santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients – édition multiprofessionnelle [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. (16)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle
6. Haute Autorité de santé. Engagement du patient dans l'équipe. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. (90)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852769/fr/engagement-du-patient-dans-l-equipe-pacte
7. Haute Autorité de santé. Évaluation de la mise en œuvre du guide « Simulation en santé et gestion des risques » et de ses outils méthodologiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. (91)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/rapport_mettre_en_oeuvre_la_collaboration_entre_les_structures_de_simulation_en_sante_et_les_structures_de_soins.pdf
8. Haute Autorité de santé. Expérience patient et savoir expérimentiel : deux notions à clarifier pour renforcer l'engagement ou la participation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. (92)
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3602447/fr/experience-patient-et-savoir-experimentiel-deux-notions-a-clarifier-pour-developper-l-engagement-ou-la-participation
9. Lefort H, Psiuk T. Patient partenaire, patient expert. De l'accompagnement à l'autonomie. Paris: Vuibert; 2019. (93)
10. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? A mixed-methods study in a French university hospital. BMC Health Serv Res 2020;20(1):391. (94)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
11. Psiuk T. Le concept du patient partenaire, de l'implicite vers l'explicite. Droit Santé Soc 2024;Vol. 10(3):3-6. (95)
<https://dx.doi.org/10.3917/dsso.103.0003>
12. Sagnol G, Haesebaert J, Termoz A, Michel P, Schott A-M, Potinet V, *et al.* Assessing patient partnership among emergency departments in France: a cross-sectional study. BMC Health Serv

Res 2023;23(1):897. (96)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09905-7>

Vidéos

Haute Autorité de santé (HAS), Annonce d'un dommage associé aux soins, 2011

[Haute Autorité de santé – Annonce d'un dommage associé aux soins](#)

Roussarie F, La gestion des conflits praticien-patient. Les enfants du facteur, 2024

<https://www.youtube.com/watch?v=SLAjSeLQkoY>

Savoir agir avec les compétences

Fiche 8. Leadership & travail en équipe

Introduction

Le travail en équipe et le leadership constituent deux compétences non techniques complémentaires et interdépendantes.

Pour mobiliser une équipe, des compétences en leadership²² sont déterminantes en termes de réussite. Le leader s'apparente à un chef d'orchestre qui réussit à exalter ses musiciens tout en arrivant à les faire jouer ensemble en harmonie. Le leadership désigne la capacité d'un professionnel à influencer positivement une équipe afin d'atteindre un objectif commun, en mobilisant les ressources disponibles et en garantissant un cadre sécurisé. Comme le définit Peter G. Northouse : « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun. »

En santé, le leadership est situationnel et partagé : selon le contexte, l'expertise requise et l'urgence, il peut être exercé par différents membres de l'équipe. Un leadership adapté agit notamment sur :

- la communication : clarification des rôles, facilitation des échanges, encouragement de l'« oser-dire » ;
- la coordination : répartition des tâches et priorisation ;
- la culture de sécurité : promotion d'un climat où chacun peut signaler un problème sans crainte ;
- la gestion des situations critiques : capacité à décider sous pression et à mobiliser l'intelligence collective.

Dans un bloc opératoire, par exemple, un leadership explicite et structurant permet non seulement de respecter les protocoles, mais aussi d'ajuster les décisions en cas d'imprévu. Le travail en équipe et un leadership fort sont des piliers fondamentaux pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le leadership influence directement la manière dont les facteurs organisationnels et humains sont gérés pour permettre un environnement de travail efficace et sécurisé, en favorisant l'apprentissage collectif, le retour d'expérience et l'amélioration continue.

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Analyser la synergie d'équipe et le rôle structurant du leadership dans la performance collective
- Illustrer les limites de l'expertise individuelle face à l'expertise collective
- Examiner l'impact du leadership et du travail en équipe sur la sécurité des soins et la qualité de vie au travail

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Développer des compétences de leadership adapté au contexte
- Collaborer efficacement en équipe pluriprofessionnelle
- Communiquer de manière claire et assertive avec les collègues
- Favoriser un climat de confiance et gérer les conflits

²² Haute Autorité de santé. Module leadership. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018 (71).

[Haute Autorité de santé – Module leadership](#)

Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques et échanges interactifs
- Simulations et jeux de rôle
- Analyse de cas concrets et retours d'expérience
- Débriefing structuré

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Définir et clarifier les enjeux du travail en équipe

- Impact d'une équipe performante sur la qualité, la sécurité du patient et la qualité de vie au travail
- Compréhension du leadership partagé et son impact sur la performance d'une équipe

b) Comprendre le leadership en santé

- Identifier les comportements observables d'un leadership efficace (clarifier les objectifs, répartir les tâches, encourager l'expression, réguler les tensions, etc.)
- Comprendre le rôle du leader dans la sécurité psychologique
- Identifier les risques liés à l'absence ou à la défaillance du leadership (flou décisionnel, conflits, inertie, etc.)

c) Développer un leadership efficace

- Styles de leadership : adaptatif, participatif, transformationnel, directif selon les situations
- Leadership en situation critique : prise de décision sous pression, leadership partagé, délégation, gestion du stress, gestion des biais, etc.
- Intelligence émotionnelle et gestion du stress
- Leadership toxique : identifier les dérives (leadership autoritaire, leadership manipulateur) et leurs impacts sur la sécurité

e) Identifier les compétences clés du travail en équipe

- Collaboration et interdépendance
- Communication efficace
- Gestion des conflits
- Confiance et respect mutuel

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Atelier sur les représentations du leadership
- Exercice de décisions en équipe
- Analyse et débriefing de situations
- Jeux de rôle : communication.

Simulation

- Simulation d'une situation de coordination des rôles et de leadership
- Mise en situation de briefing/débriefing
- Ateliers de co-construction des solutions aux problèmes d'équipe

Méthodes d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation avant et après la formation
- Observation des interactions et feedback individualisé
- Plan d'action personnel pour améliorer sa posture en équipe
- Cas d'analyse et propositions d'actions correctives

Résultats attendus

Le leadership et le travail en équipe ne se sont pas des caractéristiques innées des individus, mais des compétences qui s'apprennent. La formation aux CNT permet de renforcer le travail collaboratif et les capacités de leadership des soignants pour garantir une prise en charge efficace et sécurisée des patients. Un travail d'équipe optimisé et un leadership adaptatif permettent de :

- Favoriser la sécurité psychologique
- Adopter des méthodes et outils de dynamique d'équipe
- Répartir les ressources et la répartition des tâches
- Sécuriser la communication
- Apprendre à travailler ensemble et créer de la cohésion
- Respecter les rôles et les responsabilités des professionnels, des patients et de leurs familles au sein de l'équipe

Pour en savoir plus

1. Flin R, Goeters KM, Hoermann H, Amalberti R, Valot C, Nijhuis H. Development of the NOTECHS (non-technical) system for assessing pilots' CRM skills. J Human Factors Aerospace Saf 2003;3:95-117. (97)
2. Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Paris: Robert Laffont; 1997. (98)
3. Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Tome 1 – Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle. Paris: J'ai Lu; 2003. (99)
4. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence. Brighton: Harvard Business Review Press; 2002. (100)
5. Hackman JR, Wageman R. A theory of team coaching. Acad Manage Rev 2005;30(2):269-87. (101)
<https://dx.doi.org/10.5465/amr.2005.16387885>
6. Haute Autorité de santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe – Pacte – Rapport final de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. (71)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/rapport_final_pacte.pdf
7. Künzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. Saf Sci 2010;48(1):1-17. (102)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004>
8. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009;53(2):143-51. (78)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
9. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, Berns SD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. Health Serv Res 2002;37(6):1553-81. (103)
<https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01104>
10. Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. (104)
11. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a "Big Five" in teamwork? Small Group Res 2005;36(5):555-99. (105)
<https://dx.doi.org/10.1177/1046496405277134>
12. Tirtiaux G. Mieux réussir ensemble : gestion du stress, travail en équipe et autres compétences non techniques : s'inspirer des bonnes pratiques d'un pilote de ligne. Seraing: EDI PRO; 2019. (84)

13. Weaver SJ, Benishek LE, Leeds I, Wick EC. The relationship between teamwork and patient safety. Dans: Sanchez J., Barach P., Johson J., Jacobs J., ed. Surgical patient care: Springer; 2017. (106)

Vidéos

- Et si le travail en équipe représentait finalement la plus grande innovation en santé de ces dix dernières années ? Démonstration par Frédéric Martin, anesthésiste-réanimateur, fondateur de la plateforme *Anesthesia Safety Network* et membre du groupe Facteurs humains en santé. https://youtu.be/3u7_cOnjoOQ?si=w1rvoWIZp2ocuW1
- Roussarie F. Mieux réussir ensemble, présentation du livre de Guillaume Tirtiaux. Les enfants du facteur, mars 2021. <https://youtu.be/nqoYavwDP9U?si=yt6H81tPyrga3HxJ>

Fiche 9. Conscience de soi

Introduction

La performance d'une équipe dépend aussi de la performance de chaque individu.

La conscience de soi est la capacité à reconnaître et comprendre ses propres émotions, pensées, motivations et comportements et leur impact sur son travail et ses interactions avec les patients et l'équipe de soins.

Elle implique :

- la conscience interne : compréhension de ses valeurs, émotions et réactions ;
- la conscience externe : perception de la façon dont les autres nous voient.

La conscience de soi est essentielle pour la gestion du stress, la prise de décision, la communication efficace et le développement personnel. La conscience de soi relève d'un processus métacognitif²³.

On a souvent l'impression de bien se connaître, notre « conscience de soi » est moins bonne qu'il n'y paraît ! La connaissance de ses biais implicites et cognitifs permet à la personne de les déconstruire.

Mots clés

Stress

Attention

Fatigue

Biais implicite

L'impact sur la qualité et la sécurité des soins :

- **Réduction des événements indésirables associés aux soins (EIAS)**

Un soignant conscient de son niveau de stress, de fatigue ou de surcharge cognitive peut mieux gérer son état, éviter et récupérer des EIAS dus à l'inattention ou à la précipitation.

La conscience de ses biais cognitifs (ex. : excès de confiance, effet d'ancrage...) permet de développer l'humilité et remettre en question ses décisions avant d'agir.

- **Meilleure communication et empathie avec les autres**

Une meilleure connaissance de ses réactions émotionnelles favorise des échanges plus constructifs avec les collègues, réduisant ainsi les conflits et améliorant la coordination des soins.

- **Renforcement de la prise de décision clinique**

La conscience de soi aide à identifier ses points forts et ses axes d'amélioration, permettant de demander de l'aide ou de consulter un collègue en cas de doute. Elle favorise une réflexion²⁴ plus objective sur les décisions prises et leur impact sur les soins aux patients.

La réflexion sur l'action est un des piliers de l'apprentissage professionnel, car elle permet :

- d'améliorer son raisonnement clinique,
- d'identifier des biais cognitifs,
- de renforcer sa conscience de soi (métacognition),
- de consolider ses compétences non techniques,
- de développer la résilience et l'adaptabilité,
- de nourrir une culture d'amélioration continue (Safety II).

Elle transforme l'expérience en compétence.

- **Meilleure gestion du stress et contribution au bien-être mental des soignants**

Être conscient de son état émotionnel et physique permet d'adopter des stratégies d'adaptation (pause, respiration, communication avec un collègue) pour éviter l'épuisement professionnel.

²³ Le contrôle métacognitif, c'est la capacité à surveiller et ajuster son propre raisonnement en temps réel pour éviter les erreurs, surtout lorsqu'on risque de basculer dans un raisonnement automatique ou biaisé.

²⁴ La réflexion sur l'action, selon Donald Schön, est la capacité du professionnel à analyser rétrospectivement une situation vécue afin de transformer cette expérience en apprentissage et en amélioration de sa pratique.

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Analyser le concept de conscience de soi et son importance en milieu soignant
- Expérimenter les processus de métacognition (la capacité d'un individu à surveiller, évaluer, et réguler ses propres processus mentaux)
- Développer la reconnaissance et la gestion de ses émotions
- Identifier les signaux de stress et d'épuisement professionnel (éviter le burnout)

❑ Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

Il sera capable de :

- Relier intelligence émotionnelle et efficacité professionnelle
- Prendre conscience de ses propres émotions
- Prendre conscience de ses réactions face aux situations stressantes
- Appliquer les méthodes pour gérer ses émotions (pleine conscience)
- Mieux communiquer avec les patients et les autres membres de l'équipe

Méthodes pédagogiques

- Analyse de situations et discussions interactives
- Mises en situation et jeux de rôle
- Simulations et exercices de reformulation
- Analyse de cas concrets et débriefing

Contenus pédagogiques

1. Formation théorique

- a) **Introduire à la conscience de soi** : définition, dimensions et influence sur ses propres comportements. Comprendre le lien avec l'intelligence émotionnelle (cf. Daniel Goleman²⁵)
- b) **Savoir identifier, réguler et gérer les émotions**
- c) **Comprendre le fonctionnement de notre cerveau (capacité d'attention, mémorisation, routine, effet Dunning-Kruger²⁶, etc.)**

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- **Analyse d'une situation professionnelle significative**
 - Portfolio réflexif/journal d'apprentissage : les apprenants décrivent une situation marquante qui est analysée en formation, leur décision, leurs émotions, les facteurs influents (stress, charge cognitive, communication), ce qu'ils retiennent pour leur pratique
 - Études de cas avec questionnement métacognitif guidé

Exemples de questions : Quelles hypothèses ai-je privilégiées ? Pourquoi ? Qu'ai-je écarté trop vite ? Quels biais cognitifs auraient pu intervenir ? Quelles émotions ont influencé mon jugement ?

- **Techniques d'auto-observation** : journal des émotions, [roue de Plutchik](#)

Exercices de régulation émotionnelle en situation de stress

- **Jeux de rôle** : interactions avec un patient anxieux ou un collègue en conflit
- **Exercice de feedback en binôme** : Comment les autres nous perçoivent-ils ?
- **Méditation de pleine conscience** : pratique de la respiration et de l'ancrage
- **Analyse des pensées et du dialogue intérieur**
 1. Identifier les schémas de pensées limitantes
 2. Techniques de reformulation positive

²⁵ Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Paris: Robert Laffont; 1997 (98).

²⁶ Excès de confiance.

3. Stratégies pour maintenir une bonne estime de soi au travail

– Micro-stimulation cognitive (*Think-Aloud Cognitive*)

Demander au participant de verbaliser son raisonnement pendant qu'il agit. Cela renforce le contrôle métacognitif.

Méthodes d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation avant et après la formation
- Observation des interactions et feedback individualisé
- Cas d'analyse et propositions d'actions correctives

Résultats attendus

La conscience de soi est une compétence essentielle. C'est une composante primordiale de la métacognition : c'est la porte d'entrée qui permet d'identifier nos états internes, pour ensuite les analyser, les comprendre et les réguler. En favorisant une meilleure gestion et régulation des émotions, une communication plus efficace et une prise de conscience des biais implicites et cognitifs, l'apprentissage de la conscience de soi permet de limiter les événements indésirables associés aux soins et d'améliorer le bien-être des soignants. Développer cette compétence à travers la formation et la réflexion personnelle est un levier puissant pour un environnement de soins plus sûr et plus humain.

Pour en savoir plus

1. Boyatzis R, McKee A. Resonant leadership: renewing yourself and connecting with others through mindfulness, hope, and compassion. Boston: Harvard Business School Press; 2005. (107)
2. Epstein RM. Mindful practice. JAMA 1999;282(9):833-9. (108)
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.282.9.833>
3. Eurich T. Insight: the power of self-awareness in a self-deluded world. London: Macmillan; 2017. (109)
4. Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Tome 1 – Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle. Paris: J'ai Lu; 2003. (99)
5. McGonigal K. The upside of stress: why stress is good for you (and how to get good at it). Paris: Vermilion; 2015. (62)
6. Perreaut-Pierre E. Comprendre et pratiquer les techniques d'optimisation du potentiel : être et rester au TOP – 3^e éd. Malakoff: InterEditions; 2019. (63)
7. Plutchik R. The nature of emotions. Am Sci 2001;89(4). (110)
<https://dx.doi.org/10.1511/2001.28.344>
8. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1983. (111)
9. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. JAMA 2017;317(9):901-2. (67)
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0076>

Fiche 10. Communication efficace

Introduction

La communication est une compétence non technique essentielle entre soignants, mais également avec le patient (ex. : annonce d'un diagnostic) (Sharkiya SH, 2023)²⁷. Différentes études ont montré que les défaillances en termes de communication sont à l'origine de nombreux événements indésirables associés aux soins (Sutcliffe *et al.*, 2004²⁸, Haller *et al.*, 2011²⁹). La communication désigne la capacité à transmettre et recevoir des informations de manière claire, efficace et adaptée au contexte. Une bonne communication améliore la coordination entre professionnels, permet la conscience de la situation par le partage des informations et par conséquent, la sécurité des patients et la qualité des soins.

Les composantes de la communication en soins

- Écoute active : comprendre pleinement le message de l'interlocuteur en reformulant et en posant des questions
- Clarté et précision : transmettre des informations de manière concise et structurée
- Adaptation du langage : ajuster la communication en fonction de l'interlocuteur (collègue, patient, famille)
- Communication non verbale : utiliser le regard, la posture et le ton de voix pour renforcer le message
- Gestion des conflits : prévenir et résoudre les malentendus pour maintenir une bonne dynamique d'équipe
- Communication non violente : développer l'absence de jugement sur autrui, se baser sur des éléments factuels et non émotionnels pour appréhender l'altérité
- Feedback constructif : donner et recevoir des retours pour améliorer la collaboration

Mots clés

Écoute active
Gestion des conflits
Outils (SAED, briefing, debriefing, collationnement, etc.)
Communication non violente
Oser dire
Boucle de communication fermée

La communication fait partie intégrante de la relation de soin. De nombreuses méthodes et outils peuvent être enseignés : langage assertif, langage commun, communication en boucle fermée, écoute active, SAED, etc., l'enjeu étant d'assurer une communication aux bonnes personnes, au bon moment, de la bonne manière, et en s'assurant de sa compréhension.

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Identifier les principes d'une communication efficace et son rôle dans la prévention des événements indésirables associés aux soins
- Examiner les facteurs contributifs (ex. : hiérarchie, stress, fatigue, climat)
- Intégrer les méthodes et outils dans la pratique quotidienne des professionnels

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Transmettre des informations claires et précises aux collègues, patients et entourages
- Appliquer l'écoute active et adapter la communication verbale et non verbale
- Adapter son langage selon le contexte et l'interlocuteur
- Gérer les situations conflictuelles par une communication efficace
- Utiliser des outils de communication structurés pour améliorer la coordination des soins

²⁷ Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Serv Res 2023;23(1):886 (112).

²⁸ Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med 2004;79(2):186-94 (113).

²⁹ Haller G, Laroche T, Clergue F. Événements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(12):923-9 (114).

Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques et discussions interactives
- Mises en situation et jeux de rôle
- Simulations et exercices de reformulation
- Analyse de cas concrets et débriefing

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Introduire à la communication en santé

- Définition et importance de la communication en milieu soignant
- Impact d'une mauvaise communication sur la sécurité des soins
- Les différentes formes de communication : verbale, non verbale, paraverbale, écrite

b) Déterminer les principes d'une communication efficace

- Écoute active : reformulation, clarification et validation du message
- Clarté et concision : structurer son message pour éviter les malentendus
- Adaptation au contexte : ajuster son langage selon l'interlocuteur
- Communication non verbale et paraverbale : importance du ton de voix, posture, contact visuel
- Gestion des conflits : techniques pour désamorcer les tensions

c) Identifier les outils de communication (liste non exhaustive)

- La [méthode SAED](#) (situation, antécédent, évaluation, demande) pour structurer les transmissions
- Le briefing et débriefing pour améliorer la coordination d'équipe
- La [boucle fermée](#) pour sécuriser les échanges

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- Jeux de rôle : reformulation et écoute active ; simuler des échanges entre soignants, avec un patient anxieux ou une famille en détresse ; annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient ou à sa famille
- Ateliers de reformulation : pratiquer l'écoute active et la clarification des messages
- Mise en pratique du SAED dans un cas clinique en séance de simulation
- Brainstorming sur les obstacles à une bonne communication et solutions possibles
- Feedback vidéo : analyse des expressions et du langage corporel

Méthode d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation avant et après la formation
- Observation des interactions et feedback individualisé
- Plan d'action personnel pour améliorer sa posture en équipe
- Cas d'analyse et propositions d'actions correctives

Résultats attendus

La formation à la communication des professionnels de santé favorise des échanges plus clairs, empathiques et sécurisés. Elle améliore la confiance et l'efficacité individuelle, renforce la cohésion et la coordination au sein des équipes, et contribue à réduire les EIAS liés aux défaillances de transmission. Au-delà de ses effets sur la sécurité et la qualité des soins, elle participe aussi à la satisfaction et à l'implication des patients. En plaçant la communication au cœur de la pratique, les établissements favorisent non seulement la sécurité des soins, mais aussi une expérience de soins plus humaine et plus centrée sur le patient. Elle constitue ainsi un investissement stratégique pour la performance globale des organisations de santé.

Pour en savoir plus

1. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: Research/Evidence Base [en ligne]. Rockville: AHRQ; 2023. (75)
<https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/evidence-base/index.html>
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Implementing TeamSTEPPS 3.0 in an organization or unit [En ligne]. Rockville: AHRQ; 2024. (115)
<https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/implement/index.html>
3. Boloré S, Fassier T, Guirimand N. Effect of an interprofessional simulation program on patient safety competencies of healthcare professionals in Switzerland: a before and after study. *J Educ Eval Health Prof* 2023;20:25. (116)
<https://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2023.20.25>
4. Brunel E, Michel F, Plantet F. Communiquer en anesthésie-réanimation et médecine périopératoire. Arcueil: Arnette; 2022. (117)
5. Costar DM, Hall KK. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: a systematic review. *J Patient Saf* 2020;16(3S Suppl 1):S48-s56. (76)
<https://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000746>
6. Cros J. Mieux communiquer entre soignants. Un enjeu majeur de sécurité. Guide de phraséologie médicale. Arcueil: Arnette; 2018. (118)
7. Dener H, Elçin M. Use of the measurement tools of TeamSTEPPS®: a scoping review. *BMC Med Educ* 2025;25(1):172. (119)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12909-025-06759-x>
8. Haller G, Laroche T, Clergue F. Évènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(12):923-9. (114)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.06.019>
9. Haute Autorité de santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. (120)
10. Jones KJ, Crowe J, Allen JA, Skinner AM, High R, Kennel V, Reiter-Palmon R. The impact of post-fall huddles on repeat fall rates and perceptions of safety culture: a quasi-experimental evaluation of a patient safety demonstration project. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):650. (121)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4453-y>
11. Mata ÂNS, de Azevedo KPM, Braga LP, de Medeiros G, de Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, *et al.* Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health* 2021;19(1):30. (122)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
12. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(8):e022202. (123)
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
13. Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Initiation à la communication non violente. Paris: La Découverte; 2016. (124)
14. Rosenberg MB. La communication non violente au quotidien. Genève: Éditions Jouvence; 2018. (125)

15. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Serv Res 2023;23(1):886. (112)
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>

16. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med 2004;79(2):186-94. (113)
<https://dx.doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>

Vidéos

- Mieux communiquer entre soignants, par Jérôme Cros
<https://youtu.be/FwnSCCe6D9w?si=1YxK3BXVSPsPyjxl>
- Le mini débriefing par Véronique Delmas
https://www.youtube.com/watch?v=pCP5B_tkHkE
- Le débriefing contextuel par Phillipe Agnes
<https://www.youtube.com/watch?v=3OqFiGtQj24>
- Organiser un briefing par Florence Roussarie
https://www.youtube.com/watch?v=aRR2fnt_1C0
- Organiser un débriefing par Florence Roussarie
<https://www.youtube.com/watch?v=hPM1pxAHU2Y>
- Webinar organisé par la *Safe Team Academy* consacré à la communication entre soignants
<https://youtu.be/fBK7nWggQoU?si=yhqnYVNsT7AqQWWL>
- Webinar organisé par la *Safe Team Academy* consacré au travail en équipe, et plus précisément au débriefing
https://youtu.be/4VP5N33ZKyc?si=P_VbC8sTzTmX_J6m

Fiche 11. Gestion de la charge de travail

Introduction

La gestion de la charge de travail en santé fait référence à la capacité des professionnels de santé à organiser, prioriser et répartir efficacement leurs tâches afin d'assurer un travail de qualité tout en préservant leur bien-être et celui de leur équipe. La possibilité de réaliser des tâches multiples simultanément et de façon consciente est un leurre. Il est donc nécessaire de gérer la charge de travail en hiérarchisant et répartissant les tâches en adéquation avec les ressources disponibles.

Dans les recommandations de pratiques professionnelles de 2023 élaborées conjointement par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) et l'association Facteurs humains en santé (FHS), les « experts suggèrent d'adapter la charge de travail aux effectifs présents, de la répartir parmi les membres de l'équipe et de veiller à son adéquation avec les ressources disponibles, afin de pouvoir faire face à une potentielle situation de crise et de diminuer la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins » (avis d'experts – accord fort).

Il convient donc de tenir compte de l'exigence de la tâche, du temps et des ressources disponibles.

L'humain possède des ressources attentionnelles limitées. En fonction des tâches à réaliser, les ressources nécessaires pour percevoir, traiter, mémoriser des informations et agir en conséquence peuvent être supérieures aux ressources attentionnelles dont dispose l'individu. Afin de pallier ces inconvénients et de répondre à la demande, le cerveau a tendance à supprimer de façon inconsciente un certain nombre d'informations (c'est le phénomène de délestage). Ceci peut aboutir à une sensation de perte de maîtrise de la situation.

Mots clés

Gestion des tâches

Temps disponible

Ressources disponibles

Gestion du stress

La gestion de la charge de travail inclut :

- la gestion des tâches : la planification des activités en fonction des caractéristiques de la tâche (ex. : complexité, durée, risques associés, les ressources disponibles, etc.) ;
- la prise en compte du contexte et du collectif. Par exemple, l'adaptation face aux imprévus et aux urgences. Un contexte soutenant et bien coordonné peut atténuer la perception de charge ;
- la capacité du collectif à s'entraider, savoir déléguer les tâches, spontanément, si l'on observe qu'un collègue en a besoin et que l'on est en mesure de le faire ;
- la prise en compte de l'individu qui réalise l'activité (ex. : ses compétences et expériences, sa tolérance au stress, etc.).

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Intégrer la gestion de la charge de travail dans le travail collectif
- Planifier les tâches (identifier, organiser, répartir, ajuster, surveiller et réguler)
- Renforcer la capacité d'autonomie dans la gestion de la charge de travail des professionnels et améliorer leur efficacité professionnelle et personnelle

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Prioriser les tâches en fonction de leur urgence et de leur importance
- Prévenir la surcharge, le stress professionnel et la fatigue
- Renoncer aux multitâches
- Travailler en équipe et notamment savoir déléguer et/ou accepter/demander/proposer de l'aide

Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques et échanges interactifs
- Analyse de cas concrets et mises en situation
- Échanges et retours d'expérience

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Expliquer ce qu'est la charge de travail et quels sont ses déterminants

b) Expliquer les principes de gestion des tâches

- Présenter les principes de la gestion du temps
- Expliquer l'importance de gérer les tâches (planification, priorisation, suivi et réalisation des tâches individuelles et collectives afin d'équilibrer la charge de travail)
- Sensibiliser à la gestion des distractions et interruptions

c) Outils et méthodes

- La matrice d'Eisenhower : distinguer l'urgent de l'important
- Acquérir les connaissances et méthodes pour améliorer la concentration (aménagement de l'environnement de travail, optimiser l'énergie et les techniques mentales, entraîner la concentration, éviter les interruptions de tâche)

d) Gérer les imprévus et les urgences

- Identifier et anticiper les situations critiques et s'entraîner
- Apprendre à déléguer et travailler en équipe

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

- **Atelier de priorisation des tâches** avec la matrice d'Eisenhower pour apprendre à distinguer l'urgent de l'important : présenter différentes tâches issues d'un service de soins. Demander au participant de classer ces tâches selon la matrice d'Eisenhower (urgent et important ; important mais non urgent ; urgent mais non important ; ni urgent ni important). Permet de débriefer sur l'organisation idéale du travail
- **Par l'analyse de charge de travail et de gestion du stress au quotidien** : demander aux participants de noter toutes leurs tâches sur une journée type. Analyser ensemble les moments de surcharge et identifier des solutions (réorganisation, pauses, soutien de l'équipe, délégation). Introduire des techniques de gestion du stress (cohérence cardiaque, relaxation, micro-pauses...)
- **Par la simulation de gestion de tâches en situation de soins pour apprendre à prioriser les tâches et à s'adapter aux imprévus**. Présenter une liste de tâches variées (soins, transmissions, gestion des familles et des urgences...), ajouter des imprévus en temps réel (urgence vitale, retard d'un collègue, problème de matériel...) et demander au participant de réorganiser ses priorités et de justifier ses choix

Autres activités de simulation :

- Simulation d'une situation d'urgence : coordination des rôles et leadership
- Mise en situation de briefing/débriefing/SAED
- Communication avec le patient
- **Par le jeu de rôle sur la délégation et coordination** : diviser un groupe avec plusieurs rôles (IDE, AS, médecin...). Donner une situation de forte charge de travail avec des contraintes (sous-effectifs, afflux de patients...). Demander à un participant de coordonner l'équipe en assignant les tâches de manière efficace

Méthodes d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation avant et après la formation

- Feedback des participants aux ateliers
- Plan d'action personnalisé pour améliorer la gestion du temps de travail
- Cas d'analyse et propositions d'actions correctives

Résultats attendus

Cette formation vise à donner aux soignants des outils pratiques pour mieux gérer leur charge de travail, réduire leur stress et améliorer la qualité des soins apportés aux patients. En appliquant ces techniques au quotidien, ils pourront gagner en efficacité et en bien-être professionnel. Cela nécessite de développer des capacités à détecter des situations où la charge de travail est supérieure à ses possibilités, et à savoir gérer ces situations (délégation, répartition, gestion du temps et du stress).

Pour en savoir plus

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987-93. (126)
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
2. Bijok B, Jaulin F, Picard J, Michelet D, Fuzier R, Arzalier-Daret S, *et al.* Guidelines on human factors in critical situations 2023. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2023;42(4):101262. (10)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101262>
3. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Flatley Brennan P. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 2006;15(Suppl 1):i50-8. (127)
<https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
4. Courtès V, Kontomichos O, Petiot E, Raggi E, Tirtiaux G. Guide des comportements efficaces [en ligne] 2024. (128)
https://tirtiaux.com/wp-content/uploads/2024/03/OB_LEAF_GEN_v1.1_MD.pdf
5. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud* 2020;103:103487. (129)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
6. Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KH, Brown RL, *et al.* A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf* 2011;20(1):15-24. (130)
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2008.028381>
7. Kontomichos O. Gestion de la charge de travail. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Arnette; 2023. (131)
8. Monsell S. Task switching. *Trends Cogn Sci* 2003;7(3):134-40.
[https://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613\(03\)00028-7\(132\)](https://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613(03)00028-7(132))
9. Morineau T, Chapelain P, Quinio P. Task management skills and their deficiencies during care delivery in simulated medical emergency situation: A classification. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;34:34-42. (133)
<https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.001>
10. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010;170(8):683-90. (134)
<https://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65>

Fiche 12. Conscience de la situation

Introduction

La conscience de la situation (COS, *situation awareness* en anglais) est la capacité à percevoir ce qui se passe dans son environnement, à comprendre ce que cela signifie et à anticiper ce qui pourrait arriver. Selon Salas et Coll (1995), la conscience de la situation de l'équipe est la compréhension de la situation partagée par les membres d'une équipe à un moment donné.

La COS est un élément clé dans la prise de décision. Elle nécessite de percevoir, de comprendre et de projeter le maximum d'éléments de son environnement. Elle peut être influencée par des facteurs internes à l'individu (expérience, stress, fatigue, état de vigilance...) et externes (difficulté et complexité de la tâche à réaliser, contraintes présentes dans l'environnement de travail comme un bruit excessif, organisation du travail...).

Une COS erronée participe à l'inadéquation de la décision et de la performance des actions. Selon Tscholl *et al.* (2024), trois quarts des préjudices aux patients évitables sont causés par des défaillances de la conscience de la situation. Elle est l'une des compétences non techniques les plus importantes en termes de sécurité des soins. D'où l'importance de connaître cette notion fondamentale, afin de mettre en place des mesures pour une COS individuelle et une COS partagée en équipe. La COS s'évalue autant au regard des déterminants individuels (les compétences de l'individu) que sur les déterminants liés à la tâche (réduire la difficulté, simplifier, standardiser si cela est possible) et au contexte dans lequel est réalisée cette tâche (réduire les contraintes, augmenter les ressources).

Lors du travail en équipe, il est également crucial qu'une COS individuelle soit partagée. La conscience situationnelle partagée suppose une compréhension collective de la situation.

Il convient donc d'enseigner les trois niveaux de la conscience de la situation (selon Endsley, 1995)³⁰ qui permettent de comprendre pour anticiper et agir :

1. dans un premier temps, de percevoir les informations : nécessite de collecter les éléments du contexte, les traiter ;
2. ensuite, il s'agit de comprendre la situation : identifier et évaluer l'état de l'équipement et des systèmes disponibles, ainsi que l'environnement général ;
3. enfin, anticiper l'évolution de la situation : anticiper ce qui pourrait se produire et préparer des scénarios alternatifs pour adapter ses décisions et actions.

Mots clés

Représentation mentale partagée
d'une situation

Percevoir, comprendre et anticiper

La COS impacte nos décisions

Les biais cognitifs impactent la COS

Nos représentations et interprétations
impactent la COS

Perception des signaux faibles

Les objectifs d'apprentissage

❑ Objectifs généraux de la formation

- Analyser le concept de conscience de la situation et son lien avec les FOH
- Développer la capacité d'observation, d'analyse et d'anticipation

❑ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Appliquer les activités clés (recueillir, comprendre, anticiper) pour bâtir et maintenir la COS
- Reconnaître les principaux obstacles cognitifs et attentionnels à une COS adéquate
- Savoir rechercher les informations pertinentes et savoir rechercher les faits

³⁰ Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Hum Factors 1995;37:32-64 (135).

- Mettre en pratique les méthodes et outils pour prendre du recul et partager la situation (minute d'arrêt, apprendre à partager une information, s'écouter et alerter en cas de doute ou toute situation inconfortable)

Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques et échanges interactifs
- Simulations, jeux de rôle et vidéos
- Analyse de cas concrets et retours d'expérience
- Supports pratiques d'aide à la prise de décision

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Introduire la conscience de la situation (définition et processus)

Les 3 étapes d'élaboration de la conscience de la situation :

- Perception des informations pertinentes dans l'environnement
- Compréhension de la situation globale à l'instant T
- Projection des évolutions possibles dans un futur proche

b) Savoir identifier les facteurs influençant la conscience situationnelle

- Facteurs liés à l'individu
- Facteurs liés à la tâche à réaliser
- Facteurs liés au contexte de réalisation de la tâche

2. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

Simulations de situations cliniques

- Exploration et analyse des comportements efficaces observables associés à la conscience de la situation en simulation lors du débriefing
- Mise en pratique des outils de fiabilisation de la COS
- Rôles joués en équipe pour développer la coordination et la communication
- Analyse d'une scène d'urgence et discussion sur les améliorations possibles

Prise de décision rapide

- Exercices de décision sous contrainte de temps
- Scénarios de prise de décision face à des complications soudaines

Développer l'observation et la perception

- Exercices sur l'observation : encourager l'attention aux détails (ex. : exercices de mémoire visuelle, outils type *flow*, *pointing & calling*). Utiliser des scénarios réalistes pour entraîner l'identification rapide d'informations clés

Améliorer l'analyse et la compréhension

- Pratiquer des études de cas pour analyser les décisions prises dans des situations critiques. Analyse de cas (santé/hors santé) réels d'incidents pour identifier les erreurs de perception et de jugement
- Mettre en pratique les techniques de feedback lors d'ateliers sur la communication

Renforcer l'anticipation et la prise de décision

- Travailler sur la gestion du stress pour éviter la surcharge cognitive
- Visionnage de vidéos, observation de professionnels expérimentés en situation réelle
- Apprentissage à l'utilisation d'outils (dont les aides cognitives, le SAGAT – *Situation Awareness Global Assessment Technique*)

Entraîner à la prise de décision

- Effectuer des exercices de prise de décision sous contrainte de temps
- Appliquer la méthode OODA (observer, orienter, décider, agir)

Analyse des retours d'expérience

- Discussion sur les difficultés rencontrées et solutions possibles
- Stratégies pour améliorer la COS en pratique quotidienne

Méthodes d'évaluation

- Le SAGAT (*Situation Awareness Global Assessment Technique*) est un outil permettant d'évaluer la conscience de la situation. Cette échelle repose sur des **interruptions aléatoires** pendant une tâche pour évaluer la perception, la compréhension et l'anticipation de la situation par l'individu
- Questionnaire avant/après formation
- Observation des performances durant les simulations
- Feedback des participants et des formateurs

Résultats attendus

L'enseignement de la conscience de la situation repose sur une combinaison de formation théorique, d'exercices pratiques et d'utilisation d'outils modernes pour améliorer la capacité d'analyse et d'anticipation. La théorie de la conscience de situation repose sur l'idée que le problème n'est pas le manque d'informations, mais la capacité des professionnels à trouver d'une part ce qui est nécessaire au moment voulu, à l'intégrer et à l'interpréter correctement, et d'autre part, le déficit de connaissances. La COS est le principal précurseur à la prise de décision et à la performance. Une COS adaptée à la situation indique une compréhension précise de la tâche à réaliser, une intégration des différents éléments de l'environnement et une synchronisation avec l'évolution de la tâche. À l'issue d'une formation sur la conscience de la situation, les participants devraient avoir acquis une compréhension approfondie de ce concept essentiel et être capables de l'appliquer activement dans leur pratique professionnelle. Le but est de renforcer leur capacité à « savoir ce qui se passe autour et en nous » afin de prendre des décisions performantes et sûres, notamment dans les environnements dynamiques et à enjeux critiques comme la santé.

Pour en savoir plus

1. Bijok B, Jaulin F, Picard J, Michelet D, Fuzier R, Arzalier-Daret S, *et al.* Guidelines on human factors in critical situations 2023. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2023;42(4):101262. (10)
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101262>
2. Courtès V, Kontomichos O, Petiot E, Raggi E, Tirtiaux G. Guide des comportements efficaces [en ligne] 2024. (128)
https://tirtiaux.com/wp-content/uploads/2024/03/OB_LEAF_GEN_v1.1_MD.pdf
3. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Hum Factors* 1995;37:32-64. (135)
<https://dx.doi.org/10.1518/001872095779049543>
4. Endsley MR. Direct measurement of situation awareness: validity and use of SAGAT. Dans: *Situation awareness analysis and measurement*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2000. (136)
5. Endsley MR, Garland DJ. *Situation awareness analysis and measurement*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. (137)
6. Parush A, Campbell C, Hunter A, Ma C, Calder L, Worthington J, *et al.* *Situational awareness and patient safety*. Ottawa: RCPSC; 2011. (138)
https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/full_situationalawareness_patientsafety.pdf/
7. Pelaccia T, Sherbino J, Wyer P, Norman G. Diagnostic reasoning and cognitive error in emergency medicine: Implications for teaching and learning. *Acad Emerg Med* 2025;32(3):320-6. (139)
<https://dx.doi.org/10.1111/acem.14968>

8. Salas E, Prince C, Baker DP, Shrestha L. Situation awareness in team performance: implications for measurement and training. *Hum Factors* 1995;37(1):123-36. (140)
<https://dx.doi.org/10.1518/001872095779049525>
9. Salas E, Wilson KA, Murphy CE, King H, Salisbury M. Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: tips for teamwork. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(6):333-41. (141)
[https://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34042-2](https://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34042-2)
10. Tscholl DW, Gasciauskaite G. Three quarters of preventable patient harm stems from situation awareness breakdowns: recognizing and addressing the core issue. *APSF Newsletter* 2024;39:29-30. (142)

Vidéos

- Elaine Bromilay Just a routine operation. La chaîne des enfants du facteur, 21 septembre 2020
<https://youtu.be/QS7gbeVnRzc?si=hYB9WCvoztCyyvGH3>
- François Jaulin, enfant du facteur et anesthésiste-réanimateur, nous décrit la *pointing and calling* technique pour sécuriser des actes routiniers ou des procédures usuelles sources de possibles oublis, pour récupérer ces omissions éventuelles (2023)
<https://youtu.be/5nRD4HHa6Ys?si=Q1f10L8Qioza1294>
- Philippe Izard, médecin anesthésiste et pilote, enfant du facteur, vous propose d'utiliser les circuits visuels (*pointing and calling*) pour sécuriser vos pratiques. Pointer et verbaliser nécessite une co-action et une co-réaction entre le cerveau, les yeux, les mains, la bouche et les oreilles de l'opérateur
<https://youtu.be/VJXI0ahk3Hk?si=74nPC8IPFu3Gw45O>

Fiche 13. Prise de décision

Introduction

La prise de décision est un processus cognitif qui consiste à sélectionner une option parmi plusieurs alternatives, à partir des informations disponibles, des objectifs poursuivis et du contexte de la situation.

Elle mobilise différents niveaux de raisonnement et peut prendre deux formes complémentaires :

- la prise de décision analytique : elle repose sur une analyse délibérée, logique et structurée des données. Elle mobilise le raisonnement conscient (Système 2 de Kahneman), particulièrement utile lorsque le temps le permet et que la situation est complexe mais stable.
- La prise de décision intuitive : elle s'appuie sur l'expérience, les schémas mentaux et la reconnaissance de patterns (*Recognition-Primed Decision Model*, Klein). Elle est rapide, automatique et souvent utilisée en situation d'urgence ou d'incertitude élevée.

Dans les environnements dynamiques et incertains comme les soins, ces deux modes interagissent en permanence et sont influencés par la conscience de la situation, le stress, la charge cognitive et la dynamique d'équipe.

La prise de décision est une compétence non technique essentielle en milieu soignant, ayant un impact direct sur la sécurité des patients.

Les événements indésirables associés aux soins sont souvent liés à des défaillances dans le processus décisionnel, d'où l'importance d'une réflexion structurée et de l'application de protocoles. Les professionnels doivent intégrer les éléments suivants :

Mots clés

Les informations mobilisées

La dynamique d'équipe

Les déterminants relatifs au patient

L'organisation

Les déterminants individuels

Nature et qualité des connaissances

➔ **La prise de décision est étroitement liée à la conscience de la situation.** La prise de décision repose directement sur la qualité des informations perçues dans l'environnement et sur leur compréhension. Une conscience de la situation (COS) claire permet d'anticiper l'évolution de la situation, d'adapter les actions et de planifier les tâches de manière cohérente.

➔ **Le rôle des biais cognitifs et de la charge mentale**

Identifier les biais cognitifs permet de prendre de meilleures décisions, d'avoir une pensée plus rationnelle. La qualité de la décision dépend de la conscience de la situation, de la gestion du stress, de la charge cognitive, ainsi que de la dynamique d'équipe qui permet de partager l'information et de valider collectivement les choix.

➔ **La prise de décision sous pression : l'importance du collectif**

En contexte de soins, les décisions sont souvent prises dans l'urgence. Le travail en équipe et la communication structurée permettent :

- un partage rapide d'informations fiables,
- une validation collective des choix,
- une réduction des risques d'erreur.

La prise de décision est un processus multifactoriel et complexe qui dépend des ressources disponibles et de l'environnement. La collaboration interdisciplinaire améliore la fiabilité des choix décisionnels.

➔ **Les outils au service de la décision**

En situation critique, certains outils améliorent la fiabilité du raisonnement :

- aides cognitives,
- méthodes structurées de décision,
- protocoles et check-lists.

Leur utilisation nécessite un entraînement préalable, condition indispensable à leur efficacité en situation réelle ;

➔ La part du jugement humain

Le raisonnement humain repose sur des jugements probabilistes implicites, fondés non sur des calculs formels mais sur des « probabilités subjectives ». Le cerveau se base sur ce qu'il a déjà vu et vécu pour estimer ce qui est le plus probable. Ces estimations rapides guident nos décisions, mais elles peuvent aussi nous tromper. Ces estimations permettent une prise de décision rapide mais sont sensibles aux biais cognitifs.

➔ Renforcer la compétence décisionnelle

La simulation et le raisonnement clinique sont des outils efficaces pour améliorer les décisions prises, notamment en situation de soins critiques. Plus les professionnels sont confrontés à différentes situations cliniques, plus leur compétence décisionnelle sera renforcée.

Dès lors, la formation à la prise de décision est essentielle.

La prise de décision suit les étapes suivantes :

1. **Identification et formulation du problème** : définir et formuler clairement la situation nécessitant une décision
2. **Collecte d'informations** : rassembler des données pertinentes pour évaluer les options
3. **Analyse des options** : comparer les différentes alternatives en fonction de critères (avantages, risques, faisabilité)
4. **Prise de décision** : choisir la meilleure solution en fonction des objectifs
5. **Mise en œuvre** : appliquer la décision prise
6. **Évaluation** : analyser les résultats et ajuster si nécessaire

Il existe plusieurs modèles de prise de décision pour aider et structurer le processus cognitif qui doivent être enseignés.

Les objectifs d'apprentissage

☐ Objectifs généraux de la formation

- S'approprier les concepts de prise de décision et de conscience de la situation
- Démontrer leurs liens avec les événements indésirables associés aux soins
- Améliorer la capacité individuelle et en équipe à analyser une situation clinique, notamment en situation d'urgence

☐ Objectifs spécifiques de l'apprenant

Il sera capable de :

- Prendre conscience des principaux biais et de leur impact sur le processus de décision
- Analyser une situation et identifier les options possibles
- Prendre conscience que nos décisions sont influencées par le stress, la fatigue, nos émotions et l'acquisition continue de connaissances cliniques
- Utiliser des techniques (méthodes) d'analyse (T-FORDEC³¹, POUR-DECIDER)
- Repérer les effets du stress sur la prise de décision
- Adapter sa décision en fonction de l'évolution de la situation

Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques et discussion interactive
- Mises en situation et jeux de rôle
- Simulations de prises de décision en urgence
- Débriefing et analyse des décisions prises
- Supports pratiques d'aide à la prise de décision

Contenu de la formation

1. Formation théorique

a) Introduire la prise de décision (définition et processus)

- Le fonctionnement du cerveau et le rôle du système 1 et du système 2

³¹ Temps disponible, faits, options, risques/opportunités, décision, exécution, contrôle.

b) Facteurs influençant la prise de décision

- Les facteurs influençant la prise de décision : stress, fatigue, pression temporelle, émotions, gradient d'autorité, insécurité psychologique
- Méthodes et outils d'aide à la décision

c) Savoir utiliser les méthodes et outils

- La méthode T-FORDEC
- La méthode POUR-DECIDER
- Communication, briefing, feedback, etc.
- Les aides cognitives de crise

1. Méthodes pédagogiques actives et expérientielles

Exercices de prise de décision en situation quotidienne

- Situation de stress et maintien de la concentration
- Situation de travail en équipe défaillant, de communication altérée et de manque de leadership
- Cas pratiques de situations réelles (ex. : patient en détresse respiratoire, priorisation des soins aux urgences, appel du médecin, codécision avec le patient)

Autres activités

- Jeu de rôle : prise de décision rapide dans une situation d'urgence
- Simulation : scénario interactif basé sur une situation clinique réelle
- Brainstorming : identification des freins et leviers à la prise de décision
- Travail en binôme : résolution d'un cas complexe

Retour d'expérience

- Analyse de décisions passées : qu'aurions-nous pu faire différemment ?
- Utilisation du RETEX (retour d'expérience) pour améliorer les pratiques
- Stratégies pour développer une prise de décision efficace

Méthodes d'évaluation

- Questionnaire d'auto-évaluation des compétences en début et fin de formation
- Observation des mises en situation avec feedback individuel
- Plan d'action personnel pour améliorer sa prise de décision au quotidien

Résultats attendus

Cette formation vise à renforcer la capacité des soignants à prendre des décisions en situation de routine, de stress et/ou d'urgence. En intégrant des stratégies et outils efficaces, ils pourront agir plus sereinement et garantir une prise en charge optimale des patients.

La prise de décision est un processus complexe et multifactoriel. L'équipe a toute sa place aussi dans ce processus, mettant en avant l'évolution du processus de décision d'un modèle individuel vers un modèle de prise de décision collectif avec des soignants et de décision médicale partagée avec le patient.

Pour en savoir plus

1. Agnès P, Cervoni L. La décision. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Arnette; 2023. (143)

2. Bin L. The classical model of decision making has been accepted as not providing an accurate account of how people typically make decisions. Int J Bus Manage 2009;3:151-4.(144)
<https://dx.doi.org/10.5539/ijbm.v3n6p151>

3. Courtès V, Kontomichos O, Petiot E, Raggi E, Tirtiaux G. Guide des comportements efficaces [en ligne] 2024. (128)
https://tirtiaux.com/wp-content/uploads/2024/03/OB_LEAF_GEN_v1.1_MD.pdf

4. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14 Suppl 1:27-35. (145)
<https://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9182-2>
5. Domergue F, Cros S, Vraie B. L'effet du stress aigu sur les stratégies de réponse en situation critique : le cas du crash Rio-Paris. *Recherches en Sciences de Gestion* 2017;N° 120(3):23-44. (59)
<https://dx.doi.org/10.3917/resq.120.0023>
6. Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. (60)
https://www.has-sante.fr/cms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
7. Haute Autorité de santé. Pour-Décider. Une aide cognitive en cas de situation inattendue. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. (146)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/3._outil_pour_decider.pdf
8. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient – « Effet tunnel en santé. L'appel à un ami peut sauver des vies ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. (147)
https://www.has-sante.fr/cms/p_3563493/fr/flash-securite-patient-effet-tunnel-en-sante-l-appel-a-un-ami-peut-sauver-des-vies
9. Hörmann HJ. Training of aircrew decision making. AGARD 81st aerospace medical panel symposium, Prague, Czech Republic, 27-31 May 1996. Dans: AGARD conference proceedings 588. Selection and training advances in aviation. Neuilly-sur-Seine: North Atlantic Treaty Organization; 1996. (148)
10. Jefferson P, Reid G, Piechowicz E. Decision making in a cannot-intubate, cannot-oxygenate scenario. *Anaesthesia* 2018;73(9):1171. (149)
<https://dx.doi.org/10.1111/anae.14385>
11. Kahneman D. Système 1, système 2. Les deux vitesses de la pensée. Paris: Flammarion; 2012. (40)
12. Klein G. A Recognition Primed Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making. Dans: 1993. (150)
13. Lighthall GK, Vazquez-Guillamet C. Understanding decision making in critical care. *Clin Med Res* 2015;13(3-4):156-68. (151)
<https://dx.doi.org/10.3121/cmr.2015.1289>
14. Lupien S. Par amour du stress. Montréal: Éditions au Carré; 2010. (58)
15. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11. (61)
<https://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
16. McGonigal K. The upside of stress: why stress is good for you (and how to get good at it). Paris: Vermilion; 2015. (62)
17. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Acad Med* 2017;92(1):23-30. (152)
<https://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001421>

18. Perreaut-Pierre E. Comprendre et pratiquer les techniques d'optimisation du potentiel : être et rester au TOP – 3^e éd. Malakoff: InterEditions; 2019. (63)
19. Perreaut-Pierre E, Mikaeloff Y. Accompagner les soignants et les aidants. Avec les techniques d'optimisation du potentiel. Paris: InterEditions; 2025. (64)
20. Rasmussen J. Skills, rules, and knowledge; signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models. IEEE Trans Syst Man Cyberns 1983;SMC-13(3):257-66. (153)
<https://dx.doi.org/10.1109/TSMC.1983.6313160>
21. Renouard F, Raynal P. Le stress chez les professionnels de santé : du cockpit au bloc opératoire. Lettre Gynéco. 2019(423):32-6. (65)
22. Rudland JR, Golding C, Wilkinson TJ. The stress paradox: how stress can be good for learning. Med Educ 2020;54(1):40-5. (66)
<https://dx.doi.org/10.1111/medu.13830>
23. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. JAMA 2017;317(9):901-2. (67)
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0076>
24. Société française de médecine d'urgence, Facteurs humains en santé, Renouard F. Généralités sur le stress. Paris: SFMU; 2025. (68)
https://www.sfmur.org/upload/10_sfmur/board/fiche_qvt_generalites_stress.pdf
25. Vraie B. Stress aigu en situation de crise. Comment maintenir ses capacités de décision et d'action. Bruxelles: Deboeck; 2018. (69)
26. Vraie B, Perreaut-Pierre E. Mobiliser les facteurs humains dans la gestion de crise. À l'aide des techniques d'optimisation du potentiel. Paris: InterEditions; 2025. (70)

Vidéos

- Webinaire Simulation 2020 – 8 – Les biais cognitifs, V. Delmas
<https://youtu.be/ArQP3sbT1WA?si=eyekkk7DaOZTqBTF>
- Vidéo, les enfants du facteur : « Système 1/Système 2 », par Florence Roussarie
<https://youtu.be/tM9opS24ckA?si=QMDDGfJ7QpiKiYoz>
- Vidéo, les enfants du facteur : La prise de décision, par Pierre-Édouard Petri, nov. 2022
<https://youtu.be/PXRC5MJJ3DE?si=AFyuarEzSGPQv8WE>

Les clés pour agir en cours de formation

Les méthodes pédagogiques actives et expérientielles

L'apprentissage des compétences non techniques aux professionnels de santé est un enjeu majeur de qualité et de sécurité des soins. Les méthodes pédagogiques les plus adaptées sont celles qui placent les apprenants en situation active, réflexive et collaborative.



Par ailleurs, les enseignants devront être formés aux méthodes pédagogiques et aux contenus des CNT.

Voici les principales :

a) Méthodes centrées sur l'expérience

- **Simulation haute et basse technologie** (patient simulé, mannequin, réalité virtuelle)

Elle permet de travailler en équipe, dans un contexte réaliste, sur la communication, la gestion du stress, le leadership et la prise de décision.

→ **Le débriefing structuré** est la clé d'apprentissage de ce modèle.

- **Jeux de rôle et mises en situation**

Utiles pour développer l'écoute active, l'assertivité, la gestion de conflits.

→ Moins coûteux que la simulation haute-fidélité.

b) Méthodes réflexives et collaboratives

- **Analyse de cas cliniques ou incidents critiques**

→ Favorise la compréhension des facteurs organisationnels et humains (FOH).

→ Développe la pensée systémique et la culture sécurité. Cette démarche en formation initiale prépare les étudiants à comprendre l'intérêt de la déclaration des événements indésirables et à leur analyse en équipe.

- **Apprentissage par les pairs/co-développement professionnel**

→ Les participants partagent leurs expériences et s'entraident pour résoudre des problèmes concrets.

- **Portfolio réflexif ou journal d'apprentissage**

→ Favorise la prise de recul sur sa pratique et l'auto-évaluation des compétences non techniques.

c) Méthodes issues du CRM (*Crew Resource Management, adapté à la santé*)

- **Briefing & débriefing d'équipe**

→ À intégrer dans la pratique quotidienne pour renforcer la communication et la coordination.

- **Check-list et protocoles collaboratifs**

→ Supports pédagogiques pour apprendre à structurer la communication (SAED, CLOSED-LOOP, etc.).

d) Méthodes hybrides

- **E-learning interactif/micro-learning**

→ Pour introduire les concepts théoriques (leadership, stress, charge cognitive).

→ À combiner avec de la pratique pour ancrer les compétences.

- **Serious games et escape games pédagogiques**

→ Engagent les apprenants dans des problématiques de coopération, gestion du temps, hiérarchisation des priorités.



Retenir

L'approche la plus efficace est la formation combinant théorie et pratique active. La clé réside dans le retour réflexif structuré pour transformer l'expérience en apprentissage.

L'évaluation des CNT gagne à distinguer :

- des évaluations formatives, centrées sur l'apprentissage (auto-évaluation, co-évaluation, feedback en simulation, observation en stage) ;
- et, lorsque cela est pertinent, des évaluations sommatives (certificatives), intégrées aux évaluations de compétences professionnelles (OSCE, mini-CEX, observations structurées en stage, etc.).

On rappelle que :

- on ne « certifie » pas une CNT isolément, mais un ensemble de ressources mobilisées dans une situation ;
- les outils d'évaluation (grilles d'observation, check-lists, échelles comportementales) doivent rester au service du feedback pédagogique, et non réduire la compétence à une somme d'items ;
- l'observation en situation (réelle ou simulée), suivie d'un débriefing structuré, reste le levier principal pour faire progresser les dimensions non techniques.

Retrouvez un tableau comparatif synthétique des principales méthodes pédagogiques pour l'apprentissage des compétences non techniques aux professionnels de santé en [annexe 1](#)

Les pratiques de fiabilisation

Cette partie présente quelques outils de fiabilisation. Ces outils doivent s'intégrer dans les pratiques professionnelles. Ils permettent de structurer l'action, de renforcer la vigilance, le travail en équipe et d'optimiser la prise de décision. Cette liste peut servir de grille d'aide au choix pour construire un parcours de formation.

→ L'objectif

- Utiliser ces outils avec discernement dans leurs pratiques
- Identifier l'articulation entre ces outils et les concepts des CNT évoqués

Les outils ne sont qu'un levier.

Ils doivent être utilisés avec discernement, à bon escient, en tenant compte du contexte de travail.

Un outil de fiabilisation est un dispositif, une méthode ou une procédure visant à réduire les erreurs humaines. Il structure l'action, renforce la vigilance individuelle et collective, favorise la coordination et renforce le processus de décision.

Chacun des outils présentés est illustré à travers une fiche pédagogique qui précise :

- La définition
- Les objectifs pour l'apprenant
- Le niveau de difficulté
- Les modalités de mise en œuvre (animation, observation, durée)
- Une courte illustration

La liste des pratiques de fiabilité reprend l'ensemble des fiches pédagogiques réalisées et qui sont en annexe de ce document. Pour simplifier la lecture, seule la compétence principale est indiquée dans le tableau ci-dessous, sachant qu'une pratique peut se retrouver dans différentes catégories (cf. les fiches). En termes de mise en pratique, dans une situation donnée, on peut être amené à utiliser plusieurs de ces pratiques.

Tableau 1. Tableau récapitulatif des pratiques de fiabilité

Pratiques de fiabilité (PF)	Objectif principal	Compétence cognitive principale
Temps, faits, opinions, risques/opportunités, décision, exécution, contrôle = TFORDEC	Structurer la décision en situation complexe	Prise de décision
<u>Minute d'arrêt sécurité</u>	Réaliser une pause avant d'exécuter une activité afin d'évaluer la situation	
<u>Boucle de Boyd</u> (OODA)	Améliorer la prise de décision en situation incertaine et dynamique	
<u>Aides cognitives</u> (AC)	Structurer le raisonnement et la prise de décision	
<u>Pointer et nommer</u>	Favoriser l'attention et la concentration en combinant le geste à la parole	Conscience de la situation
<u>Technique d'évaluation globale de la connaissance de la situation</u> (SAGAT)	Évaluer le niveau de conscience de la situation	

Pratiques de fiabilité (PF)	Objectif principal	Compétence cognitive principale
<u>Situation, antécédents, évaluation et demande = SAED</u>	Transmettre un message structuré	Communication efficace
<u>Communication en 3 temps</u>	Vérifier que l'information émise est comprise par le récepteur	
<u>Faire dire</u>	Structurer la communication et vérifier la compréhension	
<u>Décrire les faits, exprimer ses émotions, spécifier des solutions, conclure avec les conséquences = DESC</u>	Exprimer un désaccord de manière constructive	
<u>Communication non violente (CNV)</u>	Favoriser une communication respectueuse et claire	
<u>Briefing</u>	Temps d'échange d'information en équipe pour anticiper une action collective	Leadership & travail en équipe
<u>Débriefing</u>	Temps d'échange pour comprendre et analyser après une action	
<u>Contrôle croisé</u>	Procédure de vérification des actions d'un opérateur par un autre opérateur	
<u>Feedback</u>	Réaliser un retour d'une personne à une autre pour favoriser l'apprentissage	
<u>Cohérence cardiaque</u>	Synchroniser le rythme cardiaque et la respiration afin de réguler la respiration et les émotions	Gestion du stress

Conclusion

Le présent référentiel des compétences non techniques marque une étape décisive dans l'évolution des formations et des pratiques professionnelles en santé.

En reconnaissant pleinement le rôle des facteurs organisationnels et humains dans la qualité et la sécurité des soins, il affirme que la performance du système de santé ne peut plus être envisagée uniquement sous l'angle des compétences techniques individuelles. *Stricto sensu*, une compétence est un tout ! C'est un savoir-agir complexe qui doit prendre en compte non seulement l'aspect technique, mais aussi la façon de le réaliser. La dissociation des compétences non techniques et des compétences techniques (le geste lui-même) est réalisée uniquement dans un but pédagogique. De la même façon, les compétences non techniques sont interconnectées entre elles. Prendre une décision fait intervenir la plupart des compétences non techniques. L'individualisation d'une compétence non technique a pour objectif de faciliter sa compréhension au cours du processus d'apprentissage.

Les compétences non techniques – communication, travail en équipe, leadership, gestion du stress, conscience de la situation, prise de décision et apprentissage collectif – constituent désormais un socle indispensable à l'exercice professionnel, quels que soient le métier, le mode d'exercice ou le contexte de soins.

Elles participent à la fiabilité des prises en charge, à la prévention des événements indésirables, à la récupération des situations à risque, mais également au bien-être et à la soutenabilité du travail des équipes.

Ce référentiel propose un cadre commun, structurant et partagé, destiné à favoriser une culture de sécurité et de coopération à tous les niveaux du système de santé.

Il vient enrichir les référentiels métiers existants en les complétant, en offrant un langage commun et des repères pédagogiques mobilisables aussi bien en formation initiale qu'en formation continue.

Sa mise en œuvre repose sur une conviction forte : les compétences non techniques s'acquièrent, se développent et s'entretiennent tout au long de la vie professionnelle, au contact des situations réelles, par des méthodes pédagogiques actives et réflexives, et au sein de collectifs engagés.

Elle suppose un engagement conjoint des acteurs de la formation, des établissements, des managers, des institutions nationales et territoriales, ainsi que des patients et usagers.

Ce référentiel des compétences non techniques ouvre la voie à un système de santé plus sûr, plus apprenant, plus coopératif et plus soutenable, au bénéfice des professionnels comme des patients.

Ce référentiel en pose les fondations.

Sa mise en œuvre collective en fera une réalité au service de la qualité des soins, de la sécurité des patients et du sens du travail en santé.

Table des annexes

Annexe 1.	Cas clinique – CNT et pratiques de fiabilité.....	72
Annexe 2.	Retour d'expérience – CNT et pratiques de fiabilité	74
Annexe 3.	Tableau comparatif des principales méthodes pédagogiques.....	76
Annexe 4.	Les pratiques de fiabilisation	77

Annexe 1. Cas clinique – CNT et pratiques de fiabilité

Voici une proposition structurée et pédagogique, à partir d'un cas concret clinique, qui illustre comment les différentes compétences et pratiques de fiabilité sont mobilisées lors d'une séquence de formation.

➔ Accidents de bûcheronnage – Prise en charge aux urgences

M. X, 34 ans, sans antécédent, est accompagné par une équipe du SAMU aux urgences à la suite d'un accident de bûcheronnage. Il a été victime d'une chute d'un arbre lui ayant occasionné une blessure de l'avant-bras gauche avec sa tronçonneuse et une plaie du cuir chevelu.

Évaluation à son arrivée :

Hémodynamique : TA 90/40 mmHG, FC 110/minute, NORADRENALINE 0,5 mg/h sur une voie veineuse périphérique

Respiratoire : douleur thoracique, administration d'oxygène à 3 l/min, pour obtenir une saturation percutanée en oxygène SpO₂ à 96 %, fréquence respiratoire à 20/min

Abdomen : souple et indolore

Neurologique : score de Glasgow Coma Scale à 13

Plaie hémorragique de l'avant-bras gauche, garrottée sur place (il y a 45 min). Plaie du cuir chevelu et céphalée avec une évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur 7/10.

La prise en charge implique une équipe pluriprofessionnelle (médecin senior, IDE, AS) dans un contexte d'urgence vitale et fonctionnelle.

Composition de l'équipe et actions à réaliser selon les compétences de chacun :

Médecin urgentiste senior : examen clinique + Fast échographie + appel du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur de garde pour avis.

IDE 1 : pose d'une seconde voie veineuse périphérique et préparation de la transfusion.

IDE 2 : gestion de la douleur et introduction d'un traitement par catécholamines +/- préparation sédation et matériel si décision d'intubation.

AS : réalisation de la procédure d'accueil du patient en salle de déchocage : déshabillage/mesure de l'hémoglobine/mesure de la température corporelle/réchauffement/identification du patient.

Anesthésiste-réanimateur, chirurgien, urgentiste : briefing et décision en équipe des examens complémentaires à réaliser en priorité en vue d'une intervention chirurgicale sur site ou bien dans un trauma-center en cas de lésion cérébrale avec indication neurochirurgicale.

➔ Pourquoi ce cas est-il pertinent pour parler de CNT ?

Ce scénario cumule plusieurs caractéristiques :

- Urgence vitale (choc hémorragique probable)
- Suspicion d'une lésion supplémentaire non visible liée à la chute (céphalée, plaie du cuir chevelu, Glasgow 13)
- Pression temporelle (situation clinique avec un potentiel d'évolution rapide – coma et engagement cérébral possible)
- Multiplicité des intervenants et des tâches à réaliser (gestes techniques, préparation d'une transfusion, demande d'examen complémentaire, avis neurochirurgical à anticiper...)
- Charge cognitive élevée avec de nombreuses actions à anticiper (préparation du bloc opératoire, SAT-VAT, antibioprophylaxie, mise en condition avant transfert, dynamique des paramètres vitaux du patient...)

- Risque d'erreur lié à des chevauchements de responsabilités (qui fait l'antibioprophylaxie, l'urgentiste ou l'anesthésiste ?) par stress, lié à des interruptions de tâche, des gradients d'autorité ou tout simplement un stress aigu de la part d'un ou plusieurs professionnels de santé

☞ Dans ce contexte, la performance dépend autant des compétences techniques que de la capacité de l'équipe à fonctionner de manière fiable.

➔ **Quelles sont les compétences non techniques mobilisées dans ce cas ?**

CNT	Capacité à	Pratiques de fiabilité associées
Conscience de la situation individuelle et partagée	Capacité à percevoir les éléments pertinents, comprendre leur signification et anticiper l'évolution possible	- Briefing initial - Partage verbal régulier de l'état du patient - Reformulation des hypothèses cliniques
Leadership & travail en équipe	Donner du sens et coordonner Leader identifié Objectifs clairs Rôles définis	- Désignation explicite du leader - Leadership adaptatif - Responsabilisation de chacun
Communication sécurisée	Communiquer de manière structurée S'assurer de la compréhension de la demande	- Boucle de communication fermée - Reformulation systématique - Langage clair, concis et factuel
Assertivité et culture de l'« oser-dire »	Accorder la place à chacun Créer un climat de confiance	- Méthode DESC (décrire, exprimer, spécifier, conclure) - Climat de sécurité psychologique
Gestion de la charge de travail	Organiser les tâches afin de minimiser les interruptions de tâche lors des activités dites critiques (transfusion, préparation des médicaments)	- Répartition des tâches - Anticipation du matériel (intubation, réchauffement, etc.) - Sacralisation de tâches critiques
Prise de décision en situation critique	Prise de décision sous pression Verbaliser le raisonnement Réévaluation régulière	- Check-list et procédure d'accueil du « patient traumatisé » adaptées par les équipes locales sur la base des recommandations savantes - OODA (observer, orienter, décider, agir) - Pause cognitive (principe des 10 secondes pour 10 minutes) - T-FORDEC



Ces outils ne constituent pas une liste exhaustive, mais illustrent des exemples de leviers pouvant être mobilisés par des professionnels de santé partageant une culture commune de la sécurité dans ce contexte. Il est évident que l'individualisation de chacune des compétences est artificielle et que la qualité et la sécurité d'une prise en charge résultent de leur combinaison et leur intrication.

Annexe 2. Retour d'expérience – CNT et pratiques de fiabilité

Voici une proposition structurée et pédagogique, à partir d'un retour d'expérience écrit à la première personne, qui illustre les différentes compétences et pratiques de fiabilité à mobiliser lors d'une séquence de formation.

➔ Extraction dentaire sous anesthésie locale – Quand une situation banale devient à risque

Mme S., 14 ans, doit avoir une extraction sous anesthésie locale dans le cadre de son traitement orthodontique. Elle est très inquiète et vient au cabinet dentaire accompagnée de sa maman. L'extraction ne présente aucune difficulté technique.

La journée du praticien est chargée et il a déjà accumulé du retard. Il a la pression du planning et espère que cette extraction simple, qu'il pratique régulièrement, lui permettra de récupérer quelques minutes.

Ce jour-là, la secrétaire est absente et l'assistante dentaire doit gérer simultanément la préparation du plateau technique et les appels téléphoniques. L'absence de secrétaire empêche l'assistante de faire le double contrôle réalisé habituellement avant chaque acte.

Le plateau technique est préparé. Au moment où le praticien s'apprête à commencer l'anesthésie, une notification apparaît sur son téléphone qu'il garde toujours à côté de lui : c'est sa fille, demandant à lui parler « en urgence ». Il quitte la salle, répond en hâte, puis revient auprès de la patiente préoccupée par son appel.

Il relit rapidement la lettre du correspondant orthodontiste, jette un coup d'œil rapide au panoramique et commence l'anesthésie. La patiente est très anxieuse et le praticien doit se concentrer pour gérer à la fois l'acte technique et surtout le stress de la patiente. La première prémolaire est extraite facilement, la patiente se détend et il extrait la prémolaire de l'autre côté de la mâchoire, toujours sans difficulté.

Deux poches de glace sont données à la patiente. Accompagnée du praticien, elle rejoint la maman pour recevoir les conseils post-opératoires. À peine sont-ils entrés dans la salle d'attente que la maman s'écrit : mais ce n'était pas QUE le côté gauche que vous deviez extraire ? Le praticien reprend la lettre de l'orthodontiste et lit :

Cher Confrère

Merci d'extraire la 25 chez cette jeune patiente, nous gardons la 15 pour le moment.

...

➔ Pourquoi ce cas est-il pertinent pour parler de CNT ?

Dans ce contexte, il ne s'agit pas d'un acte complexe, mais d'un acte réalisé pluriquotidiennement qui met en avant le risque de :

- banalisation de l'acte ;
- excès de confiance ;
- relâchement des barrières de sécurité ;
- pression temporelle ;
- interruptions multiples non gérées ;
- communication interpraticiens non sécurisée.

☞ Ce n'est pas l'acte qui est dangereux, c'est le contexte dans lequel il a été réalisé.

➔ Quelles sont les compétences non techniques mobilisées dans ce cas ?

CNT	Capacité à	Pratiques de fiabilité associées
Conscience de la situation individuelle	Capacité à percevoir les éléments pertinents, comprendre leur signification et anticiper l'évolution possible	Minute d'arrêt avant l'acte Check-list mentale ou écrite
Prise de décision sous pression	Capacité à prendre des décisions adaptées malgré le stress, la routine et la contrainte temporelle	Ritualisation des actes simples Cohérence cardiaque
Communication et coordination en équipe	Capacité à travailler de manière coordonnée et fiable avec l'assistante	Contrôle croisé systématique y compris avec le patient « montrez-moi la dent que nous devons extraire »
Gestion de la charge de travail	Capacité à prioriser, organiser et adapter son activité face à une surcharge, dans ce cas notamment avec un stress croissant Interruption de tâche	Priorisation et ralentissement volontaire Reprise structurée après l'interruption



Cet évènement banal rappelle que la formation à l'extraction dentaire ne peut se limiter à la connaissance des gestes techniques. Elle doit intégrer les conditions réelles de travail : surcharge de tâches, interruptions fréquentes, pression temporelle, absence d'un membre de l'équipe, manque de coordination, non-respect du protocole par banalisation des actes, stress des patients qui peuvent ne pas signaler des incohérences dans leur traitement, etc.

Ces éléments, rentrant dans le cadre des compétences non techniques, influencent pourtant directement la fiabilité du geste et doivent être enseignés avec la même rigueur que la technique elle-même.

Annexe 3. Tableau comparatif des principales méthodes pédagogiques

Méthode Étape en cours	Description/Déroulé	Durée indicative	Ressources	Points forts	Limites	Exemples de CNT ciblées	Exemples de pratiques de fiabilité associées
Simulation	Mise en situation réaliste avec mannequin ou patient standardisé, scénario scénarisé, débriefing structuré	4 à 7 heures	Salle équipée, mannequins/simulateurs, formateurs expérimentés, scénarios	Immersion, réalisme, apprentissage expérientiel, sécurité patient	Coût élevé, besoin formateurs	Communication d'équipe, leadership, gestion du stress, prise de décision, conscience de situation	Tfordac, SAED, Contrôle croisé, Briefing/Debriefing
Jeux de rôle	Scénarios de communication/conflictualité, alternance de rôles, débriefing	30-60min	Salle ou espace calme, scripts simples, facilitateur	Flexible, faible coût, favorise empathie	Moins réaliste, dépend de l'engagement	Communication, assertivité, gestion conflits, empathie	Contrôle croisé, SAED, Feedback interprofessionnel
Analyse de cas / RETEX / RMM	Présentation de cas/incidents, discussion de groupe, identification axes d'amélioration	45-90min	Cas documentés, facilitateur, support visuel	Ancrage dans la réalité, raisonnement collectif	Moins interactive, nécessite climat de confiance	Analyse, conscience situationnelle, travail d'équipe, résolution problèmes	Debriefing sur incidents, amélioration continue
Co-développement / Apprentissage par les pairs	Groupe homogène partage expériences, discussion guidée, identification solutions pratiques	60-120min	Groupe 4-8 personnes, facilitateur, salle calme	Partage expérience, responsabilisation, co-construction	Nécessite engagement du groupe	Coopération, leadership, résolution de problèmes, prise de décision	Assertivité, Feedback Communication
Portfolio réflexif Journal d'apprentissage	Tenue d'un journal, réflexion guidée, analyse de ses compétences	Variable, sur plusieurs semaines/mois	Support papier ou numérique, guide de réflexion	Développement réflexif, suivi longitudinal	Motivation variable, travail individuel	conscience de ses compétences, analyse critique, connaissances de soi	Débriefing personnel, Feedback, conscience de soi
Briefing / Debriefing	Réunion courte avant/après situation clinique, identification objectifs, analyse performance	5-30min	facilitateur	Séances courtes, partage situationnel	Doit être ritualisé	Leadership, communication, conscience situationnelle, coordination	
E-learning Micro-learning	Modules interactifs en ligne, (quiz, études de cas, etc.)	Micro 3-5 min 15-30 min/module	Plateforme e-learning, supports numériques	Accessible, flexible, diffusion large	Interaction limitée, nécessite pratique complémentaire	Acquisition et contrôle des connaissances sur FOH et CNT	Concepts Préparation simulation
Serious Games / Escape Games pédagogiques	Scénarios ludiques avec objectifs pédagogiques, équipe résolution de problèmes ou défis	30-90min	Salle/plateforme, scénarios, animateur	Motivant, interactif, favorise coopération	Développement coûteux, risque superficialité	Communication, coopération, priorisation, résolution problèmes	Osez dire, No-Go, SAED, Leadership, Gestion du stress

Annexe 4. Les pratiques de fiabilisation

TFORDEC (temps, faits, options, risques/opportunités, décision, exécution, contrôle)

Prise de décision

Améliorer le fonctionnement de l'équipe

Définition

Méthode analytique de prise de décision.

Définition

Méthode analytique de prise de décision.



Objectif pédagogique

- Entraîner les professionnels à utiliser une grille de décision claire, structurée, partagée
- Faire prendre conscience que notre intuition peut nous jouer des tours



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer les différentes étapes de la méthode TFORDEC
- Appliquer la méthode dans une situation clinique simulée
- Argumenter une décision en équipe de manière structurée
- Vérifier et réajuster une décision en fonction de l'évolution clinique

Déroulé de la séquence

1. Introduction (5 minutes) : contexte et enjeux de la prise de décision en équipe
2. Présentation de la méthode (10 minutes) : définition, étapes, autres méthodes (DECIDER)
3. Études de cas ou scénario de simulation (20 à 25 minutes)
Exemple : patient en détresse respiratoire aux urgences, dilemme thérapeutique au bloc...
Laisser l'équipe appliquer TFORDEC pour décider
4. Débriefing (10 à 15 minutes)
 - o Points forts/difficultés
 - o Ressenti

Points à observer

- Rappel importance de l'étape T = temps
- Les temps « FOR » = se réalisent en équipe ; favoriser la participation de l'équipe pour recueillir des options variées
- La décision n'est jamais figée : check permet d'ajuster en permanence
- Collecte claire et partagée des faits
- Analyse structurée des bénéfices/risques
- Décision claire et partagée par l'équipe

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En binôme

Méthodes et matériels requis

- ✓ Mise en situation, jeux de rôle
- ✓ Simulation
- ✓ Vidéo de l'aéronautique (ex Hudson)
- ✓ Schéma des 7 étapes TFORDEC, carte mémo pour les étudiants, affichage mural dans les salles de simulation
- ✓ Scénario simulé ou vidéo
- ✓ Mise en situation
- ✓ Levier individuel et/ou collectif



Temps total 45 à 60 minutes

Feedback

- Ne pas oublier l'étape du T
- Se focaliser sur une seule option sans évaluations des alternatives
- Utiliser le modèle "advocacy-inquiry" : « J'ai observé que vous avez décidé rapidement sans générer d'options. Qu'est-ce qui vous a conduit à agir ainsi ? »
- Mettre en lumière la valeur ajoutée de chaque étape (ex. : la pause initiale, le check final)
- Faire verbaliser par les apprenants : « Quelle étape avez-vous trouvée la plus difficile ? »
- « Que feriez-vous différemment la prochaine fois ? »

Sources

Fuzier R. La communication à 3 temps. Cah Facteur 2020 [Cahiers-du-Facteur.-Communication-3-temps.pdf](#)

La phraséologie en aéronautique : le collationnement : [PHRASEO Chap02 2017.qxp](#)

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Temps	Se donner un temps de réflexion (même court)	Éviter la précipitation, évaluer la marge de manœuvre
Faits	Rassembler les faits, données objectives	Clarifier la situation, s'appuyer sur des éléments vérifiables
Options	Identifier les options possibles	Ouvrir le champ des solutions, favoriser la créativité collective
Risques/opportunités	Évaluer risques et bénéfices de chaque option	Anticiper conséquences positives et négatives
Décision	Choisir la meilleure option	S'engager collectivement, réduire l'ambiguïté
Exécution	Mettre en œuvre la décision	Passer à l'action, attribuer clairement les rôles
Contrôle	Vérifier les effets et réévaluer si besoin	Ajuster ou réorienter la décision selon l'évolution

Mémo TFORDEC	Les étapes
Introduction	• Permet à notre cerveau de revenir au système 2 afin d'éviter les principaux biais décisionnels • Identifier les risques et les opportunités, résoudre les problèmes et prendre des décisions en écartant les aspects émotionnels • La méthode TFORDEC propose un cadre structuré et partagé pour aider une équipe à prendre des décisions sûres et argumentées • Issue de l'aviation, elle est désormais utilisée en santé (urgence, blocs opératoires, soins critiques)
Pourquoi	• Outil structuré de prise de décision afin d'éviter les pièges liés à certains biais cognitifs • Pour garantir une décision rationnelle
Quand	Implémenter un processus décisionnel chaque fois que possible
Comment	« Une aide-soignante appelle l'IDE : un patient diabétique, habituellement stable, présente une glycémie capillaire à 0,52 g/L, se dit « très mal », tremble et transpire. Le médecin est occupé en consultation. » T – Temps : urgence immédiate : le temps est très limité. F – Faits : glycémie : 0,52 g/L, sueurs, tremblements, pâleur patient conscient mais confus ⇒ Symptômes compatibles avec hypoglycémie sévère O – Options : administrer rapidement du sucre <i>per os</i> (si conscience OK), préparer le glucagon IM, appeler le médecin R – Risques/bénéfices : sucre <i>per os</i> : rapide, efficace → risque minime s'il avale bien ; glucagon : efficace si troubles de conscience → délai d'action ; attendre : risque majeur d'aggravation D – Décision : administrer 15 g de glucose <i>per os</i>, mettre en sécurité, appeler immédiatement le médecin

	E – Exécution : le patient reçoit du sucre rapidement, installation en position assise + appel médical C – Contrôle : 5 minutes après : glycémie : 0,87 g/L ; patient plus alerte. Le médecin arrive pour réévaluation
Avec qui	L'équipe concernée par la situation



Briefing

Charge de travail

Améliorer le fonctionnement de l'équipe

Leadership

Définition

Courte rencontre des membres d'une équipe avant de débiter, permettant d'échanger sur l'activité prévue, de répartir les rôles et responsabilités, de partager les attentes des uns et des autres, et de décider des objectifs



Objectif pédagogique

- Faire prendre conscience de l'intérêt de partager une vision commune, de son impact sur la cohésion et la coopération



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer l'intérêt d'un briefing
- Conduire un briefing efficace en équipe
- Favoriser la participation et la communication d'équipe

Déroulé de la séquence

1. Introduction (5 minutes) : intérêt et enjeux pour l'équipe
2. Présentation de la méthode (10 minutes) : rôles et responsabilités, plan d'action, situations à risques, questions, confirmation
3. Mise en pratique avec une situation clinique simulée avec des contraintes (patient complexe, intérimaire, etc.) (10 minutes)
4. Débriefing (10 minutes)
 - o Les points forts/difficultés
 - o Le ressenti

Points à observer

- Structuration du briefing
- La participation de tous les membres
- Anticipation des problèmes
- Leadership

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

Plusieurs catégories de professionnels

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
 - ☒ Simulation
 - ☒ Vidéo de briefing
- Fiches de rôles
Scénario d'un briefing de début de journée



Temps total 45 minutes

Feedback

- Le briefing crée une vision partagée, indispensable pour réduire les malentendus
- Il doit être court, clair, centré sur l'essentiel
- La participation active de tous est nécessaire
- Un briefing réussi prépare l'équipe à l'imprévu en anticipant les risques
- « Que feriez-vous différemment la prochaine fois ? »

Sources

- Haute Autorité de santé. Briefing et débriefing. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS, 2016
[Haute Autorité de santé – Briefing et débriefing](#)
- Caballero MJ, Blanié A. Briefing et débriefing. Chapitre 13. Dans : Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Arnette, 2023

Mémo briefing	Les étapes
Introduction	- Le briefing est une étape préparatoire essentielle avant une prise en charge, une intervention ou une simulation - C'est un outil de management - Il est issu de l'aéronautique
Pourquoi	Il permet de partager une vision commune, de clarifier les rôles et les objectifs et d'anticiper les difficultés
Quand	Le briefing peut être utilisé à différents moments de la journée
Comment	L'équipe est rassemblée dans un lieu dédié, connu Il est animé par le cadre, mais également par un autre membre de l'équipe En 5 minutes, il s'agit de savoir : qui fait quoi, ce qui est prévu, si quelqu'un a un sujet à évoquer, une situation à risque à évoquer, l'équipe valide l'organisation définie
Avec qui	Les différents membres d'une équipe



Débriefing

Améliorer le fonctionnement de l'équipe

Leadership

Définition

Temps d'échange pour améliorer la performance et l'efficacité d'une équipe et partager les expériences



Objectif pédagogique

- Mener un débriefing sécurisant et constructif
- Faire prendre conscience de l'intérêt de tirer des leçons d'un débriefing, de son impact sur les comportements et la cohésion



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer l'intérêt d'un débriefing
- Participer à un débriefing en équipe

Déroulé de la séquence

1. Introduction (2-3 minutes) : intérêt et enjeux pour l'équipe ; pose le cadre bienveillant
2. Présentation de la méthode (10 minutes) : réactions, analyses, synthèse
3. Mise en pratique avec une situation clinique simulée (une activité inhabituelle qui s'est bien passée, un EIAS, la fin d'une journée, etc.) (10 minutes)
4. Débriefing (10 minutes)
 - o Points forts/difficultés
 - o Ressenti
 - o Ce que l'équipe retient

Points à observer

- Respect
- Écoute
- Absence de jugement
- Participation équilibrée

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

De 5 à 15 participants

Plusieurs catégories de professionnels

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☒ Simulation
- ☒ Vidéo de débriefing
- ✓ Fiches de rôles
- ✓ Scénario d'un débriefing à la suite d'un EIAS



Temps total de 20 à 40 minutes

Feedback

- Capacité à analyser sans culpabiliser
- Le débriefing est un espace sécurisé et bienveillant
- Les émotions doivent être accueillies et gérées
- Une synthèse est nécessaire permettant la capitalisation des échanges
- « Que feriez-vous différemment la prochaine fois ? »

Sources

- Caballero MJ, Blanié A. Briefing et débriefing. Chapitre 13. Dans : Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Arnette, 2023
- Haute Autorité de santé. Briefing et débriefing. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS, 2016

[Haute Autorité de santé – Briefing et débriefing](#)

Mémo débriefing	Les étapes
Introduction	• Le débriefing est une pratique clé dans l'apprentissage, le retour d'expérience • C'est un outil de management • Il permet de revenir sur les actions, émotions et raisonnements • Il favorise la réflexion critique, la mise en mots et maux des pratiques
Pourquoi	Il permet de partager une vision commune, de clarifier les rôles et les objectifs et d'anticiper les difficultés
Quand	- Après une activité nouvelle, innovante, une activité inhabituelle - Après une activité complexe même si elle est habituelle - Après le bon déroulé d'une situation, un acte, une journée afin de capitaliser sur les facteurs de réussite - Après un dysfonctionnement, un EIAS
Comment	L'équipe est rassemblée dans un lieu dédié, connu Il est animé par le cadre, mais également par un autre membre de l'équipe En 5 à 10 minutes, il s'agit de savoir (réactions, analyse, synthèse) : ce qu'il s'est passé, comment vous êtes-vous senti, qu'est-ce qui a bien fonctionné, qu'auriez-vous pu faire autrement, qu'allons-nous retenir pour une prochaine fois ?
Avec qui	Les différents membres d'une équipe qui ont vécu la situation



SAED (situation, antécédents, évaluation, demande)

Prise de
décision

Améliorer le
fonctionnement
de l'équipe

Communication

Définition

C'est un processus de communication structuré qui permet de dire l'essentiel de façon claire, en quatre éléments clés : situation, antécédents, évaluation et demande

**Objectif pédagogique**

- Mettre en pratique la méthode SAED
- Faire prendre conscience de l'importance d'une bonne communication standardisée entre professionnels de santé

**Objectifs pédagogiques pour l'apprenant**

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Citer les 4 étapes de la méthode SAED
- Structurer sa transmission d'information de manière claire et concise
- Formuler une demande explicite pour éviter les malentendus

Déroulé de la séquence

1. Introduction (2-3 minutes) : importance des transmissions claires pour la sécurité des soins
2. Présentation de la méthode (10 minutes) : explication des 4 étapes avec des exemples
3. Mise en pratique avec une situation clinique (10 minutes)
4. Débriefing (10 minutes)
 - o Points forts/difficultés
 - o Ressenti
 - o Discussion sur l'applicabilité dans différents contextes (urgences, domicile)
 - o Ce que l'équipe retient

Points à observer

- Le côté factuel et concis à chaque étape
- Adapter le niveau de détail en fonction du contexte
- Ne pas oublier l'étape « demande », souvent négligée
- Transmission concise, structurée et fluide
- Ton respectueux
- Répond aux questions ou reformule si nécessaire

Difficulté d'animation





↑ Effectifs

Plusieurs catégories de professionnels

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☒ Simulation
- ☒ Vidéo de SAED
- ✓ Fiches de rôles
- ✓ Scénario clinique
- ✓ **Fiche mémo**
- ✓ **Schéma**

 **Temps total de 30 minutes**

Feedback

- La phase S (situation) est cruciale : sans données fiables, la décision sera fragile
- Les actions envisagées sont discutées de manière collégiale
- La décision finale doit être claire, partagée et mise en œuvre sans ambiguïté
- « Que feriez-vous différemment la prochaine fois ? »

Sources

- [outil 14 outil saed .pdf](#)
- kit pédagogique « Escape game SAED »
[Vous souhaitez accéder à l'escape game SAED ? – Facteurs humains en santé](#)

Étape	Signification	Objectif pédagogique
S = Situation	Décrire la situation actuelle du patient	Donner le contexte immédiat, capter l'attention
A = Antécédents	Rappeler les antécédents utiles au contexte actuel	Utiles pour expliquer le contexte actuel
E = Évaluation	Présenter l'évaluation clinique et les données objectives	Partager l'analyse de l'état du patient, éléments vitaux, observations
D = Demande	Exprimer clairement ce que l'on attend (aide, avis, action)	Orienter la communication vers une décision concrète et adaptée
Mémo SAED	Les étapes	
Introduction	- La communication entre professionnels de santé est un facteur majeur de sécurité des soins - Les transmissions non structurées peuvent entraîner des erreurs, des oublis ou des malentendus - La méthode SAED propose une trame simple, claire et concise pour organiser les échanges, en particulier lors de situations urgentes ou critiques	
Pourquoi	- Besoin d'une standardisation pour dire l'essentiel et ne rien oublier lors d'un échange d'un professionnel à un autre, notamment oral - Procédure standardisée pour éliminer les risques d'erreurs de compréhension et assurer une communication claire, concise et bien documentée	
Quand	SAED s'applique dans divers contextes, notamment les sollicitations d'avis à l'oral, les communications en situation d'urgence, les revues de morbidité et mortalité, les transferts patients et les correspondances écrites Cet outil est pertinent tant en milieu hospitalier qu'en pratique libérale, lors de transferts de patients, pendant les briefings	
Comment	S : Le professionnel annonce son identité et son rôle - Décrit clairement la situation actuelle du patient (motif, problème immédiat) - Attire l'attention de l'interlocuteur A : Les antécédents pertinents sont mentionnés. Évite les informations inutiles ou hors sujet E : Présente une évaluation structurée (signes cliniques, paramètres vitaux, observations) avec un vocabulaire professionnel, clair et précis D : Formule une demande explicite et adaptée (avis, intervention, prescription, déplacement)	
Avec qui	Les différents membres d'une équipe qui ont vécu la situation	



Minute d'arrêt sécurité (ou *time out*)

Conscience de la situation

Améliorer le fonctionnement de l'équipe

Prise de décision

Définition

Pratique simple et rapide qui consiste à interrompre brièvement l'action avant une étape critique pour vérifier la cohérence, la sécurité et la compréhension commune.



Objectif pédagogique

- Décrire le principe et l'importance de la minute d'arrêt sécurité
- Savoir la mettre en œuvre dans un contexte clinique
- Développer une culture de sécurité partagée dans l'équipe de soins
- Faire prendre conscience de la possibilité de se tromper



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer le principe de la minute d'arrêt
- Identifier les moments critiques où elle est pertinente
- Conduire ou participer à une minute d'arrêt en équipe
- Reconnaître son rôle dans la prévention des EIAS

Déroulé de la séquence

1. Introduction (5 minutes) : expliquer l'origine et la valeur ajoutée de la minute d'arrêt. Montrer un cas d'erreur évitable par absence de pause
2. Présentation de la méthode (5 à 10 minutes) : décrire les 3-4 étapes avec exemples concrets (exemple, lors d'une interruption de tâche, check-list au bloc op)
3. Mise en pratique avec une situation concrète (10 minutes) : mise en situation : simulation de préparation à un geste invasif ou une intervention chirurgicale. Les apprenants pratiquent la minute d'arrêt
4. Débriefing (5 à 10 minutes)
 - o Analyse collective des bénéfices et obstacles (pression du temps, hiérarchie, habitudes, ressenti)

Points à observer

- Elle doit être claire, courte, systématique
- Elle nécessite une participation active de toute l'équipe, indépendamment du statut hiérarchique

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En binôme

Méthodes et matériels requis

- ☑ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☑ Simulation
- ☑ Vidéo de l'aéronautique
- ☑ Vidéo démonstrative correctement et incorrectement
- ☑ Carte mémo des 4 étapes



Temps total 30 à 40 minutes

Feedback

- La minute d'arrêt ne fait pas perdre du temps : elle en fait gagner en évitant les erreurs
- Elle favorise une culture partagée de la sécurité
- Insister sur le fait que la minute d'arrêt est un outil de sécurité simple, reproductible et collectif
- La minute d'arrêt sécurité n'est pas une formalité administrative, mais un outil de communication d'équipe
- Elle illustre le leadership partagé et la responsabilité collective
- Elle s'appuie sur des compétences non techniques : communication, vigilance partagée, esprit d'équipe
- Questions à poser : « Comment vous êtes-vous sentis lors de cette pause ? », « Qu'est-ce qui a facilité ou freiné la participation de l'équipe ? »

Sources

- Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI). Qu'est-ce que la minute d'arrêt sécurité ? 31 août 2021

[Qu'est-ce que la minute d'arrêt sécurité ? | Icsi](#)

Mémo la minute d'arrêt sécurité	Les étapes
Introduction	- En contexte de soins, la pression, la routine ou l'urgence peuvent conduire à des erreurs évitables - Inspirée des pratiques de haute fiabilité (aviation, nucléaire), elle est utilisée en santé pour renforcer la sécurité des patients, notamment au bloc opératoire, en urgences ou lors de gestes invasifs
Pourquoi	La minute d'arrêt sécurité (ou <i>time out</i>) est une pause volontaire et structurée, réalisée avant un acte à risque (ex. : intervention chirurgicale, procédure invasive) Elle vise à vérifier collectivement les points essentiels pour éviter les erreurs graves (mauvais patient, mauvais site, mauvaise procédure, etc.)
Quand	Avant d'agir et/ou en cours d'action - Avant une chirurgie ou un geste invasif - Avant l'administration d'un traitement à haut risque - Lors de toute procédure où les conséquences d'une erreur peuvent être graves - Quand les conditions changent, en cas d'imprévu, après une interruption de tâche
Comment	3 étapes : - Stopper l'action : marquer une pause - Vérification : réfléchir à la situation ; reprendre les points essentiels (patient, geste, matériel, environnement) - Confirmation : accord de tous (si en équipe) Reprise de l'action
Avec qui	Pour soi, en équipe et pour les autres (vigilance partagée)

Communication en 3 temps

Communication

Améliorer le
fonctionnement
de l'équipe

Leadership

Définition

On retrouve d'autres termes : boucle fermée, collationnement (redire, répéter les messages importants) dans l'aéronautique.

Méthode pour vérifier que l'information émise est comprise par le récepteur.



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer la communication en 3 temps pour améliorer la clarté et la sécurité des échanges en équipe



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Décrire les 3 étapes de la communication en boucle fermée
- Appliquer la communication en 3 temps lors d'une situation clinique ou simulée
- Vérifier la bonne compréhension d'une consigne donnée
- Identifier les risques liés à une communication non sécurisée

Déroulé de la séquence

1. Introduction (5 minutes) : expliquer l'importance de la communication sécurisée et donner un exemple d'incident lié à une mauvaise transmission
2. Présentation de la méthode (5 à 10 minutes) : décrire et illustrer les 3 temps avec un cas concret
3. Mise en pratique avec une situation concrète : un professionnel donne des consignes, un autre les répète et confirme
4. Débriefing (5 à 10 minutes)
 - o Discussion sur les bénéfices perçus
 - o Identifier les difficultés (ex. : parler fort, répéter sans déformer)
 - o Ressenti

Points à observer

- Clarté des consignes et sans ambiguïté
- Répétition fidèle par le récepteur
- Validation rapide et explicite par l'émetteur
- Le donneur d'ordre (l'émetteur) reste attentif
- Le donneur d'ordre passe à l'action suivante après avoir validé le retour d'information

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En binôme

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☒ Simulation
- ☒ Vidéo de l'aéronautique
- ☒ Vidéo montrant une consigne donnée correctement et incorrectement
- ☒ Carte mémo des 3 temps
- ✓ Scénario simulé ou vidéo
- Ex. : Peux-tu injecter 1 g de paracétamol, 100 mg de kétoprofène ?
- ✓ Mise en situation
- ✓ Levier individuel et/ou collectif



Temps total 30 minutes

Feedback

- Insister sur le fait que la méthode sécurise fortement l'action et qu'elle libère « la charge mentale » de l'émetteur
- Le récepteur joue un rôle actif
- « Qu'avez-vous ressenti en répétant la consigne ? »

Sources

- Fuzier R, La communication à 3 temps ; Les Cahiers du facteur, novembre 2020
[Cahiers-du-Facteur.-Communication-3-temps.pdf](#)
- La phraséologie en aéronautique : le collationnement : [PHRASEO Chap02 2017.qxp](#)

Mémo communication en 3 temps	Les étapes
Introduction	• Les erreurs de communication représentent une cause majeure d'incidents et d'évènements indésirables en santé • La communication en 3 temps est une méthode simple, issue de l'aviation, qui permet de vérifier que l'information transmise est bien comprise • Elle repose sur une boucle fermée entre l'émetteur et le récepteur
Pourquoi	• S'assurer que le récepteur a bien compris le message • Permettre également au donneur d'ordre de vérifier la concordance entre ses propos et ce que son interlocuteur a compris
Quand	Méthode particulièrement importante, notamment lors de communications orales, en situation de stress, une situation nouvelle
Comment	Trois étapes : 1. L'émetteur donne une consigne claire et précise 2. Le récepteur répète la consigne à voix haute 3. L'émetteur confirme ou corrige la répétition. La consigne est confirmée L'action est réalisée
Avec qui	Les différents membres d'une équipe impliqués dans l'échange. Entre un émetteur et un récepteur du message

Méthode DESC

Décrire les faits, exprimer ses émotions, spécifier des solutions, conclure avec les conséquences

Communication	Améliorer le fonctionnement de l'équipe	Conflit
---------------	---	---------

Définition

Outil de communication puissant pour exprimer un désaccord de manière constructive.

Objectif pédagogique  Expliquer et faire pratiquer la méthode DESC pour gérer les situations de communication conflictuelles en équipe Objectifs pédagogiques pour l'apprenant  À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de : - Expliquer les 4 étapes de la méthode DESC - Utiliser DESC dans une situation de désaccord ou de tension - Maintenir une communication assertive et respectueuse - Identifier l'impact positif d'une communication constructive sur la qualité des soins et la dynamique d'équipe Déroulé de la séquence 1. Introduction (5 minutes) : présenter les enjeux de la gestion constructive des conflits. Partager un exemple d'incident lié à un conflit mal géré 2. Présentation de la méthode (15 à 20 minutes) : décrire chaque étape DESC avec un exemple concret 3. Mise en pratique avec une situation concrète : jeux de rôle avec une mise en situation de désaccord (ex. : oubli de transmission, non-respect d'une consigne). Application progressive de DESC par les apprenants 4. Débriefing (10 minutes) - o Discussion sur les ressentis, l'efficacité perçue et les difficultés rencontrées - o Réflexion sur les applications possibles en stage et en pratique professionnelle Points à observer - Utilisation d'un langage factuel et descriptif, sans jugement - Exprimer son ressenti de manière claire, sans agressivité - Proposer une solution concrète plutôt que rester dans la plainte	Difficulté d'animation   ↑ Effectifs En équipe, binôme, le manager Méthodes et matériels requis ☒ Mise en situation (jeux de rôle) ☒ Simulation ☒ Vidéo de l'aéronautique ☒ Exemple vidéo de communication en conflit, avec et sans DESC ☒ Carte mémo des 4 blocs pour les étudiants ✓ Scénario simulé ou vidéo d'exemple d'une situation conflictuelle, désaccord ✓ Mise en situation ✓ Levier individuel et/ou collectif  Temps total 30 à 45 minutes Feedback - DESC favorise l'assertivité : ni passivité, ni agressivité - Insister sur le fait que DESC aide à préserver la relation tout en affirmant son point de vue - Favoriser l'auto-analyse : « Comment vous êtes-vous senti en utilisant DESC ? », « Qu'est-ce qui a été le plus difficile ? » Sources - Bower SA, Bower GH. Asserting yourself: a practical guide for positive change. Reading (MA): Addison-Wesley; 1976 - Tirtiaux G. Mieux réussir ensemble : gestion du stress, travail en équipe et compétences non techniques. EDI.PRO ; 2019 - Tool: DESC. Content last reviewed July 2023. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/mutual/tools/desc.html
---	---

Étape	Signification	Objectif pédagogique
D = Décrire	Décrire la situation de façon factuelle et objective	Éviter le jugement, poser un constat neutre
E = Exprimer	Exprimer son ressenti ou ses préoccupations par la situation	Favoriser l'authenticité et l'écoute
S = Spécifier	Proposer une solution, chercher un accord	Orienter vers du concret et du constructif
C = Conséquences	Pour conclure avec les conséquences	Donner du sens et renforcer l'adhésion

Mémo DESC	Les étapes
Introduction	Les tensions ou conflits interpersonnels sont fréquents en milieu de soins (charge de travail, stress, divergences de pratiques). Mal gérés, ils nuisent à la qualité du travail en équipe, à la sécurité des soins et à la qualité de vie au travail
Pourquoi	La méthode DESC est un outil simple et structuré de communication assertive, qui permet d'exprimer un désaccord ou une difficulté sans agressivité, tout en favorisant la recherche de solutions
Quand	Trouver le moment opportun : minimum de recul (pas à chaud) et être disponible
Comment	4 étapes : 1. Décrire la situation de manière factuelle : évoquer les éléments concrets et observables, sans jugement 2. Exprimer son ressenti ou sa préoccupation : quelles émotions (joie, colère, tristesse, etc.) ressenties par rapport à la situation et non la personne 3. Spécifier la solution ou le changement attendu : comment améliorer la situation ? les solutions doivent être trouvées ensemble 4. Conclure par les conséquences positives de ce changement : faire preuve de bienveillance C'est une démarche centrée sur l'action, qui vise à résoudre un problème concret rapidement
Avec qui	Les protagonistes impliqués dans la situation et le manager



Communication non violente (CNV)

OSBD = observation, sentiment, besoin et demande

Communication	Améliorer le fonctionnement de l'équipe	Prévention du conflit
---------------	---	-----------------------

Définition

Démarche globale de communication et de relation, visant à développer l'empathie, l'écoute et la qualité du lien humain

 Objectif pédagogique Expliquer et faire pratiquer la CNV pour améliorer la qualité de la communication interpersonnelle et prévenir les conflits  Objectifs pédagogiques pour l'apprenant À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de : - Expliquer les 4 étapes de la CNV - Identifier et distinguer observation, sentiment, besoin et demande - Utiliser la CNV pour exprimer un désaccord ou une difficulté sans agressivité - Favoriser une relation respectueuse et constructive en équipe comme avec les patients Déroulé de la séquence 1. Introduction (5 minutes) : présenter les enjeux d'une communication respectueuse en santé. Donner un exemple de conflit né d'un jugement ou d'une mauvaise formulation 2. Présentation de la CNV (15 à 20 minutes) : décrire les 4 étapes OSBD avec des exemples 3. Mise en pratique avec une situation concrète (15 à 20 minutes) - o Jeux de rôle : exprimer une critique en version « reproche » puis en version CNV - o Travail en binômes : reformuler un message conflictuel en OSBD 4. Débriefing (10 à 15 minutes) - o Discussion sur les ressentis, l'efficacité perçue et les difficultés rencontrées - o Discussion sur la faisabilité en contexte de soins (stress, hiérarchie, contraintes de temps) Points à observer - Les sentiments sont exprimés sans accuser l'autre - Les besoins évoquent le besoin de sécurité, respect, reconnaissance, etc. - La demande est concrète et positive - La posture relationnelle (le ton, l'attitude, le langage corporel)	Difficulté d'animation   ↑ Effectifs En équipe, binôme Méthodes et matériels requis ✓ Mise en situation (jeux de rôle) ✓ Simulation ✓ Exemple vidéo de communication avec et sans CNV ✓ Un schéma OSBD ✓ Fiche mémo avec des exemples de formulations pour les étudiants ✓ Scénario simulé ou vidéo d'exemple d'une situation conflictuelle, désaccord ✓ Mise en situation ✓ Levier individuel et/ou collectif  Temps total 45 minutes à 1 heure Feedback - Mettre en avant ce qui a favorisé l'écoute (+) et ce qui a pu bloquer la communication - Insister sur le fait que la CNV est un outil de coopération qui vise à préserver la relation tout en affirmant ses besoins - Favoriser l'auto-analyse : « Comment vous êtes-vous senti en exprimant vos besoins ? », « Qu'est-ce qui a été difficile dans la formulation de la demande ? » Sources - « Cessez d'être gentil, soyez vrai » de Thomas D'Ansembourg - Rosenberg M.B. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). La Découverte, 2016 - Rosenberg M.B. La communication non violente au quotidien ; Éditions Jouvence, p. 10
--	--

Étape	Signification	Objectif pédagogique
O = Observation	Décrire la situation de manière factuelle, sans jugement	Clarifier sans accuser
S = Sentiment	Exprimer son ressenti	Apprendre le « JE »
B = Besoin	Identifier le besoin insatisfait	Donner du sens à l'émotion
D = Demande	Claire, concrète	Donner du sens et renforcer l'adhésion

Mémo CNV	Les étapes
Introduction	En santé, la communication est au cœur de la relation soignant-patient et du travail en équipe Les malentendus, jugements ou reproches mal formulés peuvent générer des tensions, affecter la cohésion et, indirectement, la sécurité des soins La communication non violente (CNV), développée par Marshall Rosenberg, est une méthode structurée qui favorise une communication claire, respectueuse et empathique, en mettant en avant les besoins de chacun
Pourquoi	C'est une démarche centrée sur soi et sur la relation, qui met en lumière les besoins humains universels
Quand	Méthode qui s'applique lors d'échanges, sans situation particulière. C'est un état d'esprit, une posture de communication
Comment	4 étapes : 1. L'apprenant décrit les faits de manière factuelle, sans jugement ni interprétation : « quand j'ai vu que le protocole n'a pas été respecté... » 2. Les émotions sont exprimées sans accuser l'autre : « ... je me suis senti inquiet... » 3. Le besoin est identifié et formulé : « ... j'ai besoin de sécurité et de confiance dans notre travail d'équipe » 4. La demande est claire, concrète, positive et réalisable : « ... accepterais-tu de reprendre le protocole avec moi la prochaine fois ? » Le ton, l'attitude et le langage corporel favorisent-ils une communication empathique et respectueuse ?
Avec qui	Les protagonistes impliqués dans la situation et le manager



Boucle de Boyd (OODA)

OODA = observer, orienter, décider, agir

**Améliorer le
fonctionnement de l'équipe**

Prise de décision

Définition

Un modèle décisionnel en quatre étapes (observer, orienter, décider, agir) développé par le colonel John Boyd de l'US Air Force pour des décisions rapides et efficaces dans des environnements dynamiques.

 **Objectif pédagogique**
Expliquer et faire pratiquer la boucle OODA pour améliorer la prise de décision en situation incertaine et dynamique

 **Objectifs pédagogiques pour l'apprenant**
À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Décrire les 4 étapes de la boucle OODA
- Appliquer OODA dans une situation clinique dynamique
- Réévaluer régulièrement ses décisions selon l'évolution
- Travailler en équipe en partageant les observations, orientations et décisions

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 à 10 minutes) : présenter le modèle OODA et ses origines. Insister sur la notion de **boucle adaptative**
2. **Présentation des étapes** (15 minutes) : décrire chaque phase avec des exemples concrets en santé
3. **Mise en pratique avec une situation concrète** (20 minutes)
 - o Simulation : patient qui se dégrade rapidement (ex. : hémorragie, choc septique, etc.)
 - o Les étudiants appliquent la méthode en équipe
4. **Débriefing** (10 à 15 minutes)
 - o Revenir sur l'efficacité de la boucle
 - o Identifier les étapes bien appliquées et celles moins bien réalisées

Points à observer

- Comment et quelles informations disponibles ont été recueillies (permet d'évaluer la qualité de l'observation)
- La communication en équipe : les observations, analyses et décisions ont été partagées avec l'équipe
- La réévaluation régulière

Difficulté d'animation



† **Effectifs**

En équipe, binôme

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☒ Simulation
- ☒ Exemple vidéo de communication avec la méthode
- ☒ Un schéma circulaire OODA
- ☒ Fiche mémo ou poster rappelant les 4 étapes
- ☒ Scénario simulé ou vidéo d'exemple d'une situation illustrant une décision réévaluée grâce au cycle
- ✓ Mise en situation
- ✓ Levier individuel et/ou collectif



Temps total 30 à 45 minutes

Feedback

- Revenir sur la logique cyclique de la méthode (observer, orienter, décider, agir et réobserver)
- Insister sur le travail en équipe : OODA est plus efficace quand il est partagé et discuté collectivement
- Favoriser l'auto-analyse : « Comment vous êtes-vous senti ? », « Qu'est-ce qui a été difficile par rapport aux différentes étapes ? »

Sources

- Bazin, Aaron A. (January–February 2005). "Boyd's O-O-D-A loop and the infantry company commander" (PDF). *Infantry*. 94 (1): 17–19. ProQuest 219733932.
- Ryder, Mike; Downs, Carolyn (November 2022). "Rethinking reflective practice: John Boyd's OODA loop as an alternative to Kolb". *The International Journal of Management Education*. 20 (3) 100703. doi:10.1016/j.ijme.2022.100703

Étape	Signification	Objectif pédagogique
O = Observer	Observer, recueillir les informations pertinentes	Construire une image claire de la situation
O = Orienter	Orienter son analyse, mettre en perspective avec ses connaissances, son expérience et l'environnement	Donner du sens aux données et prioriser
D = Décider	Décider de la meilleure option à partir de différentes options possibles	Prise de décision adaptée
A = Agir	Mettre en œuvre la décision	Passer à l'action et coordonner l'équipe

Mémo OODA	Les étapes
Introduction	La prise de décision rapide en contexte incertain (urgence, crise, soins critiques) nécessite une méthode. La boucle OODA, créée par le colonel John Boyd (US Air Force) est un modèle utilisé en aviation, dans l'armée, la gestion de crise et la santé. Elle met en avant la nécessité d'observer, s'orienter, décider et agir, tout en bouclant continuellement selon l'évolution de la situation
Pourquoi	Méthode qui permet de choisir les bonnes décisions grâce à une forme d'agilité mentale
Quand	En particulier dans certaines situations cliniques dynamiques, peu stabilisées
Comment	4 étapes : 1. Observer pour recueillir les informations pertinentes : constantes vitales, ATCD, contexte clinique, etc. 2. Les données sont analysées et mises en perspective : ex. : interpréter l'hypotension + tachycardie comme un choc hémorragique possible 3. Une décision rapide et adaptée à la situation est prise : ex. : décider de transfuser et d'alerter le bloc 4. La décision est mise en œuvre de manière efficace et coordonnée : ex. : une voie veineuse est posée, le remplissage est débuté, le chirurgien est prévenu Boucle : les nouvelles observations sont prises en compte pour réajuster la décision
Avec qui	Les membres de l'équipe qui gèrent la situation



Technique d'évaluation globale de la connaissance de la situation (SAGAT³²)

Conscience de la situation

Améliorer le fonctionnement de l'équipe

Prise de décision

Définition

Technique qui permet d'évaluer le niveau de la conscience de la situation (*situation awareness*)



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer la méthode SAGAT pour évaluer la conscience de la situation en pratique clinique



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer ce qu'est la conscience de la situation (COS)
- Démontrer sa capacité à percevoir, comprendre et anticiper dans un contexte clinique
- Identifier l'impact de la conscience de la situation sur la qualité et la sécurité des soins

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 à 10 minutes) : présenter la notion de COS et son importance dans la prise en charge. Expliquer la méthode SAGAT
2. **Mise en situation simulée** (20 à 25 minutes) : scénario clinique pour poser des questions SAGAT. Chaque apprenant répond individuellement
3. **Collecte et analyse** (5 à 10 minutes)
 - o Comparer les réponses avec l'état réel de la situation dans le scénario
 - o Identifier les écarts (perceptions manquantes, compréhension erronée, projections incomplètes)
4. **Débriefing** (15 minutes)
 - o Discuter de l'importance de chaque niveau de COS
 - o Réfléchir aux moyens d'améliorer la perception, la compréhension et l'anticipation

Points à observer

- Bonne perception des éléments essentiels de la situation
- Communication claire de la COS à l'équipe
- Capacité à anticiper et proposer des actions proactives

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En équipe, binôme

Méthodes et matériels requis

- ✓ Mise en situation (jeux de rôle)
- ✓ Simulation
- ✓ Fiche mémo avec les 3 niveaux de COS (perception, compréhension, projection)
- ✓ Scénario simulé
- ✓ Mise en situation
- ✓ Levier individuel et/ou collectif



Temps total 45 à 60 minutes

Feedback

- La COS est dynamique
- Quelles informations l'apprenant a-t-il prises en compte en premier ? Qu'est-ce qui vous a permis de comprendre l'état du patient ? Qu'avez-vous anticipé, et comment ?
- Relier la COS au travail en équipe : une bonne COD individuelle doit être **partagée** pour devenir une COS **collective**
- Favoriser l'auto-analyse : « Comment vous êtes-vous senti ? », « Qu'est-ce qui a été difficile dans les 3 niveaux ? »

Sources

Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Hum Factors. 1995;37(1):32-64.

³² Situation Awareness Global Assessment Technique

Définition de l'acronyme SAGAT : niveau de Endsley, 2015

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Niveau 1 Perception des éléments de l'environnement	Que perçoit l'apprenant dans la situation ?	Bonne perception des éléments essentiels de la situation. Enjeux liés à la collecte des informations
Niveau 2 Compréhension de la situation actuelle	Orienter son analyse, mettre en perspective avec ses connaissances, son expérience et l'environnement	Ce que l'apprenant comprend de ses observations
Niveau 3 Projection de l'état futur de la situation	Anticiper l'évolution	Capacité à envisager différentes suites pour prendre la meilleure décision
Communication de la COS	Partager sa perception/compréhension	Capacité à partager

Mémo SAGAT	Les étapes
Introduction	La conscience de la situation est la capacité d'un professionnel ou d'une équipe à percevoir les éléments d'une situation, à les comprendre et à anticiper leur évolution. Une mauvaise conscience de la situation est une source majeure d'EIAS. La méthode SAGAT est une technique d'évaluation développée par Endsley dans l'aéronautique et adaptée à la santé. C'est une méthode très utilisée en simulation. Dans la plupart des cas, la COS constitue la base de la prise de décision
Pourquoi	Technique qui permet d'évaluer le niveau de la conscience de la situation (<i>situation awareness</i>) : la « perception des éléments environnementaux dans le temps et l'espace, et la perception de leur signification ; elle implique d'être conscient de ce qui se passe autour de soi pour comprendre comment les informations, les événements et ses propres actions influent sur les résultats et les objectifs » Endsley, 1995, p. 32
Quand	La COS est dynamique : elle peut donc évoluer rapidement et doit être constamment mise à jour
Comment	Trois niveaux : 1. Percevoir : quelle est la situation du patient ? 2. Comprendre : que signifient ces constantes pour l'état respiratoire du patient ? 3. Anticiper : que risque-t-il de se passer dans les 5 prochaines minutes ? La situation est partagée avec les autres membres de l'équipe. En fonction des nouvelles informations, la COS est révisée
Avec qui	Les membres de l'équipe qui partagent la situation



Méthode pointer et nommer³³

Conscience de la situation

Interruption de tâche

Prise de décision

Définition

Pratique qui consiste à associer une tâche à un mouvement et la nommer à voix haute. C'est-à-dire pointer du doigt l'élément que l'on doit contrôler, le nommer, puis effectuer l'action associée.



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer la méthode « pointer et nommer » pour réduire les erreurs d'inattention lors des tâches à risque



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer la méthode pointer et nommer
- Appliquer la méthode lors de tâches/activités à risques (médicaments, anesthésie, check-list, etc.)
- Démontrer comment le geste et la verbalisation améliorent la vigilance
- Identifier les contextes cliniques où la méthode est utile (bloc, soins techniques, reprise d'une activité, etc.)

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 minutes) : présenter l'origine de la méthode et son efficacité démontrée (réduction des erreurs d'inattention). Illustrer par une vidéo
2. **Présentation des étapes** (10 minutes) : démontrer la technique (pointer et verbaliser)
3. **Exercice pratique** (10 minutes)
 - o Jeux de rôle : check-list avant geste technique, vérification circuit respiratoire, etc.
 - o Chaque apprenant doit pointer et annoncer à voix haute avant d'agir
4. **Débriefing** (5 à 10 minutes)
 - o Identifier les situations cliniques où cette méthode est transférable
 - o Ressentis : qu'est-ce que cela change dans la concentration ?

Points à observer

- Le pointage clair de l'élément ou de l'action
- Verbalisation claire et compréhensible
- Capacité à maintenir la concentration en situation de stress

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En équipe, binôme

Méthodes et matériels requis

- ☑ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☑ Simulation
- ☑ Vidéos hors santé : What's the Point of Pointing in Japan? Pointing and Calling Japanese Safety Standard at Railway Companies
- ☑ Fiche mémo pour la pratique quotidienne
- ☑ Schéma illustrant la séquence pointer + verbaliser + exécuter



Temps total 20 à 30 minutes

Feedback

- Le **double canal** (visuel et auditif) diminue les erreurs d'inattention
- La méthode doit être **systématique** pour être efficace
- Elle favorise la **sécurité collective** quand utilisée en équipe (ex. : bloc opératoire)
- Faire verbaliser l'apprenant : « Comment la méthode a-t-elle modifié votre attention ou votre confiance ? »

Sources

- Violato E, Chao ICI, McCartan C, Concannon B. Pointing and calling the way to patient safety: An introduction and initial use case. Journal of Patient Safety and Risk Management. 2022;27(2):86-93. doi:10.1177/25160435221078099
- Shinohara, K., Naito, H., Matsui, Y., & Hikono, M. (2013). The effects of "finger pointing and calling" on cognitive control processes in the task-switching paradigm. International Journal of Industrial Ergonomics, 2013; 43(2), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2012.08.004>
- Jaulin F, Pointing and calling, Les enfants du facteur, 2023 <https://youtu.be/5nRD4HHa6Ys?si=38NdLA-WhPRqhTQ->

³³ Rituel Shisa Kanbo (指差喚呼), *Pointing and calling*

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Étape 1 Pointer	Désigner visuellement et physiquement l'élément concerné	Envisager la vision et le geste pour mobiliser l'attention
Étape 2 Nommer	Verbaliser à voix haute l'action ou la donnée observée	Stimuler l'audition et renforcer la mémorisation
Étape 3 Exécuter	Réaliser l'action après confirmation	Sécuriser l'acte par un engagement conscient

☞ L'association du **geste + parole** active plusieurs canaux sensoriels, réduisant fortement le risque d'erreur, d'oubli.

Mémo pointer et nommer	Les étapes
Introduction	Il s'agit d'un véritable rituel de la sécurité ferroviaire au Japon L'association du geste (pointer du doigt) avec le nommage à voix haute sollicite des mécanismes cognitifs qui favorisent l'attention et la concentration
Pourquoi	L'inattention et la routine sont une source majeure d'événements indésirables dans les environnements complexes (transports, aviation, santé). Adaptée à la santé, cette méthode permet de renforcer la vigilance, la concentration et la sécurité lors des vérifications et procédures répétitives Cette méthode ne doit pas être utilisée dans des situations d'urgences, des situations où les prises de décision sont rapides. En revanche, elle est tout à fait adaptée à toutes les activités séquencées, où l'enchaînement est important
Quand	Lors d'activités de routine, séquentielles, après une interruption de tâche, etc.
Comment	3 étapes : 1. Désigner un élément ou l'action concernée : pointer la seringue d'adrénaline 2. Verbaliser à voix haute l'action ou la donnée : dire « 5 mg d'adrénaline intraveineuse » 3. Réaliser l'action : injecter le médicament validé La méthode peut sembler superficielle au début, mais devient un rituel sécurisant
Avec qui	Avec soi-même, avec d'autres membres de l'équipe qui partagent la situation



Définition

Vérification des actions d'un autre membre de l'équipe. Action réalisée simultanément par deux personnes, ensemble.



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer la méthode du contrôle croisé pour sécuriser la prise en charge et intercepter une erreur éventuelle



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer les étapes du contrôle croisé
- Appliquer le contrôle croisé dans des situations cliniques à risque
- Renforcer la responsabilité et la coordination dans l'équipe

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 minutes) : présenter l'importance du contrôle croisé pour la sécurité. Montrer un exemple d'erreur évitée grâce à la méthode
2. **Présentation de la méthode** (5-10 minutes) : décrire chaque étape avec un exemple concret (médicaments, procédures, etc.)
3. **Exercice pratique** (10-15 minutes)
 - o Jeux de rôle : un étudiant communique une information critique, l'autre la vérifie et confirme
 - o Simulation avec une prescription réelle
4. **Débriefing** (5 à 10 minutes)
 - o Discuter des erreurs détectées
 - o Ressentis : qu'est-ce que cela change dans la concentration ?

Points à observer

- Le ton, le regard et la posture favorisent-ils la clarté et l'attention mutuelle ?
- Demande initiale claire, explicite et complète
- Capacité à maintenir la concentration en situation de stress

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

En binôme

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation (jeux de rôle)
- ☒ Simulation
- ☒ Vidéo démontrant un contrôle croisé correct et incorrect
- ☒ Fiche mémo
- ☒ Schéma illustrant la boucle : émission, vérification, confirmation et exécution



Temps total 20 à 30 minutes

Feedback

- Identifier ce qui a permis la sécurisation et ce qui a mis en risque
- Encourager les participants à verbaliser leur rôle et vigilance respectifs : « qu'avez-vous vérifié et pourquoi ? »
- Valoriser la méthode : rapide et simple à appliquer

Sources

- Renouard F. Histoire vécue, les biais cognitifs. Les Cahiers du facteur, 18 mai 2022 <https://facteurhumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/05/Cahiers-du-Facteur.-Histoire-Ve%CC%81cue.pdf>
- Pery M, Petiot M. Contrôle croisé (*cross-check*). Chapitre 19. Dans : Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Arnette, 2023

³⁴ Cross-check

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Étape 1 Émission	La personne en charge énonce clairement l'information à vérifier	Assurer que l'information est communiquée explicitement
Étape 2 Contrôle croisé/ vérification	Le second membre de l'équipe répète ou contrôle l'information	Détecter les erreurs potentielles avec l'action
Étape 3 Confirmation/validation	L'émetteur confirme ou corrige la lecture croisée	Garantir la bonne compréhension avant exécution
Étape 4 Exécution	La personne peut exécuter l'action après la validation	Sécuriser la procédure et responsabiliser en équipe

Mémo contrôle croisé	Les étapes
Introduction	Les équipes les plus performantes sont celles qui recherchent et interceptent les erreurs. Il est donc essentiel d'appliquer les méthodes pour les détecter. La méthode impose une communication claire et structurée . Les deux participants doivent être actifs et attentifs : ni acquiescement automatique, ni exécution sans validation. Le contrôle croisé est rapide, simple et reproductible dans différents contextes
Pourquoi	Le contrôle croisé est une méthode simple permettant de vérifier à deux une information critique (prescription, dosage, matériel, etc.). Cette méthode améliore la sécurité des patients, la coordination et la responsabilisation des membres de l'équipe
Quand	Les situations à risque sont définies et partagées en équipe
Comment	3 étapes : 1. Émission : la demande est claire. Exemple³⁵ : le médecin à l'infirmier(e) « Prépare 200 mg de kétamine et 80 mg de Célocurine » 2. Vérifier : l'infirmier prend les ampoules nécessaires à la préparation des seringues. Avant de préparer les seringues, il montre les ampoules au médecin. L'infirmier dit : « Tu lis quoi ? » 3. Confirmer : le médecin lit à voix haute le nom des ampoules pour vérifier qu'elles sont conformes à la prescription L'infirmier prépare les doses Vigilance : ne pas confondre la double vérification et le contrôle croisé
Avec qui	Avec le second membre de l'équipe

³⁵ Contrôle croisé (*cross-check*), M. Pery et E. Petiot, p. 137 du livre Facteurs humains en santé.

Définition

Technique de communication visant à s'assurer que le message transmis a bien été compris.

 Objectif pédagogique Expliquer et faire pratiquer la méthode du faire dire pour structurer la communication et vérifier la compréhension dans un contexte clinique ou pédagogique  Objectifs pédagogiques pour l'apprenant À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de : - Expliquer les étapes du faire dire - Utiliser cette technique dans une communication d'équipe (professionnel et patient) - Identifier les risques d'une consigne non reformulée - Développer des compétences de communication structurée Déroulé de la séquence 1. Introduction (5 minutes) : présenter l'importance du faire dire pour la sécurité et la qualité de la communication et illustrer par des exemples d'erreurs liées à une mauvaise transmission d'information 2. Présentation des étapes (5-10 minutes) : détailler la boucle complète : transmission – reformulation – validation – exécution – feedback 3. Mise en pratique (10-15 minutes) - o Exercices de simulation (bloc opératoire, urgences, réanimation, soins courants) - o Un apprenant joue le rôle de l'émetteur, un autre du récepteur 4. Débriefing (5 à 10 minutes) - o Identifier les réussites et les oublis - o Discussion sur le transfert en stage ou en pratique clinique Points à observer - L'attitude générale (ton, écoute active) - L'émission d'un message clair, concis et audible - Le récepteur reformule explicitement le message reçu - L'émetteur confirme ou corrige la reformulation	Difficulté d'animation   ↑ Effectifs En équipe et avec des patients Méthodes et matériels requis ☒ Mise en situation ☒ Carte mémo illustrant les 5 étapes ☒ Vidéo avec et sans faire dire  Temps total 20 à 30 minutes Feedback - Ce qui a bien fonctionné (+) et ce qui peut être amélioré (Δ) - Faire verbaliser : « Comment t'es-tu assuré que ton message avait été compris ? » « Qu'est-ce qui a manqué pour sécuriser la transmission ? » - Insister sur la boucle fermée comme standard de sécurité Sources - Amalberti R. La méthode <i>Teach-back</i>, pour mieux se faire comprendre des patients. Concours Méd 2013;135(7):1-3 - HAS – FAIRE DIRE Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Un outil pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers
--	--

³⁶ *Teach-back*

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Transmission d'un message	L'émetteur formule une consigne précise, concise et audible	Clarté, mots simples, élocution
Reformulation par l'émetteur	Je voudrais m'assurer que j'ai été clair dans mes explications, pourriez-vous me les redire à votre façon ? Qu'avez-vous retenu ?	Apprendre à formuler des questions ouvertes
Validation par l'émetteur	Confirmer ou réexpliquer si besoin	Écoute active

Mémo faire dire	Les étapes
Introduction	Faire dire consiste à demander à l'interlocuteur de reformuler, répéter ou expliciter l'information reçue. Il s'inspire des outils internationaux existants nommés : <i>Teach-back</i> , <i>Show-me</i> ou <i>Closing-the loop</i>
Pourquoi	Utilisée en santé, elle renforce la sécurité, évite les malentendus et favorise l'apprentissage actif C'est une composante essentielle de la communication en boucle fermée
Quand	À tout moment lors de l'émission d'un message, d'une démarche pédagogique
Comment	3 étapes : Expliquer – FAIRE DIRE – Réexpliquer si nécessaire
Avec qui	Avec d'autres membres de l'équipe, dont les patients/entourage



Conscience de la situation

Stress

Prise de décision

Définition

Pratique qui consiste à modifier notre respiration, celle-ci va pouvoir réguler le rythme cardiaque, qui lui-même influera sur le cerveau en diminuant notamment le taux de cortisol (hormone du stress) dans le sang.



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer la cohérence cardiaque pour gérer le stress, améliorer la concentration et la régulation émotionnelle



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Expliquer le principe de la cohérence cardiaque et ses effets physiologiques
- Mettre en place une séance pratique de 3 à 5 minutes
- Utiliser la cohérence cardiaque pour réguler stress et émotions avant ou pendant une situation clinique
- Transférer la pratique dans la vie professionnelle et personnelle pour amélioration concentration et communication

Déroulé de la séquence

5. **Introduction théorique** (5-10 minutes) : présenter le mécanisme physiologique : rythme cardiaque, système nerveux autonome, cortisol. Expliquer les bénéfices : réduction du stress, meilleure attention, régulation émotionnelle
6. **Démonstration guidée** (5 minutes) : montrer le rythme respiratoire et guider les participants
7. **Pratique individuelle** (5-10 minutes)
 - o Les participants respirent en rythme, se concentrent sur la respiration et visualisent un souvenir positif
8. **Débriefing** (5 à 10 minutes)
 - o Ressentis, difficultés, applications possibles en contexte clinique : qu'est-ce que cela change dans la concentration ?

Points à observer

- Attention portée sur la respiration ou les sensations corporelles
- Posture confortable
- Pratique complète

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

Solo, en équipe

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation
- ☒ Audios de cohérence cardiaque ou vidéo guidée
- ☒ Schéma du rythme cardiaque et respiration
- ☒ Schéma illustrant le rythme 5-5 et la durée conseillée



Temps total 20 à 30 minutes

Feedback

- Insister sur la cohérence cardiaque qui est simple, courte et efficace, mais que la régularité quotidienne en renforce les bénéfices
- Faire verbaliser l'apprenant : « ce qui a bien fonctionné et ce qui peut être amélioré »
Ce qu'ils ont perçu pendant la pratique ?
Dans quelle(s) situation(s) la pratique pourrait être utilisée ?

Sources

- Hospices civils de Lyon (HCL). Fiche santé, cohérence cardiaque, 2025
[Cohérence cardiaque | Fiche santé HCL](#)
- Nombreuses applications mobiles (ex. : Kardia et RespiRelax+)
- Thabrew, H., Ruppeltdt, P., & Sollers, J. J., 3rd. Systematic Review of Biofeedback Interventions for Addressing Anxiety and Depression in Children and Adolescents with Long-Term Physical Conditions. Appl Psychophysiol Biofeedback, 2018 : 43(3), 179-192. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9399-z>

³⁷ Méthode 5-5-5

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Respiration rythmée	Inspirer et expirer de façon régulière, généralement 5 secondes d'inspiration/5 secondes d'expiration	Synchroniser le rythme cardiaque et respiratoire
Focus attentionnel	Concentrer son attention sur la respiration et/ou les sensations corporelles	Réduire l'activation du système nerveux sympathique (stress)
Visualisation/ancrage positif	Évoquer une image, un souvenir ou une intention positive	Renforcer l'état de calme et la motivation
Répétition	Pratiquer 3 à 5 minutes, 2 à 3 fois par jour ou avant une situation stressante	Installer une cohérence physiologique et émotionnelle durable

Mémo cohérence cardiaque	Les étapes
Introduction	La cohérence cardiaque est une technique de régulation respiratoire et émotionnelle qui vise à synchroniser rythme cardiaque et respiration
Pourquoi	Pratiquer la cohérence : - Favorise la réduction du stress et de l'anxiété - Améliore la concentration et la clarté mentale - Assure un meilleur contrôle des émotions - A un effet positif sur la tension artérielle et le sommeil Elle est particulièrement utile, notamment dans les situations de haute pression : urgences, réanimations, blocs opératoires, consultations difficiles, etc.
Quand	La règle du 365 • 3 fois par jour • 6 respirations par minute • Pendant 5 minutes Pratiquer de manière régulière, c'est mieux, et en fonction des besoins et situations
Comment	Assis dans un lieu calme Inspirer par le nez sur 5 secondes, puis expirer par la bouche sur 5 secondes, renouveler le cycle sur 5 minutes Tester 5 secondes d'inspiration, 5 secondes d'expiration, le tout pendant 5 minutes
Avec qui	Avec soi-même, avec d'autres membres de l'équipe qui partagent la situation

Définition

Technique de communication visant à réaliser un retour d'une personne à une autre à propos d'une situation/travail réalisé/comportement

Objectif pédagogique
Expliquer et faire pratiquer la méthode du feedback structuré pour favoriser l'apprentissage, la progression et la sécurité

Objectifs pédagogiques pour l'apprenant
À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Donner un feedback structuré, clair et bienveillant
- Recevoir un feedback de façon constructive
- Différencier observation factuelle et jugement
- Utiliser le feedback pour progresser

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 minutes) : présenter l'intérêt du feedback en apprentissage et en sécurité
2. **Présentation des étapes** (10 minutes) : détailler le cadre structuré et illustrer par un exemple concret
3. **Mise en pratique** (15-20 minutes)
 - o Exercices en binômes : l'un observe une tâche, puis donne un feedback à l'autre
4. **Débriefing** (10 minutes)
 - o Partage des ressentis, analyse collective des difficultés

Points à observer

- Le feedback rappelle clairement la situation (moment, action)
- Les faits sont décrits sans jugement
- Il est constructif et bienveillant
- L'apprenant est invité à s'exprimer

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

Entre deux personnes et/ou en équipe

Méthodes et matériels requis

- ☒ Mise en situation
- ☒ Carte mémo avec les étapes du feedback
- ☒ Vidéo avec des exemples de feedback (efficace vs inefficace)
- ☒ Grilles d'observation

 **Temps total 30 à 40 minutes**

Feedback

- Valoriser ce qui fonctionne et identifier ce qui peut évoluer
- Encourager la co-construction : « Qu'aurais-tu pu faire différemment ? »

Sources

Moriou S., Feedback, le pouvoir des conversations, l'art de donner et recevoir du feedback, Dunod, 2023

Étape	Signification	Objectif pédagogique
Préalable : vérifier la disponibilité de la personne		
Observation factuelle	Rappeler le contexte et décrire ce qui a été vu sans jugement	Apprendre à exprimer un fait
Ressenti	Exprimer l'effet observé sur l'équipe/patient	L'expression de l'émotion
Analyse et dialogue	Faire verbaliser l'apprenant	Faire exprimer le besoin et les solutions
Points positifs	Valoriser ce qui a bien fonctionné	Apprendre aussi à dire ce qui va bien
Axes d'amélioration	Identifier 1 ou 2 pistes concrètes	Apprendre à formuler une demande et les résultats espérés
Mémo feedback	Les étapes	
Introduction	En santé, il soutient l'acquisition des compétences techniques et non techniques Il doit être donné de façon constructive, respectueuse et orientée vers l'action. Pour faire un feedback efficace, vous pouvez employer la méthode de la communication non violente (CNV), la méthode DESC	
Pourquoi	Le feedback est un outil pédagogique essentiel pour permettre aux apprenants d'identifier leurs forces et leurs axes d'amélioration. C'est aussi un outil de management. C'est un facteur de performance	
Quand	Il doit être réalisé au bon moment, c'est-à-dire pas trop loin de la situation	
Comment	Vérifier la disponibilité : est-ce que tu es disponible ? Exprimer les faits : ce matin, tu es arrivé 30 minutes en retard pour prendre la relève du matin Ressenti : cela a obligé la collègue de nuit à rester plus longtemps, car une urgence est arrivée entre-temps. Cela m'a mis en stress Faire verbaliser : comment tu as ressenti la situation ? Demande : J'aimerais que tu arrives à l'heure le matin les prochains jours. Malgré la tension, tu es resté calme Conclure : je te remercie pour...	
Avec qui	Le manager, les personnes concernées par la situation	



Aides cognitives (AC)

Prise de
décision

Travail en équipe

Leadership

Définition

Une aide cognitive (AC) est définie comme une ressource conçue pour diminuer la charge mentale des utilisateurs dans leur environnement, les aidant à réaliser des tâches en équipe et en toutes situations.



Objectif pédagogique

Expliquer et faire pratiquer l'utilisation d'aides cognitives (check-lists, algorithmes, protocoles visuels) pour soutenir la prise de décision et la sécurité des soins



Objectifs pédagogiques pour l'apprenant

À l'issue de la séance, l'apprenant sera capable de :

- Décrire l'intérêt des AC pour la sécurité des soins
- Utiliser l'AC en situation clinique, notamment de crise
- Impliquer l'équipe dans leur application
- Identifier les risques liés à leur non-utilisation

Déroulé de la séquence

1. **Introduction** (5 minutes) : expliquer pourquoi les aides cognitives sont utiles
Donner des exemples concrets d'AC en santé
2. **Présentation des étapes** (10 minutes) : décrire comment les utiliser efficacement
3. **Mise en pratique** (15-20 minutes)
 - o Utilisation en simulation (algorithme ACR, protocole transfusion, anesthésie, urgence)
4. **Débriefing** (10 minutes)
 - o Analyse de la rigueur d'utilisation, discussion sur obstacles en pratique réelle

Points à observer

- L'aide cognitive est utilisée dans le bon contexte
- Elle est introduite auprès de l'équipe
- Les items sont lus/validés clairement
- L'application est validée collectivement

Difficulté d'animation



↑ Effectifs

Entre deux personnes et/ou en équipe

Méthodes et matériels requis

- ☑ Mise en situation
- ☑ Exemples de supports
- ☑ Vidéo de simulation utilisant une aide cognitive



Temps total 30 à 40 minutes

Feedback

- L'AC doit être utilisée activement, pas juste lue passivement
 - La lecture à voix haute et la validation collective sont essentielles
 - L'outil est là pour soutenir la mémoire et la communication, pas pour remplacer le jugement clinique
- Ce qui est bien fait et ce qui reste à améliorer
- Questions ouvertes : « Qu'est-ce que l'aide cognitive vous a apporté ? »
- « Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour l'utiliser ? »
- Insister sur l'importance de la discipline collective dans leur usage

Sources

La charge de travail est physique ou mentale (ou charge cognitive). Ce sont les ressources mobilisées permettant de répondre aux exigences posées par la réalisation d'une tâche (Leplat 1977)

- Izard P., Les aides cognitives. Les cahiers du facteur, 2021

[Les aides cognitives par Philippe Izard – Facteurs humains en santé](#)

Étape AC	Signification	Objectif pédagogique
Présentation de l'outil	Identifier l'aide cognitive utilisée	Connaissance et sélection de l'aide
Pertinence	Vérifier son adéquation au contexte	Le bon outil
Utilisation	Employer l'outil de manière structurée et collective	Bonne communication
Respect du contenu	Ne pas sauter des étapes	Bonne utilisation de cet aide-mémoire
Interaction en équipe	Faire participer l'équipe	Outil de coordination

Mémo AC	Les étapes
Introduction	Les aides cognitives permettent une approche structurée du raisonnement et de la prise de décision, réduisant ainsi l'impact du stress et de la fatigue. Leur utilisation doit être collective et structurée. La rigueur dans leur application renforce la confiance et la coordination d'équipe
Pourquoi	L'AC fluidifie, rend plus équilibrées les connexions entre le système 1 et le système 2. Les aides cognitives permettent de sécuriser le fonctionnement du système 1 (ex. : check-list qui compense l'oubli lié à l'automatisme) Elles servent aussi de support externe au système 2, en réduisant la charge cognitive (l'algorithme donne la séquence, le professionnel garde de la ressource pour évaluer et anticiper) En pratique, elles créent un pont entre système 1 et système 2 : - Elles guident l'intuition (S1) par des repères fiables - Elles soutiennent l'analyse (S2) en externalisant la mémoire et en structurant l'action - Elles réduisent les biais, limitent la charge mentale et améliorent la fiabilité en situation complexe ou urgente
Quand	Les situations qui doivent bénéficier d'AC sont identifiées en équipe : quelles sont les situations (en routine, inattendue, crise) ?
Comment	L'aide cognitive peut être digitale, papier, au format, style check-list, algorithme 1. Identifier le bon moment : vérifier si la situation correspond à l'usage prévu. Ex. : algorithme RCP lors d'un arrêt cardiaque 2. Désigner un leader ou lecteur : un membre de l'équipe est responsable de guider l'utilisation de l'AC. Assurer une lecture à voix haute → permet à tous de suivre et de valider collectivement 3. Lire et appliquer les étapes : suivre sans sauter d'étapes 4. Impliquer toute l'équipe : l'AC est un outil collectif. Le lecteur pose des questions et valide avec les autres : « Avons-nous oublié quelque chose ? » Si une situation clinique exige une adaptation, l'équipe doit la discuter et la valider ensemble Validation finale : on s'assure que tout a été couvert et on annonce à voix haute la validation collective : « Check-list terminée, on peut procéder... »
Avec qui	L'équipe impliquée dans la situation

Références bibliographiques

1. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills. Aldershot: CRC Press; 2008.
2. Wiener EL, Kanki BG. Cockpit resource management. San Diego: Academic Press; 1993.
3. Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. Journal Officiel; 21 juillet 2021(167).
4. Reason J. Human error: models and management. Bmj 2000;320(7237):768-70.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
5. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. Hum Resour Health 2020;18(1):2.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
6. Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. Br J Anaesth 2010;105(1):38-44.
<https://dx.doi.org/10.1093/bja/aeq134>
7. Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. Surgery 2006;139(2):140-9.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2005.06.017>
8. Canadian Patient Safety Institute. The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions. 2nd edition. Edmonton: CPSI-ICSP; 2020.
https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf
9. Bijok B, Jaulin F. Facteurs humains en situations critiques. Recommandations de pratiques professionnelles. Paris: SFAR; 2022.
<https://sfar.org/download/facteurs-humains-en-situations-critiques/?wpdmid=37888&refresh=68a6e836493c61755768886>
10. Bijok B, Jaulin F, Picard J, Michelet D, Fuzier R, Arzalier-Daret S, *et al.* Guidelines on human factors in critical situations 2023. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine 2023;42(4):101262.
<https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101262>
11. Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. Anest Réanim 2021;7(3):218-29.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2021.04.011>
12. Daniellou F. Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité : des questions pour progresser. Cah Sécurité Indus 2012;(2012-3).
<https://dx.doi.org/10.57071/366nwm>
13. Daniellou F, Simard M, Boissières I. Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art. Cah Sécurité Indus 2010;(2010-02).
14. Fuzier R. L'importance des compétences non techniques. Cah Facteur 2021.
15. Haut conseil de la santé publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations. Paris: HCSP; 2011.
16. Haute Autorité de Santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients - édition multiprofessionnelle [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle
17. Institute of Medicine, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, : National Academies Press; 2000.
18. Kamaté C. La sécurité, une affaire de professionnels ? Intégrer la sécurité aux compétences professionnelles. Cah Sécurité Indus 2018;(2018-2).
<https://dx.doi.org/10.57071/wpt841>
19. Lamri J, Barrabel M, Meir O, Lubart T. Le défi des soft skills. Comment les développer au XXIe siècle ? Malakoff: Dunod; 2022.
20. Mitchell P, Hirst G, Bloxham CA, Laws P, Nunez E, Redfern N, Thoms GMM. Safer care: human factors for healthcare trainer's manual. Newcastle : Newcastle University ePrints; 2013.
https://eprints.ncl.ac.uk/file_store/production/206631/8E806E64-BC50-4B61-8563-F5BA1EC26C2A.pdf
21. Quenon J-L, Vacher A, Faget M, Levif-Lecourt M, Roberts T, Fucks I, *et al.* Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2020;20(1):517.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>
22. European Network for Patient Safety, European Society for Quality in HealthCare, Kristensen S, Bartels P. Use of patient safety culture instruments and recommendations. Aarhus N: EUNetPaS; 2010.
23. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate: Michigan University; 1997.
24. Agency for Healthcare Research and Quality. Culture of safety. PSNet [En ligne]. Rockville: AHRQ; 2019.
<https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
25. Besnard D, Boissières I, Daniellou F, Villena J. La culture de sécurité. Comprendre pour agir. Cah Sécurité Indus 2017;(2017-01).
26. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ Open 2017;7(11):e017708.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
27. de Bienassis K, Klazinga N. Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2. OECD Health Working Papers, No. 168. Paris: OECD; 2024.
https://www.oecd.org/en/publications/comparative-assessment-of-patient-safety-culture-performance-in-oecd-countries_d0552328-en.html

28. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf Sci* 2000;34(1):215-57. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)
29. Haute Autorité de Santé. Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887464/fr/recontres-securite-un-partenariat-entre-les-equipes-et-la-gouvernance
30. Haute Autorité de Santé, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Occelli P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/culture_de_securite_des_soins_du_concept_a_la_pratique.pdf
31. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations e santé. Fiche synthétique. Évaluation de la culture de sécurité : comprendre et agir. Saint-Denis La Plaine: HAS; FORAP; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/fiche_synthetique.pdf
32. Hollnagel E, Braithwaite J, Wears RL. Resilient health care. Surrey: Ashgate Publishing; 2013.
33. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res* 2019;41(2):279-304. <https://dx.doi.org/10.1177/0193945917747416>
34. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, *et al.* Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. *Risques Qual Milieu Soins* 2019;(1):9-17. https://dx.doi.org/10.25329/rq_xvi_1-1
35. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272(23):1851-7.
36. Simonetto I. Neurosciences et sécurité. Éviter les erreurs humaines au travail. Bruxelles: Mardaga; 2020.
37. Dekker S. The field guide to understanding human error. 2nd edition. Boca Raton: CRC Press; 2006.
38. Godé C, J.F. L. XXVI. Gary Klein. Décider en situation réelle. Dans: Livian Y.F., Bidan M., ed. Les grands auteurs aux frontières du management. Caen: EMS Editions; 2022. p. 330-41.
39. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. London: Allen Lane; 2011.
40. Kahneman D. Système 1, système 2. Les deux vitesses de la pensée. Paris: Flammarion; 2012.
41. Mangels JA, Butterfield B, Lamb J, Good C, Dweck CS. Why do beliefs about intelligence influence learning success? A social cognitive neuroscience model. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2006;1(2):75-86. <https://dx.doi.org/10.1093/scan/nsi013>
42. Procyk E, Meunier M. L'erreur forge le cerveau. *Cerveau Psycho* 2017;87(4):44-50. <https://dx.doi.org/10.3917/cerpsy.087.0044>
43. Renouard F. Histoire vécue. Les biais cognitifs concernent tous les soignants [En ligne]: Cah Facteur; 2022. <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/05/Cahiers-du-Facteur.-Histoire-Vécue.pdf>
44. Robinson N. Les biais cognitifs aux urgences [En ligne]: Cah Facteur; 2022. <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2022/07/biais-aux-urgences-par-Nathalie-Robinson-Diffusable.pdf>
45. Gander P, Hartley L, Powell D, Cabon P, Hitchcock E, Mills A, Popkin S. Fatigue risk management: Organizational factors at the regulatory and industry/company level. *Accid Anal Prev* 2011;43(2):573-90. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.11.007>
46. Asch DA, Parker RM. The Libby Zion case. One step forward or two steps backward? *N Engl J Med* 1988;318(12):771-5. <https://dx.doi.org/10.1056/nejm198803243181209>
47. Parry DA, Oeppen RS, Amin MSA, Brennan PA. Sleep: its importance and the effects of deprivation on surgeons and other healthcare professionals. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018;56(8):663-6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.08.001>
48. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, *et al.* Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351(18):1829-37. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa041404>
49. Watterson TL, Steege LM, Mott DA, Ford JH, 2nd, Portillo EC, Chui MA. Sociotechnical work system approach to occupational fatigue. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2023;49(9):485-93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.05.007>
50. Posos, Lifen. Baromètre. Charge mentale des soignants. Comment améliorer la qualité de vie au travail et réduire la charge mentale ? . Paris: Posos; 2023. <https://www.posos.co/livre-blancs/barometre-2023-charge-mentale-des-soignants>
51. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature* 1997;388(6639):235. <https://dx.doi.org/10.1038/40775>
52. Haute Autorité de Santé. Flash Sécurité Patient « Fatigue des professionnels de santé. Préserver les soignants pour mieux soigner les patients ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3808079/fr/flash-securite-patient-fatigue-des-professionnels-de-sante-preserver-les-soignants-pour-mieux-soigner-les-patients
53. Ippolito M, Einav S, Giarratano A, Cortegiani A. Effects of fatigue on anaesthetist well-being and patient safety: a narrative review. *Br J Anaesth* 2024;133(1):111-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2024.03.017>
54. Lockley SW, Landrigan CP, Barger LK, Czeisler CA. When policy meets physiology: the challenge of reducing resident work hours. *Clin Orthop Relat Res* 2006;449:116-27. <https://dx.doi.org/10.1097/01.blo.0000224057.32367.84>
55. Mentec H, Legris C, May-Michelangeli L. Comment gérer la fatigue des professionnels de santé ? *Risques Qual Milieu Soins* 2025;22(1):23-35. <https://dx.doi.org/10.3917/rqms.401.0023>

56. O'Connor P, O'Dea A. An introduction to human factors for healthcare workers. Dublin: Health Services Executive; 2021.
<https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/gps-incident-management/incident-management/a-guide-to-human-factors-in-healthcare-2021.pdf>
57. Philibert I. Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep* 2005;28(11):1392-402.
<https://dx.doi.org/10.1093/sleep/28.11.1392>
58. Lupien S. Par amour du stress. Montréal: Editions au Carré; 2010.
59. Domergue F, Cros S, Vraie B. L'effet du stress aigu sur les stratégies de réponse en situation critique : le cas du crash Rio-Paris. *Recherches en Sciences de Gestion* 2017;N° 120(3):23-44.
<https://dx.doi.org/10.3917/resq.120.0023>
60. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
61. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11.
<https://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
62. McGonigal K. The upside of stress: why stress is good for you (and how to get good at it). Paris: Vermilion; 2015.
63. Perreaut-Pierre E. Comprendre et pratiquer les Techniques d'Optimisation du Potentiel : Etre et rester au TOP- 3e éd. Malakoff: InterEditions; 2019.
64. Perreaut-Pierre E, Mikaeloff Y. Accompagner les soignants et les aidants. Avec les Techniques d'Optimisation du Potentiel. Paris: InterEditions; 2025.
65. Renouard F, Raynal P. Le stress chez les professionnels de santé : du cockpit au bloc opératoire. *Lettre Gynéco* 2019;(423):32-6.
66. Rudland JR, Golding C, Wilkinson TJ. The stress paradox: how stress can be good for learning. *Med Educ* 2020;54(1):40-5.
<https://dx.doi.org/10.1111/medu.13830>
67. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. *JAMA* 2017;317(9):901-2.
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0076>
68. Société française de médecine d'urgence, Facteurs humains en santé, Renouard F. Généralités sur le stress. Paris: SFMU; 2025.
https://www.sfm.u.org/upload/10_sfm_u/board/fiche_qvt_generalites_stress.pdf
69. Vraie B. Stress aigu en situation de crise. Comment maintenir ses capacités de décision et d'action. Bruxelles: Deboeck; 2018.
70. Vraie B, Perreaut-Pierre E. Mobiliser les facteurs humains dans la gestion de crise. À l'aide des Techniques d'Optimisation du Potentiel. Paris: InterEditions; 2025.
71. Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe – Pacte – Rapport final de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/rapport_final_pacte.pdf
72. Picard J. Leadership et travail en équipe. Chapitre 29. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! Paris: Libbey Eurotext; 2023.
73. Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. *Psychol Bull* 1965;63:384-99.
<https://dx.doi.org/10.1037/h0022100>
74. Tuckman BW, Jensen MAC. Stages of small-group development revisited. *Group Organ Stud* 1977;2(4):419-27.
<https://dx.doi.org/10.1177/105960117700200404>
75. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: Research/Evidence Base [En ligne]. Rockville: AHRQ; 2023.
<https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/evidence-base/index.html>
76. Costar DM, Hall KK. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: a systematic review. *J Patient Saf* 2020;16(3S Suppl 1):S48-s56.
<https://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000746>
77. Haute Autorité de Santé. Simulation en santé et gestion des risques. 1 – Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
78. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(2):143-51.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
79. Moll MC. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) - Fiche méthode 710 [En ligne] 2022.
<https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/facteurs-humains-et-organisationnels/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe>
80. O'Daniel M, Rosenstein AH. Advances in patient safety. professional. Communication and team collaboration. Dans: Hughes R G, ed. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
81. Pellissier P. Sept graines de lumière dans le coeur des guerriers : une initiation à l'art de dénouer les conflits. Paris: Points; 2018.
82. Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, Halpin SM. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2008;50(6):903-33.
<https://dx.doi.org/10.1518/001872008X375009>
83. Salas E, Reyes DL, McDaniel SH. The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. *Am Psychol* 2018;73(4):593-600.
<https://dx.doi.org/10.1037/amp0000334>

84. Tirtiaux G. Mieux réussir ensemble : gestion du stress, travail en équipe et autres compétences non techniques : s'inspirer des bonnes pratiques d'un pilote de ligne. Seraing: EDI PRO; 2019.
85. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* 2014;23(5):359-72.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848>
86. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [En ligne] 2002.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
87. L'expertise du patient et la formation des soignants. *Rev Santé Pub* 2013;24(2):56-60.
88. Arrêté du 27 janvier 2025 relatif à la participation de patients dans les formations pratiques et théoriques des études de médecine. *Journal Officiel*; 5 février 2025
89. Giardina TD, Haskell H, Menon S, Hallisy J, Southwick FS, Sarkar U, *et al.* Learning from patients' experiences related to diagnostic errors is essential for progress in patient safety. *Health Aff* 2018;37(11):1821-7.
<https://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0698>
90. Haute Autorité de Santé. Engagement du patient dans l'équipe. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852769/fr/engagement-du-patient-dans-l-equipe-pacte
91. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la mise en œuvre du guide « Simulation en santé et gestion des risques » et de ses outils méthodologiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/rapport_mettre_en_oeuvre_la_collaboration_entre_les_structures_de_simulation_en_sante_et_les_structures_de_soins.pdf
92. Haute Autorité de Santé. Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour renforcer l'engagement ou la participation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3602447/fr/experience-patient-et-savoir-experieniel-deux-notions-a-clarifier-pour-developper-l-engagement-ou-la-participation
93. Lefort H, Psiuk T. Patient partenaire, patient expert. De l'accompagnement à l'autonomie. Paris: Vuibert; 2019.
94. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? A mixed-methods study in a French university hospital. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):391.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
95. Psiuk T. Le concept du patient partenaire, de l'implicite vers l'explicite. *Droit Santé Soc* 2024;Vol. 10(3):3-6.
<https://dx.doi.org/10.3917/dsso.103.0003>
96. Sagnol G, Haesebaert J, Termoz A, Michel P, Schott A-M, Potinet V, *et al.* Assessing patient partnership among emergency departments in France: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):897.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09905-7>
97. Flin R, Goeters KM, Hoermann H, Amalberti R, Valot C, Nijhuis H. Development of the NOTECHS (non-technical) system for assessing pilots' CRM skills. *J Human Factors Aerospace Saf* 2003;3:95-117.
98. Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Paris: Robert Laffont; 1997.
99. Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Tome 1 - Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle. Paris: J'ai Lu; 2003.
100. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence. Brighton: Harvard Business Review Press; 2002.
101. Hackman JR, Wageman R. A theory of team coaching. *Acad Manage Rev* 2005;30(2):269-87.
<https://dx.doi.org/10.5465/amr.2005.16387885>
102. Künzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Saf Sci* 2010;48(1):1-17.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004>
103. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, Berns SD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002;37(6):1553-81.
<https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01104>
104. Reason J. Human Error. Cambridge : Cambridge University Press; 1990.
105. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a "Big Five" in teamwork? *Small Group Res* 2005;36(5):555-99.
<https://dx.doi.org/10.1177/1046496405277134>
106. Weaver SJ, Benishek LE, Leeds I, Wick EC. The relationship between teamwork and patient safety. Dans: Sanchez J , Barach P, Johnson J , Jacobs J ed. *Surgical patient care*: Springer; 2017.
107. Boyatzis R, McKee A. Resonant leadership: renewing yourself and connecting with others through mindfulness, hope, and compassion. Boston : Harvard Business School Press; 2005.
108. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282(9):833-9.
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.282.9.833>
109. Eurich T. Insight: the power of self-awareness in a self-deluded world. London: Macmillan; 2017.
110. Plutchik R. The nature of emotions. *Am Sci* 2001;89(4).
<https://dx.doi.org/10.1511/2001.28.344>
111. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
112. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):886.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
113. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186-94.
<https://dx.doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>

114. Haller G, Laroche T, Clergue F. Évènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(12):923-9. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.06.019>
115. Agency for Healthcare Research and Quality. Implementing TeamSTEPPS 3.0 in an organization or unit [En ligne]. Rockville: AHRQ; 2024. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/implement/index.html>
116. Boloré S, Fassier T, Guirimand N. Effect of an interprofessional simulation program on patient safety competencies of healthcare professionals in Switzerland: a before and after study. *J Educ Eval Health Prof* 2023;20:25. <https://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2023.20.25>
117. Brunel E, Michel F, Plantet F. Communiquer en anesthésie-réanimation et médecine périopératoire. Arcueil: Arnette ; 2022.
118. Cros J. Mieux communiquer entre soignants. Un enjeu majeur de sécurité. Guide de phraséologie médicale. Arcueil: Arnette; 2018.
119. Dener H, Elçin M. Use of the measurement tools of TeamSTEPPS®: a scoping review. *BMC Med Educ* 2025;25(1):172. <https://dx.doi.org/10.1186/s12909-025-06759-x>
120. Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
121. Jones KJ, Crowe J, Allen JA, Skinner AM, High R, Kennel V, Reiter-Palmon R. The impact of post-fall huddles on repeat fall rates and perceptions of safety culture: a quasi-experimental evaluation of a patient safety demonstration project. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):650. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4453-y>
122. Mata ÁNS, de Azevedo KPM, Braga LP, de Medeiros G, de Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, *et al.* Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health* 2021;19(1):30. <https://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
123. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(8):e022202. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
124. Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Initiation à la Communication NonViolente. Paris: La Découverte; 2016.
125. Rosenberg MB. La Communication NonViolente au quotidien. Genève: Editions Jouvence; 2018.
126. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987-93. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
127. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Flatley Brennan P. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 2006;15(Suppl 1):i50-8. <https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
128. Courtès V, Kontomichos O, Petiot E, Raggi E, Tirtiaux G. Guide des comportements efficaces [En ligne] 2024. https://tirtiaux.com/wp-content/uploads/2024/03/OB_LEAF_GEN_v1.1_MD.pdf
129. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud* 2020;103:103487. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
130. Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KH, Brown RL, *et al.* A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf* 2011;20(1):15-24. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2008.028381>
131. Kontomichos O. Gestion de la charge de travail. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains en santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre ! . Paris: Arnette; 2023.
132. Monsell S. Task switching. *Trends Cogn Sci* 2003;7(3):134-40. [https://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613\(03\)00028-7](https://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613(03)00028-7)
133. Morineau T, Chapelain P, Quinio P. Task management skills and their deficiencies during care delivery in simulated medical emergency situation: A classification. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;34:34-42. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.001>
134. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010;170(8):683-90. <https://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65>
135. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Hum Factors* 1995;37:32-64. <https://dx.doi.org/10.1518/001872095779049543>
136. Endsley MR. Direct measurement of situation awareness: validity and use of SAGAT. Dans: Situation awareness analysis and measurement. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2000.
137. Endsley MR, Garland DJ. Situation awareness analysis and measurement. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
138. Parush A, Campbell C, Hunter A, Ma C, Calder L, Worthington J, *et al.* Situational awareness and patient safety. Ottawa: RCPSC; 2011. https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/full_situationalawareness_patientsafety.pdf/
139. Pelaccia T, Sherbino J, Wyer P, Norman G. Diagnostic reasoning and cognitive error in emergency medicine: Implications for teaching and learning. *Acad Emerg Med* 2025;32(3):320-6. <https://dx.doi.org/10.1111/acem.14968>
140. Salas E, Prince C, Baker DP, Shrestha L. Situation awareness in team performance: implications for measurement and training. *Hum Factors* 1995;37(1):123-36. <https://dx.doi.org/10.1518/001872095779049525>

141. Salas E, Wilson KA, Murphy CE, King H, Salisbury M. Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: tips for teamwork. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(6):333-41.
[https://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34042-2](https://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34042-2)
142. Tscholl DW, Gasciauskaitė G. Three quarters of preventable patient harm stems from situation awareness breakdowns: recognizing and addressing the core issue. *APSF Newsletter* 2024;39:29-30.
143. Agnès P, Cervoni L. La décision. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. *Facteurs Humains en Santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre !* Paris: Arnette; 2023.
144. Bin L. The classical model of decision making has been accepted as not providing an accurate account of how people typically make decisions. *Int J Bus Manage* 2009;3:151-4.
<https://dx.doi.org/10.5539/ijbm.v3n6p151>
145. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14 Suppl 1:27-35.
<https://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9182-2>
146. Haute Autorité de Santé. Pour-Décider. Une aide cognitive en cas de situation inattendue. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/3_outil_pour_decider.pdf
147. Haute Autorité de Santé. Flash Sécurité Patient - « Effet tunnel en santé. L'appel à un ami peut sauver des vies. ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3563493/fr/flash-securite-patient-effet-tunnel-en-sante-l-appel-a-un-ami-peut-sauver-des-vies
148. Hörmann HJ. Training of aircrew decision making. AGARD 81st aerospace medical panel symposium, Prague, Czech Republic, 27-31 May 1996. Dans: AGARD conference proceedings 588. Selection and training advances in aviation. Neuilly-sur-Seine: North Atlantic Treaty Organization; 1996.
149. Jefferson P, Reid G, Piechowicz E. Decision making in a cannot-intubate, cannot-oxygenate scenario. *Anaesthesia* 2018;73(9):1171.
<https://dx.doi.org/10.1111/anae.14385>
150. Klein G. A recognition Primed Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making. New York: Ablex Publishing Corporation; 1993.
151. Lighthall GK, Vazquez-Guillamet C. Understanding decision making in critical care. *Clin Med Res* 2015;13(3-4):156-68.
<https://dx.doi.org/10.3121/cmr.2015.1289>
152. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Acad Med* 2017;92(1):23-30.
<https://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001421>
153. Rasmussen J. Skills, rules, and knowledge; signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models. *IEEE Trans Syst Man Cyberns* 1983;SMC-13(3):257-66.
<https://dx.doi.org/10.1109/TSMC.1983.6313160>

Ici les références bibliographiques

Participants

Le projet a été mené en co-pilotage entre la HAS et l'association Facteurs humains en santé (FHS).

Groupe de travail FHS/HAS

Dr BASQUIN Cédric, médecin anesthésiste-réanimateur, Bretagne

Dr JAULIN François, professeur agrégé de mathématiques, médecin anesthésiste-réanimateur et spécialisé en médecine aérospatiale, Paris

ROBINSON Nathalie, cadre de santé, infirmière anesthésiste diplômée d'État, Toulouse

Pr PICARD Julien, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur et professeur des universités, Grenoble

Dr FUZIER Régis, médecin anesthésiste-réanimateur, Toulouse

Dr RENOUARD Franck, docteur en chirurgie dentaire, retraité, Paris

Pr DESCROIX Vianney, PUPH chirurgien-dentiste, Paris

NORMIER-CALHOUN Véronique, ergonome et infirmière anesthésiste diplômée d'État, Paris

Pr LEROLLE Nicolas, professeur des universités, praticien hospitalier, Angers

Consultation des parties prenantes

BIZET Caroline, cheffe de projet qualité et sécurité des soins, DGOS, ministère de la Santé

CAMES Évelyne, présidente de l'association des enseignants des écoles d'IBODE et cadre supérieure de santé école IBODE Toulouse

FREGOSI Danielle, référente qualité des soins, efficacité, certification, médicaments et produits de santé pour la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers et directrice du CH du pays d'Apt et de 2 EHPAD La Madeleine et Jehan Rippert

HUE Gilberte, présidente du Collège infirmier français (CIF)

KARAM May, membre du bureau de l'Académie des sciences infirmières (ASI)

MACOINE Sandra, responsable Emploi Formation, UNICANCER

NOYON Isabelle, référente collège FORAP FHS

PETIT Jean, coordonnateur, commission qualité, Conférence nationale des directeurs généraux

PROU Éric, président de l'Ordre national des pédicures-podologues (ONPP)

RAMBAUD Claude, vice-présidente de France Assos Santé

URBAIN Anne-Sophie, directrice de la SRA Grand Est

VINOLAS Aurore, cheffe de projet qualité/gestion des risques, UNICANCER

BENHAMOU Dan, président de la Société francophone de simulation en santé (SoFraSimS)

BUSCOZ Laetitia, directrice du Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique des établissements de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP)

DENIS Ilona, présidente de la Fédération nationale des étudiant(e)s en sciences infirmières (FNESI)

DEPEIGNE Constance, vice-présidente de la recherche et de l'internat, Agence nationale des étudiants de France (ANEPF)

GIRARD Florence, présidente de l'Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales

POINCENOT Jane, directrice qualité du DPC, Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)

POITTEVIN Lucas, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

ROUBY Ghislaine, responsable pédagogique, École infirmiers anesthésistes, CHU Montpellier

VIEZ Marie-Claire, directrice stratégique, Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Groupe de relecture

CROS Jérôme, médecin anesthésiste-réanimateur, polyclinique Limoges

DELMAS Véronique, praticienne hospitalière de médecine d'urgence, formatrice en facteurs organisationnels et humains, centre hospitalier Le Mans

DUVILLARD-MONTERNIER Solange, psychologue et PhD en psychologie, responsable de l'équipe CRM au profit des forces armées (IRBA), Service de santé des armées (SSA), Brétigny-sur-Orge

FEUILLEBOIS Brigitte, conseillère-experte paramédicale, *chief nursing officer*, bureau de l'exercice et de la déontologie (RH2), sous-direction des ressources humaines du système de santé (SDRH)

MORINEAU Thierry, professeur des universités en psychologie cognitive et ergonomie, université Bretagne Sud

MOUNIER Gilbert, président de la Société française de gestion des risques en santé (SoFGRES), responsable qualité national Croix-Rouge française, France

NAVIAUX-BELLE Catherine, conseillère pédagogique nationale, bureau de la démographie et de la formation initiale des professionnels de santé (RH1), sous-direction des ressources humaines du système de santé (SDRH)

PELACCIA Thierry, professeur de médecine d'urgence à la Faculté de médecine de Strasbourg et au SAMU 67 et directeur du Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Strasbourg

RAYNAL Pierre, praticien hospitalier gynécologie-obstétrique, médecin médiateur, formateur CRM et simulation en santé et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au centre hospitalier de Versailles

ROUSSARIE Florence, chirurgien-dentiste qualifiée en orthodontie, Île-de-France

SIMONETTO Isabelle, docteur en neurosciences, conférencière, auteure et consultante, Montélimar

PEAN Stéphanie, praticienne hospitalière, responsable du service qualité gestion des risques, coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins et référente SSE au CH Saumur Longué-Jumelles

VACHER Anthony, médecin, chercheur en psychologie ergonomique appuyée aux environnements à risque, Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), Brétigny-sur-Orge

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AC	Aides cognitives
ACRM	<i>Anaesthesia Crisis Resource Management</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANTS	<i>Anesthetists' Non-Technical Skills</i>
AS	Aide-soignante
CNT	Compétences non techniques
COS	Conscience de la situation
COVID	<i>Coronavirus Disease</i>
CREX	Comité de retour d'expérience
CRM	<i>Crew Resource Management</i> en santé
DESC	Décrire, exprimer, suggérer, conclure
DPC	Développement professionnel continu
DU	Diplôme universitaire
ETAS	Événements indésirables associés aux soins
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
ENEIS	Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
FHS	Facteurs humains en santé
FOH	Facteurs organisationnels et humains
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
GES	Gestion de la charge de travail
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
NOTECH	<i>Non-Technical</i>
NTS	<i>Non-Technical Skills</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
OODA	Observer, orienter, décider, agir
QCM	Questionnaire à choix multiples
QVCT	Qualité de vie et conditions de travail
RETEX	Retour d'expérience
RMM	Revue de morbidité et de mortalité
RPP	Recommandations de pratiques professionnelles
SAED	Situation, antécédents, évaluation, demande
SAGAT	<i>Situation Awareness Global Assessment Technique</i>
SFAR	Société française d'anesthésie-réanimation
SFMU	Société française de médecine d'urgence
T-FORDEC	Temps – Faits – Options – Risques – Décision – Exécution – Contrôle

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

