

**Guide pour l'évaluation
des infrastructures de simulation
en santé**

Ce guide est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Contexte et enjeux	5
2. Mode d'emploi	6
3. Annexes.....	9
Annexe 1. Fiche d'engagement.....	11
Annexe 2. Présentation de l'infrastructure	13
Annexe 3. Programme de simulation.....	15
Annexe 4. Document d'aide à la gestion du projet d'auto-évaluation	17
Annexe 5. Auto-évaluation	21
Annexe 6. Rapport d'auto-évaluation	39
Annexe 7. Fiche action.....	41
Annexe 8. Élaboration du guide	43
Annexe 9. Abréviations	45

1. Contexte et enjeux

La simulation¹ en santé en France est caractérisée par un développement récent associé à une forte expansion et un intérêt croissant pour son apport dans la formation, l'évaluation des pratiques des professionnels et le développement professionnel continu².

Un rapport³ sur l'état de l'art en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé a été réalisé par le Pr Jean-Claude Granry et le Dr Marie-Christine Moll et publié par la HAS en 2012. Ce rapport souligne qu'en France la simulation est encore émergente mais se diffuse sur l'ensemble du territoire. Elle concerne un grand nombre de professions de santé et peut s'appliquer à toutes les disciplines. Cependant cette activité est marquée par des difficultés de financement, des équipements insuffisants et un manque d'harmonisation des pratiques. Le rapport met en avant le caractère pertinent et appliqué de la simulation en santé, mais également la nécessité absolue d'encadrer les pratiques avec des règles bien définies.

À la suite de ce rapport, un groupe de travail multiprofessionnel et multidisciplinaire a élaboré en 2012 avec la HAS un guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé⁴. Celui-ci doit permettre de promouvoir le développement de la simulation et faciliter sa structuration afin que les infrastructures de simulation se développent tout en proposant des programmes de simulation de qualité.

Dans la continuité de ce travail, la HAS souhaite poursuivre avec les professionnels son action en faveur de la simulation en santé et propose maintenant aux infrastructures de simulation de s'inscrire dans une démarche volontaire d'amélioration continue de la qualité décrite dans ce « Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé ». Cette démarche est proposée aux infrastructures de simulation qui le souhaitent et quel que soit le lieu où les séances de simulation se déroulent. Elle utilise une approche dite formative, qui, à partir des résultats obtenus lors d'une auto-évaluation fondée sur le guide de bonnes pratiques, identifie des actions à mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des infrastructures de simulation. Pour faciliter son appropriation et sa faisabilité, cette démarche est progressive et structurée en quatre étapes successives faisant appel à un niveau de maturité croissant.

Vous trouverez dans ce document les éléments nécessaires pour guider l'évaluation de votre infrastructure :

- un mode d'emploi, qui indique la démarche à suivre ;
- des annexes, qui proposent des modèles de documents à utiliser.

1. La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session. GPO; 2009. www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr855ih/pdf/BILLS-111hr855ih.pdf. Traduction proposée dans le rapport HAS (cf. référence 3).

2. Haute Autorité de santé. Simulation en santé : fiche technique méthode de DPC. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

3. Granry JC, Moll MC. Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

4. Haute Autorité de santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

2. Mode d'emploi

La démarche proposée fait appel au volontariat. Elle est constituée d'un cycle d'évaluation qui se structure en quatre étapes successives d'une durée globale de 4 ans à partir de la date d'engagement (T0).

Ce cycle d'évaluation a vocation à être reconduit tous les 4 ans afin d'impliquer l'infrastructure de simulation en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2.1. Première étape : engagement (T0)

Objectifs

- Témoigner de l'engagement de l'infrastructure de simulation en santé à respecter les bonnes pratiques édictées dans le guide HAS et à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cet engagement est rendu public.
- Rendre publiques l'offre et l'activité de l'infrastructure en termes de simulation en santé.

Comment faire ?

- Le responsable de l'infrastructure de simulation et/ou la gouvernance de l'infrastructure remplissent, datent (T0) et signent une fiche d'engagement (cf. [annexe 1](#)).

N.B. : la date de la fiche d'engagement (T0) constitue le point de départ du cycle de 4 ans de l'évaluation de l'infrastructure de simulation.

- Le document de présentation de l'infrastructure (cf. [annexe 2](#)) est complété.
- Chaque programme de simulation proposé fait l'objet d'un document spécifique le décrivant. Les éléments attendus, pour chaque programme, sont listés dans l'[annexe 3](#).

2.2. Deuxième étape : auto-évaluation

Objectifs

- Réaliser une auto-évaluation de l'infrastructure selon les critères proposés et issus du guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé (HAS, 2012, www.has-sante.fr) et identifier notamment les points forts, les points à améliorer et les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Comment faire ?

- L'auto-évaluation proposée a vocation à s'inscrire dans une démarche de gestion de projet explicitée dans l'[annexe 4](#).
- L'auto-évaluation est effectuée par au moins deux personnes (dont l'une appartient à l'infrastructure, et l'autre est extérieure à l'infrastructure). Un responsable de l'auto-évaluation sera désigné et coordonnera l'ensemble de la démarche.
- Pour réaliser l'auto-évaluation, utiliser le tableau des critères fourni (cf. [annexe 5](#)).
- Un rapport d'auto-évaluation (cf. [annexe 6](#)) peut alors être produit. Il comporte notamment : les résultats de la cotation de chaque critère et leur synthèse selon cinq axes (programme de simulation, organisation, infrastructures, recherche et évaluation), les points forts et les points à améliorer, le positionnement du centre (type) en fonction des résultats obtenus et la proposition d'un plan d'action au regard des points à améliorer. Un support informatique peut être utilisé.

2.3. Troisième étape : amélioration et suivi

Objectifs

- Mettre en œuvre et suivre les actions d'amélioration identifiées à l'étape précédente.

Comment faire ?

- Chaque action fait l'objet d'une fiche action qui en décrit les modalités de mise en œuvre et de suivi (cf. [annexe 7](#)).

2.4. Quatrième étape : évaluation externe

- Cette étape est réalisée par au moins deux experts⁵ en simulation, externes à l'infrastructure de simulation.
- Elle est effectuée au moins une fois tous les 4 ans et après la réalisation des trois étapes précédentes.

Objectifs

- Vérifier que l'auto-évaluation a été réalisée et que les actions d'amélioration ont été mises en œuvre (cf. étapes 1, 2, 3).
- Valider l'auto-évaluation réalisée et le positionnement du centre.
- Évaluer les échanges/comparaisons avec d'autres infrastructures de simulation existantes (*benchmarking*), notamment sur des thématiques qualité et sécurité de l'infrastructure.
- Communiquer les conclusions de l'évaluation externe.

Comment faire ?

- Prérequis : les trois étapes précédentes ont été réalisées et actualisées. La dernière auto-évaluation date de moins de 4 ans. Si elle date de plus de 4 ans, une nouvelle auto-évaluation est réalisée préalablement.
- Un dossier d'évaluation est constitué. Il comporte notamment : les annexes [1](#), [2](#) et [3](#), la grille d'auto-évaluation ([annexe 5](#)) et son rapport (cf. [annexe 6](#)), les fiches action ([annexe 7](#)), ainsi que les documents justificatifs d'échanges avec d'autres infrastructures et tout autre document justificatif. Un support informatique peut être utilisé.
- À la suite de l'examen du dossier d'évaluation et d'une visite sur site par au moins un expert, les conclusions de l'évaluation externe sont élaborées.
- Les conclusions de l'évaluation externe sont rendues publiques (publication, site Internet, etc.) après avoir été présentées à l'infrastructure évaluée.

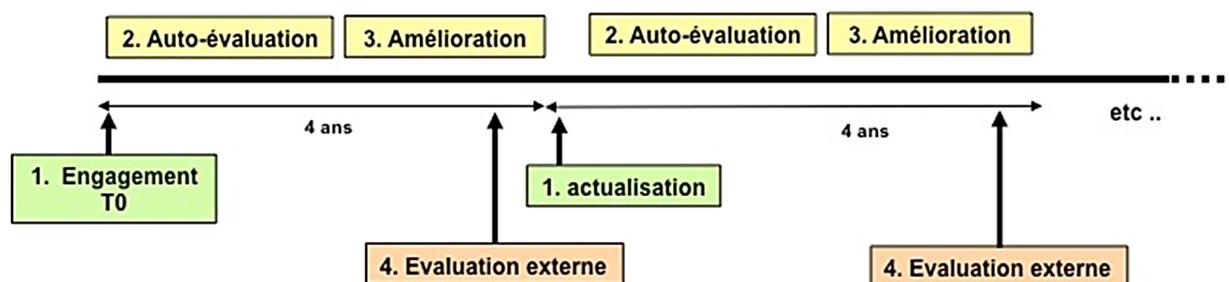
NB : à l'issue d'un cycle complet (4 ans après la date T0 d'engagement), l'infrastructure peut s'engager dans un nouveau cycle qui comporte les mêmes étapes (la première étape permettant alors une actualisation de l'offre et de l'activité de l'infrastructure).

5. L'expert peut être proposé par une société savante en matière de simulation en santé.

En résumé

Tableau. Les quatre étapes successives (4 ans) d'une démarche volontaire d'amélioration continue de la qualité d'une infrastructure de simulation en santé.

Étape	Comment faire ?
1. Engagement (T0)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renseigner la fiche d'engagement (cf. annexe 1). ■ Renseigner le document de présentation de l'infrastructure (cf. annexe 2). ■ Élaborer, pour chaque programme de simulation, un document le décrivant (cf. annexe 3).
2. Auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser l'auto-évaluation à l'aide de la grille correspondante (cf. annexe 5) et produire le rapport (cf. annexe 6).
3. Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en œuvre et suivre des actions d'amélioration. Les tracer dans les fiches action correspondantes (1 par action) (cf. annexe 7).
4. Évaluation externe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Constituer le dossier d'évaluation (cf. annexes 1, 2, 3, 5, 6, 7). ■ Organiser la visite sur site d'au moins un expert. ■ Rendre publiques (publication, site Internet, etc.) les conclusions de l'évaluation externe.



NB : si plus de 4 ans se sont écoulés entre le T0 et l'évaluation externe ou entre deux évaluations externes, alors une nouvelle auto-évaluation est réalisée préalablement à l'évaluation externe.

3. Annexes

Annexe 1. Fiche d'engagement

Annexe 2. Présentation de l'infrastructure

1. Type d'infrastructure
2. Activités
3. Formateurs

Annexe 3. Programme de simulation

Annexe 4. Document d'aide à la gestion du projet d'évaluation

1. Définition
2. Projet d'auto-évaluation
 - 2.1. Présentation générale des phases du projet d'auto-évaluation
 - 2.2. Description des phases
3. Exemples d'autres documents pouvant être annexés au projet

Annexe 5. Auto-évaluation

1. Programme de simulation
2. Organisation
3. Infrastructures de simulation en santé
 - 3.1. Centre de simulation et/ou simulation *in situ*
 - 3.2. Ateliers de simulation délocalisés
4. Recherche
5. Évaluation

Annexe 6. Rapport d'auto-évaluation

Annexe 7. Fiche action

Annexe 8. Élaboration du guide

Annexe 9. Abréviations

Annexe 1. Fiche d'engagement

Je soussigné(e),

Responsable de l'infrastructure de simulation, et/ou représentant la gouvernance de l'infrastructure de simulation en santé,

Dénommée :

Située :

Déclare engager l'infrastructure de simulation en santé :

- à respecter les bonnes pratiques édictées dans le guide HAS 2012 « Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé » ;
- à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité qui comporte une évaluation de l'infrastructure.

À :

Le* :

Signature :

*** Important : la date mentionnée est celle prise en compte pour débuter un cycle d'évaluation (T0).**

Annexe 2. Présentation de l'infrastructure

1. Type d'infrastructure

Les programmes de simulation peuvent être mis en place au sein de différentes infrastructures. Quelle que soit cette infrastructure, l'organisation mise en place est identifiée.

Rappel des types d'infrastructures de simulation en santé

Centre de simulation : « Le centre de simulation désigne, de façon générique, des structures institutionnelles qui regroupent un ensemble de ressources humaines, scientifiques et éducationnelles, immobilières, techniques et logistiques ayant vocation à être utilisées au service de l'enseignement et de l'apprentissage dans le cadre de dispositifs – ou programmes – de formation de professionnels de santé⁶. »

Simulation in situ : la simulation in situ⁷ se définit par le fait que la séance de simulation est réalisée dans l'environnement habituel de travail des participants. Elle peut venir en complément d'une séance dans un centre de simulation.

Ateliers de simulation délocalisés : les ateliers de simulation sont définis par le fait que la séance de simulation n'est réalisée ni en centre de simulation, ni dans l'environnement habituel de travail des participants (simulation in situ). Selon les techniques de simulation utilisées (jeu de rôle, simulation procédurale, etc.) et le matériel nécessaire, les ateliers de simulation peuvent se dérouler au sein d'un institut de formation, être délocalisés lors de congrès ou de séminaires, etc.

Par rapport aux définitions des types d'infrastructures rappelées ci-dessus, dans quel(s) type(s) d'infrastructure(s) vous situez-vous ? (plusieurs choix possibles)

Centre de simulation	Simulation <i>in situ</i>	Ateliers de simulations délocalisés
Commentaires :	Commentaires :	Commentaires :

Identification de l'infrastructure de simulation

Nom	Adresse	Téléphone	Site Internet	Lieux habituels de simulation <i>in situ</i> ou d'ateliers délocalisés

6. Jaffrelot M, Savoldelli G. Concevoir un centre de simulation. In: Société française de médecine d'urgence, Samu urgence de France, ed. Congrès urgences 2011. Conférences : session ANCESU. Paris: SFMU; 2012. p. 717-32.

7. Moller TP, Ostergaard D, Lippert A. Facts and fiction. Training in centres or in situ. Trends Anaesth Crit Care 2012;2(4):174-9.

→ Numéro d'agrément de formation (si existant) :

→ DPC : enregistrement OGDPC (si existant) :

→ Travaillez-vous en coopération avec d'autres infrastructures de simulation (plate-forme mutualisée de simulation) ? Si oui, lesquelles (nom et adresse) ? Avez-vous des conventions avec d'autres structures ? Lesquelles (établissement de santé, école, université, institut de formation, groupes professionnels) ?

2. Activités

Combien de participants accueillez-vous par an ?

→ Nombre :

→ Répartition : formation initiale/formation continue et DPC :

→ Répartition par professions : médicales/paramédicales/autres :

→ Répartition par secteur d'activité (par exemple, urgences, pédiatrie, obstétrique, réanimation, etc.) :

→ Combien de programmes de simulation proposez-vous ? Veuillez les lister.

Pour chaque programme de simulation proposé, il existe un document qui le décrit et qui comporte tous les éléments figurant dans la fiche programme de simulation (cf. annexe 3).

3. Formateurs

Nom des formateurs	Profession	Types de formation à la simulation (DU, formation courte, etc.)	Permanent/occasionnel	Nombre d'heures de formation en simulation assurées par an

Annexe 3. Programme de simulation

Chaque programme de simulation est décrit dans un document spécifique Oui Non

Ce document (1 par programme) comporte les éléments suivants :

1	Titre du programme de simulation	
2	Type de programme <i>(formation initiale, formation continue, DPC⁸, recherche)</i>	
3	Nombre de sessions de simulation ⁹	
4	Nombre de séances de simulation par session ²	
5	Professionnels concernés	
6	Thématique	
7	Objectifs généraux	
8	Type d'approche utilisée <i>(réalisation de gestes techniques usuels ou exceptionnels, mise en œuvre de procédures individuelles ou collectives, raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique, gestion des comportements, mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication, gestion des risques, reproduction d'événements indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc.)</i>	
9	Objectifs pédagogiques <i>(techniques et non techniques)</i>	
10	Nombre de scénarios	
11	Thème des scénarios	
12	Technique(s) de simulation utilisée(s) <i>(patient standardisé, jeu de rôle, simulateur patient, simulateur procédural, environnement 3D, jeux sérieux, réalité virtuelle, réalité augmentée)</i>	
13	Ratio formateurs/apprenants	
14	Les séances de simulation comportent les trois étapes suivantes : briefing, déroulement du scénario, débriefing	
15	Durée des séances de simulation	
16	Lorsque la vidéo est utilisée, il est précisé sa finalité <i>(permettre aux apprenants « non participants » d'observer la retransmission du scénario, support de débriefing, etc.)</i>	
17	Modalités d'évaluation des apprenants	
18	Documents pédagogiques remis aux apprenants <i>(fiche, cahier, CD, suivi en ligne, etc.)</i>	
19	Éventuellement, méthodes pédagogiques autres que la simulation utilisées	

8. Développement professionnel continu.

9. Un programme de simulation peut comporter une ou plusieurs sessions de simulation. Une session de simulation peut comporter une ou plusieurs séances de simulation. Chaque séance de simulation comprend trois phases distinctes : le briefing, le déroulement du scénario de simulation et enfin le débriefing. Haute Autorité de santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

1. Définition

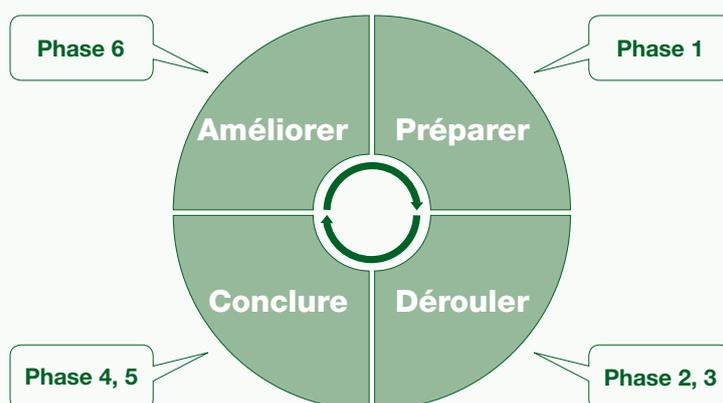
L'auto-évaluation est une analyse qualitative et quantitative des points forts et des points à améliorer de l'organisation d'une structure de simulation. Elle permet de comparer ses pratiques, son organisation et sa coordination, au regard du guide de bonnes pratiques de la HAS¹⁰. Cette démarche est volontaire et participative. L'auto-évaluation est réalisée par au moins deux personnes (dont l'une appartient à l'infrastructure, et l'autre est extérieure à l'infrastructure), appelées évaluateurs.

S'engager dans une auto-évaluation fait partie intégrante du management de la qualité et de l'amélioration continue.

2. Projet d'auto-évaluation

Le projet utilise l'outil d'auto-évaluation (cf. [annexe 5](#)) construit à partir du référentiel HAS¹.

2.1. Présentation générale des phases du projet d'auto-évaluation



2.2. Description des phases

■ Phase 1 : préparation

Le champ d'étude concerne l'ensemble des activités du centre de simulation. La décision de l'évaluation émane de la gouvernance de la structure et doit faire l'objet d'une communication claire à l'ensemble des personnes et structures concernées.

La désignation des évaluateurs relève du même niveau de décision. Ceux-ci devront être légitimés au minimum par une lettre de mission.

Un responsable de l'auto-évaluation sera désigné et coordonnera l'ensemble de la démarche.

Une fois désignés, les évaluateurs devront identifier de manière exhaustive tous les secteurs et professionnels à évaluer, certains appartenant à la structure et d'autres pouvant appartenir à des structures transversales plus larges (par exemple : centre de simulation appartenant à un CHU ou à une université voire aux deux).

Si l'auto-évaluation est réalisée par un groupe de personnes, les évaluateurs peuvent se répartir en sous-groupes.

Un programme et un calendrier sont alors établis pour chacun de ces groupes.

10. Haute Autorité de santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

■ Phase 2 : réunion d'ouverture

Lors d'une réunion d'ouverture de l'auto-évaluation à laquelle sont conviées toutes les parties prenantes, ou leurs représentants, les évaluateurs présentent la démarche et notamment :

- les évaluateurs et leurs compétences ;
- les objectifs et les modalités de l'auto-évaluation ;
- les modalités d'évaluation (grille de recueil, personnes interviewées, modalités d'observation...) ;
- les modalités de rendu des résultats et le temps contradictoire après envoi du rapport ;
- le calendrier des étapes et des différents rendez-vous.

Les modalités pratiques de l'évaluation sont abordées au cours de ce temps d'échange.

■ Phase 3 : réalisation de l'auto-évaluation

Le recueil d'informations est réalisé par au moins deux personnes (dont l'une appartient à l'infrastructure, et l'autre est extérieure à l'infrastructure).

Les évaluateurs, pour chaque critère, rencontrent les professionnels concernés par le thème (interview, observation des pratiques, consultation de documents).

Il est recommandé, au préalable, de regrouper les questions par interlocuteur.

Il est demandé aux évaluateurs de formuler des constats fondés sur des faits, des observations et les éléments de preuve rassemblés, de proposer des actions d'amélioration et de croiser les informations recueillies.

Au regard de ces éléments, chaque critère est coté selon quatre niveaux A, B, C, D (et éventuellement « non applicable »).

■ Phase 4 : résultats de l'auto-évaluation

Les données sont recueillies dans la grille d'évaluation (cf. annexe 5). Un outil informatique peut être utilisé pour synthétiser les données et faciliter la production du rapport final.

À partir des données recueillies, un rapport de l'auto-évaluation est élaboré qui comporte (cf. [annexe 6](#)) :

- les constats relatifs à la conformité aux critères et à leur évaluation ;
- les points forts et les points à améliorer ;
- le positionnement du centre (type) en fonction des résultats obtenus ;
- la proposition du plan d'action au regard des points à améliorer.

■ Phase 5 : réunion de clôture

Il s'agit d'un temps d'échange où les évaluateurs restituent le résultat de l'évaluation aux parties prenantes ou à leurs représentants.

Ils présentent les points forts et les points à améliorer accompagnés de propositions d'actions d'amélioration.

Ils concluent l'évaluation et présentent les étapes suivantes :

- établissement du rapport définitif ;
- analyse critique du rapport par le pilote de l'auto-évaluation ;
- validation et mise en œuvre par le pilote du plan d'action.

À l'issue de la réunion, les évaluateurs remercient les professionnels qui ont participé à l'étude.

■ Phase 6 : plan d'action et suivi

La mise en place des actions correctives incombe à la structure de simulation. Chaque action fait l'objet d'une fiche (cf. [annexe 7](#)). Les fiches action sont centralisées par le pilote de l'évaluation.

Les actions font l'objet d'une priorisation en fonction des objectifs fixés par le pilote (exemple : obtenir le type 2). Celles qui ne sont pas prioritaires seront rassemblées dans un plan d'action à moyen terme.

Le suivi pour chacune d'entre elles est coté de la manière suivante :

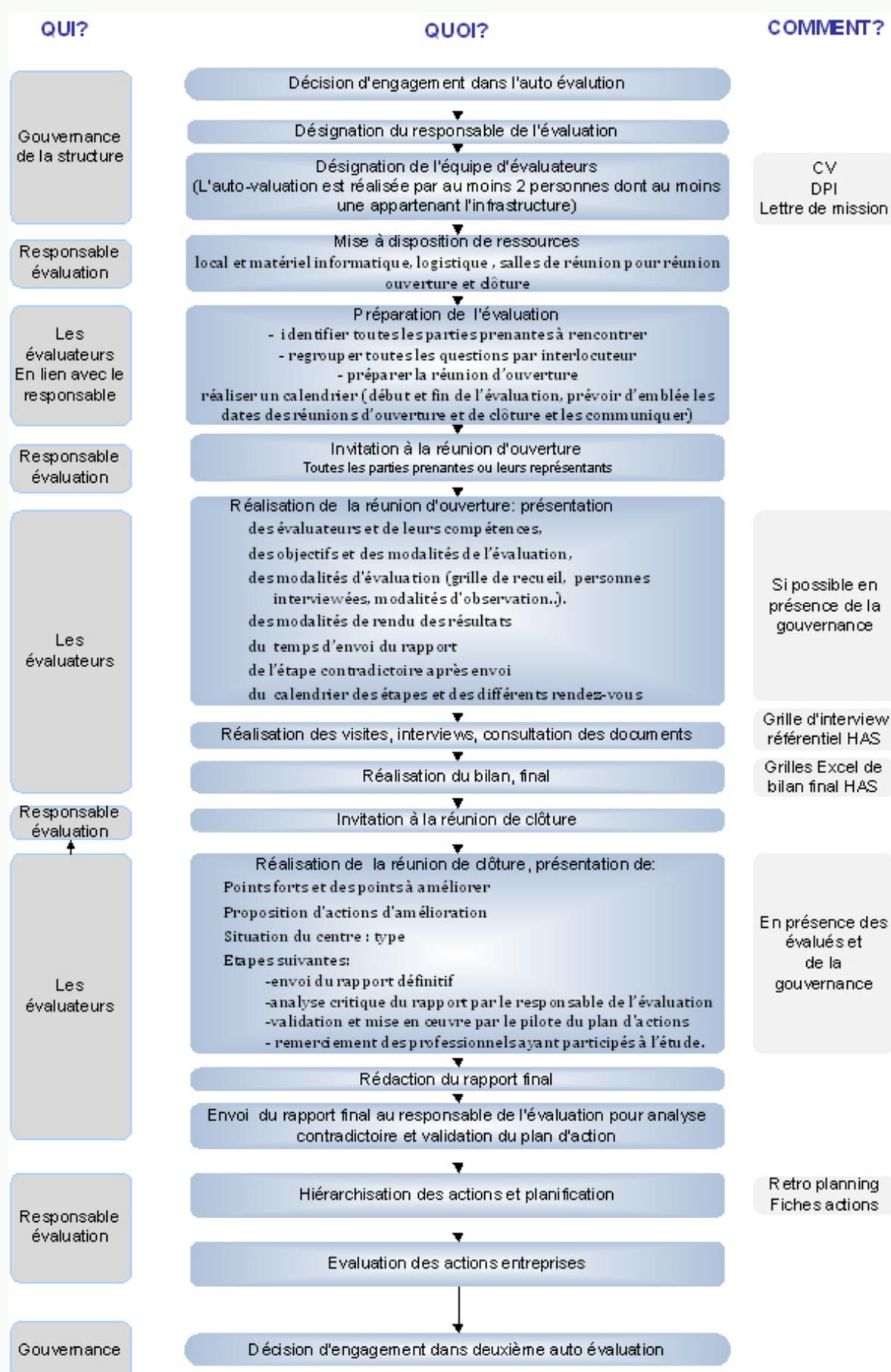
- Non fait ;
- Prévu ;
- En cours ;
- Réalisé ;
- Évalué.

Une évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre est prévue et devra être réalisée pour permettre la modification de la cotation du critère correspondant.

3. Exemples d'autres documents pouvant être annexés au projet

- Planning de l'auto-évaluation.
- *Curriculum vitæ* des évaluateurs.
- Fiche projet (contexte, enjeux).

Synthèse des phases de l'auto-évaluation



Annexe 5. Auto-évaluation

La liste des critères proposés pour l'auto-évaluation a été établie d'après le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé¹¹.

Ceux-ci sont regroupés dans un tableau selon cinq axes :

1. Programme de simulation (11 critères) ;

2. Organisation (25 critères) ;

3. Infrastructures :

Toutes les infrastructures utilisant la simulation (centres, *in situ*, ou ateliers délocalisés, etc.) sont concernées par l'auto-évaluation. Des critères spécifiques sont définis pour : les centres de simulation et la simulation *in situ* (26 critères) (cf. 3.1), et les ateliers de simulation (11 critères) (cf. 3.2) ;

4. Recherche (10 critères) ;

5. Évaluation (4 critères).

La présentation du tableau des critères (cf. infra) en vue de l'auto-évaluation a été réalisée en cinq colonnes :

- **N°** : numéro du critère ;
- **Description** : il s'agit de la description du critère qui reprend les éléments du guide de bonnes pratiques ;
- **Éléments justificatifs** : sont notés ici les documents justificatifs utilisés lors de l'auto-évaluation permettant d'évaluer la satisfaction du critère. Ces documents sont à fournir sur demande. En italique sont proposés des exemples non exhaustifs ;
- **Observations** : toutes les observations et les commentaires en rapport avec le critère qui semblent utiles et pertinents aux évaluateurs pour justifier le niveau de l'évaluation ;
- **Évaluation** : en fonction des éléments justificatifs et des observations faites, la satisfaction du critère est évaluée sur une échelle à quatre niveaux (et une cotation éventuellement « non applicable » NA).
 - Cotation A : si tout à fait satisfait ou présent (ou ≥ 80 %).
 - Cotation B : en grande partie satisfait (ou ≥ 60 % et < 80 %).
 - Cotation C : partiellement satisfait (ou < 60 %).
 - Cotation D : non satisfait ou absent.

Pour certains critères, la réponse est binaire (Oui/Non ou Présent/Absent).

Pour d'autres critères, un complément d'information peut être demandé pour l'évaluation (% d'activité, nombre, fréquence, etc.).

Si un critère n'est pas applicable, noter NA et justifier la décision.

N.B. : ce tableau d'auto-évaluation est un document de travail et d'interviews, la cotation retenue pour chaque critère peut être ensuite reportée dans le rapport final d'auto-évaluation. Ce tableau est annexé au rapport final d'auto-évaluation.

Un outil informatique peut être proposé pour faciliter la saisie des résultats de l'évaluation et produire le rapport final.

11. Haute Autorité de santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS ; 2012.

1. Programme de simulation

L'évaluation des programmes de simulation fait partie intégrante du management de la qualité et permet d'analyser les difficultés rencontrées lors de sa mise en place, d'en déceler les lacunes, d'en souligner les points positifs et les points à améliorer, d'en modifier certains éléments, de suggérer certaines solutions et d'apporter les correctifs jugés nécessaires.

N.B : quel que soit le nombre de programmes de simulation proposés, une seule réponse est attendue pour chaque critère de 1.1 à 1.11.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
1.1	Les programmes de simulation sont élaborés en lien avec les préconisations des structures professionnelles de chaque discipline (y compris dans le domaine de la prévention du risque infectieux), des structures d'enseignement (facultés, écoles, instituts de formation, etc.), des organismes de DPC et en fonction des expériences nationales et internationales en simulation en santé.			A B C D
1.2	Les programmes de simulation sont conçus selon un processus défini et formalisé comportant les étapes suivantes : analyse de la situation (état des lieux et bibliographie), conception, mise en place et évaluation du programme de simulation.			A B C D
1.3	Les objectifs généraux des programmes de simulation prennent en compte les orientations nationales et/ou régionales, les recommandations des sociétés savantes, les objectifs de la discipline, de la spécialité, ou de la structure de soin ou d'enseignement, notamment en matière d'analyse des pratiques ou de gestion des risques ; la cible professionnelle concernée.			A B C D
1.4	Les programmes de simulation sont révisés et actualisés si besoin au moins tous les 4 ans.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
1.5	Les programmes de simulation sont présentés dans un catalogue.			A B C D
1.6	Le modèle type de description de scénario comprend les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ la population d'apprenants ciblée ; ■ les objectifs pédagogiques (techniques et non techniques) et leurs éléments d'évaluation ; ■ les équipements et le matériel nécessaires en fonction du réalisme souhaité ; ■ les moyens humains nécessaires (formateurs, facilitateurs, patients standardisés, etc.) ; ■ le déroulement de la séance : <ul style="list-style-type: none"> ● durée, ● ratio formateurs/apprenants, ● séquences de la séance de simulation : briefing, déroulement du scénario, débriefing ; ■ les points majeurs du débriefing ; ■ les modalités d'évaluation des apprenants ; ■ les références bibliographiques ; ■ les modalités de test des scénarios. 			A B C D
1.7	Le briefing est préparé en amont et comprend <i>a minima</i> les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ familiarisation des apprenants avec le matériel ; ■ présentation du contexte et de l'environnement ; ■ explication aux apprenants et aux observateurs du déroulement de la séance de simulation ; ■ définition avec les apprenants de leurs attentes et des objectifs pédagogiques de la séance de simulation ; ■ rappel des principes de confidentialité et des règles déontologiques (en particulier concernant l'enregistrement vidéo) conformément à la charte établie par l'infrastructure. 			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
1.8	Le débriefing est préparé en amont et comprend <i>a minima</i> les trois phases suivantes (cf. guide de bonnes pratiques) : <ul style="list-style-type: none"> ■ la phase descriptive ; ■ la phase d'analyse ; ■ la phase dite d'application ou de synthèse. 			A B C D
1.9	Un document de fin de session de simulation présentant les actions à mener est remis aux apprenants.			A B C D
1.10	La présence des apprenants est tracée.			A B C D
1.11	Dans le cas où la simulation est utilisée dans un programme de DPC, ce dernier répond aux conditions définies dans la fiche « Méthodes et modalités de DPC » ¹² et la fiche technique « Méthode de DPC Simulation en santé » ¹³ .			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

12. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

13. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/simulation_en_sante_fiche_technique.pdf

2. Organisation

Les programmes de simulation peuvent être mis en place au sein de différentes infrastructures. Quelle que soit cette infrastructure, une organisation doit être identifiée et mise en place selon les éléments généraux décrits dans ce chapitre (missions, gouvernance, etc.).

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.1	<p>La ou les missions (formation, analyse et amélioration des pratiques, recherche) sont explicitées et les éléments qui y contribuent décrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ type de structure (association, groupement de coopération sanitaire [GCS], groupement d'intérêt scientifique [GIS], structure privée, etc.) ; ■ type(s) de prestation(s) proposée(s) (simulation haute ou basse fidélité, simulations procédurales, consultations simulées, etc.) ; ■ capacité d'accueil et type de public accueilli (spécialités médicales et/ou paramédicales) ; ■ offres de formation et/ou de DPC ; ■ couverture géographique (régionale ou locale, délocalisation des actions, etc.) ; ■ types de diplômes, certificats ou attestations délivrés. 			<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>
2.2	<p>Il existe une organisation qui assure que les missions peuvent être réalisées. Elle inclut des composantes administrative et décisionnelle.</p>			<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>
2.3	<p>Les modalités de gouvernance sont définies et écrites. La composition de la structure de gouvernance est représentative des professionnels de santé qui ont recours aux programmes de simulation. Elle comporte un responsable d'infrastructure et un responsable scientifique et/ou pédagogique.</p>			<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.4	Du temps de personnel est dédié de manière formalisée à la gouvernance.			A B C D
2.5	Les relations avec les partenaires publics (établissements de santé, etc.) et privés (industriels, laboratoires pharmaceutiques, etc.) sont formalisées.			A B C D
2.6	Les relations avec les partenaires scientifiques sont formalisées.			A B C D
2.7	La gestion des conflits d'intérêts est assurée.			A B C D
2.8	Un rapport annuel d'activité (y compris l'activité de recherche si elle existe) est établi.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.9	Un comité, pédagogique et/ou scientifique, assure la conception, la qualité scientifique, l'évaluation et la valorisation des programmes de simulation. Ce comité comprend et/ou consulte un professionnel de santé exerçant dans le domaine de la prévention du risque infectieux.			A B C D
2.10	Un budget prévisionnel et un bilan financier annuel sont établis.			A B C D
2.11	Les sources et modalités de financement sont décrites (fonds publics et/ou privés, tarif des prestations, fonds de recherche, subventions, etc.).			A B C D
2.12	Les partenaires financiers sont identifiés et leur contribution est contractualisée.			A B C D
2.13	Les ressources humaines sont clairement identifiées.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.14	Les rôles et les missions de l'ensemble du personnel sont décrits dans des fiches de poste.			A B C D
2.15	Le temps dédié des personnels est défini pour chaque programme, pour leur mise en œuvre, leur évaluation et l'organisation de l'infrastructure.			A B C D
2.16	Les missions du responsable de l'infrastructure sont définies.			A B C D
2.17	Les missions du responsable pédagogique et/ou scientifique sont définies.			A B C D
2.18	Le responsable pédagogique et/ou scientifique a suivi une formation de formateur.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.19	Les formateurs, occasionnels ou réguliers, médicaux ou non médicaux, détiennent une compétence spécifique adaptée à leur implication dans la formation en simulation et au type d'infrastructure.			A B C D
2.20	Les formateurs stagiaires font l'objet d'un encadrement prévu par le responsable de l'infrastructure.			A B C D
2.21	Il existe du personnel technique dédié (préparation et déroulement des activités de simulation, maintenance du matériel, etc.).			A B C D
2.22	Il existe du personnel administratif dédié (secrétariat, gestion de l'accueil, gestion des inscriptions, gestion des plannings, etc.)			A B C D
2.23	Le recours aux « patients standardisés » fait l'objet d'une convention et/ou d'un contrat.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
2.24	Une approche respectueuse des personnes (apprenants, formateurs, « patients standardisés », etc.) dans le cadre de sessions de simulation est garantie par un document.			A B C D
2.25	Une démarche qualité est définie et mise en œuvre par le responsable de l'infrastructure.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

3. Infrastructures de simulation en santé

Les sessions de simulation peuvent se dérouler dans différents lieux : **centres de simulation (de type 1, 2 ou 3), simulation *in situ*** ou **ateliers de simulation délocalisés**. Chaque lieu correspond à une infrastructure. L'objectif de cette partie est de positionner la structure de simulation par rapport aux types d'infrastructures définis par le guide de bonnes pratiques, HAS de décembre 2012. Les repères ci-dessous vous permettront d'évaluer le positionnement de votre structure en fonction des critères demandés.

Repères pour organiser les centres de simulation (cf. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, 2012).

		Centre de type 1 & simulation <i>in situ</i>	Centre de type 2	Centre de type 3
Activités pédagogiques et scientifiques proposées	Offre de programmes de simulation multi-professionnels	Optionnel	Obligatoire	Obligatoire
	Offre de programmes de simulation multidisciplinaires	Optionnel	Obligatoire	Obligatoire
	Haute fidélité	Optionnel	Obligatoire	Obligatoire
	Patients standardisés	Optionnel	Optionnel	Recommandé
	Fréquence des sessions	≥ 1 session mensuelle	≥ 1 session hebdomadaire	Plusieurs sessions hebdomadaires
	Activité de recherche	Optionnel	Optionnel	Obligatoire
Ressources humaines	Responsable de l'infrastructure	Temps dédié ≥ 10 %	Temps dédié ≥ 30 %	Temps dédié ≥ 50 %
	Responsable scientifique	Identifié	Temps dédié ≥ 30 %	Temps dédié ≥ 50 %
	Responsable pédagogique (minimum un par discipline)	Identifié(s)	Temps dédié ≥ 20 %	Temps dédié ≥ 30 %
	Activité des formateurs (mini. un par discipline)	≥ 6 jours de formation/an	≥ 6 jours de formation/an	≥ 6 jours de formation/an
	Formation des formateurs	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	Personnel technique	Optionnel	Temps dédié > 50 %	Temps plein
	Personnel administratif	Temps dédié > 20 %	Temps dédié > 50 %	Temps plein
Locaux	Salle d'enseignement	Mutualisée	≥ 2	≥ 3
	Salle de débriefing	≥ 1	≥ 1	≥ 2
	Salle technique/stockage	Mutualisée	Dédiée	Dédiée
	Locaux administratifs	Mutualisés	Dédiés	Dédiés
Équipements	Équipement des salles en matériel audio/vidéo, salle de contrôle, et connexion Internet	Optionnel	Obligatoire Fixe	Obligatoire Fixe
	Équipement permanent en simulateurs	Optionnel	Obligatoire	Obligatoire

Important !

- Si vous êtes un centre de simulation ou si vous pratiquez la simulation *in situ*, évaluez uniquement les critères du paragraphe 3.1.
- Si vous proposez exclusivement des ateliers de simulation délocalisés, seuls les critères du paragraphe 3.2 sont à évaluer.
- Si vous êtes un centre de simulation (ou de simulation *in situ*) et que vous proposez des ateliers de simulation délocalisés, alors les critères des paragraphes 3.1 et 3.2 sont à évaluer.

3.1. Centre de simulation et/ou simulation *in situ*

Comment vous situez-vous ?

Centre de simulation (type 1/2/3)

Simulation *in situ* (IS)

N°	Description du critère	Documents justificatifs*	Observations	Évaluation
3.1.1	Offre de programmes de simulation multi professionnels.			Oui Non
3.1.2	Offre de programmes de simulation multidisciplinaires.			Oui Non
3.1.3	Utilisation de simulation haute fidélité.			Oui Non
3.1.4	Patients standardisés.			Oui Non
3.1.5	Fréquence des sessions.			Fréquence :
3.1.6	Activité de recherche.			Oui Non
3.1.7	Responsable de l'infrastructure identifié.			Oui Non
	Temps dédié du responsable de l'infrastructure.			% d'activité :
3.1.8	Responsable scientifique identifié.			Oui Non
	Temps dédié du responsable scientifique.			% d'activité :
3.1.9	Responsable(s) pédagogique(s) identifié(s) (minimum un par discipline).			Oui Non
	Temps dédié du (des) responsable(s) pédagogique(s).			% d'activité :
3.1.10	Activité des formateurs réguliers (minimum un par discipline) ≥ 6 jours par an.			Oui Non
3.1.11	Formation des formateurs.			Oui Non

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Documents justificatifs*	Observations	Évaluation
3.1.12	Personnel technique identifié.			Oui Non
	Temps dédié du personnel technique.			% d'activité :
3.1.13	Personnel administratif identifié.			Oui Non
	Temps dédié du personnel administratif.			% d'activité :
3.1.14	Salle d'enseignement mutualisée ou dédiée.			Oui Non
	Nombre de salles d'enseignement.			Nombre :
3.1.15	Salle de débriefing dédiée (dans les locaux du centre).			Oui Non
	Nombre de salles de débriefing.			Nombre :
3.1.16	Salle technique/stockage dédiée (dans les locaux du centre).			Oui Non
3.1.17	Locaux administratifs dédiés (dans les locaux du centre).			Oui Non
3.1.18	Équipements des salles en matériel audio/vidéo, salle de contrôle (régie) et connexion Internet.			Oui Non
3.1.19	Équipement permanent en simulateurs.			Oui Non
3.1.20	Des équipements de protection individuels (produits hydro-alcooliques, gants, masques chirurgicaux, appareils de protection respiratoire type FFP2, tabliers jetables) et du matériel pour la gestion des déchets sont à disposition des apprenants pour être utilisés dans les programmes de simulation conformément aux recommandations en cours de validité.			Oui Non

* À saisir à la place des exemples cités.

N°	Description du critère	Documents justificatifs*	Observations	Évaluation
3.1.21	Les consommables et les médicaments utilisés en simulation sont identifiés clairement comme n'étant plus utilisables pour des patients.			Oui Non
3.1.22	Les locaux sont conformes aux règles d'accueil du public, de sécurité dans l'utilisation des matériels et de confort.			Oui Non
3.1.23	L'inventaire des matériels disponibles et leur maintenance, ainsi que les stocks de consommables, sont tenus à jour et formalisés.			Oui Non
3.1.24	La disponibilité des équipements est assurée.			Oui Non
3.1.25	Le recyclage des consommables est prévu et est en conformité avec la réglementation.			Oui Non
3.1.26	Les modalités d'accès sont définies (protection des accès, accès en libre service) et les conditions de sécurité et de confidentialité de ces environnements sont assurées.			Oui Non

* À saisir à la place des exemples cités.

Par rapport aux repères proposés pour organiser les centres de simulation (cf. tableau page 31), et aux résultats de votre évaluation, comment vous situez-vous ?

Nombre de critères type 1/simulation *in situ* :

Nombre de critères type 2 :

Nombre de critères type 3 :

3.2. Ateliers de simulation délocalisés

N°	Description du critère	Documents justificatifs*	Observations	Évaluation
3.2.1	Responsable scientifique identifié.			Oui Non
3.2.2	Responsable(s) pédagogique(s) identifié(s).			Oui Non
3.2.3	Formation des formateurs.			Oui Non
3.2.4	Les caractéristiques de la simulation en ateliers répondent aux impératifs pédagogiques d'un apprentissage par simulation (définition et évaluation des programmes de simulation, etc.).			Oui Non
3.2.5	Les locaux sont adaptés à la réalisation d'une séance de simulation en termes de capacité d'accueil et d'équipement.			Oui Non
3.2.6	Les locaux sont conformes aux règles d'accueil du public et de sécurité dans l'utilisation des matériels.			Oui Non
3.2.7	Les consommables et les médicaments utilisés en simulation sont identifiés clairement comme n'étant plus utilisables pour des patients.			Oui Non
3.2.8	L'inventaire des matériels disponibles et leur maintenance, ainsi que les stocks de consommables, sont tenus à jour et formalisés.			Oui Non
3.2.9	La disponibilité des équipements est assurée.			Oui Non
3.2.10	Des équipements de protection individuels (produits hydro-alcooliques, gants, masques chirurgicaux, appareils de protection respiratoire type FFP2, tabliers jetables) et matériels pour la gestion des déchets sont à disposition des apprenants pour être utilisés dans les programmes de simulation conformément aux recommandations en cours de validité.			Oui Non
3.2.11	Le recyclage des consommables est prévu et est en conformité avec la réglementation.			Oui Non

* À saisir à la place des exemples cités.

4. Recherche

Y a-t-il un (ou des) projet(s) de recherche en cours ? Oui Non → passez à la **partie 5. Évaluation**

N°	Description du critère	Documents justificatifs*	Observations	Évaluation
4.1	Les objectifs de recherche sont définis et explicités.			Oui Non
4.2	Les thèmes de recherche sont décrits.			Oui Non
4.3	Un référent chargé de coordonner les programmes de recherche utilisant la simulation est identifié dans l'infrastructure.			Oui Non
4.4	Le rôle du référent, ses fonctions et son temps (dédié à la gestion des projets de recherche) sont définis.			Oui Non
4.5	Les protocoles de recherche sont écrits (état de l'art, question posée, objectifs, méthodes employées, analyses utilisées, résultats attendus, perspectives espérées).			Oui Non
4.6	Les personnes chargées de conduire les projets de recherche sont identifiées.			Oui Non
4.7	Les collaborations de recherche sont listées et le rôle de chaque participant est clairement explicité.			Oui Non
4.8	Les financements éventuels obtenus pour les projets de recherche sont mentionnés dans ce protocole.			Oui Non
4.9	La liste des formateurs ayant des activités de recherche ou scientifiques au sein du programme de simulation ainsi que leur participation à des réunions scientifiques nationales ou internationales sont tenues à jour régulièrement.			Oui Non
4.10	Dans le cas de formateurs encadrant des étudiants (master, doctorat), les capacités à encadrer des étudiants sont justifiées et le nombre d'étudiants accueillis est défini.			Oui Non

* À saisir à la place des exemples cités.

5. Évaluation

L'évaluation s'applique aux apprenants, aux formateurs, aux programmes de simulation proposés et à l'organisation dans son ensemble.

N°	Description du critère	Éléments justificatifs*	Observations	Évaluation
5.1	Un processus d'évaluation et d'amélioration des programmes est formalisé et réalisé.			A B C D
5.2	Un processus d'évaluation et d'amélioration de l'organisation est formalisé et réalisé conformément aux principes de management de la qualité définis par l'infrastructure.			A B C D
5.3	Un processus d'évaluation des acquisitions des apprenants (connaissances, compétences, satisfaction, impact et résultats) est formalisé et réalisé.			A B C D
5.4	Un processus d'évaluation des formateurs est formalisé et réalisé.			A B C D

* À saisir à la place des exemples cités.

Annexe 6. Rapport d'auto-évaluation

Le rapport final d'auto-évaluation comporte :

1	Le tableau comportant la cotation de chaque critère (annexe 5)	
2	Une synthèse de l'auto-évaluation selon les cinq axes : <ul style="list-style-type: none">■ Programme de simulation■ Organisation■ Infrastructure■ Recherche■ Évaluation	
3	Les points forts	
4	Les points à améliorer	
5	Le positionnement du centre (type) en fonction des résultats de l'auto-évaluation <i>(cf. annexe 5, axe 3 : Repères pour organiser les centres de simulation)</i>	
6	Un plan d'actions d'amélioration	

Un outil informatique peut être utilisé pour faciliter la production du rapport.

Annexe 7. Fiche action

N.B. : remplir une fiche par action mise en œuvre.

Un outil informatique peut comporter une partie permettant de lister les actions mises en œuvre ainsi que leur état d'avancement.

Fiche de suivi d'action d'amélioration n° /	
Action mise en œuvre :	
Critère(s) concerné(s) :	
Objectif	
Description	
Par qui	
Quand	
Comment	
Suivi	
Échéance de mise en œuvre	
Modalités de suivi et d'évaluation	
Responsable du suivi	
Qui	
État d'avancement date : / /	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Non fait Prévu En cours Réalisé Évalué </div>

Annexe 8. Élaboration du guide

Le 14 février 2013, le **ministère de la Santé** a présenté le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017. Dans l'axe 3 (formation, culture de sécurité, appui), **il a été demandé à la HAS d'élaborer un référentiel d'évaluation des infrastructures de simulation (action 61)**.

Le référentiel développé et proposé dans ce document est fondé sur le guide de bonnes pratiques en simulation publié par la HAS en décembre 2012.

Le **groupe de travail** (GT) simulation ayant élaboré le guide de bonnes pratiques a été reconduit pour ce projet. Le lancement du projet a eu lieu en avril 2013. Une première version de travail du guide d'évaluation (V1) a été élaborée après 4 réunions d'un groupe de travail restreint (17 juin, 22 octobre, 21 novembre et 5 décembre 2013). Cette V1 a été envoyée au GT plénier pour analyse (janvier-février 2014), et testée au CHU d'Angers (février-mars 2014) et à iLumens (université Paris-Descartes). Les retours de l'analyse et du test ont permis d'élaborer une V2 en vue de la réunion du GT plénier du 22 mai 2014. À la suite de cette réunion, une nouvelle version (V3) a été rédigée et envoyée à un **groupe de relecture**. Après analyse des retours, une version finale du document a été proposée au GT plénier lors de la réunion du GT du 4 septembre 2014. Le guide a ensuite été envoyé pour avis à la SoFraSimS et à la SF2H, avant validation finale par le GT (janvier 2015).

Déclaration publique d'intérêts (DPI) : le GT simulation de 2012 étant reconduit pour ce nouveau travail, il a été demandé à chacun des membres d'actualiser sa DPI pour ce projet. Toutes les DPI des membres du GT sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

■ Groupe de travail (* pour les membres du groupe de travail restreint)

- Pr Daniel Benchimol, CHU de Nice.
- Dr Jean-Louis Bensoussan, Castelmaurou.
- Dr Sylvia Benzaken, CHU de Nice.
- Mme Martine Borrel, CH Albi.
- M. Sebastien Boch, Paris.
- M. Sylvain Boussemaere, CH Val-d'Ariège.
- Pr Jean Bréaud*, CHU Nice.
- Dr Marie-Paule Chariot, clinique des Cèdres, Cornebarrieu.
- Dr Daniel Chevallier, CHU Nice.
- Dr Isabelle Cibois-Honorat, EHPAD Notre Dame de la Ferrage.
- M. Olivier Drigny*, CHU Dijon.
- Mme Catherine Dupire, Paris.
- Pr Jean-Claude Granry*, CHU Angers.
- Pr Pascal Guéret, AP-HP-CHU Henri-Mondor.
- Dr Morgan Jaffrelot*, CHU Brest.
- Pr Francis Leclerc*, CHU Lille.
- Pr Dominique Luton*, AP-HP-hôpital Beaujon.
- Dr Marie-Christine Moll*, CHU Angers.
- Mme Isabelle Monnier, CHU Nantes.
- Pr Patrick Plaisance, AP-HP-hôpital Lariboisière.
- M. Christophe Ribuoat, faculté de pharmacie, Grenoble.
- Pr Elie Saliba*, CHU Tours.
- Dr Antoine Tesnière*, AP-HP- hôpital Cochin, chargé de mission simulation pour la HAS.
- Pr Eric Wiel, CHU Lille.
- Dr Antoine Zanaska, centre médico-chirurgical, Chantilly.

■ Groupe de relecture

- Pr Guillaume Alinier, Hatfield, Royaume-Uni.
 - Pr Dan Benhamou, AP-HP- hôpital Bicêtre.
 - Dr Jérôme Berton, CHU Angers.
 - Mme Lisette Cazellet, Formatic santé.
 - M. Rémy Collomp, CHU Nice.
 - Dr Blaise Debien, CESU34, Montpellier.
 - Dr Guillaume Der Sahakian, CESIM84, CH Orange.
 - Pr Claude Ecoffey, CHU Rennes.
 - Pr Jacques Hubert, CHU Nancy.
 - Pr Louis-Frédéric Jacquelin, UFR odontologie, Reims.
 - Pr Jacques Lagarrigue, CHU Toulouse.
 - Dr François Lecomte, AP-HP-hôpital Cochin.
 - Pr Corinne Lejus, CHU Nantes.
 - Mme Marie Muller, CH Orléans.
 - Dr Frederico Nunes, CHU Lille
 - Pr Isabelle Richard, faculté de médecine, Angers.
 - Mme Marianne Soubeiran, Paris.
 - Dr Dominique Truchot-Cardot, Lausanne, Suisse.
 - Pr Hélène Vernhet-Kovacsik, CHU Montpellier.
- L'avis de la **Société francophone de simulation en santé** (SoFraSimS) sur le document a été sollicité le 13 juin 2014. Cet avis est très favorable et la Société s'engage à mettre en œuvre la démarche et les outils nécessaires pour faciliter l'auto-évaluation et l'évaluation externe.
- L'avis de la **Société française d'hygiène hospitalière** (SF2H) a été sollicité en décembre 2014 pour intégrer la prévention du risque infectieux dans la pratique des centres de simulation.

Remerciements

Ce projet a été conduit pour la Haute Autorité de santé (HAS) dans le service mission sécurité du patient (Laetitia May-Michelangeli, chef de service) par Julie Ildefonse, chef de projet, sous la direction de Bruno Bally, adjoint au chef de service, en collaboration avec le Dr Antoine Tesnière, chargé de mission simulation pour la HAS, ainsi qu'avec l'aide d'un groupe de travail. Merci au Dr Marie Christine Moll, du CHU d'Angers, pour son aide et sa participation active à l'élaboration de ce document.

Merci à Thomas Le Ludec, en charge de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), et à Laetitia May-Michelangeli, chef de service MSP, d'avoir permis la réalisation de ce projet, ainsi qu'à Karima Nicola et Sarah Pedrosa, assistantes du service, pour son bon déroulement.

Ce guide a été adopté, avant mise en forme et diffusion, par le Collège de la HAS lors de sa séance du 20 mai 2015.

Annexe 9. Abréviations

BF	Basse fidélité
DPI	Déclaration publique d'intérêt
DPC	Développement professionnel continu
DU	Diplôme universitaire
EI	Événement indésirable
EIG	Événement indésirable grave
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIS	Groupement d'intérêt scientifique
HF	Haute fidélité
HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
NTIC	Nouvelle technologie de l'information et de la communication
RMM	Revue de morbidité-mortalité
SoFraSimS	Société francophone de simulation en santé (créée le 20 février 2014, date de l'assemblée générale constitutive)

Glossaire

Voir Haute Autorité de santé : Guide des bonnes pratiques en matière de simulation en santé.

Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012 : www.has-sante.fr.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00