

Cockpit: un outil d'aide à la communication et à la collaboration interprofessionnelle

Dre CÉLINE DUMANS-LOUIS^a, MAUDE MORO^b, Dre SYBILE COLLAUD^c, ISABEL LOEWER^c, MILICA JOVANOVIĆ^c, FRANÇOIS VEUVE^d, JOHANN TACHE^b, Dre VANESSA KRAEGE^e et Dr JULIEN CASTIONI^c

Rev Med Suisse 2022; 18: 2221-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2221

Au sein d'un hôpital, de nombreux corps de métiers travaillent ensemble dans un même but: la prise en charge optimale des patients. Ce défi nécessite une coordination et une communication performantes ainsi qu'une bonne connaissance du travail de chacun. En raison d'un travail administratif en constante augmentation et d'un flux de patients important, le temps dédié à cette collaboration interprofessionnelle s'amenuise. Certains hôpitaux, notamment en Amérique du Nord, utilisent depuis quelques années des concepts issus du «lean management», comme aide organisationnelle et dans une perspective d'amélioration continue. Un «cockpit» ou «salle de pilotage» est un outil qui a pour but de consacrer un espace et une période de temps à la communication et à la collaboration interprofessionnelle.

Cockpit: a tool to support interprofessional communication and collaboration

In hospitals, many different professions work together with the same goal: optimal patient care. This challenge requires effective coordination and communication as well as good knowledge of each other's work. Due to an ever-increasing administrative workload and a large patient flow, time dedicated to this interprofessional collaboration is dwindling. Some hospitals, particularly in North America, have been using lean management concepts for some years, as an organizational aid and aiming at continuous improvement. A cockpit is a tool that aims at dedicating a space and a period of time to interprofessional communication and collaboration.

INTRODUCTION

Les prises en charge interprofessionnelles sont essentielles au sein d'un hôpital, d'un service ou encore d'une unité, mais soumises à des défis croissants. En effet, le nombre d'intervenants et la quantité d'informations ne cessent d'augmenter. Les équipes expriment régulièrement leurs difficultés à se coordonner et à bien comprendre leurs priorités respectives, leur charge de travail réciproque ainsi que l'identification et l'avancement des projets en cours. Ces décalages amènent de

la frustration, de l'incompréhension et une perception de surcharge de travail. Depuis 2016, plusieurs établissements de santé d'Amérique du Nord déploient des salles de pilotage, ou «cockpits», dont l'objectif est de consacrer un espace-temps déterminé à la coordination, la collaboration, la communication et la résolution de problèmes, et ce afin de réduire les barrières organisationnelles.^{1,2} Un cockpit se base sur des indicateurs des activités opérationnelles quotidiennes, représentés sous forme visuelle, afin d'en faciliter la lecture, la compréhension et le partage.

Il existe différents niveaux de cockpit: le cockpit d'unité pour les collaborateurs du terrain, le cockpit de service qui fait le lien entre les collaborateurs du terrain et la direction, et le cockpit stratégique qui évalue la performance globale d'un département ou d'une institution. Ces trois degrés de cockpit communiquent entre eux en se basant sur des indicateurs communs, analysés à différents niveaux de granularité (figure 1).³

Plusieurs réorganisations ont lieu en ce sens dans nos hôpitaux romands.⁴ Dans cet article, nous présentons la mise en place d'un cockpit opérationnel au sein d'une unité de quatorze lits du service de médecine interne du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

CRÉATION D'UN COCKPIT OPÉRATIONNEL: DÉFINITION DU PÉRIMÈTRE ET DES BESOINS

La responsabilité du projet a été donnée à une cheffe de clinique du service, avec le soutien de la direction du service de médecine interne et des ressources humaines du CHUV (Unité organisation et amélioration continue), l'objectif étant de cultiver l'interprofessionnalité. Ainsi, la cheffe de projet a pu compter sur la participation active de différentes personnes intervenant au quotidien dans cette unité: médecins assistants, chefs de clinique, médecins cadres, infirmiers, infirmiers cliniciens, infirmiers chefs d'unité et de service et responsable administratif. Les besoins des fonctions transverses ont également été pris en compte (par exemple, physiothérapeutes, consultants, transporteurs et personnel d'entretien).

La première étape du projet a consisté à définir son périmètre et ses besoins (tableau 1). Cette réflexion a permis de dégager deux catégories de besoins: a) mieux décrire l'organisation de l'unité, en particulier qui a la charge de chaque patient, les projets de sortie et la charge de travail actuelle et prévisionnelle et b) dédier un espace-temps interprofessionnel à des

^aService de médecine interne et soins intensifs, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, 1260 Nyon, ^bUnité organisation et amélioration continue, Direction des ressources humaines, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^dDépartement de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^eDirection médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
celine.dumanslouis@ghol.ch | maude.moro@chuv.ch | sybile.collaud@chuv.ch
isabel.loewer@chuv.ch | milica.jovanovic@chuv.ch | francois.veuve@chuv.ch
johann.tache@chuv.ch | vanessa.kraege@chuv.ch | julien.castioni@chuv.ch

FIG 1 Différents niveaux managériaux de cockpit

Le management de proximité correspond au cockpit opérationnel avec les collaborateurs d'une unité. Les réunions autour de ce cockpit sont fréquentes. Le management intermédiaire correspond à un cockpit de direction de service. Les réunions sont plus espacées dans le temps. Le cockpit de direction correspond à celui de la direction d'un département ou d'un hôpital. Ces différents niveaux de cockpits communiquent du haut vers le bas mais également du bas vers le haut. CdC: chef de clinique; ICS: infirmier-chef de service; ICUS: infirmier-chef d'unité de soin.

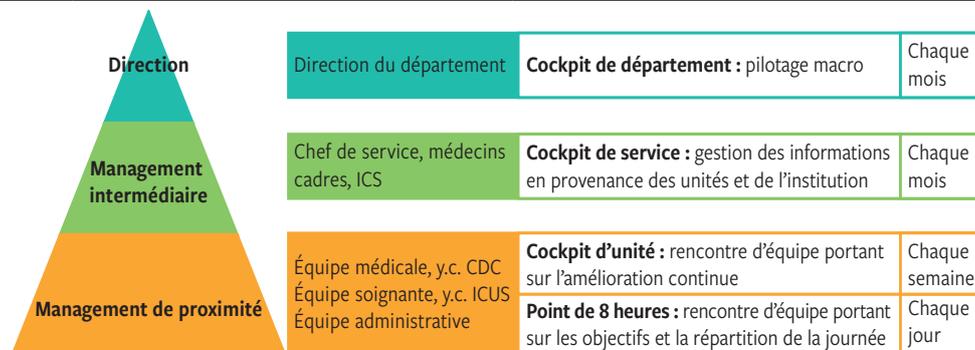


TABLEAU 1 Élaboration d'un cockpit d'unité

Questions débattues par l'équipe projet	Réponses apportées dans notre contexte	
QUI: à qui s'adresse le cockpit d'unité?	Au personnel intervenant dans l'unité	
QUOI: quels sont les besoins à satisfaire pour améliorer l'interprofessionnalité?	Deux besoins distincts: a) Faciliter la compréhension de l'organisation de l'unité • Personnel en charge de chaque patient à l'instant T • Projet de sortie des patients • Charge de travail actuelle et prévisionnelle	b) Dédier un espace-temps à la discussion inter-professionnelle des sujets • Qualité et sécurité • Amélioration continue • Projets de l'unité • Satisfaction patients et collaborateurs
QUAND: quand et à quelle fréquence introduire cet outil dans le quotidien?	Doit être disponible et actualisé 24h/24 et 7j/7	Séances interprofessionnelles hebdomadaires de 15 min
OÙ: dans quel espace placer cet outil?	Dans le desk infirmier	Dans la salle de colloque
COMMENT: comment répondre aux besoins exprimés?	Écran représentant la géographie des lieux, les projets de sortie des patients et les responsabilités à l'instant T	Tableau blanc dédié au partage interprofessionnel et à la résolution de problèmes
COMBIEN: quels sont les impacts financiers?	2400 CHF de matériel informatique (écran + PC)	270 CHF de fournitures (tableau blanc + structure de présentation laminée sur-mesure)

sujets variés comme l'amélioration continue, la qualité et la sécurité des soins, les projets en cours, la satisfaction des patients ainsi que celle des collaborateurs. Pour chaque catégorie, l'équipe projet a été attentive à imaginer une réponse visuelle, dynamique, interactive et qui s'insère dans la réalité quotidienne du terrain, déjà bien chargée.

COCKPIT D'UNITÉ, 1^{er} VOLET: FACILITER LA COMPRÉHENSION DE L'ORGANISATION DE L'UNITÉ

L'organisation d'une unité hospitalière, par nature, fluctue dans le temps et impose une rotation fréquente des responsabilités médicales et soignantes: au tournus quotidien du personnel soignant s'ajoute celui, hebdomadaire/mensuel, des médecins ainsi que les absences ponctuelles, les arrivées et les départs inhérents à toute entreprise. Il est par conséquent complexe d'identifier le personnel en charge de chaque patient à un instant T. Les questions à ce sujet interrompent fréquemment le travail du personnel de l'unité.

La charge de travail varie, elle aussi, dans le temps et selon le métier: les entrées/sorties des patients induisent une surcharge transitoire pour tous alors que le degré de mobilisation du patient et les mesures d'isolement influent notamment sur la durée des soins. Ces informations sont dispersées dans les dossiers électroniques. Elles sont pourtant essentielles pour une juste répartition du travail.

L'optimisation de la gestion des lits est enfin un point crucial dans les organisations hospitalières actuelles. Une vision globale des projets de sortie de l'unité facilite la communication avec les coordinateurs institutionnels des flux de patients.

Le 1^{er} volet de notre cockpit d'unité a donc pour but de permettre la visualisation rapide de ces points en temps réel, au moyen d'un écran visible depuis le desk infirmier, centre névralgique de la vie de l'unité (figure 2). Celui-ci affiche le plan des chambres de l'unité, détaillant pour chaque patient les noms et coordonnées du personnel en charge ainsi que des informations clés telles que le degré d'autonomie, les mesures d'isolement, les dates et l'orientation prévue de sortie.

FIG 2 Cockpit d'unité, 1^{er} volet

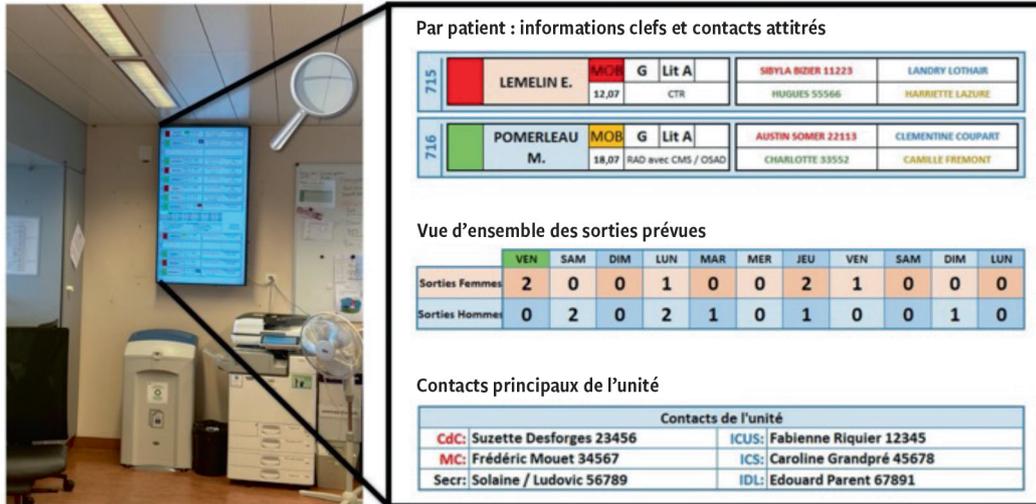
Écran affiché dans le desk infirmier qui reflète de manière géographique les chambres de l'unité.

Le zoom sur l'écran montre les informations jugées nécessaires: numéro de chambre; attitude en cas de réanimation; degré d'autonomie; types d'assurance, de lit, mesures d'isolement, date et orientation prévues pour la sortie, noms et numéro du personnel en charge directement des patients (médecins assistants, infirmiers, assistants en soins et santé communautaire (ASSC), physiothérapeutes).

La vue d'ensemble des sorties prévues indique le nombre de sorties prévues par jour.

Les contacts de l'unité sont les personnes responsables de l'unité (noms fictifs sur cet exemple).

CdC: chef de clinique; ICS: infirmier-chef de service; ICUS: infirmier-chef d'unité de soin; IDL: infirmier de liaison; MC: médecin cadre; Secr: secrétaire.



Véritable miroir virtuel de la réalité clinique, cet écran est mis à jour automatiquement chaque heure, en reprenant les données informatisées du dossier patient.

Cette vision d'ensemble permet à chaque collaborateur d'avoir accès en un coup d'œil aux informations importantes de l'organisation de l'unité et diminue les interruptions auprès du personnel de l'unité. Rien que pour le personnel administratif, le gain de temps a été estimé à environ 45 minutes par jour.

COCKPIT D'UNITÉ, 2^e VOLET: DÉDIER UN ESPACE-TEMPS INTERPROFESSIONNEL

Le 2^e volet du cockpit consiste en un espace-temps dédié aux discussions interprofessionnelles. Il réunit les collaborateurs de l'unité présents ce jour-là, dans une salle de colloque, pour une durée hebdomadaire de 15 minutes. L'ordre du jour s'adapte aux événements récents affectant le fonctionnement ou l'état d'esprit de l'unité et se concentre autour de cinq thématiques inscrites sur un canevas laminé apposé sur le tableau blanc. Cela permet de structurer les informations de manière visuelle (figure 3):

1. Vision et indicateurs qualité et sécurité: partie qui permet d'afficher la vision de l'unité et d'en débattre, ainsi que trois à quatre indicateurs choisis.
2. Projets de l'unité: le but est de synchroniser les équipes autour de l'avancement des projets et de leur priorisation. Lorsqu'un nouveau projet est déployé dans l'unité, la séance est l'occasion d'en présenter les objectifs et étapes.
3. Amélioration continue et méthode A3: les grains de sable sont quotidiens dans le fonctionnement d'un service hospitalier et les problématiques souvent négligées, car jugées banales quand elles ne concernent pas directement

la sécurité du patient. Or, une problématique récurrente ou unique, mais créant une surcharge de travail, amène beaucoup de frustration. La méthode A3 standardise la réflexion autour d'une problématique, exige des discussions interprofessionnelles pour en trouver les causes racines, formalise les solutions retenues et sert à suivre les actions à mettre en place pour corriger la problématique sur le long terme.⁵

4. Satisfaction des patients.
5. Satisfaction des collaborateurs et vie d'équipe: ces points, demandés unanimement par l'équipe, sont en cours de mise en place: des questionnaires électroniques patients sont en essai pilote et des baromètres d'équipe sont évoqués.

Le tableau sert de fil conducteur entre les réunions, afin de pouvoir reprendre les points non résolus, de plus, les collaborateurs absents peuvent prendre connaissance des discussions passées et des décisions prises. Lorsqu'un indicateur particulier ne donne pas satisfaction, une série de séances peut être dédiée à la compréhension de l'origine du problème et à la mise en place des actions correctives convenant à toutes les parties.

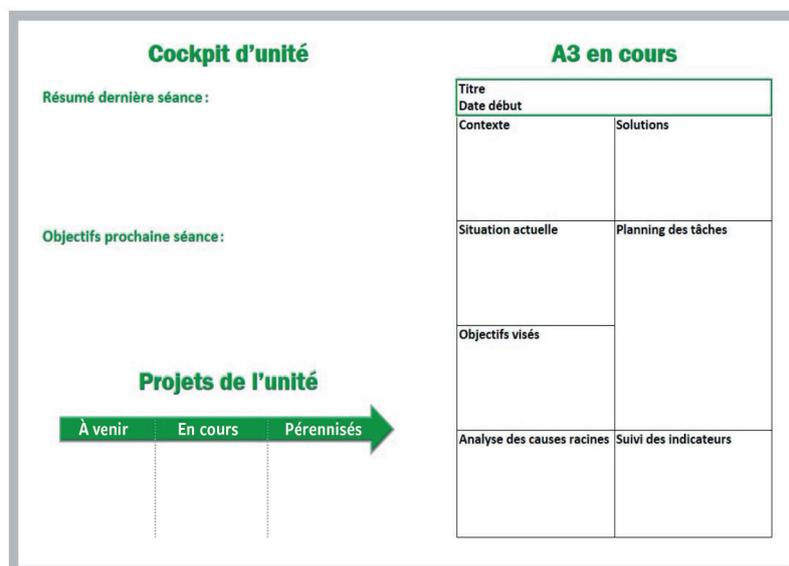
CLÉS DU SUCCÈS ET DIFFICULTÉS

Le cockpit d'unité doit présenter une véritable plus-value pour les collaborateurs du terrain afin d'être perçu comme utile et non comme une réunion supplémentaire. La clé du succès réside dans la participation active des utilisateurs à toutes les étapes du projet et l'obtention de résultats concrets pour l'équipe. En voici quelques exemples:

- La qualité des échanges interprofessionnels a augmenté et permet une meilleure connaissance du travail de chacun et une amélioration des relations.

FIG 3 Cockpit d'unité, 2^e volet

Tableau blanc laminé qui se trouve dans une salle de colloque. Réunion hebdomadaire de 15 minutes avec le personnel de l'unité. Ce tableau comporte trois zones distinctes dévolues aux suivis des séances, à l'avancement des projets impactant l'unité ainsi qu'à la résolution de problèmes à l'aide de la méthode A3.



- Le périmètre d'action doit être bien délimité, notamment dans l'analyse des problèmes organisationnels avec la méthode A3. Si le périmètre est hors de l'unité ou du service, il s'agit de passer le témoin au cockpit hiérarchiquement supérieur.
- L'extraction et le traitement des données pertinentes nécessaires au premier volet ont été développés et personnalisés par le répondant informatique du service, qui a rencontré les équipes sur le terrain et fait le lien, quand cela est nécessaire, avec le service informatique. En conséquence, les acronymes et codes couleur utilisés sont issus des habitudes préalables du service, ce qui rend le cockpit intuitif et directement compréhensible.
- Disposer d'un accompagnement méthodologique par des experts en amélioration continue dans la période de déploiement pour optimiser la gestion des outils et la conduite de la discussion. Former les animateurs des séances et transférer ces compétences aux collaborateurs du terrain.
- La mise en évidence des nombreux projets de l'unité a permis de rendre la direction de service attentive à la nécessité de prioriser les projets en déploiement.

Plusieurs difficultés ont dû être levées ou sont identifiées pour le futur :

- Définir un rythme qui s'insère dans les contraintes déjà existantes, ne pas annuler/reporter la séance et respecter la durée définie pour ne pas surcharger les équipes.
- Choisir des indicateurs et problématiques interprofessionnelles, c'est-à-dire qui concernent autant les soignants que les médecins, afin que chacun trouve sa place durant la séance.
- Ne pas réinventer la roue et ne pas créer de nouveaux indicateurs. Il s'agit d'offrir un espace-temps pour analyser

les indicateurs de service ou institutionnels déjà existants. Il est bien sûr possible d'établir ponctuellement des mesures internes à l'unité pour suivre la résolution d'un problème.

- Les activités du cockpit opérationnel doivent s'articuler avec le cockpit de service et s'inscrire dans la ligne directrice du service (plan de développement) et de l'institution (plan stratégique institutionnel).
- Le déploiement d'un cockpit opérationnel dans toutes les unités d'un grand service requiert à la fois la mise en place d'un cockpit de service, afin d'assurer la coordination, et une maintenance informatique conséquente, qui doit être anticipée, en impliquant les responsables des systèmes informatiques dans le timing du déploiement.

CONCLUSION

Bien que l'interprofessionnalité soit une thématique majeure et actuelle dans nos hôpitaux, le quotidien dans les unités cliniques révèle souvent un manque chronique de communication entre les différents métiers. L'objectif poursuivi par l'implémentation d'un cockpit d'unité est de prévoir des outils et des moments dédiés à ce partage, afin de fluidifier les échanges, améliorer la compréhension des responsabilités de chacun et promouvoir une démarche d'amélioration continue, tout en restant ancré dans la réalité quotidienne de cette unité.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La communication, l'amélioration continue, ainsi que les prises en charge interprofessionnelles sont essentielles mais soumises à des défis croissants
- Un cockpit est un outil qui permet de fluidifier la communication et les échanges interprofessionnels
- Afin d'être intégré dans la pratique quotidienne, cet outil doit être intuitif et simple d'utilisation

1 Kamrud S, Bergstrom N. Adapting daily management huddles for a hybrid remote world. *Catalysis*. 2022 Jan.

2 **MacPherson S, Landry S, Lagacé D. Au-delà des chiffres, le côté humain des salles de pilotage. *Gestion*. 2018 jan;43(3):62-5.

3 *Blais-Gingras L, Giguère M. Gérer la performance organisationnelle à l'aide des salles de pilotage. *Nutrition Science en évolution*. 2018;16(2):13. DOI : <https://doi.org/10.7202/1054342ar>.

4 *Farhoumand PD, et al. Réorganisa-

tion interprofessionnelle du travail dans les unités de soins. *Rev Med Suisse*. 2018;4(617):1550-55. Disponible sur : doi.org/10.53738/REV-MED.2018.14.617.1550.

5 Jimmerson C. *A3 problem solving for healthcare: a practical method for eliminating waste*. New York: Productivity Press; 2007.

* à lire

** à lire absolument