

# Culture et climat de sécurité

*C'est quoi?, Je mesure comment? Comment je fait changer mon système? Pour quel objectif?*

**René Amalberti,**

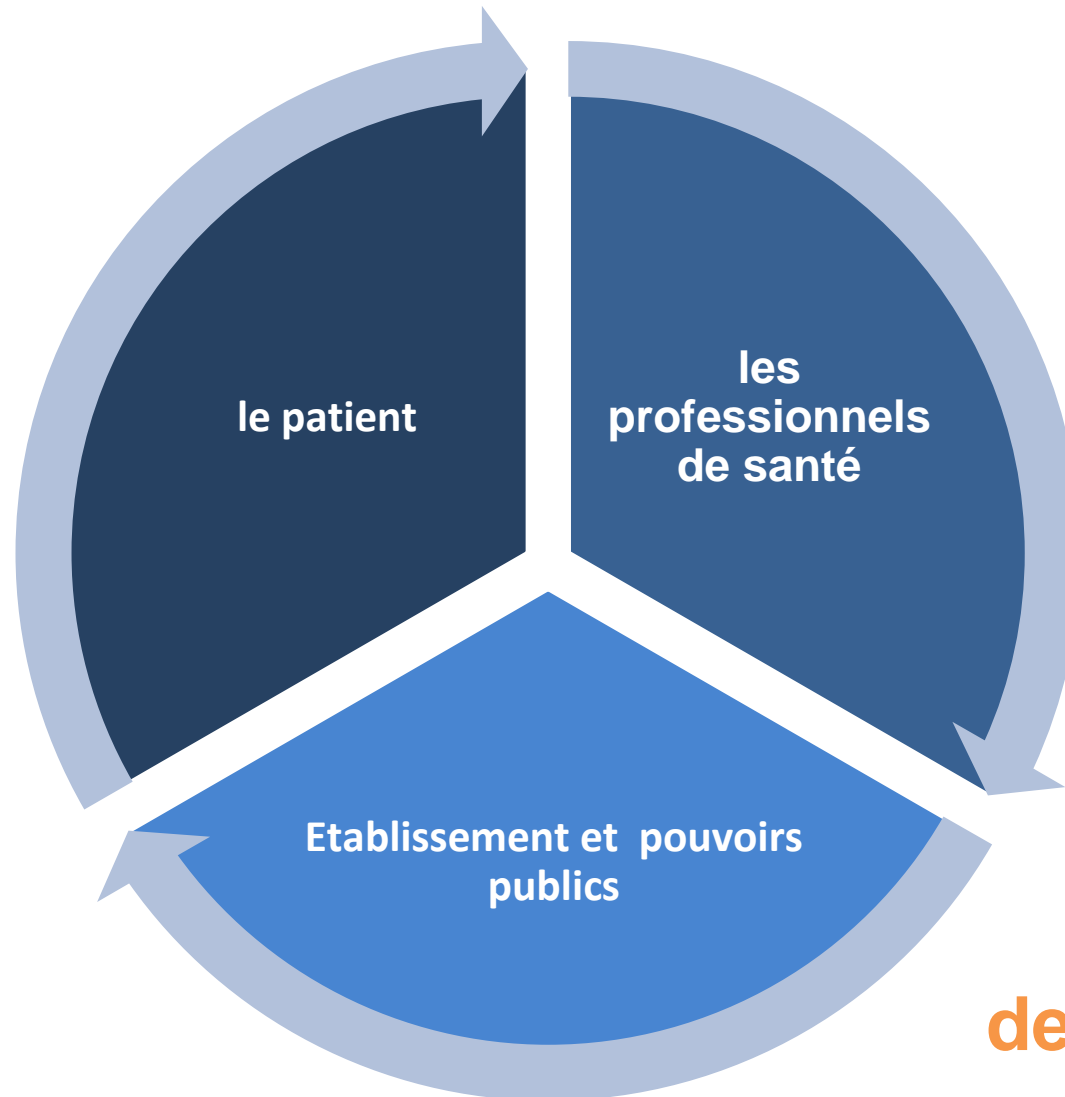
Directeur scientifique Prévention Médicale

Conseiller sécurité des soins HAS-DAQSS

## **Sommaire:**

- Définitions
- Comprendre les concepts et familles d'idées qui sont derrière l'idée de culture
- Evaluer et mesurer dans notre pratique
- Agir et faire bouger la culture
- Pour changer quoi ... et en combien de temps?

# La performance des établissements de santé : une question complexe



**des ENJEUX**

# 1. DEFINITIONS

# Definition de la culture de sécurité

- La façon dont on se réfère au travail aux valeurs, attitudes, normes, croyances, pratiques, recommandations, comportements, même si en l'occurrence la mesure reste plus centrée sur le groupe de travail (le service, l'équipe) que sur l'hôpital ou la structure.
  - *The way we refer to values, attitudes, norms, beliefs, practices, policies, behaviors of personnel. In essence, culture is the way we do things around here, whereby the word 'here' refers not to the hospital, but rather to a particular work unit (Pronovost & Sexton, 2005)*
- Le produit des **valeurs** portées par les individus, les groupes, les équipes, sur leur compétences et leurs comportements, qui détermine en retour l'engagement et le professionnalisme d'une organisation sûre
  - *"The product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of an organization's safety management"*

# Différents buts de la culture de sécurité

La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence

F. Guichet<sup>1</sup>, J.-L. Quessada<sup>2</sup>, B. Hubert<sup>3</sup>, M. Hozart<sup>4</sup>, M.-L. Pouchades<sup>5</sup>, R. Amalberti<sup>6</sup>,  
Y. Auroy<sup>7</sup>, P. Michard<sup>8</sup>, B. Lohier<sup>9</sup>, M. Libot<sup>10</sup>, R. Parnes<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>2</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>3</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>4</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>5</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>6</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>7</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>8</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>9</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>10</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris  
<sup>11</sup> Centre de compétences en Innovation Médicale et de la Santé et Aquarius (C3i), Hôpital Saint-Joseph - Paris

**Résumé** L'objectif de cet article est de définir la culture de sécurité en santé (CSS) et de proposer une grille d'évaluation de la CSS dans les établissements de soins. La CSS est définie comme un ensemble de valeurs, de normes et de pratiques qui favorisent la sécurité des patients et des professionnels de santé. Elle est influencée par de nombreux facteurs, tels que l'organisation, la formation, la culture organisationnelle, les ressources humaines, les technologies, les processus, les normes, l'évaluation et la formation des professionnels de santé, ainsi que la réaction de la santé publique et les attentes des citoyens, des patients, des familles et des médias.

**Abstract** The objective of this article is to define the safety culture in health care (SCH) and to propose an evaluation grid for SCH in health care establishments. SCH is defined as a set of values, norms and practices that promote patient and professional safety. It is influenced by many factors, such as organization, training, organizational culture, human resources, technologies, processes, norms, evaluation and training of health professionals, as well as the reaction of public health and the expectations of citizens, patients, families and the media.

**Keywords:** Culture - Culture - Culture - Safety Management - Quality - Quality - Quality - Quality

**Introduction** La culture de sécurité en santé (CSS) est un concept émergent qui vise à améliorer la sécurité des patients et des professionnels de santé. Elle est influencée par de nombreux facteurs, tels que l'organisation, la formation, la culture organisationnelle, les ressources humaines, les technologies, les processus, les normes, l'évaluation et la formation des professionnels de santé, ainsi que la réaction de la santé publique et les attentes des citoyens, des patients, des familles et des médias.

## Five Attributes of a Safety Culture

Attribute	Definition
An Informed Culture	“Those who manage and operate the system have current knowledge about the human, technical, organizational and environmental factors that determine the safety of the system as the whole.”
A Reporting Culture	“An organizational climate in which people are prepared to report their errors and near-misses.”
A Just Culture	“An atmosphere of trust in which people are encouraged, even rewarded, for providing essential safety-related information—but in which they are also clear about where the line must be drawn between acceptable and unacceptable behaviour.”
A Flexible Culture	“Adapting effectively to changing demands. . . . [I]n many cases it involves shifting from the conventional hierarchical mode to a flatter professional structure, where control passes to task experts on the spot.”
A Learning Culture	“The willingness and the competence to draw the right conclusions from [the organization’s] safety information system, and the will to implement major reforms when their need is indicated.”



**Institutional resilience in healthcare systems**  
J Carthey, M R de Leval and J T Reason

Qual. Health Care 2001;10:29-32  
doi:10.1136/qhc.10.1.29



**Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management**

J T Reason, J Carthey and M R de Leval

Qual. Health Care 2001;10:21-25  
doi:10.1136/qhc.10.1.21



**Assessing safety culture: guidelines and recommendations**

P Pronovost and B Sexton

Qual. Saf. Health Care 2005;14:231-233  
doi:10.1136/qshc.2005.015180

# Climat versus Culture de sécurité

- La notion de climat repose sur les traits de surface observables des comportements d'un service hospitalier comparé aux raisons profondes (culture) qui créent ce climat.
- En un certain sens, le climat peut être objectivement noté par des observateurs, alors que la culture émerge de questionnaires passés individuellement par les acteurs et reposant sur leurs propres valeurs

## 2. COMPRENDRE LES FONDEMENTS

*Une distinction importante entre CLIMAT et CULTURE*

*Quatre courants théoriques très différents*

- . Les cultures nationales et les relations interhumaines*
- . Les environnements à haute fiabilité, HRO*
- . Les cultures de management*
- . Les cultures centrées sur la production et l'accompagnement au changement*

## 1. Les approches centrées sur l'amélioration des relations et la réduction des conflits inter- humains

Geert Hofstede, années 70

Analyse des cultures nationales

Influence du Culturalisme

Il définit cinq facteurs de différenciation culturelle :

La distance hiérarchique,

Le contrôle de l'incertitude,

L'individualisme et le collectivisme,

La dimension masculine/féminine,

L'orientation court terme/long terme.

*Etude conduite sur 70 pays*

Quatre dimensions seront reprises par Bob Helmreich (Université du Texas) en 1990 pour évaluer la culture d'entreprise dans les cockpits en aviation civile et développer les CRMs



Thésards médecins : Brian Sexton

Embauche à John Hopkins chez P. Pronovost

Portage à la médecine en 2000

> **Questionnaire SAQ**

- **la distance hiérarchique** caractérise la manière dont le pouvoir est exercé. Si elle est élevée (ex: Inde) les inégalités sociales sont facilement acceptées, on attend des chefs des décisions fermes et autonomes, et des subordonnés une exécution obéissante.
- **l'évitement de l'incertitude** caractérise l'aptitude à gérer les situations nouvelles ou floues. Les cultures à fort évitement de l'incertitude (Japon) favorisent la stricte application des règles et des procédures, et le maintien d'un ordre clair dans les relations sociales.
- **l'individualisme**, qui s'oppose au collectivisme, caractérise le poids reconnu à l'initiative et au succès individuel, par opposition à ceux du groupe.
- **la masculinité** mesure la valorisation de l'ambition et de la performance, traduites par l'argent et les biens matériels, avec une domination sociale des hommes sur les femmes.



## 1. La mesure du climat de sécurité dans l'industrie

Inspiré des études industrielles dans le l'aviation et l'offshore

Bob Helmreich, Université Texas

*Frank W. Guldenmund & Rhona Flin  
1990*

*Rhona Flin professeur de psychologie de l'université d'Aberdeen en Ecosse, spécialiste des climats de sécurité qui a d'abord publié dans le cadre de l'offshore de la mer du nord, puis dans le cadre de l'aviation, et maintenant dans le cadre médical*

La mesure est d'abord réalisée pour l'entreprise et sa performance de sécurité

Portage à la médecine dans les années 2000, par Rhona Flin

Développement du questionnaire (origine Texas Helmreich)

**ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionnaire)**

Braithwaite et al. (2003) Attitudes Questionnaire in health care organizations, Palgrave macmillan, 2010, UK

12/12/11

## La mesure des climats de sécurité

La notion de climat repose sur les traits de surface observables des comportements d'un service hospitalier compare aux raisons profondes (culture) qui créent ce climat. En un certain sens, le climat peut être noté par des observateurs, alors que la culture émerge de questionnaires passés individuellement par les acteurs

Plusieurs méthodes et outils existent pour mesurer les climats dans l'industrie, presque toutes transposables à la médecine.

(1) La dimension la plus fréquemment explorée du climat est la capacité managériale à soutenir/prioriser la sécurité parmi toutes les pressions connexes (72% des questionnaires) (arbitrages, soutien direct, participation aux visites de terrain, et aux réunions spécifiques, etc.).

(2) Cinq autres thèmes reviennent régulièrement dans l'industrie avec un haut niveau de priorité dans les questionnaire de culture/climat:

- système de sécurité (quelle organisation, cité dans 67%),
- niveau réel des risques (particulièrement des accidents de travail, cité dans 67%),
- niveau de pression de travail (33%),
- valeur et le suivi des procédures (cité dans 33%),
- qualité des compétences.

**A noter que la qualité des coopérations et du travail collectif ne figure pas en temps que telle dans cette échelle à 6 dimensions...même si elle transparait dans certaines entrées.**



## 1. Les approches centrées sur l'intelligence du groupe et son adaptabilité

Certaines organisations résistent mieux aux situations dégradées que d'autres= organisations 'à hautes fiabilité'.

Travaux initiés dans les années 70 par **Gene Rochlin et Tod Laporte** à Berkeley sur le comportement des marins de portes avions où les risques sont omni présents mais habituellement maîtrisés.

Contribution de **Charles Perrow** sur la fragilité des solutions de sécurité dans la complexité des environnements (accidents normaux)

Théorie finalement développée par les **économistes** des HRO en 1980:

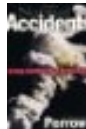
**Karlène Robert (Berkeley)**

**Karl Weick (Université du Michigan)**

en lien étroit avec **Herbert Simon (prix nobel)**.

Portage au domaine médical par **Karl Weick et Kathleen Sutcliffe** dans les années 90.

>A inspiré fortement le questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture construit sur financement AHRQ  
12/12/11



## Les HRO

### High-Reliability Organisations

5 caractéristiques du groupe sûr qui doivent être partagées par tous les acteurs

- se sentir tous concernés par les dysfonctionnements
- résister aux simplifications du monde et aux analyses rapides
- avoir la volonté permanente d'améliorer la performance et la sécurité
- s'engager dans la récupération et la résistance aux perturbations, importance de l'acquisition du *Sense making*
  - la sécurité, particulièrement pour les cas les plus difficiles de systèmes complexes et dynamiques, ne relève pas d'une simple application de procédures (il en faut) mais plutôt de l'habileté et de l'expertise des opérateurs à juger le réel en choisissant quelle procédure permet d'éviter le pire en acceptant parfois le moins grave.
- respecter l'expertise et le rôle de chacun.



## 1. Les approches centrées sur le judiciaire et la protection des déclarants

David Marx était un ingénieur et sociologue de la maintenance de Boeing, en charge de la sécurité, ayant décidé en fin des années 90 de s'installer à son compte pour proposer une vision de la culture de sécurité personnelle, non reliée aux grands courants théoriques, totalement guidée par l'exposition judiciaire.

Marx va venir sur le devant de la scène médicale en gagnant un appel d'offre avec l'AHRQ en 97 sur la mise en place du système de déclaration des incidents accidents liés aux produits sanguins (système MERS-TM).

A considérablement influencé la loi fédérale américaine de 2009 sur la protection des déclarants

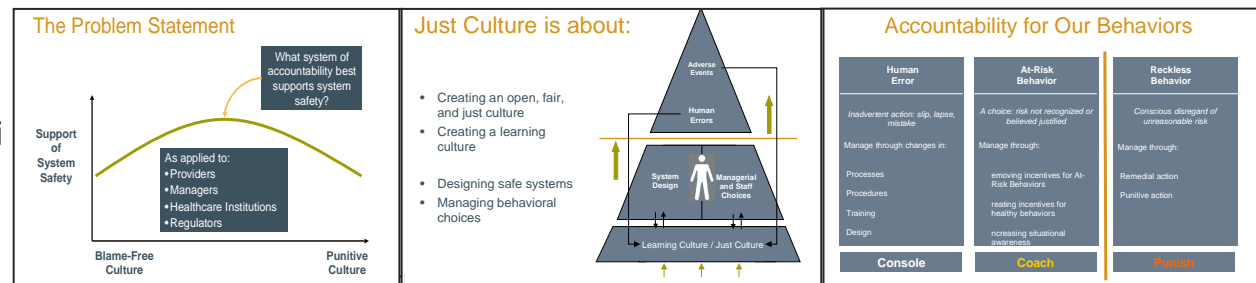
## La Culture Juste – Just culture

•une vision de la sécurité où on distingue 4 classes d'erreurs :

- (1) *errors* les erreurs sans conséquences (non coupables),
- (2) *negligent behaviours* les conduites involontairement dangereuses où le problème n'est pas l'erreur mais la récupération tardive,
- (3) *reckless behaviours* : les conduites franchement dangereuses (erreurs involontaires sans récupération et avec des conséquences graves pour le patient),
- (4) *violations*- les violations, volontaires (les plus coupables et inexcusables).

•Observation des jurisprudences : un cadre d'acceptabilité et de niveau fautif : les deux premières catégories sont non fautives, les deux dernières partiellement ou totalement fautives (violations).

•De ce constat découle la théorie de la culture juste (Marx a inventé le mot), qui doit permettre aux opérateurs de librement rapporter et signaler les deux premières catégories qui concerne l'immense majorité des erreurs sans jamais être inquiété (il faut que cela soit ancré dans la loi) ; les deux autres catégories doivent aussi être signalées, avec le bénéfice de la franchise comme excuse, mais sans effacer le risque de punition.





# La culture du management et des organisations

## 1. Les approches centrées sur la culture de management et de l'organisation

Ron Westrum, sociologue, a d'abord travaillé seul avant de se rapprocher des HRO

Reste assez original dans sa pensée

A influencé considérablement Jim Reason et toute l'industrie

A l'origine du questionnaire proposé par l'université de Manchester

MPSF

**Manchester Patient Safety Framework**

<i>Pathologique</i>	<i>Bureaucratique</i>	<i>Generative</i>
Information Cachée	Information Ignorée	Information Recherchée
Messagers 'tués'	Messagers 'tolérés'	Messagers 'encouragés'
Fuite des responsabilités	Responsabilité compartimentée	Responsabilité partagée
Toute généralisation est bannie	Généralisation retardée au maximum	Généralisation Précoce
Les erreurs sont couvertes	Les erreurs sont imputés à des personnes (sanctions)	Les erreurs donnent lieu à une enquête au-delà des personnes
Les nouvelles idées sont 'tuées'	Les nouvelles idées sont débattues dans un agenda au long terme (groupe de travail...)	Les nouvelles idées sont immédiatement débattues

## 1. Les premières approches sur la culture de coopération

### La culture du silence de Robin Sheriff *cultural censorship*

Hart E., Hazelgrove J. Understanding the organizational context for adverse events in the health services: the role of cultural censorship Qual. Health Care 2001;10;257-262

## La culture du silence

- Améliorer « la censure spontanée à parler des défauts des uns et des autres dans et hors du groupe », bref une culture du silence (*culture of silence*-(*cultural censorship*)).
- IL ne s'agit pas vraiment d'une culture de conformité où les sujets ne s'autoriseraient pas à dévier de la pensée dominante
- ; il s'agit plutôt d'une culture où s'installe un sentiment partagé entre les acteurs qu'il n'est pas bon de mettre sur la table publique un certain nombre d'éléments, même si ces éléments peuvent être discutés dans des lieux informels entre professionnels et sont connus de tous (couloirs, cafés...).
- C'est une véritable conspiration du silence (*conspiracies of silence*) où à la fois les choses sont partagées implicitement (dans le groupe) mais tout le monde est d'accord pour ne pas les rendre officielles et leur donner un statut tracé (y compris à l'intérieur du groupe, sans même parler de l'extérieur) ; une autre spécificité de ce type de culture du silence est qu'elle ne touche que certains points de l'activité alors que d'autres points de l'activité sont très publics avec l'encouragement de tous.
- Cette culture du silence est connue pour être résistante à toute action légale (lois, décrets, incitations des autorités), car elle est partagée par tous les individus du groupe, et le paradoxalement soude le groupe d'une certaine façon autour d'un secret (de violation) qu'il ne faut pas faire sortir sans risques de graves conséquences pour la destruction du groupe en retour (omerta). En même temps, le groupe souffre de cet état, pas tant par le fait de la pression légale, que par celui de cacher ces dysfonctionnements chroniques qui constituent le cœur d'un problème dont ils souffrent au quotidien. Le travail d'amélioration ne passe pas par la loi, ou par l'imposition d'un système de signalement légal qui équivaldrait à basculer dans une culture plus ouverte (en fait cette imposition donne un résultat qui est lui-même biaisé si l'on n'a rien fait sur la culture, y compris dans l'administration qui recueille les données) mais par un travail d'audit et d'analyse indépendante des données, hors administration de tutelle et un déblocage de la discussion avec les autorités directes du service.



# La culture de l'organisation stratégique et du changement bien conduit

## 1. Les cultures centrées sur l'adaptation et le changement sûr des organisations

Inspiré des HRO mais avec un accent stratégique et managérial

Ekval 1991 Etudes des climats propices aux changements dans l'industrie

Portage à la médecine, années 2000, par Jeffrey Braithwaite, (Univ Sydney) et Russell Mannion (Univ Manchester)

Développement du questionnaire **Organizational Climate Measure (OCM)**

- Ekval 1991, décrit 10 dimensions d'un climat propice au changement (défi, liberté, idées, dynamisme, soutien aux idées, confiance, humour, évitement ou multiplication des conflits, débats, et prise de risque).
- Réintroduit clairement les concepts de culture (valeurs) et de climat (comportements) avec les distinctions importantes faites par Martin 2002 dans le milieu médical entre établissements à

Niveau	Intégré	Différencié	Fragmenté
Hôpital	Consensus	Chapelles	Instabilité opportuniste
Groupe	Peu de différences d'un service à un autre	Fortes différences	Mouvant
Individus	Pas de conflit	Conflit avec les valeurs locales et générales	Opinions versatiles

**EXEMPLE DU NHS:** Au NHS, changement important intervenu dans le mode de gouvernance dans les années 80 : remplacement d'une stratégie de direction assumée par les pairs en consensus par l'instauration d'un 'general management,' en fait directeur exécutif (chefs executives). Ces nouveaux directeurs administratifs furent relativement acceptés ; dans les faits ce qui changea le plus est la chaîne d'autorité beaucoup plus dépendante des directions centrales du ministère. Dans les années 90, réintroduction d'une autonomie local entièrement tournée vers l'économie de marché, moins appréciée. Eclatement du scandale des hôpitaux pédiatriques de Bristol en fin 90 (sériel en chirurgie cardiologique) remise en cause des choix qui avaient concentré le pouvoir dans un 'club de décideurs' ; la réponse de l'état fut d'augmenter la transparence et le NPSA et son système de retour d'expérience public fut créé dans cette logique. Mais la logique du marché est restée assez forte pour finalement imposer dans le milieu des années 2000 la création des *Public Hospital trusts* dotés d'une autonomie de négociation locale très forte, de capacités d'initiatives privées quasiment illimitées, mais en théorie mieux contrôlées que dans les années 90 par une charte d'engagement nationale de qualité du service, et un board élargi et intégrant aussi bien les médecins, les tutelles locales que les patients.



## 1. Les cultures centrées sur la Qualité de la production

Inspiré de la démarche Qualité  
Des cibles claires, une organisation à simplifier et à rationaliser

James Womack

Influence de Toyota

La pensée *lean* repose sur deux concepts principaux : le [juste-à-temps](#) et le [jidoka](#) (« automatisation à visage humain »).

Les outils du juste-à-temps sont :

le temps,

le lissage,

le flux continu en pièce à pièce

le flux tiré,

le changement rapide d'outils  
l'intégration de la logistique.

# La culture de la qualité de la production

Qualité et Non qualité émergent de façon non prévisible et non linéaire des organisations complexes.

Le Lean management veut CONTROLER EN LIGNE les défauts de la production inhérent à ces flux

- production excessive,
- attentes,
- transport et manutention inutiles,
- tâches inutiles,
- stocks,
- mouvements inutiles
- production défectueuse

Plus le flux est régularisé, plus la sécurité et la qualité sont assurées

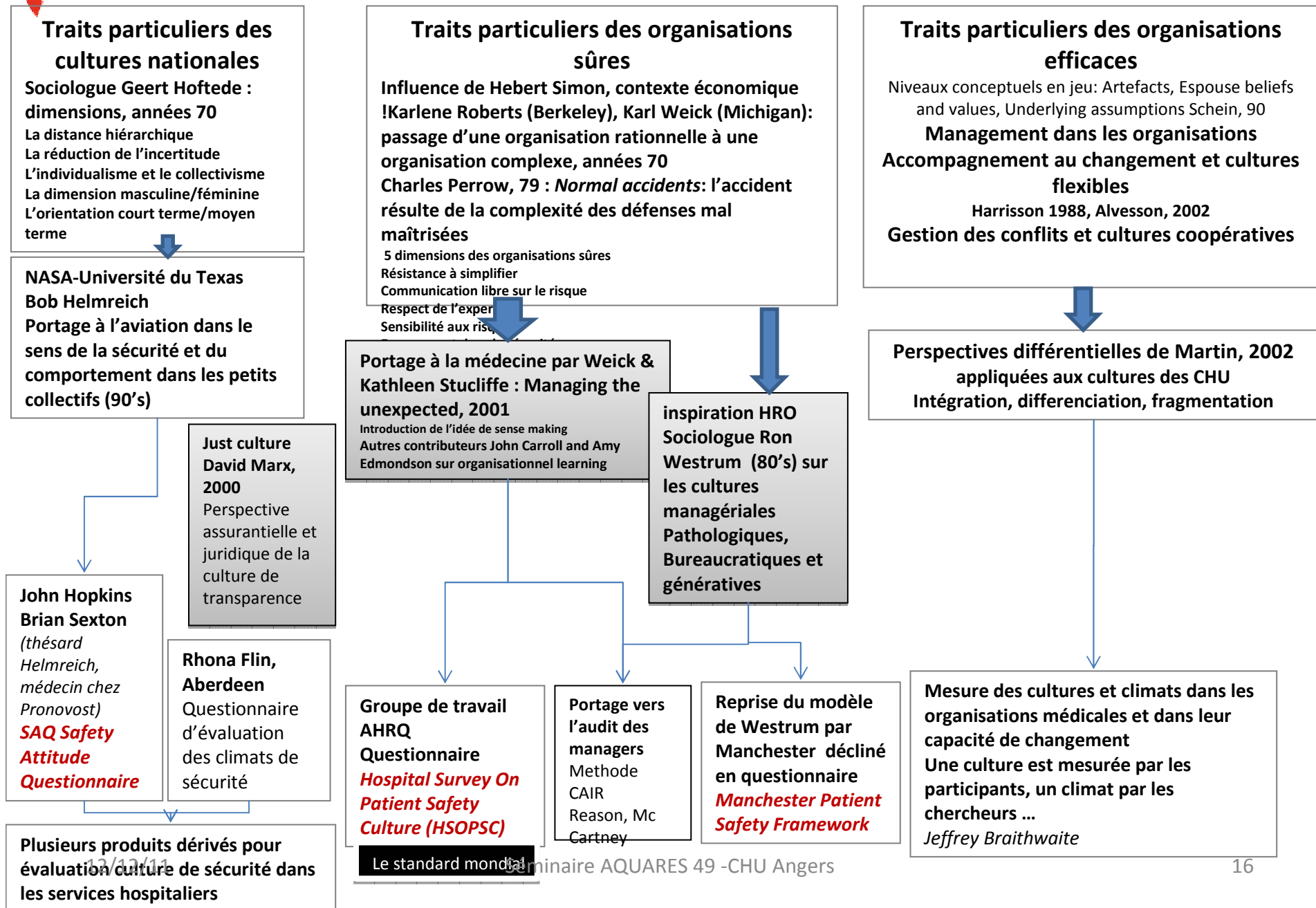
L'amélioration de la Qualité sur la chaîne de production améliore aussi (pacifie) les relations inter professionnelles

Le Lean est basé sur l'acquisition d'une culture de logique de flux

- Flux physique propre
- Flux de valeurs ajoutées
- Flux de collaboration

IMPORTANCE STRATEGIQUE DU MANAGEMENT DE PROXIMITE ET DE L'ORGANISATION

# Trois perspectives différentes dans l'approche de la culture



# 3. EVALUER ET MESURER

# Les outils : le SAQ

## SAFETY ATTITUDE QUESTIONNAIRE

- Origine : Aviation, Hosftede, Helmreich
  - 6 facteurs, 60 questions dans sa version complète
  - Version courte de 10 questions existantes et validée
  - Validation psychométrique en anglais uniquement
- Travail en équipe
- Satisfaction au travail
- Climat de sécurité
- Perception du management
- Reconnaissance des conditions stressantes
- Conditions de travail

### SAQ item

It is easy for personnel in this ICU to ask questions when there is something that they do not understand.

I have the support I need from other personnel to care for

In this ICU, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.

Disagreements in this ICU are resolved appropriately (i.e., not *who* is right, but *what* is best for the patient)

The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.

### safety climate

The culture in this ICU makes it easy to learn from the errors of others.

Medical errors are handled appropriately in this ICU.

I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this ICU.

I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have

I receive appropriate feedback about my performance.

I would feel safe being treated here as a patient.

In this ICU, it is difficult to discuss errors.

### job satisfaction

This hospital is a good place to work.

I am proud to work at this hospital.

Working in this hospital is like being part of a large family.

Moral in this ICU area is high.

I like my job.

### stress recognition

When my workload becomes excessive, my performance is impaired.

I am more likely to make errors in tense or hostile situations.

Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g., emergency resuscitation, seizure).

I am less effective at work when fatigue perceptions of management

Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients.

Hospital administration supports my daily effortsI am provided with adequate, timely

information about events in the hospital that might affect my work.The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients working conditions

All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me. This hospital constructively deals with problem physicians and employees.

Trainees in my discipline are adequately supervised. This hospital does a good job of training new personnel.

# Les outils : le HSQSC

## HOSPITAL SURVEY QUESTIONNAIRE PATIENT SAFETY

- Origine : Mixte de plusieurs théories
- Le plus utilisé dans le monde
  - 7 facteurs, 80 questions dans sa version complète
  - Validation psychométrique en français (CCECQA)
- **Ambiance dans unité / service**
- **Rapport à la hiérarchie**
- **Communication**
- **Signalement EIG**
- **Perception du niveau de sécurité**
- **Perception d'image de l'ES**
- **Nombre d'EIG signalés**

### SECTION A : votre unité/service

Les personnes qui travaillent dans cette unité se soutiennent mutuellement

Nous avons assez de personnel pour faire face à la charge de travail

Quand beaucoup de travail a besoin d'être effectué rapidement, nous travaillons en équipe afin d'effectuer ce travail

Dans cette unité, les personnes se traitent avec respect

Les heures travaillées par les professionnels de l'équipe sont trop importantes pour une qualité optimale des soins

Nous mettons activement des choses en place afin d'améliorer la sécurité des soins

Nous faisons trop souvent appel à du personnel intérimaire pour une qualité optimale des soins

.../...

### SECTION B : votre supérieur hiérarchique immédiat (surveillant, chef de service...)

Mon supérieur hiérarchique immédiat (surveillant, chef de service...) exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé selon les règles de sécurité des soins

Mon supérieur hiérarchique immédiat (surveillant, chef de service...) prend sérieusement en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins .../...

### SECTION C : communication

Nous recevons un retour d'information sur les changements mis en place suite au signalement d'un évènement

Le personnel parlera librement s'il voit quelque chose qui puisse affecter négativement les soins des patients

Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans cette unité

.../...

### SECTION D : fréquence de signalement des évènements indésirables

Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient ; combien de fois cette erreur est signalée ?

Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient ; combien de fois cette erreur est signalée ?

Quand une erreur, qui pourrait nuire au patient mais n'a pas nuit au patient, est faite ; combien de fois cette erreur est signalée ?

### SECTION E : niveau de sécurité des soins

Donnez à votre unité/service un classement global concernant la sécurité des soins

### SECTION F : votre établissement de soins

La direction de l'hôpital procure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins

Les unités de l'hôpital ne se coordonnent pas bien les unes avec les autres

Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à

Les unités de l'hôpital travaillent ensemble pour fournir les meilleurs soins aux patients

Les changements d'équipe sont problématiques pour les patients dans cet hôpital

### SECTION G : nombre d'évènements indésirables signalés

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des évènements indésirables avez-vous remplies et déposées ?

# ORMAC

## Operating Room Management Attitudes Questionnaire

- Origine Bob helmreich, Univesité Texas
- Utilisation industrielle de l'outil racine
- Version spéciale dérivée et développée pour les blocs chirurgicaux
- Pas de version française
- 32 questions en 6 bloc

### Leadership Structure

- Senior staff should encourage questions from junior medical and nursing staff during operations if appropriate
- Doctors who encourage suggestions from Operating Theatre team members are weak leaders
- Successful Operating Theatre management is primarily a function of the doctor's medical and technical proficiency
- Leadership of the Operating Theatre team should rest with the medical staff\*
- There are no circumstances where a junior team member should assume control of patient management

### Confidence-Assertion

- The senior person, if available, should take over and make all decisions in life threatening emergencies\*
- Junior Operating Theatre team members should not question the decisions made by senior personnel
- If I perceive a problem with the management of patient, I will speak up, regardless of who might be affected
- In critical situations, I rely on my superiors to tell me what to do\*
- I sometimes feel uncomfortable telling Operating Theatre members from other disciplines that they need to take some action
- Team members should not question the decisions or actions of senior staff except when they threaten the safety of the operation
- I always ask questions when I feel there is something I don't understand Information Sharing
- A regular debriefing of procedures and decisions after an Operating Theatre session or shift is an important part of developing and maintaining effective team co-ordination

### Stress and fatigue

- Even when tired, I perform effectively during critical phases of operations
- .../...

### Information sharing

- A regular debriefing of procedures and decisions after an Operating Theatre session or shift is an important part of developing and maintaining effective team co-ordination
- .../...

### Teamwork

### Work values

# MaPSaF

## Manchester Patient Safety Framework

- Cadre théorique de Ron Westrum
- 10 dimensions
- Orienté Culture management et organisation
- Pas de traduction française

### Dimension of patient safety culture

1. Commitment to overall continuous improvement
2. Priority given to safety
3. System errors and individual responsibility
4. Recording incidents and best practice
5. Evaluating incidents and best practice
6. Learning and effecting change
7. Communication about safety issues
8. Personnel management and safety issues
9. Staff education and training
10. Team working

# Reason et les audits de sécurité

## Reason JT, Carthey J, de Leval MR Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management *Qual Health Care*, 2001, 10 Suppl 2:ii21-5.

- Une boîte à outil pour identifier les comportements inadaptés d'une organisation médicale et sa culture de sécurité ; on retrouve l'influence de Ron Westrum et des théoriciens des HRO
- Décrit particulièrement deux attitudes faciles à repérer : les réponses aux questions de sécurité avec les modèles à boucle courte et réactive (les plus nombreux).
  - En boucle courte, on répond au symptôme, on punit, on prend vite une décision corrective.
  - Inversement, dans les modèles en double boucles : on fixe le problème par une 'protection immédiate', mais on s'interdit de punir dans l'immédiat et on traite la recherche de cause en parallèle, avec des outils d'analyses approfondies.
  - A terme on conduit des actions sur l'organisation du système (seconde posture évidemment plus performante dans une logique de sécurité)

## Carthey J, de Leval MR. Reason JT Institutional resilience in healthcare systems. *Qual Health Care*, 2001, 10(1): 29-32

- Exposé de la **méthode CAIR** d'audit des directions d'hôpitaux et de cliniques sur leur management de la sécurité et de la qualité ;
- La méthode se base sur l'exploration par questionnaire de 3 dimensions (the three Cs') :
  - *Commitment* : Engagement par les directeurs à considérer la sécurité du patient comme une priorité, mesuré sur l'analyse des décisions prises, les arbitrages réellement effectués en faveur de la sécurité, et la présence des directeurs dans les réunions parlant de sécurité ;
  - *Compétence*, la compétence des directeurs en matière de sécurité des soins, leur formation ;
  - *Cognizance* Connaissance du risque : quelles actions pour connaître vraiment le risque lié au soin : signalement non punitif, solutions pour analyser collectivement le risque ;

# Team Climate Inventory

- Origine Anderson & West 99
- Teste la capacité à changer et à s'adapter
- 4 dimensions
- **Niveau participatif aux décisions de sécurité (partage de l'information, influence, fréquence des interactions)**
- **Support à l'innovation (articulé, planifié, opportuniste)**
- **Vision d'équipe (clarté et pertinence, niveau de consensus, de réalisme de puissance,**
- **Valeur de créativité (excellence, place et écoute de la créativité)**

# **EVALUER?**

# **QUELS LIENS AVEC LA SECURITE?**

# Liens culture-Outcome

**Guldenmund, F., The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation, Safety Science, 2007, 45, 723-43**

- Les questionnaires d'évaluation des climats de sécurité n'ont pas démontré dans l'industrie une qualité métrologique exceptionnelle, notamment dans leur pertinence à isoler des déficits organisationnels patents. Le défi est d'avoir un outil facile à manier, rapide, donnant une idée raisonnablement utile du climat pour prendre des mesures correctives. On n'imagine pas dans ce cadre un instrument extrêmement précis, mais il faut au moins un instrument qui sache reconnaître les points faibles de l'organisation (et le problème commence là car il faut posséder une théorie validée des points faibles organisationnels et de leur lien formel à la sécurité). La liste des dimensions pertinentes à prendre en compte est un objet de débat ; 6 dimensions habituelles: management, système de sécurité, nature des risques, pression de travail, compétences, procédures, mais ces dimensions se déclinent à chaque niveau organisationnel (macro (*organizational*), meso (*group*), micro (individuals), en ajoutant la distinction à ce dernier niveau entre l'individu rationnel, et l'individu émotionnel).
- Au niveau organisationnel on retrouve 9 dimensions : politique de gestion des risques, plateforme technique, maintenance, procédures, personnels et planning, compétences, engagement collectif, communication et suivi des changements. Les exploitations de questionnaires montrent une certaine agrégation et superposition de valeurs parmi ces 9, avec le management largement prédictif des autres valeurs.
- Au niveau groupe, les résultats des évaluations restent peu spécifiques. Le rôle (ou l'absence) du leader est souvent montré comme essentiel dans la survenue des accidents, mais souvent on observe une floraison de différents styles de leaders à l'intérieur d'une même organisation, avec un risque de moyennage des attitudes par la mesure qui tue l'information locale.
- Au niveau individuel, la compétence est souvent mise en avant, de même que le taux de sinistralité des employés (bien corrélé avec le risque futur en médecine).
- Au bilan, un certain nombre de questions restent en l'air, notamment le lien formel entre mesure d'un type d'organisation particulier et risque d'accident. ON mesure des valeurs qui ont probablement du sens pour la sécurité, largement médiées par l'organisation au plus haut niveau, et donc avec des dimensions finalement peu indépendantes entre macro-meso et micro, même si des processus de régulation peuvent contre dire les valeurs mesurées en matière de résultats. On peut se demander si, compte tenu des limites des questionnaires, des techniques d'audit ne seraient pas plus appropriées.

# Les autres niveaux de mesures

- Application du LOSA (Line Oriented Safety Audit) utilisé en Aviation au domaine médical. Il s'agit de mettre un observateur qui code les erreurs des professionnels qui travaillent, puis d'analyser ces erreurs pour alimenter les cours de formations continues données aux professionnels. L'application porte sur le domaine néonatal.
- Les observateurs sont formés à utiliser une grille de codage en ligne des comportements professionnels qu'ils observent, cette grille fait une part belle aux comportements collectifs et aux processus collaboratif.
- Les 10 marqueurs sont (1) le partage d'information, (2) la recherche d'information auprès des autres, (3) la gestion des affirmations, (4) le partage des intentions et les briefings, (5) la qualité d'enseignement, (6) l'évaluation des plans (7) la régulation de la charge de travail en gérant mieux les ressources de l'équipe (8) la vigilance et l'attention portée à l'environnement et aux surprises (9) la qualité globale de l'équipe, et (10) le leadership, style et efficacité. Le papier est assez concret et montre vraiment l'outil de recueil, le codage et comment faire de façon pratique.
- Thomas E., Sexton B. Helmreich R. Translating teamwork behaviours from aviation to healthcare: development of behavioural markers for neonatal resuscitation *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl 1):i57-i64

# Et en France ?

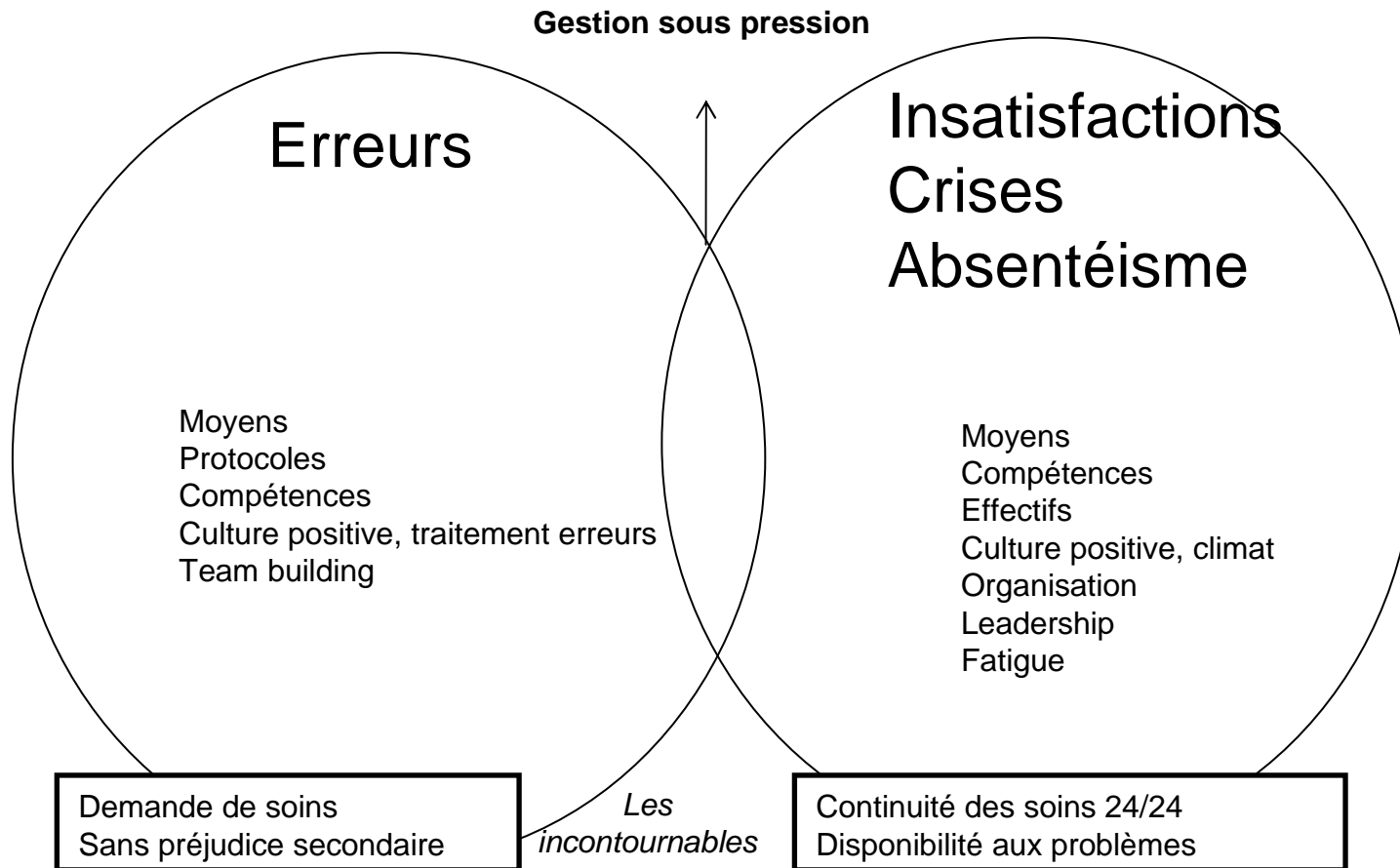
- *Ocelli P, Quenon JL, Hubert B, Kosciolk, H., Hoarau H, Pouchadon, ML Amalberti R, Auroy, Y, Salmi R, Sibé M, Parneix P Michel P, (2011) Development of the safety culture: Initial measurements at six hospitals in France, Journal of Healthcare Management, J Healthc Risk Manag. 2011;30(4):42-7.*
- Objectif : Réaliser une première mesure de la culture de sécurité (CS) des unités de soins d'établissements de santé français.
- Matériel-méthodes : Une étude descriptive transversale de la CS a été menée entre 2007 et 2008 dans des unités de soins volontaires de six établissements de santé de la région Aquitaine. Un auto questionnaire mesurant 12 dimensions de la CS a été remis aux professionnels dispensant des soins aux patients.
- Résultats : La CS a été évaluée dans vingt unités de soins. Le taux global de réponse était de 65 % (507/777). Quatre dimensions étaient globalement peu développées : la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines, le soutien du management pour la sécurité des soins et la continuité des soins.
- Discussion-conclusion : Cette première mesure de la CS des unités de soins a montré qu'une évaluation quantitative était possible dans des établissements de santé français. Elle a permis d'identifier des dimensions peu développées, de susciter une réflexion sur le niveau actuel de la CS et sa possible amélioration dans les unités de soins enquêtées.

# Lien climat /outcome

- Liens raisonnablement actifs entre marqueurs du climat et réduction des taux accidents (du travail) dans l'industrie ultra sûre
- Mais...aucune étude sur les climats de sécurité dans le domaine médical n'a pu formellement conclure au même lien entre les dimensions testées et l'amélioration de la sécurité en matière d'outcome pour le patient.
- La conclusion est donc assez réservée à un moment où les autorités poussent pour adopter un plan rapide d'amélioration de la culture basée sur des traits de surface des comportements. Les qualités métrologiques des instruments testés sont modestes, en tout cas incomplètes, et le lien à l'amélioration de la sécurité patient non prouvé.
- Les résultats plus favorables dans l'industrie laissent envisager un certain optimisme, mais les dimensions qui ont des résultats positifs dans l'industrie privilégient des objets qui ne sont peut être pas ceux que la médecine veut prioriser (pression temporelle en premier, accident du travail en second... )

# Sur quoi veut on agir?

## Liens Sécurité du patient / Qualité au travail



# QUE FAIRE ?

# Deux questions fondamentales pour l'action en matière de sécurité

- Tout le monde s'accorde pour dire que la culture médicale devrait évoluer pour améliorer la sécurité des soins
- Mais faut-il agir sur la culture pour la changer?? Est-ce même faisable?
  - On peut augmenter la contrainte, changer la performance et l'organisation, et considérer que le changement de culture (visée) sera la conséquence de la contrainte
    - Modèle industriel
  - OU essayer de changer les valeurs de travail par une adhésion de consensus, et considérer que le changement de performance en sera la conséquence
    - Notre intention??
- Faut-il une seule culture cible... ou des cultures différentes pouvant dépendre de la situation macro-économique
  - Culture de sécurité d'abord ??
  - Ou culture de changement ??

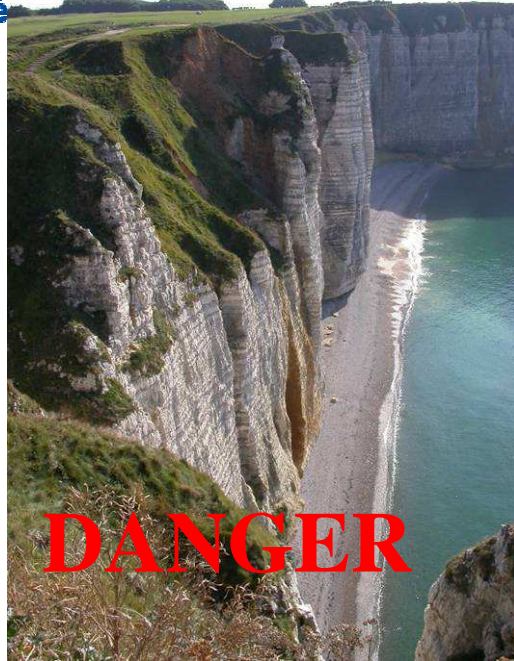
# Eviter les Mauvais usages volontaires

## Docteurs V. Possesseurs d'armes

- Nb de docteurs aux US : 700.000
- Décès imputables aux médecins /an: 98.000
- Taux de risque : 0.14
- Nb de possesseurs d'armes aux US: 80.000.000
- Décès imputables aux possesseurs d'armes : 1500
- Taux de risque : .0000188
- Conclusion : Les docteurs sont approximativement 7500 fois plus dangereux que les possesseurs d'armes

# Eviter les mésusages involontaires

- Rythme de changement très lent
- Effet sur l'outcome très lent
  - Inutile de répéter les mesures tous les mois...
  - Quel chemin? Quelles attitudes en attendant?
- Choisir quelle culture est la cible...à tous les étages
  - Organisation politique, management, ou troupes...
  - La culture cible n'est pas nécessairement unique, ni celle spontanément défendue par les acteurs
- Penser aux audits autant qu'aux questionnaires



# Rester réaliste

**Risque = fonction (Sévérité & probabilité)**

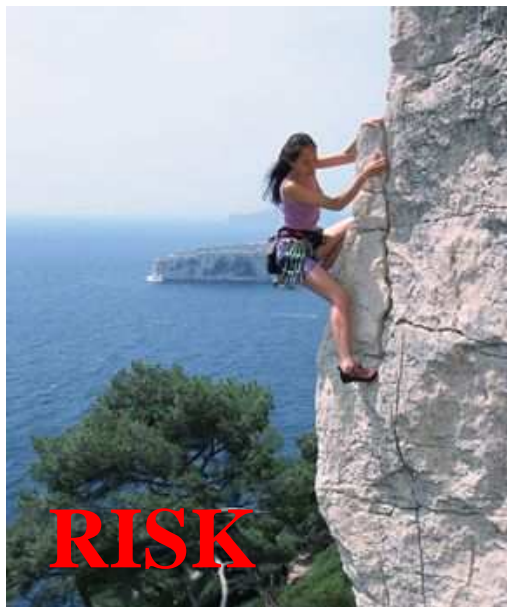
## Trois façons d'aborder le problème de gestion du risque

Eviter temporairement ou définitivement de monter la falaise et dans ce cas savoir gérer le renoncement

Monter avec toutes les précautions et procédures enseignées et uniquement quand ces précautions sont applicables

Monter en conditions dégradées, en ayant conscience de cette dégradation et du risque accepté

Chacune de ces solutions reflète un savoir faire  
Chacune de ces solutions renvoie à une culture



## Pourquoi l'aviation civile est un système ultra sûr

- **Un système homogène et régulé à l'échelon mondial**
  - OACI, EASA, FAA, IATA
- **Un système riche, mais maîtrisant totalement l'innovation**
- **Une procéduralisation poussée à l'extrême (tube rigide)**
- **Une exclusion des situations potentiellement dangereuses, plutôt qu'un entraînement à faire face à ces situations**
- **Une immense standardisation des matériels**
  - Très peu de constructeurs
  - Très grande stabilité ergonomique chez chaque constructeur
- **Une immense standardisation des personnels**
  - Même qualification et cursus dans le monde entier
  - Requalification et formations continues imposées et contrôlées
- **Une incroyable supervision (big brother)**
  - ATC
  - Boîtes noires, analyses systématiques des vols, LOSA

**Combien de ces propriétés sont transférables à la médecine?**

# Le coût à payer : l'expérience des VETERANS

- Les Veterans ont implémenté un programme complet de Medical Team Training au bloc pour tous ses personnels et dans tout son réseau d'hôpitaux MCO. Les résultats cinq ans après sont vraiment remarquables
- Méthode : Mise en place de cours utilisant les concepts du CRM pour l'apprentissage des briefings, débriefings, et autres aspects de la communication. Tous les personnels du bloc, incluant les chirurgiens, soumis à une formation spécifique à la C/L et au briefing (time out) : préparation 2 mois, 1 jour complet de formation, 1 an d'accompagnement par le gestionnaire Qualité local. Les cours sont suivis d'un coaching par téléphone pendant une période de 1 an, et l'impact est évalué (a) par auto évaluation des professionnels sur une échelle de likert à 5 valeurs (5 étant le mieux) et (2) par analyse automatisée des EIG dans les traces des dossiers patients.
- Etude Avant-Après/ résultats:
  - Analyse rétrospective a porté sur la base de données du VHA Surgical Quality Improvement Program (VASQIP) de 2006 à 2008. Inclusion de 182 409 interventions de 74 des 108 hôpitaux des vétérans. Le résultat porte sur le taux de mortalité l'année avant introduction (Année -1) et le taux de mortalité l'année suivant l'année proprement dite d'introduction et de formation (Année +1)
  - Impact clinique: Spectaculaire réduction de la mortalité de 18% dans les 74 établissements. Le risque ajusté de mortalité était AVANT formation et utilisation de 17/1000 interventions dans les hôpitaux enrôlés (74 des 108), et de 15/1000 dans les hôpitaux non enrôlés (34/108). Il est tombé à 14/1000 pour les deux groupes avec donc une réduction très forte du groupe enrôlé. Chaque trimestre de formation et de coaching dans l'année ciblée pour la formation dans les hôpitaux enrôlés a amené une amélioration supplémentaire (dose-response) de 0.5 mort/1000 interventions
  - Impact subjectif, satisfaction des personnels médicaux impliqués, 97% des centres ont implémenté le cours. 73% des personnels des blocs et 67% des personnels réas ont évalué le bénéfice entre 4 et 5 (5 est la note maximale). 86% des personnels des blocs et 82% des réas ont rapporté une amélioration du travail en équipe.
  - Impact spécifique sur les erreurs et presque erreurs de site, côté, procédure, matériel prothétique. La fréquence des EIG a diminué (3,21 à 2,4 par mois), et celle des EPR a augmenté (1,97 contre 3,24 par mois)

# Sur quoi veut-on agir ? Quel niveau de prise en charge ?

