

Enquêtes sur la culture de sécurité

Comprendre et agir

Un partenariat de la Haute Autorité de santé

avec

**la Fédération des organismes régionaux et territoriaux
pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé**



Ce guide est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

5, 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

A l'attention des directeurs d'établissement et des présidents de CME

Développer la culture de sécurité est important. En effet, celle-ci impacte la sécurité des patients, conditionne l'efficacité du déploiement des outils et des méthodes de gestion des risques et leur donne du sens.

Pour cela, sa mesure permet d'identifier les forces et les points d'amélioration d'une équipe/d'un secteur afin de progresser collectivement à partir d'un constat partagé et discuté.

L'implication affichée de la gouvernance dans le développement de la culture sécurité est primordiale pour favoriser la mobilisation d'un établissement et de ses équipes pour la sécurité des patients.

Note au lecteur

Trois documents sont à votre disposition pour réaliser et exploiter les enquêtes sur la culture de sécurité. Il s'agit de documents indispensables pour conduire ces enquêtes, du concept à l'interprétation des résultats en passant par leur réalisation :

❶ « **La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*** » (1), qui apporte des informations sur le concept de culture de sécurité et l'importance de mesurer cette culture de sécurité.

❷ « **Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé - Guide d'utilisation†** » (2) qui apporte les éléments pour la mise en place et la réalisation d'une enquête sur la culture de sécurité.

❸ « **Enquêtes sur la culture de sécurité - Comprendre et agir** » qui guide pas à pas l'interprétation, l'appropriation et le partage des résultats de l'évaluation de la culture de sécurité afin de définir les actions d'amélioration les plus adaptées. *C'est le document que vous êtes en train de lire.*



* HAS. Guide du « concept à la pratique » - 2010 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010

† CCECQA – FORAP. Guide d'utilisation « Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé » - 2015 http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/mcss_-_guide_utilisation_oct2015.pdf - <http://www.forap.fr/pdf/MCSS-Guideutilisationoct2015.pdf>

Pourquoi ce guide « Comprendre et agir » ?

L'**expérience** des équipes ayant réalisé des enquêtes sur la culture de sécurité a fait **émerger des interrogations récurrentes** et des difficultés quant à l'**exploitation des résultats** obtenus par le biais de ces enquêtes.

Il est ainsi apparu nécessaire de mettre à disposition un outil pédagogique pour aider à cette appropriation et exploiter au mieux les résultats afin de mettre en place des actions pertinentes.

Pour qui ?

Cet outil s'adresse aux professionnels de santé qui ont ou qui vont réaliser une enquête culture de sécurité. **Il est destiné au plus grand nombre, spécialisé et non spécialisé en gestion des risques**, notamment aux équipes projet qui conduisent l'évaluation de la culture de sécurité au sein de leur établissement et/ou dans des secteurs d'activité.

L'objectif de ce guide est d'apporter aux professionnels de santé des réponses pédagogiques permettant une meilleure compréhension quant aux possibilités d'exploitation des résultats d'une enquête portant sur l'évaluation de la culture de sécurité.

Il n'y a évidemment pas une seule façon faire. Il s'agit ici plutôt de proposer une grille de lecture pour comprendre, analyser et exploiter les résultats obtenus. L'esprit de cet outil pédagogique se veut essentiellement synthétique et pratique. **Il n'est en aucun cas un cadre rigide à adopter mais plutôt une aide pratique à s'approprier.**

Avec qui ?

L'analyse et la restitution des résultats des enquêtes culture de sécurité doivent permettre à la gouvernance et aux équipes de montrer et de rappeler que la sécurité des patients est une priorité collective et partagée. C'est l'occasion également de (re)donner du sens aux actions menées. Le développement de la culture de sécurité est un projet qui s'inscrit dans la durée et qui nécessite l'engagement et l'implication de tous les acteurs.

Ce guide constitue un outil d'interprétation utile à la communication des résultats aux équipes et une aide pour définir les actions de progrès. Il appartient à chacun d'adapter cet outil en fonction du contexte singulier de son établissement ou de son secteur d'activité.

Il est rappelé que les structures régionales d'appui (SRA) ont une expertise sur les enquêtes culture de sécurité qu'elles n'hésiteront pas à mettre à votre disposition. Elles sont également là pour répondre à vos questions.

Iconographie utilisée dans ce guide :



→ Documents de références pour « en savoir plus »



→ Outils pratiques à disposition



→ Exemples de questions pouvant servir à alimenter la discussion/la réflexion

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1 – Les quatre composantes de la culture de sécurité..... | 6 |
| 2 – Faire | 9 |
| 3 – Comprendre | 11 |
| 4 – Agir | 16 |
| 5 – Conclusions..... | 23 |
| | |
| Bibliographie..... | 25 |
| | |
| Gestion de projet..... | 27 |
| Coordination opérationnelle : service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS..... | 27 |
| Composition du comité de pilotage (COFIL)..... | 27 |
| Groupe de lecture | 27 |
| Modalités d'élaboration..... | 29 |
| | |
| Annexes..... | 30 |
| 1. Exemples de méthodes et outils utiles pour développer la culture de sécurité..... | 30 |
| 2. Fiche synthétique « Évaluation de la culture de sécurité : comprendre et agir »..... | 30 |
| 3. Fiche action | 30 |
| 4. Diaporama de présentation des résultats | 30 |

1 – Les quatre composantes de la culture de sécurité

Le concept de culture de sécurité des soins fait l'objet d'un guide détaillé « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique » auquel nous vous invitons à vous référer (1).

La culture de sécurité prend ses racines dans la culture organisationnelle, ou culture d'entreprise, décrite initialement par Schein (3). En 1986, la catastrophe de Tchernobyl interpelle l'agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) qui pour la première fois parle de culture de sûreté. Le concept est ensuite repris en santé.

La définition proposée par la Société européenne pour la qualité des soins (*European Society for Quality in Health Care*) est la suivante : la culture de sécurité désigne **un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins.**

Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à **des façons d'agir**, des pratiques communes, mais aussi à **des façons de ressentir et de penser, partagées** en matière de sécurité des soins (1).

La culture de sécurité (4) est donc :

1. un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité.
2. partagées et transmises par un groupe ou une organisation.

Ces deux éléments sont indispensables et indissociables pour parler de culture de sécurité.



[Guide HAS « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique » \(1\)](#)

L'évaluation de la culture de sécurité ne peut être réalisée qu'en combinant une approche qualitative et quantitative. En santé, la méthode la plus utilisée actuellement est quantitative et basée sur l'utilisation de questionnaires remis aux professionnels de santé. Elle ne permet d'évaluer à un moment donné qu'une partie de la culture de sécurité : les perceptions et les attitudes concernant la sécurité des soins, et est désignée sous le terme de climat de sécurité.

Des précisions concernant cette culture de sécurité ont été apportées par **James Reason**, spécialiste de l'erreur humaine (5) et inventeur de l'approche systémique pour analyser de manière approfondie la survenue d'accidents. Il a notamment défini le type de valeurs, de croyances et de comportements partagés qui contribuent à cette culture de sécurité.

Quatre composantes principales de la culture de sécurité sont ainsi identifiées (6). Il s'agit des **manières de faire et de penser** qui se rapportent :

1. **au signalement et à la déclaration des événements indésirables associés aux soins** (*reporting culture*) ;
➔ Les professionnels et l'organisation sont convaincus de l'intérêt de signaler/déclarer les situations dangereuses et les événements indésirables quelle que soit leur gravité pour améliorer la sécurité. Les professionnels n'hésitent pas à parler au sein de leur équipe des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ou des situations à risques qu'ils ont rencontrées. Un système de déclaration existe et les professionnels n'éprouvent aucun frein à remplir des fiches d'événements indésirables.

2. **au retour d'expérience** (*learning culture*) ;

→ Les professionnels et l'organisation sont persuadés que l'analyse approfondie (analyse dite « systémique ») des situations à risque et des événements indésirables survenus permet de tirer des enseignements qui sont partagés pour mieux maîtriser l'avenir et améliorer la sécurité. Par exemple des revues de mortalité et de morbidité (RMM) sont en place et fonctionnent.

3. **à l'amélioration du travail en équipe pour s'adapter au changement** (*flexible culture*) ;

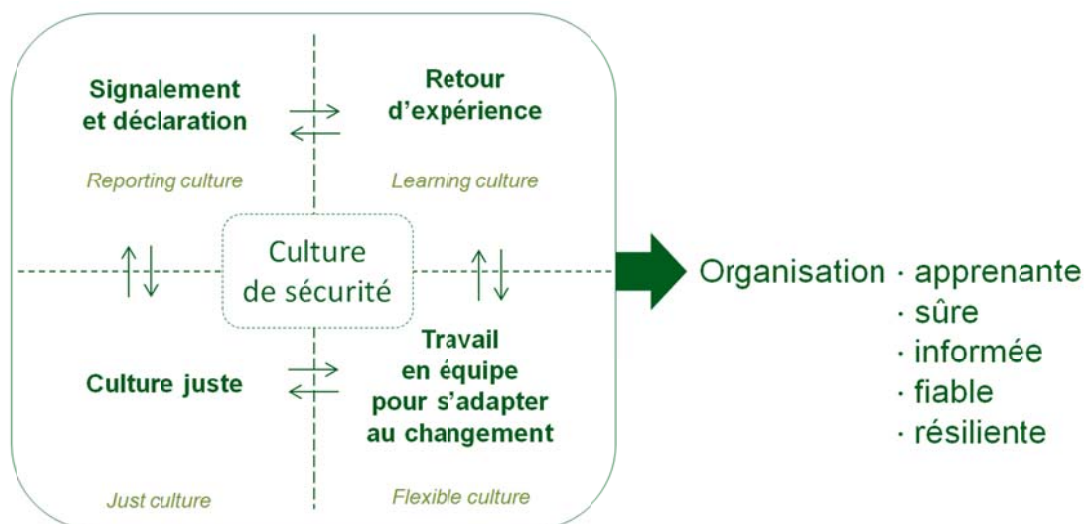
→ Les professionnels reconnaissent l'impact de la qualité du **travail en équipe** au sein de l'organisation pour améliorer la sécurité des patients. Les échanges et l'entraide entre les professionnels sont favorisés. Grâce à l'expertise de chacun, une vigilance collective est développée afin de favoriser une adaptation (résilience) aux environnements changeants, complexes, critiques et avec pression temporelle. Cela permet de réagir ensemble, de manière coordonnée et efficace, le plus rapidement possible, devant une situation inattendue et dangereuse pour la sécurité des patients.

4. et enfin, **à la culture juste**[‡] (*just culture*) (7, 8).

→ Le management est équitable et loyal, il ne tire pas de conclusions hâtives suite à la survenue d'un événement indésirable. Les différences entre erreur involontaire et faute délibérée sont clairement définies. L'erreur humaine involontaire est analysée de manière approfondie et non pas blâmée. Un climat de confiance entre les professionnels et la management se développe et permet de partager des informations pertinentes pour la sécurité.

Le **développement de ces 4 composantes** permet d'évoluer vers une **organisation sûre, informée et apprenante** où tous les **professionnels** sont à la fois conscients de l'importance de leur rôle à jouer, et **acteurs** pour alerter, comprendre, agir et partager à propos de la **sécurité des patients** et de leur organisation (9).

Illustration du concept des 4 composantes (adapté de J. Reason)

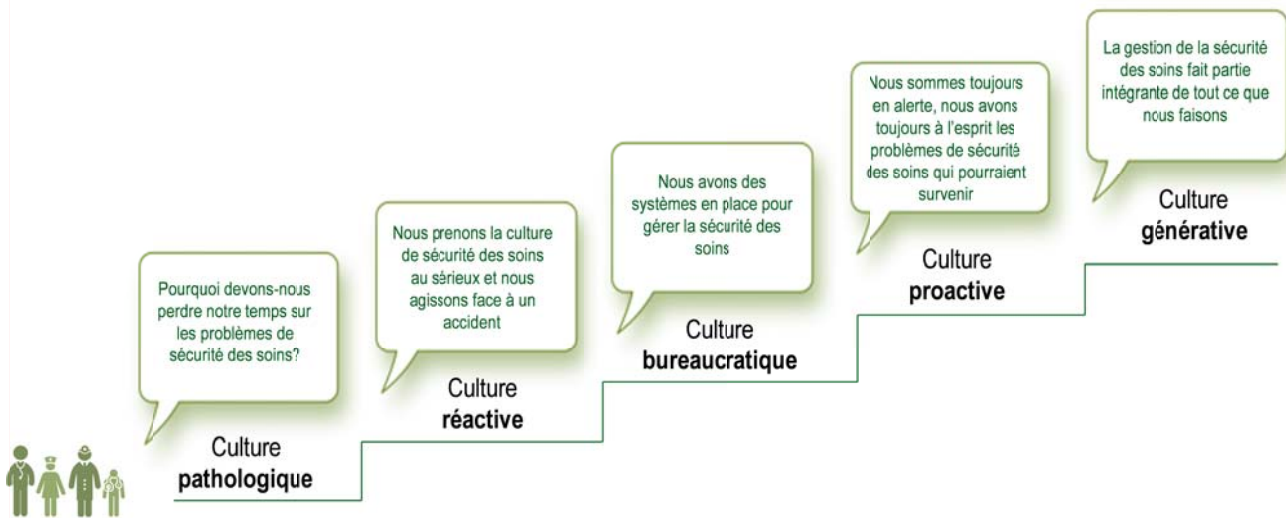


Ce concept permet une approche simple, pragmatique et très utile pour l'exploitation des résultats des enquêtes culture de sécurité et sera utilisée dans le guide.

[‡] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2586979/fr/reperes-pas-d-erreur-sur-l-erreur

Par la suite, Westrum (10) a distingué **5 étapes** progressives de la culture de sécurité en fonction de l'évolution de la maturité des équipes.

Les étapes successives de la culture de sécurité



La culture générative, caractéristique des organisations à haute fiabilité (*high reliability organization*, HRO), engage tout le personnel, du brancardier au top management. La sécurité est une préoccupation de tous à tous les instants. En matière de sécurité, la voix de chacun est écoutée et prise en compte quelle que soit sa position hiérarchique.

Enfin, de nombreux travaux montrent qu'en matière de culture de sécurité, le **soutien du management** constitue un élément essentiel pour la développer et l'améliorer (11).

Ainsi, la posture du manager conditionne la culture de l'organisation. Par exemple, lors de la remontée d'un événement indésirable, le comportement et la réaction du manager influenceront l'attitude des professionnels lors de la survenue de futurs événements indésirables. Le développement de la culture de sécurité au sein d'une équipe suppose une définition partagée des valeurs et une vision conjointe de ce que doit être la sécurité. La liberté d'expression au sein d'une équipe est ainsi induite par la posture du manager.

Le manager, par sa présence sur le terrain, son écoute, son soutien, sa participation, aux rencontres sécurité* (12) par exemple, sa reconnaissance des pratiques en faveur de la sécurité, impulse une dynamique positive, crée une vision partagée de la sécurité et favorise le développement de la culture de sécurité.

Le développement de la culture de sécurité des soins s'opère tant sur le plan individuel que sur le plan collectif dans lequel le manager joue un rôle essentiel.

* https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-une-methode-au-service-du-management

2 – Faire une enquête culture sécurité

Les éléments pour la mise en place et la réalisation des enquêtes culture de sécurité ont fait l'objet d'un guide détaillé « Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier. Guide d'utilisation de l'outil de mesure » (2) auquel nous vous invitons à vous référer.

En pratique, le questionnaire diffusé et le plus souvent utilisé en établissement de santé, en France, est l'adaptation du questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (13) traduit de l'anglais en français par le CCECQA (14). La version française, validée scientifiquement, permet d'explorer comment les professionnels perçoivent la sécurité des soins dans leur unité et dans leur établissement de santé sur 10 dimensions de la culture de sécurité des soins.

À ce jour, il existe plusieurs modalités pour recueillir les données, notamment :

1. une plateforme électronique avec édition d'un rapport ;
2. un formulaire électronique via un logiciel tableur ;
3. une impression papier du questionnaire.

Quelle que soit la modalité choisie, l'anonymat est garanti aux répondants.



Guide « Mesure de la culture de sécurité des soins » FORAP (2)

Il est important de souligner les points suivants :

- La mise en place d'une **équipe projet** au début du projet de réalisation d'une enquête est indispensable. Cette équipe projet sera composée différemment **selon que l'enquête culture de sécurité est réalisée dans tout un établissement ou seulement pour une équipe ou un secteur d'activité**. Mais quel que soit le périmètre de réalisation de l'enquête, **elle sera composée** :
 - des membres de la gouvernance (par exemple : membres de la direction, de la présidence de CME, si l'enquête est réalisée dans tout l'établissement, cadre de santé, responsable médical si elle l'est uniquement dans un secteur d'activité, etc.) ;
 - de professionnels de santé ciblés par le questionnaire de l'enquête (avec si possible une représentation des différents métiers et différentes spécialités) ;
 - d'un membre de l'équipe qualité ou de gestion des risques ou d'un pilote familier des méthodes de gestion des risques et de gestion de projet.
- Dès lors qu'un processus d'évaluation de la culture de sécurité a été engagé, il est **indispensable** d'aller jusqu'au bout de la démarche et d'effectuer une **restitution**, quels que soient les résultats obtenus. De plus, cette restitution doit être **organisée en amont, dès le lancement du projet**.

Plusieurs façons de présenter les résultats peuvent être envisagées en fonction de la maturité de l'équipe de l'unité. Ces séances de restitution alimentent la réflexion et permettent de rechercher un consensus sur ce qui fonctionne bien au sein de l'unité et sur ce qui peut être amélioré. Ce diagnostic partagé conduit l'équipe à prendre conscience de l'intérêt du changement et des modifications à opérer.

Le partage des résultats est préparé en amont par **l'équipe projet** « culture de sécurité » qui aura été mise en place avant la réalisation de l'enquête.

- Une **restitution à tous les participants à l'enquête doit être organisée, si possible dans le trimestre suivant la conduite de l'enquête**. Pour favoriser le changement, les résultats doivent être partagés avec le plus grand nombre de professionnels et faire l'objet de discussions et d'échanges. Ainsi, le rapport et/ou les éléments de restitution (ex. présentation, synthèse, etc. peuvent être adressés, de préférence après la réunion, notamment aux personnes n'ayant pas pu être présentes à la réunion de restitution présentielle.

Quel que soit le périmètre de réalisation de l'enquête, la restitution doit se faire à un niveau qui a du sens et au plus près des équipes. **L'équipe reste le niveau de restitution le plus pertinent**. En effet, la culture peut varier considérablement d'une équipe à l'autre, il est donc recommandé de restituer à chaque unité de travail interrogée uniquement ses propres résultats. Dans le cas d'une enquête réalisée dans tout l'établissement, l'équipe projet a connaissance des résultats par secteur d'activité afin de fournir l'accompagnement le plus adéquat aux unités qui le nécessitent.

Les modalités de restitution sont multiples et doivent être adaptées à l'organisation. Quel que soit le type de restitution privilégié, il est important de :

- rappeler qu'il s'agit de l'expression de la perception des professionnels ;
- valoriser les résultats positifs ;
- prendre en compte les verbatim ;
- utiliser les résultats pour susciter la réflexion et les échanges sur les perspectives et les actions à poursuivre ou à mettre en œuvre ;
- co-construire avec les professionnels : que peut-on faire ensemble ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Que pourrions-nous systématiser ? Améliorer ? Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'améliorer ce point ? Qu'il faut poursuivre nos efforts ? ;
- s'interroger sur les outils disponibles : sont-ils correctement utilisés ? Peut-on en améliorer l'utilisation : comment ?
- rester à l'écoute des équipes ;
- prendre en compte les éléments de contexte de l'établissement (ex. : établissement engagé dans l'accréditation, Pacte, rencontres sécurité, etc.).

Points importants

- **La qualité et le partage de la restitution conditionneront la mobilisation ultérieure des professionnels sur les actions à mettre en œuvre.**
- **Une restitution partagée et discutée participe déjà en soi à l'amélioration de la culture de sécurité.**
- **Les instances de l'établissement (CME, gouvernance, commission des usagers, etc.) doivent être informées des résultats.**

3 – Comprendre les résultats d'une enquête culture sécurité

Objectif : Il s'agit de prendre conscience des points forts et de mettre en évidence ceux qui doivent être améliorés. L'appropriation, le partage et la discussion des résultats en sont les éléments-clés.

Pour cela une grille de questions vous est proposée afin de guider votre analyse pas à pas.

Pour vous aider dans cette phase d'utilisation des résultats, vous disposez en annexe de :

- **la fiche synthétique « comprendre et agir ».** Elle reprend les éléments pour réaliser une analyse pas à pas des résultats ;
- **le diaporama de présentation des résultats.** Il guide pas à pas la restitution des résultats et constitue un support pour animer la discussion.



L'analyse des résultats de l'enquête est ainsi discutée et partagée, elle évolue et s'enrichit avec le concours des équipes de soins au cours de toutes les étapes décrites ci-après.

■ Étape 1 - Lecture des résultats

Vous allez pouvoir observer les réponses obtenues au questionnaire (adapté de l'*Hospital Survey On Patient Safety Culture*) (2). Celui-ci permet d'explorer de manière détaillée la perception des professionnels sur la sécurité des soins dans leur unité de travail et leur établissement. Les résultats sont présentés par question et par dimension (qui regroupe chacune plusieurs questions) de la culture de sécurité.

Les 10 dimensions de la culture de sécurité



Les réponses des professionnels interrogés sont agrégées par secteurs d'activité ou équipes : des proportions de réponses positives sont calculées par item, des scores de réponses positives sont calculés par dimension.

Pour que les résultats de l'enquête soient considérés comme représentatifs des perceptions, attitudes et pratiques déclarées par les professionnels en matière de sécurité des soins, dans leur unité de travail, le taux de participation doit être **d'au moins 60 %**.

Note : ➡ *Ce taux est-il atteint ?*

Les questionnaires sont anonymes, aucune réponse individuelle n'est communiquée et les réponses ne sont pas non plus présentées par catégories professionnelles.

Ces résultats détaillés et précis permettent d'interroger les manières de faire et de penser des équipes. Les résultats quantitatifs permettent aussi, le cas échéant, une comparaison dans le temps (avant/après réalisation d'un projet).

Note : ➡ *Une enquête culture de sécurité a-t-elle été réalisée auparavant ?*

Si une précédente enquête culture de sécurité a été réalisée, il est nécessaire de disposer des résultats antérieurs.

■ Étape 2 – Analyse du déroulement de l'enquête

Cette analyse va permettre de définir le contexte dans lequel s'est déroulée l'enquête :

➡ *Comment s'est déroulée l'enquête culture de sécurité ?*

Points positifs *versus* difficultés rencontrées, notamment en termes de :

- communication et diffusion ;
- échanges ;
- questions posées.

➡ *Comment notre équipe se situe-t-elle par rapport à des secteurs d'activité qui lui ressemblent ?*

Il peut être intéressant de regarder les résultats obtenus dans des secteurs d'activité similaires. À cet effet, le [rapport d'une mesure inter-régionale réalisée par la FORAP](#) (15 , 16) permet de disposer d'éléments de mise en perspective.

➡ *Quelle est la composition de notre équipe ?*

Équipe, service, pôle, catégorie de professionnels, etc.

➡ *Quelles sont les catégories professionnelles qui ont répondu à l'enquête ?*

Toutes les catégories professionnelles d'un secteur d'activité ont-elles répondu au questionnaire ?
Si non, pourquoi ?

➤ *Y a-t-il des circonstances/éléments qui ont pu impacter les résultats de l'enquête ?*

Identifier par exemple si l'enquête a été réalisée pendant une période de congés d'une grande partie des professionnels, ou auprès d'une équipe qui n'est plus la même au moment de la restitution. Il convient de tenir compte également de changements pouvant s'opérer dans la structure, un *turn-over* important, le départ d'un directeur qualité, un changement de chef d'établissement ou encore, une réorganisation/restructuration de l'établissement (réduction de lits, changement de chefs de pôle, de cadres).

■ **Étape 3 – Analyse approfondie des résultats**

Pour continuer l'analyse de manière plus approfondie, il est important d'identifier les éléments suivants.

➤ *Quels sont les résultats obtenus aux 2 questions suivantes ?*

- « Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? »

➤ *Quelles sont les dimensions considérées comme développées, c'est-à-dire avec un score $\geq 75\%$?,,*

➤ *Quelles sont les 3 dimensions les plus développées ?*

- 1-
- 2-
- 3-

Et, au sein de ces 3 dimensions les plus développées, quelles sont les questions qui ont le plus de réponses positives ?,,

➤ *Quelles sont les 3 dimensions les moins développées ?*

- 1-
- 2-
- 3-

Et, au sein de ces 3 dimensions les moins développées, quelles sont les questions qui ont le moins de réponse positives ?,,

Note : cela permet de mettre en évidence les dimensions les plus développées et donc les points forts de l'unité de soins ou de l'équipe, et celles qui montrent des difficultés et nécessitent une attention voire une amélioration. Les dimensions sont liées les unes aux autres. Ainsi, mener une action sur une dimension aura nécessairement un impact indirect sur les autres dimensions.

➤ *Existe-t-il des écarts entre les perceptions et les pratiques de l'équipe ?*

Il peut être intéressant de porter à la connaissance des professionnels des éléments factuels, des chiffres qui peuvent les rassurer. Par exemple, le nombre d'événements que les professionnels disent déclarer dans l'enquête et le nombre réel de fiches d'événements indésirables enregistrées dans le dispositif de gestion des risques de l'établissement.

L'analyse de certaines questions peut aussi permettre de rendre compte de certaines discordances. Ainsi, le personnel peut indiquer *s'exprimer librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients (question C2)* et pourtant répondre à une autre question en signalant que *le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct (question C6)*.

➤ *Y a-t-il des questions où les réponses « neutres » sont majoritaires ?*

Il est intéressant d'identifier les dimensions qui ont fait l'objet de réponses neutres majoritaires et donc de s'interroger sur les raisons de ces réponses neutres.

➤ *Y a-t-il des verbatim ? Quelle est leur nature ?*

L'analyse des verbatim peut permettre de faire ressortir des mots clés, des commentaires et réflexions qui reviennent souvent et d'appréhender le ressenti de l'équipe. Cela peut d'ailleurs permettre d'alimenter la question qualitative de « comment s'est déroulée l'enquête ? ». Les principaux commentaires positifs et négatifs peuvent être mis en exergue pour favoriser la discussion.

■ **Étape 4 – Analyse de l'existant**

Enfin, il est déterminant d'analyser les actions déjà existantes.

➤ *Quelles sont les valeurs et les priorités de notre établissement, de notre équipe, en termes de sécurité des patients ?*

.....,,

➤ *Quels sont les éléments (actions, méthodes, outils) déjà mis en place pour améliorer la sécurité des patients ?*

Ex. : RMM, REX, *check-list*, briefing/débriefing, charte d'incitation au signalement/à la déclaration, SAED, etc.

➤ *En cas d'enquête culture sécurité antérieure, quels ont été les résultats ?*

Il convient d'évaluer les changements opérés depuis la dernière évaluation et de s'intéresser aux variations (positives ou négatives) qui peuvent être expliquées, par exemple, par le déploiement d'actions, une modification d'organisation ou un changement des équipes.

■ Étape 5 – Synthèse de l'analyse

➤ *Est-ce que ces résultats vous étonnent ?*

➤ *Est-ce que cela vous correspond ? Est-ce que vous vous reconnaissez ?*

➤ *Au regard de tout ce qui a été discuté, votre perception globale de la sécurité a-t-elle évolué par rapport à vos réponses au questionnaire ?*

➤ Enfin, comment nous positionnons-nous, collectivement, en termes de culture de sécurité sur une échelle de 0 à 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 : culture de sécurité absente ou très peu développée par tous

10 : culture de sécurité extrêmement développée, intégrée et partagée

On rappelle que la culture de sécurité se définit par les manières de penser (valeurs) et de faire (pratiques), partagées par le collectif et qui contribuent à la sécurité des patients.

Point important : tout au long de ce temps de diagnostic et d'analyse, il ne s'agit en aucun cas de « pointer du doigt » ou de blâmer des résultats, des difficultés, ou des discordances relevées mais plutôt d'en prendre conscience, de les partager, d'essayer d'en comprendre les raisons en dialoguant avec les équipes lors de la restitution pour voir comment y remédier.

Il s'agit ici d'encourager une progression graduelle. Rappelez-vous que la progression des résultats de la culture de sécurité demande beaucoup de temps. Une évolution modérée peut être observée entre 2 enquêtes. Une stagnation entre 2 mesures peut aussi s'expliquer par une prise de conscience et une augmentation du niveau d'exigence des professionnels.

Il est conseillé d'attendre au minimum 18 à 24 mois avant de refaire une nouvelle enquête culture de sécurité.

Les modalités pour refaire une enquête culture de sécurité peuvent être discutées avec l'appui des structures régionales d'appui (SRA) qui ont l'expertise de ce sujet.

4 – Agir *via* les 4 composantes de la culture de sécurité

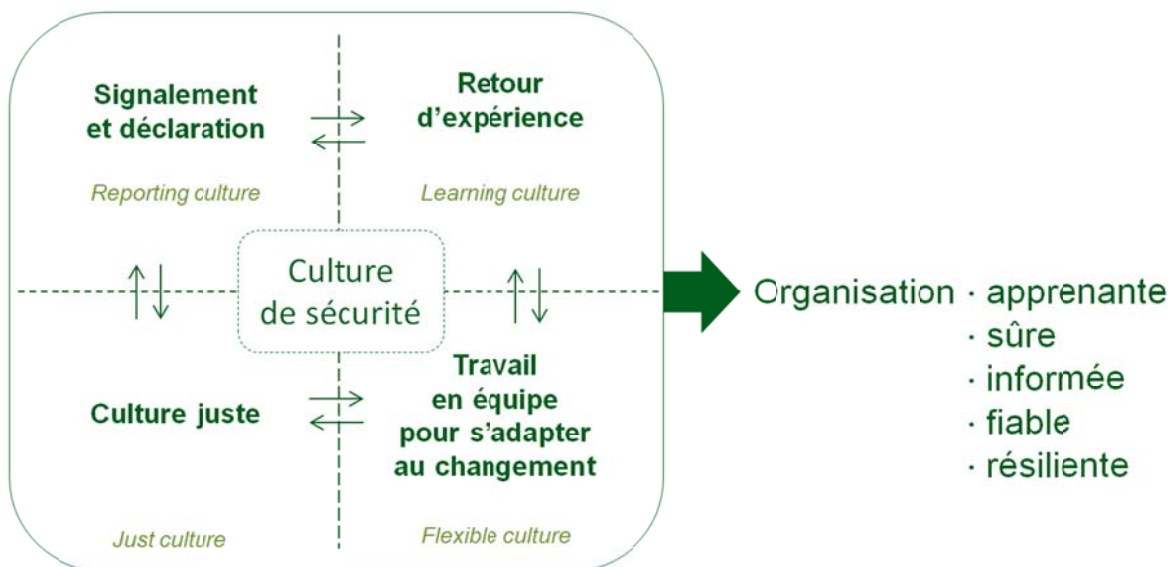
Objectif : Il s'agit d'identifier des objectifs d'amélioration partagés et de mettre en place des actions d'amélioration décidées ensemble.

4.1. Principe

Il vous est proposé de vous servir des **4 composantes de la culture de sécurité définies par J. Reason** (cf. partie 1) pour guider l'action.

Cette approche simple et pragmatique permet de **repositionner les résultats** de l'enquête culture de sécurité dans **l'objectif global d'amélioration de la culture de sécurité**. Elle permet une prise de recul par rapport aux scores obtenus pour chaque dimension et facilite les échanges.

Les 4 composantes de J. Reason pour guider l'action (cf. paragraphe 1)



Vous allez ainsi revenir sur les manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité des patients et partagées au sein du secteur d'activité :

1. **signaler/déclarer** des EIAS (*reporting culture*) ;
2. **tirer des enseignements** partagés (retour d'expérience) à partir des EIAS survenus (*learning culture*) ;
3. **travailler en équipe pour s'adapter au changement** et améliorer la sécurité des patients (*flexible culture*) ;
4. **développer la culture juste** afin de favoriser un climat de confiance entre les professionnels (*just culture*).

La culture de sécurité se développe sur ces 4 composantes.

4.2. En pratique

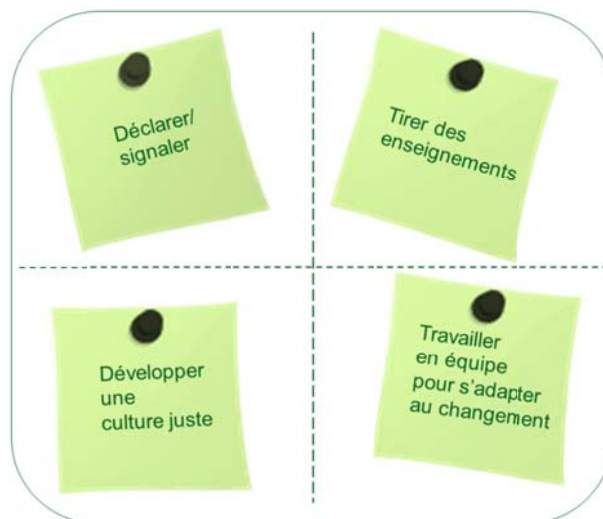
■ Étape 1. Identification des objectifs d'amélioration

Il s'agit dans cette étape d'utiliser les 4 composantes de la culture de sécurité pour identifier les objectifs d'amélioration à partir de l'analyse précédemment faite (cf. partie 3) :

➡ *Comment ce que nous faisons bien participe à développer les 4 composantes ?*

À partir des résultats de l'analyse, il s'agit d'identifier dans ce qui est déjà mis en place, et qui fonctionne bien, comment cela participe à satisfaire les différentes composantes de la culture de sécurité.

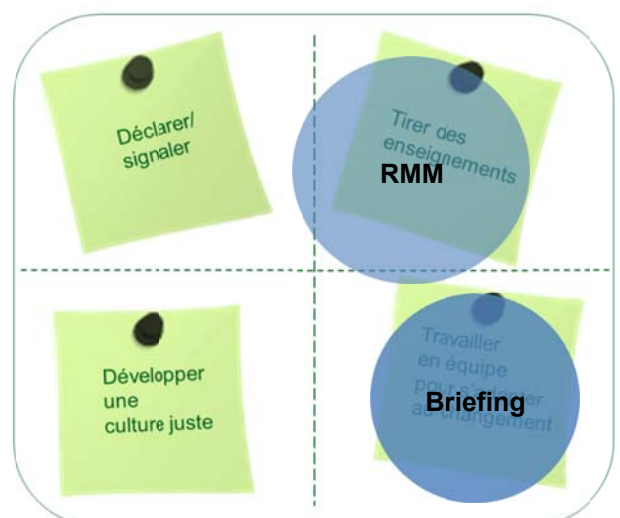
L'illustration ci-dessous peut vous servir de base pour positionner les outils/méthodes/actions que vous utilisez déjà et qui fonctionnent.



Exemple

Le briefing quotidien permet d'anticiper certaines situations et d'y faire face sereinement (composante travail en équipe).

Les RMM analysent les EIAS survenus et permettent de tirer des enseignements (composante retour d'expérience).



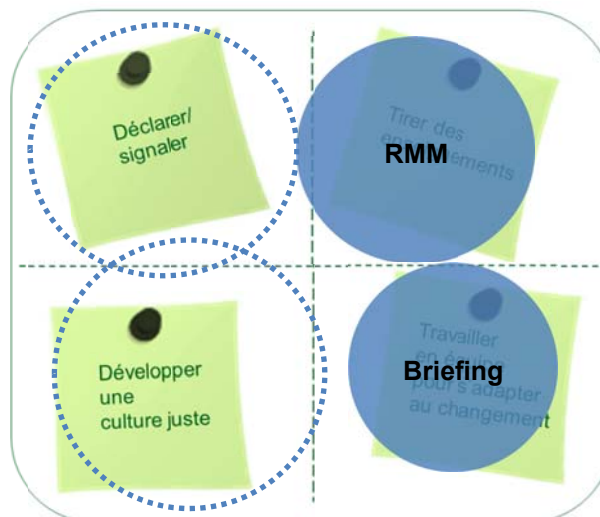
➡ Quelle(s) composante(s) n'est (ne sont) pas développée(s) ou doi(ven)t être renforcée(s) ?

Vous pouvez alors identifier la ou les composantes qui ne sont pas ou sont peu développées ou qui doivent être renforcées ou améliorées. Cela doit être confirmé par les résultats de l'enquête.

Exemple

On identifie ici que les composantes « déclaration/signalement » et « culture juste » sont insuffisamment représentées (en pointillés dans le schéma).

Cela est corroboré par les résultats de l'enquête qui montre que très peu d'EIAS sont effectivement déclarés/signalés et qu'il existe une crainte de l'équipe d'un risque de sanction si des déclarations/signalements sont réalisés.



➡ Quels objectifs pertinents et réalistes découlent des observations précédentes ?

Vous pouvez maintenant fixer 2 ou 3 objectifs d'amélioration et/ou leviers d'amélioration réalistes et pertinents.

Il est primordial de mettre en relation les résultats de l'équipe avec ce qu'ils font dans leur pratique quotidienne, et que les objectifs d'amélioration identifiés soient partagés.

Exemple

Deux objectifs d'amélioration sont partagés :

- 🕒 la déclaration des EIAS doit être améliorée ;
- 🕒 la culture juste doit être développée.

■ Étape 2. Choix des actions/outils/méthodes pour AGIR

➡ Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou fait différemment parmi les actions identifiées déjà existantes ?

Vous devez en premier lieu vous interroger sur l'existant et les plans d'action déjà initiés/planifiés pour identifier ce qui pourrait être amélioré et qui pourrait participer à l'atteinte des objectifs définis précédemment

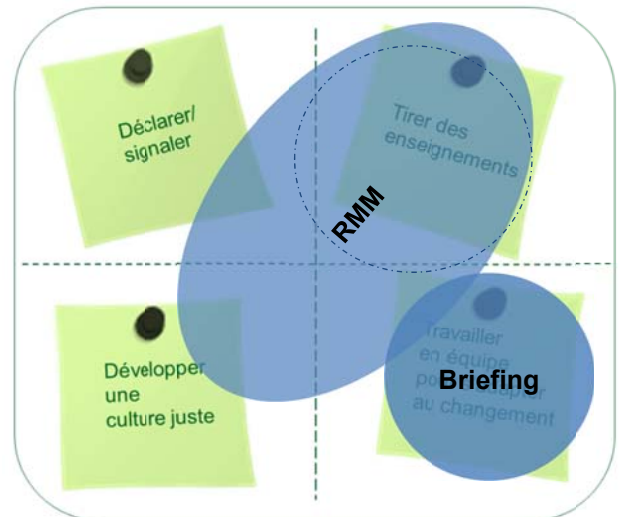
Les outils dont nous disposons sont-ils correctement utilisés ?

Peut-on améliorer l'utilisation de telle ou telle la méthode/outil, action ? Comment ?

Le dispositif est-il déployé de manière optimale ?

Exemple

Lors de la restitution les discussions rendent compte que les RMM fonctionnent mais qu'elles sont menées/perçues de façon culpabilisante. L'amélioration du fonctionnement de la RMM sur ce point (par exemple en développant l'analyse systémique et approfondie des causes afin de ne pas se centrer sur la seule erreur humaine) va concourir à développer la composante « culture juste ».



➡ Quelle(s) nouvelle(s) action(s) pourrions-nous mettre en place et comment cela va-t-il participer à développer la culture de sécurité ?

Ensuite, vous pouvez vous interroger sur les nouveaux changements nécessaires pour atteindre les objectifs.



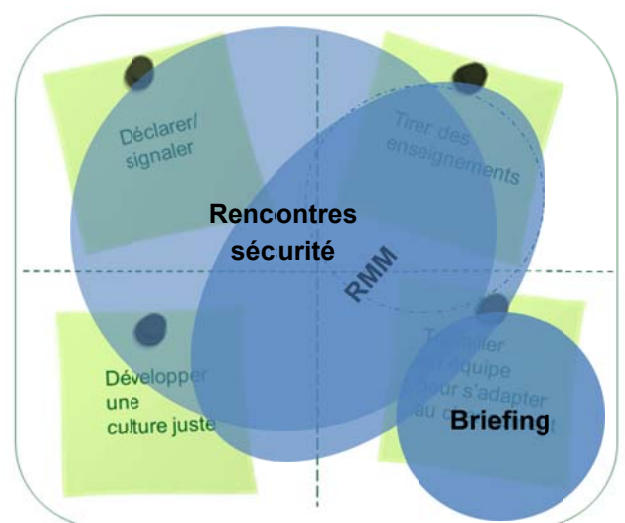
Que peut-on faire ensemble ? Que pourrions-nous systématiser ?

Comment cela va-t-il participer à développer telle ou telle composante ?

Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'améliorer ce point ?
Qu'il faut poursuivre nos efforts ?

Exemple 1

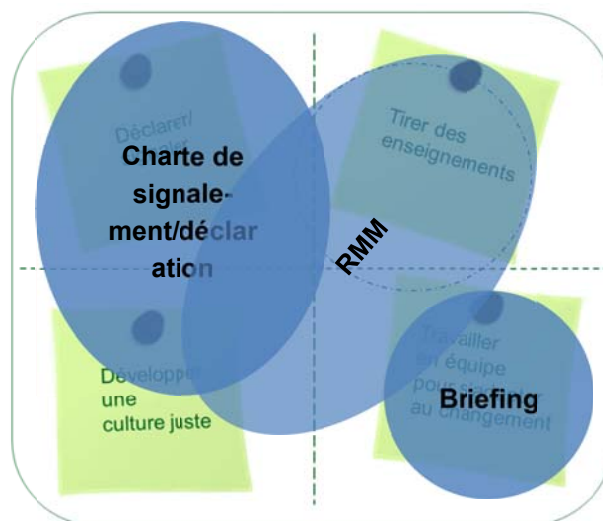
Il peut être décidé de **mettre en place des rencontres de sécurité*** qui contribuent à développer la culture de sécurité sur l'ensemble de ces composantes et qui viennent en appui au management pour la gestion des risques.



* https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-une-methode-au-service-du-management

Exemple 2

Il peut être décidé de mettre en place **une charte de signalement/déclaration** (charte d'incitation, charte de non-punitivité, etc.), pour favoriser la déclaration/le signalement des EIAS (composante déclaration) et montrer l'engagement du management (culture juste).



Au total, privilégiez le choix de 2 ou 3 actions maximum (à hiérarchiser). Il est important de garder en tête qu'une action peut participer à développer plusieurs composantes. Ainsi, par exemple :

- **les rencontres sécurité[§]**, peu connues et peu développées en France, constituent une des méthodes possédant le meilleur niveau de preuve pour développer la culture de sécurité sur toutes ces composantes. Elles permettent en effet de participer au développement de la **culture juste** puisqu'elles démontreront aux équipes l'engagement de la gouvernance sur les questions de sécurité du patient, cela **favorisera la déclaration/le signalement** des événements indésirables et donc le **retour d'expérience**. Enfin la discussion collective participera au **travail en équipe** ;
- la réalisation **d'une RMM** participe habituellement à développer la composante de retour d'expérience. Mais le temps de discussion collectif va **participer à l'amélioration de la composante « travail en équipe pour s'adapter au changement »**, l'étude des **modalités de choix et de collecte des EIAS analysés en RMM** va participer à **développer la composante « signalement/déclaration »** et enfin, **la façon de réaliser les RMM de manière non culpabilisante et sans blâmer les professionnels va concourir à développer la composante « culture juste »** ;
- **la formation des professionnels**, qui est un déterminant majeur de la culture de sécurité du patient, **peut également agir sur plusieurs composantes** ;
- la mise en place d'une **charte d'incitation au signalement/à la déclaration** va bien sûr participer en premier lieu à favoriser la **déclaration** des événements indésirables et donc par la suite à **tirer des enseignements**, mais également permettre aux équipes d'observer le **soutien du management et de développer un climat de confiance (culture juste)** ;
- etc.

[§] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-une-methode-au-service-du-management

➤ Est-ce suffisant ?

Enfin, vous devez consolider vos choix d'actions en vous assurant que ce qu'il est prévu de faire va bien participer au renforcement de la culture de sécurité, c'est-à-dire :

- les choix sont partagés par l'équipe ;
- les actions à mettre en place sont suffisantes pour développer la culture de sécurité et bien développer les 4 composantes de la culture de sécurité ;
- le suivi et la traçabilité des actions à mener sont prévus (ex. : le nombre d'EIAS déclarés mensuellement, le nombre de rencontres de sécurité réalisées dans l'année, le taux de participation aux RMM, etc.) ;
- une nouvelle enquête culture de sécurité sera prévue (pas avant 18-24 mois) pour évaluer la progression de celle-ci.

■ Étape 3. Conduite du changement

Une **enquête culture de sécurité est un outil de diagnostic et de pilotage du changement**. Elle ne doit en aucun cas être considérée comme un résultat se suffisant à lui-même, une inspection, un audit ou encore un contrôle.

Selon l'AIEA (17), la conduite du changement en matière de culture de sécurité :

- ne peut pas être imposée par des règles ou des normes ;
- doit être conduite et incarnée par des personnes, notamment les managers qui adoptent de nouvelles attitudes et comportements en termes de sécurité, de manière pérenne, visible et réaffirmée régulièrement.

La réalisation d'une enquête de culture de sécurité permet ainsi :

- de faire comprendre aux équipes ce qu'est la culture de sécurité et en quoi il est important de la développer ;
- d'évaluer leur maturité en termes de culture de sécurité ;
- d'identifier des objectifs d'amélioration.

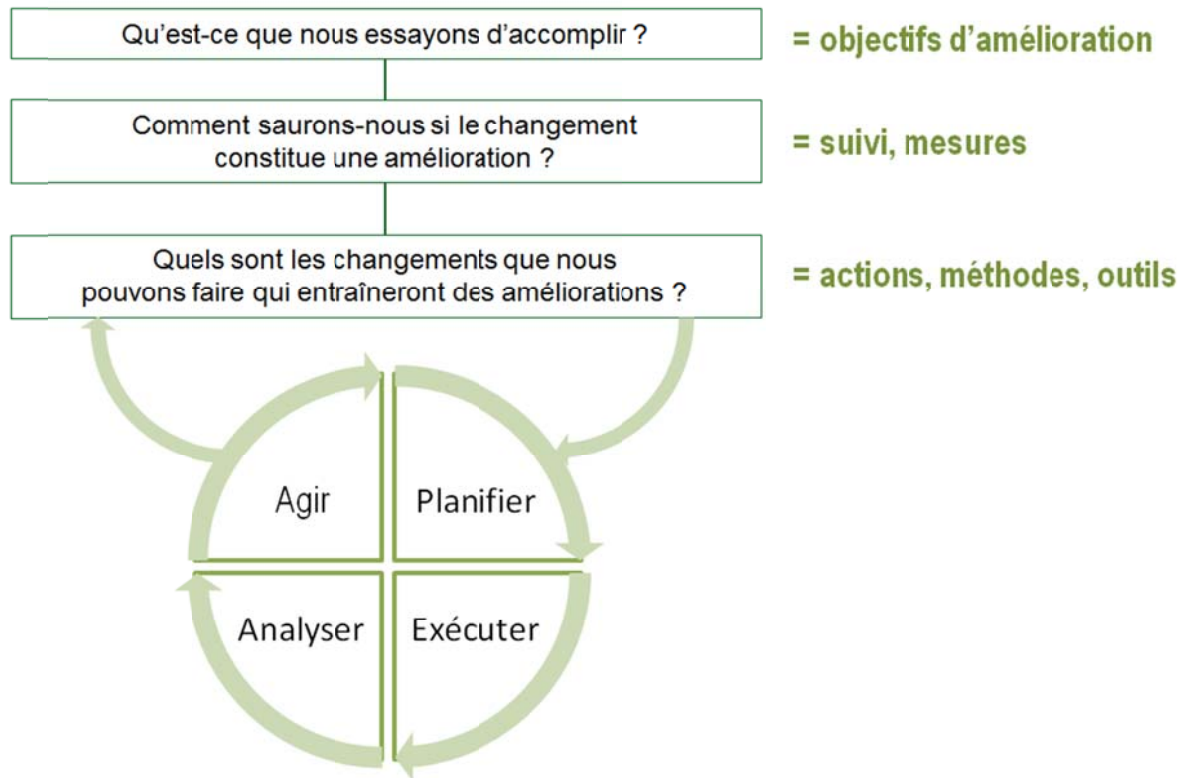
Comme toute démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, le changement souhaité en termes de culture de sécurité doit s'inscrire dans une démarche projet avec mise en place d'une équipe projet (cf. partie 3).

Les actions d'une démarche d'amélioration de la culture de sécurité s'inscriront sans problème dans une démarche classique d'amélioration de la qualité de type roue de Deming (démarches qualité d'amélioration continue type PDCA, *plan-do-check-act* (18)).

On retrouvera donc de manière assez habituelle (cf. schéma) :

- l'identification des objectifs d'amélioration ;
- la mesure/le suivi de l'atteinte de l'objectif ;
- les actions à mettre en œuvre avec leur suivi et leur traçabilité propres.

Démarche d'amélioration continue



Toutes les actions s'inscrivent dans le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients) de l'établissement ; certaines peuvent faire l'objet d'une validation institutionnelle.

5 – Conclusions

L'approche qui vous est proposée *via* cet outil pédagogique peut être adaptée à l'organisation préexistante de l'établissement de santé ou du secteur d'activité.

Son intérêt est de redonner du sens aux actions en **questionnant la manière dont les outils/méthodes existants de la gestion des risques participent au développement de la culture de sécurité**. Cela constitue une opportunité pour les équipes de se réapproprier des méthodes/outils de gestion des risques existants **sans créer de nouvelles obligations**.

Par ailleurs il faut s'interroger sur les changements nécessaires et la meilleure façon d'atteindre les objectifs fixés collectivement. Pour cela, il est fortement conseillé, en termes d'efficacité et de coût, de privilégier en premier lieu l'amélioration de l'existant avant de développer de nouvelles actions qui peuvent demander du temps pour être appropriées pleinement par les professionnels. De plus, la participation collective aux décisions est un élément important de la mobilisation de tous les acteurs.

Pour finir, voici deux exemples illustrant l'importance de développer une culture de sécurité.

Exemple 1 : erreur humaine et culture de sécurité défaillante (19)

Jeudi 19 h, dans une unité de chirurgie. Une infirmière est en train de préparer dans l'office infirmier un pousse-seringue électrique d'héparine. Au même moment, une alarme de scope d'un patient retentit. L'infirmière stoppe immédiatement sa tâche en cours pour aller s'occuper du patient. Celui-ci nécessite des soins urgents et l'infirmière ne revient dans l'office qu'une heure plus tard. Elle constate alors que l'étudiante infirmière qui travaille avec elle a pris et a branché le pousse-seringue électrique d'héparine. Prise d'un doute, elle va le vérifier et s'aperçoit que la vitesse d'administration est beaucoup trop élevée. L'infirmière le reprogramme, réalise un prélèvement sanguin pour faire un temps de céphaline activée (TCA) en urgence et signale le problème à un médecin présent dans l'unité. Celui-ci lui répond : « S'il faut reprendre le patient au bloc cette nuit parce qu'il saigne, au moins on saura à qui la faute ! ». À la relève, l'infirmière est bouleversée et en pleurs. Ses collègues lui disent de se reposer, elle est d'ailleurs en congé pour deux jours. Pendant son congé, l'infirmière se souvient qu'elle n'a pas fait de déclaration. Quand elle revient travailler le dimanche, elle s'enquiert de l'état du patient. On lui signale que rien ne s'est passé et que le patient va bien. Elle remplit alors une déclaration d'incident. Le lundi, l'infirmière est de nouveau en congé, mais elle reçoit à son domicile à 8 h 30 un appel téléphonique de la cadre de santé de son unité. Celle-ci vient de découvrir la fiche de déclaration et souhaite des explications. Après un bref échange, la cadre de santé la convoque le lendemain pour un entretien avec le chef de service. Lors de l'entretien, il est reproché à l'infirmière de ne pas avoir fait de déclaration d'accident immédiatement et un défaut de supervision de l'étudiante. Il lui est également signalé que cela sera consigné dans son dossier professionnel. Après cet entretien, l'infirmière rejoint ses collègues à la pause-café, lui demandent comment celui-ci s'est déroulé. Suite à sa réponse, ils la trouvent stupide d'avoir déclaré un incident qui n'a pas provoqué de dommage chez un patient, et lui disent qu'à l'avenir, si cela devait leur arriver, ils ne diront et ne déclareront rien pour ne pas risquer la même chose qu'elle...

Cet exemple illustre parfaitement l'impact de l'absence de culture de sécurité sur les 4 composantes de J. Reason. Ici, l'erreur humaine involontaire est stigmatisée, blâmée, la peur s'installe (absence de culture juste). Les erreurs seront à l'avenir cachées et ignorées (absence de culture de signalement). Le système

va devenir incapable de tirer les enseignements de ces situations (absence de retour d'expérience) et de les partager (absence de travail en équipe). Ne pouvant plus se protéger de ces erreurs qui deviennent « invisibles », il va devenir dangereux et la sécurité des patients pourra être gravement mise en cause.

À l'inverse, si la culture de sécurité est présente et les enseignements de J. Reason appliqués, alors l'événement est déclaré parce que l'erreur humaine n'est pas considérée comme la seule et unique cause de survenue de l'événement. L'EIAS ainsi signalé peut être analysé en profondeur, toutes les causes racines et les facteurs contributifs à sa survenue identifiés en équipe et des actions peuvent être mises en place pour améliorer la sécurité (20).

Exemple : check-list sécurité au bloc opératoire

L'usage de la check-list au bloc opératoire fait partie des pratiques exigibles prioritaires définies par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis janvier 2011. Cet outil a été conçu pour s'assurer que toutes les étapes essentielles d'une procédure donnée soient prises en compte. La littérature rend compte de plusieurs études qui prouvent l'efficacité de cet outil : réduction de la morbidité, de la durée de séjour à l'hôpital et de la mortalité (21), amélioration de la sécurité chirurgicale (22), amélioration de la sécurité des patients et intégration dans le processus de travail d'équipe (23).

Cet outil, bien qu'ayant fait ses preuves, peine à s'imposer. Des retours d'expérience (24) (25) montrent que l'utilisation de la check-list est parfois considérée comme une perte de temps ou une remise en cause des compétences professionnelles par les acteurs du bloc, ou encore une formalité administrative supplémentaire, non intégrée à la pratique professionnelle, pouvant être redondante avec des documents réglementaires existant par ailleurs.

En fait, une utilisation efficace de la check-list doit remplir 3 objectifs : vérifier, ensemble, pour prendre des décisions. Atteindre ces 3 objectifs nécessite un changement de culture pour éviter de considérer qu'il ne s'agit pas simplement de cocher des cases mais bien au contraire que la check-list nécessite un travail d'équipe et un partage réel d'informations.

Cet exemple met en évidence que la culture de sécurité préexistante conditionne l'efficacité du déploiement des outils et des méthodes de gestion des risques. Même si des outils ou des méthodes de gestion des risques performants et pertinents pour améliorer la sécurité des patients existent, ceux-ci seront peu ou mal utilisés si le niveau de culture de sécurité préexistant n'est pas suffisant.

La culture de sécurité donne du sens aux outils et méthodes de gestion des risques. En positionnant l'ensemble des méthodes et outils de la gestion des risques au sein des 4 composantes de la culture de sécurité proposées par J. Reason, ceux-ci n'apparaissent plus comme un millefeuille complexe, mais chacun comme une part indispensable d'un ensemble cohérent pour la sécurité des patients.

En annexe :



- **Exemples de méthodes et outils**
- **Fiche synthétique**
- **Fiche action**
- **Diaporama de présentation**

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010
2. Ocelli P, Quenon JL, Djihoud A *et al.* Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé. Pessac: CCECQA-FORAP ; 2015.
http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/mcss_-_guide_dutilisation_oct2015.pdf -
<http://www.forap.fr/pdf/MCSS-Guideutilisationoct2015.pdf>
3. Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco: John Wiley; 2010.
4. Besnard D, Boissières I, Daniellou F, Villena J. La culture de sécurité. Comprendre pour agir. Cah Sécurité Induc 2017(1).
5. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
6. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997.
7. Dekker S. Just Culture. Balancing Safety and Accountability. Aldershot: Ashgate; 2007.
8. Guyonnet JP, Aimeur A, Le-gogg A. La charte de non-punition, un nouvel objet juridique mal identifié dans les établissements de santé. Rev Droit Santé 2018(85):713-25.
9. Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the unexpected resilient performance in an age of uncertainty. Hoboken: Jossey-Bass; 2007.
10. Westrum R. A typology of organisational cultures. Quality and Safety in Health Care 2004;13(suppl_2):ii22-ii7.
11. Vialle S, Kret M, Domecq S, Quenon JL, Michel P. Validation d'un questionnaire et d'indicateurs de Culture de sécurité : l'expérimentation CLARTE sur 91 établissements [Poster] ; 2013.
http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/delf_emois_vialle_cs_-_poster.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Guide méthodologique et outils. Saint-Denis La Plaine: HAS ; 2018.
13. Agency for Healthcare Research and Quality, Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yout N, *et al.* Hospital survey on patient safety culture. User's guide. Rockville: AHRQ; 2016.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
14. Ocelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, *et al.* Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. Int J Qual Health Care 2013;25(4):459-68.
15. Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé. Mesure du climat de sécurité des soignants. Campagne inter-régionale eFORAP 2015. Rapport inter-régional. Lyon: FORAP; 2017.
16. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, *et al.* Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. Risques & qualité en milieu de soins 2019;16(1):9-17.
17. I O. International Technical Meeting on Safety Culture Oversight. Safety Culture and Organizational Change Management. February 15-18, 2011, IAEA Headquarters Vienna. 2011. <https://docplayer.net/8326166-Safety-culture-and-organizational-change-management.html>
18. Langlely GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance. Hoboken: Jossey-Bass; 2009.
19. Bally B, Auger C, Messarat-Haddouch Z, L. M-M. Les rencontres sécurité : opportunité pour le management d'améliorer la culture de sécurité. Hygiènes 2018;24(4).
20. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ Open 2017;7(11).
21. Haugen AS, Softeland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, *et al.* Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. Annals of surgery 2015;261(5):821-8.
22. Santana HT, Rodrigues MC, do Socorro Nantua Evangelista M. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. BMC Res Notes 2016;9:276.
23. Raman J, Leveson N, Samost AL, Dobrilovic N, Oldham M, Dekker S, *et al.* When a checklist is not enough: How to

improve them and what else is needed. J Thorac Cardiovasc Surg 2016;152(2):585-92.

24. Haute Autorité de Santé, Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté. Étude de l'implantation et de l'utilisation de la check-list « sécurité du patient en endoscopie digestive. Evaluation de son utilisation sur une région donnée ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/etude_implantation_utilisation_cl_endoscopie_digestive.pdf

25. Expertise performance et services pour la santé, Haute Autorité de Santé. Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

Gestion de projet

Coordination opérationnelle : service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

- Sandra GENEVOIS, chargée de mission HAS
- Catherine AUGER, chef de projet
- Dr Bruno BALLY, adjoint au chef de service
- Sarah PEDROSA, assistante de gestion
- Emmanuelle BLONDET, documentaliste
- Renée CARDOSO, assistante documentaliste

Composition du comité de pilotage (COPIL)

- Pour la FORAP : Valentin DAUCOURT, Jean-luc QUENON, Claire CHABLOZ (jusqu'à octobre 2018), David VEILLARD (à partir de décembre 2018)
- Pour la HAS : Laetitia MAY-MICHELANGELI, Bruno BALLY, Catherine AUGER
- Invitée permanente : Sandra GENEVOIS, chargée de mission HAS

Groupe de lecture

ABBEY Hélène, Qualirel

ANGELINI TIBERT Marie-France, ORISON

BAILLEUL Pauline, RSQR Hauts-de-France

BEAUMONT Laurent, CH Le Vinatier

BLANCHARD Audrey, Centre Bois Gibert

BLANC-TAILLEUR Marion, clinique Convert, Bourg-en-Bresse

BONAMOUR DU TARTRE Luce, SSR Saint Louis

BONFAIT Henri, STARAQS

BOUGET Marina, CAPPs Bretagne

BOUQUELLOEN Corinne, CH Gien

BOUYSSIE Martine, UNICANCER

BROCHE Gwladys, LNA santé/Qualirel

BUJAUD Elizabeth, Fondation Bon Sauveur d'Alby

CHAIGNEAU Irène, Groupement de coopération Sud Sarthe

CHARBONNEL Laurène, Clinique du Souffle Les Clarines

D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, CHU Caen

DALMAS Jean-Luc, Hôpital européen, Marseille

DUCAZEAUX Céline, Centre médical Le Château de Bassy

EROGLU Kazim, Les Cèdres, Brive
GENTILE Stéphanie, PASQUAL
IOVINE Elise, Centre hospitalier Ardèche Nord
JOURDAIN Céline, Korian Côte Normande
JOURDAN Jérôme, Clinique Ambroise Paré, Toulouse
LECOMTE Brigitte, QUALIRIS
MADDALENA Philippe, Centre hospitalier intercommunal de la Vésubie, Roquebillière
MAGNIER de ROYER Isaure, Polyclinique Sainte-Marguerite, Auxerre
MARICHY Alexandra, CH Is-sur-Tille
MAURISSE Gwenaëlle, CHIC des Andaines, La Ferté-Macé
NEDELEC Claude, Capio clinique des Cèdres, Cornebarrieu
NIMAL Chérifa, Hôpital européen, Marseille
OSU Dominique, CHU Tours
PAGEOT Christèle, Centre régional de lutte contre le cancer d'Auvergne
PAILLE Cécile, Hôpital St Jacques, CHU de Nantes
PAVARD Marianne, QualVa
PORTIGLIATTI Pierre, SSR La Pagerie et Clinique psychiatrique ValFleur, Allauch
POUZET Véronique, SSR/EHPAD La Chimotaie, Cugand
PRETOT Rose, CHU Dijon
RAITEUX Coraline, Association ECHO, Nantes
ROMERO Georges, Centre Léon Bérard, Lyon
ROSSIGNOL Catherine, UGECAM Aquitaine
SEHIER Emmanuel, REQUA
SUBERBIE-MAUPAS Bertrande, UGECAM Rhône-Alpes
THERAUBE Amélie, Clinique Ker Yonnec, Champigny
THOMET Hélène, REQUA
TOURRES Jean, CFAR polyclinique Atlantique, St Herblain
TOUSSAINT Odile, UGECAM Bretagne Pays de Loire
VENEL Ophélie, CH Avesnes

Modalités d'élaboration

Pour élaborer ce guide, un comité de pilotage HAS-FORAP (COPIL) a été mis en place. Il a été constitué pour la FORAP du président Claire CHABLOZ (jusqu'à octobre 2018) et David VEILLARD (à partir de décembre 2018), de Valentin DAUCOURT, Jean-luc QUENON ; et pour la HAS de Laetitia MAY-MICHELANGELI, Bruno BALLY et Catherine AUGER.

L'élaboration des livrables a été confiée à Sandra GENEVOIS (FORAP), chargée de mission HAS appuyée du service EvOQSS et du service documentation de la HAS. Elle était invitée permanente au COPIL.

La première réunion a eu lieu le 5 janvier 2018. Au total, 8 réunions se sont déroulées sur 2018-2019.

Une relecture du guide et des outils a été réalisée. L'ensemble des structures régionales d'appui ainsi que les équipes ayant participé à la campagne interrégionale de la FORAP 2015 ont été sollicitées, de même que les équipes Pacte et Rencontres sécurité. Les relecteurs (cf. Gestion de projet, p. 26-27) ont fait part de leurs avis et commentaires. Le guide méthodologique a reçu un accueil très favorable. Les relecteurs ont donné leur degré d'accord sur le document proposé. La médiane obtenue a été de 8 sur une échelle de 1 « pas du tout d'accord avec l'outil proposé » à 9 « tout à fait d'accord avec l'outil proposé ». Les commentaires et avis ont été analysés et une nouvelle version des livrables a été produite.

Les versions définitives des documents ont été approuvées par le COPIL, le 21/02/2019, et par le conseil d'administration de la FORAP, le 25/03/2019, avant leur validation par le Collège de la HAS le 29 05 2019.

Annexes

1. Exemples de méthodes et outils utiles pour développer la culture de sécurité
2. Fiche synthétique « Évaluation de la culture de sécurité : comprendre et agir »
3. Fiche action
4. Diaporama de présentation des résultats

1. Exemples de méthodes et outils utiles pour développer la culture de sécurité

(non exhaustif)

| Outil/méthode | Principes | Liens |
|--|--|---|
| ALARM | Analyse systémique des causes d'un EIAS | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-l-analyse-des-causes |
| Analyse de processus | Sécuriser les pratiques dans le cadre d'un circuit de prise en charge | https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche25.pdf |
| Analyse de scénarios | Favoriser le retour d'expérience et détecter les situations à risque | http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/analyse_de_scenario_guide_animateur.pdf |
| Arbre décisionnel pour une culture juste | Déterminer le niveau de responsabilité d'un professionnel auteur d'une action qui a contribué à un évènement grave | CEPPRAAL Pour se comparer https://www.ceppraal-sante.fr/projets/arbre-decisionnel-responsabilite-eig/ |
| Briefing/débriefing | Agir sur la communication et le travail d'équipe ciblés sur l'organisation des soins | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing |
| Charte de promotion de signalement/de déclaration | Encourager au signalement/à la déclaration des événements indésirables associés aux soins | https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche11.pdf |
| Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » | Intercepter et prévenir les événements indésirables associés aux soins au bloc opératoire | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire |
| Faire dire | Améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire |
| Formation CRM (<i>Crew Ressources Management</i>) | Développer des compétences non techniques en équipe (travail en équipe) | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2852388/fr/crew-resource-management-en-sante-crm-sante |
| Interruption de tâche | Réduire les interruptions de tâche pour contribuer à la sécurité du patient | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2618396/fr/interruptions-de-tache-lors-de-l-administration-des-medicaments |
| Pacte (<i>Programme d'amélioration en continue du travail en équipe</i>) | Améliorer le travail en équipe | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte |

| Outil/méthode | Principes | Liens |
|---|--|--|
| Patient traceur | Analyse partagée et rétrospective de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante |
| Rencontres sécurité | Manager au nom de la sécurité | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-une-methode-au-service-du-management |
| RMM/REMED/CREX <i>(Revue de mortalité et de morbidité /Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés /Comité de retour d'expérience)</i> | Analyses collectives et régulières des EIAS à l'aide d'une méthode systémique (ex. ALARM) | https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf |
| SAED <i>(situation antécédents évaluation de-mande)</i> | Faciliter la communication entre professionnels de santé | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante |
| Simulation en santé, chambre des erreurs | 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 | https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1734851/fr/la-chambre-des-erreurs-un-outil-ludique-d-amelioration-des-pratiques-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins |
| Staff, réunion d'équipe (formations) | Pratiques collaboratives | Guide OMS |

Et aussi : Pour se comparer : le rapport inter-régional de la FORAP : <http://www.forap.fr/pdf/Rapport-inter-regional-campagne-eFORAP-MCSS-oct2017.pdf>

2. FICHE SYNTHÉTIQUE

« Évaluation de la culture de sécurité : comprendre et agir »

| | |
|---|--|
| Service/unité/secteur | |
| Date | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Le taux de participation est-il suffisamment important ? <i>Nbre de professionnels inclus ayant rempli un questionnaire/Nbre total de professionnels inclus</i> RAPPEL : seuil interprétation résultats = 60 % | |
| Une enquête culture de sécurité a-t-elle été réalisée auparavant ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date de la dernière évaluation : Cliquez ici pour entrer une date. |

COMPRENDRE

■ Analyse du déroulement de l'enquête

| | |
|--|--|
| Comment s'est déroulée l'enquête culture de sécurité ? <i>Évaluation qualitative du climat de l'enquête, qualité et nature des échanges</i> | |
| Comment notre équipe se situe-t-elle par rapport à des secteurs d'activité qui lui ressemblent ? <i>Ex : <u>Rapport d'une mesure inter-régionale réalisée par la FORAP</u></i> | |
| Composition de notre équipe/unité de soins | |
| Quelles sont les catégories professionnelles qui ont répondu à l'enquête ? Sont-elles toutes représentées ? Si non, pourquoi ? | |
| Y a-t-il des circonstances/éléments qui ont pu impacter les résultats de l'enquête ? <i>Congés, changement dans l'équipe, etc.</i> | |

■ Analyse approfondie des résultats

| | |
|---|---|
| <p>Le niveau de sécurité des soins perçu dans le service <i>Résultats obtenus à la question : « Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ? »</i></p> | |
| <p>Le nombre d'événements indésirables (EI) signalés <i>Résultats obtenus à la question « Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'EI avez-vous remplies et transmises ? »</i></p> | |
| <p>Dimension(s) considérée(s) comme développée(s), c'est-à-dire $\geq 75\%$</p> | |
| <p>Les 3 dimensions les plus développées <i>Comprendre pourquoi et comment ces résultats ont été obtenus, valoriser les actions des professionnels et les actions mises en œuvre qui amènent à ce constat</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. |
| | <p>↳ Items avec le plus de réponses positives parmi ces 3 dimensions :</p> |
| <p>Les 3 dimensions les moins développées <i>Comprendre les représentations des personnels et identifier les actions qui pourraient améliorer ce constat</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. |
| | <p>↳ Items avec le moins de réponses positives parmi ces 3 dimensions :</p> |
| <p>Écarts entre perceptions et pratiques</p> | |
| <p>Analyse des réponses neutres</p> | |
| <p>Nature des verbatim</p> | <p>Principaux commentaires positifs :</p> <p>Principaux commentaires négatifs :</p> |

■ Analyse de l'existant

Quelles sont les valeurs et les priorités de notre établissement, de notre équipe, en termes de sécurité des patients ?

Quels sont les éléments (actions, méthodes, outils) déjà mis en place pour améliorer la sécurité des patients ?
(REX, check-list, RMM, charte de signalement/déclaration, rencontres sécurité, etc.)

En cas d'enquête antérieure, quels ont été les résultats ?

↳ **Variation(s) significative(s) (changement vers la catégorie supérieure ou inférieure) depuis la dernière enquête**
Comprendre ces variations en les rapprochant des actions déployées

■ Synthèse de l'analyse

Est-ce que ces résultats vous étonnent ?

Est-ce que cela vous correspond ? Est-ce que vous vous reconnaissez ?

Au regard de tout ce qui a été discuté, votre perception globale de la sécurité a-t-elle évolué par rapport à votre réponse au questionnaire ?

Enfin, comment nous positionnons-nous, collectivement, en termes de culture de sécurité sur une échelle de 0 à 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 : Absence de culture de sécurité développée,

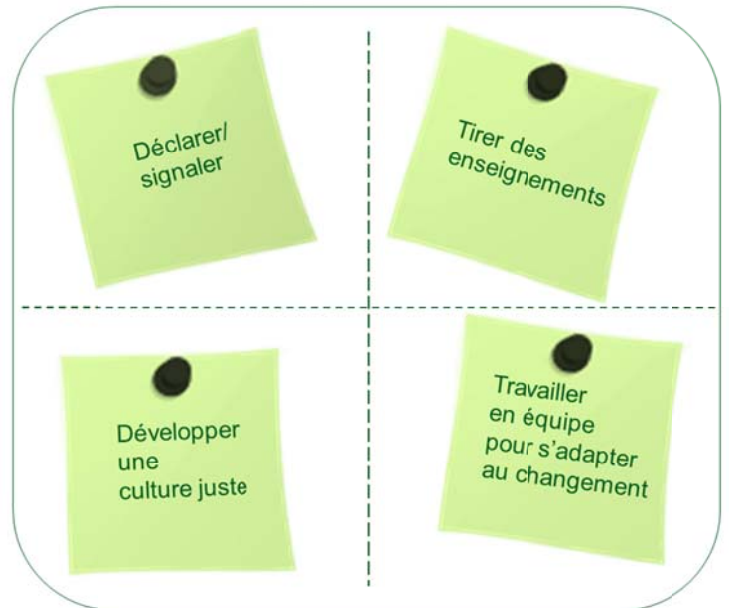
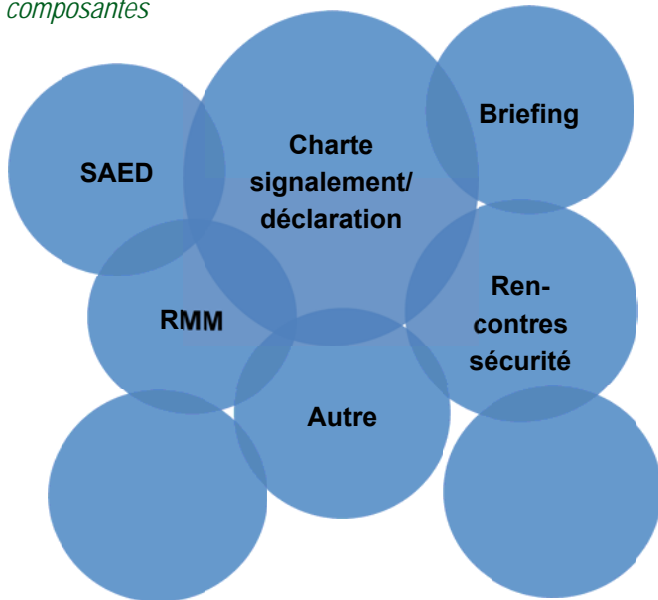
10 : culture de sécurité extrêmement intégrée et partagée par tous

AGIR

■ Identification des objectifs d'amélioration

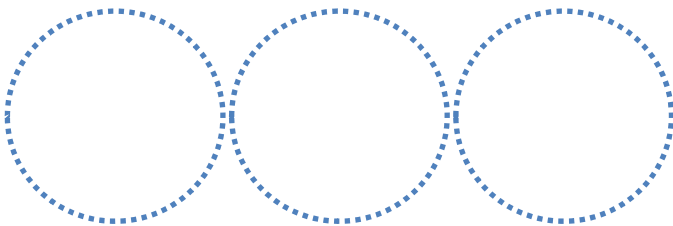
→ Comment ce que nous faisons bien participe à développer les 4 composantes ?

Placer les différents outils que vous utilisez sur les composantes



↳ Quelle(s) composante(s) n'est (ne sont) pas développée(s) ou doi(ven)t être renforcée(s) ?

Observer les manques



→ Quels objectifs pertinents et réalistes découlent des observations précédentes ?

Fixer 2 ou 3 objectifs d'amélioration pertinents et réalistes au regard des manques



■ Choix des actions/outils/méthodes pour AGIR

→ Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou fait différemment parmi les actions identifiées déjà existantes ?

→ Quelle(s) nouvelle(s) action(s) pourrions-nous mettre en place et comment cela va-t-il participer à développer la culture de sécurité ?

→ Est-ce suffisant ?

Actions choisies et validées collectivement (2 ou 3 actions maximum hiérarchisées)

3. FICHE ACTION

1 fiche par action

| Fiche de suivi d'action d'amélioration n° / | |
|---|---|
| Problème identifié : | |
| Action mise en œuvre : | |
| 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 : ... / ... / ... / ... | Non fait <input type="checkbox"/> Prévü <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> |

4. DIAPORAMA DE PRESENTATION DES RESULTATS

HAS
HAUTE AUTORITE DE SÉCURITÉ

FORAP

Enquête culture de sécurité

Mesurer, comprendre et agir

Mesurer, comprendre et agir 1

Mode d'emploi : comment utiliser ce diaporama ?

Ce diaporama de présentation des résultats n'est pas une présentation des guides HAS et FORAP sur les enquêtes culture sécurité.

Ce diaporama est mis à votre disposition pour vous aider à partager et restituer les données des enquêtes que vous avez conduites. Il ne constitue pas un cadre rigide mais une aide pratique à s'approprier et à adapter selon votre organisation.

Mesurer, comprendre et agir 2

Qu'est-ce que la culture de sécurité ?

- La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées,
- qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins

→ Développer la culture de sécurité pour **faire de la sécurité une priorité** et éviter les accidents ou en limiter l'impact

Mesurer, comprendre et agir 3

Les 4 composantes de la culture de sécurité (J. REASON)

SIGNALEMENT ET DECLARATION

Les professionnels et l'organisation sont convaincus de l'intérêt de signaler/déclarer les situations dangereuses et les événements indésirables quelle que soit leur gravité pour améliorer la sécurité.

RETOUR D'EXPERIENCE

Les professionnels et l'organisation sont persuadés que l'analyse approfondie (analyse dite « systémique ») des situations à risque et des événements indésirables survenus permet de tirer des enseignements qui sont partagés pour mieux maîtriser l'avenir et améliorer la sécurité.

Culture de sécurité

CULTURE JUSTE

Le management est équitable et loyal, il ne tire pas de conclusions hâtives suite à la survenue d'un événement indésirable.

TRAVAIL EN EQUIPE POUR S'ADAPTER AU CHANGEMENT

Les professionnels reconnaissent l'impact de la qualité du travail en équipe au sein de l'organisation pour améliorer la sécurité des patients.

Mesurer, comprendre et agir 4

MESURER : objectifs

- Évaluer les perceptions et les attitudes des professionnels sur des thèmes importants pour la sécurité des soins
 - le travail d'équipe
 - la communication autour des erreurs et des problèmes
 - l'apprentissage par les erreurs
 - le rôle et le soutien du management concernant la sécurité des soins
 - etc.
- Susciter une réflexion sur le niveau actuel de la culture de sécurité et sa possible amélioration

Mesurer, comprendre et agir 5

MESURER : lecture des résultats (1)

- Les réponses positives** : en faveur d'une CS des soins développée

« La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important »

➔ **D'accord - Tout à fait d'accord**

« Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service (formulation négative) »

➔ **Pas d'accord - Pas du tout d'accord**

Mesurer, comprendre et agir 6

MESURER : lecture des résultats (2)

■ Réponses favorables ■ Réponses neutres (ni favorables, ni défavorables) ■ Réponses défavorables

Toujours en faveur d'une CS développée

Le répondant ne se prononce pas
Ce type de réponse est différent de « je ne sais pas »
→ Intérêt de s'interroger sur ces réponses neutres
Quelle signification ? (cf. diapo 15)

Toujours en défaveur d'une CS développée

Mesurer, comprendre et agir 7

MESURER : lecture des résultats (3)

- 40 questions pour 10 dimensions
- Un score par dimension : **moyenne des pourcentages de réponses positives** données aux questions
 - Score ≤ 50 %** : une dimension avec un fort potentiel d'amélioration
 - Score ≥ 75 %** : une dimension développée

Mesurer, comprendre et agir 8

MESURER : résultats (1)

| Dimensions de la culture de sécurité | Scores (%) | exemple |
|---|------------|---------|
| 1. Perception globale de la sécurité | — | 45 |
| 2. Fréquence de signalement des événements indésirables | — | 65 |
| 3. Attentes/actions hiérarchie concernant la sécurité | — | 86 |
| 4. Organisation apprenante et amélioration continue | — | 48 |
| 5. Travail d'équipe dans le service | — | 89 |

Dimension à améliorer en priorité Dimension développée

Mesurer, comprendre et agir 9

MESURER : Résultats (2)

| Dimensions de la culture de sécurité | Scores (%) | exemple |
|---|------------|---------|
| 6. Liberté d'expression | — | 68 |
| 7. Réponse non punitive à l'erreur | — | 43 |
| 8. Ressources humaines | — | 32 |
| 9. Soutien du management pour la sécurité | — | 25 |
| 10. Travail d'équipe entre les services | — | 31 |

Dimension à améliorer en priorité Dimension développée

Mesurer, comprendre et agir 10

COMPRENDRE : analyse du déroulement de l'enquête

- Comment s'est déroulée l'enquête culture de sécurité ?
- « X »^{ème} enquête réalisée dans « unité de soins » → *rappel résultats antérieurs le cas échéant*
- Equipe/unité de soins concerné(es)

| Profession | Nbre de professionnels dans l'équipe/ unité de soins | Nbre de répondants à l'enquête |
|------------|--|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

➔ Taux de participation global :

_____ %

Rappel : seuil interprétation 60%

Mesurer, comprendre et agir

11

COMPRENDRE : analyse approfondie des résultats (1)

RESULTATS

- « Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'EI avez-vous remplies et transmises ? »

➔ Encourager les professionnels à réagir sur ces résultats. Sont-ils étonnés ?

Mesurer, comprendre et agir

12

COMPRENDRE : analyse approfondie des résultats (2)

- Les 3 dimensions les plus développées

➔ Pourquoi et comment ces résultats ont été obtenus ? Valoriser les actions des professionnels et les actions mises en œuvre qui amènent à ce constat

Mesurer, comprendre et agir

13

COMPRENDRE : analyse approfondie des résultats (3)

- Les 3 dimensions les moins développées

➔ Quelles sont les représentations des personnels ? Quelles actions pourraient améliorer ce constat ?

Mesurer, comprendre et agir

14

COMPRENDRE : analyse approfondie des résultats (4)

- Écarts entre perceptions et pratiques

➔ Existe-t-il des écarts entre les perceptions et les pratiques de l'équipe, par exemple nombre d'EI dits déclarés et nombre réel de fiches d'EI enregistrées ?

Mesurer, comprendre et agir

15

COMPRENDRE : analyse approfondie des résultats (5)

- Analyse des réponses neutres

➔ Y a-t-il des dimensions qui ont fait l'objet de réponses neutres majoritairement ?

Verbatim

- Commentaires positifs
- Commentaires négatifs

Mesurer, comprendre et agir

16

COMPRENDRE : analyse de l'existant

Quelles sont les valeurs et les priorités de notre établissement, de notre équipe, en termes de sécurité des patients ? Quelles sont les priorités de l'équipe pour l'amélioration de la sécurité ?

Quels sont les éléments (actions, méthodes, outils) déjà mis en place pour améliorer la sécurité des patients ?



Mesurer, comprendre et agir

17

COMPRENDRE : synthèse de l'analyse

Est-ce que ces résultats vous étonnent ? Est-ce que cela vous correspond ? Est-ce que vous vous reconnaissez ?

Au regard de tout ce qui a été discuté, votre perception globale de la sécurité a-t-elle évolué par rapport à vos réponses au questionnaire ?

Finalement, comment nous positionnons-nous, collectivement, en termes de culture de sécurité sur une échelle de 0 à 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 culture de sécurité absente à 10 très développée

10 culture de sécurité extrêmement développée, intégrée et partagée par tous

Mesurer, comprendre et agir

18

AGIR : identification des objectifs d'amélioration (1)

Comment ce que nous faisons bien participe à développer les 4 composantes ?



➔ Placer les différents outils que vous utilisez sur les composantes

Mesurer, comprendre et agir

19

Quelle(s) composante(s) n'est (ne sont) pas développée(s) ou doi(ven)t être renforcée(s) ?



➔ Observer la(les) composante(s) non développée(s)

AGIR : identification des objectifs d'amélioration (2)

Objectifs d'amélioration partagés :

-
-
-

➔ déduire des objectifs d'amélioration pertinents et partagés

Mesurer, comprendre et agir

20

AGIR : identification des actions d'amélioration (3)

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou fait différemment parmi les actions identifiées déjà existantes (cf. diapo 19) ?

| Action | Responsable | Echéance | Instance de validation |
|--------|-------------|----------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

→ Choix collectif de la ou des actions à mettre en œuvre

Mesurer, comprendre et agir

21

AGIR : identification des actions d'amélioration (4)

Quelle(s) nouvelle(s) action(s) pourrions-nous mettre en place et comment cela va-t-il participer à développer la culture de sécurité ?

Est-ce suffisant ?

→ Choix collectif de la ou des actions à mettre en œuvre

Mesurer, comprendre et agir

22

ANNEXE

Mesurer, comprendre et agir

23

3 DOCUMENTS INDISPENSABLES

- Le guide « Du concept à la pratique » (HAS)
- Le guide « Mesure de la culture de sécurité des soins » avec questionnaire (FORAP)
- Le guide « Comprendre et agir » (HAS-FORAP)

Mesurer, comprendre et agir

23

Fiche action

→ Une fiche par action

Mesurer, comprendre et agir

25



Diaporama de présentation des résultats téléchargeable sur www.has-sante.fr et www.forap.fr



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr