



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 21 juin 2024 à Poitiers
par Madame Gwladys BARETH

Amélioration de la culture sécurité des soins
au sein d'un collectif de travail en établissement de
santé

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Marion ALBOUY

Membres : Monsieur le Professeur Denis FRASCA
Monsieur le Docteur Hervé LANQUETOT
Madame la Docteur Lucie ALEM

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérémie GUIHENNEUC



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 21 juin 2024 à Poitiers
par **Madame Gwladys BARETH**

Amélioration de la culture sécurité des soins
au sein d'un collectif de travail en établissement de
santé

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Marion ALBOUY

Membres : Monsieur le Professeur Denis FRASCA
Monsieur le Docteur Hervé LANQUETOT
Madame la Docteur Lucie ALEM

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérémie GUIHENNEUC

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAForge Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

Il me tient à cœur d'exprimer toute ma gratitude envers ceux qui ont rendu cette thèse possible par leur soutien et leurs encouragements constants.

Tout d'abord, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à la présidente de mon jury de thèse, madame la professeure ALBOUY Marion, pour son engagement et sa bienveillance.

Je tiens également à exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de thèse, monsieur le Docteur GUIHENNEUC Jérémy, pour son encadrement et ses précieux conseils tout au long de cette aventure. Votre rigueur scientifique et votre soutien indéfectible ont été des éléments essentiels dans la réalisation de cette thèse.

Un grand merci aux membres de mon jury, monsieur le Professeur FRASCA Denis ; madame la Docteur ALEM Lucie ; monsieur le Docteur LANQUETOT Hervé ; pour avoir accepté d'évaluer mon travail et pour leurs remarques constructives. Vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer significativement la qualité de cette recherche.

Je souhaite aussi remercier mes co-internes (dont la plupart sont déjà chef de clinique ou docteur junior), Docteur FOUASSIN Xavier ; Docteur Richir Louis ; BASSAN Philémon, pour votre camaraderie et votre soutien quotidien. Partager cette expérience avec vous a été une source de motivation et d'enrichissement personnel. Un merci tout particulier à Xavier, qui a pris le temps de m'accompagner, toujours d'une grande aide, tout au long de mon internat.

À ma famille, je veux exprimer toute ma reconnaissance pour votre amour, votre patience et vos encouragements. William et Elodie, merci pour tous ces fous rires et votre soutien indéfectible. À mes parents, merci pour votre amour. À mes grands-parents, merci pour tous ces bons moments. Je vous aime.

À Carole, Gilles et Pauline ainsi que toute ma belle-famille, merci de m'avoir accepté parmi vous avec autant de bienveillance et d'amour. C'est un immense plaisir que de vous connaître et je mesure toute la chance de vous avoir. Carole, « coach de vie » à tes heures perdues, merci pour ton soutien et ton aide lors de cette thèse et toutes ces années. Un grand merci à vous tous pour votre soutien moral et vos encouragements.

Je n'oublie pas mes amies de longues dates, Daniella, Jeanne, Lison, Gaëlle, Estelle, Johanna, Adeline qui ont su me soutenir et me redonner le sourire lors des moments difficiles. Votre amitié a été un pilier fondamental tout au long de ces années. Je vous souhaite le meilleur.

Enfin, à ma moitié, Etienne. Sans toi, ce chemin n'aurait pas été possible. Merci pour ton amour inconditionnel, ta patience et ton soutien. Tu as su me redonner espoir lorsque j'en avais besoin, me donner de la force et du courage au cours de ces longues années. Ta présence à mes côtés a rendu ce voyage bien plus léger. Je t'aime plus que tu ne peux l'imaginer.

À vous tous, un immense merci du fond du cœur.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	V
INTRODUCTION.....	6
1.1 LA GESTION DES RISQUES.....	6
1.1.1 <i>La notion de risque</i>	6
1.1.2 <i>Le facteur humain</i>	8
1.2 QUELS SONT LES ENJEUX ?.....	11
1.2.1 <i>Impact des événements indésirables associés aux soins</i>	11
1.2.2 <i>Au sein d'une organisation complexe, certains EIGS sont évitables</i>	12
1.2.3 <i>Une obligation légale et réglementaire</i>	13
1.3 LA CULTURE SECURITE DES SOINS.....	14
1.3.1 <i>Un changement de paradigme</i>	14
1.3.2 <i>Une mesure répandue mondialement</i>	15
1.4 OBJECTIF.....	16
METHODE.....	17
2.1 MESURE DE LA CULTURE SECURITE DES SOINS.....	17
2.1.1 <i>Schéma d'étude</i>	17
2.1.2 <i>Population étudiée</i>	17
2.1.3 <i>La définition des variables</i>	18
2.1.4 <i>Le recueil et l'analyse des données</i>	21
2.1.5 <i>Éthique</i>	24
2.2 IDENTIFICATIONS DES ACTIONS D'AMELIORATION.....	25
2.2.1 <i>Schéma d'étude</i>	25
2.2.2 <i>Critères d'éligibilité</i>	25
2.2.3 <i>Sources d'informations</i>	26
2.2.4 <i>Procédure de sélection</i>	26
2.2.5 <i>Processus de classement</i>	27
2.2.6 <i>Évaluation du risque de biais</i>	29
2.3 CO-PRIORISATION DES ACTIONS D'AMELIORATION.....	30
2.3.1 <i>Schéma d'étude</i>	30
2.3.2 <i>Population étudiée</i>	30
2.3.3 <i>La définition des variables</i>	30
2.3.4 <i>Le recueil des données</i>	32
2.3.5 <i>L'analyse des données</i>	32
2.3.6 <i>Éthique</i>	32

RESULTATS.....	33
3.1 MESURE DE LA CULTURE SECURITE DES SOINS	33
3.1.1 <i>Description de la population</i>	33
3.1.2 <i>Les 10 dimensions de la culture sécurité des soins</i>	35
3.2 IDENTIFICATIONS DES ACTIONS D'AMELIORATION	49
3.2.1 <i>Escape-room</i>	51
3.2.2 <i>Simulation</i>	52
3.2.3 <i>Formations</i>	55
3.2.4 <i>Les outils</i>	56
3.2.5 <i>Accompagnement par les SRA / FORAP / ARS/ HAS</i>	59
3.3 PRIORISATION DES ACTIONS D'AMELIORATION.....	61
3.3.1 <i>Description de la population</i>	61
3.3.2 <i>Co-priorisation des actions d'amélioration</i>	61
DISCUSSION	62
CONCLUSION	68
ANNEXES	69
REFERENCES.....	86

Liste des abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité au niveau régional
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comités de Protection des Personnes
EIAS	Évènements indésirables associés aux soins
EIG	Évènements indésirables graves
EIGS	Évènement indésirable grave associés aux soins
EPR	Évènement porteur de risque
FORAP	Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HSOPSC	Hospital Surey On Patient Safety Culture
IT	Interruptions de tâches
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
SRA	Structures régionales d'appui

1. Introduction

Introduction

1.1 La gestion des risques

1.1.1 La notion de risque

Le risque est défini comme l'exposition, souhaitée ou non, à un danger⁽¹⁾. Le risque d'un évènement comprend deux paramètres⁽²⁾ :

- la probabilité de survenue de cet évènement, définie en termes de fréquence d'apparition;
- la gravité ou nature et l'importance des conséquences de cet événement en termes de dommages sur l'élément vulnérable.

À combinant ces deux paramètres (fréquence et gravité), les risques peuvent être catégorisés selon leur criticité. Plus le risque est grave et probable, plus il est critique.

Les risques au sein d'un établissement de santé peuvent être classés en différentes catégories. Directement associés aux soins ou bien liés aux activités dites de soutien (sans lesquelles les soins ne pourraient pas être correctement mis en œuvre) ou enfin lié à la vie hospitalière et à l'environnement⁽³⁾. Ainsi, dans un établissement de santé, nous pouvons être exposé à des risques liés à des actes thérapeutiques comme le risque infectieux lors d'une chirurgie, aux risques liés à un défaut mécanique d'un matériel ou bien encore aux risques d'inondation liés au changement climatique.

Ces différentes catégories de risques sont représentées dans la figure numéro 1 ci-dessous.

1. Introduction

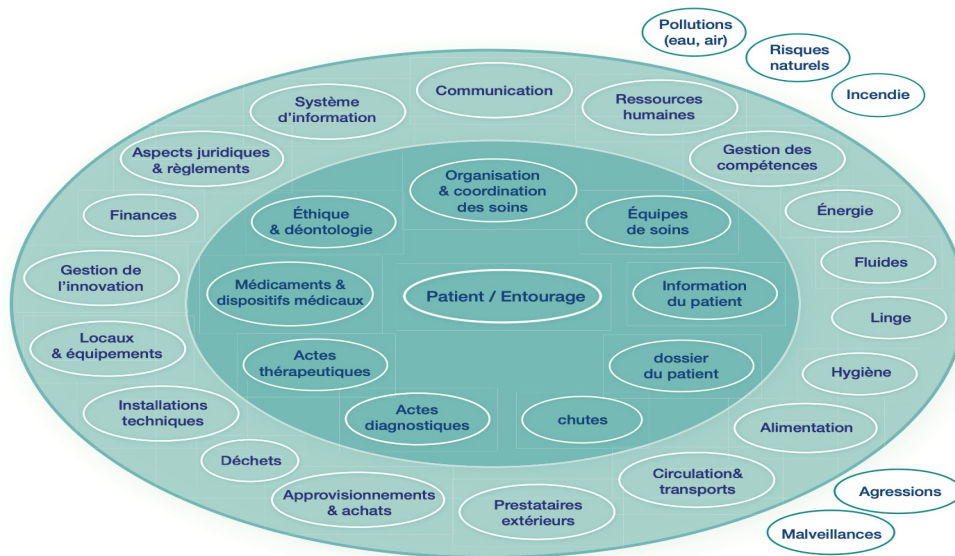


Figure 1.1: Approche schématisée des grandes catégories de risques en établissement de santé. (Adapté de la Haute Autorité de Santé, 2012)

Face au risque, différentes situations sont possibles⁽¹⁾. Premièrement, il est possible de renoncer à ce risque par exemple en choisissant de ne pas construire un établissement de santé sur un terrain inondable. Une alternative est de prendre volontairement ce risque en recherchant un bénéfice ou bien une meilleure performance grâce à l'activité réalisée : la recherche d'une embolie pulmonaire chez une femme enceinte par un examen d'imagerie irradiant en est un exemple. Enfin, il est également possible de prendre involontairement un risque comme le fait de travailler en période de sous-effectif aigu.

Il est à noter que la notion de risque est une construction sociale, elle va donc différer d'un individu à un autre en fonction de sa culture et/ou de son expérience⁽⁴⁾. La notion de risque peut également varier au sein d'une entreprise ou d'une organisation, selon son « appétence au risque ». En établissement de santé, cette appétence au risque peut varier d'un service, d'une spécialité ou d'un acte à l'autre. Ceci peut expliquer une perception et une acceptabilité non uniformes au sein des professionnels de santé, des patients, du public et des médias⁽¹⁾.

1. Introduction

Outre les risques bactériologiques, technologiques, environnementaux... un autre risque est celui qui provient du facteur humain.

1.1.2 Le facteur humain

Par sa propension à commettre des erreurs, l'opérateur humain est apparu comme un facteur d'infirmité ^(4,5). Nous n'évoquerons pas dans ce travail, la possibilité d'action volontaire, mais uniquement la possibilité d'erreur et de négligence.

James REASON définit, dans son livre "A life in error"⁽⁶⁾, une erreur comme étant un "terme appliqué à toutes les occasions dans lesquelles une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à atteindre son objectif souhaité sans l'intervention d'un agent fortuit".

L'erreur humaine peut ainsi être distinguée entre :

- les erreurs de routine où le plan d'action est entièrement juste mais l'action ne va pas se passer comme prévue (les "ratés" de l'action et les "lapsus" pour les erreurs verbales);
- les erreurs de connaissance ("méprises") où l'action suit le plan à la perfection mais le plan en lui-même est inadéquate pour atteindre le but désiré. Celles-ci peuvent se scinder en deux catégories, les erreurs de contexte (la connaissance est exacte mais employée dans le mauvais contexte) et les erreurs par manque de connaissance.

L'acteur capable d'erreurs et également capable de les récupérer et de rattraper les dysfonctionnements du système. Selon James REASON, 85% des erreurs sont détectées et récupérées en quelques secondes par le sujet qui les a commises ou bien récupérées par l'entourage, l'équipe ou les détrompeurs physiques⁽⁷⁾.

En reprenant le modèle, créé par James REASON, ce dernier nous permet de visualiser les défaillances qui surviennent aux différents niveaux d'un système et met en

1. Introduction

évidence qu'une erreur, à elle toute seule, au niveau du système ne suffit généralement pas à causer un accident.

Il distingue trois types d'acteurs⁽⁸⁾ pouvant concourir à la création d'un incident préjudiciable pour le patient :

- les acteurs relatifs à l'organisation, conception et au management qui peuvent commettre des erreurs latentes. Ce type d'erreur ne touche pas directement le patient mais facilite les erreurs de ceux qui se trouvent directement au contact du patient.
- les acteurs de première ligne (professionnels de santé : médicaux et paramédicaux) qui interagissent directement avec le soin qui peuvent commettre des erreurs patentes avec des conséquences immédiates pour le patient.
- les défenses en profondeur ou barrière de sécurité du système qui sont pensées pour bloquer et récupérer les erreurs patentes (par exemple la check-list au bloc opératoire qui favorise la récupération d'erreurs notamment en matière d'identité ou de côté à opérer).

Le risque n'est donc plus ici l'erreur de l'individu – qui est considérée comme normale - mais la perte du contrôle de la situation par l'opérateur⁽⁹⁾. Ces pertes de contrôle ont lieu lors de situations de travail complexes et dynamiques pour lesquelles l'opérateur a du mal à effectuer les arbitrages, les compromis nécessaires entre les objectifs de la tâche à accomplir, sa perception des contraintes extérieures liées au contexte de sa tâche et ses propres sensations (stress, fatigue, expérience, etc.)⁽¹⁰⁾.

En tant que professionnels de santé travaillant dans un établissement de santé, les risques sont inhérents aux activités de soins, les patients peuvent ainsi être exposés à différents dangers. Pour que ce danger se transforme en incident préjudiciable pour le patient, c'est donc la conséquence de plusieurs défaillances se produisant à différents niveaux (par exemple : professionnels surmenés + nouvel équipement + défaillance technique surdosage en médicament) et qui s'alignent momentanément pour permettre la

1. Introduction

création d'une "trajectoire accidentelle". Cette trajectoire correspond au modèle créé par James Reason représenté par la figure 1.2.

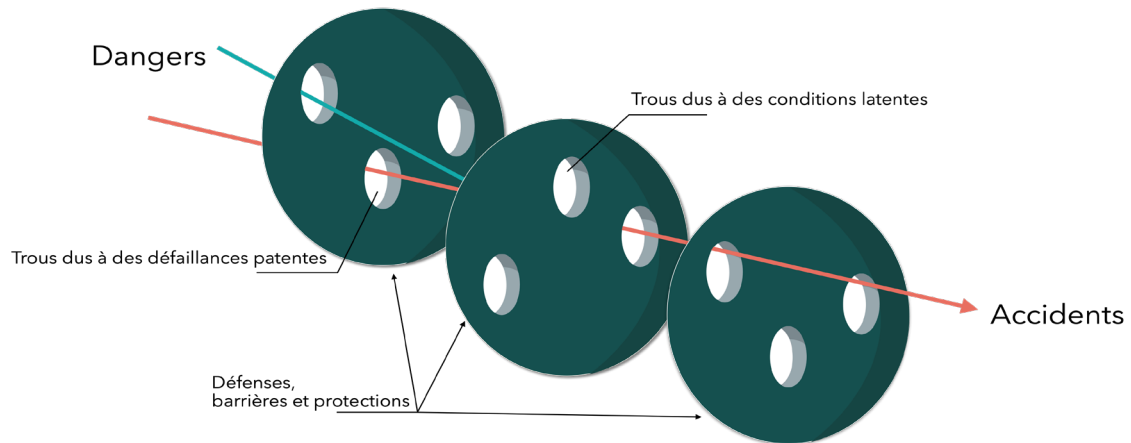


Figure 1.2: Représentation du modèle dit des "plaques trouées" de James Reason sur les causes d'accidents

Ces incidents préjudiciables, survenant chez un patient hospitalisé, lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement sont considérés comme étant des événements indésirables associés aux soins (EIAS)⁽¹¹⁾. Ces derniers ont de nombreux impacts qui sont décrit ci-dessous.

1. Introduction

1.2 Quels sont les enjeux ?

1.2.1 Impact des évènements indésirables associés aux soins

Les conséquences des EIAS multiples, allant d'un évènement porteur de risque (EPR) où il n'y a pas eu de conséquence pour la personne mais où l'évènement pourrait engendrer lors d'une situation différente, à un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) dont les conséquences peuvent être le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou encore la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale⁽¹²⁾. Ces évènements peuvent avoir de nombreux impacts sur le patient ou ses proches au niveau émotionnel et social⁽⁸⁾.

Au niveau mondial, environ un patient sur dix subit un préjudice lors des soins de santé et plus de trois millions de décès surviennent chaque année⁽¹³⁾.

Au niveau national en 2019, l'enquête nationale sur les EIAS (ENEIS 3) estimait à 4,4 évènements indésirables graves (EIG) pour 1000 jours d'hospitalisation⁽¹⁴⁾. Cette moyenne correspondait à quatre EIG par service de 30 lits et par mois.

Par ailleurs, il est important d'être attentif aux professionnels de santé impliqués dans la survenue ou ayant constaté l'incident, eux-mêmes victimes collatérales d'un EIAS, qui sont identifiés comme des secondes victimes⁽¹⁵⁾. Le rapport de la HAS de 2019⁽¹⁶⁾ indiquait que pour 48% des déclarations d'EIGS, l'évènement grave avait eu des conséquences pour les professionnels. L'impact est essentiellement psychologique : stress post-évènement, choc émotionnel, professionnel en difficulté, développement d'un syndrome anxieux généralisé à la suite de l'évènement^(16,17). Celui-ci par ricoché peut venir affecter le fonctionnement d'une équipe.

Un évènement indésirable a également des répercussions au niveau de l'établissement de santé. Une enquête de 2011 réalisée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé estimait le surcoût moyen qu'entraînaient les

1. Introduction

événements indésirables associés aux soins survenus en 2007. Elle montrait que le coût moyen de prise en charge pour les traumatismes obstétricaux du vagin lors d'un accouchement par voie naturelle était de 500 euros alors qu'il était d'environ 20 000 euros pour les septicémies⁽¹⁸⁾.

De plus, les événements indésirables entraînent également un allongement de la durée d'un séjour, pour exemple : les infections et les escarres peuvent multiplier par trois ou quatre fois la durée moyenne du séjour. Après analyse, cette étude montrait que le coût de prise en charge de neuf événements indésirables s'élevait à 682 millions d'euros pour l'ensemble des établissements hospitaliers concernés. Il est à noter que les patients qui voient leur durée de séjour s'allonger, sont autant de travailleurs qui ne peuvent retourner contribuer à la société. Ce fardeau économique et social indirect des soins peut être évalué entre 1 et 2 000 milliards de dollars par an au niveau mondial⁽¹³⁾.

Un professionnel de santé travaille donc dans un système de soin complexe notamment par la diversité des tâches demandées, l'interdépendances des professionnels de santé, la diversité des patients, la mise en place de nouvelles technologies⁽¹⁹⁾ ainsi que l'importante charge de travail à laquelle ils sont confrontés. Parmi les événements indésirables qui se produisent dans les établissements de santé, certains d'entre eux sont évitables.

1.2.2 Au sein d'une organisation complexe, certains EIGS sont évitables

Selon l'enquête ENEIS 3 on observe, en moyenne, 4,4 EIGS [2,9 – 6,8] pour 1 000 jours d'hospitalisation dans les établissements de santé en France⁽¹⁴⁾. Ce résultat représente entre 160 000 et 375 000 EIGS qui se produisent chaque année au cours d'un séjour hospitalier dans un service de médecine ou de chirurgie. Au niveau national, c'est 34% des EIGS qui étaient considérés comme évitables si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'évènement. Parmi les EIGS déclarés à la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022, plus d'un sur deux ont été jugés évitables par les déclarants⁽²⁰⁾.

1. Introduction

Au niveau mondial, environ un patient sur 30 est exposé à des événements indésirables évitables liés à la médication, et plus d'un quart de ces événements sont considérés comme des événements indésirables graves⁽²¹⁾.

Outre les impacts auprès des patients, des professionnels, de l'établissement et de la société, une autre raison de se préoccuper des événements indésirables est l'obligation légale.

1.2.3 Une obligation légale et réglementaire

Selon l'article R6111-2 du Code de la santé publique⁽²²⁾, l'établissement doit en outre "mettre en place un dispositif visant à recueillir l'ensemble des événements indésirables associés aux soins constatés au sein de son établissement et à procéder à leur analyse afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives". Ce caractère obligatoire d'analyse des événements indésirables se retrouve également dans la certification des établissements de santé au niveau du critère 2.4-04⁽²³⁾ : "les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés". En plus des obligations réglementaires, il existe de nombreuses incitations à agir pour lutter contre les EIAS, comme le rôle des établissements de santé dans la prévention et la promotion de la santé, la fidélisation des équipes médico-soignantes par un bien-être au travail et la responsabilité populationnelle des établissements de santé.

Au regard de ces enjeux, il est indispensable pour un établissement de santé d'analyser les événements indésirables associés aux soins afin d'améliorer, en outre, la sécurité des patients. Il ne faut cependant pas oublier que la sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs mais à les gérer de façon adaptée. Cette approche va être décrite dans le paragraphe suivant consacré à la culture sécurité des soins.

1. Introduction

1.3 La culture sécurité des soins

1.3.1 Un changement de paradigme

La pensée autour des événements indésirables tend à changer, passant d'une approche blâmant la personne individuelle pour l'erreur, à celle d'une approche par le système. Cette approche présume qu'il y aura des erreurs de commises, et que le système qui entoure ces personnes (concourant à la prise en charge) doit pouvoir fournir des barrières de sécurité pour ces erreurs⁽²⁴⁾. Cette nouvelle manière d'aborder les événements indésirables permet de passer d'un système dit "à risques persistant et punitifs" où les erreurs sont blâmées donc probablement cachées et ignorées, à un système "sûr et apprenant" où l'erreur est acceptée. Cela renforce le signalement de ces erreurs, et permet leur discussion et leur analyse, source d'amélioration du système de santé.

Ce changement de paradigme est l'essence même de la culture sécurité des soins. Cette dernière est définie comme un ensemble de manières de faire et de penser qui contribue à la sécurité du patient et qui sont partagées au niveau de l'organisation (équipe de professionnels, établissement de sante). 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⁽²⁵⁾.

Selon James Reason⁽²⁶⁾ quatre composantes constituent la culture de sécurité : celle du signalement (intérêt de signaler les situations dangereuses et les événements indésirables quelle que soit leur gravité), du retour d'expériences (analyse approfondie des situations à risque), de la culture juste (ne pas tirer de conclusions hâtives) et enfin du travail en équipe (réagir ensemble de manière efficace et de s'adapter au changement).

La déclaration des événements indésirables associés aux soins peut donner un aperçu du niveau de culture sécurité des soins. Au niveau national, la culture du signalement, est en amélioration. Cependant cette déclaration reste hétérogène entre les

1. Introduction

régions. La Nouvelle Aquitaine, selon le rapport annuel sur les EIGS de 2022 se classe en avant dernière parmi les régions de la métropole⁽²⁰⁾.

1.3.2 Une mesure répandue mondialement

La mesure de la culture sécurité des soins est une démarche effectuée au niveau mondial. Une revue systématique de la littérature de 2018⁽²⁷⁾ a recensé 59 études ayant évalué la culture de la sécurité des patients par un questionnaire validé dans les hôpitaux du monde entier entre 2008 and 2015 dont 18 en Europe. Cette mesure s'est faite également auprès d'hôpitaux français et de maisons de retraite^(28,29).

Une enquête interne à l'hôpital de Poitiers a été effectuée en 2015⁽³⁰⁾ avec 967 répondants. Aucune des neuf dimensions de la culture sécurité des soins analysée à cette date n'était considérée comme développée, une seule était en cours de développement et le reste était à améliorer.

Aucune nouvelle enquête n'avait été effectuée depuis au CHU de Poitiers. Il nous semblait donc important de pouvoir disposer d'un nouveau diagnostic de la culture de sécurité afin de pouvoir en apprécier l'évolution et de disposer d'outils afin d'être en capacité d'orienter de futures démarches d'amélioration de la culture sécurité des soins.

1. Introduction

1.4 Objectif

Au regard de ces enjeux, l'objectif de ce travail était d'améliorer la culture sécurité des soins au sein du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Poitiers.

Pour ce faire, 3 étapes ont été suivies :

- premièrement, nous avons mesuré la culture sécurité des soins grâce à un questionnaire validé ;
- ensuite nous avons identifié les possibles actions à mettre en place pour améliorer *à minima* une des dimensions de la culture sécurité en établissement de santé
- pour finir, il a été réalisé une co-priorisation des actions retrouvées afin de recueillir les attentes des professionnels sur de potentielles actions d'amélioration de la culture sécurité des soins.

Méthode

2.1 Mesure de la culture sécurité des soins

2.1.1 Schéma d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle transversale, qui s'est déroulée sur une période de trois semaines consécutives allant du 5 au 28 juin 2023 au CHU de Poitiers.

Cette enquête s'intégrait à la campagne nationale portée par la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé (FORAP), le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité au niveau régional (CCECQA) et la HAS. La méthodologie utilisée suivait donc les recommandations de la campagne nationale⁽³¹⁾.

2.1.2 Population étudiée

Cette enquête permettait de disposer d'un diagnostic de la culture de sécurité auprès d'un collectif de travail. Ce collectif de travail était défini comme étant des professionnels appartenant au même établissement, collaborant à la prise en charge de patients.

Pour notre étude, le collectif de travail se composait de professionnels travaillant au niveau des blocs opératoires dans le champ de l'anesthésie ainsi que de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) au sein du site de la Milétrie du CHU de Poitiers.

Critères d'inclusions et d'exclusions

Les professionnels concernés par la mesure étaient ceux dispensant des soins aux patients ou accompagnant le patient au cours de sa prise en charge, c'est-à-dire, tous les

2. Méthode

professionnels étant en contact avec le patient au cours de sa prise en charge ; travaillant à temps plein ou à temps partiel dans le service / collectif de travail ; intervenant au moins une fois par semaine dans le service / collectif de travail ; présents dans le service / collectif de travail depuis au moins un mois.

Nous pouvons citer :

- les médecins du service, y compris internes ;
- les cadres de santé ;
- les infirmiers, y compris élèves infirmiers ;
- les aides-soignants ;
- les agents de services hospitaliers ;
- les masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, enseignants en activité physique adaptée, diététiciens, psychologues, assistantes sociales ;
- les brancardiers (s'ils sont affectés de manière directe au collectif de travail) ;
- les secrétaires médicales ;
- les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, à condition qu'ils interviennent auprès du patient au cours de sa prise en charge.

Étaient non inclus les professionnels absents au cours de la période de mesure.

Étaient exclus :

- les professionnels intervenant de façon occasionnelle et non régulière dans le collectif de travail : moins d'une fois par semaine ;
- les professionnels présents dans le collectif de travail depuis moins d'un mois ;

2.1.3 La définition des variables

L'appréciation du niveau de la culture sécurité des soins s'est faite par l'utilisation d'un questionnaire individuel et dit autoadministré. Ce questionnaire est la version française du questionnaire de référence internationale **Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)** de l'**Agency for Healthcare Research and Quality**

2. Méthode

(AHRQ), traduit, testé et validé par le CCECQA. Ce questionnaire peut être retrouvé en annexe (n°6.1).

Le niveau de la culture sécurité des soins s'apprécie grâce à l'analyse de plusieurs dimensions qui la composent. Dans la version française du questionnaire HSOPSC se sont 10 dimensions qui sont étudiées. Vous pourrez trouver ci-dessous la liste des 10 dimensions ainsi que des éléments explicatifs et descriptifs.

- **Perception globale de la sécurité** : La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service. Cette dimension se compose de 4 items dans le questionnaire.
- **Liberté d'expression** : Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie. Cette dimension se compose de 3 items dans le questionnaire.
- **Réponse non punitive à l'erreur** : Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs. Cette dimension se compose de 3 items dans le questionnaire.
- **Fréquence de signalement des événements indésirables** : Les erreurs suivantes sont signalées : 1) Les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) Les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet. Cette dimension se compose de 3 items dans le questionnaire.
- **Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins** : Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes

2. Méthode

récurrents de sécurité des soins. Cette dimension se compose de 4 items dans le questionnaire.

- **Organisation apprenante et amélioration continue** : Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée. Cette dimension se compose de 6 items dans le questionnaire.

- **Travail d'équipe dans le service** : Dans le service, les personnels se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins. Cette dimension se compose de 4 items dans le questionnaire.

- **Travail d'équipe entre les services de l'établissement** : Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe. Cette dimension se compose de 6 items dans le questionnaire.

- **Soutien du management pour la sécurité des soins** : La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins. Cette dimension se compose de 4 items dans le questionnaire.

- **Ressources humaines** : Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement. Cette dimension se compose de 3 items dans le questionnaire.

2. Méthode

Nous avons également choisi d'ajouter six questions au questionnaire de référence. Ces dernières étaient déjà présentes dans le questionnaire de 2015 utilisé au CHU de Poitiers. Le questionnaire final était donc composé de 50 items au total :

- 40 items organisés selon cinq grandes sections portant sur les perceptions et les attitudes des professionnels. Chaque item était en lien avec l'une des dix dimensions de la culture sécurité des soins ;
- deux items de résultats portant sur le nombre d'événements indésirables signalés et le niveau de sécurité des soins perçus;
- un item d'information générale sur la filière professionnelle (médicale, paramédicale, administrative...);
- un item de texte libre afin de recueillir les commentaires en lien avec cette enquête;
- six autres questions d'informations générales concernant la profession, le nombre d'années d'exercice au sein de leur profession, du service et de l'établissement, le temps de travail et la participation à des structures ou comités de gestion des risques.

2.1.4 Le recueil et l'analyse des données

Le recueil des données a été réalisé via un mode dématérialisé où les professionnels accédaient et répondaient au questionnaire en ligne, via une URL ou un QR-code mis à leur disposition. Une communication interne au collectif de travail a été envoyée par l'intermédiaire de deux cadres de santé et un médecin qui ont été informés des objectifs de l'enquête avant le lancement de celle-ci. Des affiches ont également été postées dans les salles de pause. La première parution de ces affiches s'est faite le jour du lancement de l'enquête et la seconde à mi-parcours dans l'optique de renforcer la participation. Les affiches peuvent être retrouvées en annexe (n°6.2). La visualisation du questionnaire numérique qui a été créé pour cette enquête peut être retrouvé en annexe (n°6.3).

2. Méthode

L'analyse

Puisque le questionnaire était uniquement numérique, les réponses ont été renseignées soit par téléphone soit par ordinateur. Les données étaient conservées dans une base que l'on a pu analyser grâce au logiciel et langage R. Afin de pouvoir participer à l'enquête nationale, une partie de ces données (les 44 items demandés par la FORAP) a été envoyée sur le site internet dédié à cet effet.

Les propositions aux questions étaient présentées selon des échelles de Likert, contenant pour chaque item une graduation permettant de nuancer le degré d'accord.

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

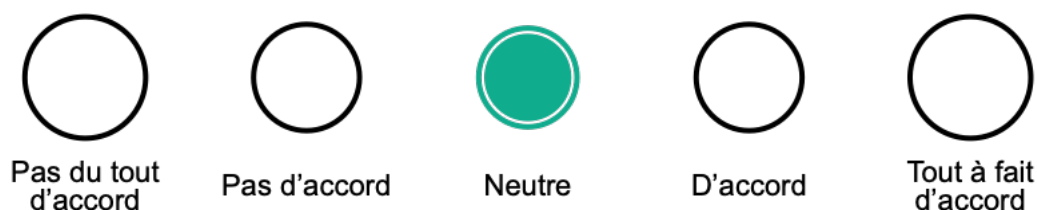


Figure 2.1: Exemple de graduation des propositions de réponses

Lors de la restitution des résultats, dans un souci de facilitation de la lecture, les réponses “Pas du tout d'accord” et “Pas d'accord” ont été regroupées sous le terme “En désaccord” et les réponses “D'accord” et “Tout à fait d'accord” sous le terme “En accord”, les neutres sont restées telles quelles.

Calcul du score moyen par dimension

Selon la méthodologie d'analyse utilisée la FORAP, le score moyen par dimension correspond à la moyenne des proportions de réponses positives (c'est à dire en faveur d'une culture de sécurité développée) des différents items se rapportant à cette dimension.

2. Méthode

Prenons pour exemple une dimension appelée “TEST” comprenant trois questions : “a”, “b” et “c” ; pour laquelle 50 personnes ont répondu. La répartition des réponses est présentée dans le tableau 2.1 ci-dessous. La question “a” correspond à la phrase suivante : “Nous menons des actions afin d’améliorer la sécurité des soins”, “b” est “Les personnes se soutiennent mutuellement dans notre collectif” et attention à la question “c” qui est à formulation négative : “Les professionnels ont l’impression que leurs erreurs leur sont reprochées”. Lorsqu’une question est à formulation négative, ce ne sont plus les réponses “Tout à fait d’accord” et “D’accord” qui composent les réponses positives mais ce sont celles “Pas du tout d’accord” et “Pas d’accord” qui sont en faveur d’une culture de sécurité développée.

Tableau 2.1: Nombre de réponses à la dimension TEST

reponses	Les questions		
	a	b	c
Pas du tout d’accord	20	7	10
Pas d’accord	5	3	15
Neutre	10	5	2
D’accord	10	5	13
Tout à fait d’accord	5	30	10

La première étape a consisté à additionner dans une nouvelle catégorie “développée”, le nombre de réponses correspondant aux réponses “Tout à fait d’accord” et “D’accord” pour les questions à formulation positive et celles “Pas du tout d’accord” et “Pas d’accord” pour les questions à formulation négative. Pour la catégorie “à améliorer”, ce sera l’addition du nombre de réponses correspondant aux réponses “Pas du tout d’accord” et “Pas d’accord” pour les questions à formulation positive et celles “Tout à fait d’accord” et “D’accord” pour les questions à formulation négative. La répartition des questions pour notre exemple est montrée dans le tableau 2.2.

2. Méthode

Tableau 2.2: Nombre de réponses à la dimension TEST

reponses	Les questions		
	a	b	c
À améliorer	25	10	23
Neutre	10	5	2
Développée	15	35	25

Une fois que nous avons le nombre d'occurrence pour les réponses “À améliorer”, “Neutre” et “Développée”, il nous faut calculer les pourcentages de réponses positives à chaque question (soit développée). Pour la question “a” cela représente 30% ($\frac{15 \times 100}{50}$), pour la “b” nous avons 70% ($\frac{35 \times 100}{50}$) et en “c” : 50% ($\frac{25 \times 100}{50}$). La dernière étape consiste à additionner ces pourcentages et à en faire la moyenne pour obtenir le score moyen de la dimension.

Pour la dimension TEST, le calcul est le suivant : $\frac{30+70+50}{3} = 50$. Le score moyen de notre dimension TEST est de 50%.

Une dimension est dite développée si le score moyen est égal ou supérieur à 75%, une dimension est dite à améliorer si le score moyen est inférieur ou égal à 50%. Pour les dimensions dont le score moyen est compris entre 50 et 75% elles sont considérées comme étant en cours de développement.

2.1.5 Éthique

Pour cette étude observationnelle avec un recueil de données anonymes et n'impliquant pas la personne humaine, il n'y a pas eu besoin de solliciter l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ni d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

2. Méthode

2.2 Identifications des actions d'amélioration

2.2.1 Schéma d'étude

Afin d'identifier des actions permettant d'améliorer la culture sécurité des soins, nous avons mené une revue de la littérature en suivant les recommandations internationales de Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁽³²⁾.

2.2.2 Critères d'éligibilité

Les résultats de recherche dans la base de données PubMed ont été soigneusement examinés en incluant uniquement les articles en langue anglaise ou française et en sélectionnant les résultats des quatorze dernières années allant donc de 2009 à 2023. La date 2009 a été choisie en référence à la réalisation de la seconde enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS 2⁽³³⁾).

Ci-dessous, vous retrouverez les critères d'inclusion pour les études sélectionnées :

- Les études n'ont été incluses que si elles ont été publiées au cours des quatorze dernières années entre 2009 et 2023 ;
- Les études n'étaient incluses que si elles étaient en langue anglaise ou française ;
- Les études n'ont été incluses que si elles concernaient la culture sécurité des soins ;
- Les études n'ont été incluses que si les résultats montraient une amélioration d'une des dimensions de la culture sécurité des soins. Cette amélioration pouvait être montrée soit par des analyses statistiques ou bien des verbatims de la part des participants.

2. Méthode

Les études ont été exclues si elles répondaient aux critères suivants :

- Les études étaient exclues si elles n'étaient pas en langue anglaise ou française ;
- Les études antérieures à 2009 étaient exclues ;
- Les études n'étant pas accessibles gratuitement étaient exclues ;
- Les études dont les résultats ne montraient pas une amélioration d'une des dix dimensions de la culture de sécurité des soins étudiées dans ce travail étaient exclues.

2.2.3 Sources d'informations

Les articles et actions d'améliorations ont été sélectionnés à partir de la base de données PUBMED sur la base d'une requête réalisée en août 2023, mais également à partir de la revue scientifique "Risques et Qualité"⁽³⁴⁾ ainsi que lors du Webinaire réalisé par la FORAP le 21 novembre 2023⁽³⁵⁾.

2.2.4 Procédure de sélection

La combinaison des mots clés se concentrait sur trois points : la culture sécurité, les actions mises en place et enfin les dates limites de recherche.

Ensuite, les titres d'articles ont été examinés afin d'éliminer ceux n'étant pas pertinents avec la recherche. À partir de la liste restante, les résumés ont été passés en revue, afin de confirmer que l'article se focalisait bien sur l'amélioration de la culture sécurité des soins auprès des professionnels de santé actuels et futurs.

Enfin des protocoles de sélection plus stricts impliquant l'examen du texte intégral de l'article ont été appliqués. La collecte d'informations a été faite sur des variables clefs à savoir : les actions menées, la population ciblée, les résultats de l'évaluation de l'action ainsi que les dimensions de la culture sécurité des soins en lien avec l'action mise en place.

2. Méthode

La requête de recherche lancée sur PubMed peut être trouvée ci-dessous :

“safety culture” [Title/Abstract] OR “culture of patient safety”[Title/Abstract] OR “safety performance” [Title/Abstract] OR “safety climate attitudes” [Title/Abstract] OR patient safety [MeSH Terms] OR safety management [MeSH Terms] OR safety[MeSH Terms] OR “Medical Errors/prevention and control”[MeSH] OR (healthcare quality improvement[Title/Abstract])) AND (intervention[MeSH Terms]OR cooperative behavior[MeSH Terms] OR (MedicalErrors/ prevention & control*[MeSH Terms]) OR (Simulation Training[MeSH Terms]) OR (Education, Medical, Continuing[MeSH Terms]) OR (“Education, Nursing, Continuing”[Mesh])) AND (2009:2023[pdat])

2.2.5 Processus de classement

Les conditions selon lesquelles une étude pouvait être classée comme améliorant une dimension de la sécurité des soins, sont décrites ci-dessous. Ainsi nous avons considéré une étude comme améliorant les dimensions suivantes :

- La **perception globale de la sécurité** si l’étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique, si un nouveau fonctionnement ou des procédures permettaient de prévenir la survenue d’erreurs, s’il y avait moins de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.
- La **fréquence de signalement des évènements indésirables** si les professionnels étaient plus à même de reconnaître les différents types d’erreur ; qu’une augmentation de la fréquence des rapports d’événements était rapportée à la suite de l’action ; si l’étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique.
- L’**attente et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins** si l’étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique ; d’une augmentation, selon les professionnels, de

2. Méthode

la prise en compte de leur suggestion pour améliorer la culture sécurité des soins de la part de leurs supérieurs hiérarchiques.

- **L'organisation apprenante amélioration continue** s'il était montré une réduction de la prévalence des erreurs ; si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique ; si l'équipe était capable de modifier son comportement à la suite d'un retour d'information.
- **Le travail d'équipe** que ce soit dans le service ou entre les services de l'établissement si les participants ont développé des compétences et techniques nécessaires pour collaborer efficacement avec les autres membres de l'équipe; si les intervenants comprenaient mieux leurs forces et faiblesses en tant que membre d'une équipe; si l'action avait amélioré la compréhension de l'importance de la communication interprofessionnelle et la compréhension du rôle des autres professionnels de la santé; si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique.
- **La liberté d'expression** si l'action permettait selon les participants de contribuer à créer un environnement dans lequel chacun se sent à l'aise pour exprimer ses préoccupations ; si les comportements de prise de parole augmentaient ; si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique.
- **La réponse non punitive à l'erreur** s'il était montré une augmentation significative du nombre de participants n'étant pas d'accord avec le fait que les membres du personnel doivent être réprimandés lorsqu'une erreur se produit ; si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique; si les participants comprenaient que faire des erreurs permet de favoriser le transfert des pratiques de sécurité des patients; si on observait une amélioration de la bienveillance dans un contexte d'erreur.
- **Les ressources humaines** si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins par analyse statistique ; si l'impression d'avoir suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail était amélioré.

2. Méthode

- **Le soutien du management pour la sécurité des soins** si l'action permettait de mettre en évidence l'intérêt du management et de l'organisation pour la sécurité des soins ; si l'étude montrait directement une augmentation de la dimension de sécurité des soins ; si la perception des professionnels concernant le fait que la direction de l'établissement instaurait un climat de travail favorisant la sécurité des soins augmentait.

Les différentes actions rencontrées au cours de la revue de la littérature seront classées en 5 catégories : escape-room, simulation, formations, outils et accompagnements. Ces catégories seront explicitées grâce aux articles y faisant référence dans la partie résultat.

2.2.6 Évaluation du risque de biais

Les questions soulevées lors de ces recherches concernant la sélection et la classification des articles et actions ont été résolues grâce à des discussions entre l'auteur et son directeur de thèse, menant à des décisions consensuelles.

2. Méthode

2.3 Co-priorisation des actions d'amélioration

2.3.1 Schéma d'étude

À la suite de la revue de littérature, une version synthétique de la liste des interventions a été réalisée. Après cette étape, une consultation avec l'équipe initialement interrogée a été réalisée. Lors de cette consultation, il a été demandé aux participants de classer les actions par ordre de priorité. L'enquête était observationnelle, transversale, menée pendant une période allant du 28 mars au 22 avril 2024. Ces étapes se sont inspirées de l'étude "Reducing the environmental impact of surgery on a global scale: systematic review and co-priorization with healthcare workers in 132 countries"⁽³⁶⁾.

2.3.2 Population étudiée

La population source était tous les professionnels du collectif de travail visés par l'enquête initiale concernant la mesure de la culture sécurité des soins.

Critères d'inclusions et d'exclusions

Les participants devaient avoir participé préalablement à l'enquête sur la mesure de la culture sécurité des soins et faire partie du collectif de travail correspondant aux professionnels travaillant au niveau des blocs de réanimation ainsi que de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) au sein du site de la Milétrie du CHU de Poitiers.

2.3.3 La définition des variables

Le questionnaire se composait de deux parties : le classement par ordre décroissant d'utilité des actions proposées et un item d'information générale sur la profession.

2. Méthode

Les actions proposées aux participants sont listées ci-dessous :

- **Simulation** : Utilisation de la réalité virtuelle ou d'un patient pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision ;
- **Escape-room** : Chercher des indices disséminés dans une ou plusieurs pièces ou d'apporter une solution à un autre problème. Par exemple identifier un ensemble de risques graves pour la sécurité des soins ;
- **Formations** : Programmes de sensibilisation par exemple sur la sécurité médicamenteuse et la déclaration des événements indésirables ;
- **Outils de communication** : Structurer la communication en proposant une aide mnémotechnique lors de la transmission d'informations ; vérifier que l'information donnée est bien reçue et comprise correctement par la personne prévue; oser s'exprimer et créer un environnement sécurisé où chacun peut discuter de ses préoccupations;
- **Outils d'expérimentation** : Développer la connaissance du travail de l'autre en suivant son quotidien ;
- **Accompagnements par des programmes** : Programmes proposés par la HAS d'une durée d'un à deux ans : accréditation en équipe ou d'amélioration continue du travail en équipe. Permet d'identifier les difficultés de fonctionnement et de réaliser des actions collectives ;
- **Accompagnements par des publications** : Guides d'analyse des événements indésirables associés aux soins ; fiches flash sécurité décrivant un événement indésirable s'étant passé en France pour faire prendre conscience des contextes de survenue et de sensibiliser ;

2. Méthode

2.3.4 Le recueil des données

Deux modes de recueil ont été mis à la disposition des professionnels. Les deux modes de recueil ont permis de respecter la confidentialité des données et l'anonymat du professionnel répondant :

- un mode dématérialisé où les professionnels accédaient et répondaient au questionnaire en ligne, via un QR code mise à leur disposition ;
- un mode où chaque professionnel répondait au questionnaire au format papier et où les questionnaires complétés étaient collectés puis saisis sur une base de données.

Le questionnaire peut être retrouvé en annexe (n°6.4).

2.3.5 L'analyse des données

Il leur a été demandé de classer les actions de la première à la dernière place en fonction de l'importance qu'ils accordaient à cette action. Chaque action avait donc une pondération lors de l'analyse. Lorsqu'une personne plaçait une action à la première place, cette action gagnait zéro point, la deuxième place gagnait un point et ainsi de suite jusqu'à la septième place qui gagnait six points.

Pour avoir le classement final, la somme des points de chaque action est comptée. L'action avec la plus petite pondération (score le plus faible) est celle ayant été mise le plus souvent en première place, et la dernière celle ayant le plus grand nombre de points.

2.3.6 Éthique

Pour cette étude observationnelle avec un recueil de données anonymes et n'impliquant pas la personne humaine, il n'y a pas eu besoin de solliciter l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ni d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Résultats

3.1 Mesure de la culture sécurité des soins

3.1.1 Description de la population

Pour notre enquête, la population ciblée était de 135 personnes et nous avons eu un total de 90 répondants soit un taux de participation de 67%.

Nous ciblions trois personnes de la filière administrative, 85 en paramédicale et 47 en médicale. Comme le montre le tableau 3.1, nous avons un taux de participation de 100% pour le personnel administratif, 69,4% en paramédicale et un taux de participation de 59,6% pour la filière médicale.

Tableau 3.1: Filières et professions du groupe de travail

Caractéristiques	N = 90
Quelle est votre filière professionnelle dans cet établissement ?	
Administrative	3 (3.3%)
Médicale	28 (31%)
Paramédicale	59 (66%)
Vous êtes...	
Aide soignant(e)	4 (4.4%)
Cadre de santé	3 (3.3%)
Infirmier(e)	30 (33%)
Infirmier(e)-Anesthésiste	22 (24%)
Interne	11 (12%)
Médecin	17 (19%)
Secrétaire	3 (3.3%)

¹ n (%)

3. Résultats

Dans notre groupe de travail, la majorité exerçait sa spécialité ou profession actuelle depuis 11 ans ou plus, et travaillait dans le service depuis six ans ou plus. Parmi les personnes ayant répondu à l'enquête, 86 (soit 96%) travaillaient dans ce collectif plus de 50% de leur temps. Le tableau 3.2 regroupe des informations générales sur le temps de travail des répondants.

Tableau 3.2: Informations générales

Caractéristiques	N = 90
Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?	
Moins de 1 an	4 (4.4%)
1 à 2 ans	3 (3.3%)
3 à 5 ans	19 (21%)
6 à 10 ans	18 (20%)
11 ans ou plus	46 (51%)
Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?	
Moins de 1 an	6 (6.7%)
1 à 2 ans	4 (4.4%)
3 à 5 ans	7 (7.8%)
6 ou plus	71 (79%)
Non renseigné	2 (2.2%)
Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?	
Moins de 1 an	11 (12%)
1 à 2 ans	13 (14%)
3 à 5 ans	20 (22%)
6 ou plus	46 (51%)
Vous travaillez dans ce service	
Moins de 50% de votre temps de travail	4 (4.4%)
Plus de 50% de votre temps de travail	86 (96%)

¹ n (%)

Les répondants déclarant ne pas avoir participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques représentaient 81% de l'ensemble soit 73 personnes. Le tableau 3.3 représente cette participation en fonction des filières professionnelles.

Tableau 3.3: Avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques ?

Réponses :	Total, N = 90	administrative, N = 3	medicale, N = 28	paramedicale, N = 59
Non	73 (81%)	3 (100%)	23 (82%)	47 (80%)
Oui	17 (19%)	0 (0%)	5 (18%)	12 (20%)

¹ n (%)

3. Résultats

3.1.2 Les 10 dimensions de la culture sécurité des soins

Dans notre groupe de travail, aucune dimension n'était développée, quatre était en cours de développement et six étaient à améliorer. Les trois dimensions avec le score moyen le plus élevé sont classées par ordre décroissant ci-dessous :

- Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins
- Travail d'équipe dans le service
- Liberté d'expression

Les trois dimensions avec le score moyen le plus faible sont classées par ordre décroissant ci-dessous :

- Ressources humaines
- Travail d'équipe entre les services de l'établissement
- Soutien du management pour la sécurité des soins

Le score moyen des dix dimensions de la culture sécurité des soins au sein de notre collectif de travail peut être visualisé grâce à la figure 3.1. Détaillons chacun des domaines dans les paragraphes suivants.

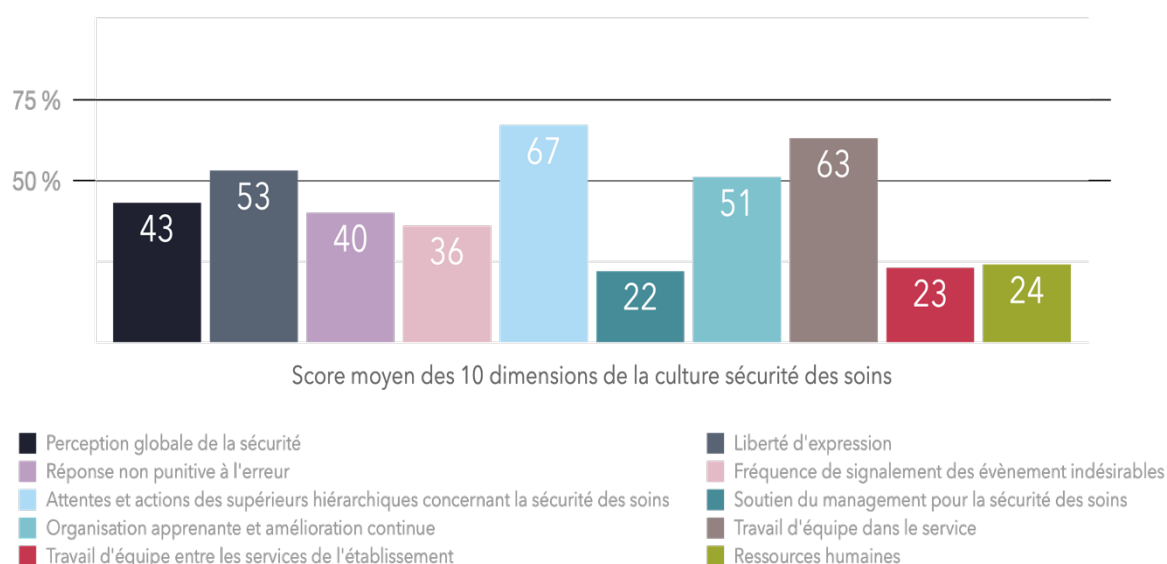


Figure 3.1: Score moyen des 10 dimensions de la culture sécurité des soins au sein du collectif de travail

3. Résultats

3.1.2.1 Perception globale de la sécurité

La sécurité des soins dans le collectif de travail était estimée comme ayant un niveau “excellent” ou “très bon” pour 53% des répondants et 47% la jugeaient “acceptable” ou “faible”. La figure 3.2 représente le nombre et le pourcentage de répondants pour chaque catégorie du niveau de la sécurité des soins au sein de leur collectif de travail.

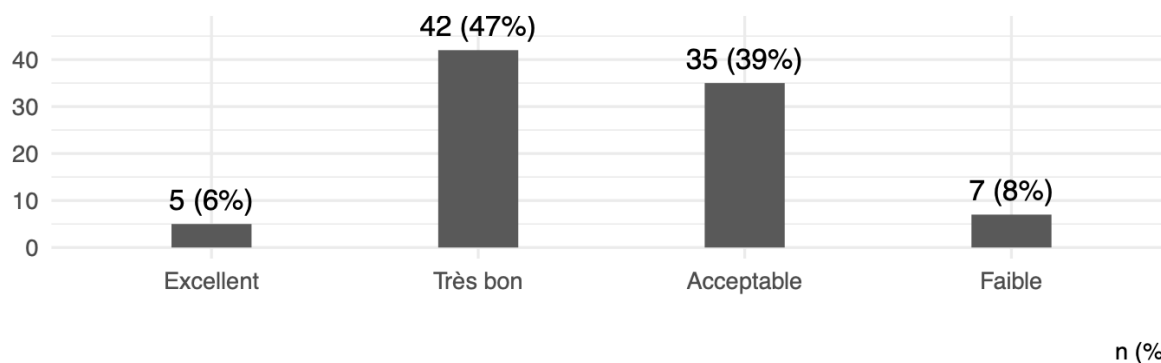


Figure 3.2: Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre collectif de travail ? N = 89

Pour la majorité dans notre collectif de travail leur fonctionnement et leurs procédures étaient efficaces pour prévenir la survenue d’erreurs ($\frac{53 \times 100}{90} = 59\%$), ce n’était donc pas uniquement due au hasard s’il n’y avait pas eu jusqu’ici, d’erreurs plus graves (56%). Elle considérait qu’il n’y avait pas de problèmes de sécurité des soins dans le collectif de travail (40%) et cependant pour plus de la moitié d’entre eux (55%) la sécurité des soins pouvait être négligée au profit d’un rendement plus important. La figure 3.3 représente la perception globale de la sécurité vue

par les répondants.

3. Résultats

Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs. (n = 90)



C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail. (n = 89)



Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail. (n = 90)



La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important. (n = 90)



■ En accord ■ Neutre ■ En désaccord

Figure 3.3: Perception globale de la sécurité

3. Résultats

3.1.2.2 Liberté d'expression

Selon la majorité de nos répondants, les professionnels s'exprimaient librement s'ils voyaient quelque chose, dans les soins, qui pouvait avoir des conséquences négatives sur les patients ($\frac{59 \times 100}{89} = 66\%$), et ne craignaient pas de poser des questions quand quelque chose ne semblait pas être correct (61%). 34% des professionnels se sentaient libre de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs et la majorité (35%) avait un avis neutre sur la question.

La figure 3.4 représente la dimension de la liberté d'expression perçue par les répondants.

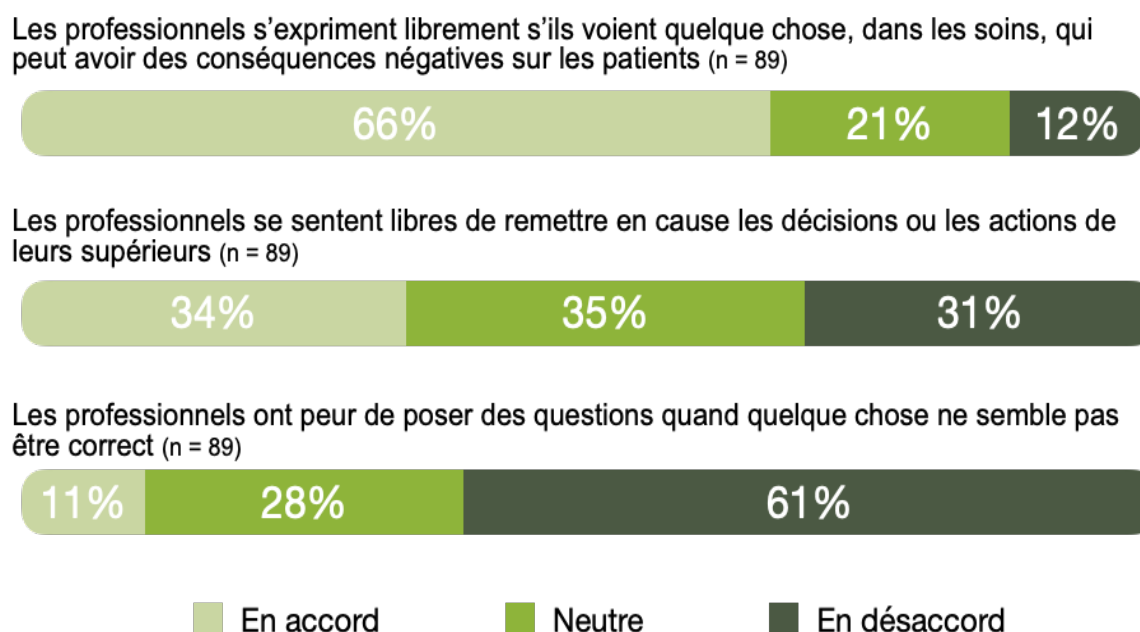


Figure 3.4: Liberté d'expression

3. Résultats

3.1.2.3 Réponse non punitive à l'erreur

La majorité ($\frac{32 \times 100}{90} = 36\%$) avait l'impression que leurs erreurs leur étaient reprochées et 42% avaient un avis neutre concernant l'affirmation suivante : "Les professionnels s'inquiètent du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel". Plus de la moitié d'entre eux (53%) avait l'impression que lorsqu'un événement indésirable était signalé, c'était le problème qui était pointé du doigt et non le professionnel.

La figure 3.5 représente les réponses à la dimension "réponse non punitive à l'erreur".

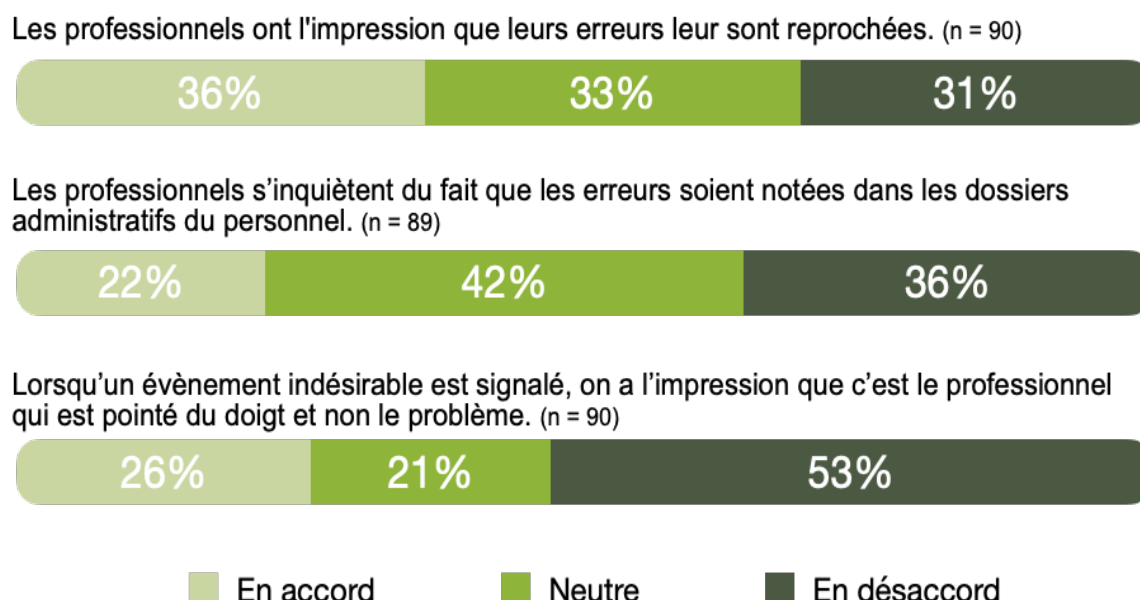


Figure 3.5: Réponse non punitive à l'erreur

3. Résultats

3.1.2.4 Fréquence de signalement des événements indésirables

Dans notre groupe de travail, 39 personnes soit 44% (39/89) n'avaient rempli et transmis aucune fiche de signalement d'évènement indésirable au cours des 12 derniers mois. Pour 35 d'entre eux, soit 39% du collectif total, ce fut une à deux fiches de signalement d'évènement indésirable qui furent transmises au cours des 12 derniers mois. Les réponses aux nombres de signalements transmis sont décrites dans la figure 3.6.

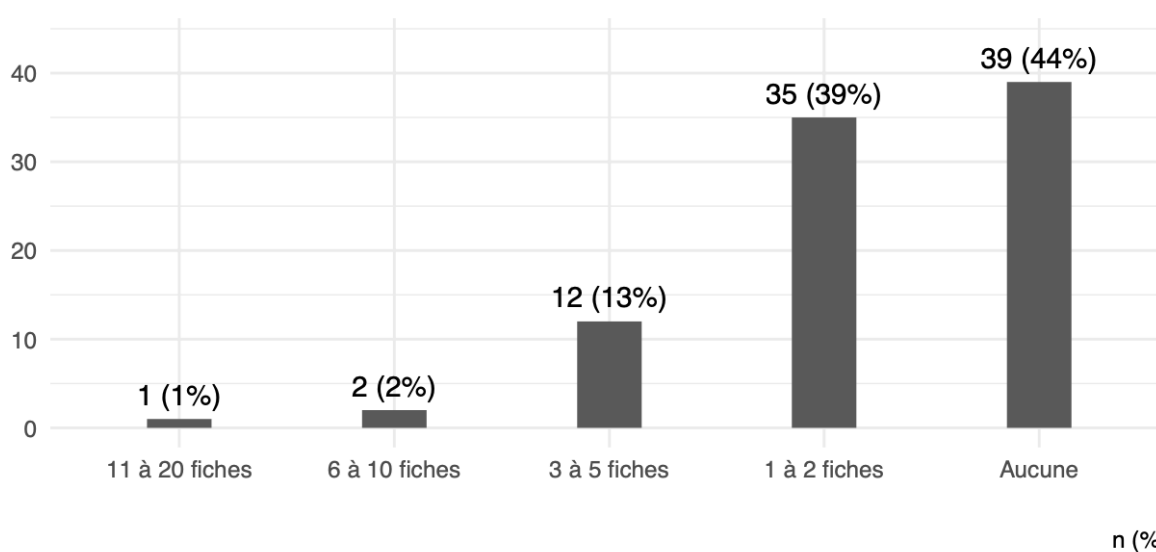


Figure 3.6: Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'évènements indésirables avez-vous remplies et transmises ? N = 89

Pour la majorité du groupe de travail interrogé, une erreur qui était détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, était signalée, de même pour une erreur qui pourrait nuire au patient mais qui n'avait finalement pas d'effet (respectivement 37% et 43%). En revanche une erreur qui n'avait pas le potentiel de nuire au patient n'était pas signalée pour 38% des répondants à l'enquête.

La figure 3.7 représente les réponses à la dimension "fréquence de signalement des événements indésirables".

3. Résultats

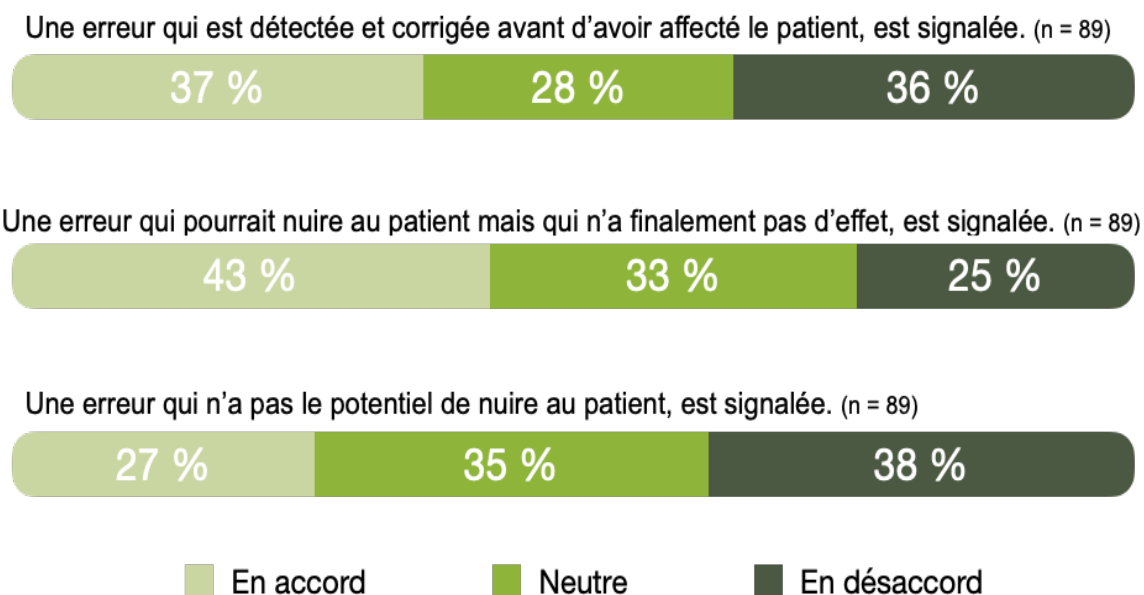


Figure 3.7: Fréquence de signalement des évènements indésirables

3. Résultats

3.1.2.5 Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins

On constatait que 52% ($\frac{47*100}{90}$) des répondants étaient en accord avec l'affirmation suivante : “leur supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins”. Cela représentait 47 personnes sur 90. Leur supérieur hiérarchique immédiat tenait également compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins, déclaraient 61 personnes soit 68% du collectif de travail.

Pour l'item numéro trois : “Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité”, seulement 25 personnes avaient un avis “neutre”, étaient “d'accord” ou “tout à fait d'accord” avec cette affirmation. Nous avons donc 72% du collectif de travail, correspondant à 65 personnes, qui étaient en désaccord (“pas du tout d'accord” ou “pas d'accord”) avec cette proposition.

La majorité du collectif de travail était représentée par 76% soit 68 professionnels de santé en désaccord avec l'allégation suivante : “Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins”.

La figure 3.8 représente les réponses à la dimension “attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins”.

3. Résultats

Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins. (n = 90)



Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins. (n = 90)



Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité. (n = 90)



Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins. (n = 90)



■ En accord ■ Neutre ■ En désaccord

Figure 3.8: Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins

3. Résultats

3.1.2.6 Soutien du management pour la sécurité des soins

Plus d'une personne sur deux, exactement 60% ($\frac{54 \times 100}{90}$) parmi les 90 répondants, n'étaient pas d'accord avec le fait que la Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorisait la sécurité des soins. À nouveau, plus de la moitié d'entre eux (52%), ne trouvaient pas que les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.

La majorité, ici représentée par 63% des participants soit 57 personnes sur 90, considéraient que la direction de l'établissement ne semblait s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit.

Seulement 15 personnes (17%) estimaient que les actions menées par la direction de l'établissement montraient que la sécurité des soins était une des priorités.

La figure 3.9 représente les réponses à la dimension "soutien du management pour la sécurité des soins".

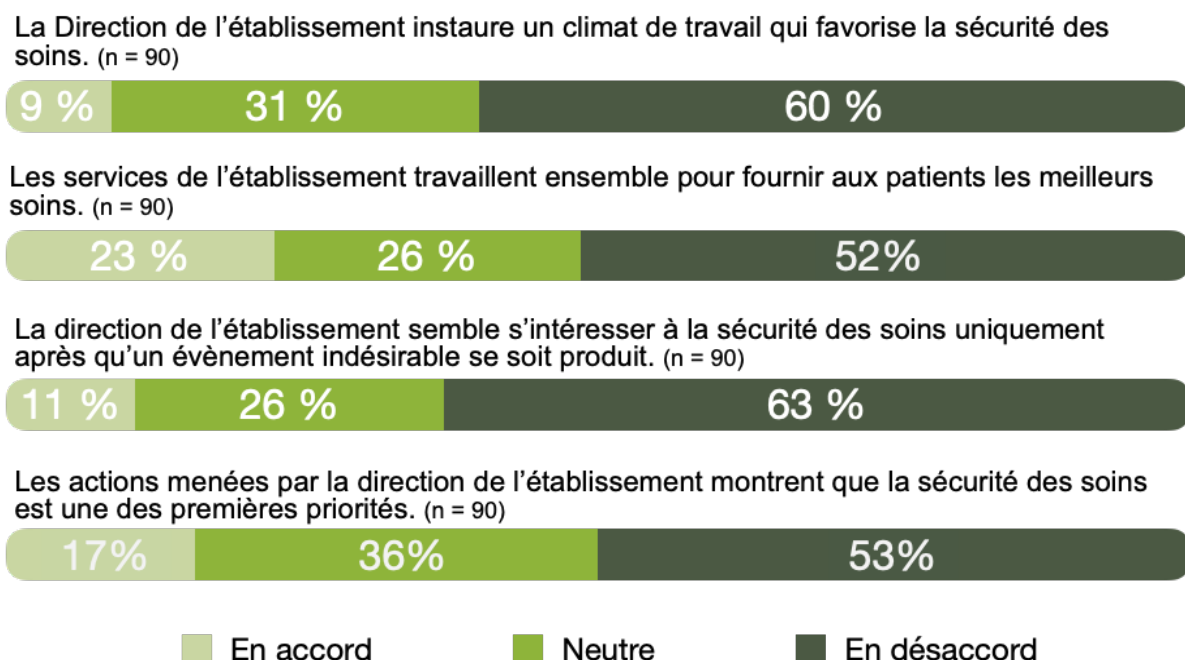


Figure 3.9: Soutien du management pour la sécurité des soins

3. Résultats

3.1.2.7 Organisation apprenante et amélioration continue

La majorité des répondants ($\frac{36 \times 100}{89} = 40\%$) estimait être informée des erreurs qui se produisaient au sein du collectif de travail, de plus les erreurs ont conduit à des changements positifs. Cependant elle ne recevait pas un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable. Ils menaient des actions afin d'améliorer la sécurité des soins, discutaient des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas et après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, ils en évaluaient leur efficacité.

La figure 3.10 représente les réponses à la dimension “organisation apprenante et amélioration continue”.



Figure 3.10: Organisation apprenante et amélioration continue

3. Résultats

3.1.2.8 Travail d'équipe dans le service

Dans notre collectif de travail, plus de deux personnes sur trois (précisément 69 personnes soit 77% des répondants) considéraient que lorsqu'une importante charge de travail devait être effectuée rapidement, ils conjugueraient leurs efforts en équipe. Ils considéraient en majorité (66% = 59/90) qu'au contact de leur collègues, ils amélioreraient leurs pratiques en termes de sécurité des soins et également, à 59% (53 répondants) que les personnes du collectif de travail se soutenaient mutuellement. Il est à noter que seulement 51% des personnes (46/90) avaient le sentiment que dans leur collectif de travail, chacun considérait les autres avec respect.

La figure 3.11 représente les réponses à la dimension "travail d'équipe dans le service".

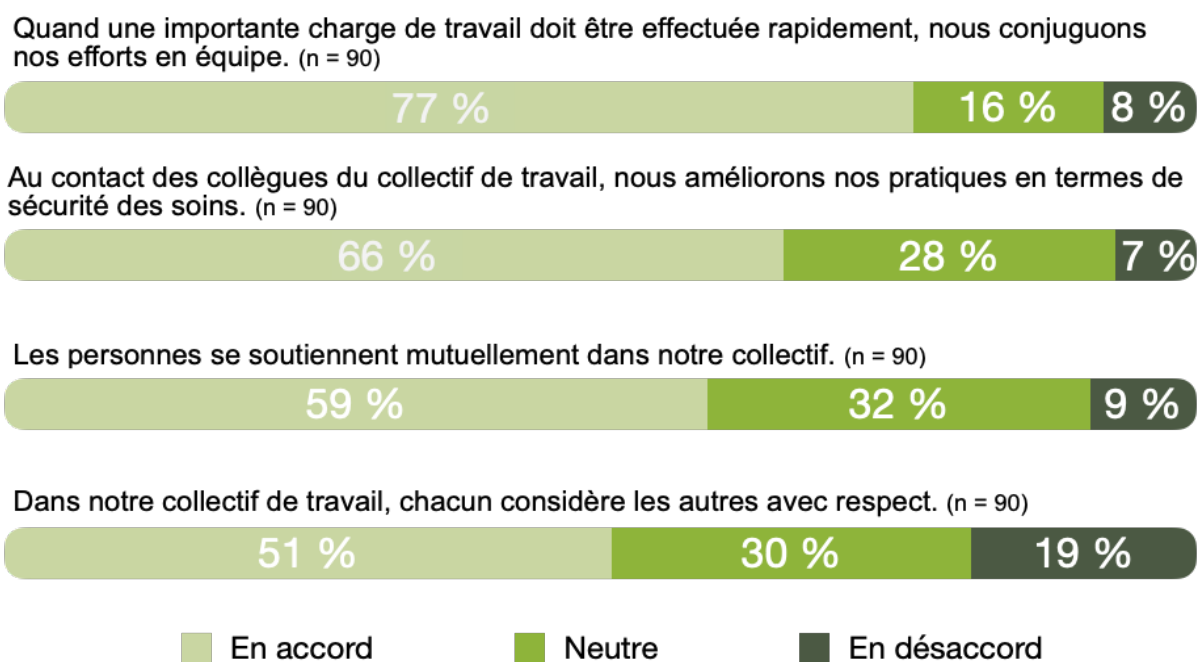


Figure 3.11: Travail d'équipe dans le service

3. Résultats

3.1.2.9 Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Pour 60 professionnels de santé sur les 90 ayant répondu (soit 67%), il n'était pas déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement, cependant selon la majorité des répondants ($65/90 = 72\%$) les services ne se coordonnaient pas bien les uns avec les autres. Une personne sur deux ($45/90 = 50\%$) avait un avis neutre concernant l'affirmation suivante : "il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble", et 31% étaient en désaccord. Le fait que des dysfonctionnements survenaient quand les patients étaient transférés d'un service à l'autre était objectivé par 52% des professionnels ($47/90$). De plus 46% des répondants ($41/90$) étaient d'accord avec le fait que des problèmes se produisaient souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement et notamment 51 professionnels trouvaient que d'importantes informations concernant les soins des patients étaient souvent perdues lors des changements de services.

La figure 3.12 représente les réponses à la dimension "travail d'équipe entre les services de l'établissement".

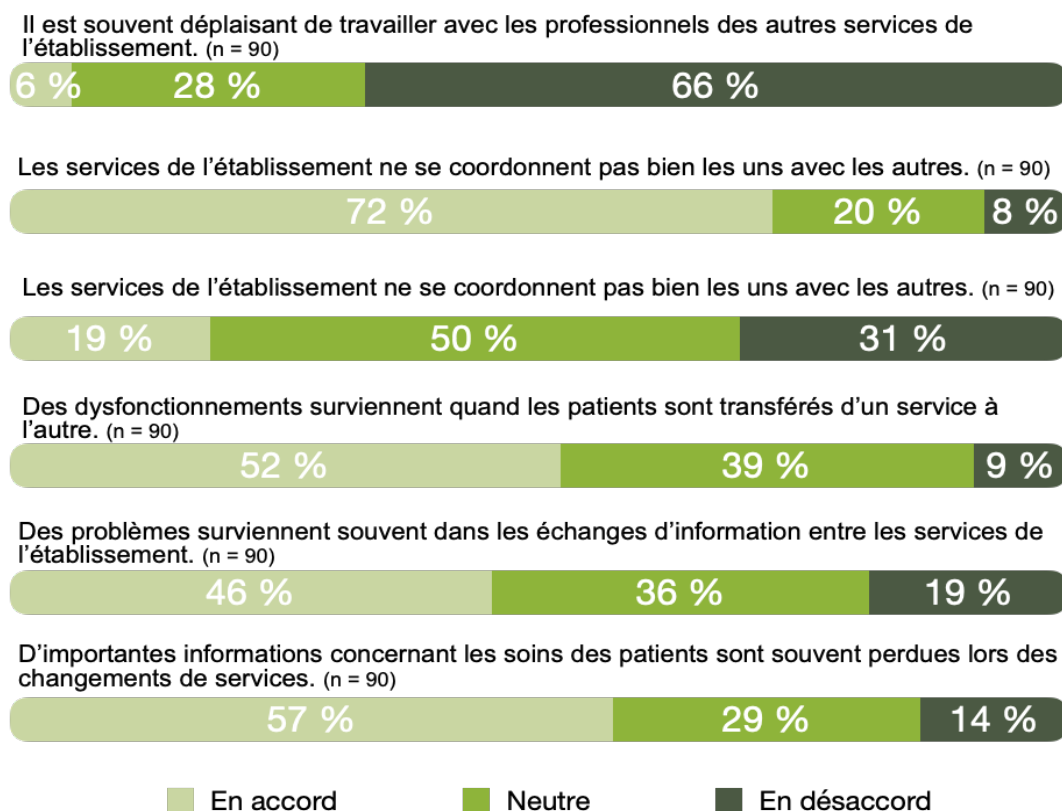


Figure 3.12: Travail d'équipe entre les services de l'établissement

3. Résultats

3.1.2.10 Ressources humaines

Six personnes sur dix (54/90=60%) déclaraient être d'accord avec le fait de ne pas avoir suffisamment de professionnels pour faire face à la charge de travail. Pour la majorité du collectif de travail (46/10=51%) ils travaillaient en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement. La majorité à 38% (34/90) avait un avis neutre concernant la phrase suivante : "Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins", tandis que 33 personnes (37%) étaient d'accord avec cette affirmation.

La figure 3.13 représente les réponses à la dimension "ressources humaines".

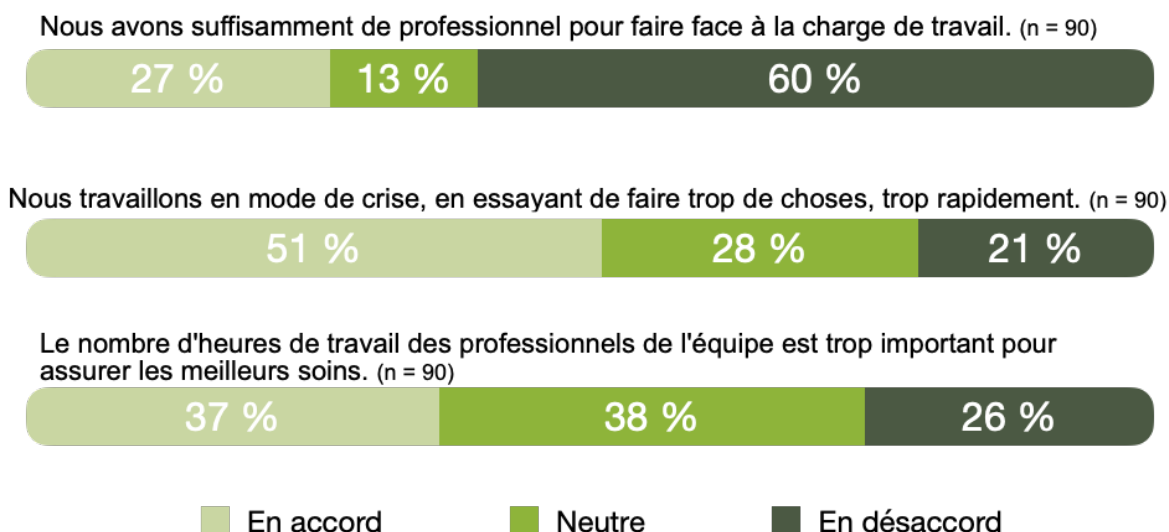


Figure 3.13: Ressources humaines

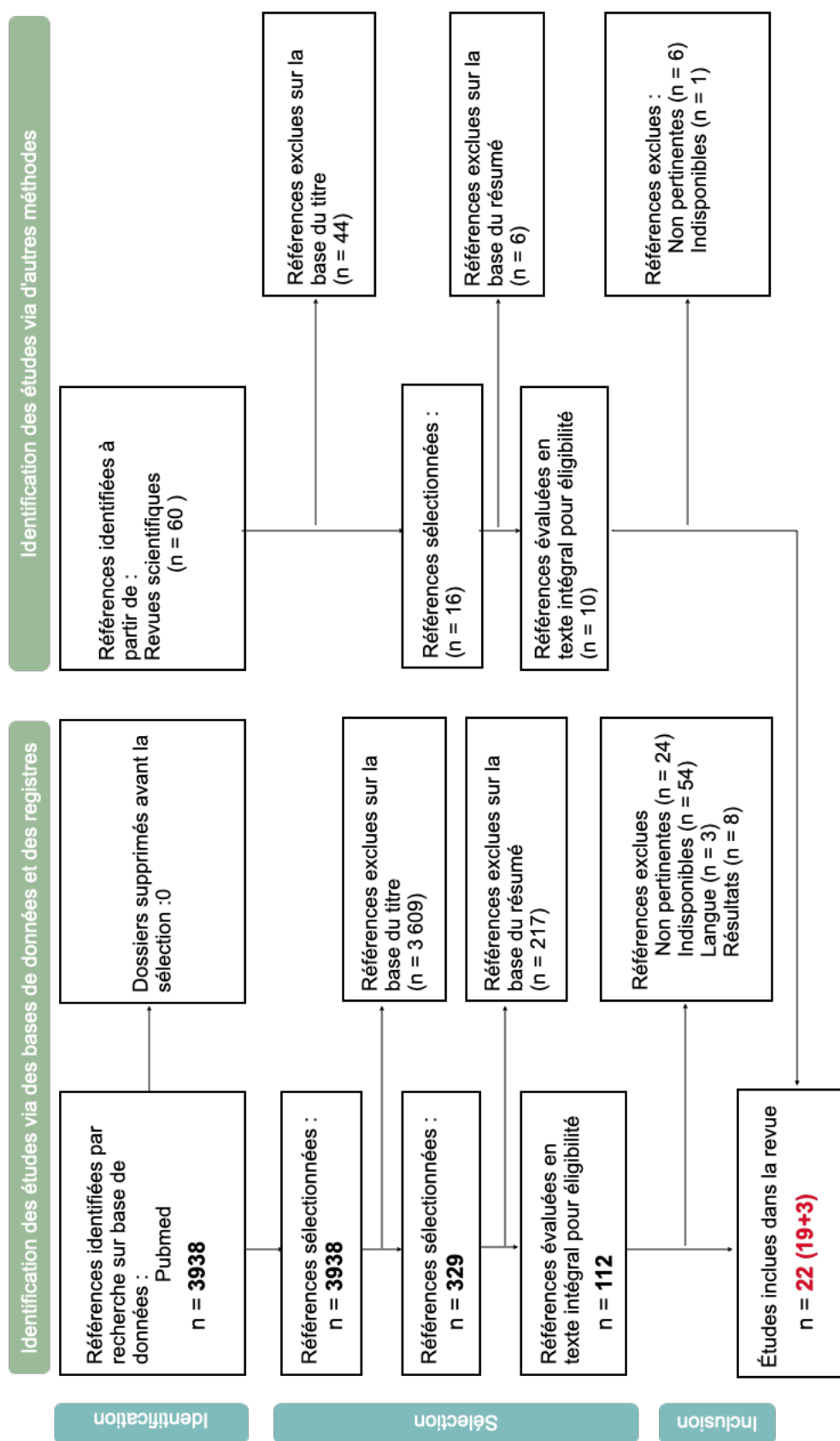
3.2 Identifications des actions d'amélioration

La procédure suivant les guidelines internationales PRISMA et permettant la sélection des articles décrivant des actions d'amélioration de la culture sécurité des soins est résumé grâce à la figure 3.14.

À partir des 3998 références, après examen du titre, du résumé et du texte intégral et après résolution des conflits, 22 articles ont été sélectionnés. Il a été mis en évidence différents domaines regroupant des actions permettant d'améliorer la culture sécurité des soins : les escapes-room, la simulation plus ou moins associée à des formations, des formations seules, des outils et l'accompagnement mis en place par les structures régionales d'appui (SRA) ou par la FORAP ou bien encore par HAS.

Pour les pages suivantes, nous présenterons les différentes actions pouvant être mises en place, réparties en 7 catégories.

Diagramme PRISMA 2020 pour revues systématiques qui comprennent des recherches dans des bases de données, registres et autres sources



Source: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Figure 3.14: Diagramme de flux pour la sélection des articles en lien avec l'amélioration de la culture sécurité des soins, Prisma 2020

3. Résultats

3.2.1 Escape-room

Le jeu d'évasion, ou escape-room, consiste la plupart du temps à tenter de s'échapper d'une pièce en un temps limité et se pratique habituellement en groupe. Les joueurs doivent chercher des indices disséminés dans une ou plusieurs pièces, puis les combiner pour avancer dans la salle. Le but est généralement de sortir d'une pièce, mais il peut aussi être d'apporter une solution à un autre problème.

La dimension ayant été retrouvée comme pouvant être améliorée par ce procédé était la *Fréquence de signalement des évènements indésirables*⁽³⁷⁾.

Le tableau 3.4 regroupe les caractéristiques de l'article concernant l'escape-room.

Tableau 3.4: Escape-room améliorant la culture sécurité des soins

Population	Description	Référence
Une équipe de 8 internes de spécialités différentes	Identifier un ensemble prédéterminé de risques graves pour la sécurité des patients. Durée : 20 minutes	37

3. Résultats

3.2.2 Simulation

Selon la HAS, la simulation en santé correspond “à l’utilisation d’un matériel, de la réalité virtuelle ou d’un patient dit standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels”⁽³⁸⁾.

Au cours de la revue de littérature, que la situation soit faite seule ou associées à des cours, plusieurs articles ont montré des bénéfices de la simulation au niveau du *Travail d’équipe (dans le service et entre les services)*⁽³⁹⁻⁴⁸⁾, de la *liberté d’expression*^(42,44,49,50), de la *réponse non punitive à l’erreur*^(42,43), de l’*organisation apprenante*⁽⁴⁹⁾, de la *déclaration des évènements indésirables*^(48,49) et du *Soutien du management pour la sécurité des soins*⁽⁵¹⁾.

Le tableau 3.5 regroupe les caractéristiques des articles concernant les simulations.

Tableau 3.5: simulations améliorant la culture sécurité des soins

Population	Description	Réf.
Nouveaux étudiants en médecine	Cours expérimentaux basés sur le travail d’équipe et la communication. Chaque session comprenant au moins un exercice participatif, des simulations et un débriefing entre pairs facilité. Durée : Une journée de six sessions de 75 minutes	39
Infirmiers, aides-soignants et médecins	Scénarios cliniques en fonction des spécialités des membres	40
Professionnels travaillant dans le service d’urgences	Orientation initiale et/ou sessions de simulation pour aider à évaluer l’état de préparation du service d’urgence nouvellement construit. L’orientation a eu lieu avant les séances de simulation et consistait en une reconnaissance à travers le département ainsi qu’une ‘chasse au trésor’ de 24 éléments permettant de présenter des équipements critiques situés dans la nouvelle installation.	41

3. Résultats

Population	Description	Réf.
Étudiants infirmiers et médicaux, 44 équipes (de 5 à 7 étudiants chacune)	Chaque étudiant a participé à deux des quatre scénarios d'urgence. Chaque scénario a été enregistré sur vidéo Durée : Scénario de 15 minutes	42
Étudiants de pharmacie, médecine, infirmiers, professionnels de santé et administration de la santé	Cours en interprofessionnalité travaillant essentiellement sur le travail d'équipe, la communication, la sécurité des patient et l'amélioration de la qualité. Ces cours consistaient en une introduction suivie d'un exercice de groupe qui impliquait de réaliser une analyse des causes profondes d'un événement sentinelle avec l'implémentation d'une simulation. Durée : 1 fois par semaine, pendant 4 semaines	43
Cliniciens, infirmiers, inhalothérapeutes	Combinaison de formation et de simulation, faite au sein du centre de simulation Durée : Session de 2 heures	44
Chirurgiens, médecins, infirmiers, anesthésistes. Dans un centre de simulation, 4 professionnels par scénario.	Centré sur la communication, le travail d'équipe, l'adhérence à la checklist, la culture de sécurité. La moitié de la journée incluait un entraînement sur un programme d'éducation avec poster et guides audio suivi par une session de simulation en interprofessionnalité. Durée : Moitié d'une journée	45
Infirmièr.e.s	Introduction à la technique de communication : SBAR (Situation, Background, Assessment, and Recommendation) suivie de vidéos de présentation de cette technique. Les étudiants de chaque groupe devaient par la suite faire un jeu de rôle du scénario basé sur les informations qu'ils ont collecté sur leur formulaire SBAR.	46
Infirmières, équipes de chirurgies, aides-soignants,	Introduction sur les concepts de facteurs humain et de compétences non techniques. Le format variait des cours	47

3. Résultats

Population	Description	Réf.
internes en chirurgie et en anesthésie	magistraux aux exercices de travail en équipe et aux compétences pratiques. L'après-midi : 3 scénarios cliniques. Au total, 3 stratégies de communication principales ont été pratiquées : Situation-Background-Assessment-Recommendation 'SBAR', Probe-Alert-Challenge-Emergency 'PACE' (affirmation de soi graduée) et communication en boucle fermée. Durée : Une journée	
Médecins et infirmières	Un cours introductif (axé sur le travail d'équipe et la communication efficace) suivi de 2 cas de simulation de patients (septicémie, bloc cardiaque complet/arrêt cardiaque) nécessitant une réanimation efficace et un travail d'équipe coordonné entre les apprenants. Un débriefing structuré était réalisé après chaque cas avec une brève séance de récapitulation finale. Durée : 3 heures	48
Pour les étudiants en médecine de 10e semestre	3 scénarios différents ainsi qu'un cas sur papier Durée : Pendant une semaine	49
Internes de médecine interne et pédiatrique	Deux scénarios de simulation pour un total de neuf scénarios et une séance pédagogique d'une heure. Le groupe analysé a reçu une formation ciblée sur les compétences de communication et le multitâche pendant une crise, ainsi qu'une aide cognitive composée d'une liste de contrôle plastifiée au format de poche et d'un script pour s'exprimer.	50
Internes en devenir	Programme en ligne d'une quinzaine de diapositives abordant les aspects clés de la sécurité du patient, ainsi qu'une session de simulation enregistrée où va être testé 13 procédures.	51

3. Résultats

3.2.3 Formations

Deux articles ont travaillé sur des programmes de sensibilisation aux événements indésirables et pourraient permettre l'amélioration des dimensions suivantes :

Organisation apprenante et continue⁽⁵²⁾, Perception globale de la sécurité des soins⁽⁵³⁾, Travail d'équipe (dans le service et entre les services)⁽⁵³⁾, Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins⁽⁵³⁾, Ressources humaines⁽⁵³⁾

Le tableau 3.6 regroupe les caractéristiques des articles concernant les formations.

Tableau 3.6: Formations améliorant la culture sécurité des soins

Population	Description	Réf.
Médecins et infirmiers	Programme de sensibilisation sur la sécurité médicamenteuse et la déclaration des événements indésirables (informations basiques sur les erreurs médicamenteuses, types d'erreurs communes observées, les problèmes rencontrés dans le processus de médication et les possibles solutions ainsi qu'un outil de déclaration des erreurs avec réponse non punitive). Durée : 60 à 75 minutes	52
Équipes travaillant en maison de retraite	4 interventions de support méthodologique. Ces interventions avaient pour but la sensibilisation du 'top management' à l'importance de s'approprier le projet, puis la sensibilisation de l'ensemble du personnel à la nécessité de signaler un EI, la création d'un groupe de pilotage et le soutien dans l'analyse d'un EI critique par le groupe de pilotage. Durée : 20 heures implémentées sur une période de 9 mois	53

3. Résultats

3.2.4 Les outils

Plusieurs outils ont été cités tout au long de la revue de littérature. Ils pouvaient prendre la forme d'outil de communication, de protocoles standardisés, de méthodes réflexives ou bien encore d'expérimentations. Ils pourraient permettre une amélioration de ces dimensions :

Travail d'équipe (dans le service et entre les services)⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ + Liberté d'expression⁽⁵⁶⁾ + Réponse non punitive à l'erreur⁽⁵⁶⁾ + Soutien du management pour la sécurité des soins⁽³⁵⁾, Ressources humaines⁽³⁵⁾.

Le tableau 3.7 regroupe les caractéristiques des articles concernant les outils.

Tableau 3.7: Outils améliorant la culture sécurité des soins

Type	Outil	Description	Réf.
	Les rencontres sécurités	Ce sont des rencontres d'une à deux heures, annoncées et préparées, entre une équipe de managers issus de la gouvernance (direction générale et la commission médicale d'établissement) et l'équipe du secteur d'activité visité. Elles se font sur le lieu de travail de l'équipe, pour observer, écouter et parler de manière ouverte et respectueuse de la sécurité des patients.	35
	Modèles de charte d'incitation au signalement et vidéos	Un des frein à la transparence en matière d'évènement sanitaire indésirable est la crainte de la punition. C'est la raison pour laquelle les autorités sanitaires recommandent la mise en place dans les établissements d'une « charte de confiance », également évoquée sous les termes de charte « d'incitation au signalement ».	35
	Diminuer les interruptions de tâches	Comment agir face aux interruptions de tâches (IT) ? Les réponses apportées doivent permettre de réduire les IT jugées inutiles par l'équipe et répondre aux IT justifiées.	35
	Conscience de la situation	Désigne le fait que l'équipe de soins garde une « vue d'ensemble » et réfléchisse à l'avance pour planifier et discuter des imprévus. Ce dialogue continu tient les membres de l'équipe au courant de ce qui se passe et de la manière dont ils réagiront si la situation change.	56

3. Résultats

Type	Outil	Description	Réf.
Expérimentation	Vis mon travail	Cet outil permet de développer la connaissance du travail de l'autre et ainsi contribuer par une meilleure appréhension des différents métiers au renforcement de la communication, de la coordination et de la coopération interprofessionnelle ainsi que de la gestion des interfaces.	35
Méthodes réflexives	Évaluation réciproque par les pairs et vidéo	Permet au personnel de discuter des problèmes et d'élaborer des solutions	54
	reflexive ethnography (VRE)	Cela implique de filmer des interactions ou des pratiques spécifiques in situ et de rejouer les clips appropriés aux équipes du personnel.	54
Outils de communication	Objectifs du jour	Accroître la compréhension par l'équipe, des objectifs de soins pour cette journée. Ils contribuent à rendre les objectifs explicites et à réduire l'ambiguïté entre les membres de l'équipe	55
	Modèle de briefing situationnel	SBAR (situation, background, analysis, recommendation) a pour objectif de structurer la communication en proposant une aide mnémotechnique lors de la transmission d'informations	56
	Communication en boucle fermée	Les membres de l'équipe doivent vérifier que l'information donnée est bien reçue et comprise correctement par la personne prévue.	56
	Affirmation appropriée	Apprendre aux personnes à oser s'exprimer et créer un environnement sécurisé où chacun peut discuter de ses préoccupations.	56
	Techniques de communication critiques	L'adoption d'un langage critique (par exemple une phrase répétée) peut être utilisée par tous les membres de l'équipe pour relayer le message : « Je suis inquiet, je suis mal à l'aise, ce n'est pas sûr ». Lorsqu'une telle phrase est utilisée, le message est communiqué au chef d'équipe selon lequel tout le monde doit s'arrêter et écouter les préoccupations du membre.	56
	Checklists standardisées	Peut aider à compenser les problèmes de communication tels que ceux qui se produisent lors du changement d'équipe	56
	Briefing / Debriefing	Briefing : Temps d'échange d'information bref entre les membres d'une équipe sur l'organisation des soins et les risques éventuels, en début de journée avant le début des soins ou avant la réalisation d'un acte/d'une activité. Debriefing : Processus consistant à passer quelques minutes après une procédure, ou à la fin d'une journée, pour discuter de ce que l'équipe a bien fait,	56

3. Résultats

Type	Outil	Description	Réf.
		des défis à relever et de ce qui devrait être fait différemment la prochaine fois	
Protocoles standardisés	Tournées quotidiennes	Les tournées impliquent généralement une discussion de 20 à 25 minutes sur chaque patient au cours de laquelle l'équipe clinique priorise un plan de soins quotidien.	55
	Réunion d'information	Avant une procédure ou au début d'une prise de poste, elle permet de s'assurer que tout le monde a la même information, diminue les surprises et impacte positivement le travail en équipe	56

3. Résultats

3.2.5 Accompagnement par les SRA / FORAP / ARS/ HAS

La HAS, l'ARS, comme la FORAP notamment grâce aux SRA proposent différentes solutions pour permettre aux équipes de travailler sur la culture sécurité des soins. Nous pouvons citer entre autres, des programmes, publications et challenges qui permettraient d'améliorer plusieurs dimensions de la culture sécurité des soins parmi lesquelles nous retrouvons :

La perception globale de la sécurité⁽³⁵⁾, le travail d'équipe (dans le service et entre les services)⁽³⁵⁾, la liberté d'expression⁽³⁵⁾, la fréquence de déclaration des EIAS⁽³⁵⁾, les actions des supérieurs hiérarchiques⁽³⁵⁾ et le soutien du top management⁽³⁵⁾.

Tableau 3.8: Types d'accompagnement proposés par des structures de santé

Type	Nom	Description	Réf.
Accompagnement	Challenge FORAP « Ensemble agissons pour la sécurité des Patients »	À l'occasion de la journée mondiale de la sécurité des patients, la FORAP, avec les SRA, ouvre un challenge national avec comme objectif d'encourager les professionnels à signaler et à analyser collectivement les EIAS.	35
	Webinaires sur la culture juste	Webinaire à propos de la culture juste qui est une manière ouverte de travailler dans laquelle les employés ne sont pas punis pour des décisions prises de bonne foi et en fonction de leur expérience et de leur formation.	35
Communautés de pratiques	Communautés de pratiques management de la gestion des risques associés aux soins.	Cette communauté a pour objectif de créer un réseau entre les différents managers de la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé afin d'impulser une dynamique d'échanges et de partage d'expériences.	35
Programmes	Programme d'amélioration continue du travail en équipe : PACTE	3 phases pour une période de 2 ans. Identifier les difficultés de fonctionnement en équipe pour réaliser le travail au quotidien, définir un ou des plans d'actions, les mettre en place et les évaluer.	35

3. Résultats

Type	Nom	Description	Réf.
Programmes	Programme d'accréditation en équipe	Chaque année, l'équipe réalise les actions collectives du programme élaboré par son organisme agréé ; elle identifie et analyse en revue de morbi-mortalité des EIAS survenus dans la pratique quotidienne. Elle déclare au minimum 1 EIAS par membre de l'équipe et par an dans le système d'information de l'accréditation des médecins (SIAM). Elle met également en œuvre les recommandations fléchées dans le programme d'accréditation de leur spécialité.	35
Publications de la HAS	Guide d'analyse EIAS mode d'emploi	Guide méthodologique simple et didactique ayant pour objectifs d'améliorer la qualité des analyses des EIAS, de développer la culture sécurité des professionnels du soin et de l'accompagnement en proposant une approche fondée sur une analyse objective, une culture juste et positive de l'EI (apprendre de ses erreurs)	35
	Flash sécurité patient	Chaque Flash sécurité patient décrit plusieurs situations (événements) selon leur intérêt pédagogique et leur qualité d'analyse. Les objectifs sont de sensibiliser et alerter sur un risque particulier récurrent, en décrivant la situation à risque, pour faire prendre conscience des contextes de survenue.	35
	Enquêtes sur la culture de sécurité - Comprendre et agir	Mise à disposition d'un outil pédagogique pour aider à l'appropriation des enquêtes sur la culture sécurité des soins et exploiter au mieux les résultats afin de mettre en place des actions pertinentes	35
	Fiche de retour d'expérience après analyse et traitement d'un événement indésirable	Favoriser la démarche de retour d'expérience au moyen d'un compte rendu final structure à cette fin	35

3.3 Priorisation des actions d'amélioration

3.3.1 Description de la population

Parmi les 27 personnes présentes le 28 mars 2024 pour la présentation des résultats de la première enquête et la priorisation des actions, 22 ont répondu au questionnaire. Les professionnels ayant répondu constituaient un groupe de 22 Infirmier(e)s-Anesthésistes Diplômé(e)s d'État, 2 Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État, 1 cadre de santé ainsi que de 2 personnes n'ayant pas souhaité déclarer leur profession.

Par la suite, 3 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui représente un total de 25 personnes parmi les 90 répondants de l'enquête initiale soit un taux de participation de 28%.

3.3.2 Co-priorisation des actions d'amélioration

L'action jugée la plus prioritaire, soit avec un score de priorisation le plus bas, était la simulation. 15 personnes sur 25 (soit 60%) ont classé cette action à la première place. Vient ensuite un groupe de 3 actions dont les scores sont assez proches : les formations, les outils de communication et l'escape room. Le tableau 3.9 représente la priorisation des actions de manières plus détaillée.

Tableau 3.9: Co-priorisation des catégories d'actions d'amélioration de la culture sécurité des soins.

Place	Action	score
1	Simulation	30
2	Formations	60
3	Outils de communication	65
4	Escaperoom	70
5	Outils d'expérimentation	85
6	Accompagnements : programmes	99
7	Accompagnements : publications	116

Discussion

L'objectif de ce travail portait sur l'amélioration de la culture sécurité des soins au Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers. Pour ce faire, trois étapes ont été suivies :

- la mesure de la culture sécurité des soins grâce à un questionnaire testé et validé par le CCECQA.
- l'identification des possibles actions à mettre en place pour améliorer à minima une des dimensions de la culture sécurité, en établissement de santé grâce à une revue de la littérature s'inspirant des critères PRISMA.
- la réalisation d'une co-priorisation des actions retrouvées afin de recueillir les attentes des professionnels sur de potentielles actions d'amélioration de la culture sécurité des soins.

Premièrement, dans le cadre de la mesure de la culture sécurité, aucune dimension n'était développée, quatre étaient en cours de développement et six étaient à améliorer. Les trois dimensions avec le score moyen le plus élevé (par ordre décroissant) étaient les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins (score moyen = 67%) ; le travail d'équipe dans le service (score moyen = 63%) et la liberté d'expression (score moyen = 53%). Les trois dimensions avec le score moyen le plus faible (par ordre décroissant) étaient les ressources humaines (score moyen = 24%) ; le travail d'équipe entre les services de l'établissement (score moyen = 23%) et le soutien du management pour la sécurité des soins (score moyen = 22%). Concernant la fréquence de signalement des événements indésirables, il est à noter que, si nous considérons que les personnes étant neutre pour ces questions comme des personnes ne déclarant pas les erreurs, alors pour chacun des trois items de cette dimension, plus de 55% des réponses étaient dans le sens d'une non-déclaration des erreurs décrites. Pour exemple, pour l'item "Une erreur qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalé", 31 personnes sont neutres et 34 ne sont soit pas d'accord soit pas du tout d'accord avec cette phrase, ce qui représente 65 personnes donc 73% (65/89) ne signalant pas.

4. Discussion

Ces résultats sont en adéquation avec ceux de la région Nouvelle-Aquitaine. En effet pour la mesure de la culture sécurité des soins dans cette région, 67 établissements ont participé à l'enquête. Aucune des 10 dimensions n'était considérée comme développée, cinq étaient en cours de développement et les cinq autres étaient à améliorer. La dimension "Fréquence de signalement des événements indésirables" est la seule dimension à ne pas être classée dans la même catégorie entre les résultats que nous avons trouvé localement et ceux au niveau régional. Dans notre collectif de travail elle est située dans les dimensions à améliorer avec un score moyen à 36% tandis qu'au niveau régional elle est en cours de développement avec un score moyen à 50%.

Si nous comparons avec l'enquête antérieure de 2015 réalisée au niveau du CHU⁽³⁰⁾ de Poitiers sur neuf dimensions de la culture sécurité des soins, les résultats n'ont pas tellement changé. Aucune des neuf dimensions de la culture sécurité des soins n'était considérée comme développée, une seule était en cours de développement et le reste à améliorer. La dimension concernant les « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins » n'était pas incluse alors dans le questionnaire. Cependant, on retrouve parmi les scores ayant les plus hauts scores moyens, les deux mêmes dimensions que dans notre étude : "Travail d'équipe dans le service" (score moyen = 61 % en 2015 vs 63% en 2023), la "liberté d'expression" (score moyen = 45 % en 2015 vs 53% en 2023). Parmi les scores moyens les plus bas, on retrouve également comme dans notre étude la dimension des « ressources humaines » (score moyen = 19 % en 2015 vs 24% en 2023) et celle du « soutien du management pour la sécurité des soins » (score moyen = 21 % en 2015 vs 22% en 2023). Les résultats sont cependant à analyser avec précaution puisque le taux de participation ne permet pas d'avoir une représentativité au niveau de l'ensemble du CHU (967 répondants sur près de 6700 professionnels soit 14% de participation⁽⁵⁷⁾).

Au niveau mondial, nous pouvons nous comparer à la méta-analyse⁽²⁷⁾ réalisée à partir de 59 études (29 études en Asie, 18 en Europe, 14 sur le continent Américain, deux en Eurasie and une en Afrique). Leurs résultats semblaient montrer globalement un meilleur score moyen dans 6 dimensions sur 10. Ils présentaient une dimension

4. Discussion

développée (le travail d'équipe dans le service : score moyen = 75% au niveau mondial, 63% pour notre enquête), quatre dimensions en développement et cinq dimensions à améliorer. Parmi les trois dimensions avec le score moyen le plus élevé, nous retrouvions, comme dans notre enquête, le « travail d'équipe dans le service » et les « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques » (score moyen mondial : 61%, 67% pour nous) . La troisième dimension qui se retrouvait dans ce trio était « l'organisation apprenante et amélioration continue » qui pour nous avait un score moyen à 51% et pour eux 70%. Au niveau des trois dimensions avec le score moyen le plus faible, nous retrouvions comme pour notre enquête les dimensions « réponse non punitive à l'erreur » (score moyen mondial : 33% vs 40% pour nous) et celle des « ressources humaines » (score moyen mondial : 36% vs 24% pour nous). Cependant, la troisième dimension avec l'un des plus faible score moyen correspondait pour eux à la « liberté d'expressions » avec un score moyen à 47% tandis que pour nous, cette dimension se situait en troisième position avec un score à 53%.

En ce qui concerne les actions à mettre en place pour améliorer au moins une dimension de la culture sécurité des soins, celles retrouvées dans la littérature ont été regroupées sous de grandes thématiques : l'escape-room, la simulation, les formations, les outils (de communication, protocoles, expérimentation) et les accompagnements par des structures. Parmi les 22 articles analysés 13 d'entre eux (57%) portaient sur la simulation. Cet intérêt pour la simulation dans la littérature est également retrouvé au niveau du collectif de travail. En effet, lors de la priorisation des actions selon leur utilité perçue par l'équipe, c'est la simulation qui s'est retrouvée en première place pour 60% des répondants (15/25).

Cet intérêt pour la simulation est en adéquation avec l'évaluation de l'impact de la simulation qui permet de cocher tous les niveaux du modèle de Kirkpatrick⁽⁵⁸⁾. Les participants sont satisfaits de cette action et celle-ci permet l'acquisition de connaissances, compétences et d'attitudes⁽⁵⁹⁾, on peut observer une mise en œuvre de comportements en situation de travail et l'impact que cela peut avoir au niveau des patients notamment en matière de réduction des risques⁽⁶⁰⁾.

4. Discussion

De plus les formations et les outils de communication, qui sont la deuxième et troisième actions jugées utiles par le groupe interrogé, pourraient permettre d'apporter une solution aux facteurs systémiques de cause de survenue des EIGS. Parmi ces dernières les défaillances individuelles, le manque de communication entre professionnels, et les infrastructures inappropriées sont les plus fréquemment retrouvés⁽¹⁴⁾. Une revue de la littérature publiée dans la revue scientifique "Risques et Qualité" déclarait que la formation ne pouvait être utilisée de manière isolée pour améliorer la culture sécurité des soins, mais devait faire partie d'interventions dites « multifacettes » qui sont basées sur plusieurs actions permettant d'actionner des leviers de changement différent⁽⁶²⁾. Très souvent, la formation était associée à de la simulation dans les articles sélectionnés dans notre revue de la littérature.

Le taux de participation de 67% permet d'avoir une bonne représentativité de la culture sécurité des soins au sein du groupe de travail. Dans notre groupe de travail nous avons une majorité de paramédicaux ayant répondu (n = 59, 60%), cette répartition semble équivalente à celle de l'ensemble du CHU de Poitiers puisqu'en 2022 le rapport effectif paramédicaux par rapport à l'ensemble médicaux + paramédicaux était de 79%⁽⁶¹⁾.

Cependant, le nombre de répondants à notre enquête (n=90) ne représente que 1% du total des professionnels travaillant au CHU de Poitiers sur le site de la Milétrie. De plus, selon les services, secteurs d'activités et de spécialités, la culture sécurité est probablement différentes, nous ne pouvons donc pas généraliser ces résultats à cet ensemble. Ainsi dans le but initial de pouvoir réaliser cette enquête à plus grande échelle et de pouvoir comparer les résultats entre corps de métier et/ou pôles pour l'ensemble des professionnels du CHU, nous avons rajouté six questions déjà comprises dans la version du questionnaire HSOPSC de 2015.

Pour conduire la revue de littérature, nous nous sommes appuyés sur une méthodologie validée. Nous avons ainsi pu sélectionner un corpus d'articles proposant et évaluant des actions d'amélioration. Cependant le fait de s'appuyer sur des études en

4. Discussion

langue anglaise et française peut ne pas représenter toutes les actions réalisables en créant un biais linguistique. De plus, n'avoir utilisé qu'une seule base de données peut ne pas représenter toutes les actions réalisables. Nous avons donc complété la revue de littérature par une recherche sur un journal spécialisé non indexé par Pubmed.

En se basant sur une méthodologie validée⁽³⁶⁾, nous avons choisi de proposer une enquête permettant de co-prioriser avec les professionnels concernés, les actions pouvant amener à améliorer la culture sécurité. Les résultats ont montré une priorisation importante pour la simulation. Ce qui est cohérent avec le développement de la simulation en santé depuis une vingtaine d'années⁽⁶³⁻⁶⁵⁾. Le taux de participation de 28% à l'enquête de priorisation des actions n'est pas représentatif de l'ensemble de l'équipe. De plus, ceux ayant répondu après la présentation à l'équipe peuvent ne pas avoir eu accès aux mêmes informations que ceux présents le jour même. C'est pourquoi il serait intéressant lors de futures enquêtes de prévoir un temps de restitution des résultats rassemblant tous les corps de métiers. Initialement, nous avions prévu deux autres temps de restitution qui ont été annulé par l'équipe.

Nous avons pu mesurer la culture sécurité des soins, sélectionner des actions d'amélioration pertinentes, et co-prioriser ces propositions d'actions avec les professionnels de santé. Dans la suite de ce travail, il serait intéressant d'implémenter une action et d'évaluer son impact en ré-évaluant la culture sécurité des soins à l'avenir. Nous proposons ainsi dans cette thèse un protocole d'amélioration de la culture sécurité des soins, se basant sur un processus d'amélioration continue de la sécurité des soins au travers une démarche complète de Santé Publique, avec le développement d'une action, l'implémentation, et l'évaluation de cette action, auprès d'un collectif de travail, pour améliorer la culture sécurité des soins figure n°4.1.

4. Discussion

Afin de répondre à l'objectif d'amélioration de la culture sécurité des soins au sein d'un établissement de santé, d'autres étapes sont ainsi nécessaires. À la suite de la co-priorisation des actions avec les professionnels, une étape de co-construction de l'action avec le collectif de travail sera à prévoir. Cette dernière permettra de façonner les dimensions de la culture sécurité des soins jugées prioritaires en fonction des actions classés par les professionnels. La dernière phase sera l'implémentation de l'action et son évaluation.

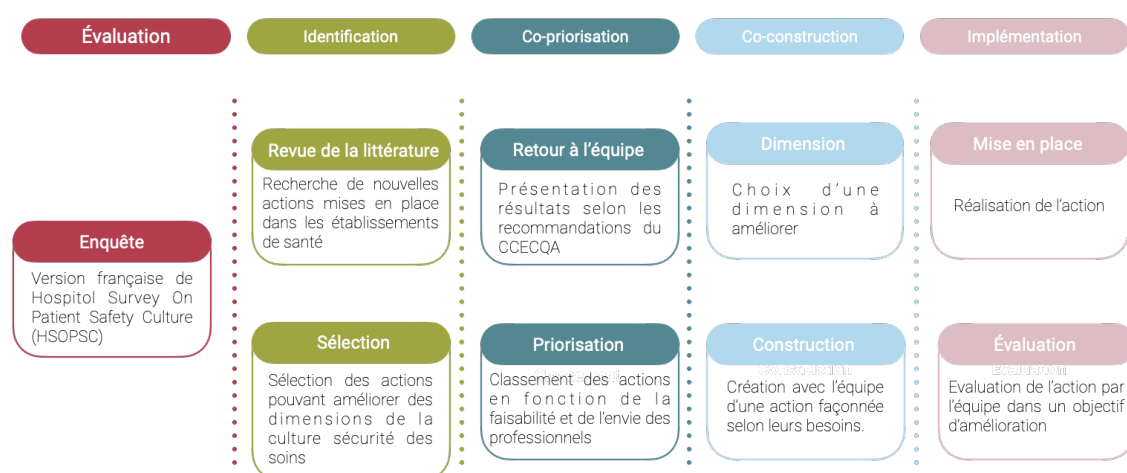


Figure 4.1: Proposition d'étapes de l'amélioration de la culture sécurité des soins

Conclusion

L'amélioration de la culture sécurité des soins dans un établissement de santé est un élément indispensable pour les patients et les professionnels afin de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Dans cette thèse, nous avons proposé un protocole permettant tout d'abord une mesure de la culture au sein d'un collectif de travail choisi. Grâce à celle-ci, il est possible de proposer des actions pertinentes qui ont été sélectionnées au cours d'une revue de la littérature et co-priorisées avec le collectif analysé. L'amélioration de la culture sécurité des soins est une amélioration continue qui doit être pensée avec le collectif de travail et pour laquelle une évaluation au long cours est nécessaire.

6. Annexe

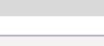
Annexes

Table des matières

6.1	Questionnaire de l'enquête portant sur la mesure culture sécurité des soins	70
6.2	Affiches postées pour la campagne de l'enquête.....	74
6.3	Aperçu du questionnaire au format numérique sur téléphone.....	76
6.4	Questionnaire de co-priorisation	84
6.5	Commentaires.....	85

6. Annexe

6.1 Questionnaire de l'enquête portant sur la mesure culture sécurité des soins



Campagne nationale FORAP - HAS

MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS

AUPRÈS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Outil validé par le Ccecqa en 2009 - version française du questionnaire HSOPSC développé par l'AHRQ

QUESTIONNAIRE v 2023

Ce questionnaire :

- est **ANONYME** et **INDIVIDUEL**
- se remplit en **20 minutes** environ
- vise à recueillir vos **perceptions** sur la sécurité des soins
- fait référence à votre **collectif de travail***

⚠ La formulation de certains items peut paraître complexe, **il est important de bien lire chaque question avant d'y répondre**. Une seule réponse par question est admise.

Si vous le remplissez **en ligne**, il est indispensable de le faire en **une seule fois** pour valider vos réponses (toute saisie interrompue ne peut être reprise).

🔔 **Rappel définitions :**

Événement indésirable associé aux soins (EIAS) : événement défavorable pour le patient, ayant un caractère de gravité et associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.

Erreur : écart involontaire avec ce qui était prévu, action qui ne parvient pas à atteindre l'objectif visé.

(*) *Le collectif de travail se définit par un groupe de professionnels :*

- *qui collabore à la prise charge des patients d'une spécialité ou d'un parcours défini,*
- *qui dispose de **règles de fonctionnement** définies, mises en œuvre et reconnues au sein de l'établissement d'appartenance,*
- *qui a besoin de **communiquer**, de **coopérer** et de **s'alerter** pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient.*

Indiquer votre collectif de travail :

.....

A. Votre collectif de travail

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre collectif de travail ...		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre*	D'accord	Tout à fait d'accord
1.	Les professionnels se soutiennent mutuellement dans notre collectif de travail	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Nous avons suffisamment de professionnels pour faire face à la charge de travail	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Les professionnels ont l'impression que leurs <u>erreurs</u> leur sont reprochées	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Dans notre collectif de travail, les <u>erreurs</u> ont conduit à des changements positifs	☐	☐	☐	☐	☐
9.	C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d' <u>erreur</u> plus grave dans notre collectif de travail	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Lorsqu'un <u>événement indésirable</u> est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	☐	☐	☐	☐	☐
14.	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Les professionnels s'inquiètent du fait que les <u>erreurs</u> soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d' <u>erreurs</u>	☐	☐	☐	☐	☐

B. Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent, etc.)

NB : Pour les **médecins libéraux** ou les **chefs de service**, le supérieur hiérarchique est la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou la Direction de pôle.

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes ...		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre*	D'accord	Tout à fait d'accord
18.	Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐

(*) ni d'accord, ni pas d'accord

C. Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre collectif de travail ?		Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
22.	Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un <u>événement indésirable</u>	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Nous sommes informés des <u>erreurs</u> qui se produisent dans ce collectif de travail	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les <u>erreurs</u> ne se reproduisent pas	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Les professionnels ont peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	☐	☐	☐	☐	☐

D. Fréquence de signalement des événements indésirables

Lorsque les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre collectif de travail ?		Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
28.	Une <u>erreur</u> qui est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée ...	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Une <u>erreur</u> qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalée ...	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Une <u>erreur</u> qui pourrait nuire au patient mais qui n'a finalement pas d'effet, est signalée ...	☐	☐	☐	☐	☐

E. Niveau de sécurité des soins

31. Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre **collectif de travail** ?

☐ Excellent
 ☐ Très bon
 ☐ Acceptable
 ☐ Faible
 ☐ Défaillant

F. Votre établissement de santé

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes ...		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre*	D'accord	Tout à fait d'accord
32.	La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'un service à l'autre	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	☐	☐	☐	☐	☐
36.	D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements de services	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Il est souvent déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	☐	☐	☐	☐	☐
40.	La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un <u>événement indésirable</u> se soit produit	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	☐	☐	☐	☐	☐

(*) ni d'accord, ni pas d'accord

G. Nombre d'événements indésirables signalés

42. Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'événements indésirables avez-vous remplies et transmises ?

- ☐ Aucune ☐ 1 à 2 fiches ☐ 3 à 5 fiches ☐ 6 à 10 fiches ☐ 11 à 20 fiches ☐ Plus de 20 fiches

H. Information générale

43. Quelle est votre filière professionnelle dans cet établissement ?

- ☐ Administrative (secrétaire médicale)
☐ Paramédicale (cadre de santé, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, etc.)
☐ Médicale (médecin, pharmacien, internes, etc.)
☐ Educative et psycho-sociale (psychologue, assistante sociale, etc.)
☐ Logistique / Technique (agent d'entretien, brancardier, etc.)
☐ Autre

I. Vos commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Annexe

6.2 Affiches postées pour la campagne de l'enquête

Enquête nationale
Culture de sécurité des soins

1
Questionnaire

1
Objectif MAJEUR

VOTRE PERCEPTION
sur la sécurité des soins

<https://enquete-securite.vercel.app>

• Du 05 au 28 juin •

Enquête nationale

Culture de sécurité des soins



60% de répondants
nécessaire



39%

Merci à ceux ayant déjà répondu !

Clôture le 28 juin

6. Annexe

6.3 Aperçu du questionnaire au format numérique sur téléphone

Informations générales

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?

☐ Moins de 1 an

☐ 1 à 2 ans

☐ 3 à 5 ans

☐ 6 ou plus

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

☐ Moins de 1 an

☐ 1 à 2 ans

☐ 3 à 5 ans

☐ 6 ou plus

Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigiliances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc...)

☐ Oui

☐ Non

PRÉCÉDENT

SUIVANT

Informations générales

Quelle est votre filière professionnelle dans cet établissement ?

☐ Administrative (secrétaire médicale, etc...)

☐ Paramédicale (cadre de santé infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, etc...)

☐ Médicale (médecin, pharmacien, interne, etc...)

☐ Educative et psycho-sociale (psychologue, assistante sociale, etc...)

☐ Logistique / technique (agent d'entretien, brancardier, etc...)

☐ Autre

Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?

☐ Moins de 1 an

☐ 1 à 2 ans

☐ 3 à 5 ans

☐ 6 à 10 ans

☐ 11 ans ou plus

Vous travaillez dans ce service

☐ Moins de 50% de votre temps de travail

☐ Plus de 50% de votre temps de travail

Les analyses en fonction des filières ne seront divulguées que si le nombre est suffisant pour garantir l'anonymat des participants.

PRÉCÉDENT

SUIVANT

05-28

2023

Juin

Culture de sécurité des soins

Evènements indésirables associé aux soins (EIAS) : événement défavorable pour le patient, ayant un caractère de gravité et associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.

Erreur : écart involontaire avec ce qui était prévu, action qui ne parvient pas à atteindre l'objectif visé.

COMMENCER

Collectif de travail

Le collectif de travail se définit par un groupe de professionnels :

- qui collabore à la prise en charge des patients d'une spécialité ou d'un parcours défini,
- qui dispose de règles de fonctionnement définies, mises en oeuvre et reconnues au sein de l'établissement d'appartenance,
- qui a besoin de communiquer, de coopérer et de s'alerter pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient.

PRÉCÉDENT

SUIVANT

Collectif de travail

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes ...

Les professionnels se soutiennent mutuellement dans notre collectif de travail

☐ Pas du tout d'accord
 ☒ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Nous avons suffisamment de professionnels pour faire face à la charge de travail

☐ Pas du tout d'accord
 ☒ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe

☐ Pas du tout d'accord
 ☐ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☒ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect

☐ Pas du tout d'accord
 ☒ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins

☐ Pas du tout d'accord
 ☒ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins

☐ Pas du tout d'accord
 ☒ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Les professionnels ont l'impression que leurs erreurs leur sont reprochées

☐ Pas du tout d'accord
 ☐ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Dans notre collectif de travail, les erreurs ont conduit à des changements positifs

☐ Pas du tout d'accord
 ☐ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreur plus grave dans notre collectif de travail

☐ Pas du tout d'accord
 ☐ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorerons nos pratiques en termes de sécurité des soins

☐ Pas du tout d'accord
 ☐ Pas d'accord
 ☐ Neutre
 ☐ D'accord
 ☐ Tout à fait d'accord

6. Annexe

Votre supérieur hiérarchique immédiat

Un supérieur hiérarchique est:

- un cadre de santé,
- un chef de service,
- un référent,
- etc ...
- Pour les **médecins libéraux** ou les **chefs de services**, le supérieur hiérarchique est la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou la Direction de pôle.

SUIVANT

PRÉCÉDENT

☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas d'accord	☐ Neutre	☐ D'accord	☐ Tout à fait d'accord
La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels s'inquiètent du fait que les <u>erreurs</u> soient notées dans les dossiers administratifs du personnel				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d' <u>erreurs</u>				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

Lorsqu'un événement indésirable est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels s'inquiètent du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel				
☐	☐	☐	☐	☐
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre collectif de travail ?

Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable

☐

Jamais

☐

Rarement

☐

De temps en temps

☐

La plupart du temps☐

Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients

☐

Jamais

☐

Rarement☐☒☐

Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce collectif de travail

☐

Jamais

☐

Rarement☐☐☐

Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs

☐

Jamais

☐

Rarement☐☐☐

Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas

☐

Jamais

☐

Rarement☐☐☐

Communication



Dans cette section:

- nous souhaitons évaluer la **fréquence d'apparition** des situations dans votre collectif de travail,
- les **modalités de réponses** sont **différentes** de la section précédente

PRÉCÉDENT

SUIVANT

Votre supérieur hiérarchique immédiat

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes ...

Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins

☐

Pas du tout d'accord

☒

Pas d'accord☐☐☐

Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins

☐

Pas du tout d'accord

☐

Pas d'accord☐☐☒

Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité

☒

Pas du tout d'accord

☐

Pas d'accord☐☐☐

Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins

☐

Pas du tout d'accord

☐

Pas d'accord☐☐☐

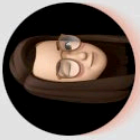
PRÉCÉDENT

SUIVANT

00

01

6. Annexe



Merci d'avoir participé à ce questionnaire. Veuillez le terminer en cliquant sur envoyer!

Envie de laisser un commentaire ?

PRÉCÉDENT

ENVOYER !

6. Annexe

6.4 Questionnaire de co-priorisation

Sécurité des soins - Perspectives

Dans le but de répondre à de potentiels axes d'amélioration au sein de votre équipe, voici différentes actions pertinentes relevées dans la littérature scientifique. Afin d'avoir une idée sur les actions qui vous semblent prioritaires et pour lesquelles nous pourrions vous accompagner, merci de compléter le document selon la consigne suivante :

Dans les cases correspondantes, mettez le chiffre 1 en face de l'action qui vous semble la plus importante, 2 en face de la suivante, et ainsi de suite, jusqu'à 7 en face de celle qui vous paraît la moins utile. Vous ne pouvez pas attribuer 2 fois le même rang.

Profession :

☐

Simulation

Utilisation de la réalité virtuelle ou d'un patient pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision.

☐

Escape-room

Chercher des indices disséminés dans une ou plusieurs pièces ou d'apporter une solution à un autre problème. Par exemple identifier un ensemble de risques graves pour la sécurité des soins.

☐

Formations

Programme de sensibilisation par exemple sur la sécurité médicamenteuse et la déclaration des événements indésirables

☐

Outils de communication

Structurer la communication en proposant une aide mnémotechnique lors de la transmission d'informations; vérifier que l'information donnée est bien reçue et comprise correctement par la personne prévue; oser s'exprimer et créer un environnement sécurisé où chacun peut discuter de ses préoccupations

☐

Outils d'expérimentation

Développer la connaissance du travail de l'autre en suivant son quotidien

☐

Accompagnements : programmes

Programmes proposés par la HAS d'une durée de 1 à 2 ans : accréditation en équipe ou d'amélioration continue du travail en équipe. Permet d'identifier les difficultés de fonctionnement et de réaliser des actions collectives.

☐

Accompagnements : publications

Guides d'analyse des événements indésirables associés aux soins; fiches flash sécurité décrivant un événement indésirable s'étant passé en France pour faire prendre conscience des contextes de survenue et de sensibiliser.

Unité EVARISQ - Service de Santé Publique

gwladys.BARETH@chu-poitiers.fr
jeremy.GUIHENNEUC@chu-poitiers.fr

6.5 Commentaires lors de la mesure de la culture sécurité des soins

Trop long
Questions trop orientées
En ressortira t'il quelque chose ?
Il est dommage que la direction de l'établissement ne soit pas plus à l'écoute du personnel et que des décisions soient prises sans concertation des utilisateurs et non de leurs cadres de santé. Le personnel de santé perd sa motivation et son implication. Ce qui est dommage. Je travaille dans cette spécialité depuis peu par rapport à mon temps infirmier mais je trouve que les conditions de travail se dégradent énormément, surtout dans l'intérêt aux équipes. D'image pour cette profession qui est pourtant très intéressante.
Il est toujours compliqué de trouver la marche à suivre pour faire un évènement indésirable
Les questions semblent être orientées ?
Remplissage des FEI trop complexe

Références

1. Haute Autorité de Santé. Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>
2. Cridelich C. Management du risque à l'hôpital : évaluation d'une nouvelle méthode d'analyse du risque appliquée à la prise en charge du patient par chimiothérapie [Internet] [Theses]. École Nationale Supérieure des Mines de Paris; 2011. Disponible sur: <https://pastel.hal.science/pastel-00732215>
3. Haute Autorité de Santé HAS. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante
4. Van Daele A, Ait Ameer L. Gestion des erreurs et des risques dans l'aide médicale urgente. *Le travail humain*. 22 déc 2010;Vol. 73(4):299-318.
5. Robert L Helmreich. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):781.
6. Reason J. A life in error - From little slips to big disasters. 2013.
7. Reason J. L'erreur humaine. 1993.
8. Haute autorité de santé. Amélioration des pratiques et sécurité des soins - La sécurité des patients - Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique - Partie 5. Des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre. 2012.
9. Bieder C. Les facteurs humains dans la gestion des risques : Évolution de la pensée et des outils. Lavoisier; 2006.
10. Kmiec R, Roland-Lévy C. Risque et construction sociale : une approche interculturelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2014;Numéro 101(1):69-99.
11. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. 2010-1408 nov 12, 2010.
12. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
13. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety : From analysis to action. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*. 2022;(145).

14. Michel P, Quenon JL, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A, et al. Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? Bull Epidemiol Hebd. 2022;
15. Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. Nurs Open. 28 mai 2022;9(5):2356-69.
16. Haute autorité de santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). 2019.
17. Haute autorité de santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) - Mode d'emploi. 2021.
18. Nestrigue C, Or Z. Surcote des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2011;
19. Organization WH, Safety WP. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization; 2011. p. 272 p.
20. Haute Autorité de Santé. Un condensé du rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2022. 2023.
21. Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, Keers RN, Khan K, Phipps D, et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine. 6 nov 2020;18(1):313.
22. Article R6111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039659289/
23. Haute autorité de santé. Manuel : Certification des établissements de santé. 2024.
24. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. juin 2008;17(3):216-23.
25. Haute Autorité de Santé. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. 2010.
26. Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate; 1997.
27. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. ScientificWorldJournal. 19 juill 2018;2018:9156301.
28. Culture de sécurité parmi le personnel infirmier de salle de surveillance postinterventionnelle | Risques & qualité [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.risqual.net/publication-scientifique/culture-de-securite-parmi-le-personnel-infirmier-de-salle-de-surveillance-postinterventionnelle>
29. Teigné D, Mabileau G, Moret L, Terrien N. What is the level of safety culture in French nursing homes? The EHPAGE study. BMC Health Serv Res. 11 déc 2021;21:1332.

30. Service de santé publique, CHU de Poitiers. Enquête culture sécurité - document interne. 2015.
31. Haute Autorité de Santé HAS, FORAP. Campagne nationale FORAP - HAS - MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS AUPRÈS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ - GUIDE DE LA CAMPAGNE. 2023.
32. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;372:n71.
33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009. 2011.
34. Sélection de la rédaction | Risques & qualité [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.risqual.net/>
35. Campagne nationale de la mesure de culture de sécurité en ES : les premiers enseignements [Internet]. 2023 [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=hRGxF1qKSCQ>
36. Ledda V, Bhangu A, Nepogodiev D. Reducing the environmental impact of surgery on a global scale: systematic review and co-prioritization with healthcare workers in 132 countries. *The British journal of surgery*. 19 juin 2023;110.
37. Diemer G, Jaffe R, Papanagnou D, Zhang XC, Zavodnick J. Patient Safety Escape Room: A Graduate Medical Education Simulation for Event Reporting. *MedEdPORTAL*. 27 déc 2019;15:10868.
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Simulation en santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
39. Banerjee A, Slagle JM, Mercaldo ND, Booker R, Miller A, France DJ, et al. A simulation-based curriculum to introduce key teamwork principles to entering medical students. *BMC Med Educ*. 16 nov 2016;16(1):295.
40. Hinde T, Gale T, Anderson I, Roberts M, Sice P. A study to assess the influence of interprofessional point of care simulation training on safety culture in the operating theatre environment of a university teaching hospital. *J Interprof Care*. 2016;30(2):251-3.
41. Gardner AK, Ahmed RA, George RL, Frey JA. In situ simulation to assess workplace attitudes and effectiveness in a new facility. *Simul Healthc*. déc 2013;8(6):351-8.
42. Reime MH, Johnsgaard T, Kvam FI, Aarflot M, Breivik M, Engeberg JM, et al. Simulated settings; powerful arenas for learning patient safety practices and facilitating transference to clinical practice. A mixed method study. *Nurse Educ Pract*. nov 2016;21:75-82.
43. Vyas D, McCulloh R, Dyer C, Gregory G, Higbee D. An interprofessional course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. *Am J Pharm Educ*. 10 mai 2012;76(4):71.

44. Walsh H, Nicholson L, Patterson M, Zaveri P. Code Response Training: Improving Interprofessional Communication. *MedEdPORTAL*. 19 mai 2021;17:11155.
45. Picard J, Evain JN, Douron C, Maussion É, Stihle X, Manhes P, et al. Impact of a large interprofessional simulation-based training course on communication, teamwork, and safety culture in the operating theatre: A mixed-methods interventional study. *Anaesth Crit Care Pain Med*. févr 2022;41(1):100991.
46. Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Educ Today*. juill 2015;35(7):881-7.
47. Stewart-Parker E, Galloway R, Vig S. S-TEAMS: A Truly Multiprofessional Course Focusing on Nontechnical Skills to Improve Patient Safety in the Operating Theater. *J Surg Educ*. 2017;74(1):137-44.
48. Wong AHW, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an « Attitude Adjustment »: Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication. *Simul Healthc*. avr 2016;11(2):117-25.
49. Kirsch V, Johannsen W, Thrien C, Herzig S, Matthes J. « Hopefully, I will never forget that again » - sensitizing medical students for drug safety by working on cases and simulating doctor-patient communication. *GMS J Med Educ*. 2019;36(2):Doc17.
50. Daly Guris RJ, Duarte SS, Miller CR, Schiavi A, Toy S. Training novice anaesthesiology trainees to speak up for patient safety. *Br J Anaesth*. juin 2019;122(6):767-75.
51. Shaw TJ, Pernar LI, Peyre SE, Helfrick JF, Vogelgesang KR, Graydon-Baker E, et al. Impact of online education on intern behaviour around joint commission national patient safety goals: a randomised trial. *BMJ Qual Saf*. oct 2012;21(10):819-25.
52. Mohan A, Manikandan S, Ravikumar TS, Batmanabane G. Decreasing medication errors in four intensive care units of a tertiary care teaching hospital in India using a sensitization programme. *Natl Med J India*. 2019;32(4):207-12.
53. Teigné D, Mabileau G, Lucas M, Moret L, Terrien N. Safety culture in French nursing homes: A randomised controlled study to evaluate the effectiveness of a risk management intervention associated with care. *PLoS One*. 2022;17(12):e0277121.
54. McHugh SK, Lawton R, O'Hara JK, Sheard L. Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Qual Saf*. août 2020;29(8):672-83.
55. Dietz AS, Pronovost PJ, Mendez-Tellez PA, Wyskiel R, Marsteller JA, Thompson DA, et al. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care*. déc 2014;29(6):908-14.
56. d'Agincourt-Canning LG, Kissoon N, Singal M, Pitfield AF. Culture, communication and safety: lessons from the airline industry. *Indian J Pediatr*. juin 2011;78(6):703-8.

57. CHU de Poitiers. chiffres-clés 2015. 2015.
58. Johnston S, Coyer FM, Nash R. Kirkpatrick's Evaluation of Simulation and Debriefing in Health Care Education: A Systematic Review. *J Nurs Educ.* 1 juill 2018;57(7):393-8.
59. Wayne D, Butter J, Siddall V, Fudala M, Lindquist L, Feinglass J, et al. Simulation-Based Training of Internal Medicine Residents in Advanced Cardiac Life Support Protocols: A Randomized Trial. *Teaching and learning in medicine.* 1 févr 2005;17:202-8.
60. Barsuk J, Mcgaghie W, Cohen E, O'Leary K, Wayne D. Simulation-based mastery learning reduces complications during central venous catheter insertion in a medical intensive care unit *. *Critical Care Medicine.* 1 oct 2009;37:2697-701.
61. Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers. Chiffres clés. 2022.
62. Michel P, Millat B. risqual.net. 2014 [cité 9 avr 2024]. La place de la formation à la gestion des risques dans le développement de la culture de sécurité des professionnels de santé. Disponible sur: <https://www.risqual.net/publication-scientifique/la-place-de-la-formation-a-la-gestion-des-risques-dans-le-developpement-de-la-culture-de-securite-des-professionnels-de-sante>
63. Heskin L, Galvin R, Traynor O, Simms C. Simulation in Upper and Lower Limb Trauma Skill Acquisition: A Review. *Simul Healthc.* 1 févr 2022;17(1):54-65.
64. Aebbersold M. The History of Simulation and Its Impact on the Future. *AACN Adv Crit Care.* févr 2016;27(1):56-61.
65. Satava RM. Surgical education and surgical simulation. *World J Surg.* nov 2001;25(11):1484-9.

Résumé et Mots clés

Titre : Amélioration de la culture sécurité des soins au sein d'un collectif de travail en établissement de santé

Introduction : La culture sécurité des soins est définie comme un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées au niveau de l'organisation. Elle est constituée de 4 composantes : le signalement, le retour d'expérience, la culture juste et enfin le travail en équipe. Au niveau national, la culture du signalement est en amélioration, cependant elle reste très hétérogène entre les régions. La Nouvelle-Aquitaine se classait en avant-dernière position parmi les régions de la métropole en 2022. Une revue systématique de la littérature de 2018 recensait 59 études sur le sujet mais aucune publication française. Une enquête interne à l'hôpital de Poitiers a été effectuée en 2015 avec 967 répondants. Aucune des 9 dimensions de la culture sécurité des soins n'étaient considérée comme développée, une seule était en cours de développement et le reste était à améliorer.

Objectifs : Au regard de ces enjeux, l'objet de ce travail était d'améliorer la culture sécurité des soins au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers.

Méthode : Pour répondre à cet objectif, nous avons procédé en trois étapes. Premièrement nous avons mesuré la culture sécurité des soins grâce à un questionnaire international validé. Ensuite nous avons identifié les actions pertinentes à mettre en place pour améliorer *a minima* une des dimensions de la culture sécurité, en établissement de santé. Enfin, nous avons réalisé une co-priorisation des actions sélectionnées afin de recueillir les attentes des professionnels.

Résultats : Pour notre enquête, la population ciblée était de 135 personnes et nous avons eu un total de 90 répondants soit un taux de participation de 67%. Aucune dimension n'était développée au sein du collectif de travail, quatre étaient en cours de développement et six étaient à améliorer. Les actions d'amélioration retrouvées grâce à la revue de littérature ont été regroupées en cinq groupes : escape-room, simulation, formations, outils de communication et de procédures et enfin accompagnement par des organismes. La co-priorisation des actions a permis de mettre en évidence une forte demande de la simulation par les équipes.

Conclusion : L'amélioration de la culture sécurité des soins dans un établissement de santé est un élément indispensable pour les patients et les professionnels afin de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Dans cette thèse, nous avons proposé un protocole permettant tout d'abord une mesure de la culture au sein d'un collectif de travail choisi. Grâce à celle-ci, il est possible de proposer des actions pertinentes qui ont été sélectionnées au cours d'une revue de la littérature et co-priorisées avec le collectif analysé. L'amélioration de la culture sécurité des soins est une amélioration continue qui doit être pensée avec le collectif de travail et pour laquelle une évaluation au long cours est nécessaire.

Mots clés : Culture sécurité des soins, amélioration, collectif de travail, revue de la littérature, co-priorisation, CHU, Poitiers.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et Mots clés

Titre : Amélioration de la culture sécurité des soins au sein d'un collectif de travail en établissement de santé

Introduction : La culture sécurité des soins est définie comme un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées au niveau de l'organisation. Elle est constituée de 4 composantes : le signalement, le retour d'expérience, la culture juste et enfin le travail en équipe. Au niveau national, la culture du signalement est en amélioration, cependant elle reste très hétérogène entre les régions. La Nouvelle-Aquitaine se classait en avant-dernière position parmi les régions de la métropole en 2022. Une revue systématique de la littérature de 2018 recensait 59 études sur le sujet mais aucune publication française. Une enquête interne à l'hôpital de Poitiers a été effectuée en 2015 avec 967 répondants. Aucune des 9 dimensions de la culture sécurité des soins n'étaient considérée comme développée, une seule était en cours de développement et le reste était à améliorer.

Objectifs : Au regard de ces enjeux, l'objet de ce travail était d'améliorer la culture sécurité des soins au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers.

Méthode : Pour répondre à cet objectif, nous avons procédé en trois étapes. Premièrement nous avons mesuré la culture sécurité des soins grâce à un questionnaire international validé. Ensuite nous avons identifié les actions pertinentes à mettre en place pour améliorer *a minima* une des dimensions de la culture sécurité, en établissement de santé. Enfin, nous avons réalisé une co-priorisation des actions sélectionnées afin de recueillir les attentes des professionnels.

Résultats : Pour notre enquête, la population ciblée était de 135 personnes et nous avons eu un total de 90 répondants soit un taux de participation de 67%. Aucune dimension n'était développée au sein du collectif de travail, quatre étaient en cours de développement et six étaient à améliorer. Les actions d'amélioration retrouvées grâce à la revue de littérature ont été regroupées en cinq groupes : escape-room, simulation, formations, outils de communication et de procédures et enfin accompagnement par des organismes. La co-priorisation des actions a permis de mettre en évidence une forte demande de la simulation par les équipes.

Conclusion : L'amélioration de la culture sécurité des soins dans un établissement de santé est un élément indispensable pour les patients et les professionnels afin de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Dans cette thèse, nous avons proposé un protocole permettant tout d'abord une mesure de la culture au sein d'un collectif de travail choisi. Grâce à celle-ci, il est possible de proposer des actions pertinentes qui ont été sélectionnées au cours d'une revue de la littérature et co-priorisées avec le collectif analysé. L'amélioration de la culture sécurité des soins est une amélioration continue qui doit être pensée avec le collectif de travail et pour laquelle une évaluation au long cours est nécessaire.

Mots clés : Culture sécurité des soins, amélioration, collectif de travail, revue de la littérature, co-priorisation, CHU, Poitiers.