



# MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS

EN ETABLISSEMENT DE SANTÉ

## GUIDE D'ENQUETE

### Pourquoi ce guide ?

Ce guide a pour objet de vous accompagner à chaque étape de la réalisation d'une enquête de mesure de la culture de sécurité des soins dans votre établissement de santé : mise en place du projet, réalisation de la mesure, analyse, appropriation et exploitation des résultats et mise en place d'actions d'amélioration pertinentes.

Ce guide s'adresse aux professionnels chargés de la mise en œuvre de cette enquête au sein de leur établissement de santé.

Cet outil est destiné aux établissements de santé, vous pouvez y accéder en vous adressant à la Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA) de votre région. Il existe une version spécifique pour les EHPAD développée par QualiREL Santé, SRA des Pays de la Loire.

Pour tout complément d'informations concernant la réalisation de l'enquête, suite à la lecture de ce guide, vous pouvez contacter la SRA de votre région. La liste et les coordonnées de ces structures sont disponibles sur le site internet de la FORAP (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé) : <https://www.forap.fr/sra>

Au niveau régional, vous pouvez contacter la SRA Occitanie selon les modalités suivantes :



Email : [e-FORAP@sra-occitanie.fr](mailto:e-FORAP@sra-occitanie.fr)

Tel : 05.67.31.21.30

# SOMMAIRE

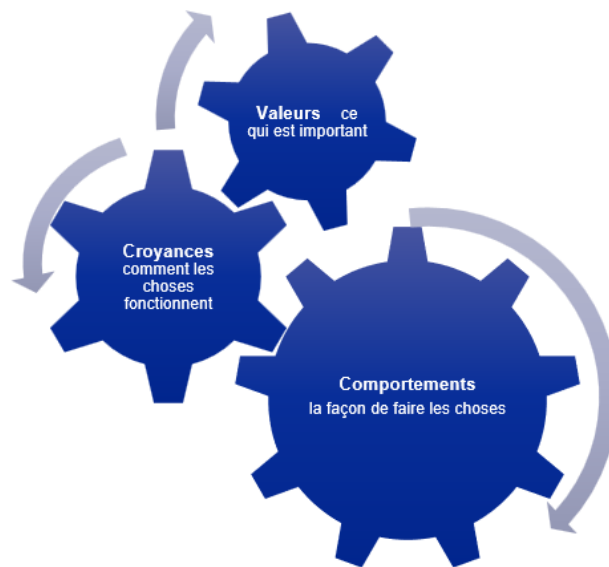
CONTEXTE .....	3
OBJECTIFS DE LA MESURE .....	5
PILOTAGE .....	6
Participation des professionnels .....	6
Préparation de la mesure.....	6
MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE.....	8
Outil de mesure.....	8
Etablissements concernés par la mesure.....	9
Périmètre de la mesure.....	9
Professionnels concernés par la mesure au sein du collectif de travail .....	11
Recueil des données .....	12
Le temps moyen pour remplir le questionnaire est estimé à 20 minutes.....	12
ANALYSE DES DONNEES.....	13
Contrôle qualité des données .....	13
Calcul des taux de participation par collectif.....	13
Mesure du niveau de culture sécurité des soins .....	13
RESTITUTION DES RÉSULTATS et ACTIONS D'AMÉLIORATION .....	15
Analyse du rapport de résultats par l'équipe de pilotage .....	15
Restitution des résultats .....	15
Animation de la séance de restitution des résultats auprès des professionnels du collectif de travail.....	16
Suivi des actions.....	17
FOIRE AUX QUESTIONS .....	18
LISTE DES ANNEXES.....	19
ANNEXE 1 : Aide-mémoire « Conduite de l'enquête » .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
ANNEXE 2 : Questionnaire d'auto-engagement .....	20
ANNEXE 3 : Formulaire d'enquête « Mesure de la culture de sécurité des soins .....	22
ANNEXE 4 : Modèle de rapport de résultats.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## CONTEXTE

La culture de sécurité des soins est définie comme « **un ensemble de manières de faire et de manières de penser largement partagées par les acteurs d'une organisation à propos de la maîtrise des risques les plus importants liés à ses activités**<sup>1</sup>.

Le niveau de culture de sécurité au sein d'une organisation est donc dépendant des **manières de penser** (valeurs, représentations, croyances) et des **manières de faire** (les comportements) des différents professionnels à titre individuel. Mais ces manières de penser et de faire individuelles, peuvent être influencées par les manières de penser et de faire au niveau du collectif, de l'organisation, et également de la société.

La culture de sécurité des soins (CSS) désigne « **un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins**<sup>2</sup>».



Il est important de développer la culture de sécurité des soins parce qu'elle a un impact positif sur la sécurité des patients<sup>3</sup> et qu'elle est un prérequis indispensable à l'efficacité des outils et des méthodes de gestion des risques qui peuvent être mis en œuvre.

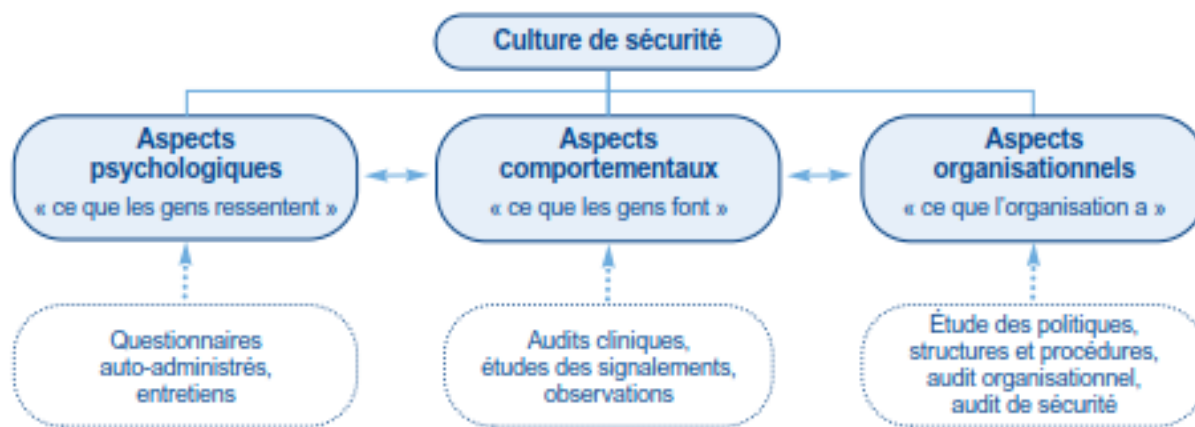
**Le développement de la culture de sécurité des soins est un projet qui s'inscrit dans la durée et qui nécessite l'engagement et l'implication de tous les acteurs au sein de l'établissement (professionnels de santé et management).**

Mesurer la culture de sécurité nécessite de s'intéresser à différents aspects psychologiques, comportementaux et organisationnels, c'est-à-dire évaluer ce que les professionnels ressentent (les perceptions et valeurs), ce que les professionnels font (les pratiques habituelles), et ce que l'organisation a défini (les structures et procédures). Il est donc nécessaire de combiner différentes méthodes pour évaluer la culture de sécurité, chacune des méthodes évaluant différents aspects, comme cela est synthétisé sur la figure ci-dessous.

1. Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI). La culture de sécurité – Comprendre et agir. Les cahiers de la sécurité industrielle, 2017.

2. Cette définition a été proposée par la société européenne pour la qualité des soins (The European Society for Quality in Health Care, [www.esqh.net](http://www.esqh.net)).

3. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes : systematic review. *BMJ Open* 2017 8;7:e017708.



Les différentes approches pour évaluer les différents aspects de la culture de sécurité, schéma extrait du guide de la HAS<sup>4</sup>.

La mesure décrite dans ce guide est la méthode la plus utilisée actuellement en santé. Elle est réalisée à partir d'un questionnaire complété par les professionnels. Elle s'intéresse principalement à l'évaluation des représentations des professionnels (leurs perceptions et attitudes vis-à-vis de la sécurité, désigné sous le terme de « climat » de sécurité). Cette mesure présente un intérêt pédagogique fort et permet en elle-même de faire progresser la culture de sécurité par une simple prise de conscience de son existence.

Basée sur ce même questionnaire de mesure, une campagne interrégionale a été menée en 2015 par la FORAP auprès de 166 établissements de santé issus de sept régions françaises, adhérents à une SRA. Le climat de sécurité perçu par les 11 418 soignants répondants était globalement peu développé. Si la dimension du travail en équipe était la plus développée, cinq dimensions apparaissaient comme étant à améliorer (score inférieur à 50 sur 100) : la perception globale de la sécurité, la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines, le soutien du management, et le travail d'équipe entre les services de l'établissement<sup>5</sup>.

La première campagne nationale de mesure de la culture de sécurité des soins a été proposée et coordonnée par la HAS et la FORAP en 2023. Cette campagne a mobilisé 661 établissements à l'échelle nationale, et 50 078 soignants répondants. 1 842 mesures ont été réalisées : 319 à l'échelle d'un établissement et 1523 à l'échelle d'un collectif de travail. Les résultats ont montré que le climat de sécurité restait perçu comme peu développé. A l'instar de la campagne précédente, la dimension « travail en équipe dans le service » était la plus développée (score à 75%), et les 5 mêmes dimensions qu'en 2015 avaient des scores inférieurs à 50%. Ces résultats ont fait l'objet d'une présentation nationale<sup>6</sup> et le rapport national était en cours de rédaction au moment de la publication du présent guide.

Pourtant, **plusieurs actions ou outils d'amélioration sont d'ores et déjà disponibles** et peuvent permettre d'améliorer certaines dimensions du climat de sécurité des soignants. Leur implantation dans les établissements a été favorisée au cours des dernières années par différentes voies : évolutions de la certification des établissements de santé, déclaration obligatoire des événements indésirables graves, généralisation des structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients, etc. Toutefois, l'appropriation de ces méthodes et outils par les professionnels de santé reste à parfaire, et a pu être fragilisée par les crises sanitaires traversées récemment.

Ce guide d'enquête a été révisé à la suite de la campagne nationale 2023, afin de permettre à chaque établissement volontaire de réaliser ses propres mesures en dehors des campagnes nationales avec le soutien de sa Structure Régionale d'Appui (SRA).

4. Haute Autorité de Santé. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Décembre 2010. 16p.

5. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, et al. Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. Risques & qualité. 2019 Mars 2019;16(1):9-17

6. Replay et diaporama disponible sur le site internet de la FORAP <https://www.forap.fr/campagne-nationale-de-la-culture-de-securite-des-soins-les-premiers-enseignements>

## OBJECTIFS DE LA MESURE

L'objectif principal de la mesure de la culture de sécurité des soins est de permettre aux établissements de santé de :

- Disposer d'un diagnostic partagé de la culture de sécurité des soins des professionnels à l'échelle de l'établissement ou des collectifs de travail identifiés ;
- Définir, après analyse des résultats avec les professionnels, des actions permettant d'améliorer les dimensions de la culture de sécurité des soins les moins développées.

# PILOTAGE

La mise en place d'une **équipe de pilotage**, au sein de chaque établissement volontaire, est indispensable. Cette équipe peut être composée :

- de membres de la gouvernance (directeur, directeur qualité-sécurité des soins, président de CME, directeur des soins, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, etc.) ;
- de professionnels de santé engagés dans la mesure (cadre de santé et responsable du ou des collectifs de travail ciblés) ;
- d'un membre de l'équipe qualité et/ou de gestion des risques.

**L'implication de la gouvernance dans cette enquête est fondamentale.** En effet, cette démarche s'inscrit pleinement dans le cadre de la politique de sécurité des soins de l'établissement. Par ailleurs, l'investissement des professionnels dans l'enquête, ainsi que les actions mises en place après analyse à la suite des résultats, engagent l'établissement dans une dynamique constructive qui pourra être valorisée dans le cadre de la certification HAS.

Il est également nécessaire de désigner un pilote et un référent pour la mesure.

- Le **pilote** est chargé d'impulser et de soutenir la démarche au sein de l'établissement et auprès de l'ensemble des professionnels. Sa position doit lui permettre de porter la mesure et ses résultats au plus haut niveau d'engagement de l'établissement.
- Le **référent** est chargé d'assurer le bon déroulement de la mesure auprès des professionnels. Son rôle est d'assurer la conduite opérationnelle du projet et de permettre une participation optimale des professionnels concernés par la mesure.

La coordination des différents acteurs de la mesure s'effectue lors de temps d'échanges à l'occasion de réunions dédiées. Pour information, dans les petites structures, le pilote peut également être le référent.

## Participation des professionnels

Les données issues de la littérature sur la culture de sécurité montrent fréquemment **un faible taux de participation associé à ce type d'enquête**<sup>7</sup> Or, un nombre insuffisant de réponses rend l'interprétation des résultats difficile, avec le risque d'obtenir un reflet de l'opinion de quelques professionnels plutôt qu'une mesure représentative du collectif de travail. Les contraintes de terrain (manque de disponibilité des professionnels, difficulté à s'isoler, absence de lieu adapté pour remplir le questionnaire, etc.) et l'inquiétude vis-à-vis du respect de la confidentialité constituent les principaux freins.

**On considère que les résultats sont représentatifs des perceptions et des attitudes déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins, dans leur collectif de travail, à partir d'un taux de participation d'au moins 60 %.**

## Préparation de la mesure

Une **bonne préparation** de l'enquête est indispensable pour obtenir une **participation élevée** des professionnels.

Cette préparation inclut notamment de :

- Renseigner collectivement le questionnaire d'auto-engagement ;
- Lire le présent document et prendre connaissance du contenu de l'enquête ;

7. Ellis LA, Pomare C, Churruka K, Carrigan A, Meulenbroeks I, Saba M, et al. Predictors of response rates of safety culture questionnaires in healthcare : a systematic review and analysis. *BMJ Open* 2022;12:e065320.

- Communiquer :
  - sur le projet **à l'ensemble des professionnels** de l'établissement (affichage, courrier électronique, journal interne, etc.) ;
  - aux instances de l'établissement dont les organisations représentatives des salariés et le comité stratégique d'établissement (CSE) (réunions d'instances, affichage, courrier électronique, journal interne, etc.) ;
  - auprès des professionnels des collectifs de travail concernés par la mesure sur les objectifs et les retombées attendues de l'enquête, les règles de confidentialité, le mode de recueil des données, la restitution des résultats, leur implication nécessaire dans la définition et la mise en place d'actions d'amélioration, etc. ;
  - par des **rappels fréquents** par l'encadrement et le référent de l'enquête tout au long de la période de recueil pour inciter un maximum de professionnels à participer.
- Mettre en place **un accès facile au questionnaire**, qu'il soit au format « papier » (distribution en mains propres ou mise à disposition dans service, salle de pause, bureau médical, secrétariat) ou en ligne avec une connexion fonctionnelle (messagerie professionnelle, intranet).



# MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE

## Outil de mesure

L'outil de mesure est la version française, testée et validée par le Ccecqa, du questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)<sup>8</sup>. Il a été traduit de l'anglais à partir d'un projet de recherche du Ccecqa sur les systèmes de signalements des événements indésirables liés aux soins et validé dans le cadre du projet « Consortium Loire-Atlantique–Aquitaine–Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé »<sup>9</sup> L'outil a été révisé en 2023 par un groupe de travail de la FORAP, afin d'adapter le vocabulaire utilisé aux pratiques actuelles, sans modifier le sens original des items. Trois items, qui n'entraient pas dans le calcul des scores par dimension ont par ailleurs été retirés du questionnaire.

Cet outil est composé de **43 items** au total :

- 40 items organisés selon cinq grandes sections :
  - A. Votre collectif de travail ;
  - B. Votre supérieur hiérarchique immédiat ;
  - C. Communication ;
  - D. Fréquence de signalement des événements indésirables ;
  - F. Votre établissement de santé.

Ces 40 items permettent de recueillir les perceptions et les attitudes des professionnels en lien avec la sécurité des soins. Chaque item est rapporté à une des 10 dimensions considérées comme importantes pour la culture de sécurité (cf. tableau ci-dessous).

- 2 items de résultats :
  - E. Niveau de sécurité des soins ;
  - G. Nombre d'événements indésirables signalés.
- 1 item d'information générale :
  - Filière professionnelle du répondant.

Aucun item n'est obligatoire. Si un professionnel ne se sent pas concerné par une question, il peut ne pas y répondre.

En fin de questionnaire, un espace est réservé au recueil des commentaires du répondant.

### Les 10 dimensions de la culture de sécurité et leurs définitions :

<b>1. Perception globale de la sécurité</b>	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.
<b>2. Fréquence de signalement des événements indésirables</b>	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.
<b>3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins</b>	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 récurrents de sécurité des soins.

8. Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture : A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In : Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety : New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2 : Culture and Redesign). Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.

9. Consortium Loire-Atlantique-Aquitaine-Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (Clarté). Rapport final du projet Clarté. Clarté, juin 2013.

<b>4. Organisation apprenante et amélioration continue</b>	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.
<b>5. Travail d'équipe dans le service</b>	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.
<b>6. Liberté d'expression</b>	Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
<b>7. Réponse non punitive à l'erreur</b>	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.
<b>8. Ressources humaines</b>	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.
<b>9. Soutien du management pour la sécurité des soins</b>	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.
<b>10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement</b>	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.

Les modalités de réponses pour les 40 items sur les perceptions et les attitudes des professionnels correspondent à une échelle d'approbation de type Likert à cinq niveaux (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ») ou à une échelle de fréquence de type Likert à cinq niveaux (de « jamais » à « toujours »).

## Etablissements concernés par la mesure

Seuls les établissements de santé, publics et privés, sont concernés par la mesure. L'accès au questionnaire se fait par demande auprès de la SRA de la région de l'établissement.

## Périmètre de la mesure

**Le niveau de culture de sécurité des soins n'est pas homogène au sein d'un établissement de santé.** En effet, en fonction des activités pratiquées et du niveau d'exposition au risque, plusieurs modèles de culture sécurité peuvent coexister au sein d'un établissement de santé et influencer le niveau de culture de sécurité des professionnels.

De ce fait, **une mesure globale au niveau de l'établissement n'est pas forcément la plus appropriée**, hormis dans les établissements de taille modérée, avec une activité unique ou des activités similaires.

Dans les autres établissements, il est préférable de réaliser la mesure de la culture de sécurité des soins sur des **collectifs de travail** clairement identifiés.

### Qu'est-ce qu'un collectif de travail dans le cadre de l'Enquête Culture Sécurité ?

Un collectif de travail se caractérise par « le partage de règles de métiers et de critères sur la qualité du travail. [...] Il se construit par la reconnaissance des compétences, la confiance, les échanges sur les valeurs. La vitalité du collectif se mesure par les réélabérations des règles<sup>10</sup>».

En établissement de santé, un collectif de travail potentiellement concerné par la mesure de culture de sécurité des soins peut se définir comme un groupe de professionnels :

- appartenant **au même établissement** ;
- ayant en **commun la prise en charge des patients d'une spécialité ou d'un parcours défini** ;
- ayant pour **habitude de travailler ensemble** dans le cadre de **prises en charge thérapeutiques** ;
- disposant de **règles de fonctionnement définies**, mises en œuvre et reconnues au sein de l'établissement d'appartenance ;
- dont les membres ont nécessairement **besoin de communiquer**, de coopérer et de s'alerter pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient ;
- **volontaires** pour participer à l'enquête sur la mesure de culture de sécurité des soins.

Il s'agit donc d'unités de travail pouvant correspondre :

- soit à un **découpage administratif** : unité fonctionnelle, service, pôle, etc. ;
- soit à **une logique de fonctionnement commune** : le bloc opératoire, l'activité d'endoscopie, une prise en charge en sismothérapie, une prise en charge de RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), une prise en charge en salle de césariennes, etc.

La mesure de la culture de sécurité des soins au niveau de ces collectifs de travail va permettre une **analyse plus fine des résultats**, avec les acteurs concernés. Cette analyse permet alors de définir et de mettre en œuvre des **actions** d'amélioration **plus pertinentes**, en agissant en proximité sur les différentes composantes de la culture de sécurité des soins : alerte, retour d'expérience, culture juste et travail en équipe.

La notion de **volontariat des collectifs de travail** est essentielle à la réussite de la mesure, d'une part pour s'assurer d'une bonne participation des professionnels à l'enquête, et d'autre part pour garantir une collaboration de ceux-ci à la définition et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. La mesure concerne donc l'ensemble des collectifs de travail volontaires de l'établissement.

Il est nécessaire de préciser que si, au sein d'un même établissement, **plusieurs collectifs sont engagés** dans l'enquête, **il n'est pas pertinent de comparer leurs résultats**. En effet, chaque collectif s'est construit, au fil du temps, un rapport singulier avec la notion de culture de sécurité des soins. Par ailleurs, il s'agit d'une enquête sur les perceptions et attitudes, dont les résultats, bien que reflétant une réalité de terrain, restent subjectifs. **Comparer les résultats** issus de différents collectifs, au sein d'un même établissement, n'aurait donc **pas de sens**.

10. Caroly S. Collectif de travail. Dans : Valléry G, Bobillier-Chaumon ME, Brangier E, Dubois M, directeurs. Psychologie du Travail et des Organisations. 110 notions clés. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup ; 2016. p. 101-4.

## Professionnels concernés par la mesure au sein du collectif de travail

Au sein de chaque collectif identifié, il est **nécessaire de lister les professionnels** qui sont concernés par la mesure.

Ce sont ceux :

- dispensant des soins aux patients ou accompagnant le patient au cours de sa prise en charge, c'est-à-dire **tous les 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**.

On peut citer, par exemple :

- 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, à condition qu'elles interviennent auprès du patient au cours de sa prise en charge ;
- les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, à condition qu'ils interviennent auprès du patient au cours de sa prise en charge.

Sont 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** ;
- les professionnels absents au cours de la période de mesure ;
- les professionnels **n'intervenant pas auprès du patient**.

NB : certains professionnels ayant une activité transversale appartiennent à plusieurs collectifs. Aussi, il est important que les professionnels soient **informés du périmètre choisi** afin d'apporter des réponses en rapport avec le collectif de travail concerné par la mesure.

**Connaître le nombre total de professionnels au sein d'un collectif de travail est indispensable au calcul du taux de participation (dénominateur) et à l'édition du rapport de résultats.**

Pour plus de détail sur les collectifs de travail, se reporter à la [FAQ](#).

## Recueil des données

Il est essentiel de mesurer la culture de sécurité des soins au cours d'une période où le personnel et l'activité du/des collectif(s) de travail sont relativement stables, donc en dehors d'une période de changements significatifs.

En effet, les réponses des professionnels au questionnaire peuvent être influencées par des **facteurs internes** à leur collectif (survenue récente d'un événement indésirable associé aux soins, changement de l'encadrement de proximité, changement du personnel, etc.) et par des **facteurs externes** à leur collectif (période de certification de l'établissement, arrivée d'un nouveau directeur, médiatisation récente d'un événement indésirable associé aux soins, mouvements sociaux, etc.).

Afin de faciliter le recueil, il est conseillé d'éviter les périodes de vacances scolaires.

Enfin, certains items du questionnaire étant rédigés sous forme négative, il est important de rappeler aux professionnels **d'être vigilants et de bien lire chaque question** avant d'y répondre.

Deux modes de recueil peuvent être mis à la disposition des professionnels, au choix de l'établissement, voire du collectif de travail. Les deux modes de recueil doivent permettre de respecter la confidentialité des données et l'anonymat du professionnel répondant :

- un **mode dématérialisé** pour lequel les professionnels accèdent et répondent au questionnaire en ligne, via une URL (ou un QR code) mise à leur disposition par le référent, utilisateur de la plateforme eFORAP. Ce mode dématérialisé permet de garantir l'anonymat des réponses, mais nécessite de prendre en compte les contraintes d'accès individuel au questionnaire par les professionnels (l'accès anonyme oblige à remplir l'enquête en une seule fois) ;
- un **mode centralisé** pour lequel chaque professionnel répond à un questionnaire au format « papier » et où les questionnaires complétés sont collectés puis saisis sur la plateforme eFORAP par le référent de la mesure, utilisateur de la plateforme eFORAP. Les questionnaires sont imprimés et distribués à chaque professionnel concerné par la mesure, de la main à la main, via les bulletins de salaire ou lors d'une réunion de présentation par exemple. Il est important d'anticiper la centralisation des données, autrement dit le dispositif de collecte des questionnaires envisagé (ex. : boîtes de collecte visibles dans un lieu stratégique). **Cette centralisation doit respecter la confidentialité des réponses et le caractère anonyme des questionnaires**, en donnant par exemple la possibilité au répondant de glisser son questionnaire dans une enveloppe individuelle avant de le déposer dans la boîte de collecte. Dans le même ordre d'idée, la traçabilité des répondants (de type feuille d'émargement) ne semble pas opportune pour assurer auprès des professionnels le caractère anonyme et confidentiel.

Il est préconisé **d'utiliser un mode de recueil unique au sein d'un même collectif de travail**.

Le temps moyen pour remplir le questionnaire est estimé à 20 minutes.

# ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données repose sur la méthodologie définie par l'AHRQ<sup>11</sup>

## Contrôle qualité des données

Pour les collectes sur questionnaire papier : en cas de double réponse à un item, la donnée à saisir est celle correspondant au plus haut niveau de culture sécurité coché par le répondant.

Après la saisie, un contrôle automatisé de la qualité des données permet d'exclure les questionnaires ayant une des caractéristiques suivantes :

- moins de la moitié des 42 items remplis ;
- des réponses identiques à l'ensemble des 42 items.

## Calcul des taux de participation par collectif

Deux taux de participation sont calculés : le taux de **participation initiale** et le taux de **participation finale**.

- Le taux de participation initiale correspond à la proportion de professionnels ciblés ayant au moins commencé à remplir le questionnaire. Il se calcule de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de questionnaires saisis au sein du collectif}}{\text{Nombre de professionnels éligibles au sein du collectif}}$$

- Le taux de participation final correspond à la proportion de professionnels ciblés ayant rempli le questionnaire de manière conforme pour être intégré dans l'analyse. Il se calcule de la manière suivante :

$$\frac{(\text{Nombre de questionnaires saisis} - \text{Nombre de questionnaires exclus*}) \text{ au sein du collectif}}{\text{Nombre de professionnels éligibles au sein du collectif}}$$

\* Exclusion si moins de la moitié des 42 items remplis, ou si réponses identiques à l'ensemble des 42 items

Pour garantir la représentativité des perceptions et des attitudes déclarées par les professionnels en matière de sécurité des soins, il est préconisé d'atteindre **un taux de participation final d'au moins 60 % au sein d'un collectif de travail**.

Pour protéger la confidentialité des réponses, il est préconisé de ne pas diffuser de rapport de résultat lorsqu'il y a moins de **10 réponses** dans un collectif de travail.

## Mesure du niveau de culture sécurité des soins

1. Pour chaque item, on calcule la **proportion de réponses** aux différentes modalités :

Modalités de réponse aux items		% réponses
Pas du tout d'accord	Jamais	a %
Pas d'accord	Rarement	b %
Neutre	De temps en temps	c %
D'accord	La plupart du temps	d %
Tout à fait d'accord	Toujours	e %

NB : Les non-réponses sont exclues du calcul.

2. Puis, pour chaque item, on regroupe les résultats en 3 classes :

Classes	% réponses
Proportion de réponses en faveur d'une culture de sécurité développée : les deux modalités de réponse les <b>plus en faveur d'une culture de sécurité développée</b>	X %
Proportion de réponses « neutres » : la modalité de réponse « centrale »	Y %
Proportion de réponses en faveur d'une culture de sécurité à améliorer : les deux modalités de réponse les <b>moins en faveur d'une culture de sécurité développée</b>	Z %

**Attention :**

- Pour les items à **formulation positive**, la proportion de réponses en faveur d'une culture de sécurité développée correspond aux réponses **d %** et **e %**.
- Pour les items à **formulation négative**, la proportion de réponses en faveur d'une culture de sécurité développée correspond aux réponses **a %** et **b %**.

*Exemple : Pour l'item A11 « Lorsqu'un évènement indésirable est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème », les réponses en faveur d'une culture de sécurité développée sont « Pas du tout d'accord » et « Pas d'accord ».*

3. Enfin, on calcul le score de chacune des 10 dimensions. Ce score correspond à la moyenne des proportions de réponses en faveur d'une culture sécurité développée des items composant la dimension.

Exemple pour la dimension n°1. « Perception globale de la sécurité » :

Cette dimension est reliée aux 4 items suivants (\* Items à formulation négative) :

- A14. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important
- A17. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs
- A9\*. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu, jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail
- A16\*. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail

La mesure dans un collectif de travail donne les résultats suivants :

Les 4 items en lien avec la dimension n°1 « Perception globale de la sécurité »	Pour les items à formulation positive : nombre de réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord »	Pour les items à formulation négative : nombre de réponses « pas du tout d'accord » et « pas d'accord »	Nombre total de réponses (après exclusion des non-réponses)	Proportion de réponses en faveur d'une culture de sécurité développée
A14. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	34	-	58	<b>59 %</b>
A17. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	41	-	55	<b>75 %</b>
A9*. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail	-	29	58	<b>50 %</b>
A16*. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	-	41	57	<b>72 %</b>
<b>Score = moyenne des proportions de réponses en faveur d'une culture sécurité développée :</b>				<b>64%</b>

# RESTITUTION DES RÉSULTATS et ACTIONS D'AMÉLIORATION

## Analyse du rapport de résultats par l'équipe de pilotage

**Une restitution partagée et discutée participe déjà en soi à l'amélioration de la culture de sécurité.**

L'**équipe de pilotage a la charge de la préparation de la restitution des résultats** qui comporte plusieurs étapes. Afin de vous aider à préparer au mieux cette restitution auprès des collectifs de travail, plusieurs documents sont à votre disposition :

- Le guide HAS-FORAP (2019) « Enquêtes sur la culture de sécurité : comprendre et agir » vous apporte une aide à l'appropriation et à l'exploitation de vos résultats, ainsi que pour préparer et animer les restitutions auprès des professionnels ;
- Un diaporama de présentation des résultats aux collectifs issu du guide précédent vous fournit un support pour animer la discussion lors de cette restitution.

Il est nécessaire de préciser que si, au sein d'un même établissement, **plusieurs collectifs sont engagés** dans l'enquête, **il n'est pas pertinent de comparer leurs résultats**. En effet, chaque collectif s'est construit, au fil du temps, un rapport singulier avec la notion de culture de sécurité des soins. Par ailleurs, il s'agit d'une enquête sur les perceptions et attitudes, dont les résultats, bien que reflétant une réalité de terrain, restent subjectifs. **Comparer les résultats** issus de différents collectifs, au sein d'un même établissement, n'aurait donc **pas de sens**.

## Restitution des résultats

Il est important lors de cette présentation, comme plus globalement pour toutes les restitutions, de rappeler que les résultats obtenus sont l'expression **des perceptions et attitudes** des professionnels répondants. Il est donc primordial, de manière systématique, de mettre ces résultats en perspective avec la réalité des actions déclinées sur le terrain et des projets en cours, l'écart entre perceptions et attitudes et la réalité de ce qui est mis en œuvre pouvant parfois être important.

### 1. A la gouvernance

Si la gouvernance ne fait pas partie de l'équipe de pilotage, les résultats doivent lui être présentés.

### 2. A l'encadrement de proximité

En amont de la restitution auprès du collectif, il est nécessaire de présenter ces résultats à l'encadrement de proximité notamment lorsque les résultats de la dimension 3 « Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins » correspondent à une dimension dite « à développer ». Cette présentation, sans la présence de l'équipe, permettra à l'encadrement de prendre la mesure des résultats, en veillant bien à toujours remettre cette perception en perspective avec la réalité des actions et projets mis en œuvre.

### 3. A chaque collectif engagé

Une fois la gouvernance et l'encadrement de proximité informés, il est indispensable de restituer les résultats de l'enquête **aux participants**. En effet, l'appropriation et la discussion des résultats **conditionnent l'engagement** de chacun aux actions définies.

Dans l'idéal, cette restitution des résultats aura lieu dans le trimestre suivant la conduite de l'enquête.

L'objectif de cette étape de restitution auprès des professionnels est de vous permettre d'**identifier les forces et les points d'amélioration** du collectif de travail ou de l'établissement, afin de progresser collectivement à partir d'un constat partagé et discuté.

Il est probable que vous ne puissiez pas toucher tous les professionnels du collectif lors de la réunion de restitution (taille importante du collectif, absences le jour de la présentation, ...) : aussi, il vous sera nécessaire de réfléchir à la manière de remédier à ce problème, peut-être via la tenue de plusieurs réunions auprès du même collectif, ou encore via une restitution ciblée auprès de représentants de chaque fonction, ...



Dans tous les cas, il est indispensable de prévoir un temps suffisant pour cette restitution afin de garantir un temps d'échange avec les professionnels à la fois autour des résultats mais aussi et surtout autour de **l'identification d'actions d'amélioration**.

Si le temps accordé vous paraît trop court, une restitution « en deux temps » peut aussi être envisagée : le premier temps sera alors consacré à la présentation des résultats et aux échanges issus de celle-ci ; le second temps sera alors quant à lui dédié aux échanges autour des actions d'amélioration qui auront pu émerger dans l'intervalle.

#### 4. Aux instances

Une présentation des résultats aux instances de l'établissement (Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, Commission Des Usagers, ...) peut être organisée afin de les informer des résultats de la mesure mais aussi et surtout des actions identifiées à l'issue des restitutions par les professionnels.

### Animation de la séance de restitution des résultats auprès des professionnels du collectif de travail

Quel que soit le périmètre de réalisation de l'enquête, la restitution doit se faire à un niveau qui a du sens et **au plus près des professionnels**. Le collectif de travail reste le niveau de restitution le plus pertinent.

La restitution est une opportunité pour la gouvernance et le(s) collectif(s) de travail de construire un diagnostic partagé qui conduit les professionnels à prendre conscience de l'intérêt du changement et des modifications à opérer

Quel que soit le type de restitution privilégié, il est important de :

- rappeler qu'il s'agit de l'expression des **perceptions et attitudes des professionnels** ;
- **valoriser** les résultats positifs ;
- prendre en compte les **verbatim** ;
- utiliser les résultats pour **susciter la réflexion et les échanges** sur les perspectives et les actions à poursuivre ou à mettre en œuvre : « Est-ce que ces résultats vous interpellent ? Pensez-vous qu'ils correspondent à votre collectif de travail ? » ;
- **co-construire** avec les professionnels : « Que peut-on faire ensemble ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Que pourrions-nous systématiser ? Améliorer ? Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'améliorer ce point ? Qu'il faut poursuivre nos efforts ? » ;
- **s'interroger** sur les outils disponibles : « Sont-ils correctement utilisés ? Peut-on en améliorer l'utilisation ? Comment ? » ;
- **rester à l'écoute** des équipes.

Il est important de garder en tête qu'une action peut participer à développer plusieurs thématiques.

A l'issue de la séance de restitution ou des séances des restitutions (si plusieurs séances pour un même collectif), le collectif valide les actions identifiées.

**La participation collective aux décisions est un élément important de la mobilisation de tous les acteurs.**

## Suivi des actions

L'ensemble des actions identifiées lors des différentes séances de restitution auprès des collectifs concernés, doit être remonté à l'équipe de pilotage : celle-ci aura ainsi une vision d'ensemble des actions issues des restitutions et pourra en établir une synthèse<sup>12</sup>.

Il lui sera donc possible par exemple, de distinguer les actions ayant une portée institutionnelle car identifiées par plusieurs collectifs.

Ces actions devront ensuite être intégrées au PAQSS et leur suivi organisé.

---

12. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, et al. Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. *Risques & qualité*. 2019;16(1):9-17  
Guide d'enquête- MCSS, avril 2024

# FOIRE AUX QUESTIONS

## **Pourquoi le top management de l'établissement doit-il être impliqué ?**

Le leadership en sécurité ne se délègue pas. La littérature démontre que le soutien du top management est indispensable au développement de la culture de sécurité. Le soutien que la gouvernance apportera au projet, et sa participation active dans les restitutions, sont des critères incontournables.

## **Est-il possible de créer un collectif « cadres de santé » ?**

Non ce n'est pas possible, cet ensemble désigne une catégorie professionnelle et ne répond pas à la définition du collectif dans le cadre de l'enquête.

## **Les professionnels constituant un collectif doivent-ils nécessairement appartenir au même service ou unité fonctionnelle ?**

Non, pas forcément, l'important étant qu'ils collaborent régulièrement dans le cadre de prises en soins.

## **Est-il possible de proposer l'enquête à des professionnels administratifs ou techniques qui ne sont pas en contact avec les patients ?**

Non, au sein d'un collectif, seuls les professionnels « dispensant des soins aux patients ou accompagnant le patient au cours de sa prise en charge, c'est-à-dire, tous les professionnels étant en contact avec le patient au cours de sa prise en charge » sont concernés.

## **Est-ce que les services transversaux tels que la pharmacie et les laboratoires, peuvent être concernés par l'enquête ?**

Non, ces services transversaux qui ne sont pas directement en contact avec le patient ne peuvent pas participer en tant que service à cette enquête.

En revanche, tout professionnel de ces services intervenant directement auprès du patient dans le cadre d'un parcours de prise en charge ou encore d'une filière pourra participer au titre de membre du collectif concerné.

On pourra citer par exemple, le cas d'un préparateur en pharmacie ou encore d'un pharmacien intervenant dans le cadre de la conciliation médicamenteuse ou encore d'un programme d'éducation thérapeutique au sein d'une filière de prise en charge : ces professionnels collaborant régulièrement dans le cadre de prises en soins de cette filière devront être inclus dans le collectif concerné.

## **Combien de collectifs est-il possible d'engager en même temps ?**

Le nombre de collectifs engagés dans l'enquête, au sein d'un même établissement, n'est pas restreint. Cependant, il est important d'avoir en tête que la mesure de la culture de sécurité ne se limite pas au recueil des données. Les résultats devront être analysés par l'équipe de pilotage puis restitués à chaque collectif, si possible en présence du top management de l'établissement. Le collectif devra ensuite être accompagné dans la mise en œuvre des actions.

## **Y a-t-il un nombre minimum ou maximum de professionnels dans un collectif ?**

Pour protéger la confidentialité des réponses, il est préconisé de ne pas diffuser de rapport de résultat lorsqu'il y a moins de **10 réponses** dans un collectif de travail.

Le nombre de professionnels doit être suffisamment important pour garantir l'anonymat des répondants. Il n'existe pas de borne maximale.

## **Comment procéder si un professionnel intervient au sein de plusieurs collectifs ?**

Le professionnel peut, dans ce cas précis, remplir un questionnaire par collectif. Il sera alors nécessaire de lui indiquer le périmètre (= collectif) auquel il se réfère pour chaque questionnaire. Pour ce professionnel, il sera important d'assister autant que possible aux restitutions de chacun des collectifs de travail auxquels il a contribué dans le cadre de l'enquête.

## **Qu'est-ce que n'est pas un collectif de travail dans le cadre de la mesure de Culture de Sécurité des soins ?**

Un collectif de travail potentiellement concerné par la mesure de culture de sécurité des soins :

- n'est pas une catégorie de professionnels (ex : cadres, médecins, kinés, ...)
- n'intègre pas de professionnels administratifs ou techniques non impliqués dans les prises en soins.

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire d'auto-engagement

ANNEXE 2 : Aide-mémoire « Conduite de l'enquête »

# ANNEXE 1

## Questionnaire d'auto-engagement



### VOTRE ETABLISSEMENT EST-IL PRET POUR S'ENGAGER DANS UNE MESURE DE LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS ?

Le développement de la culture de sécurité est un projet qui s'inscrit dans la durée et qui nécessite l'engagement et l'implication de tous les acteurs au sein de l'établissement, aussi bien les professionnels de santé que le management. Après avoir pris connaissance du guide d'enquête, nous vous proposons de répondre à ces quelques questions qui vous aideront à prendre la décision et à définir le périmètre de votre mesure.

#### Grille d'auto-évaluation de votre capacité d'engagement

1. Avez-vous pris connaissance du guide d'enquête et du questionnaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Prendre connaissance de ces documents est indispensable avant de s'engager dans cette enquête.</i>		
2. Le développement de la culture de sécurité s'inscrit dans une démarche en vue d'un changement en profondeur de la culture. Vous considérez-vous prêts à conduire ce changement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>L'importance d'une culture sécurité intégrée et partagée par tous les acteurs, est largement reconnue comme un élément décisif pour parvenir à des performances durables. La culture de sécurité d'une organisation repose sur un ensemble de croyances, d'attitudes et de comportements développés et appliqués par les managers et le personnel, pour maîtriser les risques inhérents aux activités. Il est important de se demander si les équipes dirigeantes et les cadres sont prêts, dans leurs actions, à changer de culture et de processus pour améliorer le travail d'équipe et la sécurité du patient.</i>		
3. Vous êtes-vous assurés que la situation actuelle de l'établissement vous permet de conduire cette démarche de manière sereine ? Est-ce le bon moment pour votre établissement ? (par exemple, absence de projet de fusion, de restructuration, conflit, autre changement important, situation de crise, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Bien qu'il n'existe pas de moment idéal, le contexte institutionnel doit être pris en compte afin d'assurer un taux de participation minimal de 60% par collectif et de disposer ainsi de résultats représentatifs.</i>		
4. Avez-vous communiqué autour de ce projet (ou prévu de le faire) à tous les niveaux stratégiques de votre établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Il est important de partager et d'expliquer afin de favoriser la compréhension et obtenir l'adhésion de tous.</i>		
5. Avez-vous réfléchi au périmètre de la mesure ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Une mesure globale au niveau de l'établissement n'est pas nécessairement la plus appropriée car plusieurs modèles de culture sécurité peuvent coexister au sein d'un même établissement de santé. Il est recommandé de proposer l'enquête à l'échelle de collectifs de travail.</i>		
6. Votre établissement peut-il identifier une équipe de pilotage pour suivre ce projet ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>L'équipe de pilotage peut être composée : de membres de la gouvernance (directeur, directeur qualité-sécurité des soins, président de CME, directeur des soins, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, etc.) ; de professionnels de santé engagés dans la campagne (cadre de santé et responsable du ou des collectifs de travail ciblés) ; de membres de l'équipe qualité et/ou de gestion des risques.</i>		
7. Votre établissement peut-il identifier un PILOTE pour ce projet ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Le pilote est chargé d'impulser et de soutenir la démarche au sein de l'établissement et auprès de l'ensemble des professionnels. Sa position doit lui permettre de porter la campagne et ses résultats au plus haut niveau d'engagement de l'établissement.</i>		

<b>8. Votre établissement peut-il identifier un REFERENT pour ce projet ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Le référent est chargé d'assurer le bon déroulement de la mesure auprès des professionnels. Son rôle est, à partir du guide d'enquête, d'assurer la conduite opérationnelle du projet et de permettre une participation optimale des professionnels concernés par la mesure. Il doit bénéficier d'un soutien de l'équipe de pilotage. Les missions de pilote et de référent peuvent être assurées par une même personne.</i>		
<b>9. L'équipe de pilotage ou le PILOTE sont-ils en mesure d'identifier les <u>collectifs de travail</u>* éligibles et lister dans chacun d'eux les professionnels qui les composent ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Définition du collectif de travail : Cf. en bas de page de ce questionnaire.</i>		
<b>10. Les collectifs de travail choisis répondent-ils aux critères suivants :</b>		
- <b>Volontariat d'engagement dans le projet ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- <b>Stabilité prévisible du/des manager(s) du collectif de travail dans les 18 mois à venir ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- <b>Absence de sollicitation récente pour une mesure de la culture sécurité ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Pour obtenir un <u>taux de participation minimal de 60%</u>, il est préconisé que le ou les collectifs de travail engagés répondent positivement à ces critères.</i>		
<b>11. Votre établissement est-il prêt à :</b>		
- <b>Analyser le rapport de résultats en équipe de pilotage ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- <b>Restituer les résultats auprès de chaque collectif de travail ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- <b>Accompagner et suivre le développement de la culture de sécurité des soins pendant les mois qui suivront la mesure ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Améliorer la culture, faire évoluer les comportements, mettre en place des pratiques collaboratives, sont autant de <u>challenges</u> qu'il faut soutenir sur le long terme, les changements et l'amélioration de la sécurité du patient devant être visibles et partagés. Ainsi, les progrès et changements pourront être reconnus dans le cadre de dispositifs mis en place par la HAS (Certification, PACTE, etc.). Une culture sécurité intégrée et partagée par tous les acteurs, est un élément décisif dans l'instauration de performances durables. La culture de sécurité d'une organisation repose sur un ensemble de croyances, attitudes et comportements développés et appliqués par les managers et le personnel, pour maîtriser les risques inhérents aux activités. Il est important que les équipes dirigeantes et les cadres se questionnent quant à leur capacité, dans leurs actions, à changer de culture et de processus dans le but d'améliorer le travail d'équipe et la sécurité du patient.</i>		

(\*) Extrait de la page 11 du guide d'enquête

Un **collectif de travail** se caractérise par « le partage de règles de métiers et de critères sur la qualité du travail. [...] Il se construit par la reconnaissance des compétences, la confiance, les échanges sur les valeurs. La vitalité du collectif se mesure par les réélabérations des règles ».

En établissement de santé, un collectif de travail potentiellement concerné par la mesure de culture de sécurité peut se définir par :

- un groupe de professionnels appartenant au même établissement,
- qui a en commun 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,
- dont les membres ont nécessairement besoin de communiquer, de coopérer et de s'alerter pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient.

Il s'agit donc d'unités de travail pouvant correspondre :

- soit à un découpage administratif : unité fonctionnelle, service, pôle, etc.,
- soit à une logique de fonctionnement commune : le bloc opératoire, l'activité d'endoscopie, une prise en charge en sismothérapie, une prise en charge de RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), une prise en charge en salle de césariennes, etc.

La mesure de la culture de sécurité au niveau de ces collectifs de travail va permettre une analyse plus fine des résultats, avec les acteurs concernés. Cette analyse permet alors de définir et de mettre en œuvre des actions d'amélioration plus pertinentes, en agissant en proximité sur les différentes composantes de la culture de sécurité : alerte, retour d'expérience, culture juste et travail en équipe.

## ANNEXE 2

### Aide-mémoire « Conduite de l'enquête »

1. SE PREPARER	
<input type="checkbox"/>	Renseigner le questionnaire d'auto-engagement
<input type="checkbox"/>	Constituer une équipe de pilotage
<input type="checkbox"/>	Désigner un référent et un pilote
<input type="checkbox"/>	Prendre connaissance des documents (cf. annexes enquête, modèle de rapport, ...)
<input type="checkbox"/>	Etablir un rétroplanning du projet
<input type="checkbox"/>	Contacter le référent de la SRA si nécessaire
2. DEFINIR LE PERIMETRE DE L'ENQUETE	
<input type="checkbox"/>	Identifier le ou les collectif(s) de travail
<input type="checkbox"/>	Recenser les professionnels concernés et l'activité au sein de chaque collectif de travail
<input type="checkbox"/>	Renseigner la/les fiche(s) périmètre sur la plateforme eFORAP
3. COMMUNIQUER	
<input type="checkbox"/>	Présenter l'enquête et vos objectifs
<input type="checkbox"/>	Partager l'intérêt de participer à l'enquête
<input type="checkbox"/>	Réaliser une communication ciblée sur le(s) collectif(s) de travail identifiés
4. DEPLOYER L'ENQUETE	
<input type="checkbox"/>	Mettre à disposition l'enquête (modalité unique pour un collectif de travail)
<input type="checkbox"/>	Rappeler les délais
<input type="checkbox"/>	Suivre la participation, poursuivre la communication et relancer si nécessaire
5. ANALYSER, PARTAGER ET PROGRESSER	
<input type="checkbox"/>	Analyser le(s) rapport(s) de résultats en équipe de pilotage
<input type="checkbox"/>	Animer les restitutions auprès de chaque collectif de travail engagé (présence du top management)
<input type="checkbox"/>	Co-construire des actions de développement de la culture de sécurité

