
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Mesure de la culture de sécurité des soins en établissements de santé

Résultats nationaux de l'enquête
2023 auprès des professionnels
de santé

Validé par le Collège le 12 décembre 2024

Descriptif de la publication

Titre	<p>Mesure de la culture de sécurité des soins en établissements de santé</p> <p>Résultats nationaux de l'enquête 2023 auprès des professionnels de santé</p>
Méthode de travail	Enquête menée auprès de l'ensemble des établissements de santé volontaires, publics et privés, adhérant ou non à une structure régionale d'appui sur une période donnée.
Objectif(s)	<p>Objectifs principaux de la campagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> — disposer d'un diagnostic 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. <p>Objectifs secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> — disposer d'un état des lieux national de la culture de sécurité des soins des professionnels exerçant des soins dans les établissements de santé ; — partager les enseignements issus des analyses locales, afin de proposer au niveau régional un programme d'actions en faveur de l'acculturation des professionnels des établissements de santé.
Cibles concernées	Les professionnels de santé, les établissements de santé, les acteurs de la gestion des risques, les structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients, le ministère de la Santé et de l'Accès aux soins et les autres organismes publics de santé.
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Groupe de travail « culture de sécurité des soins » de la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé (FORAP)
Pilotage du projet	<p>FORAP : Véronique Garcia, cheffe de projet (CCECQA) ; Sandra Genevois, cheffe de projet (CEPPRAAL) ; Catherine Pourin, vice-présidente ; Noémie Terrien, présidente.</p> <p>HAS : Laure Misrahi-Guillaume, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS) ; Candice Legris, adjointe à la cheffe de service ; Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service.</p> <p>Secrétariat (HAS) : Françoise Alves.</p> <p>La FORAP a participé au cadrage de l'enquête et à la communication préalable au lancement de l'enquête. Elle a réalisé également l'enquête sur le terrain par l'intermédiaire des structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients, a effectué l'analyse des données recueillies et a rédigé le rapport de résultats. Elle a communiqué également sur les premiers résultats au niveau régional et national et a participé à la diffusion du rapport.</p> <p>La HAS a participé au cadrage de l'enquête, à la communication préalable au lancement de l'enquête et à celle sur les premiers résultats nationaux, ainsi qu'à la relecture du rapport, à sa mise en forme et à sa diffusion.</p>
Recherche documentaire	Assistante documentaliste (HAS) : Maud Lefevre.
Auteurs	FORAP : Véronique Garcia, cheffe de projet (CCECQA) ; Sandra Genevois, cheffe de projet (CEPPRAAL) ; Ahmed Djihoud, chargé de mission eFORAP (CCECQA) ; Catherine Pourin, vice-présidente ; Noémie Terrien, présidente.
Validation	Version du 12 décembre 2024

Sommaire

1. Introduction	6
2. Objectifs de la campagne	8
3. Méthode	9
3.1. Établissements concernés et méthode de recrutement	9
3.2. Questionnaire utilisé	9
3.3. Pilotage de la démarche	11
3.4. Taux de participation attendu	11
3.5. Périmètre de la mesure au sein d'un établissement	12
3.5.1. Collectifs de travail	12
3.5.2. Professionnels concernés	13
3.6. Modalités et période de recueil	14
3.7. Analyse des données et restitution des résultats aux établissements	14
3.8. Analyse des données au niveau national	15
4. Résultats	16
4.1. Participation	16
4.1.1. Participation à l'enquête	16
4.1.2. Établissements et collectifs de travail retenus pour l'analyse nationale	18
4.2. Perceptions et attitudes des professionnels en lien avec la sécurité des soins	19
4.2.1. Scores moyens par dimension de la culture de sécurité des soins	19
4.2.2. Réponses aux items des dimensions	22
4.3. Niveau de la sécurité des soins	25
4.4. Nombre d'évènements indésirables signalés	25
4.5. Analyse des commentaires des professionnels	28
5. Discussion	30
5.1. Une participation des établissements de santé à souligner pour cette première mesure nationale de la culture de sécurité des soins	30
5.2. Des dimensions de la culture de sécurité des soins à améliorer	30
5.3. Le travail d'équipe : un levier du collectif de travail, un enjeu de coopération entre services	31
5.4. Une baisse de la perception de culture de sécurité des soins dans plusieurs dimensions mais une meilleure vision de l'attente des responsables	32
5.5. Le soutien du management : un levier du développement de la culture de sécurité des soins	33
6. Conclusion et perspectives	35
Table des annexes	37

Remerciements	56
Références bibliographiques	57
Abréviations et acronymes	60

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – décembre 2024 – ISBN : 978-2-11-172662-8

1. Introduction

Dans tous les systèmes de santé, les soins ne sont pas aussi sûrs qu'ils pourraient l'être. Les événements indésirables associés aux soins sont malheureusement fréquents : de nombreuses études indiquent qu'environ 10 % des patients pâtiennent d'un événement indésirable associé aux soins pendant les soins hospitaliers, et que la moitié de ces événements sont évitables (1). En France, les études ENEIS, menées en 2004, 2009 et 2019, montrent que l'incidence des événements indésirables associés aux soins reste élevée, malgré une légère baisse observée en 2019 (2). Dans de nombreux pays, l'amélioration de la sécurité des soins est devenue une priorité, entraînant la mise en avant du concept de culture de sécurité.

La culture de sécurité prend ses racines en dehors de la santé, dans la culture organisationnelle ou culture d'entreprise, décrite initialement par Schein (3). En 1986, la catastrophe de Tchernobyl interpelle l'Agence internationale de l'énergie atomique qui, pour la première fois, parle de culture de sûreté. Le développement d'une forte culture de sécurité a permis aux industries sûres de conjuguer complexité, performance et haut niveau de fiabilité. Une vision systémique des erreurs en constitue le fondement (4). 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 est donc de façon indispensable et indissociable :

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

La culture de sécurité des soins 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 »¹.

Mesurer la culture de sécurité des soins nécessite de s'intéresser à différents aspects psychologiques, comportementaux et organisationnels, c'est-à-dire à 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). Elle ne peut être réalisée qu'en combinant une approche qualitative et quantitative. En santé, la méthode la plus utilisée actuellement est quantitative et basée sur l'utilisation de questionnaires remis aux professionnels de santé. Elle ne permet d'évaluer qu'une partie de la culture de sécurité des soins (les perceptions et les attitudes concernant la sécurité des soins) à un moment donné et est désignée sous le terme de climat de sécurité (5). C'est le cas des mesures proposées par la Haute Autorité de santé (HAS) et la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé (FORAP)² aux établissements de santé depuis 2015 (6). Cette mesure présente en soi un intérêt pédagogique fort et permet déjà de faire progresser la culture de sécurité par une simple prise de conscience de son existence.

¹ 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).

² La FORAP (Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé) regroupe les structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des patients des différentes régions françaises. Ces dernières collaborent pour l'élaboration et la diffusion d'outils d'évaluation, la réalisation de projets interrégionaux ou nationaux, la tenue de séminaires et le pilotage de groupes de travail.

Une campagne interrégionale a été menée en 2015 par la FORAP auprès de 166 établissements de santé issus de sept régions françaises, adhérant à une structure régionale d'appui (SRA) à la qualité des soins et la sécurité des patients. Le climat de sécurité des 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 (7).

Il est important de développer la culture de sécurité des soins parce qu'elle a un impact positif sur la sécurité des patients (8) 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. Par ailleurs, le développement de la culture de la sécurité des soins peut contribuer à la qualité des soins en fournissant un environnement propice et des comportements soucieux de la sécurité, influençant ainsi les structures, les processus et, en fin de compte, les résultats des soins (9). 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, encadrement et managers).

Plusieurs méthodes et outils d'amélioration sont 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 associés aux soins, généralisation des SRA... 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.

En 2023, la FORAP, en partenariat avec la HAS, a organisé une première campagne nationale de mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé.

2. Objectifs de la campagne

Les objectifs principaux de la campagne étaient de permettre aux établissements de santé volontaires de :

- disposer d'un diagnostic 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.

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 réélaborations des règles » (10).

Les objectifs secondaires étaient de :

- disposer d'un état des lieux national de la culture de sécurité des soins des professionnels exerçant des soins dans les établissements de santé ;
- partager les enseignements issus des analyses locales, afin de proposer au niveau régional un programme d'actions en faveur de l'acculturation des professionnels des établissements de santé.

3. Méthode

Les principaux guides suivants ont été utilisés :

- HAS. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique ; 2010 (11).
- HAS, FORAP. Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir ; 2019 (12).
- HAS, FORAP. Campagne nationale FORAP – HAS. Mesure de la culture de sécurité des soins auprès des établissements de santé. Guide de la campagne ; 2023 (13).

3.1. Établissements concernés et méthode de recrutement

L'ensemble des établissements de santé volontaires, publics et privés, adhérant ou non à une SRA, étaient concernés par la campagne. Les établissements ont été recrutés sur la base du volontariat via un appel à participation adressé aux directeurs par les SRA et relayé par la HAS, et la tenue d'un webinaire de lancement national (21 mars 2023 ; 4 102 vues) et de webinaires régionaux (avril 2023).

3.2. Questionnaire utilisé

L'outil de mesure était la version française, testée et validée par le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA), du questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC 1.0), développé sous l'égide de l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (14) (cf. annexe 1). Il a été traduit de l'anglais par un groupe de chercheurs participant à un projet de recherche du CCECQA sur les systèmes de signalement 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 » (15).

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 de l'outil de mesure.

Cet outil est composé de 43 items au total :

- 40 items qui permettent de recueillir les perceptions et les attitudes des professionnels en lien avec la sécurité des soins, chacun étant rapporté à une des dix dimensions considérées comme importantes pour la culture de sécurité des soins (cf. tableau 1). Ces items sont organisés selon cinq grandes sections :
 - A. Votre collectif de travail,
 - B. Votre supérieur hiérarchique immédiat,
 - C. La communication,
 - D. La fréquence de signalement des événements indésirables,
 - F. Votre établissement de santé ;

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

Aucun item n'était obligatoire. Si un professionnel ne se sentait pas concerné par une question, il pouvait ne pas y répondre. En fin de questionnaire, un espace était réservé au recueil des commentaires du répondant.

Tableau 1. Les 10 dimensions de la culture de sécurité des soins

1. 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.
2. Fréquence de signalement des évènements 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.
3. 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 récurrents de sécurité des soins.
4. 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.
5. Travail d'équipe dans le service	Dans le service, les personnels se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, les équipes améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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 EI s'est 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.
10. 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.

3.3. Pilotage de la démarche

La mise en place d'une équipe de pilotage de la campagne, au sein de chaque établissement volontaire, était indispensable. Cette équipe pouvait 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) ;
- d'un membre de l'équipe qualité et/ou de gestion des risques.

Il était également nécessaire de désigner un pilote et un référent pour la campagne. Le pilote était chargé d'impulser et de soutenir la démarche au sein de l'établissement et auprès de l'ensemble des professionnels. Sa position devait lui permettre de porter la campagne et ses résultats au plus haut niveau d'engagement de l'établissement. Le référent était chargé d'assurer le bon déroulement de la mesure auprès des professionnels. Son rôle était, grâce au guide mis à disposition, d'assurer la conduite opérationnelle du projet et de permettre une participation optimale des professionnels concernés par la mesure.

Différents outils ont été mis à disposition des établissements participants par la FORAP et les SRA pour faciliter le pilotage :

- un questionnaire d'auto-évaluation de la capacité d'engagement de l'établissement et/ou des collectifs de travail dans la mesure ;
- un formulaire d'engagement ;
- un guide de mise en place de la campagne ;
- une fiche repère pour le référent ;
- un guide d'utilisation de la plateforme eFORAP³.

3.4. Taux de participation attendu

Les données issues de la littérature sur la culture de sécurité des soins montrent fréquemment un faible taux de participation associé à ce type d'enquête (16). 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 de la culture de sécurité des soins représentative du collectif de travail enquêté. 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.

La FORAP et la HAS considèrent que les résultats sont représentatifs des perceptions, des attitudes et des pratiques 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 % (12).

Une bonne préparation de l'enquête était donc indispensable pour obtenir une participation élevée des professionnels. Cela incluait notamment :

- une communication sur le projet à l'ensemble des professionnels de l'établissement (affichage, courrier électronique, journal interne, etc.) ;

³ eFORAP est une plateforme informatique mutualisée au sein de la FORAP par les SRA. Elle permet de mener des enquêtes mutualisées en proposant la saisie des données, le traitement et l'analyse immédiate sous forme d'un rapport automatisé.

- une communication plus ciblée au personnel du ou des collectifs de travail participants (réunion d'information, staff, transmissions jour/nuit) ;
- la mise en place d'un accès facile au questionnaire, qu'il soit au format « papier » (distribution en mains propres ou mise à disposition dans le service, salle de pause, bureau médical, secrétariat) ou en ligne (messagerie professionnelle, intranet) ;
- 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.

Différentes étapes étaient également recommandées :

- informer les 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.) ;
- identifier les collectifs de travail éligibles et lister pour chacun d'eux les professionnels qui les composent (le nombre total de professionnels concernés étant indispensable au calcul du taux de participation [dénominateur]) ;
- informer et sensibiliser les professionnels des collectifs de travail volontaires sur les objectifs et les retombées attendues de la campagne, les règles de confidentialité, le mode de recueil des données, la restitution des résultats, leur implication nécessaire dans la définition, la mise en place d'actions d'amélioration, etc.

Différents outils de communication ont été mis à disposition des établissements participants par les SRA de la FORAP pour faciliter cette information, avant et après la mesure :

- affiche de communication ;
- notes d'information ;
- affiche d'annonce de la restitution auprès des collectifs de travail ;
- modèle de diaporama de restitution des résultats ;
- guide HAS-FORAP « Comprendre et agir ».

3.5. Périmètre de la mesure au sein d'un établissement

3.5.1. Collectifs de travail

Le niveau de culture de sécurité des soins est rarement homogène dans les différents secteurs d'un établissement de santé. En effet, en fonction des activités pratiquées et du niveau d'exposition au risque, plusieurs modèles de culture de sécurité des soins peuvent coexister au sein d'un établissement de santé et influencer le niveau de culture de sécurité des soins 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 dans un ou plusieurs collectifs de travail clairement identifiés.

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

- un groupe de professionnels appartenant au même établissement ;
- qui a en commun la prise en 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 césarienne, 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 des soins 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.

Les établissements engagés ont donc eu le choix de réaliser la mesure de la culture de sécurité des soins, **soit à l'échelle de l'établissement, soit à l'échelle d'un ou plusieurs collectif(s) de travail**. Ce choix pouvait être discuté avec la SRA si besoin.

3.5.2. Professionnels concernés

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

On peut citer par exemple :

- les médecins, y compris les internes ;
- les cadres de santé ;
- les infirmiers, y compris les élèves infirmiers ;
- les aides-soignants ;
- les agents de services hospitaliers ;
- les masseurs-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, y compris les internes et préparateurs en pharmacie, à condition qu'ils interviennent auprès du patient au cours de sa prise en charge.

Étaient exclus :

- les professionnels intervenant de façon occasionnelle et non régulière dans le collectif de travail ou de l'établissement (moins d'une fois par semaine) ;
- les professionnels présents dans le collectif de travail ou l'établissement depuis moins d'un mois ;
- les professionnels absents au cours de la période de mesure.

3.6. Modalités et période de recueil

Pour mener cette campagne, la FORAP a mis à disposition des établissements sa plateforme eFORAP, permettant la saisie des questionnaires par collectifs engagés et la génération du rapport de résultats correspondant.

La période de recueil était de **six semaines maximum** par établissement, à programmer entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2023. Deux modes de recueil étaient possibles, au choix de l'établissement, voire du collectif de travail. Les deux modes de recueil devaient permettre 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 une *Uniform Resource Locator* (URL) (ou un QR code) mise à leur disposition par le référent de la campagne, utilisateur de la plateforme eFORAP. Ce mode dématérialisé permettait de garantir l'anonymat des réponses, mais nécessitait de prendre en compte les contraintes d'accès individuel au questionnaire par les professionnels ;
- un mode **centralisé** où chaque professionnel répondait à un questionnaire au format « papier » et où les questionnaires complétés étaient collectés puis saisis sur la plateforme eFORAP par le référent de la campagne, utilisateur de la plateforme eFORAP. Les questionnaires étaient reprographiés 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. La centralisation des données, autrement dit le dispositif de collecte des questionnaires, était anticipée (ex. : boîtes de collecte visibles, dans un lieu stratégique). Cette centralisation devait 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'idées, la traçabilité des répondants (de type feuille d'émargement) ne semblait pas opportune pour assurer auprès des professionnels le caractère anonyme et confidentiel.

Il était préconisé d'utiliser un mode de recueil unique au sein d'un même collectif de travail ou de l'établissement.

3.7. Analyse des données et restitution des résultats aux établissements

Le rapport de résultats de la mesure de culture de sécurité des soins pouvait être généré et téléchargé au format PDF, pour chaque collectif de travail, directement sur la plateforme eFORAP, dès l'enquête terminée.

Il présentait, pour le collectif de travail ou l'établissement concerné :

- une description de l'échantillon : période de recueil ; participation totale et par filière professionnelle ; profil des répondants ; complétude des réponses ;
- un état des lieux de la culture de sécurité des soins : scores des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins :
 - 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 des soins développée) des différents items se rapportant à cette dimension :
 - **score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »**,
 - **score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »**,
 - **score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »**,
 - un diagramme radar à 10 dimensions permet d'apprécier le niveau de développement de la culture de sécurité selon chaque dimension et d'identifier celles à améliorer en priorité ;
- un focus sur la perception globale de la sécurité : mise en regard du niveau de sécurité des soins perçu et de la dimension (score et items) « Perception globale de la sécurité des soins » ;
- un focus sur le signalement des évènements indésirables (EI) : mise en regard du nombre de fiches de signalement des EI au cours des 12 derniers mois et des dimensions « Fréquence de signalement des EI », « Organisation apprenante et amélioration continue », « Liberté d'expression » et « Réponse non punitive à l'erreur » ;
- les points forts, les perspectives d'amélioration et les points sur lesquels il y a le moins de consensus ;
- le détail des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins selon leurs items. Les réponses aux items qui composent chaque dimension sont présentées selon un diagramme en barre à trois secteurs :
 - les réponses en faveur d'une culture de sécurité des soins développée,
 - les réponses neutres,
 - les réponses en faveur d'une culture de sécurité des soins à améliorer,
 - l'ensemble des commentaires des répondants du collectif de travail ou de l'établissement est listé en fin de rapport.

Un rapport de résultats consolidés, c'est-à-dire ceux considérant les données de plusieurs collectifs de travail, pouvait être demandé à la SRA, même si les préconisations étaient d'interpréter les résultats au niveau d'un collectif, et non à un niveau globalisé (en raison de fortes disparités des résultats entre collectifs sur certaines dimensions).

3.8. Analyse des données au niveau national

Pour l'analyse nationale et afin de garantir la représentativité des résultats, seuls les collectifs de travail ou l'établissement ayant atteint un taux de participation **d'au moins 60 %** ont été inclus dans le calcul des scores.

Les résultats sont présentés par collectif de travail ou établissement sans distinction des catégories professionnelles afin de conserver le périmètre collectif d'une mesure de la culture de sécurité des soins.

Les données de référence au niveau national pour calculer le taux de participation sont issues des données en *open data* de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins (dernière mise à jour le 2 février 2024).

4. Résultats

4.1. Participation

4.1.1. Participation à l'enquête

Vingt-sept pour cent des établissements de santé (n = 661) ont participé à la campagne nationale de mesure de la culture de sécurité des soins⁴ (cf. annexe 2, tableau 8) :

- 24 % du secteur hospitalier public (n = 201) ;
- 21 % du secteur privé associatif (n = 230) ;
- 34 % du secteur privé lucratif (n = 330).

Quarante-sept pour cent des établissements participants comprenaient entre 100 et 299 lits et places, 35 % moins de 100 lits et places et 18 % des établissements plus de 300 lits et places (cf. annexe 2, tableau 9).

L'ensemble des régions françaises métropolitaines était représenté. Seuls les territoires de Guyane, Martinique et Mayotte ne présentaient pas d'établissement de santé ayant participé à la campagne (cf. annexe 2, tableau 10).

Au sein des **661** établissements de santé participants, **1 842** collectifs de travail ont été constitués pour le déploiement de la mesure, dont 1 175 (64 %) à l'échelle du service de soins ou de l'unité de soins (cf. tableau 2) et 337 (18 %) au niveau de l'établissement.

Tableau 2. Répartition des périmètres de collectifs de travail (n = 1 842)

<i>Périmètres de collectifs de travail</i>	Nombre de collectifs de travail	%
Etablissement	337	18,3%
Pôle	229	12,4%
Service/Unité	1 175	63,8%
Parcours/Filière	36	2,0%
Catégorie professionnelle	65	3,5%
TOTAL	1 842	100,0%

Les collectifs de travail comprenaient entre 30 et 99 professionnels pour 43 % d'entre eux et entre 10 et 20 professionnels dans 33 % des cas (cf. tableau 3).

Tableau 3. Répartition des collectifs de travail selon leur taille (nombre de professionnels) (n = 1 842)

<i>Nombre de professionnels des collectifs de travail</i>	Nombre de collectifs de travail	%
moins de 10	131	7,1%
10 - 29	602	32,7%
30 - 99	788	42,8%
100 et plus	271	14,7%
<i>Non renseigné</i>	<i>50</i>	<i>2,7%</i>
TOTAL	1 842	100,0%

L'ensemble des activités de soins était représenté avec une participation plus importante de la médecine (21 %), des soins médicaux et de réadaptation (SMR) (19 %), de la chirurgie (18 %) et de la psychiatrie (11 %) (cf. tableau 4). La rubrique « autres » comprend notamment des professionnels des services médico-techniques (laboratoires, pharmacie, etc.) ainsi que des professionnels ayant plusieurs activités.

Tableau 4. Répartition des collectifs de travail selon l'activité de soins (n = 1 842)

<i>Activité des collectifs de travail</i>	Nombre de collectifs de travail	%
Médecine	381	20,7%
Chirurgie	322	17,5%
Obstétrique	39	2,1%
Gériatrie	37	2,0%
Pédiatrie	24	1,3%
Réanimation	32	1,7%
Urgences	56	3,0%
Psychiatrie	199	10,8%
Dialyse	53	2,9%
USLD	32	1,7%
SMR	346	18,8%
HAD	54	2,9%
Autre	267	14,5%
TOTAL	1 842	100,0%

Au total, 50 078 professionnels ont répondu au questionnaire. Parmi eux, **47 974** ont complété le questionnaire avec un **taux de complétude de plus de 50 %**, soit un taux de participation final de **39 %** des professionnels éligibles au sein des collectifs de travail (cf. annexe 2, tableau 11).

La filière paramédicale constituait 41 % des professionnels répondants, suivie de la filière administrative et de la filière éducative et psychosociale (34 % chacun). La filière médicale représentait 29 % des répondants. Il est à noter que 51 % des répondants ne se sont pas retrouvés dans les filières professionnelles proposées, notamment les pharmaciens, sages-femmes et professionnels de l'accompagnement (cf. tableau 5).

Tableau 5. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation à la campagne selon leur filière professionnelle

<i>Filière professionnelle</i>	Professionnels éligibles		Professionnels répondants				Taux de participation	
	Nombre	%	Total	%	COMP 50%	%	Initiale	Finale
Administrative	8 882	7,3%	3 052	6,1%	3 024	6,3%	34,4%	34,0%
Paramédicale	83 022	68,2%	33 803	67,5%	33 766	70,4%	40,7%	40,7%
Médicale	16 045	13,2%	4 590	9,2%	4 574	9,5%	28,6%	28,5%
Educative et psychosociale	3 628	3,0%	1 233	2,5%	1 232	2,6%	34,0%	34,0%
Logistique / technique	6 795	5,6%	2 195	4,4%	2 186	4,6%	32,3%	32,2%
Autre	3 429	2,8%	1 773	3,5%	1 757	3,7%	51,7%	51,2%
<i>Non réponse</i>	-	-	3 432	6,9%	1 435	3,0%	-	-
TOTAL	121 801	100,0%	50 078	100,0%	47 974	100,0%	41,1%	39,4%

COMP 50 % : taux de complétude de plus de 50 % au questionnaire

La participation des professionnels issus des établissements privés non lucratifs et lucratifs était plus importante, avec un taux de participation de 45 % et 46 % respectivement (cf. annexe 2, tableau 12).

4.1.2. Établissements et collectifs de travail retenus pour l'analyse nationale

Cinquante pour cent des établissements participants (331/661) et 51 % des collectifs de travail (945/1 842) ont eu un taux de participation d'au moins 60 % et ont donc été retenus pour l'analyse (cf. paragraphe 3.8). Ainsi, **27 406 questionnaires** sur 50 078 complétés (55 %) ont été pris en compte.

4.2. Perceptions et attitudes des professionnels en lien avec la sécurité des soins

4.2.1. Scores moyens par dimension de la culture de sécurité des soins

Les scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins, calculés à partir des 27 406 réponses, sont présentés dans la figure 1. Il est à noter qu'aucune dimension n'est « développée ». Cinq dimensions sont « **en cours de développement** » (score entre 50 et 75 %) et 5 dimensions sont « **à améliorer** » (score ≤ 50 %).

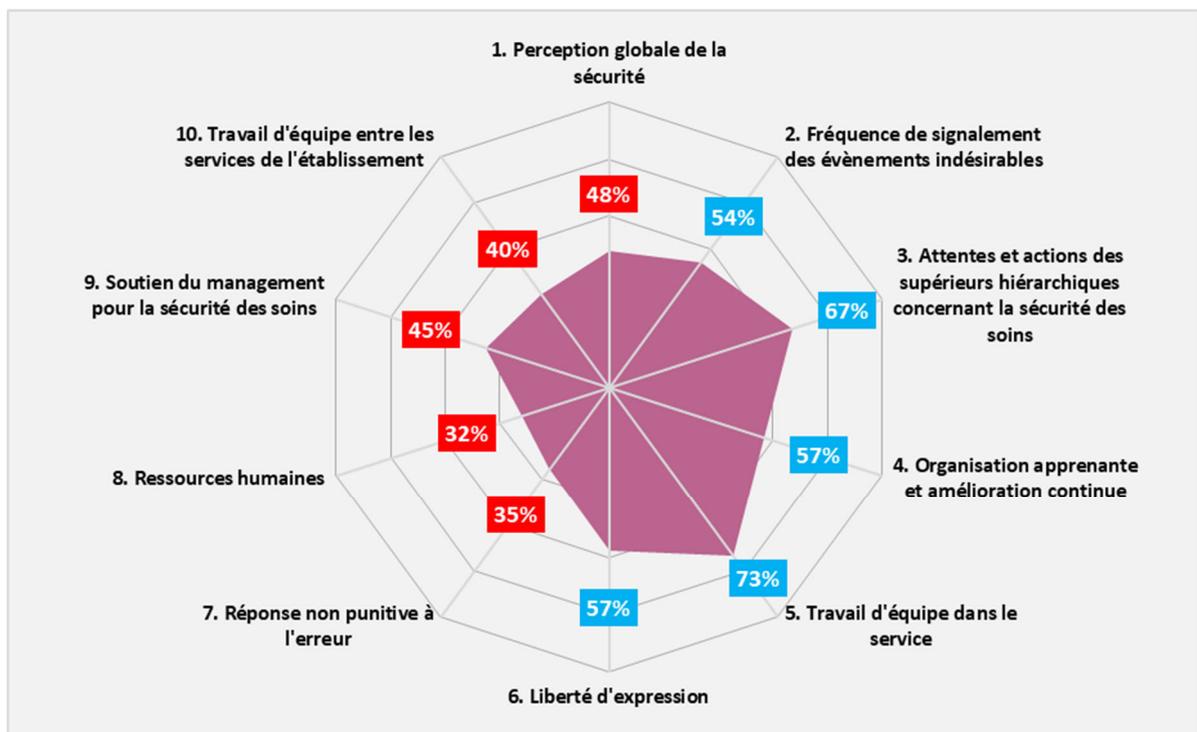


Figure 1. Diagramme radar des scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins (n = 27 406).

Légende :

- Dimension « à améliorer »
- Dimension « en cours de développement »

Les trois dimensions **avec les scores les plus élevés** sont :

- le travail d'équipe dans le service (73 %) ;
- les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins (67 %) ;
- la liberté d'expression (57 %).

Celles avec **les scores les moins élevés** sont :

- les ressources humaines (32 %) ;
- la réponse non punitive à l'erreur (35 %) ;
- le travail d'équipe entre les services de l'établissement (40 %).

La dimension du travail d'équipe dans le service est la dimension la plus développée pour le privé à but lucratif (dimension développée à 76 %), le public et le privé non lucratif (dimension en voie de développement à 73 %). La dimension sur les ressources humaines est la moins développée pour le secteur privé à but lucratif (dimension à améliorer à 36 %), le secteur privé non lucratif (dimension à améliorer à 34 %) et le public (dimension à améliorer à 28 %) (cf. annexe 3, tableau 13).

La dimension du travail en équipe dans le service est plus développée pour les collectifs de travail issus d'un établissement de 300 à 499 lits et places (dimension développée à 75 %). La dimension sur les ressources humaines est la moins développée pour les collectifs de travail issus d'un établissement de plus de 500 lits et places (dimension à améliorer à 27 %) (cf. annexe 3, tableau 14).

Si l'on considère l'activité des collectifs de travail, la dimension travail d'équipe dans le service est une dimension dite « développée » pour les activités de médecine (75 %), obstétrique (78 %), réanimation (75 %), psychiatrie (75 %), dialyse (77 %), SMR (75 %) et hospitalisation à domicile (79 %). Les dimensions concernant les ressources humaines, la réponse non punitive à l'erreur et le travail d'équipe entre les services de l'établissement sont des dimensions dites « à améliorer » pour l'ensemble des activités des collectifs de travail participants (cf. tableau 6).

Tableau 6. Scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins selon l'activité des collectifs de travail (n = 27 406)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Gériatrie	Pédiatrie	Réanimation	Urgences	Psychiatrie	Dialyse	Unité de suite de longue durée	SMR	HAD	Autre
1. Perception globale de la sécurité	47%	44%	49%	46%	43%	48%	47%	46%	55%	45%	52%	57%	46%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	53%	50%	47%	61%	50%	48%	48%	59%	64%	57%	57%	54%	54%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	67%	64%	68%	72%	72%	69%	68%	68%	72%	70%	68%	72%	63%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	57%	53%	56%	57%	58%	55%	54%	56%	64%	59%	60%	66%	55%
5. Travail d'équipe dans le service	75%	71%	78%	68%	73%	75%	74%	75%	77%	65%	75%	79%	70%
6. Liberté d'expression	57%	59%	57%	57%	54%	56%	58%	59%	61%	52%	57%	65%	56%
7. Réponse non punitive à l'erreur	34%	30%	32%	28%	33%	35%	28%	38%	42%	31%	40%	49%	33%
8. Ressources humaines	29%	29%	39%	28%	28%	35%	31%	33%	41%	24%	35%	34%	31%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	40%	38%	39%	47%	38%	34%	39%	43%	50%	45%	55%	64%	44%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	38%	38%	39%	42%	31%	36%	35%	40%	38%	39%	46%	43%	38%
nombre de collectifs de travail dont la participation est ≥ 60%	205	148	18	23	14	22	20	113	38	15	190	27	112
<i>nombre de professionnels ciblés</i>	8 371	5 057	957	796	562	936	815	3 440	917	619	8 611	1 042	6 202
<i>nombre de répondants</i>	6 165	3 773	662	611	407	685	593	2 537	722	444	6 272	817	4 431
<i>% participation</i>	74%	75%	69%	77%	72%	73%	73%	74%	79%	72%	73%	78%	71%
<i>nombre de réponses analysées</i>	5 987	3 689	637	598	399	673	562	2 484	698	430	6 141	790	4 318
% collectifs de travail avec au moins 1 dimension développée	62%	57%	67%	52%	64%	68%	65%	69%	76%	40%	64%	85%	60%

Légende :

- score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »
- score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »
- score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »

4.2.2. Réponses aux items des dimensions

Les résultats pour les items des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins sont présentés dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 7). Les scores sont la moyenne des proportions de réponses en faveur d'une culture de sécurité des soins développée.

Pour les items à formulation positive, il faut lire, par exemple pour l'item A14, que 44 % des répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation (réponses en faveur d'une culture de sécurité des soins développée).

Pour les items à formulation négative (*), il faut lire, par exemple pour l'item A9, que 54 % des répondants n'étaient pas du tout d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation (réponses en faveur d'une culture de sécurité des soins développée).

Tableau 7. Répartition des réponses aux 40 items de la perception et des attitudes des professionnels en fonction des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins (pourcentage ; nombre de répondants au questionnaire = 27 406)

1. Perception globale de la sécurité des soins			48%	
A14. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	44%	24%	33%	27 139
A17. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	54%	29%	17%	27 220
A9*. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail	54%	26%	20%	27 160
A16*. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	41%	32%	28%	27 117
2. Fréquence de signalement des événements indésirables			54%	
D28. Une erreur détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée	56%	21%	24%	26 450
D29. Une erreur qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalée	49%	24%	27%	26 408
D30. Une erreur qui pourrait nuire au patient mais qui n'a finalement pas d'effet, est signalée	58%	22%	20%	26 301
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins			67%	
B18. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	62%	19%	19%	27 248
B19. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins	68%	19%	13%	27 198
B20*. 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	67%	20%	13%	27 223
B21*. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	71%	18%	11%	27 180

4. Organisation apprenante et amélioration continue			57%
A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	69%	21% 10%	27 220
A8. Dans notre collectif de travail, les erreurs ont conduit à des changements positifs	58%	29% 13%	27 220
A12. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	55%	31% 14%	27 140
C22. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un évènement indésirable	40%	24% 36%	26 911
C24. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce collectif de travail	54%	25% 21%	26 916
C26. Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	65%	22% 12%	26 919
5. Travail d'équipe dans le service			73%
A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans notre collectif	74%	14% 13%	27 268
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	78%	12% 10%	27 271
A4. Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect	69%	17% 14%	27 305
A10. Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	74%	20% 6%	27 160
6. Liberté d'expression			57%
C23. Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	75%	16% 9%	26 969
C25. Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs	32%	29% 39%	26 742
C27*. Les professionnels ont peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	65%	21% 14%	26 914
7. Réponse non punitive à l'erreur			35%
A7*. Les professionnels ont l'impression que leurs erreurs leur sont reprochées	32%	30% 38%	27 227
A11*. Lorsqu'un évènement est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème	42%	22% 37%	27 265
A15*. Les professionnels s'inquiètent du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	32%	40% 28%	27 115
8. Ressources humaines			32%
A2. Nous avons suffisamment de professionnel pour faire face à la charge de travail	27%	16% 58%	27 319
A5*. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	39%	35% 26%	26 945
A13*. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	30%	21% 49%	27 211
9. Soutien du management pour la sécurité des soins			45%
F32. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	40%	30% 29%	26 865
F39. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	43%	33% 24%	26 814
F41. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	63%	26% 11%	26 812
F40*. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un évènement indésirable se soit produit	33%	28% 39%	26 830

10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement

40%

F35. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	47%	30%	23%	26 835
F33*. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	26%	28%	46%	26 840
F34*. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'un service à l'autre	29%	34%	37%	26 723
F36*. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements de services	38%	30%	32%	26 731
F37*. Il est souvent déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement	63%	26%	11%	26 842
F38*. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	36%	33%	31%	26 766

Légende :

	Réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord »
	Réponses « ni d'accord » « ni pas d'accord »
	Réponses « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »

Pour plus de détails sur les scores moyens des 10 dimensions et les réponses par item, se reporter aux tableaux 15 et 16 de l'annexe 3.

Parmi les dimensions avec les scores les plus élevés (travail en équipe, attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins, liberté d'expression), les items pour lesquels le taux d'accord était le plus important sont (cf. annexe 4, figure 8) :

- « *Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe* » (taux d'accord de 78 %) ;
- « *Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients* » (taux d'accord de 75 %) ;
- « *Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins* » (taux d'accord de 74 %).

Parmi ces mêmes dimensions, les items pour lesquels le taux de désaccord est le plus important sont (cf. annexe 4, figure 9) :

- « *Nous avons suffisamment de professionnels pour faire face à la charge de travail* » (taux de désaccord de 58 %) ;
- « *Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement* » (taux de désaccord de 49 %) ;
- « *Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres* » (taux de désaccord de 46 %).

4.3. Niveau de la sécurité des soins

Parmi les 26 707 professionnels ayant répondu à la question « Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre collectif de travail ? » (item E31) (n = 27 406), 47 % considèrent que le niveau de sécurité des soins est très bon ou excellent et 10 % qu'il est défaillant ou faible (cf. figure 2).

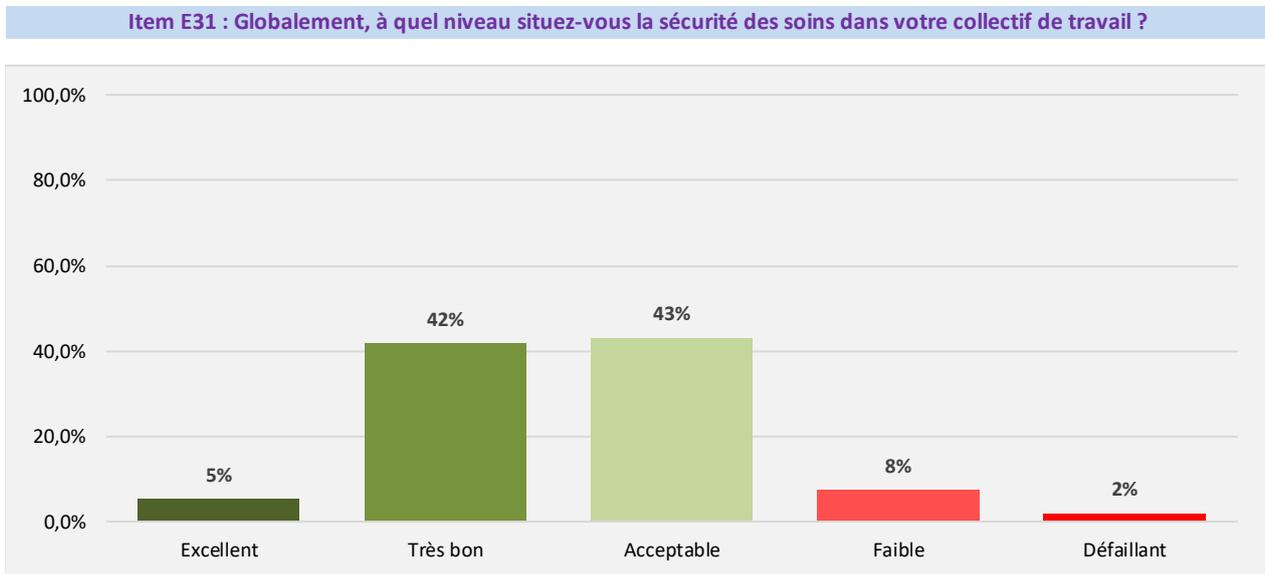


Figure 2. Répartition des réponses à l'item sur le niveau de sécurité des soins (n = 26 707)

Le niveau de sécurité des soins estimé est sensiblement identique selon les activités des collectifs de travail, la taille de l'établissement et le statut de l'établissement (cf. annexe 5, figures 10, 11, 12).

4.4. Nombre d'évènements indésirables signalés

Parmi les 26 587 professionnels ayant répondu à la question « Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'évènements indésirables avez-vous remplies et transmises ? » (item G42) (n = 27 406), 40 % déclarent n'avoir transmis aucune fiche de signalement d'EI au cours des 12 derniers mois et 47 % entre 1 et 5 fiches (cf. figure 3).

Item G42 : Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement d'EI avez-vous remplies et transmis ?

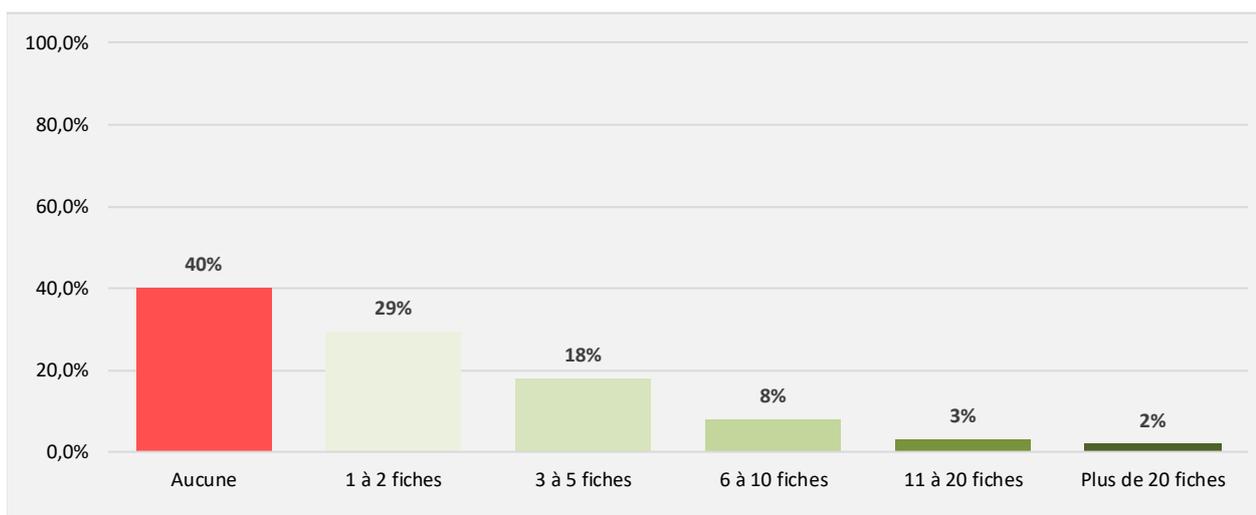


Figure 3. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'événements indésirables signalés (n = 26 587)

L'absence de déclaration de réalisation de fiche de signalement d'EI au cours des 12 derniers mois est plus importante pour les collectifs de travail dont les activités sont les urgences (49 %) et l'obstétrique (45 %) (cf. figure 4).

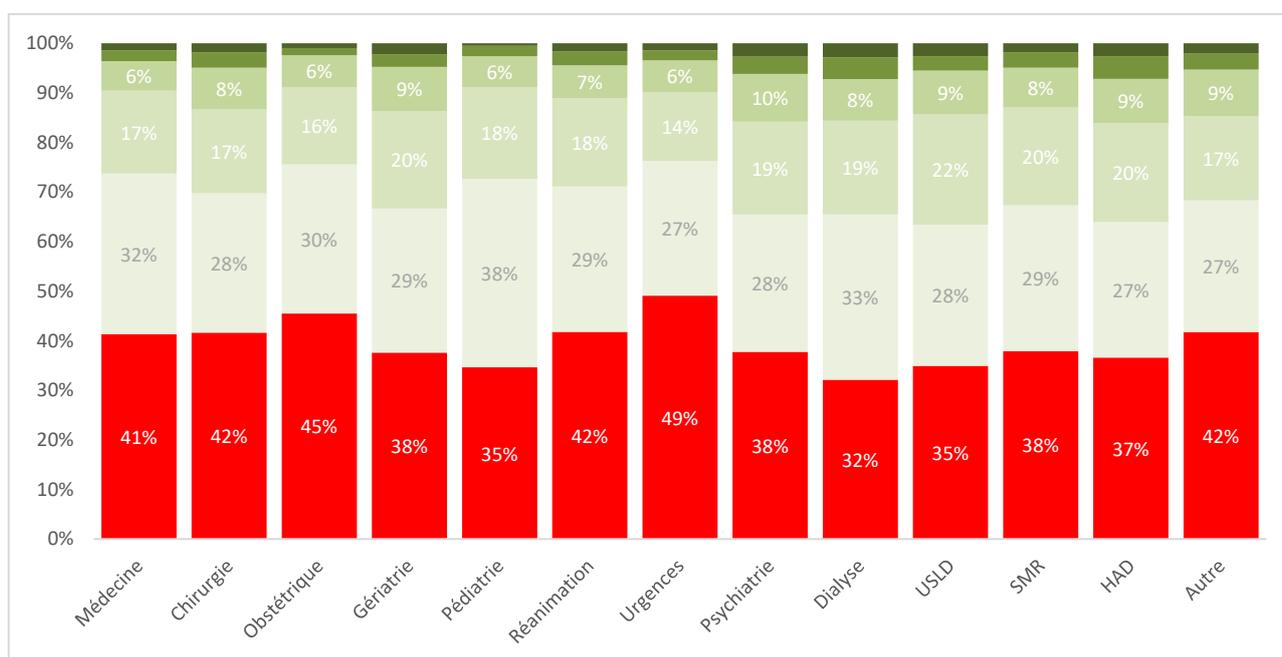


Figure 4. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'événements indésirables signalés selon l'activité du collectif de travail (n = 26 587)

Légende :



Le nombre de lits et places de l'établissement auquel appartient le professionnel ainsi que le statut de l'établissement semblent influencer la rédaction et la transmission des fiches d'évènements indésirables (cf. figures 5 et 6).

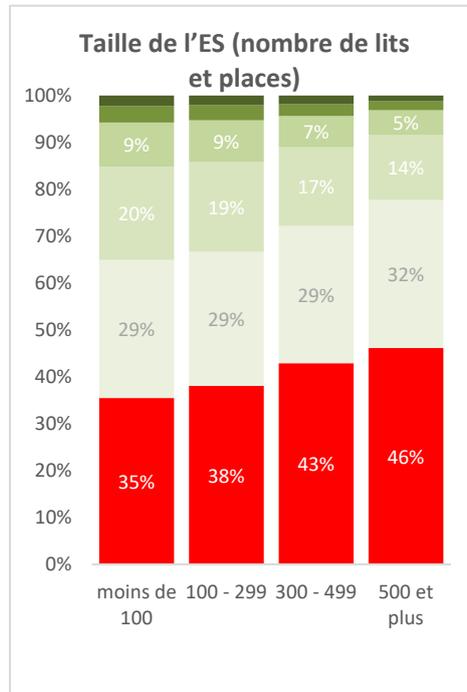


Figure 5. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés selon la taille de l'établissement (n = 26 587)

Légende :



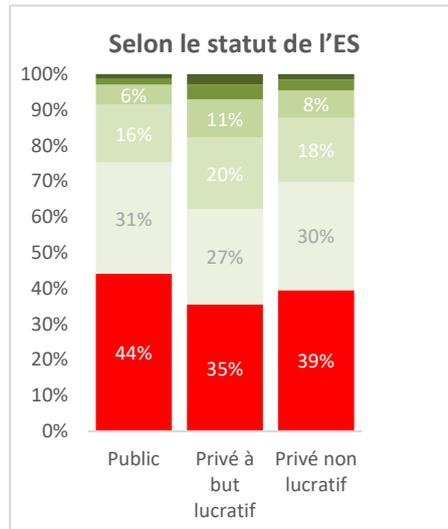


Figure 6. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés selon le statut de l'établissement (n = 26 587)

Légende :



4.5. Analyse des commentaires des professionnels

Près de 9 % de l'ensemble des questionnaires complétés (n = 50 078) comprenaient des commentaires des professionnels, soit 4 589 commentaires recueillis. Ces derniers étaient représentatifs de l'ensemble des activités du collectif de travail des professionnels répondants et des différentes tailles d'établissement (cf. annexe 6, tableaux 17, 18, 19).

Les commentaires ont été répartis selon les dimensions de la culture de sécurité des soins et catégorisés en commentaires positifs, négatifs et neutres (cf. figure 7).

Quatre-vingt-cinq pour cent des commentaires étaient négatifs et portaient essentiellement sur les dimensions suivantes :

- les ressources humaines (23 %) ;
- la perception globale de la sécurité (12 %) ;
- le soutien du management pour la sécurité des soins (8 %).

Dix pour cent des commentaires négatifs portaient sur le questionnaire en lui-même.

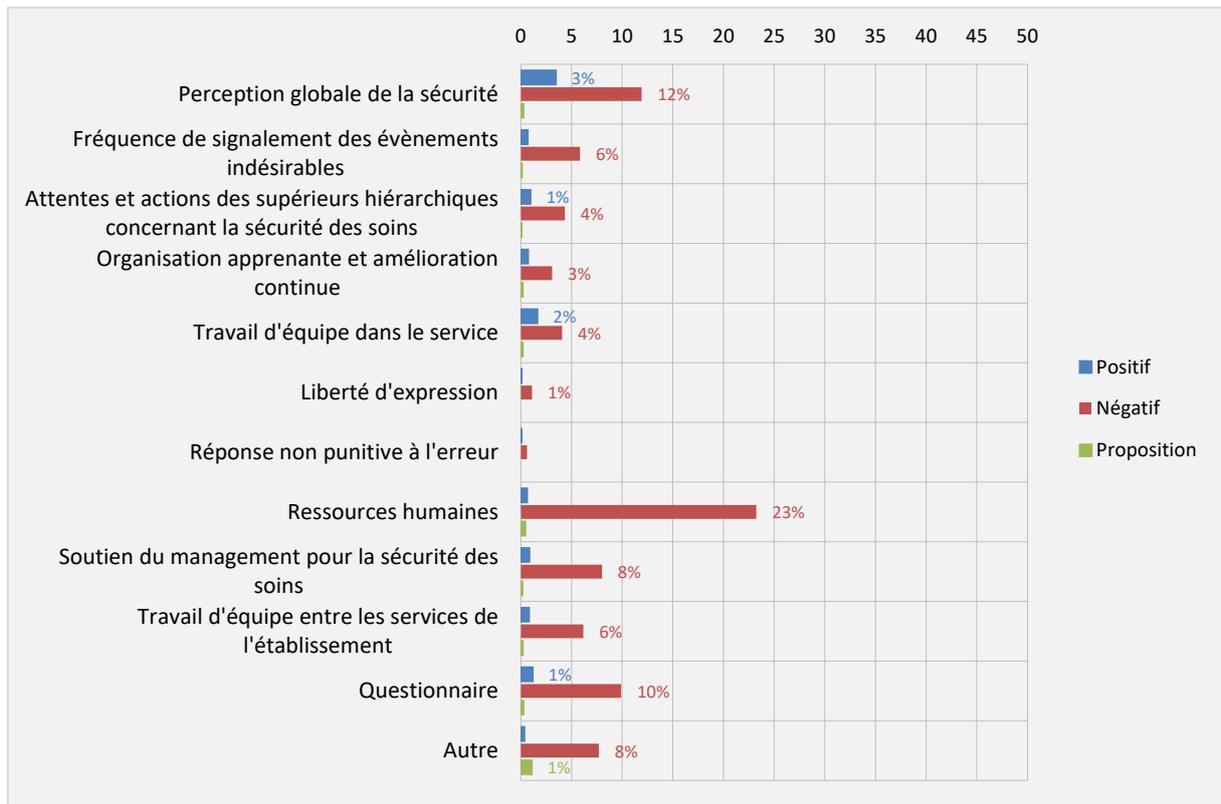


Figure 7. Répartition des commentaires selon les dimensions de la culture de sécurité des soins (n = 3 274)

5. Discussion

5.1. Une participation des établissements de santé à souligner pour cette première mesure nationale de la culture de sécurité des soins

Cette première campagne nationale montre que les établissements de santé commencent à s'intéresser à la culture de sécurité des soins (taux de participation de 27 %, cf. paragraphe 4.1). On peut noter une participation de différents types d'établissements, répartis sur l'ensemble du territoire, mais une sous-représentation des établissements publics, comme cela était déjà le cas dans les mesures précédentes (7). En revanche, la taille des établissements n'apparaît plus comme un frein à la participation comme lors des mesures précédentes, peut-être en raison de l'incitation à faire participer un ou plusieurs collectifs de travail plutôt qu'un établissement dans sa globalité.

Le taux de participation des professionnels concernés est proche de 40 % dans les 661 établissements participants. Ce taux était de 26 % dans les 166 établissements ayant participé à la campagne interrégionale en 2015 (7). Par ailleurs, près de 50 % des collectifs participants ont atteint le seuil de participation acceptable pour garantir l'interprétation des résultats (fixé à 60 %). Aux États-Unis, le taux de participation en 2021 avec un questionnaire similaire était de 60 % dans 320 établissements (17). Dans ce pays, une étude est proposée tous les ans depuis 2007.

Cette **participation des professionnels est globalement positive**, favorisée sans doute par la réalisation de cette campagne dans des établissements volontaires et au niveau d'un ou plusieurs collectifs de travail préalablement identifiés. Elle est assez remarquable, sachant la situation de crise actuellement vécue par de nombreux établissements de santé. En effet, déployer une enquête sur la culture de sécurité des soins dans des établissements où les professionnels éprouvent chaque jour un sentiment d'insécurité est une gageure. Il est à noter que le taux de participation des médecins (29 %) est inférieur à celui de tous les autres professionnels, comme pour la campagne interrégionale de 2015 (7).

La notion de collectif de travail permet d'obtenir des taux de participation plus élevés, à condition d'identifier des collectifs de professionnels habitués à collaborer, donnant du sens au travail en équipe au sein d'un collectif. En revanche, la composition de certains collectifs de travail n'a pas favorisé un bon taux de réponse. C'est notamment le cas pour les collectifs de travail regroupant une catégorie professionnelle unique, ou ceux regroupant des services ayant peu l'occasion de coopérer (pôle, établissement). Les taux de participation par collectif ne semblent pas être influencés par la taille de l'établissement, mais peuvent l'être par la taille du collectif lui-même (participation moindre dans les collectifs de grande taille). Il est important pour les prochaines campagnes de mesure de revenir à la définition du collectif de travail proposée dans le guide méthodologique de cette enquête : « collectifs de professionnels habitués à collaborer, donnant du sens au travail en équipe au sein d'un collectif ».

5.2. Des dimensions de la culture de sécurité des soins à améliorer

Au niveau national, les dimensions **les moins développées** sont liées au rôle des managers, et portent sur les ressources humaines (32 %), sur la réponse non punitive à l'erreur (35 %), sur le travail d'équipe entre les services de l'établissement (40 %) et sur le soutien du management pour la sécurité des soins (45 %). Ce sont strictement les mêmes dimensions que celles observées au niveau interrégional en 2015 (7).

Dans des résultats récents observés dans d'autres pays, les dimensions sur la réponse non punitive à l'erreur, sur les ressources humaines et sur le travail d'équipe entre services apparaissent le plus souvent aux dernières positions des dimensions développées (17-20).

En revanche, on observe des résultats pouvant significativement varier entre pays pour la dimension sur le soutien du management (18, 21). Dans une méta-analyse intégrant les résultats d'établissements de santé d'Amérique latine, la dimension « soutien du management » apparaît comme celle ayant la plus grande variabilité. Il y existe un lien évident entre le résultat de cette dimension et le résultat global moyen de la culture de sécurité des soins (20). Les résultats aux États-Unis montrent un niveau de culture de sécurité des soins un peu plus élevé qu'en France (17). Les dimensions avec les meilleurs scores sont les mêmes. La seule différence notable porte sur la dimension soutien du management pour la sécurité des soins, avec un score largement plus élevé aux États-Unis (69 %), pouvant expliquer la différence sur le niveau global.

Concernant la dimension des **ressources humaines**, les résultats observés (32 %) mettent en exergue les difficultés rencontrées depuis quelques années par les établissements à recruter et surtout fidéliser leur personnel. Or, la perception de la sécurité des patients apparaît fortement liée à la disponibilité d'un personnel approprié (21). L'épuisement professionnel et la perte de sens au travail sont deux composantes qui contribuent à accentuer le départ de nombreux professionnels et à créer un climat d'insécurité auprès des équipes. Les travaux nationaux pilotés par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail⁵ en lien avec le dialogue social et par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux sur l'attractivité et la fidélisation⁶ peuvent être des pistes de réflexion pour les structures.

La **culture juste** et équitable apparaît encore trop peu développée au niveau national et international, alors que, comme le rappelait Reason, plus de 90 % des erreurs ne peuvent être reprochées à leurs auteurs (19). La culture juste se réfère à une approche équilibrée entre la non-culpabilité pour les erreurs non intentionnelles et la responsabilité pour les fautes graves ou les comportements négligents. Les structures complexes des établissements peuvent compliquer le déploiement d'une culture juste. Il est essentiel d'adopter une approche progressive et de piloter les initiatives au sein de collectifs avant une adoption à grande échelle (22).

L'arbre décisionnel de Reason (23) est un outil qui permet de promouvoir une culture juste en aidant les organisations à analyser les erreurs humaines de manière structurée et à déterminer des réponses appropriées. Il permet de distinguer les erreurs acceptables des comportements inacceptables.

5.3. Le travail d'équipe : un levier du collectif de travail, un enjeu de coopération entre services

Alors que **le travail d'équipe dans le service est la dimension la plus développée** (73 %), **le travail d'équipe entre les services** atteint un score moyen de 40 %. Cette perception d'un travail plus efficace au sein d'une équipe qu'avec les autres équipes peut s'expliquer par la représentation de l'équipe qu'ont les répondants. Le sentiment d'appartenance à un collectif de travail contribue à améliorer la satisfaction au travail, la collaboration entre collègues et, *in fine*, la qualité des soins prodigués aux patients.

⁵ <https://www.anact.fr/dialogue-social-et-professionnel>

⁶ <https://anap.fr/s/politique-attractivite-et-fidelisation>

Le partage de valeurs et de croyances, la discussion ouverte sur leurs idées et préoccupations sans crainte de jugement sont autant de facteurs qui augmentent la cohésion et le sentiment de mieux connaître l'équipe. Le collectif de travail renvoie au **système d'appartenance**, à la culture du métier. Il contribue à construire des relations professionnelles au sein de l'équipe, fondées sur des règles de métier, de la reconnaissance des compétences et de la confiance entre collègues (10).

Un **collectif de travail efficace** se caractérise par une communication ouverte, une collaboration étroite et un soutien mutuel. Les outils de développement de ces aspects (compétences non techniques) sont proposés dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) (24) ou dans Team STEPPS (25).

Par ailleurs, le style de **leadership** influence aussi les performances d'une équipe. Nous connaissons le rôle significatif du leadership transformationnel dans le développement d'une culture de sécurité des soins dans les équipes et donc de pratiques de soins de sécurité (26). Et nous savons aussi que la performance clinique des équipes est influencée par la manière dont elles communiquent, se coordonnent et pratiquent un leadership efficace (27).

Entre services d'un établissement, la mise en place **d'outils de communication et de coordination** peut favoriser une meilleure coopération. Ce sont notamment les outils permettant de standardiser une communication entre professionnels (outil SAED⁷ par exemple (28)) ou ceux permettant d'améliorer la sécurité de la prise en charge d'un patient lors d'un transport ou transfert entre services (*ticket to ride* par exemple (27, 29)). Le déploiement de ces outils et méthodes peut non seulement contribuer à améliorer les performances d'une équipe, mais impacte également la coopération entre les différents collectifs de travail.

Aucune dimension n'atteint le seuil de 75 %, permettant de dire que la dimension est développée. On peut noter que parmi les 1 842 collectifs, 945 atteignent au moins une dimension développée (51 %).

5.4. Une baisse de la perception de culture de sécurité des soins dans plusieurs dimensions mais une meilleure vision de l'attente des responsables

Plusieurs dimensions ont des résultats en baisse au niveau national depuis la campagne interrégionale de 2015 : il s'agit notamment des dimensions sur la perception globale de la sécurité (57 % en 2015 vs 48 % en 2023), de la dimension sur la fréquence de signalement des EI (64 % en 2015, 54 % en 2023), de la dimension sur les ressources humaines (40 % en 2015 vs 32 % en 2023), de la dimension sur le soutien du management à la sécurité des soins (55 % en 2015 vs 45 % en 2023), de la dimension sur l'organisation apprenante et l'amélioration continue (64 % en 2015 vs 57 % en 2023) et de la dimension sur le travail d'équipe entre les services de l'établissement (47 % en 2015 vs 40 % en 2023).

Inversement, la dimension liée aux attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins est en augmentation (64 % en 2015 vs 67 % en 2023). Cela pourrait refléter une certaine efficacité des formations de sensibilisation des cadres de santé à la culture de sécurité des soins (qui se développent depuis plusieurs années en formation initiale et continue).

Cette baisse apparente du niveau de culture de sécurité des soins est à relativiser : les établissements participant en 2015 et 2023 n'étant pas les mêmes, il est impossible de la confirmer. Toutefois, la

⁷ SAED : situation, antécédents, évaluation, demande.

tendance est marquée et plusieurs explications peuvent être avancées. De façon générale, la situation de crise actuelle dans les établissements de santé peut entraîner un sentiment d'insécurité souvent en raison du manque de personnel. Les études menées au niveau international ont mis en évidence une diminution sensible des scores de culture de sécurité des soins entre 2019 et 2021, au moment de la crise Covid-19 (30). Cette constatation peut expliquer l'existence d'une diminution des scores pour un nombre important de dimensions dans la campagne nationale de 2023. Pour la dimension soutien du management, la diminution du nombre de directeurs d'établissement au niveau national (- 13 % des effectifs entre 2011 et 2021 (31)) et les regroupements d'établissements avec directions communes peuvent entraîner un sentiment de moindre présence des directeurs sur le terrain et une moindre implication dans les démarches qualité et sécurité des soins. Concernant la dimension signalement des EI, la diminution du score de la dimension peut s'expliquer par différents points mis en avant dans certains commentaires : le manque de temps, le sentiment d'inutilité des systèmes de signalement (souvent détournés de leur fonction originelle), le manque d'implication des professionnels dans les analyses approfondies, le manque de visibilité des actions d'amélioration issues de ces analyses...

Le niveau de sécurité des soins dans le service est perçu par 45 % comme très bon ou excellent, proportion stable par rapport à 2015. Cette perception favorable et rassurante peut limiter les efforts des soignants pour améliorer la sécurité des soins. Elle peut sans doute induire dans certains collectifs un faux sentiment de sécurité.

5.5. Le soutien du management : un levier du développement de la culture de sécurité des soins

Ces résultats montrent que les professionnels ont une perception d'un soutien insuffisant de la direction pour la sécurité des soins dans leur établissement, alors qu'il semble exister une corrélation entre l'évolution de la dimension soutien du management pour la sécurité des soins et l'évolution globale de la culture de sécurité des soins. Le volet culture de sécurité des soins du projet CLARTÉ a permis de hiérarchiser les différentes dimensions de la culture de sécurité des soins et a montré que la dimension « soutien du management » était la dimension racine qui soutient l'édifice de la culture de sécurité (32). Au total, même s'il est complexe, le lien entre « culture de sécurité des soins » des professionnels de santé et « sécurité des patients » existe (32), et le management (et le style de leadership) y joue un rôle prépondérant (33). Ces résultats quantitatifs sont concordants avec les résultats qualitatifs du projet ÉMERAUDES (7). Le soutien de la direction, mesuré aux États-Unis en 2021, est plus développé (17). Ces résultats aux États-Unis sont peut-être liés à la mise en place de certaines actions visant à améliorer le rôle de la direction pour une amélioration de la culture de sécurité des soins, en particulier les rencontres sécurité, dont plusieurs articles mettent en évidence l'intérêt (34-36). En France, l'expérimentation HAS menée en 2017-2018 a confirmé sa faisabilité dans le contexte français (37). Ces visites régulières au plus près du terrain doivent permettre aux managers de discuter avec les personnels des questions de sécurité. Elles sont une démonstration de leur engagement dans la culture de sécurité des soins de l'organisation et montrent notamment leur soutien dans le signalement des EI par les soignants. Ces visites doivent être structurées selon une procédure spécifique décrite par la HAS dans son guide à destination des établissements de santé en France (38). Pour en mesurer l'effet, une enquête culture de sécurité des soins peut être réalisée en amont et en aval.

Améliorer le niveau de culture de sécurité des soins est un préalable à l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients. Malgré l'absence d'études de niveau de preuve élevé et certaines incohérences dans la perception perçue par les professionnels et la mobilisation réelle des dimensions de la culture de sécurité des soins (39, 40), une revue a révélé une association positive entre la culture

de sécurité des soins et les résultats dans plusieurs études, contextes et pays (8). Ce lien a également été démontré dans des études ciblées sur la lutte contre les infections associées aux soins (41). L'exemple des stratégies mises en œuvre pour la lutte contre les infections associées aux soins en France pourrait inspirer plus globalement les processus à mettre en œuvre pour améliorer la culture de sécurité des soins dans toutes les pratiques et organisations. En attendant, la certification des établissements de santé a déjà bien identifié l'importance que la gouvernance soutienne une culture de qualité et sécurité des soins auprès des professionnels (42).

6. Conclusion et perspectives

Les défis pour améliorer le niveau de culture de sécurité des soins restent nombreux (43). Il est nécessaire d'agir à différents niveaux :

- au niveau individuel, pour agir sur les facteurs humains qui entravent l'adoption de pratiques de sécurité et favorisent la résistance au changement ;
- au niveau des équipes, pour déployer une communication précise et standardisée entre professionnels et avec les patients et familles ;
- au niveau du management, pour développer le leadership permettant d'influencer l'engagement des professionnels ;
- au niveau des organisations, pour accroître la culture organisationnelle et obtenir un meilleur partage des croyances, des valeurs et des comportements propices à la sécurité des soins.

Les retours d'expérience de la campagne nationale par les SRA ont permis de stabiliser un guide pour la conduite de projet en établissement de santé et stabiliser la mutualisation de l'enquête sur la plateforme eFORAP (13). Ainsi, les établissements de santé ont la possibilité de réaliser des mesures de la culture de sécurité des soins au sein de leurs collectifs de travail en s'appuyant sur leur SRA : conduite de projet, mise en œuvre de la mesure, analyse des données, restitution des résultats et actions d'amélioration.

Ces premiers résultats nationaux permettent d'alimenter les travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la culture de sécurité des soins (44). Les résultats présentés sur la dimension relative à la fréquence de signalement des événements indésirables permettent une comparaison entre pays participants utilisant HSPSC 1.0 (Suisse, Belgique et Espagne). Les scores pour chaque pays nous montrent que la dimension est plus développée pour la France que pour les autres pays participants. Elle est de 22 points plus élevée qu'en Belgique (54 % *versus* 32 %) et quasi identique qu'en Suisse (54 % *versus* 53 %). Ces deux pays utilisent la même version traduite en langue française que la France (cf. modèle de questionnaire de l'annexe 1). Les résultats restent toutefois complexes à comparer compte tenu de la taille des échantillons pour chaque pays. En effet, les données françaises sont issues d'un échantillon volontaire de l'ensemble des établissements de santé du territoire, alors que les données suisses et belges sont issues de données remontées d'initiatives locales. Les données de comparaison du rapport de l'OCDE reposent uniquement sur la dimension relative à la fréquence de signalement des EI. Une démarche de comparaison entre pays francophones sur les autres dimensions serait intéressante à mener.

Cette première mesure nationale de la culture de sécurité des soins s'inscrit dans les orientations de la feuille de route « Améliorer la sécurité des patients et des résidents » pour la période 2023-2024 (45, 46) et constitue une mesure de la culture de sécurité des soins en France en amont de son déploiement. Cette feuille de route nationale porte l'ambition d'améliorer la culture de sécurité des soins et de promouvoir les ressources et outils existants afin d'en faciliter leur déploiement en établissement de santé :

- communiquer auprès des professionnels de terrain et des usagers ;
- former les professionnels et les patients à la culture de sécurité des soins ;
- valoriser et accompagner le travail en équipe et les temps collectifs sur l'ensemble du parcours patient ;
- agir sur la sous-déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ;
- améliorer la capitalisation sur les retours d'expérience ;
- poursuivre des actions ciblées dans certains secteurs ;

- promouvoir la place du patient et de ses proches pour améliorer la sécurité.

La promotion des outils et ressources déjà existants et préconisés par la Haute Autorité de santé tels que Pacte (47), l'accréditation des médecins et des équipes médicales (48) ou les rencontres sécurité (38) est intégrée au sein de cette feuille de route. Les actions menées visent notamment à accompagner les freins à la déclaration des EIGS en déployant une stratégie nationale de la culture juste et en améliorant l'accessibilité aux retours d'expérience.

À l'échelle régionale, les SRA soutenues par les agences régionales de santé représentent des opportunités pour faciliter l'accompagnement au développement de la culture de sécurité des soins : appui à l'analyse des événements indésirables associés aux soins, accompagnement au déploiement du Pacte, promotion des rencontres de sécurité et plus globalement déploiement de programmes régionaux en gestion des risques (49).

Une nouvelle campagne de mesure de la culture de sécurité des soins en établissements de santé est programmée en 2027 et permettra d'éclairer l'impact des actions menées à l'échelle locale, régionale et nationale sur la perception des professionnels des établissements de santé. Enfin, une nouvelle campagne de mesure de la culture de sécurité des soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est planifiée pour 2026 (la précédente a eu lieu en 2022⁸).

⁸ <https://www.forap.fr/webinaire-sur-la-culture-de-securite-en-ehpad>

Table des annexes

Annexe 1. Questionnaire « Mesure de la culture de sécurité des soins auprès des établissements de santé »	39
Annexe 2. Résultats détaillés sur les établissements ayant participé à l'enquête	43
Annexe 3. Résultats détaillés des dimensions de la culture de sécurité des soins	45
Annexe 4. Focus sur les taux d'accord les plus élevés et les plus bas	52
Annexe 5. Résultats détaillés du niveau de sécurité des soins	53
Annexe 6. Résultats détaillés sur les commentaires des professionnels	55

Table des tableaux

Tableau 1. Les 10 dimensions de la culture de sécurité des soins.....	10
Tableau 2. Répartition des périmètres de collectifs de travail (n = 1 842).....	16
Tableau 3. Répartition des collectifs de travail selon leur taille (nombre de professionnels) (n = 1 842).....	17
Tableau 4. Répartition des collectifs de travail selon l'activité de soins (n = 1 842).....	17
Tableau 5. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation à la campagne selon leur filière professionnelle	18
Tableau 6. Scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins selon l'activité des collectifs de travail (n = 27 406).....	21
Tableau 7. Répartition des réponses aux 40 items de la perception et des attitudes des professionnels en fonction des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins (pourcentage ; nombre de répondants au questionnaire = 27 406).....	22
Tableau 8. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur statut (public, privé, privé à but non lucratif) et leur type (CH, CHU, CHR...) (n = 661).....	43
Tableau 9. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur taille (n = 661).....	43
Tableau 10. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur région (n = 661).....	44
Tableau 11. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation selon le périmètre des collectifs de travail.....	44
Tableau 12. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation selon le statut de l'établissement	44
Tableau 13. Scores moyens des dimensions de la culture de sécurité des soins selon le statut de l'établissement.....	45
Tableau 14. Scores moyens des dimensions de la culture de sécurité des soins selon la taille de l'établissement.....	46
Tableau 15. Détail des scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins et des réponses par item (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord »).....	47

Tableau 16. Détail des scores des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins et réponses par item (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord ») selon l'activité des collectifs de travail ..	50
Tableau 17. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et de répondants (n = 50 078) selon le statut de l'établissement.....	55
Tableau 18. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et du nombre de répondants (n = 50 078) selon la taille de l'établissement.....	55
Tableau 19. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et du nombre de répondants (n = 50 078) selon l'activité des collectifs de travail.....	55

Table des figures

Figure 1. Diagramme radar des scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins (n = 27 406).....	19
Figure 2. Répartition des réponses à l'item sur le niveau de sécurité des soins (n = 26 707).....	25
Figure 3. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés (n = 26 587)	26
Figure 4. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés selon l'activité du collectif de travail (n = 26 587)	26
Figure 5. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés selon la taille de l'établissement (n = 26 587).....	27
Figure 6. Répartition des réponses à l'item sur le nombre d'évènements indésirables signalés selon le statut de l'établissement (n = 26 587)	28
Figure 7. Répartition des commentaires selon les dimensions de la culture de sécurité des soins (n = 3 274)	29
Figure 8. Items avec les taux d'accord les plus élevés (n = 27 406)	52
Figure 9. Items avec les taux d'accord les plus bas (n = 27 406).....	52
Figure 10. Niveau de sécurité des soins selon l'activité du collectif de travail.....	53
Figure 11. Niveau de sécurité des soins selon la taille de l'établissement	53
Figure 12. Niveau de sécurité des soins selon le statut de l'établissement.....	54

Annexe 1. Questionnaire « Mesure de la culture de sécurité des soins auprès des établissements de santé »



Campagne nationale FORAP - HAS

MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS

AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

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 en 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.



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	<input type="checkbox"/>				
2.	Nous avons suffisamment de professionnels pour faire face à la charge de travail	<input type="checkbox"/>				
3.	Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	<input type="checkbox"/>				
4.	Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect	<input type="checkbox"/>				
5.	Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	<input type="checkbox"/>				
6.	Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
7.	Les professionnels ont l'impression que leurs <u>erreurs</u> leur sont reprochées	<input type="checkbox"/>				
8.	Dans notre collectif de travail, les <u>erreurs</u> ont conduit à des changements positifs	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
10.	Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
11.	Lorsqu'un <u>évènement indésirable</u> est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème	<input type="checkbox"/>				
12.	Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	<input type="checkbox"/>				
13.	Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	<input type="checkbox"/>				
14.	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	<input type="checkbox"/>				
15.	Les professionnels s'inquiètent du fait que les <u>erreurs</u> soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	<input type="checkbox"/>				
16.	Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	<input type="checkbox"/>				
17.	Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d' <u>erreurs</u>	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>				
19.	Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
21.	Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				

(*) 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>	<input type="checkbox"/>				
23.	Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	<input type="checkbox"/>				
24.	Nous sommes informés des <u>erreurs</u> qui se produisent dans ce collectif de travail	<input type="checkbox"/>				
25.	Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs	<input type="checkbox"/>				
26.	Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les <u>erreurs</u> ne se reproduisent pas	<input type="checkbox"/>				
27.	Les professionnels ont peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="checkbox"/>				

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 ...	<input type="checkbox"/>				
29.	Une <u>erreur</u> qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalée ...	<input type="checkbox"/>				
30.	Une <u>erreur</u> qui pourrait nuire au patient mais qui n'a finalement pas d'effet, est signalée ...	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>				
33.	Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	<input type="checkbox"/>				
34.	Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'un service à l'autre	<input type="checkbox"/>				
35.	Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	<input type="checkbox"/>				
36.	D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements de services	<input type="checkbox"/>				
37.	Il est souvent déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
38.	Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
39.	Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
41.	Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	<input type="checkbox"/>				

(*) 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2. Résultats détaillés sur les établissements ayant participé à l'enquête

Tableau 8. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur statut (public, privé, privé à but non lucratif) et leur type (CH, CHU, CHR...) (n = 661)

<i>Statut et type</i>	Nombre d'établissements de santé répondants		Nombre d'établissements de santé en France	
		%		%
Public	201	30,4%	844	23,8%
CHR/CHU	10	5,0%		
CH hors anciens hôpitaux locaux	130	64,7%		
CH anciens hôpitaux locaux	40	19,9%		
CH spécialisés en psychiatrie	15	7,5%		
Autres établissements publics	6	3,0%		
Privé non lucratif	130	19,7%	623	20,9%
CLCC	6	4,6%		
Établissements de soins de courte durée ou pluric	37	28,5%		
Établissements de soins de SSR	53	40,8%		
Établissements de lutte contre les maladies ment	5	3,8%		
Autres établissements à but non lucratif	29	22,3%		
Privé à but lucratif	330	49,9%	964	34,2%
Établissements de soins de courte durée ou pluric	169	51,2%		
Établissements de soins de SSR	99	30,0%		
Établissements de lutte contre les maladies ment	43	13,0%		
Autres établissements à but lucratif	19	5,8%		
TOTAL	661	100,0%	2 431	27,2%

Tableau 9. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur taille (n = 661)

<i>Taille (lits et places)</i>	Nombre	%
moins de 100	232	35,1%
100 - 299	309	46,7%
300 - 499	65	9,8%
500 et plus	55	8,3%
TOTAL	661	100,0%

Tableau 10. Répartition des établissements ayant participé à la campagne selon leur région (n = 661)

<i>Région</i>	Nombre d'établissements de santé répondants		Nombre d'établissements de santé en France	
		%		%
Auvergne-Rhône-Alpes	71	10,7%	291	24,4%
Bourgogne-Franche-Comté	26	3,9%	118	22,0%
Bretagne	44	6,7%	107	41,1%
Centre-Val de Loire	23	3,5%	95	24,2%
Corse	5	0,8%	24	20,8%
Grand Est	12	1,8%	177	6,8%
Guadeloupe	11	1,7%	24	45,8%
Hauts-de-France	60	9,1%	191	31,4%
Île-de-France	104	15,7%	350	29,7%
La Réunion	11	1,7%	24	45,8%
Normandie	35	5,3%	122	28,7%
Nouvelle-Aquitaine	66	10,0%	248	26,6%
Occitanie	87	13,2%	260	33,5%
Pays de la Loire	49	7,4%	112	43,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	56	8,5%	265	21,1%
Saint-Pierre-et-Miquelon	1	0,2%	1	100,0%
TOTAL	661	100,0%	2 409	27,4%
Guyane	0		7	
Martinique	0		15	
Mayotte	0			

Tableau 11. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation selon le périmètre des collectifs de travail

<i>Périmètre des collectifs de travail</i>	Professionnels éligibles		Professionnels répondants				Taux de participation	
	Nombre	%	Total	%	COMP 50%	%	Initiale	Finale
Etablissement	46 182	37,9%	17 314	34,6%	16 590	34,6%	37,5%	35,9%
Pôle	24 057	19,8%	7 910	15,8%	7 453	15,5%	32,9%	31,0%
Service/Unité	47 732	39,2%	22 817	45,6%	22 002	45,9%	47,8%	46,1%
Parcours/Filière	2 424	2,0%	1 316	2,6%	1 258	2,6%	54,3%	51,9%
Catégorie professionnelle	1 406	1,2%	721	1,4%	671	1,4%	51,3%	47,7%
TOTAL	121 801	100,0%	50 078	100,0%	47 974	100,0%	41,1%	39,4%

COMP 50 % : taux de complétude de plus de 50 % au questionnaire

Tableau 12. Répartition des professionnels éligibles (n = 121 801), des professionnels répondants (n = 50 078) et des taux de participation selon le statut de l'établissement

<i>Statut de l'établissement</i>	Professionnels éligibles		Professionnels répondants				Taux de participation	
	Nombre	%	Total	%	COMP 50%	%	Initiale	Finale
Public	64 083	52,6%	22 763	45,5%	21 675	45,2%	35,5%	33,8%
Privé non lucratif	20 874	17,1%	9 811	19,6%	9 386	19,6%	47,0%	45,0%
Privé à but lucratif	36 844	30,2%	17 504	35,0%	16 913	35,3%	47,5%	45,9%
TOTAL	121 801	100,0%	50 078	100,0%	47 974	100,0%	41,1%	39,4%

COMP 50 % : taux de complétude de plus de 50 % au questionnaire

Annexe 3. Résultats détaillés des dimensions de la culture de sécurité des soins

Tableau 13. Scores moyens des dimensions de la culture de sécurité des soins selon le statut de l'établissement

	Public	Privé non lucratif	Privé à but lucratif
1. Perception globale de la sécurité	46%	48%	52%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	52%	55%	56%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	68%	66%	68%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	55%	57%	59%
5. Travail d'équipe dans le service	73%	73%	76%
6. Liberté d'expression	55%	59%	59%
7. Réponse non punitive à l'erreur	31%	38%	40%
8. Ressources humaines	28%	34%	36%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	36%	50%	54%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	35%	43%	45%
nb de collectifs de travail dont la participation est ≥ 60%	358	387	200
<i>> nb de professionnels ciblés</i>	16 425	13 801	8 099
<i>> nb de répondants</i>	11 894	10 233	5 992
<i>> % participation</i>	72%	74%	74%
<i>> nb de réponses analysées</i>	11 566	10 002	5 838
% collectifs de travail avec au moins 1 DIM développée	62%	61%	70%

Légende :

- score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »
- score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »
- score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »

DIM = dimension

Tableau 14. Scores moyens des dimensions de la culture de sécurité des soins selon la taille de l'établissement

	moins de 100 lits et places	100 - 299 lits et places	300 - 499 lits et places	500 et plus lits et places
1. Perception globale de la sécurité	51%	48%	48%	45%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	57%	55%	53%	52%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	66%	65%	69%	69%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	60%	57%	57%	55%
5. Travail d'équipe dans le service	74%	72%	75%	74%
6. Liberté d'expression	57%	57%	58%	57%
7. Réponse non punitive à l'erreur	40%	36%	33%	31%
8. Ressources humaines	36%	32%	31%	27%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	55%	48%	39%	34%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	45%	42%	36%	34%
nb de collectifs de travail dont la participation est ≥ 60%	182	436	184	143
<i>> nb de professionnels ciblés</i>	7 057	17 055	7 679	6 534
<i>> nb de répondants</i>	5 027	12 492	5 780	4 820
<i>> % participation</i>	71%	73%	75%	74%
<i>> nb de réponses analysées</i>	4 951	12 149	5 643	4 663
% collectifs de travail avec au moins 1 DIM développée	63%	61%	67%	64%

Légende :

- score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »
- score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »
- score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »

DIM = dimension

Tableau 15. Détail des scores moyens des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins et des réponses par item (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord »)

Aide à la lecture des dimensions : il faut lire, par exemple pour la dimension 3, que pour 25 % des établissements (75^e centile), le score de cette dimension est \geq à 79 % (dimension développée).

Item à formulation positive : il faut lire, par exemple pour l'item B18, que pour 25 % des établissements (75^e centile), la proportion de répondants qui sont « d'accord ou tout à fait d'accord » avec l'affirmation est \geq à 77 % (item en faveur d'une culture de sécurité développée).

Item à formulation négative : il faut lire, par exemple pour l'item A9, que pour la moitié des établissements (médiane), la proportion de répondants qui ne sont « pas du tout d'accord ou pas d'accord » avec l'affirmation est \geq à 54 %.

Si un établissement a un score de 80 % à la dimension 5, il se situe entre la médiane et le 75^e percentile, et son score pour cette dimension est supérieur à celui de la moitié des établissements de référence.

	Moyenne	Min	25° cent	Médiane	75° cent	Max
1. Perception globale de la sécurité des soins	48%	0%	38%	48%	58%	100%
A14. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	44%	0%	31%	43%	56%	100%
A17. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	54%	0%	40%	53%	67%	100%
A9*. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail	54%	0%	43%	54%	67%	100%
A16*. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	41%	0%	27%	39%	53%	100%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	54%	0%	44%	55%	64%	100%
D28. Une erreur détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée	56%	0%	44%	54%	65%	100%
D29. Une erreur qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalée	49%	0%	37%	47%	58%	100%
D30. Une erreur qui pourrait nuire au patient mais qui n'a finalement pas d'effet, est signalée	58%	0%	44%	56%	67%	100%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	67%	0%	58%	69%	79%	100%
B18. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	62%	0%	50%	64%	77%	100%
B19. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins	68%	0%	56%	70%	82%	100%
B20*. 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	67%	0%	56%	69%	80%	100%
B21*. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	71%	0%	60%	73%	84%	100%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	57%	9%	48%	58%	67%	100%
A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	69%	0%	57%	70%	81%	100%
A8. Dans notre collectif de travail, les erreurs ont conduit à des changements positifs	58%	0%	45%	59%	70%	100%
A12. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	55%	0%	42%	54%	66%	100%
C22. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable	40%	0%	23%	36%	53%	100%
C24. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce collectif de travail	54%	0%	42%	54%	67%	100%
C26. Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	65%	0%	54%	67%	78%	100%
5. Travail d'équipe dans le service	73%	5%	66%	76%	85%	100%
A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans notre collectif	74%	0%	64%	76%	88%	100%
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjugons nos efforts en équipe	78%	0%	69%	80%	89%	100%
A4. Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect	69%	0%	59%	71%	83%	100%
A10. Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	74%	0%	64%	75%	85%	100%
6. Liberté d'expression	57%	4%	50%	58%	67%	100%
C23. Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	75%	0%	67%	75%	85%	100%
C25. Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs	32%	0%	21%	29%	40%	100%
C27*. Les professionnels ont peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	65%	0%	56%	67%	75%	100%

	Moyenne	Min	25° cent	Médiane	75° cent	Max
7. Réponse non punitive à l'erreur	35%	1%	25%	33%	44%	100%
A7*. Les professionnels ont l'impression que leurs erreurs leur sont reprochées	32%	0%	21%	30%	41%	100%
A11*. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointée du doigt et non le problème	42%	0%	27%	42%	54%	100%
A15*. Les professionnels s'inquiètent du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	32%	0%	21%	30%	42%	100%
8. Ressources humaines	32%	0%	21%	30%	42%	100%
A2. Nous avons suffisamment de professionnel pour faire face à la charge de travail	27%	0%	11%	23%	39%	100%
A5*. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	39%	0%	28%	38%	50%	100%
A13*. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	30%	0%	17%	27%	41%	100%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	45%	0%	31%	42%	58%	100%
F32. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	40%	0%	21%	37%	57%	100%
F39. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	43%	0%	25%	39%	59%	100%
F41. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	63%	0%	49%	63%	75%	100%
F40*. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un évènement indésirable se soit produit	33%	0%	18%	29%	44%	100%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	40%	0%	30%	39%	49%	100%
F35. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	47%	0%	32%	45%	60%	100%
F33*. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	26%	0%	13%	23%	33%	100%
F34*. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'un service à l'autre	29%	0%	16%	26%	38%	100%
F36*. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements de services	38%	0%	25%	36%	48%	100%
F37*. Il est souvent déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement	63%	0%	51%	63%	75%	100%
F38*. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	36%	0%	23%	33%	46%	100%

Légende :

	score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »
	score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »
	score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »

Tableau 16. Détail des scores des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins et réponses par item (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord ») selon l'activité des collectifs de travail

	Total	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Gériatrie	Pédiatrie	Réanimation	Urgences	Psychiatrie	Dialyse	USLD	SMR	HAD	Autre
1. Perception globale de la sécurité des soins	48%	47%	44%	49%	46%	43%	48%	47%	46%	55%	45%	52%	57%	46%
A14. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	44%	41%	37%	46%	43%	46%	42%	46%	43%	49%	47%	49%	50%	42%
A17. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	54%	53%	49%	54%	53%	45%	53%	53%	50%	59%	48%	58%	65%	52%
A9*. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu jusqu'ici, d'erreurs plus graves dans notre collectif de travail	54%	55%	51%	51%	52%	47%	53%	52%	53%	62%	47%	57%	63%	51%
A16*. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans notre collectif de travail	41%	39%	39%	44%	35%	35%	43%	38%	37%	49%	38%	45%	49%	38%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	54%	53%	50%	47%	61%	50%	48%	48%	59%	64%	57%	57%	54%	54%
D28. Une erreur détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée	56%	54%	53%	47%	62%	48%	50%	48%	59%	64%	59%	58%	56%	56%
D29. Une erreur qui n'a pas le potentiel de nuire au patient, est signalée	49%	48%	43%	42%	57%	46%	43%	43%	55%	58%	52%	52%	48%	48%
D30. Une erreur qui pourrait nuire au patient mais qui n'a finalement pas d'effet, est signalée	58%	57%	53%	53%	64%	55%	52%	52%	62%	69%	59%	60%	57%	57%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	67%	67%	64%	68%	72%	72%	69%	68%	68%	72%	70%	68%	72%	63%
B18. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	62%	61%	58%	58%	71%	70%	62%	65%	65%	66%	65%	64%	66%	60%
B19. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions des professionnels pour améliorer la sécurité des soins	68%	68%	65%	69%	70%	72%	71%	69%	69%	71%	74%	70%	74%	64%
B20*. 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	67%	67%	64%	71%	71%	72%	71%	66%	69%	75%	71%	68%	70%	63%
B21*. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	71%	73%	69%	73%	77%	73%	71%	72%	71%	77%	70%	72%	78%	66%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	57%	57%	53%	56%	57%	58%	55%	54%	56%	64%	59%	60%	66%	55%
A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	69%	69%	64%	71%	74%	73%	67%	65%	66%	78%	73%	73%	85%	65%
A8. Dans notre collectif de travail, les erreurs ont conduit à des changements positifs	58%	60%	55%	61%	55%	61%	55%	55%	53%	65%	58%	60%	69%	57%
A12. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	55%	55%	49%	54%	61%	56%	54%	53%	52%	57%	63%	59%	67%	52%
C22. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable	40%	38%	34%	34%	35%	37%	41%	36%	41%	50%	36%	45%	47%	40%
C24. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce collectif de travail	54%	54%	53%	53%	55%	53%	51%	54%	57%	65%	54%	54%	55%	53%
C26. Dans ce collectif de travail, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	65%	65%	62%	64%	64%	67%	60%	60%	68%	73%	68%	69%	76%	62%
5. Travail d'équipe dans le service	73%	75%	71%	78%	68%	73%	75%	74%	75%	77%	65%	75%	79%	70%
A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans notre collectif	74%	75%	72%	79%	64%	69%	74%	72%	77%	78%	62%	76%	77%	69%
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	78%	79%	76%	85%	72%	83%	85%	81%	79%	82%	72%	77%	79%	74%
A4. Dans notre collectif de travail, chacun considère les autres avec respect	69%	69%	66%	69%	63%	66%	66%	68%	72%	71%	54%	72%	75%	66%
A10. Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	74%	75%	70%	79%	73%	75%	75%	73%	72%	77%	74%	76%	86%	70%

	Total	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Gériatrie	Pédiatrie	Réanimation	Urgences	Psychiatrie	Dialyse	USLD	SMR	HAD	Autre
6. Liberté d'expression	57%	57%	59%	57%	57%	54%	56%	58%	59%	61%	52%	57%	65%	56%
C23. Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	75%	74%	75%	77%	74%	72%	72%	75%	77%	77%	69%	75%	84%	72%
C25. Les professionnels se sentent libres de remettre en cause les décisions ou les actions de leurs supérieurs	32%	29%	32%	27%	32%	26%	32%	33%	36%	38%	30%	33%	36%	32%
C27*. Les professionnels ont peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	65%	66%	68%	66%	65%	64%	65%	67%	63%	68%	58%	64%	73%	64%
7. Réponse non punitive à l'erreur	35%	34%	30%	32%	28%	33%	35%	28%	38%	42%	31%	40%	49%	33%
A7*. Les professionnels ont l'impression que leurs erreurs leur sont reprochées	32%	31%	27%	28%	23%	27%	31%	24%	36%	36%	27%	36%	44%	30%
A11*. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème	42%	41%	35%	39%	36%	38%	41%	32%	45%	50%	38%	47%	56%	38%
A15*. Les professionnels s'inquiètent du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	32%	30%	29%	28%	26%	34%	34%	27%	33%	40%	29%	36%	46%	31%
8. Ressources humaines	32%	29%	29%	39%	28%	28%	35%	31%	33%	41%	24%	35%	34%	31%
A2. Nous avons suffisamment de professionnel pour faire face à la charge de travail	27%	25%	23%	37%	22%	22%	32%	25%	28%	39%	14%	28%	27%	27%
A5*. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	39%	37%	40%	43%	37%	34%	39%	39%	39%	44%	33%	41%	40%	39%
A13*. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	30%	26%	24%	36%	25%	28%	34%	29%	34%	40%	25%	35%	35%	28%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	45%	40%	38%	39%	47%	38%	34%	39%	43%	50%	45%	55%	64%	44%
F32. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	40%	33%	30%	33%	44%	31%	28%	36%	40%	48%	40%	53%	60%	40%
F39. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	43%	37%	35%	38%	48%	35%	33%	36%	41%	50%	50%	53%	64%	43%
F41. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	63%	61%	61%	61%	63%	58%	54%	57%	59%	64%	59%	71%	78%	60%
F40*. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un évènement indésirable se soit produit	33%	28%	27%	26%	31%	27%	23%	24%	34%	37%	32%	43%	52%	34%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	40%	38%	38%	39%	42%	31%	36%	35%	40%	38%	39%	46%	43%	38%
F35. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	47%	44%	45%	47%	50%	36%	43%	37%	49%	42%	46%	54%	51%	44%
F33*. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	26%	23%	23%	23%	25%	17%	22%	22%	25%	25%	24%	34%	36%	26%
F34*. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'un service à l'autre	29%	26%	25%	27%	30%	22%	28%	24%	31%	28%	32%	37%	27%	27%
F36*. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements de services	38%	35%	37%	39%	44%	32%	36%	41%	37%	35%	39%	43%	35%	36%
F37*. Il est souvent déplaisant de travailler avec les professionnels des autres services de l'établissement	63%	65%	61%	60%	67%	54%	52%	52%	65%	60%	60%	68%	69%	61%
F38*. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	36%	33%	35%	35%	38%	26%	35%	33%	36%	35%	32%	42%	38%	35%

Légende :

- score ≥ 75 %, la dimension est dite « développée »
- score entre 50 % et 75 %, la dimension est dite en « cours de développement »
- score ≤ 50 %, la dimension est dite « à améliorer »

Annexe 4. Focus sur les taux d'accord les plus élevés et les plus bas

A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjugons nos efforts en équipe	78%	12%	10%	27 271
C23. Les professionnels s'expriment librement s'ils voient quelque chose, dans les soins, qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	75%	16%	9%	26 969
A10. Au contact des collègues du collectif de travail, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	74%	20%	6%	27 160

Figure 8. Items avec les taux d'accord les plus élevés (n = 27 406)

Légende :

■	Réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord »
■	Réponses « ni d'accord » « ni pas d'accord »
■	Réponses « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »

A2. Nous avons suffisamment de professionnel pour faire face à la charge de travail	27%	16%	58%	27 319
A13*. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	30%	21%	49%	27 211
F33*. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	26%	28%	46%	26 840

Figure 9. Items avec les taux d'accord les plus bas (n = 27 406)

Légende :

■	Réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord »
■	Réponses « ni d'accord » « ni pas d'accord »
■	Réponses « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »

Annexe 5. Résultats détaillés du niveau de sécurité des soins

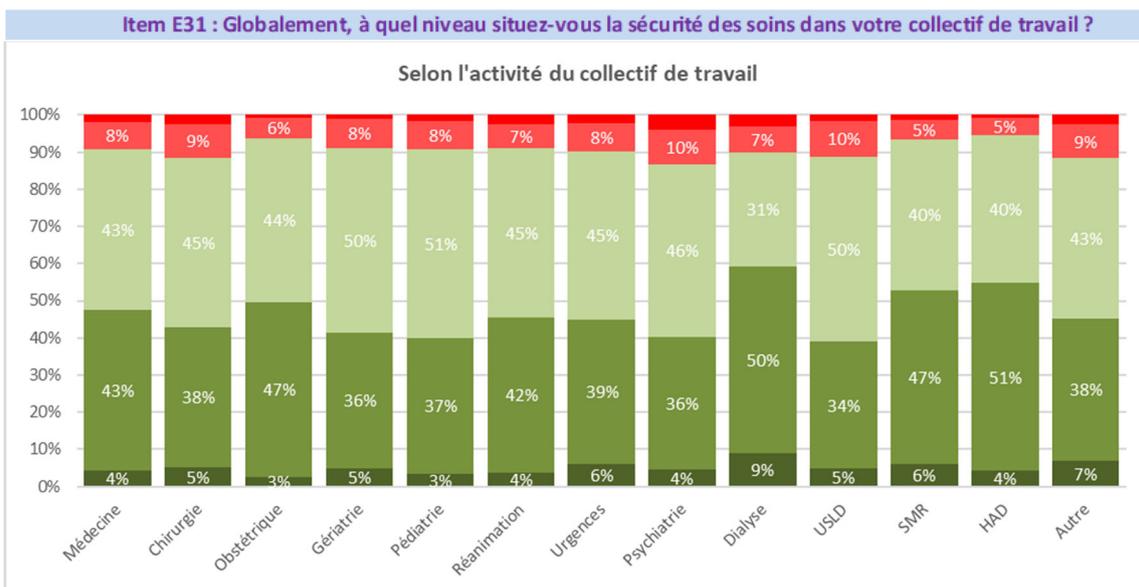


Figure 10. Niveau de sécurité des soins selon l'activité du collectif de travail

Légende :



Item E31 : Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre collectif de travail ?

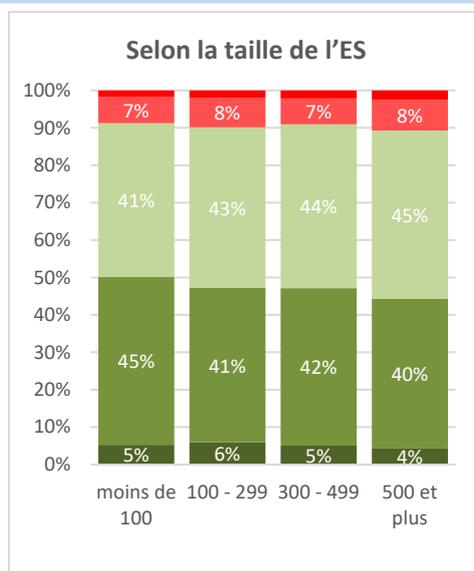


Figure 11. Niveau de sécurité des soins selon la taille de l'établissement

Légende :



Item E31 : Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre collectif de travail ?

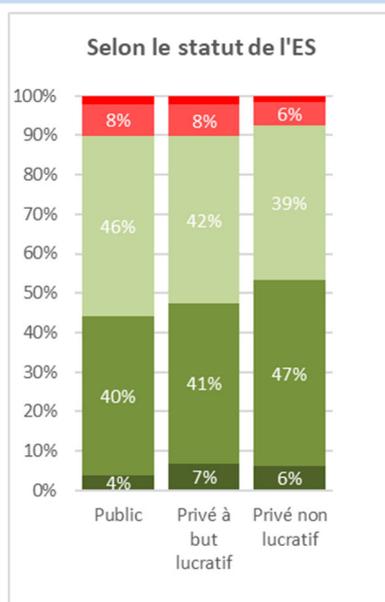


Figure 12. Niveau de sécurité des soins selon le statut de l'établissement

Légende :



Annexe 6. Résultats détaillés sur les commentaires des professionnels

Tableau 17. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et de répondants (n = 50 078) selon le statut de l'établissement

<i>Statut de l'établissement</i>	Commentaires		Répondants		% de commentaires
	Nombre	%	Total	%	
Public	2 373	51,7%	22 763	45,5%	10,4%
Privé non lucratif	758	16,5%	9 811	19,6%	7,7%
Privé à but lucratif	1 458	31,8%	17 504	35,0%	8,3%
TOTAL	4 589	100,0%	50 078	100,0%	9,2%

Tableau 18. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et du nombre de répondants (n = 50 078) selon la taille de l'établissement

<i>Taille (lits et places)</i>	Commentaires		Répondants		% de commentaires
	Nombre	%	Total	%	
moins de 100	724	15,8%	8 691	17,4%	8,3%
100 - 299	1 798	39,2%	21 196	42,3%	8,5%
300 - 499	1 020	22,2%	9 666	19,3%	10,6%
500 et plus	1 047	22,8%	10 525	21,0%	9,9%
TOTAL	4 589	100,0%	50 078	100,0%	9,2%

Tableau 19. Répartition du nombre de commentaires (n = 4 589) et du nombre de répondants (n = 50 078) selon l'activité des collectifs de travail

<i>Activité du collectif de travail</i>	Commentaires		Répondants		% de commentaires
	Nombre	%	Total	%	
Médecine	899	19,6%	9 811	19,6%	9,2%
Chirurgie	782	17,0%	7 474	14,9%	10,5%
Obstétrique	105	2,3%	1 279	2,6%	8,2%
Gériatrie	131	2,9%	1 104	2,2%	11,9%
Pédiatrie	60	1,3%	575	1,1%	10,4%
Réanimation	51	1,1%	779	1,6%	6,5%
Urgences	119	2,6%	1 173	2,3%	10,1%
Psychiatrie	459	10,0%	4 918	9,8%	9,3%
Dialyse	87	1,9%	1 018	2,0%	8,5%
USLD	96	2,1%	736	1,5%	13,0%
SMR	843	18,4%	10 386	20,7%	8,1%
HAD	74	1,6%	1 410	2,8%	5,2%
Autre	883	19,2%	9 415	18,8%	9,4%
TOTAL	4 589	100,0%	50 078	100,0%	9,2%

Remerciements

La FORAP et la HAS tiennent à remercier :

- tous les professionnels de santé ainsi que les directions des établissements engagés dans cette campagne ;
- les référents de la campagne chargés de mettre en œuvre cette évaluation au sein de leur établissement ;
- l'ensemble des SRA pour la promotion, diffusion, mise en œuvre régionale de la campagne et des appuis qui en découlent. Leur rôle a été fondamental dans la dynamique de participation des établissements sur l'ensemble du territoire :
 - Auvergne-Rhône-Alpes : CEPBRAAL ;
 - Bourgogne-Franche-Comté : REQUA ;
 - Bretagne : CAPPB Bretagne ;
 - Centre-Val de Loire : QUALIRIS ;
 - Corse : PASQUAL ;
 - Grand Est : SRA Grand Est ;
 - Guadeloupe : ORAQS 971 ;
 - Hauts-de-France : Réseau Santé Qualité Risques ;
 - Île-de-France : STARAQS ;
 - La Réunion : ORISON ;
 - Mayotte : ORISON ;
 - Normandie : QUAL'VA ;
 - Nouvelle-Aquitaine : CCECQA ;
 - Occitanie : SRA Occitanie ;
 - Pays de la Loire : QualiREL Santé ;
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur : PASQUAL.

Références bibliographiques

- Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):521. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
- 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 ? *BEH* 2022;13:229-.
- Schein EH, Schein PA. *Organizational culture and Leadership*. San Francisco: Wiley; 2010.
- Institut pour une culture de sécurité industrielle, Groupe de travail Culture de sécurité. *La culture de sécurité : comprendre pour agir. Les cahiers de la sécurité industrielle* 2017;1.
- The Health Foundation. *Does improving safety culture affect patient outcomes*. London: HF; 2011. <https://www.health.org.uk/publications/does-improving-safety-culture-affect-patient-outcomes>
- Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé (FORAP). *Mesure du climat de sécurité des soignants. Campagne inter-régionale eFORAP 2015. Rapport inter-régional*. Lyon: Forap; 2017. https://www.ceppraal-sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/FORAP_Rapport_final_Campagne_interrégionale_Culture_sécurité_201710.pdf
- Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, Terrien N. *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 et Qualité* 2019;16(1):9-17.
- Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. *Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review*. *BMJ Open* 2017;7(11):e017708. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
- European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen: WHO.; 2019.
- Caroly S. *Le collectif de travail, une ressource pour la santé au travail. Dossier : de quoi est fait un collectif de travail ?*. *Revue Petite Enfance* 2020;131:27-34.
- Haute Autorité de santé. *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/culture_de_sécurité_des_soins_du_concept_a_la_pratique.pdf
- Haute Autorité de santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé. *Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_sécurité_cd_2019_05_29_v1.pdf
- Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé, Haute Autorité de santé. *Campagne nationale FORAP - HAS. Mesure de la culture de sécurité des soins auprès des établissements de santé guide de la campagne* [En ligne] 2023. https://www.esante-centre.fr/portail_pro/minisite_19/media-files/87844/campagne-forap-2023-guide-v1.6.pdf
- 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*. Dans: *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches* Rockville : AHRQ; 2008. https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones_29.pdf
- CHU Nantes. *Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en santé (Clarté)* [En ligne] 2011. <https://www.chu-nantes.fr/consortium-loire-atlantique-aquitaine-rhone-alpes-pour-la-production-d-indicateurs-en-sante-clarte>
- Ellis LA, Pomare C, Churruca K, Carrigan A, Meulenbroeks I, Saba M, Braithwaite J. *Predictors of response rates of safety culture questionnaires in healthcare: a systematic review and analysis*. *BMJ Open* 2022;12(9):e065320. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065320>
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Surveys on patient safety culture: 2021 Hospital 1.0 Survey Database*. Rockville: AHRQ; 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-1.pdf>
- Ahmed FA, Asif F, Munir T, Halim MS, Feroze Ali Z, Belgaumi A, *et al.* *Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. *BMJ open quality* 2023;12(1). <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002029>
- Reis CT, Paiva SG, Sousa P. *The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions*. *Int J Qual Health Care* 2020;32(7):487. <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy171>
- Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. *Patient safety culture in latin american hospitals: A systematic review with meta-analysis*. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(21). <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdedos MG, *et al.* *Patient safety culture in*

South America: a cross-sectional study. *BMJ open quality* 2023;12(4).

<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>

22. Dekker S. *Just Culture Balancing Safety and Accountability*. 2nd ed. : CRC Press Taylor and Francis Group; 2012.

23. National Health Services. *A just culture guide. Supporting consistent, constructive and fair evaluation of the actions of staff involved in patient safety incidents* [En ligne] 2021.

<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-culture/a-just-culture-guide/>

24. Haute Autorité de santé. *Programme d'amélioration continue du travail en équipe*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/pacte_rv_vok.pdf

25. Agency for Healthcare Research and Quality. *TeamSTEPPS Training Opportunities* [En ligne] 2024.

<https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/training/index.html>

26. Hamdan M, Jaaffar AH, Khraisat O, Issa MR, Jarrar M. *The Association of Transformational Leadership on Safety Practices Among Nurses: The Mediating Role of Patient Safety Culture. Risk management and healthcare policy* 2024;17:1687-700.

<https://dx.doi.org/10.2147/rmhp.S458505>

27. Pesanka DA, Greenhouse PK, Rack LL, Delucia GA, Perret RW, Scholle CC, *et al*. *Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport*. *J Nurs Care Qual* 2009;24(2):109-15.

<https://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000347446.98299.b5>

28. Haute Autorité de Santé. *Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

29. West JC. *"Ticket to ride": how useful is this new handoff tool?* *J Healthcare Risk Management* 2009;29(1):28-33.

<https://dx.doi.org/10.1002/jhrm.20003>

30. Press Ganey. *Healing without harm: Safety culture trends in healthcare 2023*. ; 2023.

<https://info.pressganey.com/e-books-research/safety-culture-trends-2023>

31. Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). *Directeurs d'hôpital (DH) éléments statistiques sur les directeurs d'hôpital statutaires au 1er janvier 2021* [En ligne] 2022.

https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2021_Stats_DH_R%C3%A9cap.pdf

32. Vialle S, Kret M, Sandrine D, Quenon JL, Michel P. *Validation d'un questionnaire de culture de sécurité et de ses indicateurs : l'expérimentation CLARTE sur 91 établissements de santé*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:S105-S6.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.01.110>

33. The Health Foundation. *How can leaders influence a safety culture?*. London: HF; 2012.

<https://www.health.org.uk/publications/how-can-leaders-influence-a-safety-culture>

34. Singer SJ, Tucker AL. *The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages*. *BMJ quality & safety* 2014;23(10):789-800.

<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003416>

35. Girerd-Genessay I, Michel P. *Faut-il mettre en place des rencontres de sécurité des soins ?* *Revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique* 2015;63(5):315-23.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.08.005>

36. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. *Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review*. *BMJ quality & safety* 2013;22(1):11-8.

<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>

37. Haute Autorité de santé. *Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Rapport d'expérimentation* (Février 2017 – Mars 2018). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-un-partenariat-entre-les-equipes-et-la-gouvernance

38. Haute Autorité de santé. *Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Guide méthodologiques et outils*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-un-partenariat-entre-les-equipes-et-la-gouvernance

39. DiCuccio MH. *The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review*. *J Patient Safety* 2015;11(3):135-42.

<https://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000058>

40. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. *Safety Culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review*. *West J Nurs Res* 2019;41(2):279-304.

<https://dx.doi.org/10.1177/0193945917747416>

41. Braun BI, Chitavi SO, Suzuki H, Soyemi CA, Puig-Asensio M. *Culture of safety: impact on improvement in infection prevention process and outcomes*. *Curr Infect Dis Rep* 2020;22(12):34.

<https://dx.doi.org/10.1007/s11908-020-00741-y>

42. Haute Autorité de santé. *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

43. Mistri IU, Badge A, Shahu S. *Enhancing patient safety culture in hospitals*. *Cureus* 2023;15(12):e51159.

<https://dx.doi.org/10.7759/cureus.51159>

44. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission. *Health at a glance : Europe 2024. state of Health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing; 2024.

<https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

45. Ministère de la santé et de la prévention. *Améliorer la sécurité des patients et des résidents. La feuille de route du ministère pour 2023-2025*. Paris; 2023.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite->

[des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025](#)

46. Haute Autorité de santé. Améliorer la sécurité des patients et des résidents - Feuille de route 2023-2025 [En ligne] 2024.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3516983/fr/ameliorer-la-securite-des-patients-et-des-residents-feuille-de-route-2023-2025

47. Haute Autorité de santé. S'engager dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Mis à jour le 21 juin 2022 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

48. Haute Autorité de santé. Accréditation des médecins et des équipes médicales. Mis à jour le 4 juillet 2024 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accréditation-des-medecins-et-des-equipes-medicales

49. Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé (FORAP). Les structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Etat des lieux à cinq ans après publication du décret n° 2016-1606. Lyon: Forap; 2022. <https://www.forap.fr/feuille-de-route>

Abréviations et acronymes

EI	Évènement indésirable
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
HAS	Haute Autorité de santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
Pacte	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
SAED	Situation, antécédents, évaluation, demande
SRA	Structure régionale d'appui

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

