



PROJET EMERAUDES

Engagement des ManagERs
pour l'Amélioration de la cULTure DE Sécurité

**Etude sur le rôle des managers dans le
développement d'une culture de sécurité
en milieu hospitalier**

**Rapport final
novembre 2017**

Chef de projet : **Dr. Jean-Luc Quenon** (CCECQA) Chargés de projet : **Marie Levif-Lecourt** (Sociologue, CCECQA), **Tamara Roberts** (Sociologue, CCECQA).

Groupe de travail : **Catherine Pourin** (CCECQA), **Anthony Vacher** (IRBA), **Bruno Quintard** (INSERM U1219 Bordeaux Populations Health Center, Université de Bordeaux), **Pierre Parneix** (CCLIN Sud-Ouest), **Isabelle Fucks** (EDF), **Myriam Promé-Visinoni** (ICSI), **Jean-Yves Bousigue** (ICSI), **Agnès Furno** (ICSI), **Mathieu Labat** (CH Agen), **Christine Cadot** (CH Agen), **Marie-Pascale Gay** (CH Agen).

Porteur du projet

- Centre Hospitalier d'Agen

Responsable du projet

- Jean-Luc Quenon, CCECQA

Rédacteurs du rapport

- Marie Levif-Lecourt, CCECQA
- Jean-Luc Quenon, CCECQA

Relecture et validation du rapport

- Jean-Yves Bousigue, ICSI
- Christine Cadot, CH Agen
- Isabelle Fucks, EDF
- Pierre Parneix, CCLIN Sud-Ouest
- Catherine Pourin, CCECQA
- Myriam Promé-Visinoni, ICSI
- Bruno Quintard, INSERM U1219 Bordeaux Populations Health Center, Université de Bordeaux
- Tamara Roberts, CCECQA
- Anthony Vacher, IRBA

Personnes ayant contribué à l'étude

- Ahmed Djihoud, CCECQA
- Isabelle Feray, CCECQA
- Agnès Furno, ICSI
- Leila Gaillard, CCECQA
- Pierre-Adrien Gaudin, CCECQA
- Marie-Pascale Gay, CH Agen
- Marion Kret, CCECQA
- Matthieu Labat, CH Agen

Remerciements à

Maryse Piscarel et Jenna Sagot du CCECQA

Financement du projet

Appel à projet PREPS 2012. Ministère des affaires sociales et de la santé : DGOS.

Citation

Quenon JL, Levif-Lecourt M., Roberts T, Fucks I, Vacher A, Quintard B, Promé-Visinoni M, Bousigue JY, Parneix P, Cadot C, Pourin C. Etude sur le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en milieu hospitalier (EMERAUDES 2016). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2016.

Avertissement

- Ce document présente les données recueillies dans 7 établissements de santé aquitains au cours de la période de mai 2014 à mars 2015.
- Les résultats de l'enquête qualitative ont été obtenus à partir d'un échantillon restreint de professionnels dans les établissements.
- De par leur durée limitée, les observations rendent compte de l'activité des managers sollicités à un moment donné.

Sommaire

Glossaire	7
Sigles.....	9
Résumé	11
I- Introduction	15
1. Avant-propos	15
2. Les enseignements de l'analyse de la littérature.....	17
a. Ce qu'est un manager	18
b. Le rôle des managers pour développer une culture de sécurité dans les organisations	23
c. Les différentes méthodes de mesure de la culture et du climat de sécurité	26
d. L'association entre l'engagement des managers dans une démarche de sécurité et le climat de sécurité des soignants	31
3. Les hypothèses de recherche.....	32
4. But et objectifs de l'étude	33
II. Méthodologie.....	35
1. Définitions.....	35
2. Type d'étude : qualitative et quantitative	36
3. Déroulement de l'étude	36
4. Lieu de l'étude.....	38
5. Collecte des données.....	40
6. Analyse des données	45
7. Restitution et utilisation des résultats	46
8. Aspects éthiques et règles déontologiques.....	47
III. Résultats	49
1. Résultats de l'étude qualitative.....	49
a. Les établissements participants	49
b. Les pôles de santé et services de soins participants	59
c. Profil des 65 professionnels ayant participé à l'étude qualitative	65
d. Les représentations de la sécurité.....	69

e.	Les activités des managers en matière de sécurité.....	85
f.	Les attentes déclarées par les soignants et perçues par les managers pour la sécurité.....	102
g.	Le soutien perçu des supérieurs hiérarchiques.....	107
2.	Résultats de l'étude quantitative : mesure du climat de sécurité	111
3.	Association entre soutien des managers et climat de sécurité des soignants	119
IV.	Discussion	122
1.	Les apports scientifiques de ce projet.....	122
a.	La sécurité perçue comme une notion polysémique	122
b.	Une perception positive du niveau de sécurité actuel	123
c.	Rôles des managers dans le développement d'une culture de sécurité	124
d.	Un décalage entre attentes déclarées par les soignants et celles perçues par les managers ..	126
e.	Un climat de sécurité des soignants peu développé.....	127
f.	Des freins et des leviers identifiés pour le développement d'une culture de sécurité	128
2.	Les limites méthodologiques	129
3.	Les retombées attendues et les perspectives.....	133
V.	Conclusion	139
	Bibliographie.....	141
	Tables des illustrations	148
	Tables des Tableaux	148
	Table des figures.....	149

Glossaire

La définition de la **CULTURE DE SECURITE** retenue dans ce projet est celle proposée en 2006 par *l'European Society for Quality in Health Care* : « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ».

Le **CLIMAT DE SECURITE** est défini par Cabrera et al. comme « l'ensemble des perceptions partagées par les membres d'une organisation sur leur environnement de travail et sur les politiques de sécurité de cette organisation ».

Dans ce projet, un **MANAGER** est défini comme un professionnel responsable de l'établissement de santé ou d'une partie identifiable de l'établissement ou d'une unité, ayant des activités et des missions de contrôle, de coordination, d'organisation et de planification afin d'accomplir les buts et les objectifs de l'établissement (Anderson C., 2010 ; Mintzberg H., 2011).

Dans cette étude, **3 niveaux de management** ont été considérés :

- Le **top management avec les directeurs** (directeur d'établissement, directeur des soins infirmiers, directeur qualité) et le président de la CME ;
- Le **management intermédiaire** au niveau du pôle de santé, assuré par le chef de pôle et le cadre de pôle ;
- Et le **management de proximité** au niveau du service de soins, assuré par le chef de service et le cadre de santé.

L'**ACTION EN GESTION DES RISQUES** est toute action susceptible de modifier un risque dans le but de le réduire. Elle correspond à l'appropriation et la mobilisation dans l'activité de plusieurs initiatives : une politique, d'un processus, un dispositif, une pratique, l'utilisation d'un outil. Elle permet la mise en œuvre d'une stratégie de maîtrise de ce risque.

Les **RISQUES ASSOCIES AUX SOINS** correspondent à la survenue possible de tout évènement indésirable lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

Un **EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE ASSOCIE AUX SOINS (EIG)** est défini comme tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret n° 2010- 1408)

Dans cette étude, les **REPRESENTATIONS SOCIALES** renvoient à des façons de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos. Directement issue des travaux de Durkheim, la notion de représentation sociale a reçu son élaboration théorique de S. Moscovici en 1961.

Les **PERCEPTIONS** désignent l'ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'individu prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens. La perception a essentiellement une fonction cognitive d'interprétation des informations sensorielles.

Sigles

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant

CGDR : Coordinateur de la Gestion Des Risques

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIV : Cellule d'Identitovigilance

CLAN : Commission de Liaison Alimentation Nutrition

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CME : Commission ou Conférence Médicale d'Établissement

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux

COVIRIS : Coordination des Vigilances et des Risques

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRU : Commission des Relations avec les Usagers

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CS : Culture de sécurité

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Technique

CSST : Cellule Santé et Sécurité au Travail

CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

CTE : Comité Technique d'Établissement

DAF : Directeur des Affaires Financières

DIM : Département d'Information Médicale

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DSI : Directeur des Soins Infirmiers

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Evénement Indésirable

EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

GDR : Gestion des risques

HAS : Haute Autorité de Santé

HSOPSC : Hospital Survey On Patient Safety Culture

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

PCME : Président de la Commission ou Conférence Médicale d'Etablissement

RAQ : Responsable Assurance Qualité

SLD : Soins de Longue Durée

SM : Santé Mentale

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Résumé

La culture de sécurité est actuellement considérée comme un levier d'amélioration de la sécurité des soins. D'après la littérature, le rôle des managers est crucial pour créer une culture de sécurité dans les établissements de santé. La perception et les représentations des managers sur leur activité, leur rôle dans la culture de sécurité sont déterminantes de leur engagement et de leurs actions.

L'étude EMERAUDES avait deux objectifs : 1) analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé, 2) rechercher une association entre un engagement et un soutien fort des managers et un climat de sécurité développé des soignants.

Méthode

Une étude exploratoire qualitative et quantitative a été réalisée de mai 2014 à mars 2015 dans 7 établissements de santé (3 centres hospitaliers et 4 cliniques). Les professionnels sollicités étaient des top managers, des managers intermédiaires, des managers de proximité et des soignants.

Le modèle conceptuel retenu pour le développement d'une culture de sécurité était une construction sociale dans laquelle les managers sont des acteurs parmi d'autres de l'organisation (modèle anthropologique de Fucks). L'approche qualitative basée sur des entretiens, des observations et des documents a permis d'étudier les perceptions et les représentations des professionnels en matière de sécurité. L'approche quantitative a permis de mesurer le climat de sécurité des soignants de l'établissement en utilisant la version française validée du questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

Les facteurs étudiés ont été sélectionnés à partir de la littérature scientifique.

Les entretiens individuels ont fait l'objet d'une retranscription intégrale anonymisée et d'une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel NVivo 10. Les pratiques managériales observées ont fait l'objet d'une analyse catégorielle avec le même logiciel. Les résultats de la mesure du climat de sécurité ont été exprimés sous la forme de pourcentages de réponses supportant une culture de sécurité pour chacun des 40 items et chacune des 10 dimensions, et une analyse descriptive des commentaires en lien avec le rôle des managers. L'association entre l'engagement et le soutien des managers, et le climat de sécurité des soignants a fait l'objet d'une analyse descriptive au sein de chaque établissement.

Résultats

L'approche qualitative a permis de réaliser des entretiens avec 44 managers et 21 soignants, des observations d'une journée de 14 managers et une analyse documentaire dans chaque établissement.

La responsabilité managériale de la sécurité était clairement identifiée par les managers, mais aussi par les autres professionnels et se manifestait par des attentes particulières de ces deux groupes professionnels. Les professionnels rencontrés avaient une perception positive du niveau de sécurité dans leur établissement. La majorité des professionnels le jugeait bon. Le soutien du management de proximité ou du supérieur hiérarchique direct était particulièrement apprécié. Ils identifiaient, cependant, des points d'amélioration qu'ils attribuaient le plus souvent au soutien des tops managers. L'inadaptation des moyens humains et matériels et le manque de valorisation du travail réalisé étaient les plus mentionnés

Six activités principales ont été observées auprès des managers et régulièrement déclarées par l'ensemble des professionnels : animer et motiver les équipes, réguler et contrôler les pratiques et l'organisation, communiquer des informations et outils relatifs à la sécurité, coordonner les professionnels et les actions, faire preuve d'exemplarité, et décider de la politique et de l'organisation opérationnelle de la sécurité.

Les directeurs rencontrés accordaient tous de l'importance à la sécurité. Cependant, le type d'engagement de ces managers variait, notamment en fonction de la taille de l'établissement et de leur situation financière. Dans les établissements les plus petits, ils s'impliquaient directement en réalisant par exemple des visites de sécurité, des actions de régulation et d'animation sur le terrain. Dans les établissements de grande taille, ils tendaient à déléguer ces activités à la direction qualité et au président de la CME. Ces directeurs avaient alors une activité restreinte à la prise de décision, à la communication institutionnelle et à la coordination.

Ce projet a aussi montré que les soignants attendaient principalement de bénéficier de conditions de travail satisfaisantes, d'une régulation des pratiques par les managers, puis d'une reconnaissance du travail réalisé. Les managers identifiaient ces attentes bien qu'ils percevaient avant tout des besoins matériels là où les soignants exprimaient des besoins en matière de ressources humaines, et plus d'attente en matière de reconnaissance du travail que de régulation des pratiques.

Si les soignants exprimaient globalement leur satisfaction quant au soutien en matière de sécurité des managers dans leurs établissements, ils avaient une attente forte en matière de leadership transactionnel. Ils attendaient des managers qu'ils régulent les pratiques et l'organisation, qu'ils définissent clairement leurs attentes, les objectifs et les priorités, les rôles et objectifs de chacun. Les soignants exprimaient ainsi une volonté de voir se développer une dynamique de prévention et d'organisation de temps d'échanges autour de la sécurité, des attentes non perçues par les managers.

L'approche quantitative a permis de mesurer le climat de sécurité sur un échantillon de 15 à 71 soignants selon les établissements, avec un taux de participation variant de 20 à 94 %.

Dans les 7 établissements, le climat de sécurité des soignants était peu développé. Le nombre de dimensions à améliorer (moins de 50 % de réponses positives) variait de 1 à 8 selon les établissements. Les scores les plus bas concernaient les dimensions « réponse non punitive à l'erreur » (de 25 à 46 % de réponses positives selon les établissements), « ressources humaines » (de 32 à 43 % pour 6 établissements), « soutien du management pour la sécurité des soins » (de 31 à 46 % pour 5 établissements), et « travail d'équipe entre les services de l'établissement » (de 35 à 46 % pour 5 établissements).

La culture de sécurité observée était surtout de type réglée, dont le moteur principal était l'accumulation d'exigences réglementaires et liées à la certification des établissements de santé. Ces exigences étaient souvent vécues par les soignants comme des contraintes supplémentaires, plutôt bureaucratiques et ne facilitant pas le travail.

La comparaison des 2 établissements ayant le climat de sécurité le plus développé et le moins développé a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de favoriser la culture de sécurité : une vision commune de la sécurité, l'engagement dans une démarche d'amélioration continue, l'importance donnée à la conformité réglementaire, le respect des bonnes pratiques, la mise à disposition de moyens adaptés. A l'inverse, d'autres facteurs semblent limiter son développement : une démarche managériale trop basée sur le contrôle et avec peu de valorisation de l'investissement des professionnels, la perception d'un niveau de sécurité rassurant.

Discussion

L'exercice actuel des directeurs d'établissements de santé est compliqué car ils sont de plus en plus soumis à l'obligation de rendre des comptes tout en garantissant la performance de l'organisation dont ils ont la responsabilité. L'articulation de logiques parfois contradictoires implique des arbitrages entre considérations d'efficacité, de légalité et de moyens, une éventuelle mise à distance de la réglementation et une transgression des normes prescrites. Les directeurs des établissements de grande taille traitent et priorisent les « dossiers », dont la sécurité, selon la sensibilité des sujets et de leur urgence. Dans la majorité des établissements étudiés, les managers mettaient en œuvre un leadership transformationnel en essayant de construire une culture de sécurité basée sur la motivation, la communication, l'engagement de chacun et la considération des individus.

Le score du climat de sécurité pour la dimension « soutien des managers pour développer une culture de sécurité » ne semble pas avoir évolué par rapport à d'autres études déjà réalisées en France. Ce soutien mesuré avec le même outil aux Etats-Unis en 2016 est plus développé avec un score moyen de

72 % dans les 680 établissements de santé américains composant la base de données de l'AHRQ. Ces résultats aux Etats-Unis sont peut être liés à la mise en place de certaines actions comme les visites managériales de sécurité.

Conclusion

Le projet EMERAUDES a atteint ses objectifs. Les résultats de ce projet apportent de nouvelles connaissances sur le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité.

Les résultats ont montré un potentiel important d'amélioration du climat de sécurité des soignants. Plusieurs dimensions à améliorer en priorité sont liées au rôle des managers, en particulier des top managers. L'analyse des entretiens et les observations ont mis surtout en évidence le soutien des managers de proximité apporté aux équipes de soins. Ce soutien est plutôt basé sur un leadership transformationnel, et se traduit en pratique par différents types d'activités. Ce projet a aussi montré des perceptions différentes sur la sécurité entre managers et soignants.

L'analyse de l'ensemble des données recueillies a permis de formuler des préconisations à chaque établissement visant à développer la culture de sécurité.

La prise en compte de ces apports et des réalités de terrain devrait permettre aux établissements de santé et aux pouvoirs publics d'améliorer la culture de sécurité et le déploiement des actions de gestion des risques. Les résultats de ce projet seront aussi utilisés dans le groupe de travail de la HAS « Développement des safety walkrounds » dont la mission est de tester la faisabilité et l'efficacité des visites managériales de sécurité dans les services de soins afin de développer une culture de sécurité.

I- Introduction

1. Avant-propos

La sécurité des soins, une priorité nationale

Dans les pays industrialisés, la sécurité des soins est devenue une préoccupation de santé publique et un enjeu de société [1]. Les risques associés aux soins ne peuvent plus être considérés comme un phénomène marginal de par l'ampleur et le coût financier et surtout humain qu'ils représentent. En France, 95 000 à 180 000 événements indésirables graves associés aux soins survenant pendant l'hospitalisation pourraient être évités chaque année [2]. La stratégie mise en œuvre pour inciter les professionnels et les établissements de santé à s'engager dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a essentiellement reposé sur l'association de nouvelles réglementations, de réorganisations structurelles, d'élaboration de référentiels, d'évaluation et de formation des professionnels [3, 4]. Un programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 fixe des orientations prioritaires et propose plusieurs actions innovantes et structurantes [5] est en cours de réalisation. Porter les efforts d'amélioration sur les facteurs humains, techniques et structurels ne semble pas être suffisant [6].

La culture de sécurité, un levier d'amélioration de la sécurité des soins

Si la stratégie mise en place jusqu'à aujourd'hui n'a pas permis de diminuer la fréquence des événements indésirables graves associés aux soins [2], c'est peut-être lié à des barrières d'ordre culturel [6-7]. Les travaux de recherche sur la performance hospitalière en termes de qualité et sécurité des soins portent une attention particulière à la culture de sécurité définie comme 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 [8-10]. Une forte culture de sécurité peut aider à diminuer la fréquence des événements indésirables associés aux soins et leurs conséquences [9, 11-12]. C'est dans cette voie que se sont engagés certains pays anglo-saxons, avec notamment en Europe, le Royaume-Uni [13]. L'amélioration de la culture de sécurité est la

première des trente actions prônées par le National Quality Forum [14]. En France, le développement d'une culture de sécurité fait partie des objectifs fixés par la Haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé [15], et par le ministère chargé de la santé et la HAS dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

L'intérêt que le milieu de la santé porte à la culture de sécurité provient de l'expérience des industries et des organisations sûres (aérospatial, nucléaire, aviation, militaire) qui ont su conjuguer complexité, performance et haut niveau de fiabilité [16, 17].

En France, le CCECQA a réalisé plusieurs travaux de recherche sur la culture de sécurité des soignants en milieu hospitalier. Ces travaux ont permis d'élaborer et de valider un outil français de mesure des aspects psychologiques de la culture de sécurité des unités de soins (« ce que les gens ressentent », dénommé climat de sécurité) et de tester une intervention pour l'améliorer, basée sur l'analyse régulière de scénarios cliniques d'événements indésirables associés aux soins dans des services de soins [18, 19]. Les résultats ont montré que le climat de sécurité des soignants était peu développé, en particulier pour trois des 10 dimensions mesurées. Il s'agit de trois dimensions qui ont un impact important sur la culture de sécurité. Ces dimensions appréhendent le compromis entre productivité et sécurité, l'importance du travail d'équipe entre unités de soins, et la politique de gestion des risques associés aux soins des établissements de santé. En six mois, l'intervention proposée a pu permettre de maintenir ou d'améliorer faiblement un niveau de culture de sécurité, qui, sans intervention, diminuait. Avec de tels résultats, cette intervention peut être recommandée pour développer une culture de sécurité dans les unités de soins hospitaliers. Mais les futures interventions devront cibler les dimensions les plus importantes, à savoir le déploiement d'une politique de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé et sa mise en œuvre par les managers des unités.

Cela suppose que les managers des établissements de santé prennent leurs responsabilités afin de développer une culture de sécurité. Cependant, certains chercheurs ont suggéré que peu de managers ont fait de la sécurité une des premières priorités ou ont apporté les ressources nécessaires à une amélioration de la sécurité des soins [20].

L'importance du rôle des managers pour créer une culture de sécurité des soins et améliorer les résultats pour les patients

D'après Singer et *al.* le rôle des managers est crucial pour créer une culture de sécurité (Singer SJ, Tucker AL. Creating a culture of safety in hospitals. Non publié, https://www.vhafoundation.org/Documents/Creating_a_Culture_of_Safety.pdf). Mais l'engagement des managers pour la sécurité des soins est variable selon les établissements. La perception du soutien des managers est différente pour les professionnels de première ligne et les managers eux-mêmes qui ont une vision plus optimiste. Cette perception est aussi variable selon les établissements.

A notre connaissance, le rôle des managers pour créer une culture de sécurité n'a jamais été étudié en France dans le milieu hospitalier.

Comme le souligne The Health Foundation, peu d'études ont étudié l'association entre une culture de sécurité ou un climat de sécurité et les résultats pour le patient. Une revue de la littérature publiée en 2011 montre que 23 études ont étudié ce type d'association [9]. Parmi ces 23 études, 10 (43 %) ont trouvé une association, 6 (26 %) aucune association et 7 une association indirecte potentielle ou simultanée. Cette association serait moins forte dans la santé que dans d'autres secteurs [21]. Les interrelations entre culture, climat de sécurité, et résultats pour les patients semblent complexes et probablement pas du type d'une relation causale dans un seul sens culture ou climat de sécurité – résultats. Par exemple, deux études ont montré une association positive entre le climat de sécurité et la fréquence des erreurs médicamenteuses [12, 22]. La plupart de ces études ont été menées aux Etats-Unis et les résultats ne sont pas forcément généralisables au contexte hospitalier français.

2. Les enseignements de l'analyse de la littérature

La première étape de ce projet a été de réaliser une analyse de la littérature. Le recensement des ouvrages, publications dans un champ pluridisciplinaire avait quatre objectifs : 1/ définir ce

qu'est un manager ; 2/ identifier le rôle des managers pour développer une culture de sécurité dans une organisation ; 3/ rechercher des informations sur les différentes méthodes de mesure de la culture et du climat de sécurité ; 4/ apporter des informations sur l'association entre l'engagement des managers dans une démarche de sécurité et le climat de sécurité des soignants.

a. Ce qu'est un manager

Les établissements de santé représentent un contexte particulier pour le management du fait de la complexité de l'organisation, de la communication et des interfaces de travail. L'hôpital est à la fois un milieu où le modèle hiérarchique de management est très prégnant [23] sans que pour autant il soit clairement identifié par les professionnels de santé [24]. Cette dénomination de « manager », bien qu'utilisée couramment, ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle et concise. Est-ce une profession, une fonction, ou encore une activité ? L'élément commun aux managers qui ressort de la littérature, est l'accomplissement de l'objectif de l'organisation par le biais du travail individuel et collectif. Le manager est le responsable de l'organisation (ou d'une partie identifiable de l'organisation) ou d'une unité [25]. Deux questions se posent : faut-il alors identifier les managers par leur statut de responsabilité dans l'entreprise ? Ce statut peut-il correspondre à un métier ?

Le management est moins une profession qu'une pratique [25]. Selon Fayol, c'est un ensemble d'activités et de missions de contrôle, de coordination, d'organisation et de planification [26].

Les missions du manager ne dépendent-elles pas de la taille, du type d'unité dont il est responsable ? Une typologie de manager à deux ou trois niveaux peut être établie selon la taille et les besoins de l'organisation ; les activités à chaque niveau de management ayant un socle commun et des spécificités.

Quelle que soit la typologie du manager, Yule ajoute à ses missions les activités relatives à l'influence [26]. Cette intégration de l'influence dans l'activité managériale interroge la relation entre le leadership et le management. Dans la littérature, la distinction entre « manager » et « leader » n'est pas toujours faite, ou n'apparaît pas pertinente d'un point de vue pratique [25]. Pourtant dans l'approche du management et de son rôle dans la culture de sécurité, il apparaît important de considérer la dimension du leadership [24]. Le manager peut exercer deux styles de leadership : transformationnel et transactionnel. La compréhension des différents styles de

leadership et de leurs interactions possibles avec les activités managériales aux différents niveaux du management s'est progressivement imposée pour l'étude de l'activité managériale.

La définition des managers par leurs activités

Mintzberg observe chez les managers une activité en 3 grands axes. Le premier est construit autour la relation à autrui : rôle de symbole, rôle de relation, rôle de leadership. Le second s'apparente à la maîtrise de l'information : observateur, diffuseur, porte parole. Et le troisième est la prise de décision : entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur [27].

Leurs activités sont caractérisées par des interruptions, des micro-activités programmées et non programmées.

La liste de Luthans [26] propose d'aller plus loin dans la description de l'activité managériale en la déclinant en 13 activités :

- Planifier : coordination, organisation du travail ;
- Recruter : intégration, définition des postes, entretien ;
- Développer des collaborations ;
- Prendre des décisions ;
- Rédiger des méls, des notes de services ;
- Échanger des informations ;
- Contrôler : performance, budget...
- Motiver : déléguer, expliquer les objectifs...
- Faire appliquer les règles ;
- Interagir avec l'extérieur (usager, fournisseur) ;
- Gérer les conflits, négocier, gérer son autorité ;
- Développer des idées : création, innovation, recueil des idées ;
- Gérer l'informel, gérer sa carrière, collectes informelles d'information....

L'importance que prend chacune de ces activités dans le temps et les responsabilités du manager dépend du type de management.

La typologie des managers

La littérature propose le plus souvent un modèle à trois niveaux, bien qu'en fonction de la taille

et du secteur d'activité, le niveau intermédiaire ne soit pas toujours présent [28].

Le premier niveau, celui des managers de première ligne ou de proximité ou encore superviseur, est issu du métier. Ils restent en contact avec les professionnels et les usagers. Dans le domaine de la santé, il s'agit de cliniciens ou de soignants reconnus par leurs pairs. Leurs rôles en tant que manager sont la coordination des individus, la direction et la gestion des effectifs. Ils sont impliqués dans des projets à court terme [26].

D'après une enquête sur 83 agents encadrant d'une organisation d'action sociale en France, les 2 activités sur lesquelles ils passent le plus de temps sont les activités de pilotage (planification, coordination et organisation du travail) et les activités relationnelles (collaborateur, usager, partenaire externe et échanges avec le niveau hiérarchique supérieur) [29].

Ensuite viennent les managers intermédiaires qui ont la connaissance à la fois de la stratégie de l'établissement et du contexte social, ce qui fait d'eux des éléments importants pour l'échange d'informations. Leurs missions vont être d'interpréter et de transmettre la culture de l'organisation, d'innover et d'implanter les changements [28].

Ils ont un rôle important pour unifier l'organisation et permettre d'augmenter ses performances. Les top managers représentant le dernier et plus haut niveau hiérarchique sont caractérisés par la prise de décision. Leurs rôles regroupés en 3 catégories sont centrés sur :

- définir les buts et les objectifs de l'établissement ;
- rapporter aux niveaux extérieurs à l'organisation les résultats de l'établissement ;
- avoir une vision d'ensemble de l'établissement.

Pour Hales, leurs activités se déclinent en neuf intitulés : être figure de proue et un leader, maintenir les contacts, contrôler, filtrer et diffuser l'information, allouer les ressources, s'occuper des perturbations et maintenir les flux de travail, négocier, innover, planifier, contrôler et diriger des subordonnés [30].

A travers leurs activités relationnelles, les managers ont l'occasion d'exercer leur leadership et ce à tous les niveaux de management. Pour Mintzberg, le rôle du leader est de « faire les choses qu'il faut faire pour affronter le changement » [25]. Cette capacité à faire accepter le changement, à inspirer aux subordonnés une vision à long terme de la sécurité, est un élément essentiel pour la création d'une culture de sécurité. Le leader et la culture organisationnelle (qui comprend la culture de sécurité) sont en interaction mutuelle [24]. D'où l'importance de s'intéresser à cette activité managériale qu'est le leadership.

Le style de leadership

Le leadership fait référence à la capacité d'influence d'un groupe. Quand on considère le leadership d'un manager, on peut retenir la définition qu'en donne Flin : c'est la « capacité d'influence d'un groupe afin d'atteindre l'objectif de l'organisation. » [24].

Le modèle de leadership de Bass et Avolio propose une classification en 3 styles de leadership : le transactionnel, le transformationnel et le « laissez faire » [31]. Le troisième style correspondant plus à un renoncement aux responsabilités de leader [32], nous nous intéresserons aux deux premiers. Ces deux styles de leadership ne sont pas exclusifs, ils sont au contraire complémentaires.

Le leadership transactionnel

Il est basé sur la transaction, la négociation, avec un lien direct entre la performance et la récompense. Il s'agit de coordonner les intérêts personnels du leader et de son subordonné. La relation entre le leader et son subordonné est basée sur un contrat plus ou moins explicite.

Le leader exprime clairement ses attentes, les objectifs et les priorités, il monitoré les résultats, il définit précisément les rôles et objectifs de chacun [31].

Les motivations sont à court terme et dépendent de l'investissement que l'organisation met dans les récompenses. Le travail est individuel et la coopération est basée sur la négociation. Une organisation basée uniquement sur ce style de management serait fragile sur le domaine de l'innovation [31].

Il existe deux versions du leadership transactionnel :

- La version active, le « leadership transactionnel constructif » où le leader initie la communication avec son subordonné, contrôle les performances et réévalue la situation pour améliorer les résultats.
- Et la version passive, le « leadership transactionnel correctif ou le management par exception », le leader attend que quelque chose aille mal pour répondre de façon adaptée à la situation particulière [32].

Le leadership transformationnel

Il nécessite de créer une relation entre le leader et les subordonnés basée sur l'intérêt commun, l'objectif de l'organisation. Cela nécessite que les protagonistes voient au delà de leurs intérêts

personnels pour agir dans le but de l'organisation [31].

Les quatre caractéristiques d'un leadership transformationnel sont : l'influence idéalisée, l'inspiration de la motivation, la stimulation intellectuelle et la considération des individus et de leurs engagements professionnels.

Le leader communique sur sa vision de l'organisation dans le futur, cela permet un investissement, un engagement à long terme et un travail en synergie qui permet l'optimisation des performances.

Une organisation qui exercerait un leadership transformationnel uniquement manquerait de cadre pour définir les missions et tâches individualisées [31].

Les leaders peuvent agir sur le comportement de façon indirecte (procédures, règles) et de façon directe par le biais de leurs réactions, par les points de contrôle et de focus qu'ils privilégient, par leurs comportements [24].

Le leadership transactionnel s'exerce dans la culture de l'organisation préexistante. Il utilise plutôt les mécanismes indirects du management. **Tandis que le leadership transformationnel s'appuie sur la culture existante pour la changer,** il utilise préférentiellement les mécanismes directs du management pour influencer l'évolution de la culture organisationnelle [31].

Le leadership transformationnel a fait ses preuves pour l'amélioration de la culture de sécurité [24, 33]. Il est notamment intéressant à considérer dans le domaine de la santé car les professionnels sont souvent seuls face à des décisions importantes pour la sécurité du patient [24].

Pour le management de proximité les deux styles sont en interaction étroites. Le leadership transformationnel est important à ce niveau pour influencer positivement les comportements par la responsabilisation des acteurs et la valorisation des initiatives. Le manager doit également exercer un leadership transactionnel par le contrôle des résultats et la satisfaction de l'équipe.

Les managers intermédiaires utilisent le leadership transformationnel pour créer une bonne communication en relayant la vision de sécurité du top management et en étant à l'écoute des contraintes des différentes interfaces de travail.

Le top management doit construire une base solide grâce au leadership transactionnel, en allouant les ressources nécessaires pour un programme de sécurité globale et cogérant, en s'assurant de la compliance aux exigences réglementaires. Ensuite, l'efficacité de ce programme peut être démultipliée grâce au leadership participatif avec un engagement des managers

intermédiaires et des superviseurs, une transmission de la vision sécurité, une implication personnelle dans des actions de sécurité [24].

b. Le rôle des managers pour développer une culture de sécurité dans les organisations

Dans un article portant sur la culture de sécurité des managers dans le secteur de l'industrie de construction, Biggs et al. [34] mettent en évidence le fait que la perception, les représentations des managers sur leur activité, leur rôle dans la culture de sécurité sont déterminantes de leur engagement et de leurs actions. Fucks propose d'appréhender la culture de sécurité selon deux modèles différents : **le modèle gestionnaire ou le modèle anthropologique** [35]. Le choix d'un modèle implique des représentations de la culture de sécurité différentes et des méthodologies spécifiques pour y accéder, l'évaluer, l'expliquer, etc. Le rôle des managers diffère selon le modèle ciblé. **Le modèle gestionnaire implique une vision régulée de la culture de sécurité qui est « instituée »**. En effet, **les managers en sont les concepteurs** et peuvent la faire changer. Cette représentation de la culture de sécurité est « normative et fédératrice ». **Le modèle anthropologique** correspond à une vision gérée de la culture de sécurité. Cette dernière existe « indépendamment de l'action managériale ». Elle est le résultat « **d'un ensemble d'interactions entre les acteurs, leurs relations internes et externes, l'organisation, l'environnement, etc.** » Dans le modèle géré, la culture de sécurité évolue sous l'impulsion d'« actions organisationnelles cohérentes et répétées ». Cette représentation de la culture de sécurité implique une « démarche analytique et compréhensive ».

Comment évaluer le rôle, les activités des managers dans les organisations de santé ?

La revue de la littérature devait permettre d'identifier les méthodologies mobilisées par les chercheurs pour rendre compte des activités managériales. Le plus souvent, ils mobilisent une approche qualitative en réalisant des entretiens collectifs et individuels, et procèdent à une analyse des « traces » de l'activité des managers. Enfin, la méthode de l'observation est mise en œuvre dans les recherches telles que celles proposées par Mintzberg [25] ou Lauade et

Chauvigné [27], Guo [36] ou encore Gilmartin et d'Aunno [37]. En 1973, dans son ouvrage intitulé *The Nature of managerial work*, Mintzberg rend compte d'une recherche réalisée auprès de cinq directeurs (« chief executive ») ayant de l'expérience et occupant des postes dans des moyennes et grandes organisations industrielles de divers types (publiques, manufactures, école, hôpital, etc.) [38]. Il explique avoir eu recours à une méthodologie inductive, compréhensive et intensive pour décrire et mettre à jour les similarités de l'activité de ces managers. Trois types de méthodes ont été mobilisées : l'« observation structurée », l'« analyse des traces » et le « recueil de contact ». La première, dite de l'« observation structurée » a été utilisée pour « suivre » chacun des managers pendant une semaine dans son activité. Chaque phénomène observé (contact verbal ou envoi, réception de mél, etc.) est classé dans une catégorie selon différentes modalités : durée, participants, sujet, etc., comme cela est réalisé dans la méthode du journal. Les catégories d'analyse sont développées pendant l'observation et après qu'elle ait eu lieu, afin d'être les plus fidèles à la situation observée. Cette méthode implique un échantillon restreint. Le recueil des données a également consisté pour le chercheur à consulter les courriers méls des directeurs en se focalisant sur le sujet, le format et l'expéditeur. Une attention a été portée à la réponse proposée par le manager. La dernière méthode employée par Mintzberg est celle du « recueil de contact » consistant en l'observation des interactions verbales : le sujet de l'interaction, le média utilisé (téléphone, les réunions programmées ou non, les visites), les participants, la manière dont cela a été initié et le lieu. Mintzberg précise avoir réalisé l'analyse pendant et après les observations afin que cela reflète uniquement ce qui a été observé. En 2011, cet auteur propose dans son nouvel ouvrage « *Manager. Ce que font vraiment les managers* », les résultats d'une étude menée auprès de 29 managers [25]. Contrairement à sa première recherche, l'échantillon étudié se caractérise par son hétérogénéité. Les managers ciblés appartiennent à trois échelons managériaux : haute direction, niveau intermédiaire et première ligne. De plus, ils sont issus de milieux variés et appartiennent à des structures de taille différente situées dans de grands centres urbains ou des endroits reculés. Mintzberg a une fois de plus eu recours à la méthode de l'observation. Au cours de pauses, il a cherché à obtenir en discutant avec les managers des éclaircissements concernant leurs activités et notamment les enjeux. Son objectif était également d'approfondir l'idée que le manager se fait de son activité et du management en général. Son mode opératoire était le suivant : « je n'avais pas de liste de questions, je me laissais porter par le mouvement et par ce qui me semblait intéressant ». Notons que certains managers ont été

observés seuls, d'autres en groupe (3 managers d'échelons différents d'une même organisation pendant 3 jours). Le chercheur propose dans cet ouvrage une restitution des phénomènes observés sous la forme d'un compte rendu contenant une description neutre de ce qui s'est passé et de ce qui s'est dit ainsi qu'une interprétation des données. Il a également organisé des entretiens avec des managers et a analysé leur emploi du temps pour une semaine et plus (un mois). Pour cela, il était accompagné d'un assistant ou du manager lui-même.

Dans le champ de la santé, Lauade et Chauvigné ont réalisé une enquête mobilisant une approche didactique et ergonomique, avec pour objectifs de rendre compte du contenu et de l'évolution des fonctions et activités des dirigeants d'hôpitaux [27]. Pour répondre à ces questions, les auteurs ont développé une étude auprès de 6 établissements et de 2 groupes témoins. Ils ont eu recours à la méthode de *l'entretien d'explicitation* où le dirigeant précise ce qu'il fait (3 à 5 entretiens d'une heure et demi environ, puis un entretien post-observation¹ et enfin un entretien de restitution des résultats de l'étude). Des entretiens avec les directeurs adjoints et le secrétariat de direction ont également été réalisés ainsi qu'une observation du dirigeant en situation de travail incluant des étapes clés et communes : réunions, entretiens avec les collaborateurs ou les équipes dirigeantes pour comprendre le suivi des dossiers (pour chacun des 6 terrains, entre 4 et 10 journées d'observation ont été réalisées par 2 chercheurs et au moins 2 journées étaient consécutives). Enfin, une étude des « traces » de l'activité a été effectuée (agendas, messagerie électronique, comptes rendus de réunions, rapports divers, projets en cours de réalisation (prévus et non prévus) ; forme et modalités de collaboration ; utilisation et amplitude du temps de travail ; interlocuteurs ; formes des échanges).

Guo, rend compte d'une enquête permettant d'identifier les 6 rôles essentiels d'un top manager : mener, coordonner, orienter, allouer des ressources, mettre au point des stratégies d'entreprise, entraîner le groupe [36]. Ces résultats sont issus en partie d'une enquête qualitative réalisée auprès de dix « senior level managers » en santé. En effet, mobilisant la méthode de l'entretien semi directif, le chercheur les a interrogés sur leur perception des rôles et compétences qu'ils considèrent nécessaires dans le contexte actuel.

¹Concernant l'« l'entretien post-observation », les auteurs précisent qu'il donne accès à l'interprétation de l'acteur et place le chercheur face aux discours de type « construction d'évaluation, de justification ». Cette méthode est également désignée entretien d'auto confrontation.

c. Les différentes méthodes de mesure de la culture et du climat de sécurité

Quelle approche pour évaluer la culture de sécurité des managers ?

Hudelson propose d'avoir recours à une approche qualitative pour étudier la culture et la qualité dans les organisations de santé [39]. Définissant la culture comme un « ensemble de valeurs, idées, règles de comportements partagées par le groupe qui lui permettent de fonctionner et de se perpétuer », cet auteur justifie cette démarche avec plusieurs arguments :

- cette approche permet au chercheur de rester ouvert à la situation (possibilité de l'aborder de plusieurs manières) et de rendre compte de phénomènes inaccessibles par une approche quantitative ;
- cette approche permet de comprendre les phénomènes à travers la perception qu'en ont les individus ;
- une méthodologie qualitative est adaptée à l'analyse de situations nouvelles et complexes dans lesquelles le chercheur n'est pas encore sûr des questions qu'il se pose.

Mobilisant également une approche anthropologique, Fucks conseille le recours privilégié à une méthode qualitative pour étudier la culture de sécurité dans les organisations [35]. Comme Hudelson, ce chercheur s'inscrit dans un postulat interactionniste pour étudier la culture qu'elle définit comme « une formation complexe, relativement stable, ancrée dans des manières de faire et de penser et nécessite des méthodes qualitatives d'analyse ». Produit des interactions sociales internes et externes (l'organisation avec les acteurs extérieurs), la culture de sécurité serait une énigme. Parce qu'elle n'est pas évidente, sa mise à jour, « compliquée, partielle et progressive » implique la mise en œuvre d'une démarche compréhensive permettant de rendre compte des croyances, représentations, des significations et interprétations en matière de sécurité. C'est ainsi que lors d'une recherche réalisée dans des organisations à risques de deux pays différents, Fucks s'est immergé dans plusieurs services opérationnels et de prévention des risques. Elle a pu y réaliser des observations opportunistes [40] des acteurs et de leurs pratiques durant une semaine environ par métier (Encadré 1).

Encadré 1 - L'Observation opportuniste (Journé, 2005) [40]

La méthode dynamique de l'observation opportuniste a été développée dans le nucléaire, elle « vise à éviter les biais de reconstitution *a posteriori* et de

décontextualisation des données qui affectent traditionnellement les analyses d'accidents »). Cette méthode combine quatre stratégies d'observation *in situ* :

La stratégie n° 1 vise à l'exhaustivité et à la familiarisation de l'observateur avec son terrain et son objet de recherche. Elle organise des observations longues et systématiques dans un périmètre physique donné (ex : salle de commande).

La stratégie n° 2 vise la précision des données. Pour cela, elle réduit la durée des observations à 30 minutes dans le cadre d'un périmètre fixe. La durée a été déterminée par la capacité de l'observateur à soutenir son attention de manière très intense.

La stratégie n° 3 est focalisée sur les différents acteurs qui sont engagés dans le processus étudié. (...) Elle procède par suivi systématique de toutes les activités d'un acteur pendant une journée complète (...) Toutes les catégories d'acteurs sont suivies à tour de rôle.

La stratégie n° 4 vise la pertinence. Elle est centrée sur les situations problématiques non prévues à l'avance. Elle se déclenche sur un mode opportuniste et cherche la précision tout en faisant varier le périmètre d'observation. L'observateur peut être amené à sortir de la salle de commande pour suivre l'évolution de la situation en fonction des déplacements des acteurs clés.

Le chercheur a également mené une trentaine d'entretiens semi directifs auprès de l'ensemble des métiers des organisations. Enfin, une dizaine de focus groups rassemblant environ 70 personnes (environ 7 par groupe de métier) a été organisée.

Dans leur ouvrage intitulé *"Taking the lead in patient safety. How healthcare leaders influence behavior and create culture"*, Krause et Hidley présentent une intervention visant à améliorer le climat et la culture de sécurité de la NASA suite à l'accident de la navette Columbia en s'intéressant notamment au rôle des managers [32]. Un questionnaire a été administré auprès de 11 sites de l'organisation (envoi d'un mél avec un lien de connexion) pour recueillir des informations sur les pratiques de sécurité, évaluer la situation quotidienne rapportée à l'état souhaité. Enfin, des dimensions multiples de la culture de sécurité ont été mesurées. Les résultats issus de ces questionnaires ont été approfondis par la réalisation d'entretiens individuels et des focus groups organisés avec 120 personnes.

Comment mesurer le climat de sécurité ?

Afin de décrire à un moment donné la perception et les attitudes en matière de sécurité des professionnels de santé, plusieurs questionnaires ont été développés. En 2004, Singla et al en ont identifié 13 dans une revue systématique des instruments de mesure quantitative de la culture de sécurité [41]. Ces questionnaires comportaient de 10 à 112 questions et exploraient de 4 à 19 des 23 dimensions identifiées. Les dimensions étudiées ont été regroupées en 6 catégories : management/supervision, risques, pression au travail, compétence, règles et divers. Singla soulignait que la validation de ces outils était limitée en l'absence de comparaison avec des mesures qualitatives.

Depuis 2010, 3 outils parmi les 19 étudiés sont recommandés par l'European Union Network For Patient Safety pour évaluer la culture de sécurité [42] :

- Hospital Survey On Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality in the USA);
- Manchester Patient Safety Assessment Framework (University of Manchester);
- Safety Attitudes Questionnaires (University of Texas / Johns Hopkins University).

Ces 3 outils parmi les 15 analysés répondaient aux 6 critères suivants d'éligibilité :

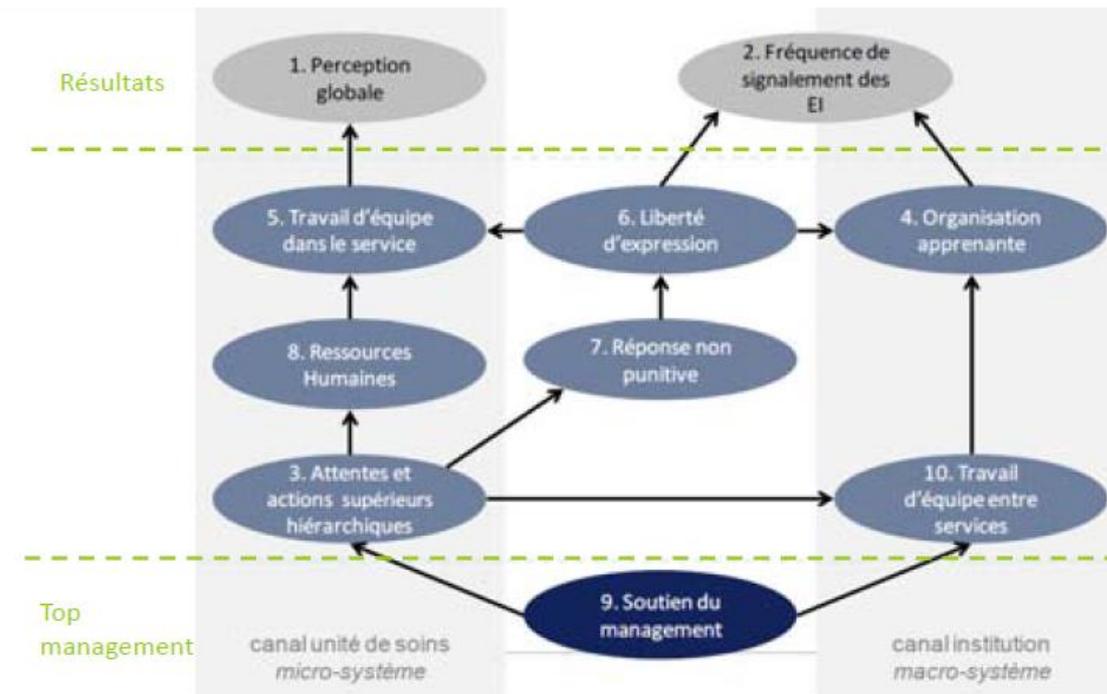
1. L'outil doit retenir la définition de la culture de sécurité proposée en 2006 par *l'European Society for Quality in Health Care* : « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ».
2. L'outil doit être bien documenté sur ses propriétés scientifiques (validation) et doit être traduit au moins dans une langue d'un Etat membre de la Communauté Européenne, et testé en pratique.
3. Etre faisable lors de sa mise en œuvre (planification de l'enquête, collecte des données, analyse des données, restitution des résultats, etc.).
4. Avoir pour cible au moins les soignants (médecins, infirmiers, autres).
5. Etre disponible en anglais.
6. Etre gratuit et facile d'accès et ne pas nécessiter de démarche administrative.

Deux outils : Hospital Survey On Patient Safety Culture et Safety Attitudes Questionnaires avaient l'ensemble des 8 critères de sélection suivants :

- a. Existe dans une version pour une utilisation dans les établissements de santé.
- b. Existe dans une version utilisable dans d'autres structures que les établissements de santé (par exemple : maisons de santé, EHPAD).
- c. Est recommandé pour une utilisation au moins au niveau d'une unité de soins/d'un service/d'une équipe.
- d. Est administré sur support papier.
- e. Est administré sur support électronique.
- f. A un manuel bien documenté
- g. A été utilisé pour évaluer l'utilité.
- h. Nombre de dimensions évaluées.

L'outil Manchester Patient Safety Assessment Framework avait 6 de ces critères de sélection.

En France, l'outil le plus utilisé pour mesurer le climat de sécurité est la version française du Hospital Survey On Patient Safety Culture développé par l'Agency for Healthcare Research and Quality. Cet outil a été validé scientifiquement dans le cadre du projet de recherche CLARTE [43]. Les résultats de cette expérimentation menée dans 91 établissements ont permis de vérifier les qualités métrologiques de l'outil. Dix indicateurs regroupant 40 items mesurant la culture de sécurité, ont été proposés, explorant les dimensions : perception globale de la sécurité, fréquence de signalement des événements indésirables, attentes et actions des supérieurs hiérarchiques, organisation apprenante, travail d'équipe dans le service, liberté d'expression, réponse non punitive à l'erreur, ressources humaines, soutien du management et travail d'équipe entre services. Les qualités métrologiques étaient acceptables : bonne validité de contenu, bonne cohérence interne, très bonne cohérence pour huit dimensions sur dix, mais une reproductibilité moyennement validée. L'étude du construit du questionnaire a permis de proposer un modèle reposant sur le soutien du management et présentant la culture de sécurité selon deux axes, un canal unité de soins (microsystème) et un canal institution (macro-système), reliés par les indicateurs liberté d'expression et réponse non punitive (Figure 1).



Le modèle laisse apparaître que la culture de sécurité ne s'envisage que s'il existe un soutien managérial. Les deux indicateurs de résultats mesurent l'effet de l'organisation, mais rien n'est possible sans le soutien du management, qu'il soit de proximité ou institutionnel

Figure 1 – Modèle de relations causales entre les dimensions de la culture de sécurité (Projet CLARTE, 2013).

Ce modèle montre l'importance du rôle des managers dans le développement de la culture de sécurité. Les changements et les améliorations (sécurité perçue et fréquence de signalement) dépendent selon ce modèle de dimensions situées au niveau du service et de dimensions au niveau de l'établissement et de plusieurs interactions entre ces deux niveaux. Ces résultats sont cohérents avec ceux proposés par le « Model for Understanding Success in Quality » [44]. Par ailleurs, des préconisations ont pu être faites à l'issue du projet CLARTE afin de faciliter l'utilisation de cet outil.

d. L'association entre l'engagement des managers dans une démarche de sécurité et le climat de sécurité des soignants

Une revue de la littérature a été réalisée par Morello et al sur les stratégies utilisées pour améliorer la culture de sécurité [45]. Au total, 21 études ont été retenues sur la période allant de 1996 à 2011. Les résultats de ce travail ont montré que les visites hiérarchiques de sécurité (leadership walk rounds) et des programmes multi-facettes dans des établissements de santé peuvent avoir un impact positif sur le climat de sécurité. Cependant, il y a peu de preuves scientifiques sur l'efficacité des interventions testées ; c'est en partie lié au manque de robustesse méthodologique des études publiées. Néanmoins, il est important d'évaluer avec une méthodologie adaptée les programmes mis en œuvre visant à améliorer la culture de sécurité, d'autant plus que ces programmes peuvent mobiliser des ressources importantes de la structure.

Ces deux types d'interventions visaient à impliquer les managers. Pour Frankel, les visites de sécurité réalisées par les tops managers dans les services de soins permettent aux managers de discuter avec les personnels des questions de sécurité [46]. Elles montrent leur engagement dans la culture de sécurité de l'organisation et leur soutien dans le signalement des événements indésirables par les soignants. Ces visites hiérarchiques de sécurité sont menées par des tops managers de l'établissement de santé qui se déplacent dans les services de soins à un rythme régulier pour des entretiens individuels ou collectifs avec 3 ou 4 professionnels. Les questions posées sont générales, sur la survenue d'événements indésirables dans le service, sur des améliorations possibles de la sécurité. Chaque professionnel ayant participé à une visite s'engage à communiquer à deux autres professionnels avec lesquels ils travaillent sur les échanges de cette rencontre avec un top manager. Le programme multi-facettes décrit par Pronovost mobilise aussi les managers car il les engageait avec les professionnels d'une équipe dans un programme constitué de 8 étapes, mobilisant des ressources importantes [47]. Pour une de ces étapes, un top manager devait « adopter » un service de soins, présenter les connaissances scientifiques sur la sécurité et son rôle dans le programme, et rencontrer l'équipe une fois par mois afin de montrer son engagement et son soutien pour l'amélioration de la sécurité.

A RETENIR

- Trois niveaux managériaux ont été identifiés : top management, management intermédiaire, management de proximité.
- Treize activités peuvent être retenues pour définir la fonction managériale.
- La culture de sécurité est à appréhender essentiellement sous l'angle du modèle anthropologique de Fucks.
- La culture de sécurité est à appréhender comme une construction sociale dans laquelle les managers sont des acteurs parmi d'autres de l'organisation.
- Une méthodologie qualitative, basée sur des entretiens, des observations et une analyse documentaire, est à privilégier pour étudier le rôle des managers.
- Il existe une version française validée d'un questionnaire recommandé par l'European Union Network For Patient Safety pour une mesure quantitative de la culture de sécurité dans les établissements de santé.
- Deux des 10 dimensions de ce questionnaire (soutien du management et attentes et actions des supérieurs hiérarchiques) concernent directement les managers de l'établissement de santé.
- Un modèle causal de cet outil de mesure quantitative est basé sur le soutien des managers pour la sécurité du patient.

L'infographie de la page suivante présente les informations importantes de ce chapitre I.

3. Les hypothèses de recherche

Deux hypothèses ont été retenues dans le projet EMERAUDES :

- Il est possible d'identifier le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité ;
- Un fort engagement et soutien des managers dans les établissements de santé est associé à un climat de sécurité développé des soignants.

4. But et objectifs de l'étude

Le projet EMERAUDES s'est intéressé au rôle des managers en matière de sécurité dans les établissements de santé. L'ensemble des risques qui menacent un établissement (par exemple : risques cliniques, juridiques, financiers, techniques, liés aux partenaires, éthiques, ...) ont été considérés dans ce projet, mais une attention plus particulière a été portée aux risques associés aux soins.

Le but de ce projet de recherche était :

- D'apporter de nouvelles connaissances sur la démarche d'amélioration de la sécurité et la gestion des risques (GDR) en s'intéressant au rôle des managers dans la culture de sécurité en santé et en privilégiant le recours à une approche qualitative ;
- De proposer une approche alternative s'intéressant à la dimension culturelle de la sécurité et prenant en compte l'ensemble des interactions existantes (dans l'établissement et avec les partenaires extérieurs : prestataires de services, représentants d'utilisateurs, instituts de formation, etc.) dans un établissement de santé.

En participant au projet EMERAUDES, les établissements pouvaient attendre de :

- Mieux appréhender le niveau de la culture de sécurité de l'établissement ;
- Mieux comprendre comment le rôle des managers dans la démarche de sécurité peut influencer la perception que les soignants ont de la sécurité dans l'établissement ;
- Bénéficier d'un outil d'analyse du rôle des managers dans la culture de sécurité leur permettant de poursuivre la dynamique mise en œuvre ;
- Développer les échanges locaux et régionaux entre managers autour de la sécurité.

Le projet EMERAUDES avait pour objectifs d'analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé et de rechercher une association entre un engagement et un soutien fort de ces managers et un climat de sécurité développé des soignants.

Il devait permettre de rendre compte de ce que l'établissement disposait (par exemple : politique, procédures, indicateurs de sécurité, ...), de ce que les professionnels ressentait et de ce que les professionnels faisaient en matière de sécurité.

Objectifs généraux

- Analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé ;
- Rechercher une association entre un engagement et un soutien fort des managers et un climat de sécurité développé des soignants.

Objectifs spécifiques

- Décrire la culture de sécurité des managers en établissements de santé (missions prescrites, activités réelles, représentations) ;
- Rendre compte du (des) rôle(s) des managers dans le développement d'une culture de sécurité ;
- Mesurer le climat de sécurité des soignants.

II. Méthodologie

1. Définitions

La définition de la **culture de sécurité** retenue pour cette recherche était celle proposée en 2006 par *l'European Society for Quality in Health Care* : « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » [42].

La définition du **climat de sécurité** était celle proposée par Cabrera et al. **qui le définissent** comme l'ensemble « des perceptions partagées par les membres d'une organisation sur leur environnement de travail et sur les politiques de sécurité de cette organisation » [48].

Un manager a été défini comme un professionnel responsable de l'établissement de santé ou d'une partie identifiable de l'établissement ou d'une unité, ayant des activités et des missions de contrôle, de coordination, d'organisation et de planification afin d'accomplir les buts et les objectifs de l'établissement [25-26].

Dans cette étude, **3 niveaux de management** ont été considérés :

- Le **top management avec les directeurs** (directeur d'établissement, directeur des soins infirmiers, directeur qualité) et le président de la CME ;
- Le **management intermédiaire** au niveau du pôle de santé, assuré par le chef de pôle et le cadre de pôle ;
- Et le **management de proximité** au niveau du service de soins, assuré par le chef de service et le cadre de santé.

2. Type d'étude : qualitative et quantitative

Le projet EMERAUDES a mobilisé deux types d'approches méthodologiques de recherche, l'une qualitative et l'autre quantitative.

L'approche qualitative associant des entretiens, des observations et l'analyse de documents) permettait de rendre compte de la perception et des représentations des professionnels en matière de sécurité et de GDR. Grâce aux observations, elle visait aussi à identifier et comprendre les pratiques des acteurs. Seule l'observation pouvait effectivement rendre compte de l'activité sur le terrain des managers en matière de sécurité. De plus, cette méthode devait permettre de mieux comprendre comment la sécurité prenait forme dans les interactions des managers entre eux et avec les autres acteurs de l'établissement et comment ils pouvaient participer au développement, à l'entretien ou encore à la détérioration d'une culture de sécurité des soignants.

L'approche quantitative visait à évaluer le climat de sécurité des soignants de l'établissement. Un questionnaire validé a été remis à un échantillon de professionnels de l'établissement.

3. Déroulement de l'étude

Etape 1 : Analyse de la littérature

Afin d'établir précisément le périmètre de cette recherche, **une analyse de la littérature** a été réalisée avec la participation de l'ensemble des membres du groupe de travail. Pour des raisons pratiques et au regard de la pluridisciplinarité du groupe, chacun était invité à réaliser une recherche spécialisée dans son domaine d'expertise. Elle devait permettre d'obtenir des informations concernant trois thématiques :

- Les managers et leurs activités ;

- Le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité ;
- Les outils d'évaluation de la culture de sécurité.

Le thème de la sécurité des soins et de la GDR comme objet de recherche dans le domaine de la santé est relativement récent. Les articles les plus récents sur la période 2008-2013 ont été privilégiés.

Le **périmètre de la recherche** était celui de la santé mais aussi d'autres secteurs : industrie, nucléaire, aéronautique et télécommunications. Les champs de la **santé publique, de la médecine, des sciences humaines** (sociologie, anthropologie, psychosociologie) ont été explorés en priorité. Les bases de données interrogées ont été les suivantes : **PubMed, Science direct, Google Scholar, Google, Cairn, Jstor**.

Dans le cadre de cette analyse de la littérature, **tous les types de supports ont été inclus** : ouvrages et articles scientifiques, mais également la littérature dite « grise » telle que les thèses, rapports, articles non publiés, mémoires, etc.

Les résultats de cette analyse ont été présentés et discutés avec le groupe de travail de notre projet.

Etape 2 : Elaboration des outils de recueil des données qualitatives et fiches d'utilisation de ces outils

Trois types d'outils ont été préparés en s'appuyant sur les données de la littérature : guide d'entretiens semi-directifs, grilles d'observation, grille d'analyse des documents. Une première version des outils a été proposée et discutée avec le groupe de travail dans un but d'amélioration.

Un test des outils a été réalisé dans un établissement de santé volontaire.

Etape 3 : Collecte des données

Un appel à participation a été réalisé auprès des établissements répondants aux critères d'inclusion définis pour l'étude (Annexe 1).

L'organisation du recueil des données a été planifiée avec un référent projet identifié dans chaque structure. Elle concernait la réalisation

- du recueil des éléments contextuels concernant l'établissement ;
- des entretiens individuels semi-directifs ;

- des observations des pratiques managériales et d'une réunion d'instance ; de l'enquête pour la mesure du climat de sécurité des soignants.

4. Lieu de l'étude

Les établissements inclus

La population cible était celle des établissements de santé publics de plus de 300 lits et privés de plus de 100 lits situés en France métropolitaine afin d'avoir des contextes organisationnels et d'activité comparables pour chacun des deux secteurs.

La population visée était celle des établissements de santé publics de plus de 300 lits et privés de plus de 100 lits situés en Aquitaine. La participation au projet EMERAUDES a été proposée aux établissements volontaires de la région Aquitaine et adhérents du Ccecqa, ayant une activité de type médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou de santé mentale (SM).

Le projet a été réalisé en Région Aquitaine et Midi-Pyrénées, au sein de 3 centres hospitaliers de plus de 300 lits et de 4 cliniques de plus de 100 lits. Deux structures proposaient une prise en charge en santé mentale (1 privée et 1 publique) et 2 appartenaient à un groupe d'établissements (1 groupe régional et 1 national) (Figure 2).

Six établissements étaient situés en Aquitaine et adhérents au Ccecqa. Un établissement appartenait à la région Midi-Pyrénées et était non adhérent du Ccecqa. En effet, aucune clinique de santé mentale, de plus de 100 lits n'a été identifiée en région Aquitaine. Le recrutement a donc été ouvert aux structures présentant ce profil dans les régions limitrophes.

La participation au projet impliquait l'accord écrit du Chef d'établissement et du Président de la CME (Annexe 1). Chaque établissement s'engageait à identifier un référent pour la coordination locale du projet.

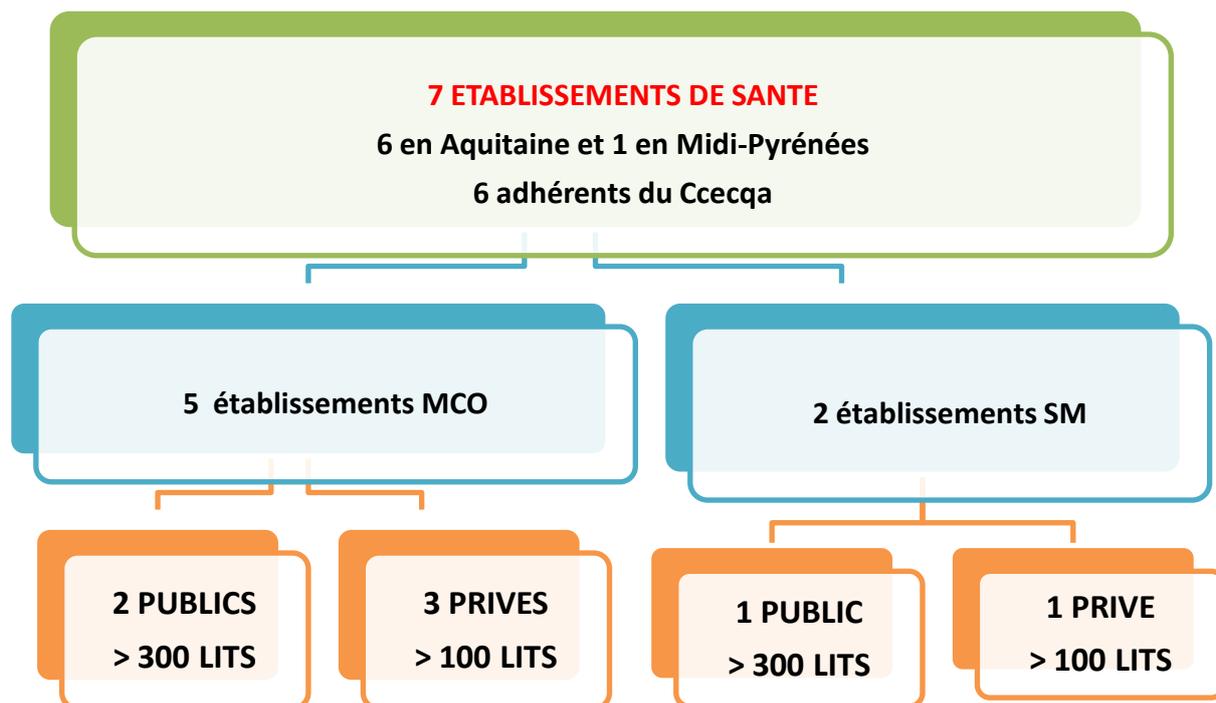


Figure 2 – Description des établissements ayant participé au projet EMERAUDES.

Les pôles de santé

Dans les 3 établissements de santé organisés en pôles de santé, 1 pôle volontaire a participé à ce projet.

Les services de soins

Dans les 7 établissements, un service de soins volontaire a été inclus. Dans les 3 établissements organisés en pôles, le service volontaire devait être rattaché à ce pôle (Figure 3).

Les professionnels concernés

Quatre catégories de professionnels étaient concernées par la collecte des données qualitatives :

- 4 tops managers : directeur, directeur de la qualité et de la GDR, coordonnateur/directeur général des soins, président de la CME ;
- 2 managers intermédiaires du pôle : chef, et cadre de pôle (dans les 3 établissements organisés en pôles) ;
- 2 managers de proximité du service de soins : chef de service, et cadre de santé ;
- 3 soignants du service de soins (1 médecin, 1 infirmier et 1 aide-soignant).

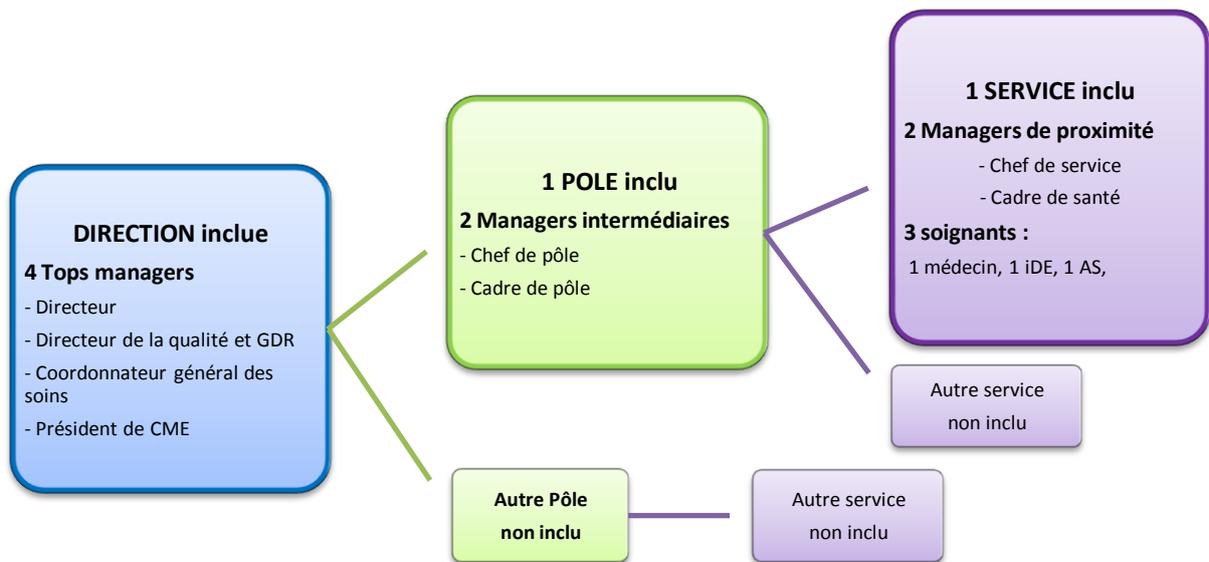


Figure 3 – Description des professionnels inclus dans l'étude pour un établissement organisé en pôles de santé.

5. Collecte des données

Données qualitatives : le rôle des managers dans la construction d'une culture de sécurité

Interlocuteurs de terrain et organisation de la collecte des données

La collecte des données a été réalisée par l'équipe du Ccecqa composée de deux sociologues, un médecin de santé publique, un interne en médecine et un étudiant en sociologie.

Dans chaque établissement, un référent projet était chargé de faciliter le déroulement du projet. Des outils de communication ont été proposés aux établissements afin d'optimiser le déroulement de l'enquête (Annexe 2).

Le recueil des données s'est déroulé en deux temps. Une première réunion de lancement et de cadrage a été organisée en mai 2014, en présence des référents de 3 établissements participants. Celle-ci avait pour objectifs d'informer et d'échanger avec les professionnels sur la

justification du projet, ses objectifs, ses retombées, la méthodologie, son déroulement dans les établissements, en particulier pour le recueil des données.

Pour 4 autres établissements participants, cette réunion de lancement a été réalisée sur site pour 2 d'entre eux et par téléphone pour 1 autre. Enfin, pour un autre établissement, les référents projet participant au groupe de travail EMERAUDES, l'établissement a été dispensé d'une telle réunion.

Le recueil des données qualitatives s'est déroulé dans les 7 établissements de santé **de mai 2014 à mars 2015**, avec successivement :

- une analyse documentaire afin de connaître le contexte de l'établissement ;
- suivie par des entretiens individuels menés auprès des professionnels ;
- et enfin une observation de l'activité de 2 managers et d'une réunion d'instance.

Sources de données et outils utilisés

Plusieurs sources de données ont été utilisées.

- *Analyses documentaires* - Une analyse documentaire a permis de collecter des **données contextuelles, mais aussi des données relatives au système de gouvernance** de l'établissement, notamment sur l'organisation de la démarche qualité et de GDR (documents institutionnels). Des **documents opérationnels** (projet de pôle ou de service, affichages, système de signalement des événements indésirables, protocoles) ont été recueillis afin d'analyser l'organisation en matière de sécurité du pôle et/ou du service concerné(s) par le projet. Enfin, des documents relatifs à l'activité des managers observés ont été consultés, comme par exemple des plannings. Les grilles utilisées pour ces analyses sont présentées dans l'annexe 3.
- *Entretiens individuels semi-directifs* - Des entretiens individuels semi directifs d'une durée de 60 minutes ont été réalisés auprès des managers de chacun des établissements (4 tops managers, 2 managers intermédiaires pour les établissements organisés en pôles, 2 managers de proximité) et de 3 soignants du service inclus. Ces entretiens visaient à recueillir leurs discours sur les thèmes suivants :
 - La définition de la sécurité en établissement de santé ;

- Le niveau de sécurité ressenti de l'établissement, du pôle ou du service ;
- Les actions en matière de sécurité : élaboration, mise en œuvre, gestion des événements indésirables, etc. ;
- Leurs attentes en matière de sécurité ;
- La perception des professionnels sur le soutien des supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité ;
- Les exigences perçues en termes de sécurité (Annexe 4).

Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des professionnels et ont fait l'objet d'une retranscription intégrale anonymisée.

Observations directes - Deux types d'observations ont été réalisés :

- des observations directes de l'activité de 2 managers de l'établissement : deux managers de niveau différent avec si possible un manager intermédiaire dans les établissements organisés en pôles ; un top manager et un manager de proximité dans les autres établissements. Chaque manager était observé pendant une journée choisie en concertation avec les professionnels du Ccecqa. Elle devait si possible comprendre un temps dédié à la GDR. Il s'agissait d'observer en particulier les types d'activités réalisés, la durée de celles-ci et les interactions des managers (avec qui, où, etc.). Observer l'activité de ces professionnels devait permettre de comprendre comment les managers étaient en capacité d'influencer les pratiques, attitudes et représentations soignantes en matière de sécurité et GDR ; et comment la sécurité prenait forme dans les échanges entre managers, et était diffusée et appropriée par les soignants. Les annexes 5 et 6 montrent les outils utilisés.
- Le second type d'observation portait sur une instance décisionnelle. Il a été demandé aux établissements de pouvoir assister à une réunion du Directoire ou de la CME. Cette observation devait permettre de rendre compte de la place occupée par les questions de sécurité dans la politique de l'établissement et la manière dont celles-ci étaient appréhendées par les managers. L'annexe 7 décrit les outils utilisés.

Test des outils

Les outils élaborés ont été testés dans un établissement de santé représentatif de l'échantillon d'étude (activité MCO, adhérent au Ccecqa), mais ne faisant pas partie des 7 établissements inclus après l'appel à participation. Ce test visait à vérifier la pertinence des données recueillies, la faisabilité et l'acceptabilité par les professionnels des outils.

Il a été mené sur le terrain par un sociologue du Ccecqa et une étudiante en sociologie. A l'issue de ce test, les outils ont fait l'objet d'améliorations. Les modifications effectuées concernaient principalement la collecte des données lors des observations.

Données quantitatives : mesure du climat de sécurité

Le climat de sécurité des soins a été évalué avec **la version française du questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*** développé par l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality [49]. Ce questionnaire permettait de mesurer à un moment donné **les perceptions et les attitudes des soignants pour la sécurité des soins**. Cet outil de mesure validé en France a été retenu car il a de bonnes performances psychométriques, une bonne faisabilité car c'est un questionnaire auto-administré pouvant être renseigné dans un délai adapté aux contraintes des professionnels de santé [43]. De plus, les items de ce questionnaire se rapprochaient le plus possible des situations observées sur le terrain ; le but étant d'évaluer le climat de sécurité des opérateurs de première ligne et non des décideurs.

Les professionnels enquêtés dans chaque établissement étaient **l'ensemble des médecins, des supérieurs hiérarchiques immédiats des soignants dans les unités de soins et un échantillon de 20 % de tous les soignants** (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes et autres soignants) travaillant à plein-temps ou à temps partiel dans l'établissement. L'analyse de la littérature avait permis d'identifier des études associant une approche qualitative et quantitative, montrant qu'une mesure du climat de sécurité au niveau de l'établissement pouvait être réalisée sur un échantillon de 10 % des effectifs soignants. La surreprésentation des médecins et des cadres de santé devait permettre d'améliorer leur représentativité au sein de l'échantillonnage et de prendre en compte l'importance du leadership dans les services. Dans le projet EMERAUDES, il a été fait l'hypothèse en nous basant sur nos études précédentes

que le taux de participation serait d'environ 50 %. Avec un échantillon tiré au sort de 20 % des effectifs soignants, il était possible d'obtenir les 10 % de soignants souhaités.

Le questionnaire utilisé comprenait **40 items** (Annexes 8 et 9). Les questions étaient cotées au moyen d'une échelle de Likert à 5 modalités (par exemple : pas du tout d'accord / pas d'accord / neutre / d'accord / tout à fait d'accord). La culture de sécurité était explorée au travers de **10 dimensions** :

- perception globale de la sécurité,
- fréquence de signalement des évènements indésirables,
- les attentes et les actions des supérieurs hiérarchiques,
- organisation apprenante et amélioration continue,
- travail d'équipe dans le service,
- liberté d'expression,
- réponse non punitive à l'erreur,
- ressources humaines,
- soutien du management pour la sécurité des soins,
- travail d'équipe entre les services de l'établissement.

Le recueil a été réalisé en utilisant un lien internet collectif vers la plateforme de saisie eFORAP du CCECQA, transmis au référent du projet dans l'établissement. Celui-ci était chargé de transmettre ce lien à chacun des professionnels inclus : par mél, *via* l'intranet, *via* une borne de connexion ou tout autre moyen à sa convenance. Pour avoir accès au questionnaire, le professionnel devait s'identifier à l'aide de l'identifiant que le référent lui avait remis personnellement. Cette modalité permettait de garantir la confidentialité des réponses de chaque professionnel et de limiter au maximum le biais de réponse, par rapport à une collecte par questionnaire papier.

La période de collecte des données était de 15 jours afin de laisser le temps à chaque professionnel de santé de se rendre disponible pour remplir le questionnaire.

Le temps de remplissage des questionnaires était estimé à 15 minutes.

L'annexe 10 présente un tableau récapitulatif des enquêtes réalisées dans chaque établissement.

6. Analyse des données

Données qualitatives

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse qualitative *a posteriori*.

- **Les documents** consultés relatifs au système de gouvernance et à l'organisation de la GDR ont fait l'objet d'une analyse permettant d'établir le « portrait » contextuel de chacun des établissements. L'étude des documents opérationnels permettait de décrire les pôles et services de soins participants.
- **Les entretiens** semi-directifs ont été intégralement retranscrits (Annexe 11), puis les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (ACT) par les sociologues au moyen du logiciel de traitement qualitatif *NVivo 10*[®]. Ce classement a été réalisé à partir de thèmes identifiés lors de l'analyse de la littérature et du contenu des entretiens.

Les principaux thèmes étaient les suivants :

- Le parcours professionnel et la formation à la GDR ;
 - Les activités déclarées ;
 - Les attentes des soignants perçues par les managers ;
 - Les attentes des soignants vis-à-vis de leurs managers ;
 - Le soutien en matière de sécurité des supérieurs hiérarchiques perçu par les soignants ;
 - Les représentations de la sécurité ;
 - Les facteurs favorables et défavorables au développement d'une culture de sécurité ;
 - La gestion des évènements indésirables.
-
- **Les observations directes** ont été analysées de deux manières. **Les pratiques managériales observées** ont fait l'objet d'une analyse catégorielle avec le logiciel de traitement qualitatif *NVivo 10*[®]. Les thèmes mobilisés correspondaient aux diverses

activités constatées. Quant aux **réunions d'instances observées**, les données recueillies ont contribué à la description de l'organisation et de la mise en œuvre de la sécurité dans les établissements.

Données quantitatives

Les données des auto-questionnaires ont été analysées pour l'ensemble de l'établissement. Les résultats ont été exprimés sous la forme de pourcentages de réponses favorables à une culture de sécurité (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord » sur l'échelle de Likert). Puis des scores plus globaux, pour chacune des 10 dimensions, ont été calculés en agrégeant l'ensemble des réponses données aux items qui font référence à la même dimension de la culture de sécurité. Une dimension a été considérée « développée » si elle avait au moins 75 % de réponses positives et « à développer » avec au plus 50 % de réponses positives [50].

L'association entre l'engagement et le soutien des managers, et le climat de sécurité des soignants a fait l'objet d'une analyse descriptive au sein de chaque établissement (Annexe 12), en portant une attention particulière aux pourcentages ou scores élevés de réponses favorables pour une culture de sécurité en lien avec le rôle des managers.

7. Restitution et utilisation des résultats

Trois types de restitution des résultats étaient prévus :

- Un **rapport d'étude pour chaque établissement** élaboré par le Ccecqa avec l'aide de ses partenaires de recherche. Celui-ci contenait les éléments suivants :
 - L'analyse du contexte de l'établissement et de l'organisation de la GDR ;
 - Les représentations professionnelles de la sécurité ;
 - Les activités attribuées aux managers et celles observées ;
 - La perception par les professionnels (managers et soignants) du soutien des supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité ;
 - Les attentes réelles et perçues des soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques ;
 - L'évaluation du climat de sécurité des soignants de l'établissement ;

- Les préconisations relatives au rôle des managers pour le développement d'une culture de sécurité.

Le rapport d'un établissement est présenté dans l'annexe 12.

- Un **rapport global** répondant aux objectifs de la recherche, élaboré avec le groupe de travail, contenant les résultats issus de l'analyse transversale des données des 7 établissements de santé.
- Enfin, l'organisation d'une **réunion régionale** de fin de projet était prévue pour les établissements participants à ce projet. Cette réunion avait pour objectifs de communiquer sur les résultats globaux, de favoriser le partage des expériences de chaque établissement et de discuter des retombées potentielles de ce projet de recherche.

8. Aspects éthiques et règles déontologiques

Impact sur la sécurité des soins

Cette recherche basée sur l'observation, sans intervention, ne visait pas à modifier les pratiques de soins et à avoir un impact sur les soins des patients et leur sécurité. Cependant, elle pourrait être bénéfique au patient en créant une dynamique collective autour de la sécurité des soins.

Impact sur les participants

La participation à cette étude était volontaire. Le consentement de chaque participant a été recueilli. Par ailleurs, cette recherche basée sur l'observation, sans intervention et réalisée sur leur lieu de travail habituel pendant leurs horaires de travail n'exposait pas les participants à des risques physiques, psychologiques ou sociaux graves.

Confidentialité et anonymat des données

L'équipe de recherche s'était engagée à respecter les droits fondamentaux des professionnels de santé rencontrés, en particulier leur liberté de participer et la confidentialité des données.

Les entretiens retranscrits ont été anonymisés et n'ont en aucun cas été communiqués aux établissements. La restitution de ces données dans les rapports d'analyse a mobilisé des extraits d'entretien anonymisés. Les données collectées par observation ont fait également l'objet d'une anonymisation et n'ont pas été restituées en l'état aux établissements. Cette procédure concernait également les informations recueillies par l'analyse des documents internes aux établissements (comptes rendus de réunions d'instances, programme de GDR, compte rendu de certification, etc.) et les documents relatifs à l'activité des managers consultés (par exemple : agenda).

La partie suivante propose de rendre compte des résultats de l'enquête qualitative.

III. Résultats

1. Résultats de l'étude qualitative

a. Les établissements participants

L'analyse documentaire a permis de décrire les établissements selon plusieurs critères : le type de structure et d'activité, la situation financière, les résultats de la dernière certification, l'organisation de la gestion des risques.

Les caractéristiques des 7 établissements sont présentées dans le tableau 1.

En 2014, la situation financière de 6 des 7 établissements était disponible pour cette étude. Trois établissements avaient une situation financière à l'équilibre, un était excédentaire, et deux grandes structures publiques en déficit.

Aucun établissement n'était doté d'un budget dédié à la sécurité bien que tous y accordaient une importance institutionnelle. En effet, 4 établissements avaient intégré la GDR à sa politique d'établissement. Cet engagement institutionnel se traduisait par l'existence d'un projet ou un programme dédié à la sécurité.

Un seul était certifié par la HAS sans réserve et recommandation. Les réserves et recommandations identifiées dans les 6 autres établissements portaient surtout la prise en charge médicamenteuse, l'information des patients en cas de dommage associé aux soins, et le dossier patient. Un établissement avait une réserve qui portait sur le développement de la culture qualité et sécurité.

Trois d'entre eux mettaient en œuvre une démarche d'engagement des patients et représentants d'usagers dans la sécurité des soins.

Tous avaient mis en place une organisation favorable au déploiement d'une culture de GDR. En effet, ils bénéficiaient de l'expertise d'une cellule ou d'une équipe qualité et sécurité. Des professionnels et structures dédiées assuraient la coordination de cette démarche. Un seul n'avait pas de CME au moment de l'étude.

Ils proposaient aux professionnels de nombreuses formations en lien avec la sécurité ; ciblées sur des thématiques faisant l'objet d'injonctions réglementaires.

Tous les établissements disposaient d'un système d'information permettant la diffusion des documents relatifs à la GDR. Ils avaient le plus souvent recours à un logiciel (BLUE MEDI Santé® ou ENNOV®). L'accès à cet outil par l'ensemble des professionnels permettait le signalement des EI.

Enfin, les réunions d'instance analysées lors de cette étude rendaient compte de l'intégration de la sécurité dans une démarche institutionnelle. En effet, des échanges autour de cette thématique étaient régulièrement constatés dans les établissements bien que le temps consacré à ce sujet pouvait être relativement court ou qu'il était davantage abordé sous l'angle des conséquences financières pour l'établissement que des conséquences pour les patients.

Tableau 1 - Description des 7 établissements : le type de structure et d'activité, la situation financière, les résultats de la dernière certification, l'organisation de la gestion des risques.

ETABLISSEMENTS

Caractéristiques	A	B	C	D	E	F	G
Type	Grand CH	Grande clinique	Grande clinique	Grande clinique, appartenance à un groupe local	Grand CH	Grand CH	Grande clinique, appartenance à un groupe national
Activité	MCO	MCO	MCO	MCO	MCO	SM	SM
Situation financière	Equilibre	Excédentaire	Equilibre	Equilibre	Plan de retour à l'équilibre	Déficitaire avec restriction budgétaire.	Non disponible
CERTIFICATION							
Dernière certification HAS	Avril 2014	Novembre 2011	Février 2011	Février 2012	Avril 2013	Mars 2012	Octobre 2011
Résultats initiaux	<p>1 réserve majeure sur la prise en charge médicamenteuse</p> <p>2 réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la continuité et coordination de la prise en charge des patients - le management de la prise en charge médicamenteuse <p>5 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - information du patient en cas de dommage lié aux soins 	<p>2 réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement, - la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse <p>2 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge des urgences et soins non programmés - Les démarches d'évaluation des pratiques pro- 	<p>Aucune réserve et recommandation</p>	<p>2 réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (MCO) - La gestion du dossier du patient <p>4 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'information du patient en cas de dommage lié aux soins - l'identification du patient - La démarche qualité de la prise 	<p>1 réserve majeure sur la prise en charge médicale du patient en court séjour</p> <p>6 réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'information du patient en cas de dommage lié aux soins (MCO, santé mentale, SSR, SLD) - la prise en charge de la douleur (santé mentale) - l'organisation des autres secteurs d'activité à risque 	<p>3 réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le bon usage des antibiotiques - Le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté - La prise en charge de la douleur. <p>4 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge médicamenteuse - la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé 	<p>1 réserve sur la maîtrise du risque infectieux</p> <p>4 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'information du patient en cas de dommage lié aux soins - les troubles de l'état nutritionnel - la demande d'examen et les transmissions de résultats - le don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

	<ul style="list-style-type: none"> - gestion du dossier patient - accès du patient à son dossier - organisation du bloc opératoire - identification du patient 	professionnelles		<p>en charge médicamenteuse du patient (SSR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles 	<p>majeur 17 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles - le développement d'une culture qualité et sécurité - le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - la gestion des événements indésirables - la gestion du dossier du patient (MCO, santé mentale, SSR) - l'identification du patient (MCO, SSR, SLD, santé mentale) - le management de la prise en charge médicamenteuse du patient (MCO, santé mentale, SLD, SSR) - la prise en charge médicamenteuse du patient (SLD) - l'éducation théra- 	<ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge somatique des patients - la gestion du dossier patient 	
--	--	------------------	--	--	---	--	--

					peutique du patient (santé mentale)		
Résultats après visite de suivi	Non connue lors de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Levée de la réserve « prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement » - La réserve « démarche qualité de la prise en charge médicale » est devenue une recommandation. 		<ul style="list-style-type: none"> - La réserve sur la gestion du dossier patient devenait une recommandation - Disparition de la recommandation portant sur l'information du patient en cas de dommage lié aux soins - disparition de la recommandation sur la démarche qualité de la prise en charge médicale du patient en SSR 	<p>Certification de l'établissement avec 1 réserve et 14 recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> - évolution de la réserve majeure en simple réserve - recommandations sur le management de la prise en charge médicale en SSR, SLD et santé mentale satisfaites. 	<p>Rapport de suivi de mai 2014</p> <p>Certification avec 2 recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion du dossier du patient, - Le respect des libertés individuelles et la gestion de mesure de restriction de liberté. <p>Levée des réserves</p>	Certification sans réserve et recommandation

ORGANISATION DE LA GDR

Politique et programme GDR : bilan 2013 et programme 2014	Sécurité inscrite dans la politique institutionnelle. 6 axes principaux : - la maîtrise des processus et des pratiques par la formalisation organisée et écrite de recommandations pro-	Politique d'établissement en cours de rédaction Existence d'un programme d'amélioration (2013-2015) de la qualité et la sécurité des soins 3 axes prioritaires : - le système de	Existence d'un « projet 2011-2015-qualité-risques-sécurité des soins » 5 axes prioritaires en matière de sécurité : - amélioration de l'identitovigilance - réalisation d'une cartographie des	Une « politique qualité et gestion des risques » (2014) 4 axes prioritaires sur la GDR : - déployer un management stratégique basé sur la qualité et la sécurité des soins centrées sur le	Existence d'une « politique qualité et sécurité des soins » intégrée au projet d'établissement 2012-2017. 2 objectifs généraux : - l'amélioration continue de la	Existence d'une Politique Qualité Gestion des Risques spécifique intégrée à la politique et au projet d'établissement (2012-2017)	Le projet d'établissement et le projet médical en cours de rédaction au moment de l'étude. Pas de projet qualité sécurité, ni projet de soins. Démarche d'inté-
--	--	---	---	--	--	--	--

	<p>professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement d'une culture de sécurité des soins - la mise en œuvre d'audits internes et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) - le suivi d'indicateurs et de tableaux de bord de pilotage de la qualité / sécurité - le signalement, l'analyse et le traitement des EI et d'autres dysfonctionnements internes - la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration : actions correctives et préventives <p>Existence d'un programme qualité et gestion des risques formalisé</p> <p>Evaluation des actions d'amélioration inscrite dans le projet médical</p>	<p>management et la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - la politique de gestion des risques - les orientations stratégiques du développement durable <p>Les axes retenus liés aux injonctions réglementaires</p> <p>Intégration de la GDR dans le projet médical et le projet de soins.</p> <p>Démarche d'évaluation régulière par la direction des actions en matière de sécurité (CPOM-Annexe 3)</p> <p>Aucun indicateur d'avancement des actions.</p>	<p>risques au bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisation de revues de morbi-mortalité - mise en place de comités de retour d'expérience (CREX) - tenue de réunions mensuelles d'étude des fiches d'EI <p>Evaluation des actions par la direction prévue dans la politique d'établissement</p> <p>Un programme « gestion de projets, plan d'actions 2013 ». Pas d'atteinte de tous les objectifs</p> <p>En 2014, non actualisation du programme qualité et gestion des risques</p>	<p>patient à tous les niveaux de l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcer la qualité des pratiques et la sécurité des soins, - renforcer la qualité de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers - renforcer et développer une culture de sécurité et de la qualité de vie au travail par la collaboration pluri professionnelle au bénéfice de la sécurité dans l'entreprise <p>Aucun indicateur précis défini</p> <p>Toutefois, objectifs revus chaque année</p> <p>Un programme de gestion des risques en cours de rédaction</p> <p>Une volonté d'associer les</p>	<p>qualité au service du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion des risques : une vigilance constante pour une meilleure sécurité <p>L'atteinte de ces objectifs passait par le développement d'une culture et d'un management par la qualité et la sécurité des soins</p> <p>Un programme de gestion des risques accessible par l'intranet. Sécurité des soins intégrée à ce programme</p> <p>Suivi des actions jusqu'en 2012 ; Certains indicateurs non renseignés ou mis à jour</p> <p>L'engagement des patients et représentants des usagers dans la politique institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en compte des « attentes des 	<p>La direction évaluait la mise en place des actions de sécurité</p>	<p>gestion des patients et usagers : implication directe de ceux-ci dans la prise en charge clinique ou par leur sollicitation, lors des instances d'établissement (commission restauration par exemple)</p>
--	--	---	--	---	---	---	---

	d'établissement			patients et représentants d'usagers dans l'axe 3 de la politique qualité (éducation thérapeutique du patient)	usagers » par le biais de la CRUQPC - intégration de l'activité de cette instance pour élaborer le programme annuel qualité-sécurité des soins, - visibilité et création d'un lien direct avec les associations d'usagers Existence d'un processus de gestion des risques structuré mais incomplet : aucun professionnel identifié pour assurer le suivi des actions et aucun résultat présenté dans ce document		
Structures dédiées	Des structures stratégiques : COVIRIS, CME et sa sous-commission relative à la mise en œuvre d'EPP Une structure opérationnelle : la cellule qualité et gestion des risques	Une structure stratégique : cellule qualité (un CGDR et une assistante qualité se réunissant 1 fois par mois) Des structures opérationnelles : COVIRIS, CLIN,	Une structure stratégique appelée « cellule qualité et risques » composée de 3 structures : un comité de pilotage, un comité qualité et un service qualité et risques.	Une structure stratégique : direction qualité composée d'un RAQ, un assistant qualité et un responsable des relations avec les usagers	Une structure stratégique : direction qualité managée par le directeur de l'établissement et un directeur qualité, assistés d'un secrétariat	Les structures stratégiques : directoire, conseil de surveillance et une équipe qualité. Les structures opérationnelles : la CRUQPC, le CTE, la	Une direction qualité composée d'un DSI/ RAQ et d'un cadre de santé de l'établissement. Des structures opérationnelles : un CLIN avec un IDE hygiéniste, le CLAN et la commission

	avec l'intégration d'un RAQ en 2008. Des référents qualité et gestion des risques dans les services et des professionnels responsables de la mise en place des actions d'amélioration	CSTH, COMEDIMS	Huit structures opérationnelles : CLAN, CLUD, EOHH, CLIN, COVIRIS, COMEDIMS, CSTH, CRU Un directeur délégué à la gestion des risques appuyé par un assistant qualité Deux cadres de santé se partageant le poste d'infirmier hygiéniste et un troisième le poste d'infirmier spécialisé sur la prise en charge de la douleur Des référents en qualité et sécurité dans certains secteurs (ex : bloc)	Deux structures opérationnelles : COVIRIS et EOHH Absence de CME au moment de l'étude	Plusieurs cellules opérationnelles : une cellule prescription des soins et dossier de soins informatisé, une équipe qualité-sécurité des soins, l'EOHH, un domaine services et projets (DSP), un domaine architecture et production, une sous commission de la CME dédiée à la sécurité Des professionnels ressources : le président de la CME, un responsable des systèmes d'information, un CGDR, une assistante qualité, une technicienne qualité, des chefs de pôle, etc.	CSIRMT, le CHSCT, l'espace éthique, le CLIN, le CLUD, le CLAN, le CIV, la CSST, la commission des risques et qualité, la commission DPC médical et le groupe projets DPC, la COMEDIMS, COVIRIS	restauration
Ressources financières dédiées	Pas de budget spécifique	Pas de budget spécifique	Pas de budget spécifique	Pas de budget spécifique	Pas de budget spécifique, mais une priorité budgétaire accordée à la sécurité des soins	Pas de budget spécifique	Non renseigné
Bilan formation 2013 GDR	Environ 20 formations sur la GDR proposées et	20 formations proposées et 318 professionnels	Environ 15 proposées et suivies par 89 personnes	18 formations relatives à la gestion des risques,	12 formations relatives à la sécurité des soins	15 formations proposées et suivies par 1 292	Non renseigné

	suivies par 364 professionnels	formés		suivies par environ 1600 professionnels		professionnels	
Programme formation 2014 GDR	Plusieurs formations sur la sécurité des soins proposées Ex : stage de sécurité exploitation d'une IRM, gestes d'urgence, manutention manuelle des malades, hygiène hospitalière, plaies et cicatrisations	Axes prioritaires sécurité : - organisation des soins : approfondissement des savoirs - améliorer les conditions de vie au travail - gestion des risques - colloques - juridique et social - bureautique et applications informatiques Exemples de thèmes sécurité des soins : le processus transfusionnel, les premiers gestes de secours, la sécurité incendie et la procédure d'évacuation ; la prévention des troubles musculo-squelettiques.	Une formation ciblée sur la sécurité des soins ex : gestes d'urgence, prévention des risques liés à l'activité physique	6 formations sur la sécurité des soins	Des formations en lien avec la gestion des risques dont certaines sur la sécurité des soins.	Le programme de formation global avec 21 axes prioritaires dont 17 en lien avec la sécurité et certains avec la sécurité des soins	Non renseigné

Système d'information	Utilisation du logiciel BLUE MEDI Santé® mais information disponible non exhaustive par manque de mise à jour et de centralisation des données	Utilisation du logiciel ENNOV®	Utilisation du logiciel Blue Medi Santé® Classeur qualité dans les services de l'établissement	Information centralisée et diffusée par la direction qualité et son équipe Utilisation d'un intranet, un journal interne, des classeurs qualité mis à disposition dans les différents services Gestion des EI avec le logiciel ENNOV®	Nombreux documents sur l'organisation institutionnelle de la sécurité accessibles par l'intranet de l'établissement	La diffusion de l'information et des documents en matière de sécurité par l'intranet et un système de gestion documentaire Signalement des EI avec le logiciel ENNOV®	Utilisation d'un logiciel permettant le suivi des actions d'amélioration Protocoles accessibles sous format papier dans les services
Instance observée	Comité de pilotage de la qualité, des risques et des vigilances (3 fois par an) Présence régulière du directeur qualité, du président de la CME, du DSI, du CGDR, RAQ, DAF, médecins et cadres de santé La dernière réunion faisait suite au rendu du rapport de certification	CME (trimestrielle) Présence régulière du directeur de l'établissement, du CGDR et des médecins de l'établissement Thème GDR abordé régulièrement.	CME (semestrielle) Présence régulière du président de la CME, directeur qualité et médecins Forte mobilisation médicale lors de la dernière réunion GDR et sécurité des soins régulièrement abordées mais souvent sous l'angle des conséquences financières	Comité de direction restreint (hebdomadaire) Présence régulière du directeur, du DSI, du DRH, du DAF, du médecin DIM, du directeur de la qualité et GDR et du responsable de la pharmacie Thème de la sécurité des soins régulièrement abordé (ex : signalement des EI,	CME (trimestrielle) Présence régulière du directeur et des directeurs adjoints. La gestion des risques régulièrement abordée même si pas toujours clairement prévue à l'ordre du jour Temps consacré à cette thématique pouvait être écourté et avec peu d'échanges	CME (tous les 2 mois) Présence régulière du directeur adjoint, des médecins, du représentant des internes et le représentant du CTE Le thème de la sécurité abordé régulièrement avec notamment des discussions sur les risques associés aux soins	Staff de direction (hebdomadaire) Animé par le directeur Thème de la sécurité systématiquement abordé

	Focalisé sur les réponses apportées auprès de la HAS			traçabilité des données relatives aux patients, etc.			
--	--	--	--	--	--	--	--

b. Les pôles de santé et services de soins participants

Les caractéristiques des pôles sont présentées dans le tableau 2.

Trois des 7 établissements étaient organisés en pôles de santé. Il s'agissait des établissements publics de plus de 300 lits. Les trois pôles impliqués dans le projet proposaient respectivement une prise en charge de chirurgie, de médecine et de santé mentale. Deux étaient managés par un chef de pôle et le troisième avait aussi un cadre de pôle.

Tableau 2- Description des pôles de santé : dénomination, management, communication.

Caractéristiques	A	B	C	D	E	F	G
Nom du pôle	Pôle de chirurgie, anesthésie, ambulatoire	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Pôle de médecine interne	Pôle de psychiatrie adulte	Non applicable
Management	1 médecin chef de pôle (chef du service de chirurgie orthopédique)				Un médecin chef de pôle	Un médecin chef de pôle (également président de la CME) Un cadre de pôle	
Communication	Une réunion de pôle organisée tous les mois et ouverte à l'ensemble des soignants				Communication entre les médecins, cadres et personnels. Selon le chef de pôle, manque de coordination entre paramédicaux	Information non connue	

Les caractéristiques des services sont présentées dans le tableau 3.

Dans quatre des 9 services, un staff réunissant les personnels médicaux et paramédicaux était organisé quotidiennement ou chaque semaine.

Tableau 3 - Description des services de soins : activité, nombre de lits ou de places, type de patients, management, communication, organisation de la GDR.

Caractéristiques	A		B	C	D	E	F	G	
	A1	A2						G 1	G 2
Activité	Chirurgie orthopédique	Chirurgie viscérale	Chirurgie générale et orthopédique	Bloc opératoire et d'endoscopie 7 spécialités chirurgicales : maxillo-faciale, neurologique, orthopédique-traumatologique, viscérale-digestive, gynécologique, plastique-esthétique, chirurgie urologique	Suite de couches et chirurgie pédiatrique	Médecine interne 2 secteurs	Hospitalisation adulte court séjour	Hospitalisation continue	Hospitalisation de jour
Capacité	25 lits	20 lits	28 lits en chirurgie générale 19 en chirurgie orthopédique	5 salles d'intervention chirurgicale	54 lits	Information non connue	24 lits	Information non connue	8 à 10 places
Type de patients		Patients pris en	Possibilité d'héberger des		Prise en charge de		Certains patients	personnes très âgées	

		charge pour intervention viscérale, patients arrivant des urgences, patients hébergés d'autres services (patients d'ambulatory, de chirurgie orthopédique ou de médecine)	patients de médecine		patientes sur une durée de séjour relativement courte (2 à 3 jours) Hébergement de patients de chirurgie digestive, accueil de parturientes		relevaient d'une hospitalisation d'office	démentes au rez de chaussée. personnes plus autonomes dans les étages	
Management	Un chirurgien chef d'unité et chef du pôle Un cadre de santé	Un médecin anesthésiste réanimateur chef de service et président de CME Un cadre de santé	Un cadre de santé	Un cadre de santé	Un cadre de santé Un médecin référent	Un chef de service Deux cadres de santé (1 par secteur)	Un chef de service Un cadre de santé	Un médecin responsable Un cadre de santé (IDE coordonateur)	Un médecin responsable Un cadre de santé (IDE coordonateur)
Communication	Affichages en matière de sécurité dans la salle de soins, dans les couloirs et l'office.	Information non connue	Tableau avec des indicateurs, affichage identito-vigilance, règles d'hygiène pour	Commission du bloc opératoire composée d'un président, du directeur général, du	Utilisation d'un cahier pour les échanges entre les professionnels et le cadre de santé	2 réunions d'équipes par jour dans chaque secteur	Cahier pour la communication entre le cadre de santé et les professionnels, lu	Une réunion d'équipe tous les matins	Une réunion d'équipe tous les mardis avec le médecin responsable

			visiteurs	<p>directeur des soins, de deux anesthésistes, d'un représentant des chirurgiens, du cadre de santé et d'un infirmier du bloc, d'un infirmier anesthésiste et d'un infirmier de la salle de réveil.</p> <p>Autonomie de l'endoscopie</p>			<p>quotidiennement (actualités, consignes, planning)</p> <p>Transmission s entre IDE et médecins</p> <p>Une réunion d'équipe de 15 minutes tous les matins</p> <p>Une réunion d'équipe hebdomadaire de 3 heures</p>		
Organisation de la GDR	<p>Collaboration des cadres</p> <p>Réalisation de RMM et CREX</p> <p>Une cartographie des risques réalisée</p>	<p>En cours d'actualisation du projet de service</p> <p>Soutien des effectifs par ceux des urgences en cas de difficulté</p>	<p>Planification des interventions par la commission de bloc</p>	<p>Collaboration du cadre de santé avec celui du bloc obstétrical et néonatalogie au même étage</p> <p>Mutualisation des personnels</p> <p>Participation au projet CLARTE du</p>	Information non connue	<p>Personnels paramédicaux : référents linge, hygiène, alimentation, médicament.</p> <p>Affichages dans la salle à manger, dans les couloirs, le bureau infirmier, la pharmacie de l'unité, la salle de réunion,</p>	<p>Affichage sécurité dans le bureau infirmier et dans les couloirs</p>		

				<p>Ccecqa² montrant la satisfaction des personnels dans l'organisation du travail (indicateur de satisfaction)</p> <p>Nombreux affichages destinés essentiellement au personnel : résultats d'évaluations, des informations relatives aux bonnes pratiques, etc.</p>		etc.		
--	--	--	--	---	--	------	--	--

² Projet ayant pour objectif d'évaluer la culture de sécurité et la qualité de vie au travail des personnels exerçant une activité dans les services à risques. L'établissement a participé à la mesure de la culture de sécurité et de la qualité de vie au travail.

c. Profil des 65 professionnels ayant participé à l'étude qualitative

Soixante-cinq professionnels ont participé à l'étude qualitative, à l'occasion d'entretiens individuels (n = 65) et/ou d'observations des pratiques (n = 14). L'échantillon était composé d'une majorité de femmes (56,9 %), et surtout de professionnels âgés de plus de 40 ans (71 %) (Tableau 4).

Selon les établissements, le nombre de professionnels inclus variait de 8 à 11, avec un nombre de managers de 5 à 8 et un nombre de soignants de 3.

Le projet portant sur les **managers**, ceux-ci (67 %) étaient surreprésentés dans l'échantillon d'étude. Les tops managers étaient les plus nombreux (41,5 %) avec surtout des directeurs, des DSI et des présidents de CME (Tableau 5).

Les soignants représentaient un tiers de l'échantillon d'étude, avec une répartition équilibrée des différentes catégories professionnelles (Tableau 6).

Les professionnels de l'équipe institutionnelle (directeur, DSI, directeur qualité, président de CME) et les paramédicaux (cadre de santé, IDE, AS) étaient deux fois plus nombreux que les médicaux (chef de pôle, chef de service, médecins) (Tableau 5). Plus de la moitié des professionnels avaient un statut de salarié dans leur établissement. Les professionnels avec un statut libéral étaient tous des médecins.

Plus des deux tiers des professionnels avaient une ancienneté dans l'établissement et dans le poste de plus de 5 ans.

La majorité des professionnels participait à une instance ou à un groupe de travail relatif à la sécurité dans leur établissement (55 %), tels que le directoire, CME, CLIN, CLUD, etc. Les 10 professionnels déclarant ne pas s'impliquer dans ce type de démarche étaient pour 6 d'entre eux des soignants (2 médecins, 2 IDE, 2 AS). Les 3 chefs de service et un cadre de pôle ne participaient pas à une instance ou à un groupe de travail.

La moitié des répondants déclarait avoir été **formée à la gestion des risques au cours de leur activité professionnelle** (formations internes, participation à des congrès, etc.).

Treize professionnels (dont 9 managers, et parmi eux 7 top managers) avaient été formés à cette thématique à l'occasion de leur **formation initiale**. Onze de ces professionnels avaient plus de 40 ans.

Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des professionnels rencontrés (n = 65).

Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femme	37	56,9
Homme	28	43,1
Age		
20 - 30 ans	3	4,6
31 - 40 ans	15	23,1
41 - 50 ans	21	32,3
51 ans et plus	25	38,5
Non répondant	1	1,5
Profession		
Direction / Administration	27	41,5
Médicale	13	20,0
Paramédicale	25	38,5
Statut		
Libéral	10	15,4
Salarié	55	84,6
Manager		
Oui	44	67,7
Non	21	32,3
Ancienneté dans l'établissement		
Moins d'1 an	3	4,6
1 - 5 ans	8	12,3
6 - 10 ans	18	27,7

11 ans et plus	36	55,4
Ancienneté sur le poste		
Moins d'1 an	2	3,1
1 - 5 ans	15	23,1
6 - 10 ans	26	40,0
11 ans et plus	21	32,3
Non répondant	1	1,5
Participation instance/ groupe GDR		
Oui	55	86,6
Non	10	15,4
Formation à la GDR		
Initiale	7	10,7
Initiale et Continue	6	9,2
Continue	29	44,6
Aucune	11	16,9
Ne sais pas	12	18,6
TOTAL	65	100

56,9% des managers avaient suivi une formation au management.

Formation managériale	n	%
Oui	25	56,9
Non	13	29,5

Tableau 5 – Répartition des managers selon le poste occupé dans l'établissement (n = 44).

Niveau managérial	n	%
Top manager	27	61,5
Directeur	7	15,9
Directeur qualité	5	11,4
DSI/ RSI	7	15,9
PCME	6	13,6
PDG	1	2,3
CGDR	1	2,3
Manager intermédiaire	4	9,0
Chef de pôle	2	4,5
Cadre de pôle	2	4,5
Manager de proximité	13	29,5
Chef de service/ médecin référent	3	6,8
Cadre de santé	10	22,7
Total	44	100,0

Tableau 6 – Répartition des soignants selon leur catégorie professionnelle (n = 21).

Soignants	n	%
Médecin	8	38,1
IDE	6	28,6
AS	7	33,3
Total	21	100,0

d. Les représentations de la sécurité

La définition de la sécurité

La sécurité étant une notion polysémique pour les 65 professionnels sollicités (chacun des répondants pouvait proposer plusieurs définitions). Treize **dimensions** étaient citées régulièrement (de 2 à 50 fois chacune) (Figure 4). **Deux dimensions** étaient citées par plus de la moitié des professionnels : **la sécurité des personnes et la sécurité liée aux pratiques et aux attitudes professionnelles.**

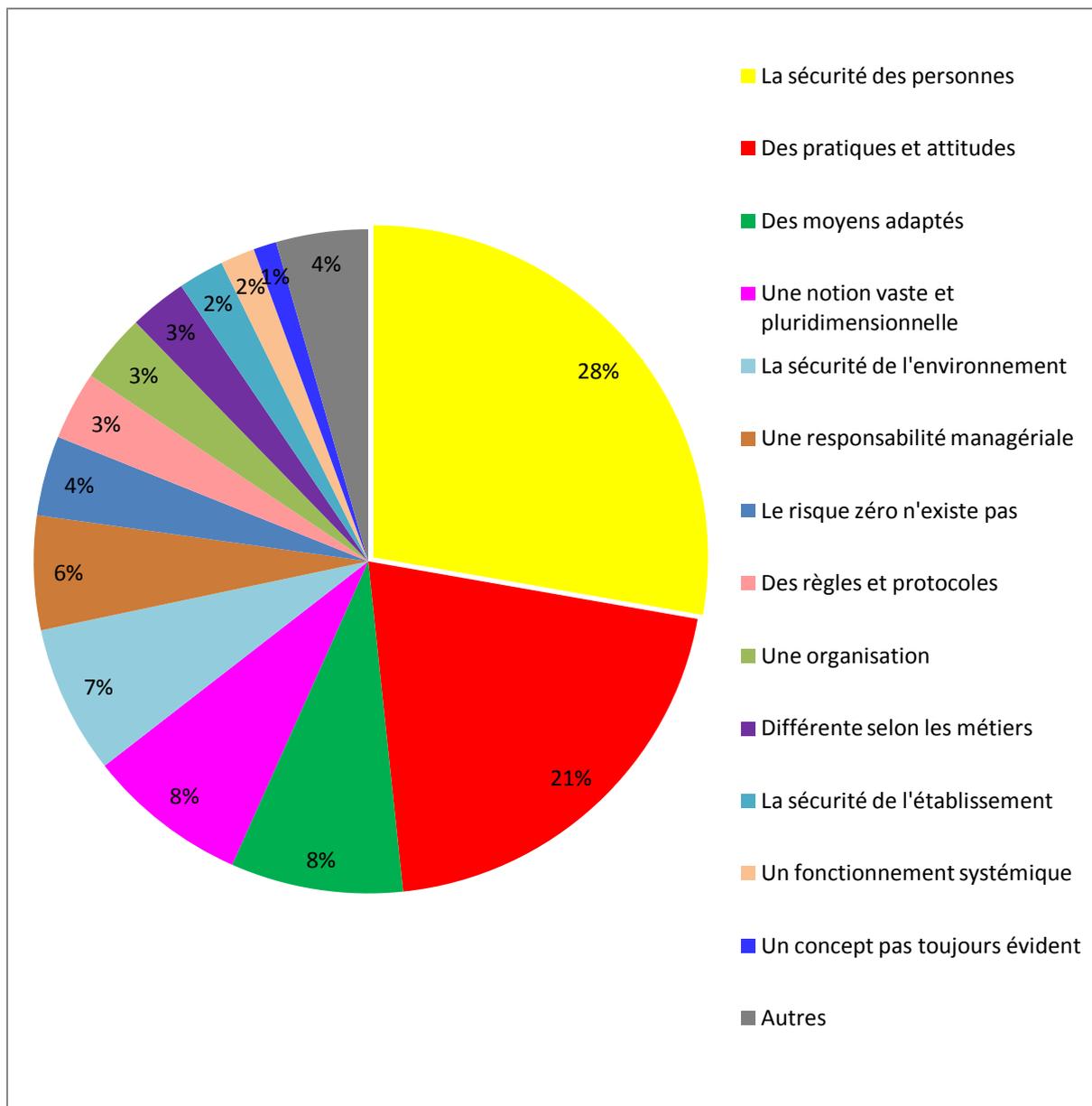


Figure 4 - La sécurité en établissement de santé, répartition des réponses des 65 répondants.

La sécurité des personnes était évoquée par 57 % des soignants et 40 % des managers. Enfin, cette définition de la sécurité en établissement de santé était proposée à **parité par les professionnels du privé et du public.**

Pour les professionnels, la sécurité des personnes, c'était surtout la **sécurité des patients** (n = 43) et la **sécurité des professionnels** (n = 30) (Figure 5).

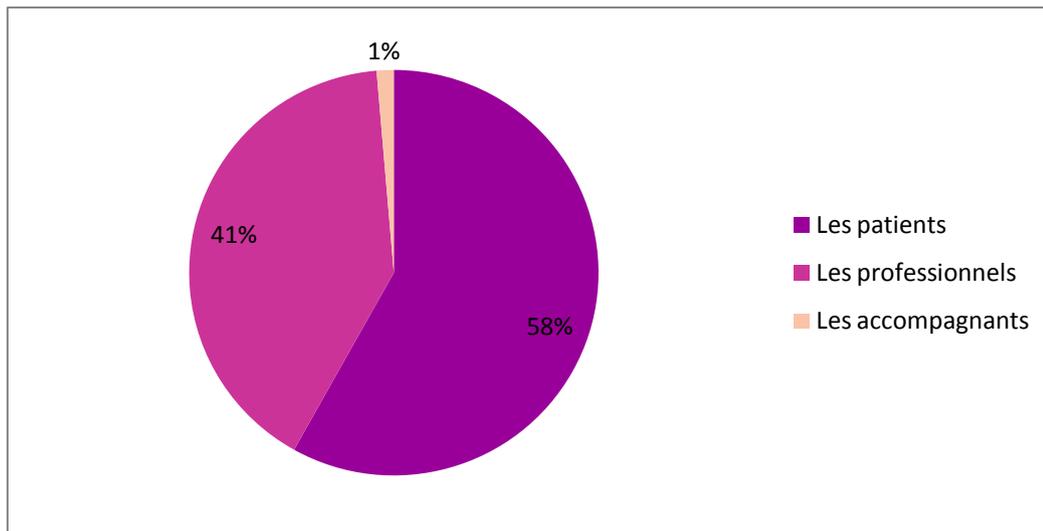


Figure 5 - Les représentations de la sécurité des personnes.

A propos de **la sécurité des patients**, le DSI d'un hôpital expliquait « *Tout ce qui tourne autour de la sécurité des soins pour moi revient à éviter toute survenue d'événements indésirables auprès des patients. Je mets la sécurité des soins en parallèle avec l'exigence de qualité nécessaire.* » (DSI, E). Les professionnels de la clinique spécialisée en santé mentale étaient les moins nombreux (30 %) à évoquer cette dimension de la sécurité. Tandis que ceux de l'hôpital spécialisé en santé mentale étaient les plus nombreux à le faire (90 %).

La sécurité des professionnels était plus souvent citée par les soignants (57 %) que par les managers (41 %). Elle était aussi **citée par plus de la moitié des professionnels dans 4 établissements** : 2 publics (dont 1 de santé mentale) et 2 privés. Par exemple, un cadre de santé expliquait : « *ça peut être la sécurité des soignants aussi, dans les conditions de travail, il y a des choses dangereuses, d'autant plus en psychiatrie. Ça peut être la sécurité mentale et nerveuse des soignants.* » (cadre de santé, F)

Des pratiques et attitudes étaient la deuxième dimension la plus fréquemment évoquée par les professionnels pour définir la sécurité.

Concernant **les pratiques professionnelles** (n = 31), ils évoquaient régulièrement **l'amélioration des pratiques** (n = 6), **la réduction des risques** (n = 6), le travail en équipe (n = 6), le signalement des EI (n = 4), le respect des règles (n = 4).

Un président de la CME évoquait ainsi : « *Je vais faire une métaphore. Dans le commerce, vous avez trois critères pour bien marcher c'est l'emplacement, l'emplacement, l'emplacement. Et en médecine, il y a trois critères, c'est rigueur, rigueur et rigueur. Si on*

manque de rigueur à un moment, on va faillir à quelque chose. Même si on faillit au départ, ça se creuse et ça se creuse sans que l'on s'en rende compte, on se retourne et c'est les abîmes derrière. On ne peut pas. La sécurité, c'est la remise en question personnelle et le travail bien fait et fini. » (Président de CME, C)

Quatorze des 37 professionnels citaient le fait que la sécurité relevait **d'une attitude, d'une vigilance quotidienne**. Certains précisait que cette attention portée à la sécurité était **inhérente à une activité professionnelle** en lien avec le soin (n = 2). Deux d'entre eux expliquaient que cette attitude était assimilable à une **culture de sécurité**. Un top manager évoquait la sécurité comme relative à **une éthique** dans la prise en charge des patients. Il expliquait ainsi : *« il y a aussi ce qui peut s'apparenter à la sécurité avec tous les problèmes éthiques ... Par exemple, la contention recouvre un problème éthique et un problème de sécurité puisque si vous n'attachez pas le malade, il peut avoir des actes dommageables pour lui-même et pour les autres ; mais si vous l'attachez, vous êtes quand même dans une position curieuse qui est une privation très grande de liberté.* » (Président de CME, F)

Des moyens adaptés étaient cités par 15 professionnels. Ils citaient principalement les ressources matérielles (n = 7) et les ressources humaines (n = 6). L'extrait d'entretien avec un directeur illustre cela : *« ça passe par des équipements performants et une équipe avec des compétences médicales pointues. Et des gens qui assurent cette sécurité. Ce n'est pas simple et l'on se heurte à plusieurs problèmes. Il nous faut des gens fiables et on s'en aperçoit avec les fiches d'événements indésirables. C'est la base de la culture qualité.* » (Directeur, B)

A propos des moyens, les professionnels témoignaient par exemple de la nécessité de disposer **d'effectifs suffisants et de professionnels formés et compétents**. Notons que les **ressources matérielles** étaient essentiellement citées par des professionnels appartenant au secteur privé (n = 6). Quant à la sécurité vue à travers les ressources humaines, les citations relevaient essentiellement de professionnels de l'établissement public de santé mentale (n = 6). Ces derniers étaient d'ailleurs les plus nombreux à évoquer cette dimension pour définir la sécurité en établissement de santé. Dans deux structures, la question de moyens adaptés n'était pas abordée (Etablissements E et G).

Quatorze professionnels mentionnaient que la sécurité restait **une notion vaste et pluridimensionnelle**. Cette notion était le plus régulièrement évoquée par les professionnels de l'établissement E, comme l'illustre le discours de son directeur : *« dans tous les*

problèmes, y compris ce qui ne paraissent pas sécuritaires, il y a forcément une dimension de sécurité, soit liée aux soins, soit liée à l'organisation du travail. »

Treize répondants rendaient compte de la **sécurité de l'environnement**. Un cadre de santé disait ainsi : *« Après, il y a la sécurité de l'environnement (...) il y a la sécurité au niveau immobilier, enfin au niveau des locaux, qui est plus gérée par toute la partie technique avec qui on est en lien en permanence quand même. »* (Cadre de santé, A)

Dix répondants expliquaient que la sécurité en établissement de santé relevait d'une **responsabilité managériale**. Les managers étaient plus nombreux (8 soit 18 % des managers) que les soignants (2 soit 9,5 % des soignants) à évoquer cette dimension de la sécurité. Ils attribuaient essentiellement ce rôle **au top management et au management de proximité** (Tableau 7). Plus précisément, ils citaient la responsabilité des **directeurs, présidents de CME et des cadres de santé**.

Tableau 7 - Responsabilité attribuée aux différents types de managers par 10 professionnels. Pour les top managers, un professionnel a cité 2 types de managers.

Niveau managérial cité	n
TOP MANAGERS	7
Directeur	3
PCME	3
Directeur qualité	0
DSI	2
MANAGERS INTERMEDIAIRES	0
Chef de pôle	0
Cadre de pôle	0
MANAGERS DE PROXIMITE	6
Chef de service	0
Cadre de santé	6

Huit autres définitions de la sécurité ont été proposées par 8 (12 %) professionnels : la qualité des soins, une démarche globale, la sécurité individuelle versus collective, une interface, le sécuritaire, la sécurité dépendante de la localisation de l'établissement, des risques acceptables et maîtrisés.

A RETENIR

- La sécurité définie par les 65 professionnels était une notion polysémique avec 13 dimensions citées.
- Les 2 dimensions principales étaient **la sécurité des personnes et la sécurité liée aux pratiques et aux attitudes professionnelles.**
- La sécurité des personnes était d'abord perçue à travers **la sécurité des patients.**
- **Pour 10 professionnels, la sécurité était perçue comme une responsabilité du top management et du management de proximité.**

Les risques prioritaires

Une priorité accordée aux risques pour les patients

L'ensemble des professionnels proposait une hiérarchisation des risques en établissement de santé. Un seul manager expliquait ne pouvoir procéder à une classification des risques selon leur importance, car selon lui, tous devaient bénéficier de la même attention :

« je pense que les risques sont existants et en fonction des barrières, ça peut lâcher à tout moment. Donc, tous les risques sont au même niveau. » (CGDR, B)

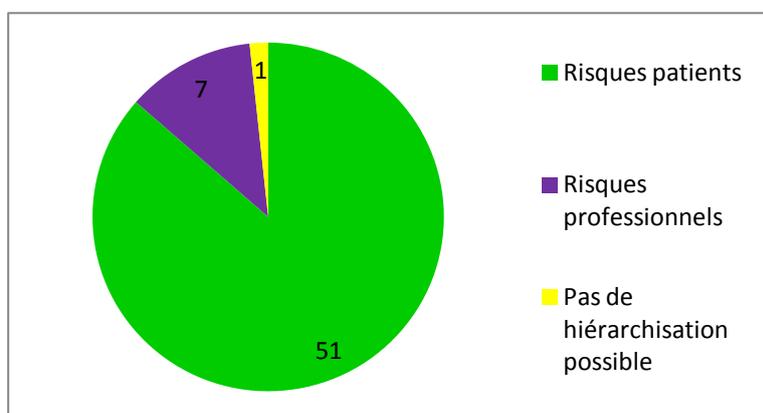


Figure 6 - Les risques perçus comme une priorité par les professionnels (n = 59)

Les professionnels citaient **surtout** (n = 51) **les risques pour les patients** (Figure 6).

Les risques pour les patients concernaient les risques associés aux soins, les risques liés à la violence du patient envers lui-même ou causée par un tiers (notamment entre patients) et

les risques liés à la sécurité environnementale de l'établissement (ex : infrastructures, incendie, etc.).

Les **risques associés aux soins** étaient les plus cités (n = 43). Certains professionnels indiquaient plus précisément **les risques liés à l'identification du patient** (n= 13), les **risques liés à la prise en charge médicamenteuse** (n = 12), ou encore **les risques d'infection nosocomiale** (n = 8).

Cet extrait d'entretien avec un top manager illustre les risques liés à la prise en charge médicamenteuse : *« Alors, un médecin qui vous prescrit (...) le nom du labo et en fin de compte vous avez le nom du générique ; donc il faut quand même {que les IDE} aient l'esprit assez vif pour faire l'association, même si on a beaucoup travaillé sur le circuit du médicament, la sécurisation, l'armoire. Je pense que tout ce qui est circuit du médicament jusqu'à la dispensation, jusqu'à l'erreur du patient (...) le patient ou le voisin qui prend le médicament dans les chambres doubles. »* (DSI, A) (Annexe11)

L'attention portée aux risques des patients différait un peu selon l'appartenance des professionnels au secteur MCO ou à celui de la psychiatrie. Dans le secteur MCO, les professionnels tendaient à citer principalement les risques associés aux soins. **Dans le secteur de la psychiatrie**, les risques appréhendés étaient ceux liés à la prise en charge soignante mais aussi les **risques physiques liés à la violence du patient envers lui-même ou à l'action des autres patients ou de la société civile**. Douze professionnels de ce secteur rendaient compte du risque de suicide, de la violence entre patients ou encore du risque lié à l'introduction et à la circulation de substances toxiques (tabac, alcool, drogues etc.) dans les structures ouvertes.

Un soignant expliquait ainsi : *« Le risque ultime qui me vient, c'est un patient qui fait un passage à l'acte sur quelqu'un. Dans notre prise en charge, c'est l'aspect le plus risqué. Après, c'est qu'il se fasse mal à lui. C'est le plus fréquent. »* (médecin, F)

Dans les établissements MCO, la sécurité environnementale et plus précisément le risque incendie étaient évoqués. Pour les professionnels, ce risque concernait les patients mais aussi les professionnels. Dans les établissements de santé mentale, ce risque était essentiellement perçu comme concernant le patient. Les professionnels étaient préoccupés par le risque de décès lors d'un incendie. Un directeur expliquait : *« vraiment le plus grave, c'est le décès de la personne, dans le cadre d'un incendie... »* (directeur, G)

Les risques professionnels étaient une priorité pour 7 professionnels dont la moitié appartenait au secteur de la santé mentale. Ces risques étaient le plus souvent cités par des managers (1 directeur, 1 président de CME et 2 cadres de santé).

Huit professionnels dont 6 managers évoquaient ces risques mais de manière plus secondaire. Pour eux, il y avait la nécessité d'y accorder une attention dans la mesure où ces risques pouvaient avoir un impact sur la sécurité des patients. Un manager intermédiaire expliquait : *« en premier lieu les risques liés aux soins pour les patients, et juste après, pour les agents, pour le personnel. »* (cadre de pôle, E). Un top manager disait aussi : *« ce qui est intéressant de se dire, c'est que les risques liés aux professionnels peuvent aussi impacter les patients. C'est ce que l'on voit quand on a des équipes en mal-être, en conflit ou avec beaucoup d'absentéisme, on sait que ça peut avoir un impact sur la sécurité du patient. »* (directeur qualité, E).

Une hiérarchisation des risques basée sur 4 critères principaux

Quarante-deux professionnels s'exprimaient sur les critères qu'ils mobilisaient pour définir les risques prioritaires. Ils citaient **4 critères principaux** : la **fréquence des risques**, la **difficulté à les maîtriser**, la **responsabilité professionnelle** et la **gravité des conséquences** (Tableau 8). Les propos de ce soignant illustraient ce dernier critère : *« quand il y a quelqu'un qui meurt, c'est le risque maximum (...) une entorse ça se soigne, ça se rééduque et en trois semaines c'est réglé, donc c'est dans la gravité des évènements. Et dans la gravité des évènements il n'y en a qu'un seul qui est ultime, c'est la mort. »* (médecin, G)

Quatre critères étaient essentiellement cités par des managers : la fréquence perçue des risques (n = 13), la difficulté à maîtriser les risques (n = 12), la responsabilité professionnelle (n = 9) et la gravité (n = 6). **Les soignants mobilisaient essentiellement la gravité des conséquences** pour justifier un risque prioritaire (n = 6). Un IDE expliquait : *« sur des patients, si on se trompe de thérapeutique, ça peut être grave, ça peut être fatal. Donc, c'est ce qui prime, je trouve vraiment. »* (IDE, A)

Tableau 8 – Critères de hiérarchisation mobilisés par les 42 professionnels pour apprécier la priorité à accorder à un risque.

Critères de hiérarchisation	n
La fréquence	<u>17</u>
La difficulté à maîtriser le risque	<u>15</u>
La responsabilité professionnelle	<u>13</u>
La gravité (pour patients, entourage, professionnels)	<u>12</u>
L'actualité (événement, survenue d'un EI)	4
La banalisation de l'acte	3
L'évitabilité	2
L'existence d'une marge d'amélioration	2
Une injonction réglementaire	2
Le système de signalement des EI	1
La cartographie des risques	1
L'acceptabilité	1
Tout le monde est potentiellement un patient	1
La pression de la société civile (médias et usagers)	1

L'injonction réglementaire et la pression sociale étaient mentionnées par 3 directeurs qualité. A propos du risque lié à la prise en charge médicamenteuse, l'un d'entre eux disait : « Il y a également la pression des autorités sur ce point. Nous avons une double contrainte : entre la certification qui est extrêmement sévère sur ce critère là et l'ARS avec tout ce qui est OMEDIT, etc. Donc sur cette thématique, il y a beaucoup de travail. » (directeur qualité, E)

A RETENIR

- Les risques prioritaires pour les professionnels étaient ceux **pour les patients, surtout les risques associés aux soins.**
- Les professionnels dans les établissements de santé mentale accordaient aussi une attention particulière aux risques physiques pour les patients (violence du patient envers lui-même, violence des patients entre eux).
- Les risques pour les professionnels étaient surtout une priorité pour les managers et les professionnels exerçant en santé mentale.
- Pour les managers, la hiérarchisation des risques était essentiellement basée sur 4 critères : **la fréquence des risques, la difficulté à les maîtriser, la responsabilité professionnelle et la gravité des conséquences.**

- Trois directeurs qualité citaient également l'injonction réglementaire et la pression sociale.
- **La gravité des conséquences** était le critère le plus régulièrement mobilisé par les **soignants** pour prioriser les risques.

La perception du niveau de sécurité

Une perception globalement positive

Lors des entretiens individuels, 47 professionnels se sont exprimés sur le niveau de sécurité dans leur établissement. **Plus des deux tiers (70 %) en avaient une perception positive ; 23** le jugeaient « bon » et 10 « très bon » (Figure 7).

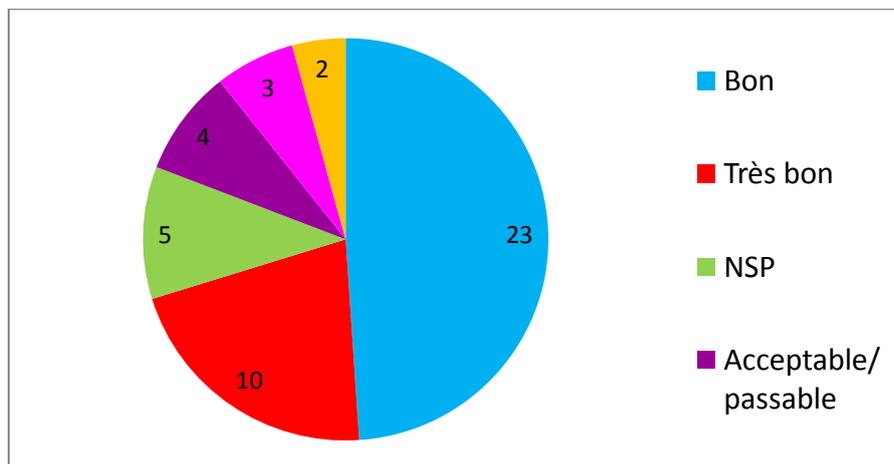


Figure 7 - Niveau de sécurité perçue dans leur établissement de santé par 47 participants aux entretiens. NSP : ne sais pas

Dix critères étaient cités par 41 répondants en faveur d'un bon niveau de sécurité (Tableau 9). **Trois points forts principaux** étaient mobilisés par les professionnels pour argumenter ce point de vue : **l'existence d'une culture de sécurité des professionnels, des ressources suffisantes et l'existence d'une démarche institutionnelle d'amélioration continue de la sécurité.**

Tableau 9 - Les points forts identifiés en matière de sécurité au niveau des établissements par 41 professionnels

Points forts	n
Existence d'une culture de sécurité professionnelle	<u>19</u>
Ressources suffisantes	<u>18</u>
Existence d'une démarche institutionnelle d'amélioration	<u>13</u>
Bonne gestion des EI (signalement, analyse, etc.)	10
Des améliorations notables	8
Existence de barrières de GDR	7
Management	6
Travail d'équipe	6
Sentiment de sécurité	4
Existence de protocoles et règles	3

Près de la moitié (46 %) des professionnels pensait que le bon niveau de sécurité des établissements était lié à **l'existence d'une culture professionnelle** favorable à la sécurité. Plus précisément, quinze d'entre eux donnaient comme argument des **pratiques professionnelles respectueuses des règles de bonnes pratiques** (n = 15), comme le soulignait un soignant : « *Au niveau des pratiques professionnelles, je pense qu'il y a de très bonnes pratiques professionnelles, en général dans l'établissement.* » (AS, B) Ils évoquaient aussi le fait que dans leur établissement les **personnels étaient compétents et formés** (n = 9) pour garantir la sécurité des soins. Le directeur qualité d'un hôpital expliquait ainsi que les compétences des personnels de l'établissement acquises au cours d'une campagne de formation interne avait permis d'éviter la survenue d'un évènement indésirable : « *Au niveau de la conduite tant des agents de sécurité mais surtout des agents de terrain, que ce soient personnels infirmiers ou autres, il y a eu des très bonnes réactions et conduites qui fait qu'on a eu d'abord aucun blessé, ce qui était quand même primordial, des dégâts matériels importants mais que les pompiers n'ont pas été amenés à intervenir.* » (directeur qualité, F) D'autres professionnels (n = 18) argumentaient par le fait qu'ils **disposaient de moyens satisfaisants** pour assurer la sécurité. Plus de la moitié des professionnels mobilisant cet argument appartenaient au **secteur privé**. Ils citaient notamment des ressources humaines satisfaisantes. L'extrait d'entretien avec un top manager illustre cela : « *Si on fait des soins,*

c'est qu'on a mis sur pied une chaîne qui permet de faire le soin dans de bonnes conditions de qualité, de sécurité, de résultat, que ce soit moyens humains, techniques. » (PDG, D).

Enfin, ce niveau de sécurité était souvent justifié par l'existence d'une **démarche institutionnelle d'amélioration de la sécurité** (n = 13). Un président de CME expliquait à propos de son établissement : *« il y a une dynamique. J'espère qu'elle sera constante et pérenne, ça fait plusieurs années qu'elle est en place (...) on fait des évaluations des pratiques professionnelles (...) par exemple on a fait des EPP sur l'antibioprophylaxie, le bloc opératoire, la douleur, l'intubation difficile qui est quand même un sujet sécuritaire de haute importance, sur l'hygiène (...) beaucoup de choses sur la prévention des escarres. Beaucoup de choses faites dans tous les secteurs confondus. »*

L'existence de règles et de protocoles était perçue comme un point fort par seulement 3 professionnels.

Cependant, **quatre points d'amélioration étaient régulièrement identifiés** par les professionnels : **une culture professionnelle encore à développer**, une efficacité **limitée des barrières de gestion des risques**, **des ressources humaines insuffisantes** et **un travail d'équipe insatisfaisant**.

Pour 9 professionnels, la **culture professionnelle était délétère** pour la sécurité de la prise en charge proposée dans leur établissement. Ils évoquaient notamment le fait que les professionnels, notamment les médecins, devaient encore s'améliorer sur le **respect des bonnes pratiques**. Un manager de proximité disait à ce propos : *« Il y a toujours des électrons libres qui sont toujours difficiles à juguler dans ce contexte privé, en particulier avec les médecins. L'établissement a un certain regard sur nos pratiques avec, à mon sens, pas assez de pressions parfois et parfois ça nous arrange aussi. Mais du coup, il y a des gens qui ont de mauvaises pratiques et contre qui personne ne peut quoi que ce soit. »* (médecin référent, D)

Huit répondants (dont 5 appartenant au secteur public) expliquaient que **si des barrières de gestion des risques étaient en place dans leurs organisations, celles-ci n'étaient pas sans failles** et ne permettaient pas de garantir un risque zéro d'événement indésirable.

Six professionnels (dont 4 managers) appartenant au secteur public percevaient également des **ressources humaines insuffisantes**. Les propos d'un manager intermédiaire illustraient

cela : « *Quand on laisse une équipe où il y a des gens qui ne travaillent qu'à deux, on se sent plus en difficulté ou pas bons dans ce domaine-là.* » (cadre de pôle, F)

Un quatrième point d'amélioration était cité par 6 professionnels (3 managers et 3 soignants) et concernait le **travail d'équipe**. Le **manque de communication** entre professionnels était notamment perçu par 4 d'entre eux (2 managers et 2 soignants). Un IDE expliquait à propos d'un chirurgien qui avait pris en charge un patient : « *il est parti en vacances, (...) donc du coup y en a un qui a pris le relai, et donc y a des infos qui sont passées, il se trouve que ce patient n'avait pas eu son scanner, du coup le chirurgien [remplaçant] s'en est aperçu. On lui a fait son scanner mais il [le chirurgien] était très mécontent. Mais, il l'a pas fait savoir à son collègue alors qu'il aurait dû lorsqu'il est revenu de vacances aller lui parler : « bon ça, ça allait pas, y a un souci » et puis réajuster.* » (IDE, A)

Cinq autres points d'amélioration concernant la sécurité de leur établissement étaient évoqués par quelques professionnels. Quatre d'entre eux rendaient compte d'une **démarche d'amélioration de la sécurité insuffisamment développée ou en perte de vitesse**. Le directeur qualité d'une clinique associait ce phénomène **au manque de reconnaissance du travail soignant par l'encadrement** ayant pour conséquence le désinvestissement des professionnels.

Un top manager de l'hôpital F expliquait que **le type de patients pris en charge était une source d'insécurité** dans sa structure. De plus, il rendait compte de la **fréquence des événements indésirables** ou encore des **évolutions architecturales propices à l'insécurité**. En matière de gestion des événements indésirables, un autre professionnel de l'établissement A évoquait les plaintes des patients.

Le niveau de sécurité dans le service : une perception globalement positive

Treize professionnels de 2 cliniques et 2 hôpitaux se sont exprimés sur le niveau de sécurité perçu de leur service de soins. **Plus de la moitié le percevaient comme « bon »** (n = 8) (Figure 8).

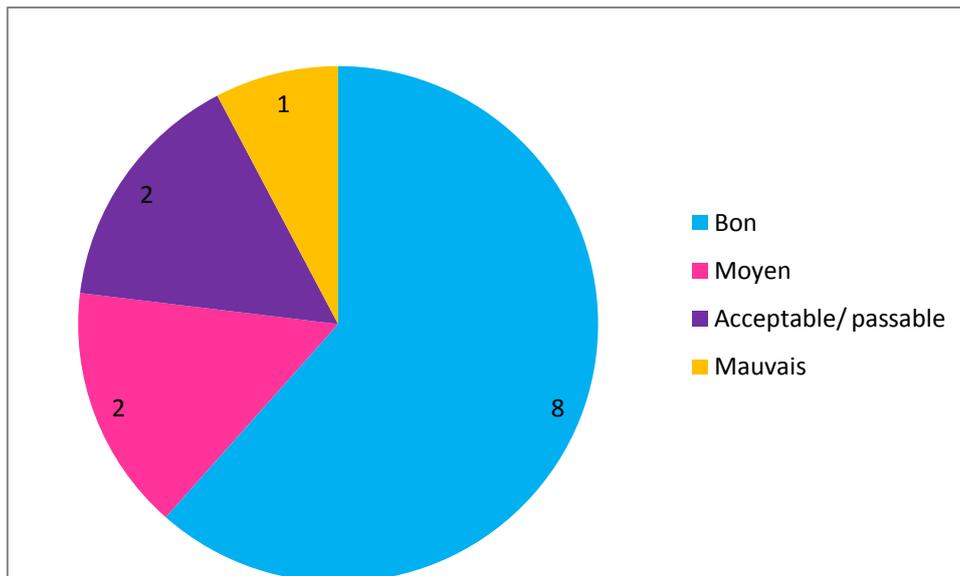


Figure 8 – Le niveau de sécurité perçue dans le service par 13 professionnels.

Cette perception positive était justifiée par 11 répondants par **l’identification de 12 points forts**.

La culture de sécurité des professionnels, l’engagement du management, et des ressources matérielles satisfaisantes étaient les **3 arguments les plus souvent cités** pour justifier cette perception (tableau 10).

L’existence d’une **culture de sécurité des professionnels de l’unité** était l’argument le plus fréquent (n = 6). En effet, le **respect des règles de bonnes pratiques** était évoqué par 4 professionnels. De plus, 3 répondants rendaient compte de la **compétence des personnels** favorable à la sécurité des soins. Un soignant expliquait ainsi : *« nous sommes dans de bonnes pratiques. Nous sommes dans un bon service et les médecins sont conscients qu’ils sont dans un service où ils travaillent bien. »* (AS, E). **L’engagement du management** était le deuxième argument le plus fréquent. Quatre professionnels du secteur public évoquaient le **rôle des managers de proximité** et notamment du cadre de santé. La disponibilité de ce dernier, son investissement pour recueillir les difficultés étaient par exemple rapportés. Des **ressources suffisantes** étaient également mobilisées pour justifier cette perception positive du niveau de sécurité par 4 professionnels. Ils évoquaient plus particulièrement la disponibilité des **ressources matérielles** (n = 2). Un soignant disait à propos des moyens de protection mis à la disposition des personnels : *« Par rapport aux émanations de produits*

chimiques (...) on est équipé de masques spéciaux. Si on parle de matériel, oui, tout est fait dans les règles. » (AS, C)

Tableau 10 - Les points forts identifiés en matière de sécurité au niveau des services de soins par 11 professionnels.

Points forts	n
Une culture de sécurité professionnelle	6
L'engagement du management	4
Des ressources suffisantes	4
Des améliorations notables	2
Le travail d'équipe	2
Des locaux sécurisés	1
Une bonne gestion des EI	1
L'expérience personnelle des soins dispensés	1
Une culture institutionnelle d'amélioration	1
Le sentiment de sécurité	1
L'existence de règles et protocoles	1
L'existence de barrières de GDR	1

Cinq autres répondants jugeaient le niveau de sécurité de leur unité de manière plus **mitigée** : 4 le percevaient comme moyen ou acceptable et 1 professionnel le qualifiait de mauvais. Ces points de vue étaient notamment argumentés par l'identification de points d'amélioration. **Des ressources insuffisantes, le manque de travail d'équipe et une architecture source d'insécurité** étaient les trois principaux arguments cités, essentiellement par les professionnels d'une clinique (C) et d'un hôpital (E).

Des améliorations étaient identifiées en **matière de ressources** par 5 professionnels (2 cadres de santé et 3 soignants) de ces deux établissements. Trois d'entre eux évoquaient des **ressources humaines insuffisantes** pour assurer la sécurité des soins et 2 professionnels de l'hôpital rendaient compte de difficultés rencontrées en lien avec les ressources matérielles. L'extrait d'entretien suivant illustre cela : *« Il faudrait que quelqu'un soit à mon sens détaché pour tout ce qui est logistique, et commande pharmaceutique, parce que quand vous avez 24 salles, il faut que ça tourne derrière. Et le problème, c'est que [ici c'] est une petite unité, et tout le monde fait un petit peu quelque chose... C'est bien, c'est familial, mais parfois à un moment donné, et [la cadre] le sait, parce qu'on n'en parle assez souvent, il faudrait sortir régulièrement quelqu'un qui soit presque tout le temps affecté à cette tâche. »* (IDE, C).

Le travail en équipe était jugé insatisfaisant par 4 professionnels. Plus précisément, 2 répondants citaient **le manque de communication** entre professionnels et 1 évoquait **le manque de coordination**. Enfin, un soignant expliquait l'insécurité des soins liée au **manque de respect du travail** réalisé par l'interruption permanente de celui-ci. Il disait à ce propos : *« Lorsque je fais quelque chose, il y a toujours quelqu'un qui me dérange. Et justement, j'ai sorti une enquête parue là-dessus qui dit que 95 % des fois où l'infirmière est dérangée, c'est injustifié (...) Hier, alors que je piquais sur sa chambre implantable un patient anglais ne parlant pas français et que je lui expliquais de bloquer sa respiration au moment où j'allais piquer, quelqu'un est entré dans la chambre à l'instant où je piquais, ce qui l'a perturbé et il n'a pu retenir sa respiration. Nous en avons ri, mais le soin n'a pas été bien réalisé. Oui, j'avais pourtant mis ma présence [signal lumineux à la porte de la chambre permettant au professionnel d'indiquer la réalisation d'un soin en cours], ce qui indique que je ne dois pas être dérangée. Il s'agissait de l'interne qui voulait simplement me remettre des ordonnances, mais cela pouvait attendre. Nous sommes souvent dérangés ce qui n'est pas optimal pour l'attention, la surveillance. »* (IDE, E)

A RETENIR

- **Plus des deux tiers des professionnels (70 %) avaient une perception positive du niveau de sécurité dans leur établissement** : 23 le jugeaient « bon » et 10 « très bon ».
- **Plus de la moitié des professionnels (8 sur 13) s'exprimant sur le niveau de sécurité dans leur service de soins le jugeaient « bon ».**
- Bien que citée régulièrement pour justifier le bon niveau de sécurité au niveau de l'établissement comme du service de soins, **la culture de sécurité des professionnels** (respect des règles de bonnes pratiques, compétences des professionnels, etc.) restait à développer à ces deux niveaux selon les répondants.
- **L'engagement du management de proximité** était un des 3 arguments les plus régulièrement cités pour justifier le point de vue positif au niveau du service.
- **Le manque de travail d'équipe** était mis en évidence au niveau établissement et au niveau du service de soins.

- **Au niveau établissement**, on notait la satisfaction des professionnels du secteur privé sur les ressources humaines et matérielles alors que ceux du secteur public jugeaient insuffisants les moyens humains mis à disposition.
- Les ressources matérielles étaient perçues comme satisfaisantes **au niveau du service** alors que les ressources humaines étaient jugées insatisfaisantes à ce niveau.

e. Les activités des managers en matière de sécurité

Les activités déclarées par les soignants et les managers

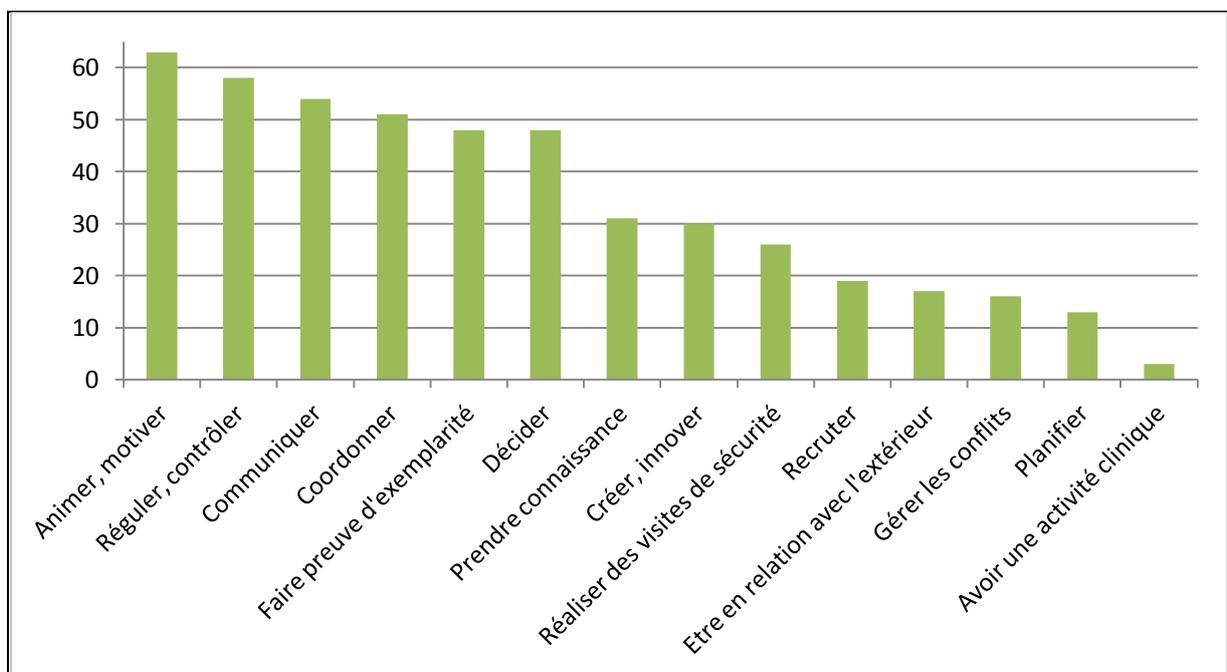


Figure 9 - Fréquence de chaque activité attribuée aux managers par l'ensemble des répondants (n = 65).

A partir des représentations du rôle des managers par les professionnels interviewés et des différentes activités qui en découlent, ces dernières ont été analysées/catégorisées en s'appuyant sur la liste de Luthans [26].

Six activités étaient attribuées aux managers par **plus des deux tiers des répondants** : **animer, motiver ; réguler, contrôler ; communiquer ; coordonner ; faire preuve d'exemplarité ; décider** (Figure 9).

- L'activité d'**animer, motiver** était attribuée aux managers par 63 professionnels. Elle se manifestait essentiellement par **favoriser l'expression** (n = 52), notamment par la *prise en compte des difficultés, des suggestions des personnels* (n = 51). Inciter l'expression des personnels était facilitée par l'organisation de réunions (n = 12). Motiver les professionnels à s'engager dans une démarche d'amélioration de la sécurité consistait aussi pour les managers à encourager **l'implication des personnels** dans une démarche de gestion des risques. Ils les faisaient participer à des projets et des groupes de travail relatifs à la sécurité (n = 27), les incitaient à se former (n = 26). La **valorisation du respect des règles** (n = 33) était également citée. Elle prenait la forme d'une *valorisation le plus souvent orale du respect individuel* des règles de bonnes pratiques. Les managers pouvaient être également amenés à signifier leur *reconnaissance aux équipes lors de réussite collective* (n = 17).
- **L'activité de régulation et contrôle** était citée par 58 professionnels. Elle se déclinait en deux actions principales : contrôler les pratiques professionnelles et l'organisation des soins et rappeler les règles de bonnes pratiques. La première de ces deux activités consistait plus précisément à évaluer les pratiques et compétences professionnelles (n = 40) et vérifier **l'organisation des soins** (n = 31) dans un objectif d'amélioration. Cet extrait d'entretien avec un CGDR illustre cela : « (...) *Je l'ai fait avec le médicament : on allait voir les bonnes pratiques avec la pharmacienne. On allait regarder si par rapport aux actions que j'avais préconisées, si ça avait été mis en place.* » (CGDR, B). A propos de la vérification de l'organisation effectuée, un top manager citait : « *je regarde que les portes coupe-feu ne soient pas bloquées, que les escaliers soient dégagés, que les placards ne soient pas remplis de choses inflammables. Donc, ça c'est très, très important.* » (directeur, G). L'activité de régulation et de contrôle consistait en une seconde action : **rappeler les règles de bonnes pratiques et les missions professionnelles** (n = 43). Le président de la CME d'un hôpital rendait ainsi compte de son rôle : « *quand je connais bien les*

recommandations, je ne me prive pas de faire des rappels. Ça, je le fais régulièrement, c'est-à-dire que je passe un coup de fil si je vois que quelque chose... ou un dossier n'a pas été bien tenu, etc. Je passe un coup de fil et j'essaie gentiment de dire : « oui mais la recommandation c'est que quand même on fait ça et ça, et ça et ça n'a pas été marqué ». Bon voilà. Je fais un rappel. » (président de CME, A)

Les professionnels évoquaient avec une moindre fréquence cette activité aussi à travers les actions de sécurisation lors de l'intégration des nouveaux professionnels (n = 12), de modification de l'organisation en temps réel (n = 9) (par exemple : la modification des effectifs en personnel), de la gestion des lits), d'adaptation ou de tolérance des adaptations des règles (n = 8), de maîtrise de l'image de l'établissement vis-à-vis de l'extérieur (n = 3). Enfin, un directeur d'établissement expliquait que son rôle était aussi de réguler les injonctions des tutelles : « (...) *Ils ne sont pas encore dans la culture de la prévention, ils sont surtout dans la culture de la sanction. Moi, je sers de paratonnerre pour les équipes.* » (directeur, F)

La sanction des déviances professionnelles était évoquée par 4 tops managers (directeurs et DSI) et 2 managers de proximité (chef de service et cadre de santé). Un directeur expliquait : « *c'est au directeur d'établissement de se positionner en cas de manquement (...). C'est au directeur de savoir quelle suite donner à ça (...) ça peut être qualifié de faute grave pour un salarié et s'en séparer aussi. Ces décisions ne sont pas forcément faciles à prendre, mais c'est toute la collectivité qui en dépend.* » (directeur, D). Les managers expliquaient que ce mode de régulation était adopté dans deux situations : la répétition d'un acte ou son caractère délibéré.

- Selon 54 professionnels, les managers étaient amenés à **communiquer les informations** permettant de sécuriser la prise en charge des patients. Plus précisément, ils **expliquaient, diffusaient les informations et outils auprès des professionnels** (n = 46), **réalisaient des retours concernant les résultats d'évaluation** (n = 14). Les managers étaient aussi amenés à faire **remonter l'information auprès de la direction** (n = 19).

Cette activité était déclarée par la majorité des professionnels sollicités dans chacun des établissements (plus de 70 %), excepté dans la clinique privée de psychiatrie (G) où ils étaient moins de la moitié à l'évoquer. En effet, 44% des professionnels

sollicités dans cet établissement en parlaient ; des managers s'attribuant cette action.

- L'activité de **coordination** était attribuée aux managers par 51 professionnels. Cette activité était plus souvent retenue par les professionnels appartenant au secteur public (établissements A, E et F) où ils étaient au moins 80 % par établissement à citer cette activité. Selon 38 (75 %) des 51 professionnels, coordonner consistait surtout pour les managers à **collaborer entre eux** (Tableau 11).

Tableau 11 - Les différentes activités de coordination des managers selon les professionnels (n = 51).

Types de coordination	Nombre de répondants
Collaborer avec les autres managers	<u>38</u>
Collaborer avec les professionnels dans les services	<u>26</u>
Collaborer avec les structures de GDR	18
Collaborer avec les autres services (pharmacie, facturière)	12
Favoriser la collaboration entre services	11
Coordonner la mise en place du pilotage de la GDR	8
Assurer le secrétariat d'instances	5
Assurer l'intermédiaire entre soignants et top managers	4
Favoriser la coordination dans les services	2
Collaborer avec le secrétariat de direction	2
Coordonner les instances	2
Favoriser la coordination entre professionnels et patients	1
Coordonner les professionnels et partenaires	1
Collaborer avec les syndicats	1

La coordination entre managers se faisait **principalement de deux manières : entre tops managers, et entre top managers et managers de proximité** (Figure 10). Les

managers intermédiaires (présents dans 3 établissements) se coordonnaient essentiellement avec les tops managers.

Vingt six professionnels (51 %) évoquaient aussi une **collaboration des managers avec les professionnels soignants**, notamment avec les médecins. L'un d'eux disait à ce propos : « *Tous les jeudis, on a une réunion d'une heure entre médecins et administratifs, et donc là c'est un temps d'articulation entre les médecins, le directeur et les administratifs. Et là, il y a un tas de trucs qui sont évoqués, qui avancent et on prend des décisions, c'est comme une mini CME tous les jeudis et ça c'est énorme.* » (médecin, G)

Le plus souvent, la coordination était perçue comme relativement directe entre le top management et le terrain, que ce soit auprès des managers de proximité ou des professionnels soignants.

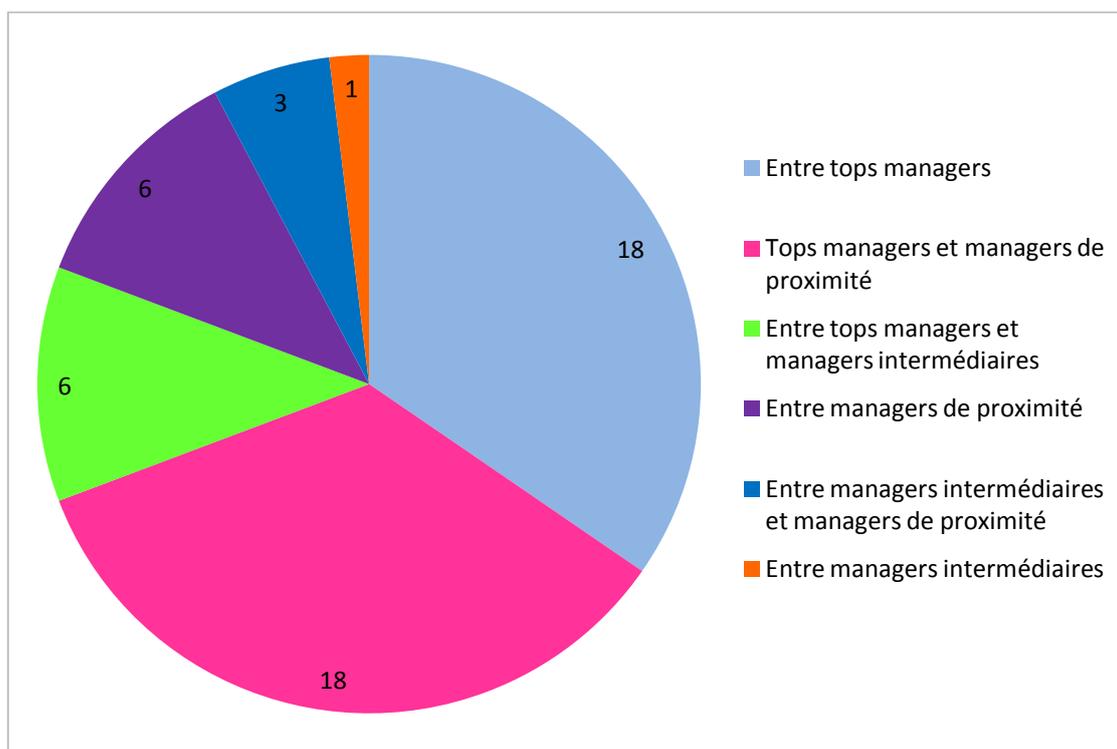


Figure 10 – Répartition des réponses des professionnels selon la collaboration entre les différents types de managers (n = 51).

- **L'exemplarité** des managers était évoquée par 48 professionnels. Elle se déclinait en 9 actions (Tableau 12) dont 3 étaient plus souvent citées. Leurs participations **aux instances et groupes de travail institutionnels** étaient l'activité la plus

régulièrement citée (n = 46). **Assurer une suppléance ou une garde** était évoqué par 11 répondants. L'extrait d'entretien avec un cadre de santé illustre cela : « *actuellement, (...) je remplace la secrétaire médicale à partir de 16h30 (...). À l'occasion, je remplace les infirmières quand il en manque. Il peut m'arriver, (...) de remplacer une aide-soignante.* » (cadre de santé, G). Enfin, l'exemplarité des managers consistait pour 6 d'entre eux à **appliquer les règles de sécurité**. Un manager intermédiaire expliquait à ce sujet : « (...) *c'est un peu à moi de montrer un peu l'exemple. La collégialité, tous ces projets, RMM, la rigueur, le sérieux, c'est quand même le chef de pôle qui doit le montrer. On doit regarder tout ce que l'on nous dit, même si ça peut heurter. L'exemple typique qui nous a bien embêtés, c'est le lavage des gens au bloc opératoire. Nous, on le faisait au service. Avant de descendre au bloc : on les rasait, on les préparait. Ce qui était beaucoup plus pratique pour nous en termes de temps. On nous a démontré que ce n'est pas comme ça qu'il fallait faire, qu'il fallait le faire juste avant l'opération. (...) (...) cela ne nous a pas fait sourire parce que l'on perd du temps. (...) mais on l'a accepté. Moi c'est toujours : « c'est mieux ? Alors on fait comme ça, on fait confiance et tout le monde doit faire pareil. »* (chef de pôle, A)

Cette activité était particulièrement évoquée par les cadres de santé (n = 4).

Tableau 12 - Fréquence des actions relatives à l'exemplarité des managers déclarées par 48 professionnels.

Actions	Nombre de répondants
Participer aux instances et groupes de travail institutionnels en lien avec la sécurité	<u>46</u>
Assurer une suppléance, garde	<u>11</u>
Appliquer les règles de sécurité	<u>6</u>
Remettre en cause ses pratiques	1
Se rendre disponible	1
Assurer une fonction en lien avec la sécurité (correspondant, référent)	1
Intervenir sur son temps de repos	1
Participer aux projets	1
Garantir le maintien des budgets en sécurité	1

- L'activité de **décider** était évoquée par 48 professionnels. La majorité d'entre eux était des managers ; 6 soignants citaient aussi ce rôle managérial. Elle prenait la forme d'une **définition des valeurs et objectifs** pour l'établissement (n = 43). Elle consistait aussi pour 21 professionnels à **arbitrer et valider une pluralité de décisions prises de manière indépendante par les différents managers**. Ainsi, il était attribué au manager un rôle de chef d'orchestre comme le signifiait ce top manager : *« Il y a une complexité, de temps en temps. Il m'arrive assez fréquemment d'arbitrer entre les impératifs sécuritaires des différentes catégories professionnelles. Et c'est souvent le cas avec les techniques [« les administratifs »]. Pour l'organisation des soins et l'organisation sécuritaire des soins, il faudrait faire ça, il y a une norme technique qui s'y oppose : qu'est-ce qu'on fait ? Et là, les techniques ont du mal à avoir cette vision globale de la sécurité. »* (directeur, E)

Enfin, 14 répondants attribuaient aux managers **l'allocation des ressources** : définition des effectifs en personnels, décision d'achats de dispositifs de soins, gestion des budgets.

De manière générale, les directeurs décidaient au niveau de l'établissement par exemple des procédures institutionnelles et stratégies politiques à développer. Les directeurs d'une clinique (D) et d'un hôpital (E), insistaient sur le fait que leurs rôles étaient indissociables de celui d'un « groupe » de direction (comité, cellule, etc.). Mobilisant un discours faisant une place importante à un top management participatif, ils insistaient sur la collégialité de la prise de décision avec les directeurs adjoints. Leur rôle était essentiellement celui d'arbitrer les décisions à prendre. Prenant l'exemple de l'élaboration de la politique de GDR, l'un d'eux expliquait : *« Le directeur d'établissement n'a pas comme rôle de définir précisément quelle est la politique qualité gestion des risques, tel le choix d'y aller ou de ne pas y aller, mais ce n'est pas à lui selon moi de décrire tout en détail, sinon il faudrait être spécialiste en gestion des risques, en ressources humaines, en finances, en médecine, en biomédical, en achats, ce n'est pas possible. J'estime que la vie d'un établissement, surtout comme celui-ci, il faut qu'il y ait un comité de direction. Avec un tel comité de direction, les principaux cadres supérieurs de l'établissement, et c'est à eux aussi de porter cela. Après, soit au niveau collégial, soit*

juste le directeur d'établissement, on décide si on y va ou pas, si on pousse ou pas, si on temporise ou si on accélère... » (directeur, D)

Ce discours était représentatif de celui des autres directeurs, bien que ces derniers l'exprimaient de manière moins explicite.

Les DSI, les directeurs qualité et les présidents de la CME intervenaient au niveau institutionnel. Ils décidaient également de l'organisation et du fonctionnement opérationnel en faisant des cadres de santé les acteurs majeurs du déploiement des règles définies. Un DSI évoquait ainsi : *« j'ai demandé à chaque cadre, et on est en train de faire les contrôles au fur et à mesure, de réserver un tableau d'affichage spécifique qualité/sécurité des soins. Donc dans chaque secteur de soins, il y a un tableau spécifique sur lequel on a un suivi d'indicateurs, toutes sortes d'évaluations sur la qualité et la sécurité des soins. » (DSI, D)*

Se positionnant le plus souvent en interface, ces tops managers s'assuraient également de la faisabilité de la mise en œuvre des règles institutionnelles sur le terrain.

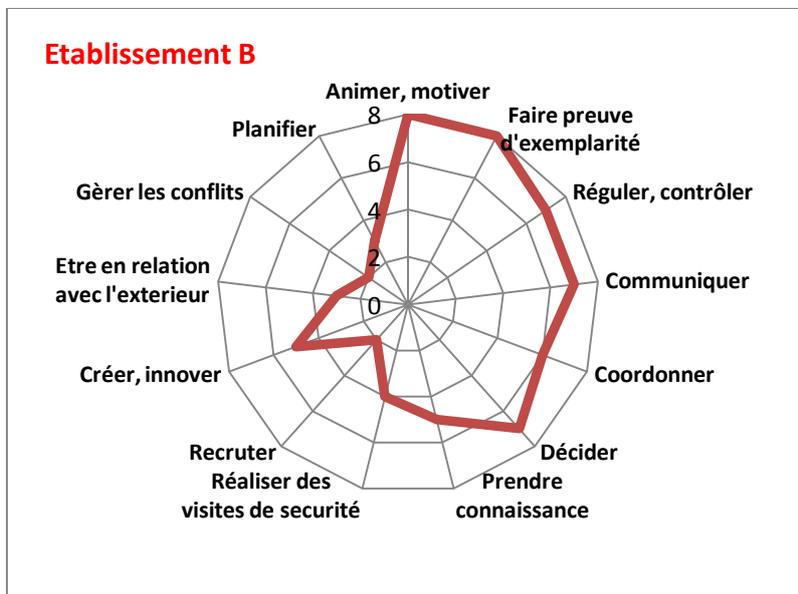
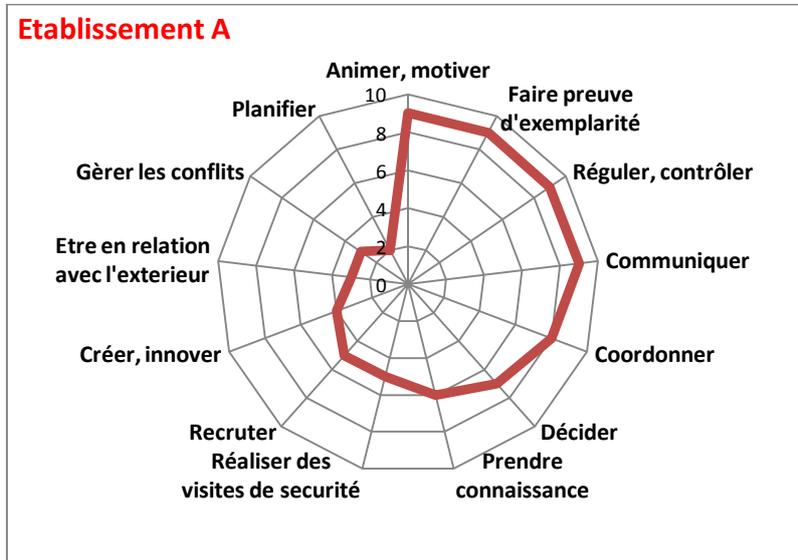
Les chefs de pôles, cadres de pôle et managers de proximité décidaient de l'organisation dans les pôles et les services de soins (exemple : procédure à adopter lors d'une tentative de suicide).

Huit autres activités attribuées aux managers étaient mentionnées par moins de la moitié des professionnels : prendre connaissance de l'activité soignante et de la satisfaction des patients, créer-innover, réaliser des visites de sécurité, recruter, être en relation avec l'extérieur, gérer les conflits par exemple entre personnels, planifier la gestion des lits et les ressources humaines. Enfin, un président de CME, un chef de pôle et un cadre de santé rendaient compte de leur activité soignante.

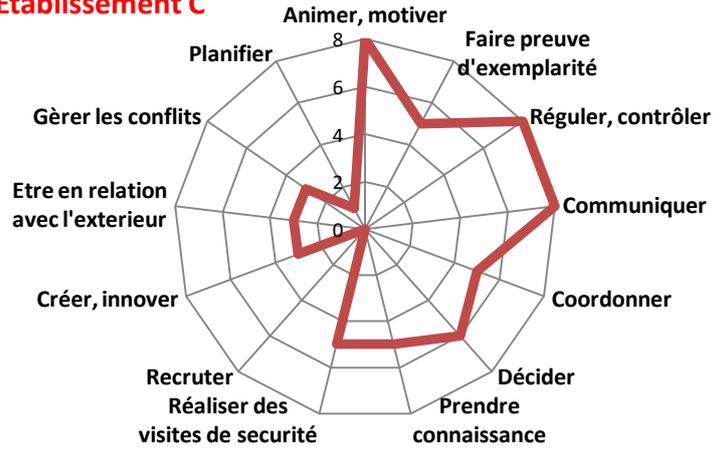
Les activités attribuées aux managers pour chaque établissement étaient relativement identiques (Figure 11).

Seul l'établissement G se démarquait un peu des autres. L'exemplarité, la communication, et la prise de décisions y étaient moins souvent citées que dans les 6 autres structures.

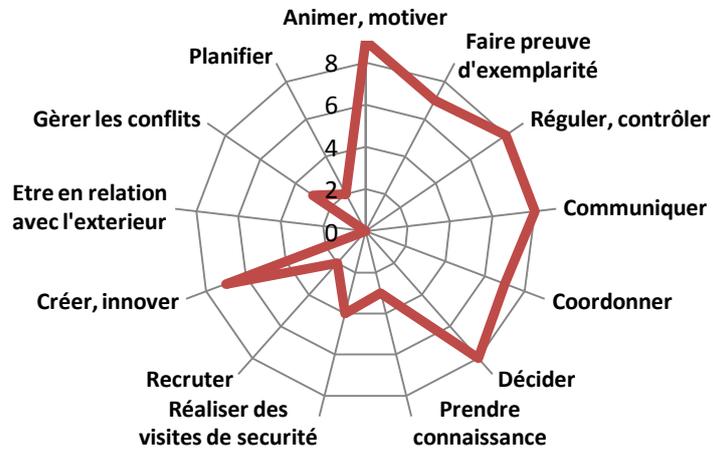
L'activité de créer-innover était plus régulièrement attribuée aux managers du secteur privé (établissements B, C, D). Elle l'était aussi dans l'établissement public de santé mentale (établissement F).



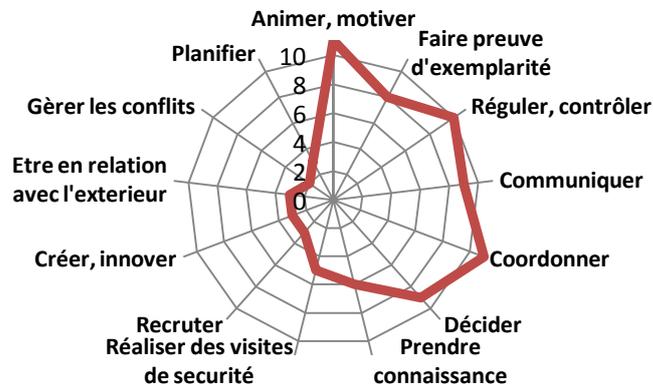
Etablissement C



Etablissement D



Etablissement E



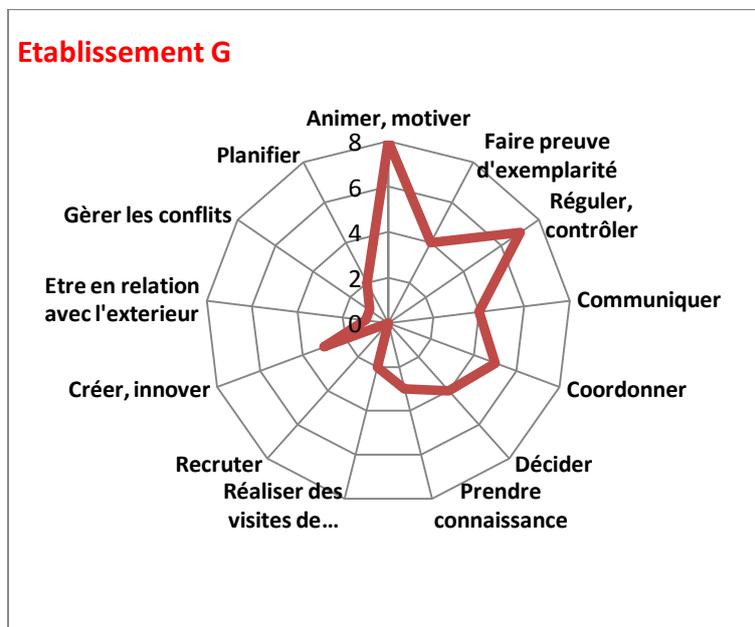
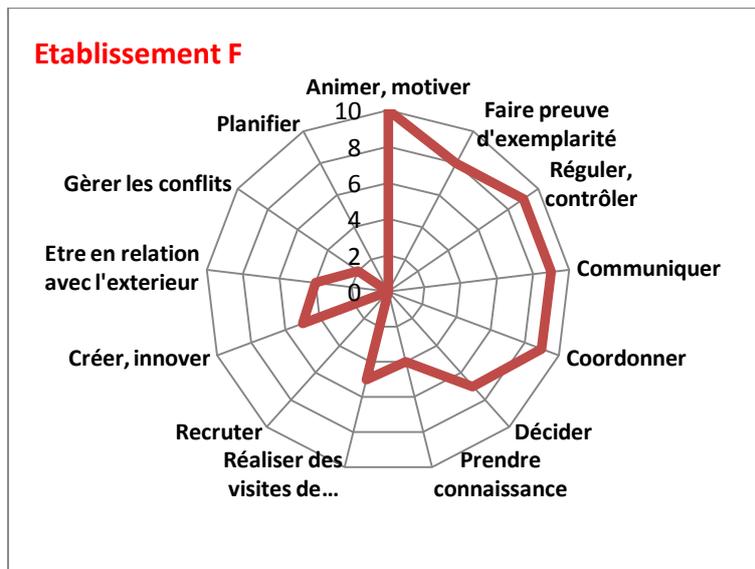


Figure 11 – Fréquence des activités déclarées dans chaque établissement.

Chaque axe du diagramme en radar représente le nombre de professionnels ayant évoqué chaque activité dans chacun des établissements.

A RETENIR

- **Six activités** principales étaient attribuées aux managers : **animer, motiver ; réguler-contrôler ; communiquer ; coordonner ; faire preuve d'exemplarité ; décider.**
- **La fréquence de ces activités déclarées variait peu entre établissements.**

Les activités observées des managers en lien avec la sécurité

Les pratiques de 14 managers (2 par établissement) ont été observées. Cet échantillon comprenait 7 tops managers, 6 managers de proximité et 1 manager intermédiaire.

Cinq des 7 établissements avaient retenu d'observer les pratiques managériales de leur DSI et d'un cadre de santé. **Dans les 2 autres structures**, l'observation a été réalisée auprès du directeur et d'un chef de pôle (E), et auprès du directeur et d'un cadre de santé (G).

Huit activités principales étaient observées auprès des managers (au moins la moitié d'entre eux les réalisait) : réguler-contrôler ; coordonner ; animer-motiver ; communiquer ; faire preuve d'exemplarité ; décider ; prendre connaissance ; planifier (Figure 12).

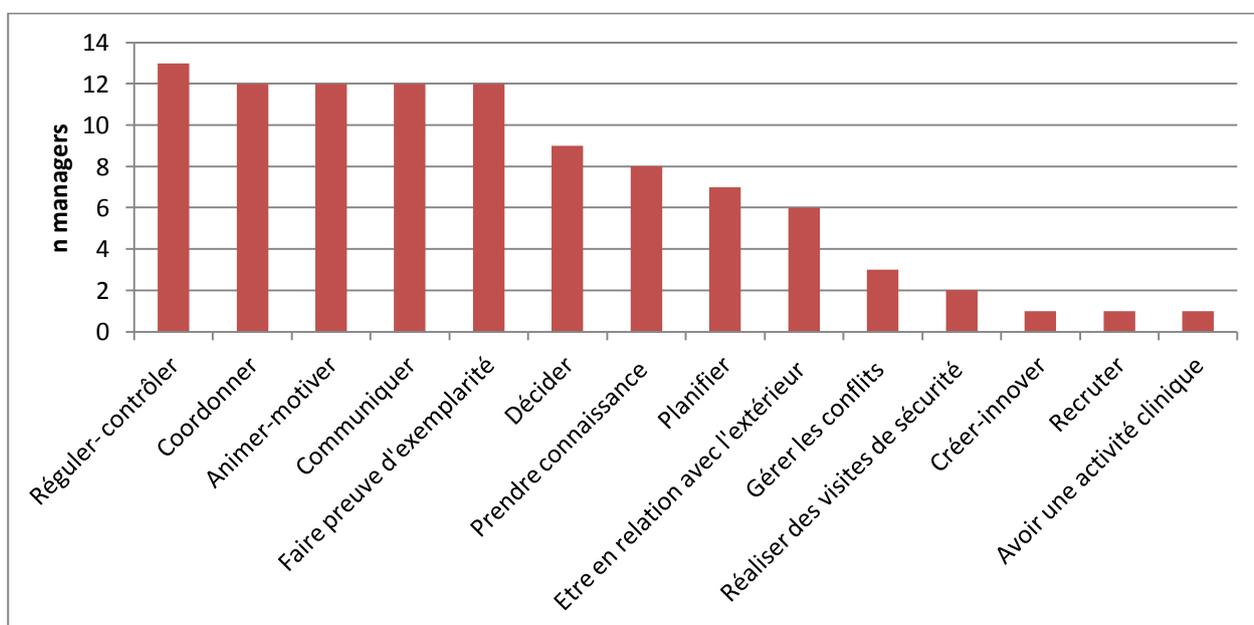


Figure 12 - Fréquence de chaque type d'activité observée auprès de 14 managers.

Le tableau 13 présente la répartition de chacune des activités observées selon le type de manager.

- **L'activité de régulation et de contrôle** était l'activité la plus fréquemment observée chez les managers (n = 13). Elle était également une des six activités les plus régulièrement attribuées à l'encadrement. Elle consistait essentiellement (n = 11) à **rappeler les bonnes pratiques et les missions des professionnels**. Sept tops managers (directeurs et DSI) étaient concernés. Le DSI (A) menait cette activité lors d'une réunion avec les cadres de santé de son établissement. Il sensibilisait ces derniers sur la procédure de prise en charge médicamenteuse et d'identification des patients par les personnels infirmiers. L'activité de

régulation consistait aussi pour 8 managers, **notamment les cadres de santé (n = 6) à évaluer et contrôler les pratiques professionnelles et vérifier l'organisation**. Le cadre de santé d'une clinique (D) a été ainsi observé interpellant des brancardiers dans le service qui montaient une patiente et demandant s'ils étaient passés par l'accueil. Ce n'était pas le cas, il les a invités à le faire. Seul, le chef de pôle sollicité n'a pas été observé réalisant cette activité au cours de l'étude.

- Les actions relatives à la **coordination** étaient constatées auprès de 12 managers. Elles consistaient le plus souvent à **favoriser la coordination entre les services** (n = 9). Dans une clinique (C), le cadre de santé était par exemple observé en train d'ajuster le planning des interventions des chirurgiens et des anesthésistes avec les professionnels du bloc opératoire utilisé pour l'ophtalmologie. La coordination pouvait également prendre la forme d'une **collaboration des managers entre eux** (n = 9), par exemple à l'occasion de réunions formalisées telles que les réunions de cadres, les comités de direction, etc. Enfin, 7 managers **collaboraient avec les soignants**. Cela a pu être constaté par exemple avec le directeur et le cadre de santé d'une clinique (G) lors d'une réunion médico-administrative avec les médecins de l'établissement. Cet espace d'échanges hebdomadaire permettait de discuter des difficultés de certaines prises en charge, de dysfonctionnements, etc. Cette activité était régulièrement observée auprès des cadres de santé (n = 5).

- L'activité **d'animer-motiver** était également réalisée par 12 managers. La fréquence de cette activité dans le travail quotidien des managers concordait avec la régularité avec laquelle les professionnels de l'étude la citaient.

Motiver le personnel consistait le plus souvent à **prendre en compte leur expression** (n = 12), en considérant leurs propositions, en écoutant leurs difficultés, etc. Par exemple, un DSI (B) a été sollicité par les cadres de santé à propos de la gestion de la prise en charge d'une patiente mineure pour une interruption volontaire de grossesse. En effet, les cadres de santé rencontraient des difficultés liées à la demande d'anonymat de la patiente et le manque de procédure pour ce type de prise en charge. Animer pouvait aussi consister pour les managers à encourager les personnels à s'investir dans cette démarche (3 DSI et 2 cadres de santé étaient observés réalisant ce type d'action) ou par exemple les impliquer directement dans des projets mis en œuvre dans l'établissement (n = 5). Valoriser le travail réalisé par les personnels était également observé chez 1 DSI et un cadre de santé. Le top

manager félicitait un cadre de santé de son établissement pour son travail d'information des professionnels sur le virus Ebola.

- **Communiquer** était observé chez 12 managers. Cette activité consistait régulièrement (n = 8) pour les managers à **informer les professionnels sur l'organisation des soins**. Ainsi, un directeur expliquait, lors du directoire, les restructurations envisagées et notamment celles visant les effectifs des soignants. Il invitait les professionnels présents à réfléchir aux conséquences d'une réduction du nombre de soignants et à proposer des seuils garantissant la prise en charge des patients en toute sécurité.
- **L'exemplarité** a pu être constatée pour 12 managers. Le plus souvent, cela se traduisait pour 7 managers (dont 5 tops managers), à **participer aux réunions d'instances**. Les managers de proximité étaient davantage observés dans **l'application des règles et des bonnes pratiques** (n = 3). Un cadre de santé rangeait ainsi les lits situés dans les couloirs du service, une source d'insécurité pour la circulation des usagers.
- **La prise de décision** a concerné 9 managers pendant les observations. Elle était **régulièrement observée chez les tops managers** (n = 6). Par exemple, pour 3 d'entre eux, ils ont été amenés le plus souvent à **définir les procédures institutionnelles et des missions professionnelles**, à **valider des propositions** faites par les autres managers ou les professionnels. Ou encore, ils avaient la capacité à **définir le déroulement des réunions d'instances** (organisation de la prise de parole, arbitrage des thématiques abordées, etc.) (n = 2). Ces observations étaient concordantes avec les déclarations des professionnels lors des entretiens.

Les activités de prise de connaissance et de planification étaient davantage observées que déclarées.

- La **prise de connaissance** était observée chez 8 managers. Elle était déclarée par 47 % des professionnels. Les cadres de santé **s'informaient sur l'activité soignante** (organisation des soins, effectifs, etc.) (n = 3), mais aussi **sur l'état des patients, leurs satisfactions** ou encore sur les **modalités administratives** de leurs prises en charge (n = 4), comme ce cadre (D) qui cherchait pour un patient souhaitant bénéficier d'une chambre individuelle à connaître les conditions de la couverture par sa mutuelle santé.

- L'activité de **planification** était observée chez la moitié des managers alors qu'elle était peu déclarée par les répondants (20 %). Sept managers réalisaient cette activité et plus particulièrement les cadres de santé (n = 5) notamment pour **la gestion des effectifs en personnels** ou la gestion des lits.

Six autres activités étaient réalisées par moins de la moitié des managers observés. Le fait d'être en relation avec l'extérieur était une activité présente dans l'activité de la moitié des cadres de santé sollicités. Un directeur et un cadre de santé ont été observés réalisant des visites de sécurité (D et G). Gérer les conflits était plutôt une action de DSI (n = 2), de même que celles de créer-innover et de recruter. Enfin, le chef de pôle était le plus souvent observé dans son activité clinique.

Tableau 13 – Répartition des activités observées pour chaque type de managers et l'ensemble des 14 managers.

Activités observées	Tops managers n = 6		Manager intermédiaire n = 1	Managers de proximité n = 6	TOTAL n = 13
	Directeur	DSI	Chef de pôle	Cadre de santé	Tous
Réguler-contrôler	2	5	0	6	13
<i>Rappeler les règles et missions</i>	2	5	0	4	<u>11</u>
<i>Evaluer, contrôler</i>	1	1	0	6	<u>8</u>
<i>Modifier l'organisation</i>	0	1	0	3	<u>4</u>
<i>Sécuriser les nouveaux professionnels</i>	0	1	0	2	<u>3</u>
<i>Gérer les stocks</i>	0	0	0	1	<u>1</u>
Coordonner	2	4	0	6	12
<i>Entre les services</i>	1	3	0	5	<u>9</u>
<i>Collaborer avec les autres managers</i>	2	3	0	4	<u>9</u>
<i>Avec professionnel du service</i>	1	1	0	5	<u>7</u>
<i>Collaborer avec les services</i>	0	1	0	3	<u>4</u>
<i>Dans le service</i>	0	1	0	1	<u>2</u>
Animer-motiver	2	5	0	5	12
<i>Prendre en compte expression</i>	2	5	0	5	<u>12</u>
<i>Impliquer les équipes</i>	1	1	0	3	<u>5</u>
<i>Encourager implication</i>	0	3	0	2	<u>5</u>
<i>Valoriser le travail</i>	0	1	0	1	<u>2</u>
<i>Animer des réunions</i>	0	1	0	0	<u>1</u>
<i>Favoriser la formation</i>	1	0	0	0	<u>1</u>
Communiquer	2	4	1	5	12

<i>Sur l'organisation</i>	1	3	0	4	<u>8</u>
<i>Sur les nouveaux outils, dispositifs</i>	1	3	0	0	<u>4</u>
<i>Communiquer une procédure</i>	1	1	0	1	3
<i>Informer sur les patients</i>	0	0	0	3	3
<i>Expliquer la sécurité</i>	1	1	0	0	2
<i>Sur les manifestations sécurité</i>	1	1	0	0	2
<i>Réaliser affichage sécurité</i>	0	1	0	1	2
<i>Sur la situation de l'établissement</i>	1	1	0	0	2
<i>Sur le personnel</i>	0	1	0	0	1
<i>Sur la sécurité des bâtiments</i>	1	0	0	0	1
<i>Informer les patients et proches</i>	0	0	0	1	1
<i>Alerter</i>	0	0	1	0	1
<i>Echanger par mél</i>	0	0	0	1	1
<i>Les fiches de signalement des événements indésirables</i>	0	0	0	1	1
Etre exemplaire	2	4	1	5	12
<i>Participer aux instances</i>	2	3	0	2	<u>7</u>
<i>Appliquer les règles</i>	0	1	1	3	<u>5</u>
<i>Assurer suppléance garde</i>	0	1	0	1	2
<i>Sécuriser prise en charge</i>	0	2	0	0	2
Décider	2	4	0	3	9
<i>Définir la procédure, les missions</i>	2	1	0	0	<u>3</u>
<i>Valider</i>	0	3	0	0	3
<i>Commander le matériel</i>	0	0	0	2	2
<i>Définir le déroulement des réunions</i>	1	1	0	0	2
<i>Rédiger des documents</i>	0	1	0	1	2
<i>Définir les plans de formation</i>	0	1	0	0	1
<i>Construire des outils</i>	0	1	0	0	1
<i>Organiser des évènements</i>	0	1	0	0	1
<i>Définir les actions correctives</i>	1	0	0	0	1
Prendre connaissance	1	2	1	4	8
<i>Activité soignante</i>	1	1	0	3	<u>5</u>
<i>Patients</i>	0	0	1	4	<u>5</u>
<i>Veille réglementaire, recommandations</i>	1	0	1	0	2
<i>Problèmes récurrents</i>	0	1	0	1	2
<i>Méls, courriers</i>	0	0	1	1	2
<i>Evénements indésirables signalés</i>	0	0	0	1	1
<i>Organisation des ressources humaines</i>	0	0	0	1	1
Planifier	0	2	0	5	7
<i>Gestion prévisionnelle emplois, planification personnels</i>	0	2	0	4	<u>6</u>
<i>Gestion des lits</i>	0	0	0	3	3

Etre en relation avec l'extérieur	1	2	0	3	6
Gérer des conflits	0	2	0	1	3
Entre personnels	0	2	0	0	2
Avec les patients	0	0	0	1	1
Réaliser des visites de sécurité	1	0	0	1	2
Créer-innover	0	1	0	0	1
Recruter	0	1	0	0	1
Avoir une activité clinique	0	0	1	0	1

Pour chaque activité et catégorie d'activité, est indiqué dans le tableau ci-dessus le nombre de professionnels en ayant mené au moins une durant la période d'observation.

A RETENIR

- **Huit activités principales étaient observées** auprès des managers (au moins la moitié d'entre eux les réalisaient). **Six d'entre elles étaient également déclarées** par au moins la moitié des professionnels : réguler-contrôler ; coordonner ; animer-motiver ; communiquer ; faire preuve d'exemplarité ; décider.
- Les activités principalement attribuées aux managers et observées montraient peu de variabilité entre établissements.
- **Il existait des différences dans les activités réalisées selon la fonction occupée.** Pour les activités de **régulation-contrôle**, l'évaluation des pratiques était surtout menée par les managers de proximité (notamment les cadres de santé) et celle du rappel des règles par les tops managers. **L'exemplarité** se manifestait aussi différemment selon la fonction. Les tops managers étaient essentiellement observés dans leur participation aux instances, et les managers de proximité dans l'application des règles de bonnes pratiques. **La prise de décision** était surtout réalisée par les tops managers. Enfin, **la planification** était surtout une activité observée chez les cadres de santé, de même que celle de la prise de connaissance et de veille.
- **Planifier** était plus souvent observé chez les managers que perçues par les professionnels lors des entretiens.

f. Les attentes déclarées par les soignants et perçues par les managers pour la sécurité

Les attentes en matière de sécurité des soignants vis-à-vis de leurs managers

Quinze soignants (3 médecins ; 5 IDE ; 7 AS) se sont exprimés sur leurs attentes en matière de sécurité vis-à-vis des managers (Tableau 14). **Neuf types d'attentes** ont été cités **dont 2 par plus de la moitié d'entre eux** : des **conditions de travail satisfaisantes** (n = 9) et une **régulation des pratiques** par les managers (n = 8).

Tableau 14 – Les attentes déclarées par 15 soignants en matière de sécurité vis-à-vis des managers. (Pour chaque attente et catégorie d'attentes, est indiqué le nombre de professionnels en ayant cité au moins une.)

Les attentes des soignants	n
Octroyer des conditions de travail satisfaisantes	9
<i>Procurer des ressources humaines satisfaisantes</i>	5
<i>Optimiser l'organisation des soins</i>	4
<i>Apporter de la sécurité au personnel</i>	1
<i>Informatiser les transmissions médicales</i>	1
<i>Donner des moyens matériels</i>	1
Faire appliquer les règles, réguler les pratiques et déviances	8
Reconnaître, valoriser le travail	5
Donner de l'information, favoriser la formation	4
Ecouter et prendre en compte l'expression	3
Etre présent et connaître le terrain	3
Soutenir en cas de difficulté	3
Organiser des temps d'échanges	1
Encourager la prévention	1

Pour les **conditions de travail**, ils attendaient essentiellement de **bénéficier de moyens humains suffisants** pour garantir la sécurité des soins. Deux des 5 soignants d'un établissement de santé mentale évoquaient une situation de restriction des effectifs. L'un d'eux disait : « *ce serait avoir assez de moyens pour continuer à travailler, c'est essayer de conserver ce que l'on a. Ce n'est même pas demander plus, mais essayer de conserver ce que l'on a et comme la logique est plutôt à la diminution des finances...* » (médecin, F)

Quatre soignants exprimaient également leur attente en matière **d'optimisation de l'organisation des soins**. Un AS expliquait à ce propos son souhait de voir des améliorations dans la gestion des patients : *« ça ne les dérange pas de nous mettre deux entrées un jour et le lendemain d'en mettre dix. On le fait mais de quelle manière ? Ça donne l'impression de travailler à la chaîne et les gens s'en rendent compte et on peut se tromper et on peut ne pas se sentir en sécurité. »* (AS, E)

Enfin, 4 d'entre eux avaient d'autres attentes. Un médecin (B) expliquait attendre du directeur de la clinique qu'il **améliore la sécurité globale du personnel soignant**. Un autre évoquait sa volonté de voir **informatisées les transmissions médicales**. L'extrait d'entretien suivant illustre cela : *« c'est un peu Mac Gyver pour le moment. On aimerait bien que ce soit informatisé alors que là, chacun laisse une petite note et il y a des comptes rendus systématiques pour les accouchées qui sont à notre disposition mais c'est relativement sommaire. On essaie de signaler les patientes à problème au médecin de garde qui arrive mais ce n'est pas parfait et nous devons en discuter. Je pense qu'il faudrait avoir un dossier patient informatisé facilement lisible et accessible à tous, ce qui permettrait pour le médecin de garde d'avoir une lecture facile et rapide du dossier, pour le personnel aussi. Ce serait bien d'avoir une tablette ou des ordinateurs dans les chambres pour faire tout de suite nos commentaires en même temps que l'on parle avec l'infirmière. Ce serait idéal. »* (médecin, D). Ce soignant exprimait aussi une attente en termes de **moyens matériels adaptés**.

Notons, que la moitié des professionnels évoquant cette attente d'amélioration des conditions de travail exerçaient une activité dans deux établissements publics en situation pour l'un de plan de retour à l'équilibre avec restructuration des activités et effectifs (E) et pour l'autre de déficit avec une politique de restriction budgétaire (F).

La deuxième attente régulièrement citée concernait la régulation des pratiques. Les soignants attendaient des managers qu'ils **fassent appliquer les règles, contrôlent les pratiques et régulent les déviances**. Ce besoin était particulièrement exprimé par les soignants d'une clinique (n = 3). Un AS expliquait à propos du cadre de santé de son service : *« [le] cadre doit diriger tout ça. Son rôle est de cadrer les choses, et de faire en sorte que les règles soient respectées et que les pratiques professionnelles soient respectées aussi, et que les choses soient bien faites. [Il] est censé visualiser l'ensemble de son personnel et de ses pratiques, et d'être là pour recadrer quand il y a besoin de recadrer, et re-sensibiliser... »* (AS, B). Dans cet établissement, cette situation pouvait être aussi mise en lien avec l'identification d'une faiblesse en matière de protocolisation et de formalisation des missions dans cet établissement constituant une opportunité pour des pratiques déviantes.

Une troisième attente était exprimée par 5 soignants avec une activité en MCO : **la reconnaissance et la valorisation du travail réalisé**.

Les attentes en matière de sécurité des soignants perçues par les managers

Vingt six (40 %) managers ont exprimé leurs perceptions concernant les attentes des soignants : 20 tops managers (7 directeurs, 7 DSI, 4 directeurs qualité et 2 présidents de CME), 1 cadre de pôle et 5 cadres de santé.

Tableau 15 - Les attentes des soignants perçues par 26 managers.

Attentes perçues par les managers	n
Octroyer des conditions de travail satisfaisantes	10
<i>Octroyer des moyens matériels adaptés</i>	6
<i>Donner des ressources humaines suffisantes</i>	5
<i>Optimiser l'organisation du travail</i>	1
Reconnaître le travail	4
Régulation des pratiques	3
Donner de l'information	3
Ecouter et prendre en compte l'expression	2
Favoriser le signalement	2
Etre présent et connaître le terrain	2
Impliquer les soignants dans les projets	1
Mettre en place des actions correctives efficaces	1
Définir clairement les missions	1
Soutenir en cas de difficulté	1
Communiquer à la direction	1
Mettre en place des changements	1
Ne sait pas	1

Bien que peu nombreux à s'exprimer sur le sujet, les managers évoquaient **13 attentes des soignants**. Un directeur qualité disait ne pas savoir répondre par manque de contact direct avec les soignants (Tableau 15).

Obtenir des conditions de travail satisfaisantes était l'attente la plus régulièrement perçue par les managers (n = 10). Elle passait essentiellement, selon eux, par des **moyens matériels** (n = 6) et **humains suffisants** (n = 5). Le DSI d'un établissement de santé mentale évoquait par exemple les besoins qu'il percevait en matière de protection physique des soignants : « *Sur la sécurité des PTI [Protection du Travailleur Isolé], il faut qu'on leur garantisse que nos outils sont les bons.* » (DSI, F)

Quatre managers percevaient une seconde attente : **la reconnaissance du travail réalisé**. Un DSI expliquait à ce propos : « *Le personnel attend de la reconnaissance, et c'est vrai, c'est-à-dire*

pas simplement leur dire « il faut », « c'est la règle », il faut qu'ils ressentent quand même qu'il y ait de la valorisation et de la reconnaissance. Savoir les valoriser, c'est très important, savoir reconnaître quand ils font bien. » (DSI, A) (Annexe 11). Pour le directeur d'une clinique et le DSI d'un hôpital, cette attente était associée à un **souhait de revalorisation salariale**.

La régulation des pratiques était évoquée par trois managers : 1 président de CME et 2 cadres de santé appartenant au secteur privé. Ils percevaient des attentes en termes d'application des règles, d'évaluation des pratiques et des compétences. Un cadre de santé expliquait aussi que les soignants « (...) aimeraient qu'il y ait des choses qui soient plus protocolisées » (cadre de santé, D)

Dix autres attentes étaient perçues par 9 tops managers (dont 5 DSI) et 1 cadre de santé (Tableau 15). Selon 3 d'entre eux, les soignants souhaitaient bénéficier de plus d'information. L'écoute et la prise en compte de l'expression des personnels étaient relatées par 2 DSI. Deux autres attentes étaient citées par 2 managers : favoriser le signalement des EI, être présent et connaître le terrain. Six autres attentes étaient citées par un manager.

Attentes déclarées des soignants vis-à-vis de leurs managers et attentes des soignants perçues par les managers : une concordance limitée

Les managers avaient tendance à attribuer plus d'attentes aux soignants que ces derniers n'en avaient en réalité. Les managers en évoquaient 13 et les soignants 9 (Figure 13).

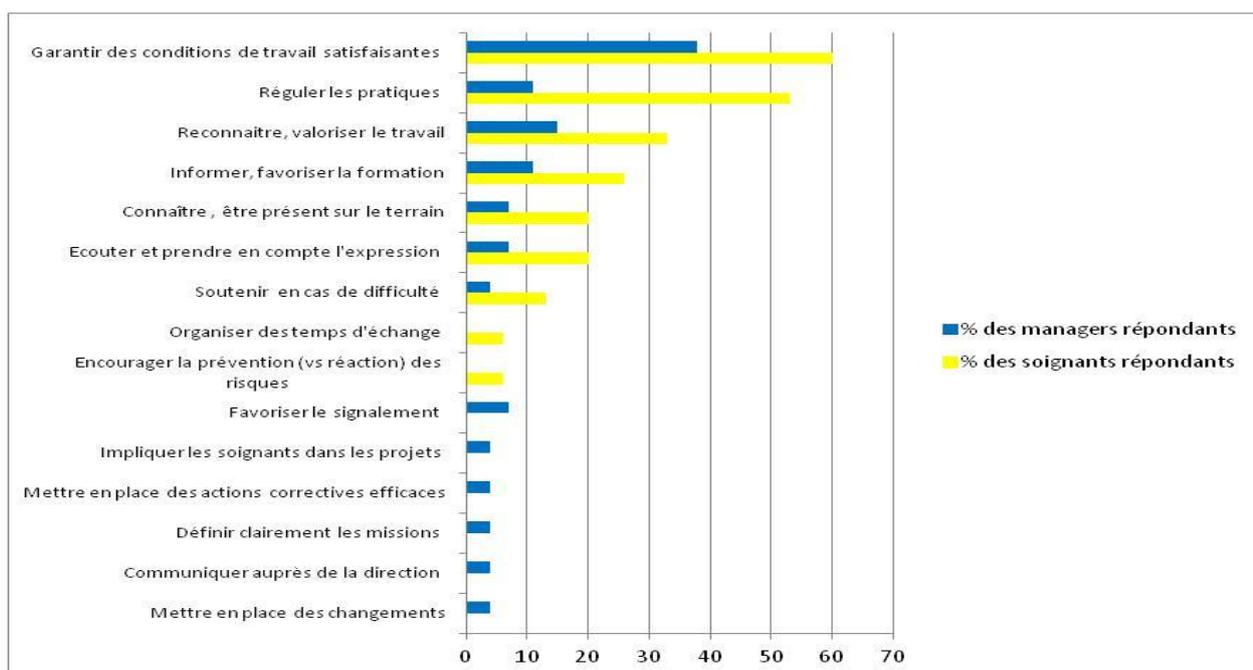


Figure 13 - Les attentes perçues en matière de sécurité par 26 managers et déclarées par 15 soignants.

Sept des 9 attentes exprimées par les soignants étaient perçues par les managers. L'octroi de conditions de travail favorables à la sécurité des soins était l'attente la plus régulièrement évoquée par les soignants et les managers. Cependant, les managers accordaient plus d'importance aux moyens matériels que les soignants. Ces derniers étaient d'abord en attente de ressources humaines adaptées à la charge de travail.

La seconde attente le plus souvent identifiée par l'encadrement était relative à la reconnaissance du travail alors que les soignants étaient davantage en attente de régulation. Pour les managers, la régulation arrivait en troisième position

Parmi les attentes évoquées par les soignants, 2 d'entre elles n'étaient pas présentes dans le discours des managers : organiser des temps d'échanges et encourager la prévention.

Six attentes ont été identifiées uniquement par les managers. Deux d'entre elles étaient en contradiction avec une attente exprimée par un IDE. En effet, les managers parlaient notamment de favoriser le signalement des EI et la mise en place d'actions correctives efficaces tandis que le soignant, critiquant une posture la plus souvent réactive face aux risques, exprimait son souhait de voir une dynamique préventive se mettre en place.

Dans chaque établissement de santé, il existait un décalage entre les attentes des soignants et celles identifiées par les managers (Figure 14). Un quart des attentes exprimées par les soignants était perçu par les managers dans les établissements privés, et la moitié dans les établissements publics.

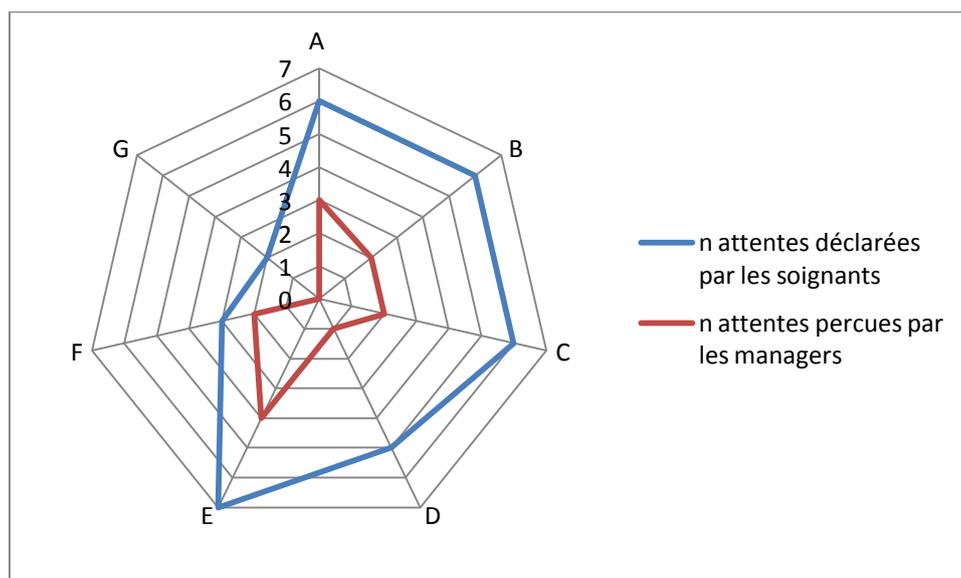


Figure 14 – Nombre d'attentes en matière de sécurité perçues par les soignants et par les managers dans les 7 établissements de santé (A à G).

A RETENIR

- Les managers identifiaient 7 des 9 attentes formulées par les soignants.
- Les soignants attendaient principalement des conditions de travail satisfaisantes, notamment en matière de ressources humaines, une régulation des pratiques par les managers et une reconnaissance du travail réalisé.
- Les managers identifiaient ces attentes bien qu'ils percevaient surtout des besoins matériels et accordaient moins d'importance à la régulation qu'à la reconnaissance du travail.
- **Les managers ne percevaient pas 2 attentes exprimées** par les soignants : encourager la prévention pour réduire les risques et organiser des temps d'échanges.

Le décalage entre les attentes des soignants et la perception de ces attentes par les managers était plus important dans les établissements privés.

g. Le soutien perçu des supérieurs hiérarchiques

Trente et un professionnels se sont exprimés sur le soutien qu'ils percevaient de leurs supérieurs hiérarchiques. **La majorité d'entre eux le jugeait satisfaisant** (n = 28) bien qu'ils identifiaient des points d'amélioration (n = 17). La satisfaction concernait le plus souvent le soutien du management de proximité ou du supérieur hiérarchique direct (par exemple le DSI pour le cadre de santé).

Une insatisfaction était exprimée régulièrement vis-à-vis du soutien du top management : « la direction » était alors ciblée. Cette insatisfaction concernait en particulier les moyens octroyés. Les propos du CGDR d'une clinique illustraient cela : *« Je crois que [le directeur] a l'intention d'augmenter les moyens dans les services, c'est plutôt une bonne chose. Lorsque l'on regarde les résultats des enquêtes de satisfaction, le niveau est bon, donc c'est plutôt positif mais on peut toujours s'améliorer car la perception par les équipes n'est pas la même que la nôtre et ils doivent parfois penser qu'ils ne sont pas assez nombreux. »* (CGDR, B)

Une majorité de répondants satisfaits

Vingt-huit professionnels (8 tops managers, 1 manager intermédiaire, 8 managers de proximité et 11 soignants) se disaient satisfaits du soutien de leurs supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité (Tableau 16).

Tableau 16 – Perception du soutien des supérieurs hiérarchiques exprimée par 28 répondants.
(Pour chaque type de perception, est indiqué le nombre de professionnels l’ayant cité au moins une fois.)

Perception	n
Faire preuve d'écoute et de disponibilité	<u>18</u>
Donner des moyens suffisants	<u>11</u>
<i>Ressources humaines</i>	9
<i>Ressources matérielles</i>	7
Connaître le terrain	4
Valoriser le travail	3
Soutenir en cas de difficulté	2
Donner du temps dédié à la sécurité	1
Informar, sensibiliser, communiquer	1
Donner le temps de bien faire	1
Assurer un bon management du pôle	1

Les professionnels citaient **9 critères pour argumenter leur perception positive du soutien** dont ils bénéficiaient de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. **Deux critères étaient principalement évoqués** : l’écoute et la disponibilité de leurs supérieurs hiérarchiques et les moyens mis à leur disposition.

Dix-huit professionnels déclaraient bénéficier de **l’écoute et de la disponibilité** de leurs supérieurs. Cet extrait d’entretien illustre cela : « *Mais honnêtement par tous les stades, par tous les services, toutes les problématiques que j’ai eu, y a quand même toujours eu une écoute et une aide sur différentes problématiques. De ce côté là, moi je leur jeterai pas la pierre. Que ce soit [le directeur qualité], qui (...) maîtrise tout et même au niveau du soin, [il] a quand même cette sensibilité du soin que peut être d’autres n’ont pas.* » (cadre de santé, A)

Onze professionnels argumentaient leur perception par le fait de travailler avec **des moyens adaptés** pour garantir la sécurité des soins au niveau de l’établissement. Neuf évoquaient des ressources humaines suffisantes et 7 déclaraient bénéficier de ressources matérielles adaptées. Ce dernier argument était principalement évoqué par les professionnels de deux établissements (A et B) présentant une situation financière favorable (à l’équilibre ou excédentaire). Un DSI expliquait à

ce propos : « *Nous n'avons pas de problème de ressources (...) j'obtiens tout ce que je demande concernant les postes. Même chose pour le matériel : les lits, etc.* » (DSI, B)

Sept autres arguments ont été proposés. Un DSI (B) expliquait percevoir un soutien de sa direction car cette dernière lui donnait le temps suffisant pour mettre en place des actions d'amélioration. Un cadre de santé (E) évoquait le soutien de son supérieur par la mise en œuvre d'un bon management du pôle. Enfin, un cadre de santé (A) expliquait que sa satisfaction reposait sur l'accord de ses supérieurs pour lui donner le temps nécessaire dans son activité pour participer à des actions en matière de sécurité. Il citait par exemple le fait de pouvoir assister aux RMM ou EPP de son établissement.

Des points d'amélioration identifiés

Neuf points à améliorer étaient identifiés par 3 tops managers, 1 manager intermédiaire 7 managers de proximité et 6 soignants (Tableau 17). Quatorze d'entre eux avaient aussi exprimé leur satisfaction.

Tableau 17 - Points d'amélioration identifiés par 17 répondants concernant le soutien de leurs supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité.

Perception	n
Donner des moyens insuffisants	<u>8</u>
Valoriser insuffisamment le travail	<u>7</u>
Manquer d'écoute et de disponibilité	4
Encourager insuffisamment à respecter les règles	3
Manquer d'engagement dans la sécurité	2
Ne pas soutenir suffisamment en cas de difficulté	2
Encourager insuffisamment à la formation	1
Responsabiliser en cas d'EI (sanction)	1
Déléguer insuffisamment en matière de sécurité	1

Deux points d'amélioration étaient plus souvent cités : l'inadaptation des moyens en particulier humains (n = 5) et matériels (n =2), et le manque de valorisation du travail réalisé.

L'inadaptation des moyens octroyés par la direction était évoquée par la moitié d'entre eux. Huit professionnels (1 DSI, 4 cadres de santé et 3 soignants) expliquaient que les ressources pouvaient être améliorées pour optimiser la sécurité des soins. Ils citaient plus souvent les ressources

humaines (n = 5) que les ressources matérielles (n = 2). Cet argument était le plus souvent cité pour évoquer des problèmes au niveau de certains services de l'établissement. Un cadre de santé disait à ce propos « *Après on est jamais satisfait des moyens alloués que nous avons dans les unités, donc je ne vais pas vous dire que nous avons pléthore de personnel. En sachant qu'on a quand même une activité qui augmente et qui augmente, avec toujours les mêmes moyens depuis au moins quatre ans que moi je suis cadre ici, on n'a pas eu de moyens qui ont évolué, en tout cas en moyens humains et matériels aussi, donc on fait avec l'existant qui n'était pas... enfin je veux dire qu'on était bien loti mais bon tout vieillit. Donc avec l'activité qui augmente régulièrement, j'alerte le fait qu'on serait un peu plus nombreux au niveau en tout cas personnel, ça serait plus satisfaisant au niveau de l'organisation des soins.* » (cadre de santé, A).

Sept professionnels citaient aussi **le manque de valorisation du travail réalisé** ; 5 des répondants appartenaient au secteur de la santé mentale. Un cadre de santé de l'établissement G disait à ce propos : « *Pour éviter de démotiver une équipe, je trouve que c'est quelque chose d'important ça et qui n'est pas toujours fait. Même s'ils le pensent, ils ne le disent pas quoi ! Après chacun fonctionne à sa manière, mais bon moi je fonctionne beaucoup à l'affect, et c'est vrai que ça c'est quelque chose qui de temps en temps me ferait du bien !* »

D'autres points d'amélioration étaient évoqués. Quatre professionnels (dont 3 de l'établissement E avec de nombreuses restructurations) relataient le manque d'écoute et de disponibilité de l'encadrement. Un soignant expliquait ainsi : « *C'est partagé dans un raz le bol général. Beaucoup de mes collègues râlent parce que l'on ne se sent pas toujours soutenus par nos cadres, nous ne sommes pas toujours sur la même longueur d'ondes. Je pense qu'ils [cadres] mettent un peu nos problèmes derrière (...)* » (AS, E)

Le manque d'engagement des managers à faire respecter les règles était cité par 3 répondants. Un cadre (C) expliquait comment la direction de son établissement tendait à fermer les yeux sur les déviances de certains médecins libéraux de la clinique.

Le manque d'engagement dans des actions d'amélioration de la sécurité, de soutien en cas de difficulté, d'encouragement à la formation étaient également cités par les professionnels. Certains mentionnaient que le manque de soutien des managers se manifestait aussi par le fait d'être dans une démarche punitive vis-à-vis des professionnels en cas d'EI.

A RETENIR

- La majorité des professionnels (90 %) jugeait satisfaisant le soutien de leurs supérieurs hiérarchiques.
- La satisfaction concernait le plus souvent le soutien du management de proximité ou du supérieur hiérarchique direct. L'insatisfaction était régulièrement exprimée vis-à-vis du soutien du top management.
- Deux critères étaient régulièrement cités pour justifier cette perception : l'écoute et la disponibilité de leurs supérieurs hiérarchiques et les moyens mis à leur disposition.
- Neufs points à améliorer étaient identifiés par les répondants, 2 étaient plus souvent cités : l'inadaptation des moyens humains et matériels, et le manque de valorisation du travail réalisé.

2. Résultats de l'étude quantitative : mesure du climat de sécurité

Les 7 établissements de santé ont participé à la mesure du climat de sécurité.

Le nombre de soignants inclus variait de 24 à 363 et le taux de participation de 20 à 94 % (Tableau 18). L'établissement B avait le taux de participation le plus élevé, proche de 100 %, ce qui montre une bonne implication des professionnels dans ce projet. Les taux de participation les plus faibles et inférieurs à 60 % ont été observés dans les établissements de grande taille où le nombre de professionnels inclus était les plus importants. Cela est probablement lié à des difficultés plus importantes à communiquer sur ce projet et à impliquer les professionnels.

Tableau 18 – Nombre de patients inclus et taux de participation dans chaque établissement.

Etablissements	Professionnels inclus n	Répondants n	Taux de participation (%)
A	58	48	83
B	71	67	94
C	67	45	67
D	218	55	25
E	153	53	35
F	363	71	20
G	24	15	62

Le climat de sécurité était peu développé dans tous les établissements. Les résultats variaient selon les établissements (Tableau 19). L'établissement B avait la situation la plus favorable avec le taux de participation le plus élevé, deux dimensions avec des scores proches de 75 % et une seule dimension peu développée.

Seulement 3 établissements (A, C et G) avaient au moins une dimension développée et 1 seul de ces établissements (A) avait une autre dimension avec un score ≥ 75 %. La dimension « travail d'équipe dans le service » avait des scores de 81 à 83 % dans ces trois établissements. Dans l'établissement A, l'autre dimension favorable était « l'organisation apprenante et l'amélioration continue ».

Le nombre de dimensions à améliorer variait de 1 à 8 selon les établissements. L'établissement G avait la situation la plus défavorable. Les scores les plus bas pour les 7 établissements concernaient plusieurs dimensions liées au rôle des managers : « réponse non punitive à l'erreur » (de 25 à 46 % de réponses positives selon les établissements), « ressources humaines » (de 32 à 43 % pour 6 établissements), « soutien du management pour la sécurité des soins » (de 31 à 46 %

pour 5 établissements), et « travail d'équipe entre les services de l'établissement » (de 35 à 46 % pour 5 établissements).

Tableau 19 – Dimensions du climat de sécurité des soins et scores composites des réponses positives. Résultats des établissements A à G.

Dimensions du climat de sécurité	A	B	C	D*	E*	F*	G
1. Perception globale de la sécurité	64 %	68 %	52 %	49 %	51 %	54 %	43 %
2. Fréquence de signalement des évènements	66 %	60 %	54 %	44 %	57 %	54 %	69 %
3. Les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques	74 %	69 %	49 %	48 %	58 %	68 %	40 %
4. Organisation apprenante et amélioration continue	77 %	66 %	58 %	60 %	55 %	65 %	44 %
5. Travail d'équipe dans le service	81 %	73 %	82 %	70 %	60 %	74 %	83 %
6. Liberté d'expression	62 %	56 %	60 %	62 %	61 %	69 %	47 %
7. Réponse non punitive à l'erreur	39 %	46 %	43 %	36 %	25 %	42 %	33 %
8. Ressources humaines	43 %	54 %	43 %	42 %	39 %	32 %	38 %
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	61 %	74 %	40 %	46 %	35 %	31 %	40 %
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	46 %	54 %	55 %	41 %	35 %	36 %	44 %

* Etablissement avec un faible taux de participation, inférieur à 60 %, doit être pris en compte pour l'interprétation des résultats et leur utilisation. Les répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des professionnels. Cela ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des soignants du service.

En vert, sont indiqués les résultats $\geq 75\%$ considérés comme des points forts pour la culture de sécurité des soins. En rouge, sont indiqués les résultats $\leq 50\%$ considérés comme des points faibles pour la culture de sécurité des soins

Le niveau de sécurité des soins perçu dans l'établissement variait selon les établissements ; de 33 à 57 % des professionnels le considéraient comme très bon à excellent (Figure 15). Le nombre de professionnels déclarant n'avoir rempli aucune fiche d'événement indésirable au cours des derniers mois variait selon les établissements de 27 à 47 % (Figure 16).

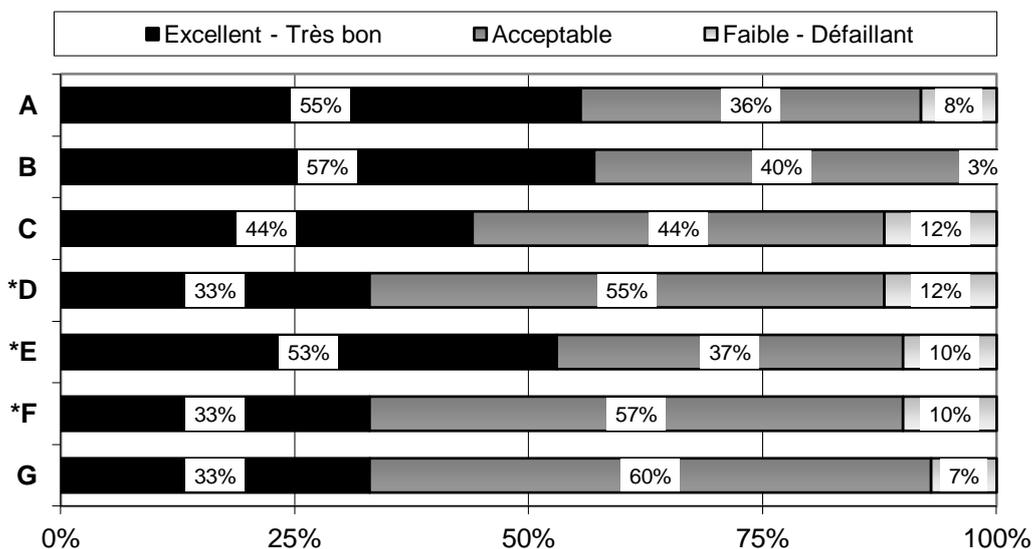


Figure 15 - Niveau de sécurité des soins perçu dans le service.

Résultats des établissements A à G.

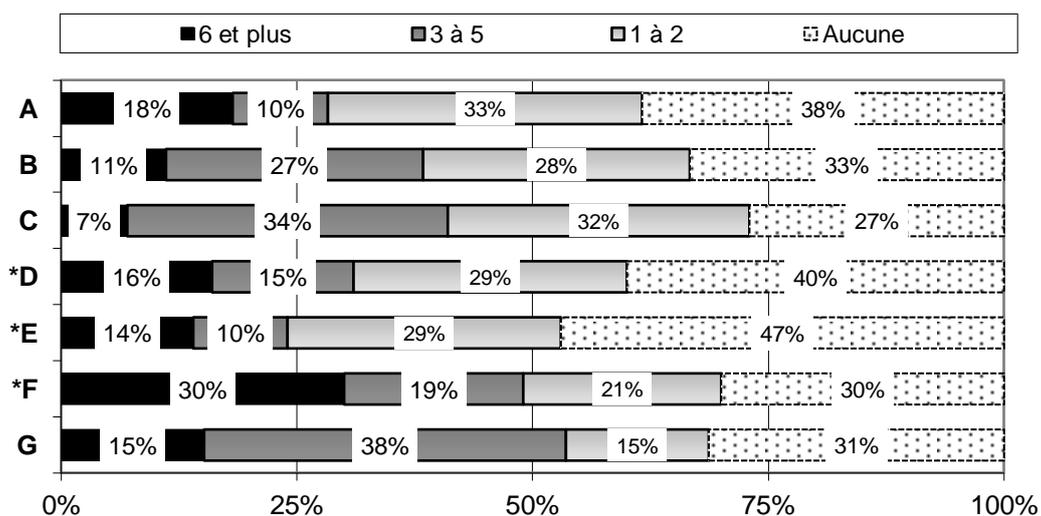


Figure 16 - Nombre de fiches de signalement des événements indésirables remplies au cours des 12 derniers mois. Résultats des établissements A à G.

Etablissements de santé

Les 10 dimensions de la culture de sécurité et leurs items

	A	B	C	D	E	F	G
1. Perception globale de la sécurité	%	%	%	%	%	%	%
A16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	57	71	51	43	45	63	13
A19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	72	64	51	43	46	45	40
A10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu d'erreurs plus graves dans ce service jusqu'ici	67	73	48	60	58	56	67
A18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	58	63	58	49	53	54	53
2. Fréquence de signalement des événements indésirables							
D1. Une erreur détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée ...	63	59	49	31	49	50	60
D2. Une erreur qui n'est pas potentiellement nuisible au patient, est signalée ...	64	55	46	43	55	52	67
D3. Une erreur pouvant nuire au patient mais qui n'a finalement pas eu d'effet, est signalée ...	72	66	68	59	67	62	80
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques (SH) sur la sécurité des soins							
B1. Mon SH immédiat exprime sa satisfaction quand il voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	74	49	40	40	48	63	33
B2. Mon SH immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	68	63	44	46	53	66	27
B3. Chaque fois que la pression augmente, mon SH immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, au détriment de la sécurité	72	80	56	52	60	71	40
B4. Mon SH immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	83	84	58	54	69	74	60
4. Organisation apprenante et amélioration continue							
A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	83	88	73	67	64	76	67
A9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	83	75	57	58	57	60	33
A14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	71	60	56	58	53	58	53
C1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	58	52	30	50	39	44	20
C3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	79	50	65	64	61	74	64
C5. Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	88	70	67	60	57	77	27
5. Travail d'équipe dans le service							
A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	73	67	84	76	58	73	87
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	88	87	91	78	74	83	87
A4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	77	64	75	60	43	64	80
A12. Au contact des collègues de notre service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	85	74	77	64	64	74	80
6. Liberté d'expression							
C2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	83	79	79	79	80	86	80
C4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	27	22	35	32	31	43	20
C6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	77	66	65	75	71	77	40

7. Réponse non punitive à l'erreur

A8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	38	45	41	31	26	41	13
A13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	47	58	45	47	33	47	40
A17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	32	34	42	30	16	38	47

8. Ressources humaines

A2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	40	67	45	33	36	17	40
A5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	59	48	50	65	45	46	67
A15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	32	46	33	27	37	34	7

9. Soutien du management pour la sécurité des soins

F1. La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	52	69	33	41	33	16	13
F8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	68	85	30	47	33	40	40
F9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un EI se soit produit	49	65	29	39	31	18	40
F10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	77	78	68	58	43	49	67

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

F4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	48	55	61	40	39	49	60
F2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	20	49	37	29	14	10	20
F6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	75	70	73	68	53	70	67
F3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	27	36	39	31	20	27	27
F5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	60	58	63	39	50	27	33
F7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	47	53	56	37	35	32	60

Tableau 20 - Scores des items des 10 dimensions du climat de sécurité dans les 7 établissements de santé (A à G). Les scores sont exprimés en pourcentages de réponses positives.

Formulation négative : il faut lire par exemple pour A18, 58 % des répondants de l'établissement A ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation.

 Score ≥ 75 %  Score ≤ 50 %

Les points forts du climat de sécurité sont les suivants (Tableau 20) :

- **le travail d'équipe dans le service** : *Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe ;*
- **la liberté d'expression** : *Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients.*

Les points avec un potentiel d'amélioration sont les suivants (Tableau 20) :

- **la perception globale de la sécurité** : *Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs ;*
- **la fréquence de signalement des événements indésirables** : *Une erreur détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, est signalée ...*
- **les attentes des supérieurs hiérarchiques sur la sécurité des soins** : *Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins ;*
- **l'organisation apprenante et l'amélioration continue** : *Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement ;*
- **la liberté d'expression** : *Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs ;*
- **la réponse non punitive à l'erreur** : *Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées ; Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème ; Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel ;*
- **les ressources humaines** : *Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail ; Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins ; Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement ;*
- **le soutien du management pour la sécurité des soins** : *La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins ; Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités ; La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un EI se soit produit ;*

- le travail d'équipe entre les services de l'établissement : Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble ; Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres ; Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre ; D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes ; Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement.

Plusieurs commentaires libres ont été formulés par les répondants et étaient en lien avec le rôle des managers. Voici ci-dessous ces commentaires pour chaque établissement de santé :

- A : « le souci d'offrir une qualité sans cesse améliorée, auprès des personnes hospitalisées et la politique de gestion des risques est en permanence augmentée dans mon établissement, tout le monde, de la direction, des médecins aux paramédicaux, est sensibilisé ».

- B : « prise en compte de la sécurité des soins rejetée par de nombreux soignants en raison de l'absence de prise en compte du temps consacré à cette tâche ».

- C : « trop de compression du personnel soignant, trop de surveillant » ; « l'organisation des plannings du personnel crée un manque en fin de journée ... », « la réduction des risques repose en grande partie sur la cohésion des acteurs à l'intérieur des établissements, ce qui se heurte à un moment à une gestion trop axée sur l'aspect financier ».

- D : « par rapport à la continuité des soins jours nuits... nos surveillants de nuit ne participent pas à cette information ... », « manque d'écoute, d'encouragements et de soutien de l'équipe de la part de la cadre », « je n'ai jamais vu de propositions de la direction sur ce sujet Par contre, nos publications de rendements, de productivité, de dépenses, semestre, année par année sont toujours là.... »

- E : « trop de compression du personnel soignant, trop de surveillant », « décalage dans la perception du travail entre la hiérarchie et le soignant », « il me semble qu'il y a une grande différence entre les services de soins et administratifs, souvent j'ai l'impression que les services administratifs et surtout leurs responsables ne se rendent pas compte que notre mission première est de soigner... », « on peut faire mieux dans cet établissement mais la politique d'ici est que c'est toujours les mêmes qui décident pour tous, sans jamais aucune concertation », « c'est la réduction de personnel qui nuit indirectement au patient. Travail fait trop vite, ou partiellement, etc... »

F : « Le plus problématique dans la sécurité et la qualité des soins est la pénurie permanente de personnel soignant... De plus en plus de protocoles et de procédures n'est pas la solution ... la seule politique est de faire des économies à tout prix au détriment des soignants, du soin et du patient », « une direction axée sur la recherche d'économies, une politique du chiffre,

au détriment du confort et du soin auprès du patient », « Accorder de l'attention et de l'intérêt aux informations données par les soignants ».

G : *Aucun commentaire des répondants.*

3. Association entre soutien des managers et climat de sécurité des soignants

Afin d'analyser une association possible entre le rôle des managers dans un établissement de santé et le climat de sécurité des soignants, une description du rôle des managers dans l'établissement avec le climat de sécurité le plus favorable et dans celui avec le climat de sécurité le plus défavorable est présentée ci-dessous.

Le rôle des managers dans l'établissement avec le climat de sécurité le plus favorable

Parmi les 4 établissements de santé avec un taux de participation supérieur à 60 %, **l'établissement B** avait la situation la plus favorable avec le taux de participation le plus élevé, deux dimensions avec des scores proches de 75 % et une seule dimension peu développée. La dimension la plus développée était le soutien du management pour la sécurité des soins avec un score de 74 %, et les scores des 4 items composant cette dimension variaient de 65 à 85 %. Cet établissement avait aussi le score le plus élevé pour la perception du niveau de sécurité dans le service : 57 % des soignants le considéraient excellent ou très bon (Figure 15).

Le rôle des managers avait probablement contribué à ces résultats plutôt favorables par plusieurs de leurs actions visant en particulier à motiver, faire preuve d'exemplarité, communiquer, décider, réguler et coordonner. Il existait une concordance entre les actions déclarées par les managers et celles observées par les sociologues de l'étude.

Mais soignants et managers ne semblaient pas accorder la même importance à chaque type d'activités. Animer et réguler étaient fréquemment cités par les soignants et les managers, alors que coordonner, décider et communiquer étaient plus souvent cités par les managers. Plusieurs résultats de l'étude qualitative pouvaient expliquer le niveau actuel du climat de sécurité : une vision relativement partagée de la sécurité et de la priorisation des risques, l'importance donnée à la conformité réglementaire et aux risques associés aux soins, un soutien fort des managers perçu par les soignants. La perception d'un bon niveau de sécurité dans l'établissement par les managers et soignants était surtout liée au respect des bonnes pratiques professionnelles, aux moyens mis à disposition et à l'engagement dans une démarche d'amélioration continue.

Cependant, toutes les attentes des soignants n'étaient pas perçues et prises en compte par les managers. Seules deux attentes des soignants (valorisation du travail et la transmission d'informations) étaient perçues par les managers. Plusieurs attentes déclarées par les professionnels comme l'accompagnement de la gestion des événements indésirables, l'amélioration de la sécurité des personnels, la démonstration d'autorité et surtout la régulation des pratiques n'étaient pas perçues par les managers. Ces attentes non perçues pouvaient être mieux prises en compte par les managers afin de développer la culture de sécurité.

D'autre part, plusieurs points d'amélioration avaient été identifiés comme la disponibilité des médecins libéraux, la formalisation des règles et missions, et l'efficacité limitée de certaines solutions pour la sécurité.

Le rôle des managers dans l'établissement avec un climat de sécurité peu développé

L'établissement de santé G avait le climat de sécurité le moins favorable avec une seule dimension développée : le travail d'équipe dans le service avec un score de 83 %, et 8 dimensions avec un score inférieur à 50 % (de 33 à 47 %). La dimension soutien du management pour la sécurité des soins avait un score égal à 40 %. Un tiers des soignants percevait le niveau de sécurité des soins dans le service excellent ou très bon.

Le rôle des managers avait probablement contribué à commencer à développer un climat de sécurité par l'engagement institutionnel en matière de sécurité et l'utilisation de la certification comme levier d'amélioration. Les réponses apportées aux réserves et recommandations de la HAS lors de la dernière certification montraient qu'il existait une culture réactive.

Plusieurs actions des managers ont pu participer au développement d'une culture de sécurité, en particulier celles visant à impliquer, à contrôler, à coordonner, à communiquer, à décider, à être exemplaire sur la sécurité. Réguler et contrôler tenaient une place importante dans l'activité des managers, en particulier dans celle du directeur de l'établissement. Il existait une concordance entre plusieurs actions déclarées par les managers et celles observées par les sociologues de l'étude. Trois managers se plaignaient du manque de valorisation de leur travail et de reconnaissance de leur investissement.

Plusieurs résultats de l'étude qualitative pouvaient expliquer le potentiel important d'amélioration du climat de sécurité : une vision protéiforme de la sécurité, la perception par plusieurs professionnels vus en entretien d'un niveau de sécurité rassurant dans l'établissement, plusieurs attentes de soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques non perçues par les managers comme celles de pouvoir bénéficier de formations et d'être soutenu en cas de difficultés.

Les cadres de santé tenaient un rôle important dans l'établissement pour la coordination des actions d'amélioration de la sécurité.

La restructuration de l'établissement, la réorganisation de la gestion des risques, l'appartenance à un groupe national et son soutien étaient des opportunités pour développer la culture de sécurité. Cependant, cet établissement devait veiller que la sécurité ne soit pas négligée au profit d'un rendement plus important.

IV. Discussion

1. Les apports scientifiques de ce projet

Le projet EMERAUDES a permis de mettre en évidence **l'homogénéité des représentations** des professionnels autour de la sécurité dans les 7 établissements de santé.

a. La sécurité perçue comme une notion polysémique

La définition de la sécurité pour les managers et les soignants est une notion polysémique. Cela montre les difficultés à avoir une vision partagée de cette thématique. Il semble difficile dans les établissements de santé d'avoir une définition commune de la gestion des risques et de la sécurité en particulier. Deux dimensions étaient plus régulièrement citées : la sécurité des personnes, en particulier celle des patients, mais aussi la sécurité liée aux pratiques et aux attitudes professionnelles. Ces représentations sont en cohérence avec les priorités nationales actuelles visant à renforcer la sécurité du patient : le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles [51], le programme national 2013-2017 pour la sécurité des patients [52], plusieurs textes réglementaires récents relatifs à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé [53], au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse [54], la semaine sécurité des patients [55].

Une troisième dimension de la sécurité associait celle-ci à une responsabilité managériale, notamment celle des directeurs, présidents de la CME et des cadres de santé. Cette définition était le plus souvent proposée par les managers eux-mêmes. Cela montre que cette responsabilité est clairement identifiée par les managers mais aussi par les autres professionnels et peut se manifester par des attentes particulières de ces deux groupes professionnels. L'importance donnée à la responsabilité professionnelle pour hiérarchiser les risques doit nous questionner sur qui prend des risques : les patients ou les professionnels ? Cela pourrait conduire à une médecine défensive visant à prendre le minimum de risques, en particulier pour les patients dans des situations cliniques urgentes, graves, complexes.

Les risques considérés comme prioritaires peuvent être différents selon les activités (MCO, santé mentale) même si bon nombre d'entre eux sont partagés comme ceux liés à la prise en charge médicamenteuse. Les critères de hiérarchisation proposés par les professionnels sont ceux utilisés dans les analyses de risques (fréquence, gravité, maîtrise des risques) [56]. L'acceptabilité et l'évitabilité de la réalisation d'un risque sont des critères peu cités par les professionnels alors que le but de l'amélioration de la sécurité est de rendre les risques plus acceptables [57] et que l'évitabilité d'un événement indésirable grave associé aux soins semble être un déterminant important de l'acceptabilité des risques [58].

b. Une perception positive du niveau de sécurité actuel

Globalement, les professionnels rencontrés avaient **une perception positive du niveau de sécurité dans leur établissement et dans les services de soins**. Cette perception est plus favorable que la réalité évaluée par des études scientifiques. En effet, les études épidémiologiques sur les événements indésirables graves réalisées en France en 2004 et 2009 montrent une incidence de 6 à 7 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation avec un tiers de ces EIG considérés comme évitables [2]. Ils justifiaient régulièrement cette perception positive par l'existence d'une culture de sécurité des professionnels (respect des règles de bonnes pratiques, compétences des professionnels, etc.) bien qu'elle restait encore à développer de leur point de vue. Comme l'indique l'ICSI dans un de ses cahiers de la sécurité industrielle : « **cette culture de sécurité de métier** s'observe dans une situation où le management n'accorde pas une grande place à la sécurité, mais où les opérateurs développent des savoir-faire de prudence pour se prémunir des risques de leur métier, les perfectionnent et se les transmettent de génération en génération » [59]. Les premières enquêtes réalisées en France en 2007 et 2009 sur le climat de sécurité ont en effet montré que les 10 dimensions étudiées étaient peu développées et qu'il existait un potentiel important d'amélioration de la culture de sécurité [18-19]. **Au niveau des services de soins, l'engagement du management de proximité** était régulièrement cité pour justifier ce point de vue positif. Pourtant, des points d'amélioration étaient aussi évoqués, notamment **le manque de travail en équipe**. Ce constat a aussi été fait par la Haute Autorité de Santé en s'appuyant sur la base de données de l'accréditation des médecins. Celle-ci a mis en

évidence que la cause profonde la plus fréquemment retrouvée parmi les 28 705 événements déclarés entre 2011 et 2013 était liée à l'équipe. Ce résultat a été un des arguments pour la mise en place par la HAS d'un programme d'amélioration continue du travail en équipe (projet PACTE) [60]. Des ressources humaines insuffisantes étaient également citées par les professionnels du secteur public, en lien avec les contraintes financières.

En matière de soutien de leurs supérieurs hiérarchiques, la majorité des professionnels le jugeait bon. Le soutien du management de proximité ou du supérieur hiérarchique direct était particulièrement apprécié. L'écoute et la disponibilité ainsi que les moyens mis à leur disposition étaient les plus régulièrement cités. Ils identifiaient, cependant, des points d'amélioration qu'ils attribuaient le plus souvent au soutien des tops managers. Ce soutien plus important des managers de proximité avait été aussi observé lors d'une étude réalisée en 2001 par Pronovost et al au John Hopkins Hospital de Baltimore [61]. L'étude PROGRESS en 2014 avait aussi identifié le soutien institutionnel comme un frein important à l'état d'avancement des actions en gestion des risques. L'inadaptation des moyens humains et matériels et le manque de valorisation du travail réalisé étaient les plus mentionnés [7].

c. Rôles des managers dans le développement d'une culture de sécurité

Le projet EMERAUDES devait permettre d'identifier le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité. **Six activités principales ont été observées** auprès des managers et régulièrement déclarées par l'ensemble des professionnels. En effet, les managers étaient amenés à **animer et motiver** les équipes. Cette activité se traduisait essentiellement par le fait de favoriser l'implication des professionnels et prendre en compte leur expression. Les activités de **régulation et de contrôle** des pratiques et de l'organisation des soins étaient également déclarées et observées de même que celles de **communiquer** des informations et outils relatifs à la sécurité, de **coordonner** les professionnels et les actions ; de **faire preuve d'exemplarité** ; de **décider** de la politique et de l'organisation opérationnelle de la sécurité. Les activités de **planification et de prise de connaissance** étaient plus régulièrement observées que perçues par les professionnels. Les activités

d'anticipation (planifier, créer, innover, être en relation avec l'extérieur) étaient peu citées.

Les activités réalisées étaient différentes selon la fonction occupée. Les tops managers rappelaient les règles auprès des managers intermédiaires et managers de proximité et s'assuraient qu'elles étaient mises en œuvre dans les services par ces derniers. L'exemplarité des tops managers se manifestait essentiellement par leur participation aux instances relatives à la sécurité. La prise de décision était le plus souvent leur apanage.

Concernant les directeurs rencontrés, cette étude a mis en évidence le fait que tous accordaient de l'importance à la sécurité. Cependant, le type d'engagement de ces managers variait, notamment en fonction de la taille de l'établissement et de leur situation financière. Dans les établissements les plus petits, ils s'impliquaient directement en réalisant par exemple des visites de sécurité, des actions de régulation et d'animation sur le terrain etc. Dans les établissements de grande taille, ils tendaient à déléguer ces activités à la direction qualité et au président de la CME. Ces directeurs avaient alors une activité restreinte à la prise de décision, à la communication institutionnelle et à la coordination.

Ces constats concordent avec les résultats de l'enquête réalisée par L. Lauade et C. Chauvigné sur l'activité des tops managers en santé [27]. L'exercice actuel des directeurs d'hôpitaux n'est pas évident dans la mesure où ils sont de plus en plus soumis à l'obligation de rendre des comptes (administration publique) tout en garantissant la performance de l'organisation dont ils ont la responsabilité. Cette nécessité de maintenir un équilibre implique la mise en œuvre permanente de stratégies d'ajustements, de « compromis opératoires ». En effet, l'articulation de logiques parfois contradictoires (réglementation et impératifs de fonctionnement; patients, professionnels, partenaires, etc.) implique des **arbitrages** entre considérations d'efficacité, de légalité et de moyens, une éventuelle mise à distance de la réglementation et une transgression des normes prescrites. Les directeurs des établissements de grande taille traitent et priorisent les « dossiers », dont la sécurité, selon la sensibilité des sujets et de leur urgence. **Les managers de proximité** (notamment les cadres de santé) évaluaient les pratiques professionnelles et vérifiaient l'organisation des soins. Ils signifiaient également leur engagement par leur exemplarité en matière d'application des règles de bonnes pratiques. Enfin, la planification était surtout une activité des cadres de santé, de même que celle de la prise de connaissance et de veille. Lorsque le niveau du **management intermédiaire** (chef de pôle, cadre de pôle) existait, ces

professionnels étaient essentiellement dans la coordination des professionnels. Ils avaient un rôle important dans la transmission ascendante et descendante de l'information.

Au regard des activités principalement attribuées et observées chez les managers, il apparaît que dans la majorité des établissements étudiées, les managers mettaient en œuvre un leadership transformationnel en essayant de construire une culture de sécurité basée sur la motivation, la communication, l'engagement de chacun et la considération des individus.

d. Un décalage entre les attentes déclarées par les soignants et celles perçues par les managers

Le projet EMERAUDES s'intéressait aussi aux attentes des soignants en matière de sécurité. Il a permis de rendre compte du fait que les soignants attendaient principalement de bénéficier de conditions de travail satisfaisantes, d'une régulation des pratiques par les managers, puis d'une reconnaissance du travail réalisé. Les managers identifiaient ces attentes bien qu'ils percevaient avant tout des besoins matériels là où les soignants exprimaient des besoins en matière de ressources humaines. Un second décalage entre la perception des managers et les attentes déclarées par les soignants a été identifié : les managers percevaient davantage d'attente en matière de reconnaissance du travail que de régulation des pratiques.

Si les soignants exprimaient globalement leur satisfaction quant au soutien en matière de sécurité des managers dans leurs établissements, essentiellement basé sur la participation, cette étude a permis de mettre en évidence le fait qu'ils avaient une attente forte en matière de leadership transactionnel. Ils attendaient des managers qu'ils régulent les pratiques et l'organisation : qu'ils définissent clairement leurs attentes, les objectifs et les priorités, les rôles et objectifs de chacun. Les soignants exprimaient ainsi une volonté de voir se développer une dynamique de prévention et d'organisation de temps d'échanges autour de la sécurité, des attentes non perçues par les managers.

e. Un climat de sécurité des soignants peu développé

Dans les 7 établissements, le climat de sécurité était peu développé. Les faibles taux de participation à cette mesure dans 3 établissements (D, E, F) ne sont pas en faveur d'une culture de sécurité et peuvent témoigner du peu d'intérêt pour cette enquête et sa thématique : la sécurité des soins. Ces faibles taux de participation incitent à la prudence sur les résultats car les répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des professionnels. Dans les 4 autres établissements avec un taux de participation acceptable (supérieur ou égal à 60 %), 1 à 2 dimensions seulement étaient développées dans trois établissements (A, C et G) et aucune pour le quatrième établissement (B). Les résultats les plus défavorables étaient observés dans l'établissement G. Le travail d'équipe dans le service était la dimension la plus développée dans trois établissements. Dans un environnement difficile, le soutien et l'entraide au niveau du service permettent probablement de pallier aux difficultés en particulier liées aux ressources humaines. Il est curieux de voir cette dimension développée alors que beaucoup d'erreurs sont liées à des difficultés de travailler en équipe, notamment à la communication entre professionnels et avec le patient [60]. L'amélioration du travail en équipe fait actuellement en France l'objet d'une expérimentation menée par la Haute autorité de santé qui en a fait une priorité [60]. Les professionnels se sentaient plutôt soutenus par la direction et avaient plutôt une opinion favorable sur les attentes et les actions pour la sécurité des soins de leurs supérieurs hiérarchiques immédiats dans deux établissements (A et B) et beaucoup moins dans deux autres établissements (C et G). Plusieurs dimensions directement liées à l'activité des managers étaient peu développées : la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines et le travail d'équipe entre les services de l'établissement. Le niveau de sécurité perçu dans le service des répondants était perçu plus souvent comme « excellent ou très bon » dans les établissements A et B. Plus du quart des répondants dans les 7 établissements de santé n'avaient rempli aucune fiche de signalement des événements indésirables. Cela témoigne d'une implication insuffisante des professionnels de santé dans les démarches de retour d'expérience alors que c'est une priorité nationale portée par la Haute autorité de santé et le Ministère de la santé [5].

Ces résultats sur le climat de sécurité montrent que les professionnels ont une perception d'un soutien insuffisant des managers pour la sécurité des soins dans leur établissement. Ces résultats quantitatifs sont concordants avec les résultats qualitatifs.

Ce soutien ne semble pas avoir évolué par rapport à d'autres études réalisées en France [18-19, 43]. Ce soutien mesuré avec le même outil aux Etats-Unis en 2016 est plus développé avec un score moyen de 72 % dans les 326 établissements de santé américains composant la base de données de l'AHRQ [62]. Ces résultats aux Etats-Unis sont peut être liées à la mise en place de certaines actions visant à améliorer le rôle des managers pour une amélioration de la culture de sécurité, en particulier les visites hiérarchiques de sécurité [45-46].

Plusieurs articles mettent en évidence l'intérêt des visites de sécurité réalisée par les tops managers dans les services de soins [63-65]. Selon Frankel [46], 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 de l'organisation et montrent leur soutien dans le signalement des événements indésirables par les soignants. Ces visites doivent être structurées selon une procédure (qui/ quelle fréquence/ où/ quelle forme/ les questions à poser par le manager aux soignants). Elles se focalisent sur les questions de sécurité et évitent d'aborder d'autres sujets. La Haute Autorité de Santé avec la mise en place d'un groupe de travail « Développement des safety walkrounds » porte actuellement une attention particulière à ce type d'action managériale [66].

f. Des freins et des leviers identifiés pour le développement d'une culture de sécurité

La culture de sécurité managériale observée dans ce projet est surtout de type réglée [67], dont le moteur principal est l'accumulation d'exigences réglementaires et liées à la certification des établissements de santé. Ces exigences sont souvent vécues par les soignants comme des contraintes supplémentaires, plutôt bureaucratiques et ne facilitant pas le travail.

Compte tenu des résultats du climat de sécurité, globalement peu développé dans les établissements étudiés, il est difficile de mettre en évidence une association entre l'engagement et le soutien des managers, et un climat de sécurité développé. La

comparaison des 2 établissements ayant le climat de sécurité le plus développé et le moins développé apporte cependant quelques informations intéressantes. Plusieurs facteurs semblent favoriser le développement d'une culture de sécurité : une vision commune de la sécurité, l'engagement dans une démarche d'amélioration continue, l'importance donnée à la conformité réglementaire, le respect des bonnes pratiques, la mise à disposition de moyens adaptés. A l'inverse, une démarche managériale trop basée sur le contrôle et avec peu de valorisation et de reconnaissance de l'investissement des professionnels ne semble pas faciliter le développement d'une culture de sécurité. De plus, la perception d'un niveau de sécurité rassurant n'est pas un facteur incitatif au changement. Cependant, il ne faut pas négliger les facteurs contextuels qui peuvent plus ou moins faciliter le rôle des managers. Dans l'établissement B, l'organisation de la gestion des risques était plus mature, mieux structurée. Dans l'établissement G, il n'y avait pas par exemple de projet qualité/sécurité et des difficultés pour la gestion documentaire relative aux démarche qualité et gestion des risques. Un des établissements de l'échantillon était dans un plan de retour à l'équilibre financier. Ce contexte difficile modifiait l'ordre des priorités institutionnelles et réduisait l'engagement et le soutien des managers pour la sécurité.

2. Les limites méthodologiques

Plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de la mise en œuvre du projet dans les établissements. La première concernait **le recrutement des établissements**. Initialement, il était prévu de réaliser cette étude dans 10 établissements de santé. Seulement 6 établissements de santé adhérents au Ccecqa (2 établissements publics avec une activité MCO, 3 cliniques avec une activité MCO et 1 établissement public avec une activité de santé mentale) se sont portés volontaires. Plusieurs raisons peuvent expliquer le peu d'établissements volontaires. Ce projet nécessitait une forte implication des managers et des soignants. Une faible disponibilité des professionnels et probablement la crainte de certains managers du regard des enquêteurs et de la perception des soignants sur leurs activités ont pu être des freins à s'engager dans ce projet. D'autre part, lors de l'appel à participation en mars 2014, plusieurs établissements avaient déjà participé à plusieurs projets avec le Ccecqa sur la culture de sécurité (projets DECLICS et CLARTE), avec en particulier plusieurs mesures

du climat de sécurité réalisées dans un ou plusieurs services. Ces établissements souhaitaient probablement travailler sur d'autres thématiques en lien avec la gestion des risques. Il manquait dans cet échantillon une clinique de plus de 100 lits avec une activité de santé mentale. Il y a peu de structures répondant à ces critères d'inclusion. Cette difficulté de recrutement a cependant été résolue par l'ouverture du projet à une autre région (Midi-Pyrénées) dans laquelle nous avons trouvé un établissement volontaire. La taille de l'échantillon a par conséquent été réduite à 7 établissements en raison des difficultés de recrutement, mais aussi pour des raisons aussi de faisabilité liées au nombre élevé d'entretiens et d'observations à réaliser dans chaque établissement. **Ce petit échantillon d'établissements limite la portée de l'étude et la généralisation des résultats.** Cependant, nous avons pris le soin de recruter une diversité d'établissements en termes de taille (nombre de lits et places), de cadre institutionnel (public / privé), et d'activité (MCO / santé mentale).

Un biais de sélection des établissements est possible car le recrutement était basé sur le volontariat des établissements et des professionnels. Dans les établissements participants, les professionnels étaient probablement plus sensibilisés aux démarches relatives à la qualité et à la gestion des risques, voire pour certaines très engagées dans ces démarches. Ainsi, la représentativité de l'échantillon peut être questionnée. Six établissements sont des adhérents du CCECQA depuis de nombreuses années, une structure régionale d'appui (SRA) en évaluation qui propose de nombreux projets et outils pour développer les démarches qualité et gestion des risques en Aquitaine [68]. Ces six établissements ont participé à plusieurs de nos projets ces dernières années. Le septième établissement situé en Midi-Pyrénées ne bénéficiait pas d'une structure régionale d'appui en évaluation. Même si ces établissements ont probablement une plus grande maturité de ces démarches transversales d'amélioration et un environnement favorable (appui externe d'une SRA), les résultats ont montré un climat de sécurité globalement peu développé. Cela n'a pas permis d'explorer dans de bonnes conditions l'hypothèse d'une association possible entre l'importance de l'engagement et du soutien des managers, et le développement du climat de sécurité.

Trois sociologues ont réalisé l'enquête qualitative dans les établissements et chaque entretien a été mené par un seul sociologue, ce qui peut également entraîner **un biais d'interprétation**. En effet, une des critiques formulées à l'encontre de l'entretien se fonde

sur « le postulat selon lequel celui-ci est perméable à l'expression de la subjectivité de l'enquêté et/ou de l'enquêteur. L'empreinte de ces subjectivités sur le matériau produit obérerait la capacité de celui-ci à fournir au chercheur des éléments « objectifs » de réponse à ses questionnements. » [69]. Afin de se préserver d'un manque de distance, les sociologues se sont régulièrement concertés et ont écouté les entretiens par chacun d'entre eux. Ils se sont également intéressés au contexte réel des pratiques et des démarches visant à améliorer la sécurité des soins en réalisant des observations de deux managers et d'une réunion d'instance en charge de l'amélioration de la sécurité dans chaque établissement. Les entretiens semi-directifs avaient également une trame commune ce qui permettait une certaine objectivation du recueil des discours.

Un biais d'interprétation peut être lié au codage réalisé par les sociologues. Afin de limiter ce biais, les sociologues ont procédé à l'encodage de plusieurs entretiens à deux pour la construction de l'arborescence et ont échangé régulièrement sur l'arborescence d'analyse.

L'enquête par entretien induit **un biais de désirabilité sociale** [70] qui consiste pour l'interviewé à se présenter sous un angle avantageux par rapport à la réalité, face à son interlocuteur. Ainsi, certaines perceptions ont pu être exagérées ou certaines pratiques décrites de façon « enjolivée » par les personnes interrogées. Malgré ces biais, les entretiens ont permis l'expression de la subjectivité des acteurs quant à leurs rôles pour développer une culture de sécurité.

Un biais d'observation est aussi possible.

Les analyses du corpus d'entretiens réalisées à l'aide du logiciel NVIVO 10 (<http://www.qsrinternational.com/nvivo-french>) comportent également leurs limites. Ce logiciel d'analyse qualitative a permis de coder l'information issue des entretiens retranscrits, en particulier pour les perceptions de la sécurité et les activités des managers et de faciliter ainsi leur catégorisation. Il a ensuite permis de repérer le nombre d'occurrences des différentes catégories. Cette catégorisation comporte un écueil dans le sens où elle peut dissimuler la spécificité de certains facteurs.

En outre, l'analyse thématique catégorielle des données ne permet pas de rechercher une association statistique entre une variable comme le type de managers (top managers, manager intermédiaire, manager de proximité) et les perceptions ou les activités.

Les observations réalisées par les sociologues dans chaque établissement ont permis d'obtenir des informations sur les activités des managers. Cependant, des managers ont pu avoir une certaine appréhension à être observés par des professionnels extérieurs. Par exemple, nous avons renoncé à observer les agendas des managers afin d'étudier les événements ou tâches planifiées pour la sécurité car cela a été perçu par certains managers comme une intrusion dans leur vie professionnelle, voire personnelle. **Un biais d'observation est possible.** Certains managers ont pu modifier le contenu de la journée observée afin de montrer aux sociologues davantage d'activités menées pour améliorer la maîtrise des risques.

Une autre limite de ce travail est **l'utilisation d'un questionnaire individuel pour évaluer la culture de sécurité d'un collectif.** Le questionnaire utilisé permet d'étudier les perceptions et les attitudes des professionnels en matière de sécurité des soins. Mais les perceptions et les attitudes ne permettent pas de comprendre à elles seules les normes, valeurs et représentations qui prévalent en matière de sécurité des soins dans un établissement. L'approche qualitative permettait une interprétation des réponses en connaissance des contextes organisationnel, structurel et humain de l'établissement. La mesure à un moment donné du climat de sécurité n'a pas permis d'appréhender l'articulation de registres relevant de la culture de sécurité et la construction effective et concrète de la culture de sécurité au fil des mois.

L'AHRQ a proposé les seuils suivants de lecture des résultats de la mesure du climat de sécurité : une dimension est considérée comme développée si en moyenne, ses items ont 75 % ou plus de réponses positives ; et une dimension est considérée comme peu développée, si en moyenne, ses items ont 50 % ou moins de réponses positives. Ce mode de lecture utilisant les quartiles est facile d'utilisation, et oriente la lecture des résultats. Toutefois, il ne s'appuie pas sur des travaux ayant montré un lien entre un certain niveau de développement du climat de sécurité et une diminution des risques d'accidents. Une autre limite à l'utilisation de ce questionnaire est l'absence d'un score global [43]. La validation d'un tel score apparaît complexe, et soulève des questions comme le choix des dimensions à prendre en compte, et leur pondération.

Ce projet décrit les perceptions, les activités, les pratiques déclarées et observées des managers. Il n'a pas mesuré le temps passé à ces activités, difficile à mesurer car souvent morcelé au cours de la journée. Comme le souligne la revue de la littérature menée par Parand et al, il est important de montrer que cet engagement et soutien des managers influence les résultats en particulier sur la culture de sécurité des soignants et la sécurité des patients. Les résultats de cette étude montrent seulement une cohérence entre les résultats de l'étude qualitative et quantitative. Malgré ces limites, la méthodologie utilisée a suivi plusieurs recommandations de Parand : étudier les activités des managers, s'intéresser pas seulement aux top managers mais aussi aux managers intermédiaires et de proximité, connaître les perceptions des non managers, analyser le temps passé et les tâches effectuées par les top managers en dehors du conseil d'administration, étudier les facteurs organisationnels et individuels des managers [71]. Notre approche méthodologique a permis d'explorer les composantes input et process (centré sur la culture de sécurité) du modèle de management de la qualité IPO (input process output) proposé par Parand.

3. Les retombées attendues et les perspectives

La plupart des recherches en santé publique et sur la culture de sécurité s'appuient sur des approches quantitatives, or, **l'enquête qualitative est une approche méthodologique pertinente, voire indispensable pour étudier les perceptions et les représentations de groupes d'acteurs. L'approche triangulaire retenue dans ce projet avec la réalisation d'entretiens individuels, d'observations et d'une analyse des documents de l'établissement a permis de croiser plusieurs sources de données.** Par l'entretien semi-directif, cette recherche a permis l'expression de la subjectivité des personnes rencontrées sur le rôle des managers dans la gestion des risques, mais aussi un grand nombre de perceptions concernant les risques et leur maîtrise, ou encore la culture de sécurité.

Les observations malgré leur durée limitée ont permis de faire le lien entre les perceptions des acteurs et les pratiques sur le terrain. Enfin, l'analyse des documents a fourni des informations contextuelles intéressantes.

Ce projet a permis aux différentes équipes hospitalières d'engager ou de poursuivre une réflexion sur la place de la culture de sécurité dans une démarche de gestion des risques. L'équipe du CCECQA a repéré **des axes d'amélioration pour développer la culture de sécurité**, et a proposé **des préconisations individualisées à chacun des établissements** (Annexe 12). Ces préconisations concernaient la gouvernance de la sécurité et la culture de sécurité opérationnelle. Elles concernaient surtout le développement d'une vision partagée par les managers et les soignants de la sécurité, des besoins et des attentes (par exemples : une meilleure prise en compte des risques professionnels, une amélioration des conditions de travail et de la gestion des événements indésirables). Cela ne sera possible qu'en renforçant la communication entre managers et soignants. Dans certains établissements, les missions et les règles concernant la sécurité doivent être mieux définies. D'autre part, l'implication des médecins est importante mais pas toujours facile, en particulier des médecins libéraux dans les établissements du secteur privé.

Etablissement A – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Au regard d'un soutien fort des managers perçu par les professionnels interrogés et d'un climat de sécurité des soignants développé en partie, l'établissement doit poursuivre sa démarche continue d'amélioration de la culture de sécurité. Pour cela, il devra chercher à dépasser une culture réglée pour tendre vers une culture de sécurité intégrée. Une attention particulière doit être portée au système de signalement des événements indésirables qui semble défaillant (plus d'un tiers des professionnels déclarent n'avoir pas signalé d'événements indésirables dans les 12 derniers mois, crainte d'une réponse punitive lors de la survenue d'erreurs), aux ressources humaines qui tendent à être insuffisantes au regard de l'augmentation de l'activité soignante et sur les problèmes de coordination entre services. Enfin, accorder une plus grande importance aux risques professionnels apparaît nécessaire dans un contexte où les effectifs en personnels soignants sont perçus comme insatisfaisants pour garantir la sécurité des soins. »

Etablissement B – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Cependant, il faudra veiller à ce que les attentes des soignants soient mieux perçues et prises en compte par les managers. Seules deux attentes des soignants (valorisation du

travail et la transmission d'informations) étaient perçues par les managers. Plusieurs attentes déclarées par les professionnels comme l'accompagnement de la gestion des événements indésirables, l'amélioration de la sécurité des personnels, la démonstration d'autorité et surtout la régulation des pratiques n'étaient pas perçues par les managers. Ces attentes non perçues pourront être mieux prises en compte par les managers afin de développer la culture de sécurité.

D'autre part, plusieurs points d'amélioration identifiés comme la disponibilité des médecins libéraux, la formalisation des règles et missions, et l'efficacité limitée de certaines solutions pour la sécurité peuvent constituer des opportunités d'actions. »

Etablissement C – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Si les enquêtes quantitatives et qualitatives sont complémentaires et permettent d'avoir une vision plus complète, des décalages dans les résultats issus de chacune d'elles apparaissent concernant d'une part le soutien perçu des supérieurs hiérarchiques et les attentes des soignants vis-à-vis des managers.

De plus, certains constats issus de l'analyse qualitative peuvent être faits mais nécessitent une approche comparative pour être interprétés de manière pertinente. Ils sont les suivants : le mode de hiérarchisation des risques prioritaires différait selon la fonction (manager/soignants), de même que l'importance accordée aux différentes activités des managers. De plus, dans l'établissement la coordination n'était pas perçue par les soignants bien que cette activité était fréquemment observée. »

Etablissement D – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Plusieurs résultats de l'étude qualitative peuvent expliquer le potentiel d'amélioration de la culture de sécurité : une vision protéiforme de la sécurité et non partagée surtout entre soignants, la perception d'un bon niveau de sécurité dans l'établissement par les professionnels vus en entretien, plusieurs attentes des soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques non perçues par les managers (stabilité de l'organisation des prises en charge, informatisation des transmissions médicales, régulation des pratiques, écoute et considération). Les attentes déclarées par les soignants et perçues par les managers étaient d'avoir de bonnes conditions de travail. Une meilleure communication entre managers et

soignants, et compréhension des attentes des soignants pourraient être utiles pour développer la culture de sécurité. »

Etablissement E – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Plusieurs résultats de l'étude qualitative peuvent expliquer le potentiel d'amélioration de la culture de sécurité : une vision protéiforme de la sécurité et non partagée, la perception d'un niveau de sécurité dans l'établissement « acceptable », voire « bon » par plusieurs professionnels vus en entretien, plusieurs attentes des soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques non perçues par les managers (mise à disposition de plus d'informations, développement de la « prévention des risques », prise en compte de l'expression des soignants).

Les managers intermédiaires ont un rôle important dans l'établissement car ils font le lien entre les tops managers et les managers de proximité, et restent proches du terrain. Mais il n'est pas toujours facile pour ces managers de concilier une activité clinique et la gestion d'un pôle.

Les difficultés financières actuelles ne constituent pas un contexte favorable pour « investir » dans le développement d'une culture de sécurité et dans les structures internes d'appui à la gestion des risques (équipe et référents gestion des risques de l'établissement). »

Etablissement F – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Plusieurs résultats de l'étude qualitative peuvent expliquer le potentiel d'amélioration de la culture de sécurité : la perception rassurante par les managers d'un bon niveau de sécurité dans l'établissement, un soutien insuffisant des tops managers, des attentes déclarées par les soignants différentes de celles perçues par les managers.

Les managers intermédiaires ont un rôle important dans l'établissement car ils font le lien entre les tops managers et les managers de proximité, et restent proches du terrain. Malgré les contraintes financières actuelles, les managers accordent une attention particulière à la sécurité et contribuent par leurs activités au développement d'une culture de sécurité. Comme l'a montré la CME observée lors de ce projet, la priorité était la santé et la sécurité des professionnels.

La perception du soutien des managers, en particulier de celui des tops managers peut être améliorée. Ils devront veiller à l'adaptation des ressources humaines pour la sécurité des soins.

Etablissement G – Extrait du rapport adressé à l'établissement

« Plusieurs résultats de l'étude qualitative peuvent expliquer le potentiel d'amélioration de la culture de sécurité : une vision protéiforme de la sécurité, la perception par plusieurs professionnels vus en entretien d'un niveau de sécurité rassurant dans l'établissement, plusieurs attentes de soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques non perçues par les managers (bénéficiaire de formations, être soutenu en cas de difficultés).

Les cadres de santé ont un rôle important dans l'établissement pour la coordination des actions d'amélioration de la sécurité.

La restructuration de l'établissement, la réorganisation de la gestion des risques, l'appartenance à un groupe national et son soutien sont des opportunités pour développer la culture de sécurité. Cependant, il faudra veiller que la sécurité ne soit pas négligée au profit d'un rendement plus important.»

En plus des préconisations, chaque établissement a été informé **des opportunités et des menaces identifiées pour le développement de la culture de sécurité** (Annexe 12). Ces opportunités et menaces sont surtout liées à des facteurs structurels de l'établissement et aussi à des facteurs externes.

Plusieurs types d'opportunités ont été identifiés dans 6 établissements. Ces opportunités étaient par exemple : la dynamique de communication interne, la restructuration de certains établissements avec l'arrivée de nouveaux managers, la stabilité du personnel, l'implication du médecin référent, la démarche de certification de l'établissement.

Une ou plusieurs menaces ont aussi été identifiées dans 6 établissements. Elles concernaient l'importance accordée surtout aux conséquences financières des risques identifiés, un manque d'implication des médecins, un faux sentiment de sécurité globale, des difficultés financières, des ressources humaines perçues comme non adaptées à l'activité, une résistance au changement des professionnels liée à de nombreuses évolutions depuis l'achat d'un établissement par un groupe national.

Certains outils opérationnels élaborés dans le cadre du projet EMERAUDES, comme la grille d'analyse des documents institutionnels et opérationnels pour la gestion des risques (Annexe 3), la check-list pour l'observation des activités managériales (Annexe 6) **pourraient être diffusés à d'autres établissements** de la région ou utilisés dans le cadre d'autres projets de recherche. La stratégie d'échantillonnage pour obtenir une mesure du climat de sécurité au niveau de l'établissement, utilisée pour la première fois en France dans le cadre de ce projet, constitue une alternative intéressante aux mesures habituellement réalisées sur l'ensemble de la population des soignants d'un établissement de santé.

V. Conclusion

La réalisation du projet EMERAUDES dans 7 établissements de santé a permis d'analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité, de mesurer le climat de sécurité des soignants, et de tester l'hypothèse suivante : un fort engagement et soutien des managers est associé à un climat de sécurité des soignants. Les objectifs de ce projet ont pu être atteints grâce à l'implication et la disponibilité des managers et des soignants rencontrés, mais aussi grâce à l'intérêt porté à cette thématique retenue et au dynamisme des porteurs du projet dans chaque établissement.

Les résultats de ce projet apportent de nouvelles connaissances sur le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité. Les résultats montrent comme les études précédemment réalisées en France un climat de sécurité des soignants peu développé, avec une faible participation des soignants à ce type de mesure dans plusieurs établissements. Une des dimensions les moins développées était le soutien du management pour la sécurité des soins.

L'analyse des entretiens et les observations ont montré le soutien des managers apporté aux équipes de soins, en particulier des managers de proximité. Ce soutien est plutôt basé sur un leadership transformationnel, et se traduit en pratique par différents types d'activités. Mais ce projet a aussi montré des perceptions différentes sur la sécurité, en particulier des attentes des soignants non perçues par les managers. Ces attentes concernaient surtout l'amélioration des conditions de travail, la régulation des pratiques par les managers et une valorisation du travail réalisé.

Ce projet a créé une opportunité pour les 7 établissements de réaliser une analyse de la gouvernance et de l'organisation de la gestion des risques, en utilisant le système d'information de la gestion des risques ; et parfois d'initier une réflexion sur des améliorations possibles. De plus, l'analyse de l'ensemble des données recueillies a permis de formuler des préconisations à chaque établissement visant à développer la culture de sécurité.

Ce projet va avoir plusieurs retombées au niveau régional. Le Ccecqa va pouvoir utiliser les résultats de ce projet pour proposer des actions d'amélioration aux 33 établissements qui ont participé à la campagne régionale 2015 de mesure du climat de sécurité, pour diffuser à partir des outils utilisés dans EMERAUDES des outils simples d'analyse et d'amélioration du déploiement de la gestion des risques. Enfin, Le Ccecqa va organiser un séminaire en novembre 2016 avec les directeurs d'établissements de santé, et une formation en décembre 2016 pour les présidents de CME sur le thème des démarches qualité et gestion des risques où les résultats de cette recherche seront présentés et discutés afin de développer de nouvelles actions visant à renforcer le soutien des managers. Les résultats de ce projet vont aussi être utilisés dans le groupe de travail de la HAS « Développement des safety walkrounds ».

La prise en compte de ces apports et des réalités de terrain devrait permettre aux établissements de santé et aux pouvoirs publics d'améliorer la culture de sécurité et le déploiement des actions de gestion des risques.

Bibliographie

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, US Institute of Medicine. Washington: National Academy Press, 2000.
2. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers Solidarité et Santé, 2010 : n°17.
3. Farge Broyard A, Rolland C. Les recommandations pour l'organisation de la gestion des risques en établissements de santé. *Risques et Qualité* 2004; 2: 8-12.
4. Mounic V, Garrigue-Guyonnaud H, Bruneau C, Obrecht O, Burnel P, Coulomb A. Gestion des risques et accréditation. *Risques et Qualité* 2004; 2: 13-16.
5. Ministère chargé de la santé – Haute Autorité de Santé. Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017, 2013, 28 p. Accessible à http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
6. Agence pour l'Energie Nucléaire. Le rôle de l'autorité de sûreté dans la promotion et l'évaluation de la culture de sûreté. AEN, Juin 1999.
7. Quenon JL, Roberts T, Porro Z, Gautier C, Quintard B, Sibé M, Pourin C. Etude sur les freins et leviers influençant l'avancement des actions de gestion des risques (PROGRESS 2014). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2014, 171 p.
8. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 17-23.
9. The Health Foundation. Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? 2011. <http://www.health.org.uk>
10. Ocelli P. Culture de sécurité : du concept à la pratique. Paris : HAS, 2010.

11. Bonner AF, Castle NG, Men A, Handler SM. Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10(1): 11-20.
12. Hofmann D, Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology* 2006; 59: 847-869.
13. Arah OA, Klazinga NS. How safe is the safety paradigm? *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 226-232.
14. Safe Practices for better Health Care: A Consensus Report. National Quality Forum 2003.
15. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS, 2014, 112 p. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011
16. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.
17. Simard M. La culture de sécurité. In: Daniellou F, Simard M, Boissières I, editors. Les cahiers de la sécurité industrielle : facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle, un état de l'art. Toulouse : Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, 2010.
18. Occelli P, Quenon JL, Hubert B, Kosciolk T, Hoareau H et al.. Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France. *J Healthc Risk Manag* 2011; 30(4): 42-47.
19. Quenon J-L, Occelli P. Impact de l'analyse de scénarios cliniques sur la culture de sécurité dans 18 unités de soins d'Aquitaine : rapport final de la recherche. Pessac : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, 2011
20. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: what have we learned? *JAMA* 2005; 239(19): 2384-2390.
21. Olsen E, Aase K. A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry. *Qual Saf Health Care* 2010;19 Suppl 3:i75-9.
22. Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Management Science* 2005; 51(6): 948- 960.
23. Van Vactor JD. Collaborative leadership model in the management of health care. *Journal of Business Research* 2012; 65: 555-561.

24. Flin R, Yule S. Leadership for safety: industrial experience. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13(Suppl II):ii45–ii51.
25. Mintzberg H. *Manager. Ce que font vraiment les managers*, Vuibert, 2011, 352 p.
26. Anderson C. Leading, managing, and supervision, in Nose LJ, Friderg DG, Walter Kluwer health. *Management and supervisory principles for physician therapists*, 2010, 3rd ed., Philadelphia, pp 226-45.
27. Lauade L, Chauvigné C. Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2010; 16(39):81-108.
28. Embertson MK. The importance of middle managers in healthcare organizations. *J Healthc Manag*, 2006; 51(4): 223-232.
29. Falcoz C, Bécuwe A. *Le management dans les organisations publiques : mode ou nécessité ? Les cas d'un organisme social*, Université de Lyon, 2007. Accessible à : http://centremagellan.univ-lyon3.fr/fr/articles/202-214_331.pdf (consulté le 23-07-2013).
30. Hales CP. What do managers do? A critical review of the evidence. *Journal of Management Studies*, 1986; 23(1): 88-115.
31. Bass BM, Avolio BJ. Transformational leadership and organizational culture, *Public administration quarterly*, 1993; 17(1): 112-121.
32. Krause TR, Hidley J. *Taking the lead in patient safety. How healthcare leaders influence behavior and create culture*, Hoboken, NJ: Wiley; 2008.
33. McFadden KL, Henagan SC, Gowen CR. The patient safety chain: transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives and outcomes. *Journal of Operations Management* 2009; 27(5): 390-404.
34. Biggs S, Banks T. Comparison of safety climate and safety outcomes between construction and resource functions in a large case study organization. In *Occupational safety in transport conference*, 2012, Crowne Plaza, Gold Coast, QLD.
35. Fucks I. L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique, in *Le travail humain*, PUF, 2012 ; 75(4): 399-420.
36. Guo KL. An assessment tool for developing healthcare managerial skills and roles. *J Healthc Manag*. 2003; 48(6): 367-76.

37. Gilmartin MJ, D'Aunno TA. Leadership research in healthcare: a review and roadmap. *The Academy of Management Annals*, 2007; 1: 387-438.
38. Mintzberg H. *The nature of managerial work*. New York: Harper& Row, 1973.
39. Hudelson PM. Culture and quality: an anthropological perspective. *Int J Qual Health Care*, 2004; 16(5): 345-6.
40. Journé B. Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ. *Finance, contrôle, stratégie*, 2005; 8(4): 63-91.
41. Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf*, 2006; 2(3): 105-115.
42. European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators. *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. Danemark : European Union Network For Patient Safety, 2010.
43. Consortium CLARTE (Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhone-alpes pour la production d'indicateurs en sanTE). *Rapport final du projet CLARTE*, 2013.
44. Kaplan HC, Provost LP, Froehle CM, Margolis PA. The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Qual Saf*, 2012; 21(1): 13-20.
45. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 2013; 22(1): 11-8.
46. Frankel A. *Patient Safety Leadership WalkRounds™*. Institute for Healthcare Improvement, 2004.
47. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *J Patient Saf*, 2005; 1: 33-40.
48. Cabrera DD, Isla R, Vilela LD. An evaluation of safety climate in ground handling activities, Paper presented at the aviation safety, Proceeding of the IASC-97 International aviation safety conference, 1997, Netherlands.
49. Ocelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25(4): 459-68.

50. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.
51. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/4/14/SANS0521125D/jo/texte>
52. Instruction N° DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au programme national sécurité des patients. Accessible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
53. Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Accessible à https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20101116&numTexte=117&pageDebut=20428&pageFin=20429
54. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Accessible à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
55. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La semaine de la sécurité des patients. Accessible à <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/semaine-de-la-securite-des-patients/article/la-semaine-de-la-securite-des-patients>
56. Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étapes 4 et 5 : Hiérarchiser les risques identifiés puis mettre en oeuvre le plan d'actions en assurant son suivi. Risques et qualité en milieu de soins 2008; 5(2): 106-15.
57. Quintard B, Roberts T, Nitario L, Quenon JL, Michel P. Acceptability of Health Care-Related Risks: A Literature Review. J Patient Saf. 2016; 12(1): 1-10.
58. Michel P, Quintard B, Quenon JL, Roberts T, Nitario L, KRET M. Acceptabilité des principaux types d'événements indésirables graves associés aux soins en population générale et chez les médecins. Étude MALIS « Mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Etudes et Recherches : 2011 ; 108, 152 p.

59. Groupe de travail de l'Icsi « Culture de sécurité ». La culture de sécurité: comprendre pour agir. Numéro 2017-01 de la collection les Cahiers de la sécurité industrielle, Institut pour une culture de sécurité industrielle, 2017, 117 p.
60. Haute Autorité de Santé. PACTE – Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe
61. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care, 2003; 12: 405-410.
62. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database. Rockville, 2016, 216 p. Accessible à http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf
63. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppel C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient safety leadership walkrounds. Jt Comm J Qual Saf. 2003; 29(1): 16–26.
64. Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety walkrounds: emerging themes and practical messages. BMJ Qual Saf. 2014; 23(10): 789–800.
65. Girerd-Genessayl, 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.
66. Haute Autorité de santé. Rencontres de sécurité des soins et management. Le webzine de la HAS du 6.01.2015. Accessible à http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1794337/fr/rencontres-de-securite-des-soins-et-management
67. Simard M. La culture de sécurité et sa gestion. In: Stellman JM, Éd. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. Genève : Bureau International du Travail, 2004.
68. Gentile S, Durand A-C, Mouelhi Y, Devictor B, Colin C. Les structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité du patient en France : un état des lieux. Risques et Qualité, 2016; 3(3): 143-151.
69. Pinson G, Sala Pala V. Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? Revue française de science politique 2007; 5(57): 555-597.
70. Stober J. The social desirability scale-17 (SD-17): convergent validity, discriminant validity, and relationship with age. European Journal of Psychological Assessment, 2001; 17: 222-232.

71. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e005055. doi:10.1136/bmjopen-2014-005055

Tables des illustrations

Tables des Tableaux

Tableau 1 - Description des 7 établissements : le type de structure et d'activité, la situation financière, les résultats de la dernière certification, l'organisation de la gestion des risques.	51
Tableau 2 - Description des pôles de santé : dénomination, management, communication.....	60
Tableau 3 - Description des services de soins : activité, nombre de lits ou de places, type de patients, management, communication, organisation de la GDR.	61
Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des professionnels rencontrés (n = 65).....	66
Tableau 5 - Répartition des managers selon le poste occupé dans l'établissement (n = 44).	68
Tableau 6 - Répartition des soignants selon leur catégorie professionnelle (n = 21).....	69
Tableau 7 - Responsabilité attribuée aux différents types de managers par 10 professionnels. Pour les top managers, un professionnel a cité 2 types de managers.....	73
Tableau 8 - Critères de hiérarchisation mobilisés par les 42 professionnels pour apprécier la priorité à accorder à un risque.	77
Tableau 9 - Les points forts identifiés en matière de sécurité au niveau des établissements par 41 professionnels	79
Tableau 10 - Les points forts identifiés en matière de sécurité au niveau des services de soins par 11 professionnels.	83
Tableau 11 - Les différentes activités de coordination des managers selon les professionnels (n = 51).	88
Tableau 12 - Fréquence des actions relatives à l'exemplarité des managers déclarées par 48 professionnels.	90
Tableau 13 - Répartition des activités observées pour chaque type de managers et l'ensemble des 14 managers.....	99
Tableau 14 - Les attentes déclarées par 15 soignants en matière de sécurité vis-à-vis des managers. (Pour chaque attente et catégorie d'attentes, est indiqué le nombre de professionnels en ayant cité au moins une.).....	102
Tableau 15 - Les attentes des soignants perçues par 26 managers.	104
Tableau 16 - Perception du soutien des supérieurs hiérarchiques exprimée par 28 répondants.	108
Tableau 17 - Points d'amélioration identifiés par 17 répondants concernant le soutien de leurs supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité.....	109
Tableau 18 - Nombre de patients inclus et taux de participation dans chaque établissement.	112
Tableau 19 - Dimensions du climat de sécurité des soins et scores composites des réponses positives. Résultats des établissements A à G.	113
Tableau 20 - Scores des items des 10 dimensions du climat de sécurité dans les 7 établissements de santé (A à G).....	116

Table des figures

Figure 1 - Modèle de relations causales entre les dimensions de la culture de sécurité (Projet CLARTE, 2013).	30
Figure 2 - Description des établissements ayant participé au projet EMERAUDES.....	39
Figure 3 - Description des professionnels inclus dans l'étude pour un établissement organisé en pôles de santé.....	40
Figure 4 - La sécurité en établissement de santé.	70
Figure 5 - Les représentations de la sécurité des personnes.	71
Figure 7 - Niveau de sécurité perçu dans leur établissement de santé par 47 participants aux entretiens. NSP : ne sais pas.....	78
Figure 8 - Le niveau de sécurité perçu dans le service par 13 professionnels.	82
Figure 9 - Fréquence de chaque activité attribuée aux managers par l'ensemble des répondants (n = 65).....	85
Figure 10 - Répartition des réponses des professionnels selon la collaboration entre les différents types de managers.....	89
Figure 11- Fréquence des activités déclarées dans chaque établissement.	95
Figure 12 - Fréquence de chaque type d'activité observée auprès de 14 managers.	96
Figure 13 - Les attentes perçues en matière de sécurité par 26 managers et déclarées par 15 soignants.	105
Figure 14 - Nombre d'attentes en matière de sécurité perçues par les soignants et par les managers dans les 7 établissements de santé (A à G).	106
Figure 15 - Niveau de sécurité des soins perçu dans le service.....	114
Figure 16 - Nombre de fiches de signalement des événements indésirables remplies au cours des 12 derniers mois. Résultats des établissements A à G.	114