

# Culture sécurité en santé

*Enjeux et perspectives*



**AUDIPOG**

Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés  
en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

Conventions avec le CNGOF, CNSF et la SFMP

*Journée Technique  
AUDIPOG*

Lundi 1<sup>er</sup> octobre 2018

---

**Dr Bruno Bally**  
service EvoQSS

# une journée ordinaire ...

Jeudi après midi, unité A Ortho-Traumato : 1IDE + 1EIDE + 1AS  
6 retours de bloc dont 2 patients de + de 80 ans,  
2 entrées des Urgences, 5 entrées pour le bloc du vendredi.

19h : IDE fatiguée, stressée, pressée,  
préparation PSE héparine patient chambre 4701  
alarme ECG + SaO<sub>2</sub>, chambre 4715 , Mr S. 88 ans  
« je vais m'occuper de Mr S., je vérifierai et brancherai le PSE après »

retour IDE 60' plus tard : EIDE a branché le PSE ...  
vérification par IDE : erreur vitesse (surdosage) → reprogrammation PSE  
contrôle TCA, avis interne demandé → reproches,  
changement équipe 30 minutes plus tard

## .... suite et fin

À la relève : IDE bouleversée et en pleurs mais en congés pour 2 jours. En congés se souvient qu'elle n'a pas fait de déclaration d'incident. Revient 2 jours plus tard et remplit la fiche de déclaration d'incident. Pas de conséquence pour le patient.

Le lendemain reçoit un appel à son domicile du cadre infirmier qui souhaite des explications et la convoque pour un entretien avec le chef de service le jour suivant.

Lors de l'entretien il lui est reproché de n'avoir pas fait la déclaration immédiatement et un défaut de supervision de l'EIDE. Cela sera noté dans son dossier personnel.

A la pause café ses collègues la trouve stupide d'avoir déclaré un incident qui n'a pas provoqué de dommage et lui disent qu'ils ne déclareront rien à l'avenir pour ne pas risquer la même chose.....

# check-list au bloc opératoire

→ un outil validé pour éviter les erreurs ....

HAS - 2010

OMS - 2008



ALLIANCE MONDIALE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

UNE CHIRURGIE PLUS SÛRE POUR ÉPARGNER DES VIES

DEUXIÈME DÉFI MONDIAL POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

CHECK-LIST		
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »		
Version 2011 - 01		
HAS		Mandat officiel de l'établissement
Bloc : _____ Salle : _____ Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____ Chirurgien « intervenant » : _____ Anesthésiste « intervenant » : _____ Coordinateur(s) check-list : _____		
<b>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE</b> <i>Temps de passer avant anesthésie</i>	<b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b> <i>Temps de passer avant incision</i>	<b>APRÈS INTERVENTION</b> <i>Passer avant sortie de salle d'opération</i>
1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1 Vérification « ultime » créée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) - anesthésiste(s) / IDE - IRD / ISE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • les matériels corrects confirmés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • documents nécessaires disponibles (notamment images) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • du compte final correct des compresses, sangles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • de l'enquêteur des prélèvements, (pièces opératoires, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un agrègement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si non pendant l'intervention, c'est-à-dire avant la sortie de la salle d'opération
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • a minimaient par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou protocole spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2 Partage des informations essentielles, orales et au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Dont oral) : • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (temps opératoire difficile, points spécifiques de	2 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière concertée entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3 Selon procédure en vigueur dans l'établissement : Attention que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IDE Coordinateur CL
4 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
8 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
9 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
10 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
13 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
14 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
15 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
16 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
17 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
18 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
19 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
20 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
21 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
22 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
23 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
24 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
25 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
26 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
27 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
28 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
29 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
30 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
31 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
32 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
33 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
34 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
35 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
36 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
37 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
38 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
39 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
40 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
41 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
42 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
43 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
44 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
45 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
46 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
47 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
48 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
49 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
50 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
51 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
52 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
53 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
54 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
55 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
56 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
57 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
58 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
59 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
60 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
61 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
62 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
63 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
64 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
65 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
66 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
67 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
68 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
69 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
70 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
71 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
72 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
73 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
74 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
75 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
76 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
77 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
78 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
79 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
80 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
81 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
82 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
83 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
84 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
85 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
86 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
87 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
88 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
89 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
90 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
91 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
92 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
93 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
94 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
95 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
96 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
97 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
98 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
99 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
100 Les interventions prévues de l'après-midi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

## A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H., William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D., Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D., Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibataja, M.D., Marie Carmela M. Leetan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A., Krishna Moorthy, M.D., M.Ch., Richard M. Perez, M.D., M.Ch., Bryce Taylor, M.D., and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group\*

NEJM - 15 janvier 2009

# check-list au bloc opératoire

Article original

AFAR 2011

Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Quels acquis, quelles perspectives, un an après son implantation en France

*One year implementation of the safe surgery checklist in France, what has been achieved so far, what could be improved?*

P. Cabarrot\*, R. Bataillon, R. Le Moign

Haute Autorité de santé, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 2, avenue du Stade de France, 92218 Saint-Denis La Plaine, France

**Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist**

BMJ 2012

Aude Fourcade,<sup>1</sup> Jean-Louis Blache,<sup>2</sup> Catherine Grenier,<sup>3</sup> Jean-Louis Bourgain,<sup>4</sup> Etienne Mirvielle<sup>1</sup>

Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study

BMJ 2010

Brigid M Gillespie,<sup>1</sup> Wendy Chaboyer,<sup>2</sup> Marianne Wallis,<sup>3</sup> Clare Fenwick<sup>1</sup>

→ mais des **difficultés** identifiées ...

- perception d'inutilité ou de limitation de l'autonomie professionnelle
- perception d'une tache administrative supplémentaire
- mauvaise communication entre les acteurs ...

# check-list au bloc opératoire

Risques et Qualité 2011

## De l'avion au bloc opératoire : première introduction de la *check-list* en France

Analyse de son application par les médecins engagés dans l'accréditation des disciplines à risque

Ph. Casassus, R. Amalberti, B. Bally, Ph. Cabarrot, R. Bataillon  
Service évaluation et amélioration des pratiques, Haute Autorité de santé

« ... un tel **comportement** constitue une vraie **révolution culturelle** . La réussite d'une telle démarche de qualité implique l'**acceptation** par les professionnels d'un **considérable changement dans la perception** de leur fonctionnement au quotidien. Il faut qu'ils en soient **convaincus** pour être **motivés** à une **application** sans arrière-pensée, gage de réussite. »

British Journal of Anaesthesia 109 (1): 47-54 (2012)  
Advance Access publication 30 May 2012 · doi:10.1093/bja/aes175

BJA

## Surgical safety checklists: do they improve outcomes?

I. A. Walker<sup>1</sup>\*, S. Reshamwalla<sup>2</sup> and I. H. Wilson<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust, London WC1N 3JH, UK

<sup>2</sup> Lifebox Foundation, 21 Portland Place, London W1B 1PY, UK

<sup>3</sup> Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust, Exeter EX2 5DW, UK

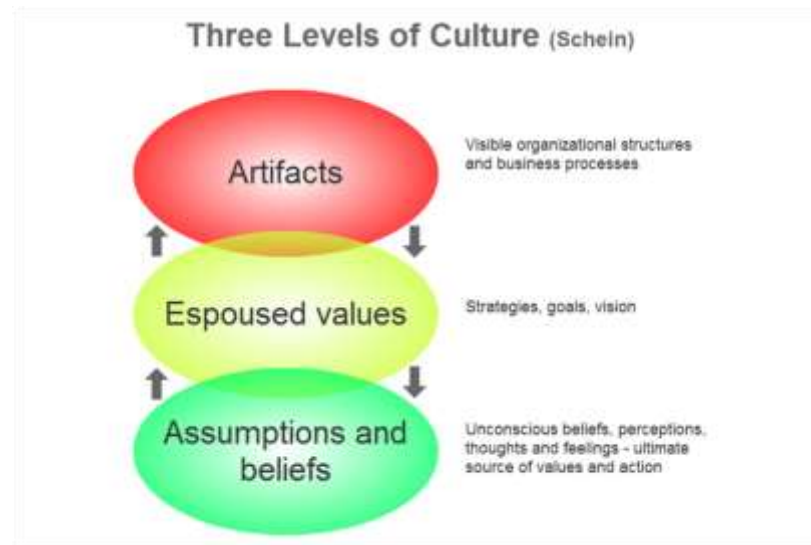
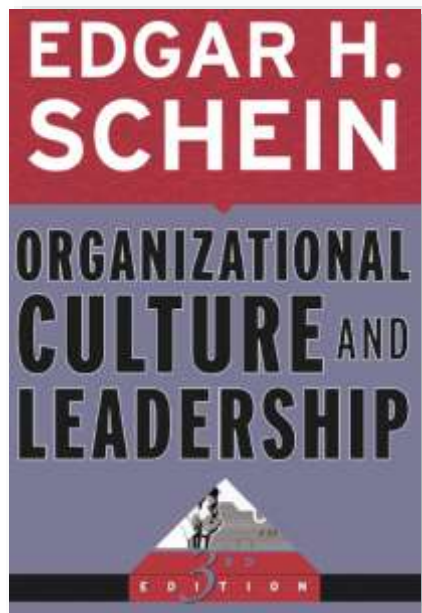
\* Corresponding author. E-mail: isabeauwalker@mac.com

### Editor's key points

- Checklists, notably the WHO Surgical Safety Checklist, have an established place in safe theatre practice.
- There is emerging evidence that checklists may have further applications in acute and emergency situations.
- Effective implementation of checklists requires individual clinicians to adapt to a changing safety culture.

# Culture organisationnelle (E. Schein)

« C'est un ensemble d'hypothèses partagées, apprises par le groupe, qui lui a permis de résoudre des problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, et qui ont fonctionné de manière suffisamment satisfaisante pour qu'elles soient considérées comme valides et par conséquent enseignées aux nouveaux membres du groupe comme étant la manière appropriée de percevoir, penser et ressentir par rapport à ces problèmes. »





## « Culture de sûreté » :

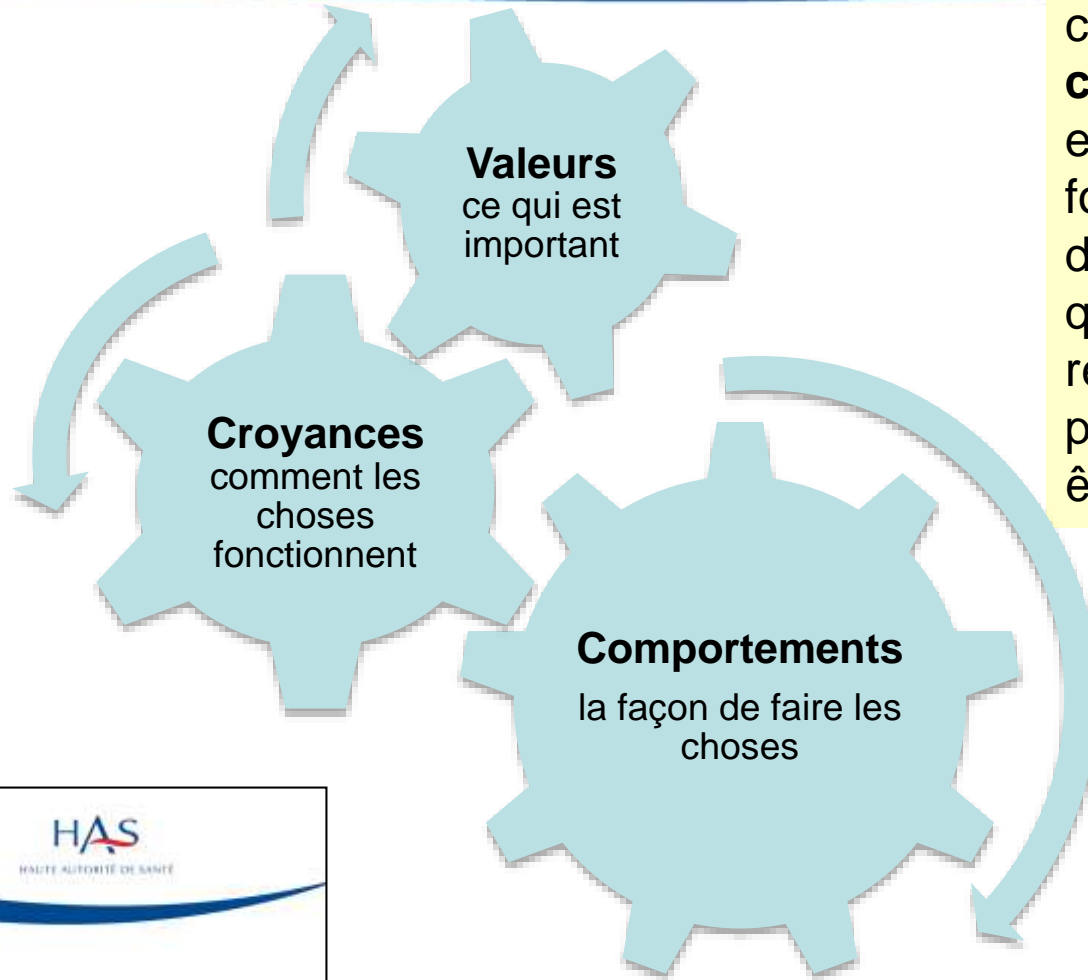
« Ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les **organismes** et chez les **individus**, font que les questions relatives à la **sûreté** bénéficient, **en priorité**, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance. »

→ se manifeste dans 2 grands domaines :

- l' **organisation** mise en place par la hiérarchie,
- l' **attitude** des individus qui en résulte.



# Culture sécurité en santé



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

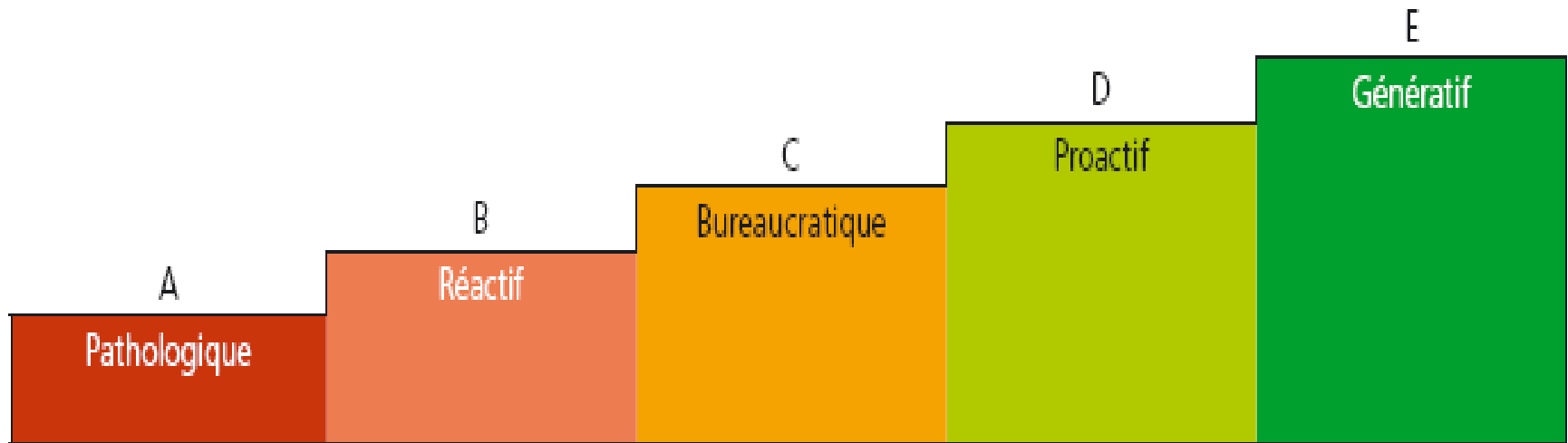
→ « façons d’agir, de ressentir et de penser **partagées** en matière de sécurité des soins »

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La culture de sécurité des soins :  
du concept à la pratique

# Culture de sécurité



A- Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?

B- Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C- Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D- Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E- La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Westrum, Reason

MaPSaf

# Organisations à Haute Fiabilité (HRO)

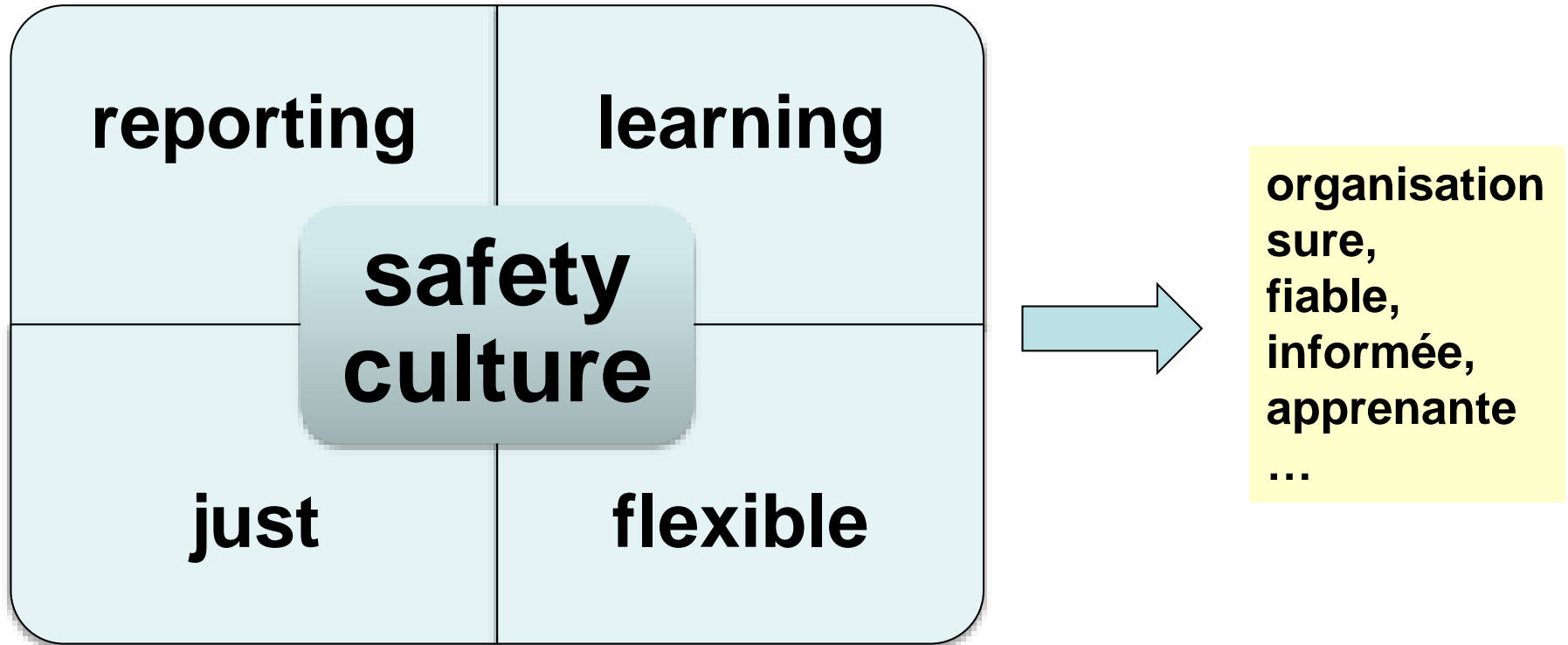
- un élément central : **l'équipe** : des professionnels compétents, solidaires, vigilants, respectueux → « **collective mindfulness** »
- Sécurité = **S.réglée + S.gérée** → gestion de **l'inattendu**  
capacité à s'**adapter** +++ aux environnements changeants, complexes et critiques avec pression temporelle (**résilience**)



5 caractéristiques des HRO : *Weick, Sutcliffe (2001)*

- ✓ **preoccupation with failure** : tous concernés par les dysfonctionnements
- ✓ **reluctance to simplify** : comprendre sans blâmer, analyse approfondie
- ✓ **sensitivity to operations** : attention et vigilance permanentes
- ✓ **commitment to resilience** : adaptation et récupération/atténuation
- ✓ **deference to expertise**: respect du rôle de chacun, écoute du terrain

# Culture de sécurité



*J. Reason, Managing the risks of organizational accidents (1997)*

*K. Jones, A. Skinner (AHRQ 2008)*

*E. Marsden E (FONCSI 2014)*

# Evaluer la culture sécurité en ES

## → Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)

développé par Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

## → traduction, test et validation par le CCECQA

(Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine)

étude DECLICS : DEveloppement de la CuLture de sécurité Chez les Soignants

<http://www.ccecqa.asso.fr/projets/declics-0>

## → 40 questions regroupées en **10 dimensions**

+ 2 questions générales : - niveau de sécurité perçu  
- nombre EIAS signalés

1 score / dimension = moyenne réponses positives questions

score  $\geq 75\%$  : dimension dite **développée**

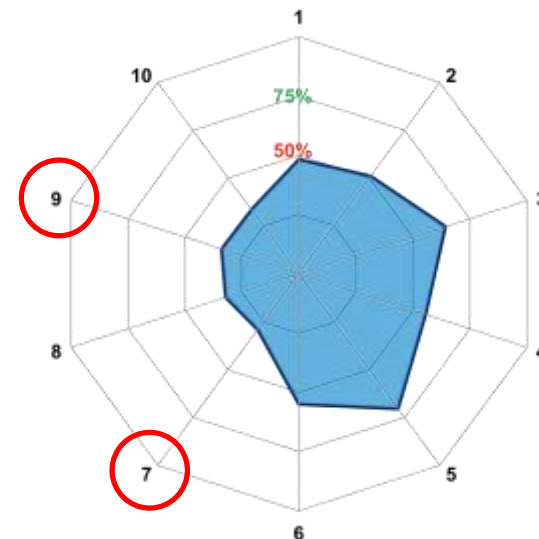
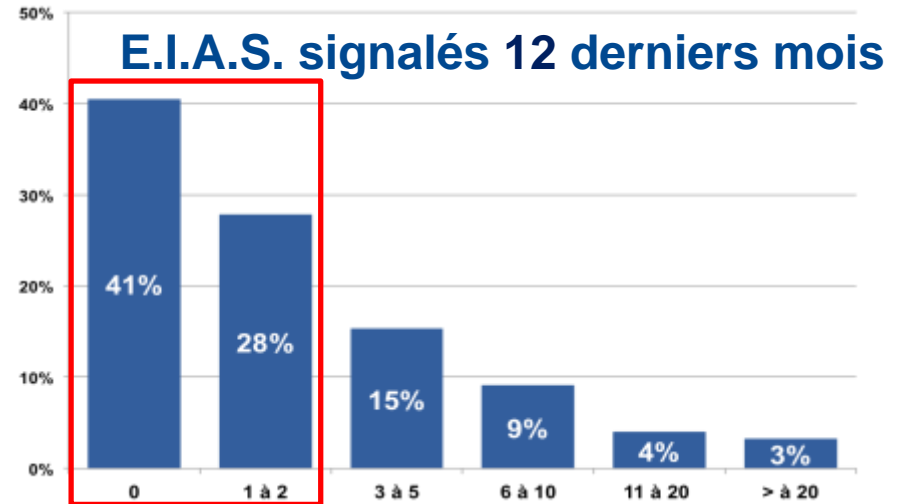
score  $\leq 50\%$  : **fort potentiel d'amélioration**

# Exemple enquête CS : Projet PACTE (2014)

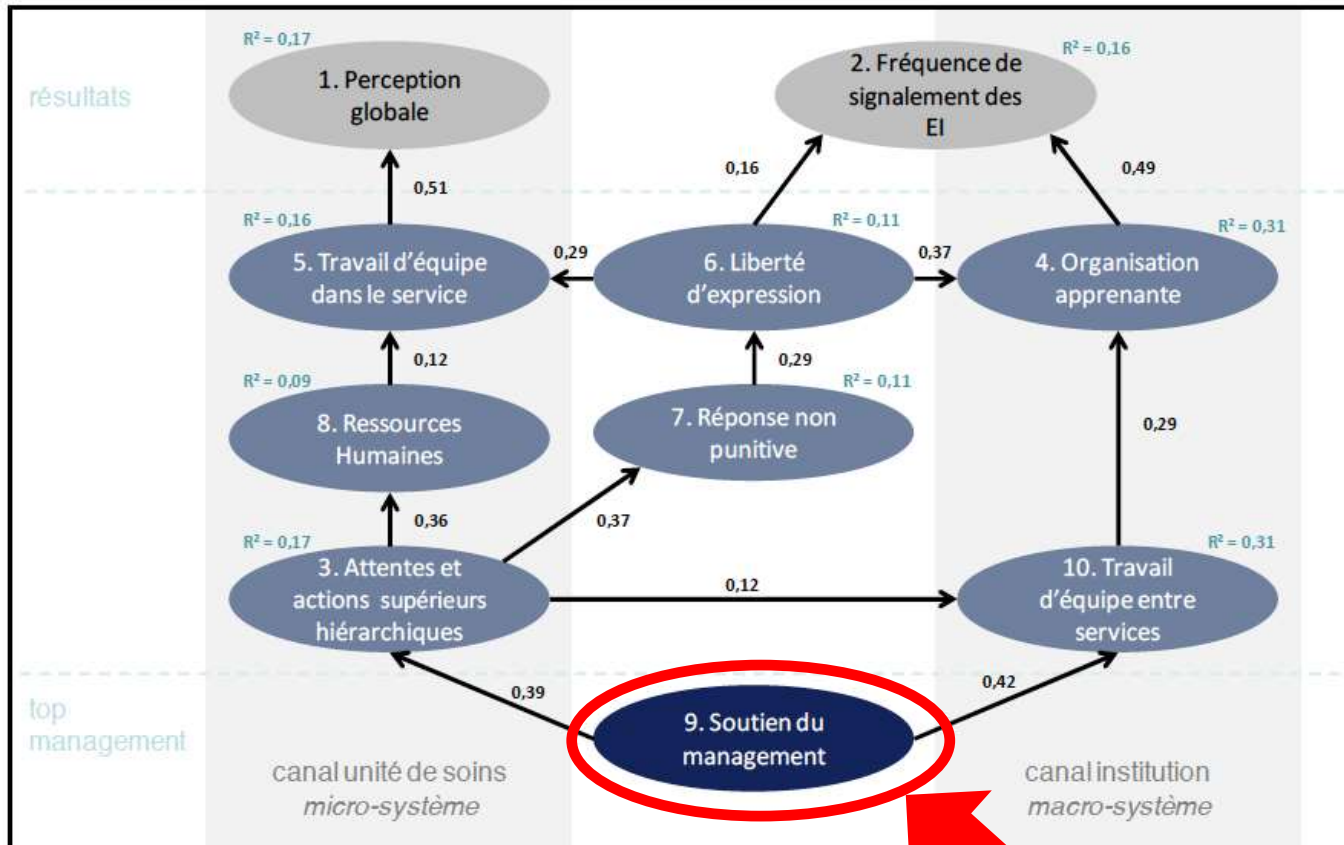
**14** équipes PACTE  
3 C.H.U., 4 C.H.,  
2 E.S.P.I.C., 5 E.S. Privés

Taille moyenne Equipe : **42**  
(21 à 93)

→ **594** réponses  
15% médecins  
85% paramédicaux



# Evaluation Culture Sécurité (projet CLARTE 2014)



**CLARTE**  
Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes  
pour la production d'indicateurs en santé



Direction générale de l'offre de soins

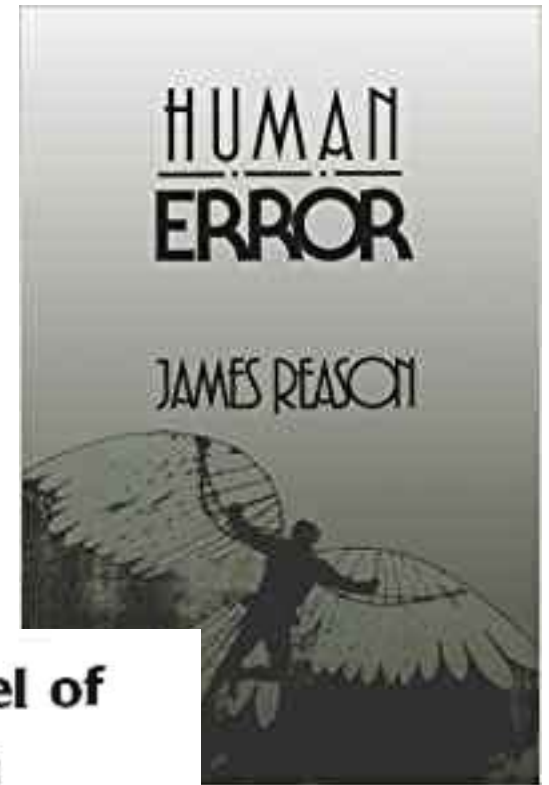
**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



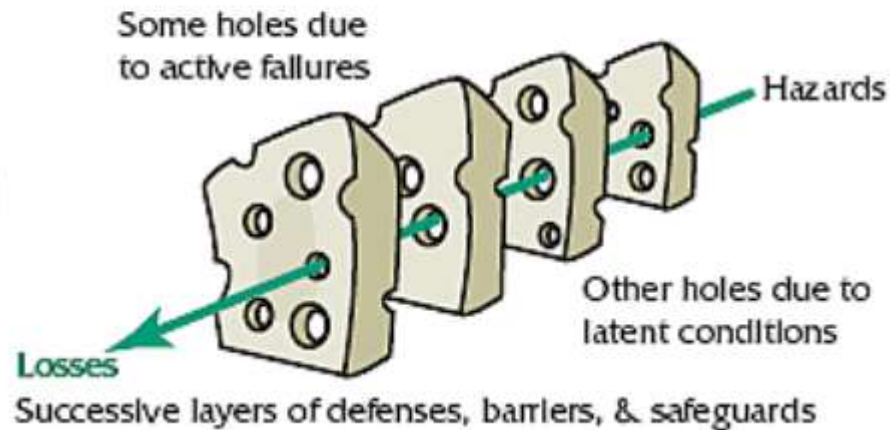
# Conclusions

→ Culture sécurité et erreur humaine





## The Swiss Cheese Model of Accident Causation

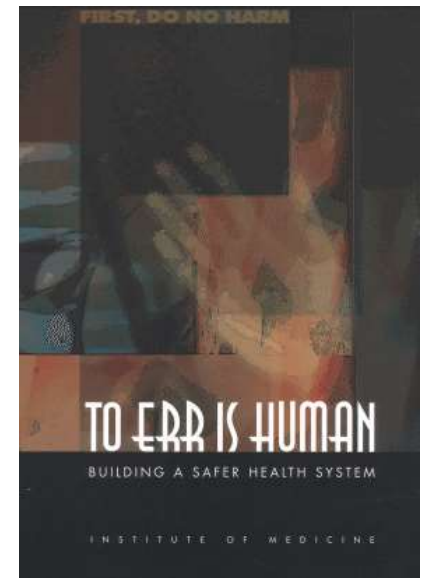
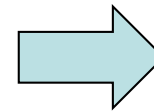
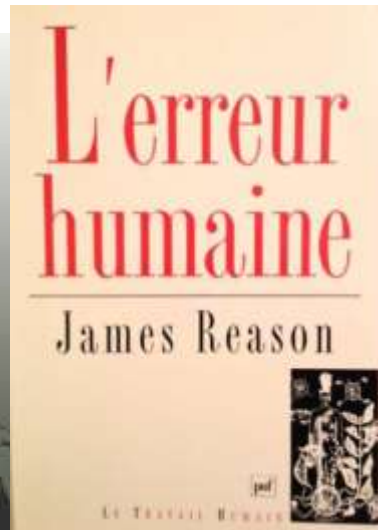


# la théière de James Reason (1970) ....



# 1990, après 20 années de recherche ...

+ Tenerife 1977, Three Miles Island 1979, Bhopal 1984, Challenger 1986, Tchernobyl 1986, Piper Alpha 1988 ...



IOM 1999

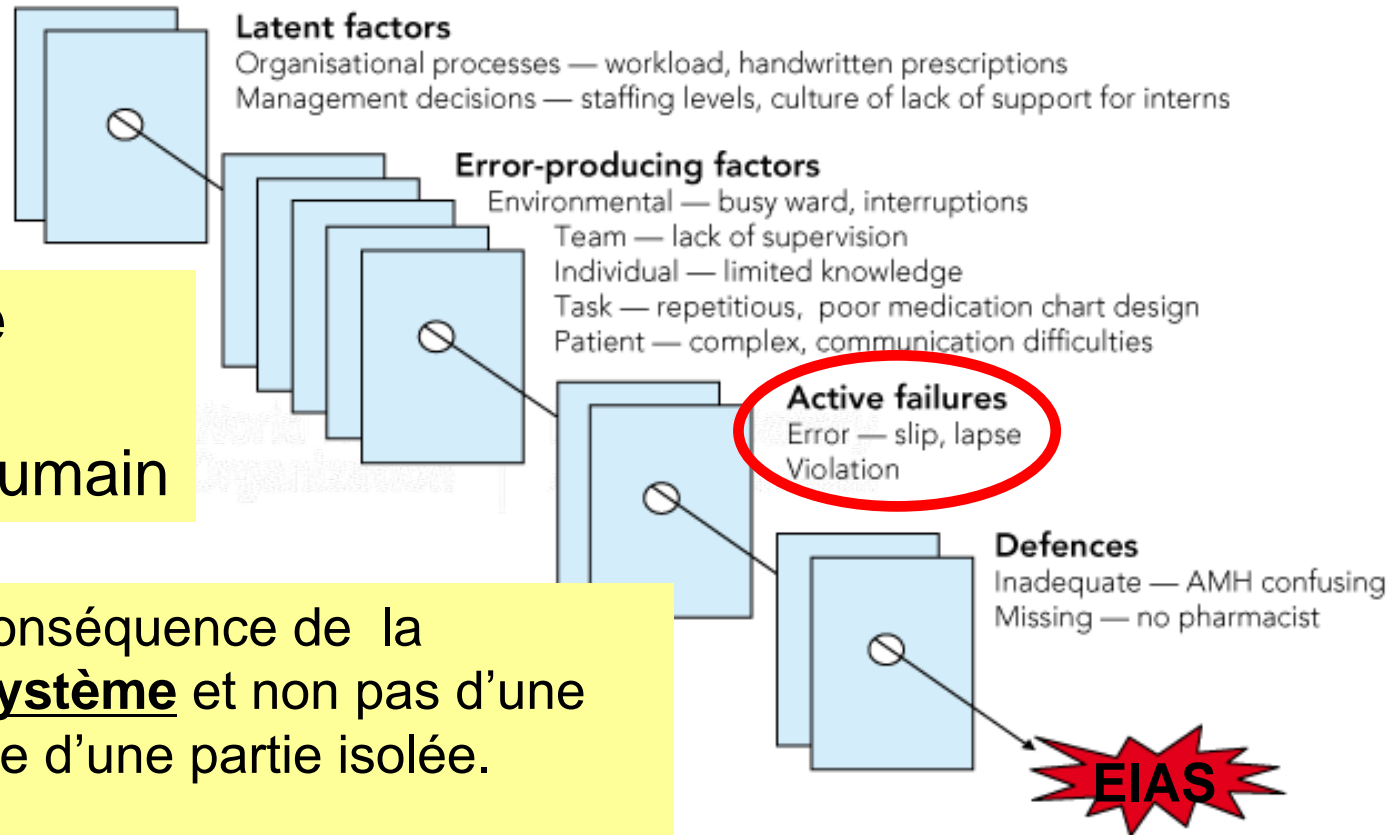
Erreurs : 8<sup>ème</sup> cause DC

approche individuelle → approche **systemique**

# J. Reason : Erreur humaine $\neq$ EIAS !

## Modèle de James Reason

Erreur humaine fréquente  
comportement humain



- **L' EIAS** est la conséquence de la défaillance du **système** et non pas d'une défaillance locale d'une partie isolée.
- **La sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence d'erreur des opérateurs**  
→ **nécessité de gestion de l'erreur**

# de la théorie à la réalité ...

- **Apprendre** (car tout professionnel fait des erreurs)

Erreur est acceptée → **confiance**

Conséquences : erreurs signalées, discutées, analysées

→ process et systèmes peuvent se protéger

→ amélioration **sécurité** des patients

- **Sanctionner** (car un bon professionnel ne fait pas d'erreur)

Erreur est stigmatisée, blâmée → **peur**

Conséquences : erreurs cachées, ignorées , "invisibles"

→ process et système **dangereux**

→ conséquences graves pour les patients

# conduite du changement



**IAEA**

International Atomic Energy Agency

**International Technical Meeting on Safety  
Culture Oversight**

Safety Culture and Organizational Change  
Management

- ... pour améliorer la culture sécurité, d'après l'**AIEA (2011)** :
- ne peut pas être imposée par des règles ou des normes
  - conduit par des personnes (managers et leaders +++)
  - qui adoptent de nouvelles attitudes et comportements (sécurité)
  - de manière pérenne, visible et réaffirmée régulièrement.

