# Contribution à l'évaluation de la culture de sécurité des soins

## Contribution to the evaluation of health care safety culture

Youcef Oussama FOURAR [a], Wissal BENHASSINE [b]

(a) Laboratoire LRPI, Institut d'Hygiène et Sécurité, Université de Batna 2, Algérie
(b) Laboratoire LRPI, Service de Médecine de travail, Faculté des sciences médicales, Université de Batna 2, Algérie

تاريخ الإرسال: **02-11-2020** تاريخ القبول: **07-01-2021**

**Résumé :**

Le concept de la Culture de Sécurité des Soins (CSS) a attiré l'attention des chercheurs depuis l'apparition du rapport américain «To Err is Human» qui porte sur la sécurité des patients. Ainsi, son évaluation est devenue indispensable pour les établissements de soins afin d'améliorer leurs performances de Santé et Sécurité au Travail (SST) et de promouvoir une culture de prévention. Cette évaluation de la CSS est cadrée par des modèles appropriés appelés également les modèles de maturité culturelle. Le principe général de ces modèles consiste en une présentation de la maturité culturelle sous forme de niveaux en fonction de l'implication des principaux acteurs qui sont incontestablement les managers et les salariés du terrain. L'application des modèles de maturité culturelle sur les Etablissements Hospitaliers (EHs) montre qu'avec des contrôles externes et des contraintes règlementaires de plus en plus exigeantes, les EHs ont tendance à développer une culture de sécurité majoritairement managériale qui présente des limites majeures. Pour surmonter ces limites, la présente étude a pour objet de présenter une méthode permettant de passer d'une CSS managériale à une CSS intégrée.

**Mots clés :** Culture de sécurité, Modèle de maturité, Culture intégrée.

**Abstract:**

The concept of Patient Safety Culture (PSC) has drawn the attention of researchers since the appearance of the American report "To Err is Human" that addressed the issue of patient safety. Thus, its evaluation has become essential for healthcare establishments in order to improve their safety performance and to promote a culture of

prevention. Generally, PSC assessment is framed by appropriate tools called cultural maturity models. They consist of presenting PSC maturity in the form of levels according to the involvement of the main stakeholders, who are undoubtedly managers and employees. The application of cultural maturity models on Healthcare Establishments (HEs) shows that with external controls and increasingly demanding regulatory constraints, HEs tend to develop, mainly, a managerial safety culture, which presents major limits. To overcome these limitations, the purpose of this study is to present a method to shift from a managerial PSC to an integrated one.

**Keywords:** Safety culture, Maturity model, integrated culture.

## 1. Introduction

La culture de sécurité est un concept qui a fait son apparition suite à l'accident nucléaire de Tchernobyl en 1986 afin d'expliquer certains accidents industriels survenus en raison de défaillances organisationnelles (Le Coze, 2019). Il a depuis attiré l'attention de la communauté scientifique, où nous nous retrouvons trois décennies plus tard avec un grand nombre de publications scientifiques (Van Nunen et al, 2018). Le grand intérêt accordé à ce concept est lié au fait que l'évaluation et l'amélioration de la culture de sécurité conduisent à de meilleures performances en santé et sécurité au travail (Stemn et al, 2019).

Indépendamment de son utilisation répandue dans d'autres secteurs d'activité, ce n'est que récemment que ce concept a été utilisé dans le secteur de la santé où des études ont montré son importance pour assurer la sécurité des soins (Armutlu et al, 2020). En effet, un niveau élevé de la Culture de Sécurité des Soins (CSS) est lié à une diminution du nombre d'événements indésirables et une amélioration de la sécurité des patients (Tlili et al, 2020). Ainsi, l'évaluation de la CSS est devenue une priorité majeure pour les organisations de soins (Reis, Paiva and Sousa, 2018).

Cette évaluation s'effectue par le biais des modèles appropriés qui se focalisent sur la maturité de la CSS (Halligan and Zecevic, 2011). A ce propos, Goncalves Filho and Waterson (2018) soulignent que la tendance actuelle qui marque la recherche en matière de CSS est de cadrer cette notion assez complexe avec les Modèles de Maturité de la Culture de Sécurité (MMCS). Ces auteurs définissent un continuum permettant de classer les organisations en fonction de leur niveau de culture (i.e. fataliste, métier, managériale & intégrée). Ce classement est réalisé en premier lieu en effectuant une évaluation du niveau actuel de la CSS au sein des établissements hospitaliers (EHs). Dans un deuxième lieu, les EHs évalués seront accompagnés dans le processus de changement organisationnel dans le but d'atteindre un niveau de CSS élevé (Vasconcelos et al, 2018).

Un examen approfondi des MMCS montre que leur finalité correspond, certainement, à l'évaluation des niveaux de maturité de la CSS. Cependant, ces niveaux de maturité de la CSS sont avant tout construits par des acteurs qui sont, pour une organisation donnée, les managers et les salariés du terrain.

En fonction de la forte implication de ces acteurs qu'une typologie de la CSS a été proposée par Simard (2000) : une CSS du métier (pour la seule implication forte des acteurs) et une CSS managériale (pour la seule implication forte des managers).

Par ailleurs, les contraintes sociales et règlementaires, qui sont devenues de plus en plus exigeantes, ont conduit les EHs à développer une CSS majoritairement managériale (Pucci et Nion, 2016) qui présente des limites telles que l'illusion de la maîtrise des risques des soins et la normalisation de la déviance (Rocha, Mollo et Daniellou, 2014).

Pour surmonter ces limites, la présente étude a pour but de présenter une méthode permettant d'évoluer de la tendance CSS managériale vers une CSS intégrée.

## 2. Méthode

La méthode que nous proposons pour la construction d'une CSS intégrée se justifie par le fait que l'intégration des salariés du terrain (second acteurs de la CSS) permet d'œuvrer dans le sens d'une CSS performante (Figure 1). En effet, dans la figure 1 la vision managériale peut être assimilée aux deux faits marquants : (i) de vouloir répondre et satisfaire des exigences externes et (ii) aussi d'édicter aux salariés du terrain la stratégie développée à haut niveau de l'EH pour matérialiser une maturation de la CSS au sein de l'EH.

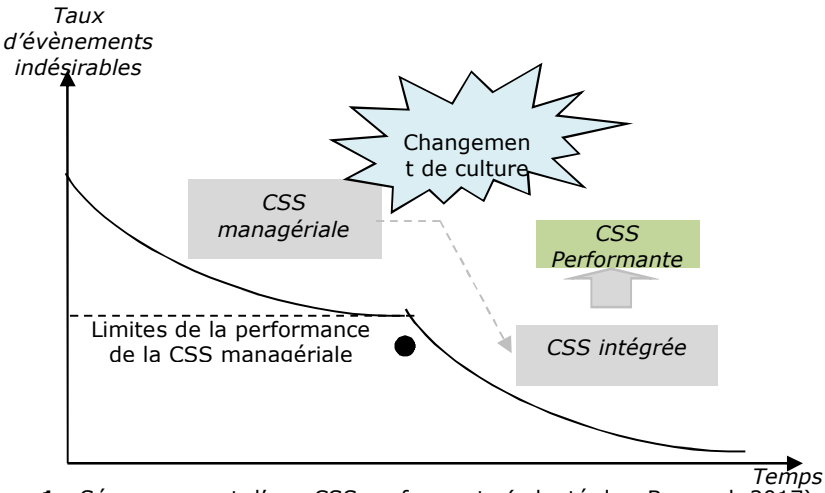



**Figure 1** : Séquencement d'une CSS performante (adapté de : Besnard, 2017).

La CSS managériale est souvent caractérisée par des procédures dont leurs respects sur le terrain est problématique. De ce fait, les managers ont pour unique issue de tolérer ce non-respects des règles et procédures et, par voie de conséquences, de considérer ce non-respect comme une évidence (Mouda et al, 2016).

A l'opposé de cette tolérance du non-respect des règles et procédures, le manager peut envisager des sanctions mais qui concourent à leurs tours à la démotivation des salariés et, par voie de conséquences, à l'inhibition du retour d'informations stratégiques qu'est capital pour le suivi du développement dans le sens de la promotion de la CSS.

Pour surmonter ces deux contraintes de taille quant au déploiement de la CSS managériale, il est impératif d'œuvrer à terme pour le développement d'une CSS intégrée qui combine la CSS gouvernée par les règles et procédures avec la CSS du terrain (pratiques quotidiennes) et ce grâce à une meilleure mobilisation des acteurs du terrain (salariés) dans les EHs.

Le grand mérite de la CSS intégrée est qu'elle favorise la communication ainsi que l'interdépendance entre ses acteurs. Conséquemment, dans la logique de la CSS intégrée l'objectif d'un EH est d'atteindre le niveau d'interdépendance entre les acteurs au travers duquel l'esprit d'équipe, de responsabilité collective et où les valeurs protégées seront reconnues par l'ensemble des acteurs de la CSS. En d'autres termes, la CSS intégrée est celle dont le niveau de maturité est qualifié « d'interdépendant ». Ce niveau de maturité de la CSS est celui de l'implication et de la coopération entre les acteurs tandis que le niveau de maturité relatif à la CSS managériale est celui correspondant à la « gestion » dans le MMCS du HSE selon Keil Centre (2001) ou au niveau « dépendant » dans le MMCS de Bradely.

L'évolution du niveau « dépendant » de maturité de la CSS au niveau « interdépendant » n'est, donc, possible que par le biais d'un changement de culture au sein d'un EH (figure 1). Ce changement doit être axé sur le comportement des salariés du terrain.

Afin d'éviter tout changement radical de la CSS et concrétiser l'évolution de la CSS managériale (dépendante) vers la CSS intégrée (indépendante), nous proposons de maintenir l'approche managériale comme cadre de changement de la CSS tout en favorisant une approche managériale axée sur le management collaboratif ou participatif.

Le management participatif doit prendre en compte les éléments suivants :

- *L'objet de la participation*. Il s'agit de la clarification de la vision du changement de la CSS tel que par exemple : la nécessité que

les managers et les salariés prennent part au changement de la CSS managériale vers la CSS intégrée ou bien d'envisager, en cas de nécessité, des formations des managers et salariés sur les enjeux de la CSS intégrée ;

- *Le passage de l'individuel au collectif* dans le but de former une coalition forte et aligner la vision : par exemple, toutes les initiatives individuelles doivent être valorisées dans le cadre de la construction d'une position partagée ;

- La conviction est la force du changement de la CSS. En ce sens, il est impératif d'organiser les règles et procédures dans un cadre participatif : les règles et procédures doivent être précises et acceptées par les salariés afin de garantir leur respect ;

- Consolidation des acquis afin de pérenniser le niveau « interdépendant » de la CSS intégrée.

Le management participatif permet aux acteurs de la CSS intégrée d'avoir un engagement réciproque (figure 2) : d'une part, on retrouve l'engagement des managers et de l'autre celui des salariés. Ces deux engagements diffèrent par leur nature, mais ils correspondent à leur domaine de pouvoirs respectifs.

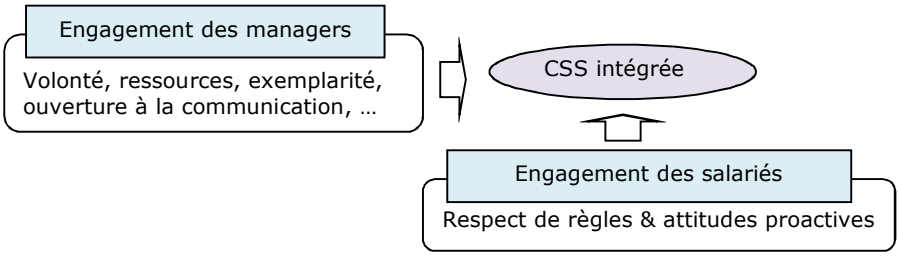



**Figure 2** : Clauses de la CSS intégrée.

La capitalisation des engagements réciproques sous forme d'un modèle de maturité de la CSS, du type intégré, est fournie par la figure 3.

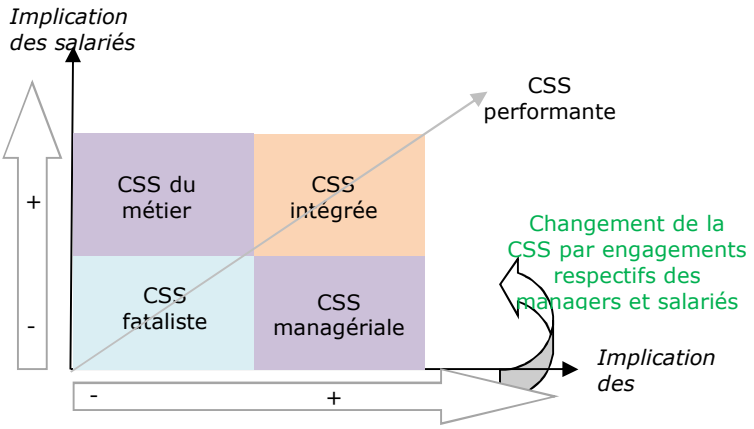



**Figure 3** : Le modèle de la maturité de la CSS intégrée (Simard, 2000).

Notons que la clé de réussite de la promotion de la CSS managériale vers une CSS intégrée (figure 3) réside dans la procédure des changements qui doivent être animée par les managers et matérialisée sur le terrain par les salariés. Cette synchronisation dans la conception et la pratique des changements doit être gouvernée par une formation dédiée à la fois aux managers et aux salariés.

## 3. Application dans le contexte algérien

Rappelons que la condition d'utilisation la méthode présentée dans la section précédente nécessite l'évaluation de la CSS dans un établissement hospitalier afin de fournir un diagnostic initial de la CSS au sein du système national de santé. A cet égard et pour illustrer son utilisation, nous reprenons une étude réalisée par Boughaba et al, (2019) où la CSS a été évalué à l'aide du questionnaire HSOPSC.

Le HSOPSC est un questionnaire américain qui a été élaboré en 2004 sous la supervision de l'Agence Américaine pour la recherche et la qualité dans le secteur de la santé (Sorra et al, 2016). Il a été ensuite traduit, testé et validé par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA, France) (Occelli et al, 2013). L'intérêt de ce questionnaire est qu'il permet d'explorer la CSS à travers 10 dimensions. Les scores obtenus dans la première étude pour évaluer la CSS sont montrés dans le tableau 1.

| Dimension | Score (%) |
|---|---|
| $D_1$ - Perception globale de la sécurité des patients | 76.3 |
| $D_2$ - Fréquence des signalements d'événements indésirables | 56.1 |
| $D_3$ - Attentes et actions du superviseur / manager en faveur de la sécurité | 66.4 |
| $D_4$ - Apprentissage organisationnel – amélioration continue | 68.1 |
| $D_5$ - Travail d'équipe au sein des unités | 78.5 |
| $D_6$ - Ouverture de la communication | 24.3 |
| $D_7$ - Réponse non punitive à l'erreur | 27.2 |
| $D_8$ - Dotation en personnel | 14.3 |
| $D_9$ - Soutien des managers pour la sécurité des patients | 57.9 |
| $D_{10}$ - Travail d'équipe entre les unités hospitalières | 77.3 |

**Tableau 1** : Les scores dimensionnels du HSOPSC.

L'évaluation de la CSS dans le contexte algérien montre que presque tous les dimensions sont sous-développées (score< 75%). Ainsi, la CSS doit faire l'objet d'une stratégie de promotion holistique. Les dimensions non développées sont «Absence de sanction face aux erreurs», «Dotation en personnel», «Ouverture de la communication» et «soutien des managers pour la sécurité des soins ».

Par conséquent, la CSS est caractérisée par une culture de «blâme» où les professionnels sont sanctionnés pour leurs erreurs (Fourar et al, 2020). En d'autres termes, les managers tentent d'imposer la sécurité sans impliquer les différents acteurs dans le processus décisionnel. Donc, cela conduit à créer une culture de sécurité managériale.

Ainsi, pour passer à une CSS générative, il est nécessaire d'impliquer les salariés dans le processus du développement de la sécurité des soins. Cela nécessite un changement de culture et une rupture totale avec les anciennes pratiques. Ce changement peut être commencé en se concentrant sur le développement des dimensions problématiques de la CSS.

Ensuite, les managers et les salariés doivent travailler ensemble en tant que collectif afin d'aligner leur vision sur le changement culturel souhaité. Les procédures et les règles doivent être élaborées dans un cadre participatif afin de garantir leur acceptation par toutes les parties concernées. Les valeurs doivent être modifiées au sein de l'organisation afin de faire de la sécurité une priorité absolue.

En outre, les managers doivent montrer leur soutien aux salariés et valoriser leurs initiatives individuelles. On s'attend également à ce que les managers créent une atmosphère de communication ouverte et mettent en place un système d'apprentissage qui encourage le signalement des événements indésirables. De cette façon, une culture générative peut être atteinte

## 4. Commentaires et discussions

Rappelons que dans la méthode présentée dans la section précédente, les acteurs de la CSS (managers et salariés) sont au cœur de la démarche de changement de la culture de CSS.

La matérialisation de ce changement requiert du temps : il faut donner du temps au temps pour réussir une évolution pérenne de la CSS managériale vers une CSS intégrée.

Les apports de la méthode proposée sont multiples :

- tout d'abord la CSS intégrée permet de surmonter les limites de la CSS managériale où les pratiques sont différentes et évolutives en fonction du retour d'expérience et où l'atteinte de la performance de la CSS peut être obtenue aisément grâce à une forte mobilisation simultanée des managers et salariés,

- ensuite, la méthode de passage d'une CSS managériale vers une CSS intégrée doit être focalisée sur la valorisation positive des erreurs commises par les salariés afin de mettre fin aux pratiques de réprimande tout en clarifiant et légitimant les procédures de sanctions. Pour cela, une concertation doit être établie pour ce qui concerne les contradictions entre les règles de métier et les règles formelles ;

- enfin, se positionner pour le déploiement du changement de la CSS dans une démarche d'amélioration continue.

Par ailleurs, il est important de noter que malgré la méthode proposée dans cet article se focalise en particulier sur le passage d'une CSS managériale vers une CSS intégrée, mais ceci n'empêche pas de procéder de la même manière en favorisant les changements dans les MMCS.

En effet et à titre d'illustration de nos propos, si l'on se réfère au modèle de Bradley (AC QSE, 2019) composé de quatre niveaux de maturité (figure 3) ou à celui de Hudson (2007) composé de cinq niveaux (figure 4) le passage d'un niveau à un autre est toujours possible par la *stratégie de changement de la culture*.

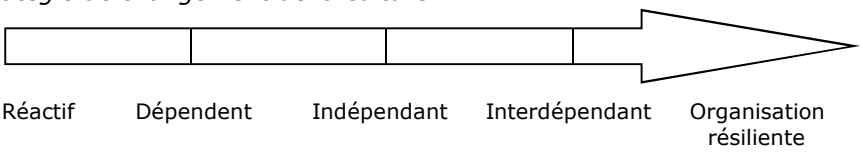



**Figure 4** : Le MMCS de Bradley.

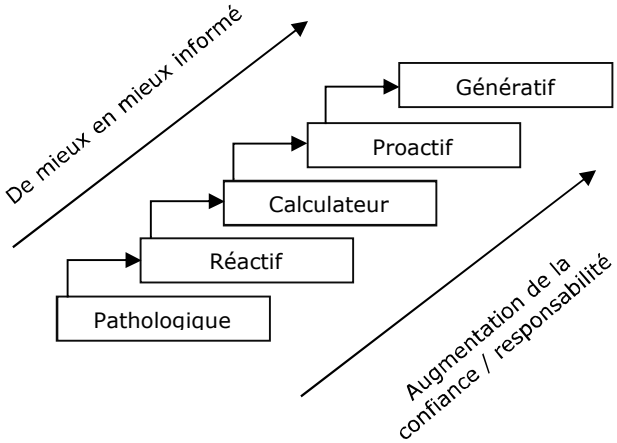



**Figure 5** : Le MMCS de Hudson.

Evidemment, la stratégie de changement de la CSS est d'autant plus pertinente que les niveaux de maturité de la CSS sont plus nombreux (MMCS à cinq niveaux). Ce constat est d'ailleurs confirmé par Goncalves Filho and Waterson (2018) qui ont trouvé que le MMCS de Hudson a pour but de créer une échelle progressive qui facilite le processus de l'amélioration de la CSS.

Donc, pour le MMCS de Hudson, la stratégie de changement de la CSS (évolution d'un niveau de maturité à un autre) est axée, en plus des acteurs de la CSS (managers et salariés) sur un ensemble d'éléments qui sont (ICSI, 2017) : la communication, les attitudes organisationnelles, l'organisation SST, le comportement organisationnel et le comportement vis-à-vis les situations de travail.

## 5. Conclusion

La CSS est un facteur important pour déterminer de manière proactive les performances SST dans les établissements de santé.

Les modèles de maturité de la CSS, sur lesquels est focalisée cette étude, ont pour vocation de mettre en exergue la gradualité de la promotion de la CSS mais sans fournir d'explications sur le progrès permettant de concrétiser cette évolution graduelle ni de la réversibilité de la graduation de la CSS ?

La méthode proposée avait pour but de fournir des éléments de réponse quant à la promotion de la CSS par le biais de la stratégie de changement de la culture. Les cibles étaient évidemment les acteurs de la CSS qui sont les managers et les salariés.

Etant donné que le changement de la CSS est axé sur ses acteurs, nous envisageons comme perspectives de ce travail de faire appel à la théorie et aux outils des parties prenantes pour mieux cadrer ces acteurs de la CSS dans le cadre de la stratégie de changement de la culture en termes de mobilisation des parties prenantes.

## 6. Références bibliographiques


1. AC QSE. (2001) La Courbe de Bradley, outil de mesure de la culture d'entreprise. Disponible sur : https://www.acqse.com/courbe-de-bradley/?_sm_au_=iVVrZVGQnZk7vrPH.
2. Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck & Polly Stevens. (2020) Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders, Healthcare quarterly (Toronto, Ont.), 22(SP), pp. 82–95. doi: 10.12927/hcq.2020.26044.
3. Besnard D. (2017) Groupe de travail : Culture de sécurité. Disponible sur : https://docplayer.fr/43661250-Groupe-de-travail-culture-de-securite-denis-besnard.html.
4. Boughaba, Assia; Aberkane, Salah; Fourar, Youcef-Oussama & Djebabra, Mébarek. (2019) Study of safety culture in healthcare institutions: case of an Algerian hospital, International Journal of Health Care Quality Assurance, 32(7), pp. 1081–1097. doi: 10.1108/IJHCQA-09-2018-0229.
5. Youcef Oussama Fourar;,Wissal Benhassine, Assia Boughaba & Mebarek Djebabra. (2020) Contribution to the assessment of patient safety culture in Algerian healthcare settings : The ASCO project', International Journal of Healthcare Management. Taylor & Francis, 0(0), pp. 1–10. doi: 10.1080/20479700.2020.1836736.
6. Goncalves Filho, A. P. and Waterson, P. (2018) Maturity models and safety culture: A critical review, Safety Science. Elsevier, 105 (February), pp. 192–211. doi: 10.1016/j.ssci.2018.02.017.
7. Halligan, M. and Zecevic, A., (2011) Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress, BMJ Quality and Safety, pp. 338–343. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964.
8. Hudson, P. (2007) Implementing a safety culture in a major multi-national, Safety Science, 45(6), pp. 697–722. doi: 10.1016/j.ssci.2007.04.005.

**9.** ICSI. (2017) L'essentiel de la culture de la sécurité, Disponible sur : https://www.icsi-eu.org/fr/la-culture-securite-integree-icsi.p270.html

**10.** Keil Centre. (2001) Safety culture maturity model. Offshore technology report 2000/49. Health and Safety Executive.

**11.** Le Coze, J. C. (2019) How safety culture can make us think', Safety Science. Elsevier, 118 (December 2018), pp. 221–229. doi: 10.1016/j.ssci.2019.05.026.

**12.** Mouda M., Djebabra M., Boulagouas W. and Chati M., (2016) Proposal for an Evaluation Method for the Performance of Work Procedures', Safety and Health at Work, Vol. 7, 2016, pp. 299-306. doi : 10.1016/j.shaw.2016.04.007.

**13.** Occelli, P. et al. (2013) Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire', International Journal for Quality in Health Care, 25(4), pp. 459–468. doi: 10.1093/intqhc/mzt047.

**14.** Pucci F. et Nion S., (2016) Culture de sécurité et gestion du risque dans une entreprise de production de lait uruguayenne. Revue Interventions Economiques. doi :10.4000/interventionseconomiques.2702

**15.** Reis, C. T., Paiva, S. G. and Sousa, P., (2018) The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions', International Journal for Quality in Health Care, 30(9), pp. 660–677. doi: 10.1093/intqhc/mzy080.

**16.** Rocha R., Mollo V. et Daniellou F. (2014) Culture de sécurité des organisations à risque : une recherche-action qui porte sur les enjeux du développement d'une culture de sécurité dans les entreprises à risque. Editions européennes universitaires. ISBN : 978-3-8416-6972-8

**17.** Simard M. (2000) Chapitre La culture de sécurité et sa gestion dans Encyclopédie de la santé et de la sécurité au travail (international du travail, B., Éd.), chapitre 59, 5-9. J. Stellman, Genève, Suisse.

**18.** Sorra, J., Gray, L. and Streagle, S. (2016) AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture : User's Guide, AHRQ Publication. Rockville, MD. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1030842.

**19.** Stemn, E., Bo, C., Cli, D., & Hassall, M. E. (2019) Examining the relationship between safety culture maturity and safety performance of the mining industry', Safety Science, 113(April 2018), pp. 345–355. doi: 10.1016/j.ssci.2018.12.008.

**20.** Mohamed Ayoub Tlili, Wiem Aouicha, Mohamed Ben Rejeb, Jihene Sahli, Mohamed Ben Dhiab, Souad Chelbi, Ali Mtiraoui, Houyem Said Laatiri, Thouraya Ajmi, Chekib Zedini & Manel Mallouli .(2020) Assessing patient safety culture in 18 Tunisian adult intensive care units and determination of its associated factors: A multi-center study', Journal of Critical Care. Elsevier Inc., 56, pp. 208–214. doi: 10.1016/j.jcrc.2020.01.001.

**21.** Karolien van Nunena,b,⁎, Jie Lic,d,e, Genserik Renierse,f & Koen Ponneta .(2018) Bibliometric analysis of safety culture research', Safety Science. Elsevier, 108(June), pp. 248–258. doi: 10.1016/j.ssci.2017.08.011.

**22.** P F Vasconcelos, L P Arruda, V E C Sousa Freire & R E F L Carvalho: integrative review of the literature', Public Health, 156, pp. 147–151. doi: 10.1016/j.puhe.2017.12.024.