



Titre: Vers un modèle conceptuel de la culture de sécurité du patient :
Title: application à l'équipe du bloc opératoire

Auteur: Thibaut Coulon
Author:

Date: 2009

Type: Mémoire ou thèse / Dissertation or Thesis

Référence: Coulon, T. (2009). Vers un modèle conceptuel de la culture de sécurité du
Citation: patient : application à l'équipe du bloc opératoire [Mémoire de maîtrise, École
Polytechnique de Montréal]. PolyPublie. <https://publications.polymtl.ca/8427/>

 **Document en libre accès dans PolyPublie**
Open Access document in PolyPublie

URL de PolyPublie: <https://publications.polymtl.ca/8427/>
PolyPublie URL:

**Directeurs de
recherche:** Nathalie De Marcellis-Warin
Advisors:

Programme: Génie industriel
Program:

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

VERS UN MODÈLE CONCEPTUEL DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DU
PATIENT

APPLICATION À L'ÉQUIPE DU BLOC OPÉRATOIRE

THIBAUT COULON

DÉPARTEMENT DE MATHÉMATIQUES ET DE GÉNIE INDUSTRIEL
ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

MÉMOIRE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLÔME DE MAÎTRISE ÈS SCIENCES APPLIQUÉES
(GÉNIE INDUSTRIEL)
AOÛT 2009



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-53898-2
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-53898-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

Ce mémoire intitulé :

VERS UN MODÈLE CONCEPTUEL DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DU
PATIENT
APPLICATION A L'ÉQUIPE DU BLOC OPÉRATOIRE

présenté par : COULON Thibaut

en vue de l'obtention du diplôme de : Maîtrise ès sciences appliquées

à été dûment accepté par le jury d'examen constitué de :

Mme LEFEBVRE Élisabeth, Ph.D., présidente

Mme DE MARCELLIS-WARIN Nathalie, Doct., membre et directrice de
recherche

M. CHARTRAND Daniel, Ph.D., M.D., membre

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Nathalie de Marcellis-Warin, pour m'avoir accordé sa confiance, son soutien et pour avoir su orienter mon travail. Il a été un plaisir de travailler avec elle.

J'aimerais particulièrement remercier Dr Daniel Chartrand, pour m'avoir grandement facilité les contacts avec les établissements, conseillé pendant l'étude et accepté de faire partie du jury.

Je souhaite également remercier Laurence Largenté, professionnelle de recherche au CIRANO, pour son aide et sa collaboration.

Je remercie également l'ensemble des centres hospitaliers qui m'ont ouvert leurs portes pour mener à bien ce projet, ainsi que l'ensemble des professionnels rencontrés pour m'avoir accordé un peu de leur temps précieux.

Je tiens à remercier Elisabeth Lefebvre pour avoir accepté la présidence du jury.

Finalement, je remercie le Centre Interuniversitaire en Analyse des Organisations (CIRANO) pour m'avoir accueilli dans ses locaux pendant la durée de la recherche.

RÉSUMÉ

Le rapport de l'Institute of Medicine, *To Err is Human* (1999), a révélé qu'entre 44000 et 98000 personnes succombent chaque année dans les hôpitaux américains des suites d'erreurs médicales qui auraient pu être évitées. Baker et Norton (2004) ont réalisé une étude similaire dans des hôpitaux de 5 provinces canadiennes. Leurs résultats montrent que les événements indésirables apparaissent dans 7,5% des admissions.

La sécurité du patient reste, à l'heure actuelle, une problématique prioritaire, et c'est dans ce contexte que s'inscrit notre recherche.

L'étude de la culture de sécurité dans le cadre de l'amélioration de la sécurité du patient est un concept en pleine émergence. Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'améliorer la culture de sécurité, cependant la mesure de cette culture est encore difficile.

Des outils de mesure de ce concept sont apparus voici plusieurs années. Cependant, un manque de consensus sur la définition et la conceptualisation de la culture de sécurité amène des problèmes de validité de la mesure. De plus, les outils existants sont avant tout destinés à mesurer la culture de sécurité de l'organisation. Ainsi les questionnaires de l'hôpital peuvent l'utiliser pour effectuer des évaluations soit à l'interne, soit entre les hôpitaux et souligner les zones à améliorer.

Nous allons développer un modèle conceptuel de la culture de sécurité appliqué à l'équipe du bloc opératoire. L'objectif est de comprendre la relation entre les croyances et normes relatives à la culture de sécurité et les comportements de l'équipe du bloc opératoire. Ces relations seront placées dans le contexte de l'environnement de travail et de ses facteurs associés.

Ce modèle a été développé en étudiant la littérature. Les principales dimensions du concept au niveau organisationnel sont connues, cependant nous avons remarqué un manque, au niveau de la prise en compte des perceptions, des attitudes et des comportements des individus. Le contexte d'étude est celui de l'équipe du bloc opératoire. La salle d'opération est en effet, un endroit critique, à hauts risques où les événements indésirables sont en moyenne plus importants que dans les autres services.

Notre modèle présente les normes et croyances des individus envers des comportements sécuritaires, le contexte de l'équipe et de l'environnement et leur influence sur les comportements.

Nous avons validé ce modèle et défini les dimensions du concept de culture de sécurité à l'aide d'entrevues avec des professionnels des équipes de blocs opératoires. 25 entrevues semi-dirigées ont été réalisées dans 5 hôpitaux québécois différents. Nous avons questionné les professionnels sur la définition du concept de culture de sécurité, sur les normes et croyances relatives et sur le contexte. Le but était ainsi de définir ces normes et croyances et de comprendre l'écart entre celles-ci et les comportements réels.

ABSTRACT

The report *To Err is Human* published in 1999 by the Institute of Medicine revealed that between 44000 and 98000 Americans die each year in hospitals due to medical errors which could have been avoided. Baker and Norton (2004) made a similar study in hospitals of 5 Canadian provinces. Their results show that the adverse events appear in 7,5% of admissions.

Patient safety remains today a main concern and our research project is precisely dealing with this important issue.

The study of safety culture within the framework of improvement of patient safety is a fast growing concept. Everyone agrees on the need for improving safety culture; however the measurement of this culture is still difficult.

Measure instruments of this concept appeared several years ago. However, a lack of consensus on the definition and the conceptualization of safety culture brings problems of validity in measurement. Moreover, the existing tools are much intended for the organization to carry out evaluations either inside a hospital or between hospitals and to underline the improvement areas.

We propose to develop a conceptual model of safety culture applied to the operating room team. The objective is to understand the relation between the beliefs and standards relating to the safety culture and the behaviors of the O.R. team. These relations will be put in the context of the environment of work and its related factors.

This model was developed theoretically by studying the literature. Principal dimensions of the concept at the organizational level are known, however we noticed a lack in research concerning perceptions, attitudes and behaviors of the individuals. The context of the study is the O.R. team. The operating room is

indeed, a critical and high risk place, where the undesirable events are on average more important than any other services.

Our model presents the standards and beliefs of individuals facing safety behaviors as well as the context of the team and the environment and the influence on the real behaviors.

We validated this model and defined dimensions of the concept of culture of safety with professionals of the O.R teams. 25 semi-directed interviews were carried out in 5 different hospitals. We questioned on the definition of the concept, the standards and related beliefs and the context. The goal was thus to define these standards and beliefs and to understand the variation between those and the real behaviors.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iv
RÉSUMÉ.....	v
ABSTRACT.....	vii
TABLE DES MATIÈRES	ix
LISTE DES TABLEAUX	xiv
LISTE DES FIGURES	xv
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xvii
LISTE DES ANNEXES	xviii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - LE CONCEPT DE CULTURE DE SÉCURITÉ	7
1.1. Définition et origine du concept de culture de sécurité	7
1.1.1. Définition de la culture de sécurité.....	7
1.1.1.1. La culture organisationnelle.....	7
1.1.1.2. La culture de sécurité	9
1.1.2. Les composants de la culture de sécurité.....	10
1.1.3. Origine du concept de culture de sécurité	11
1.1.3.1. Vers une approche systémique de l'erreur	11
1.1.3.2. Le modèle de Reason (2000)	12
1.1.3.3. L'approche culture de sécurité	13
1.1.4. Conceptualisation de la culture de sécurité	14
1.1.4.1. Le modèle de Berends	14
1.1.4.2. Le modèle de Eagly et Chaiken (1993)	16

1.1.4.3.	Le modèle de Cox et Cox (1991).....	21
1.1.4.4.	Les facteurs relatifs à la culture de sécurité de Geller (2002)..	22
1.1.4.5.	Le modèle de Cheyne et al. (1998)	24
1.1.5.	Les caractéristiques du concept de culture de sécurité	25
1.2.	La mesure de la culture de sécurité dans le milieu hospitalier et les outils existants	26
1.2.1.	Des parallèles possibles avec les autres industries ?.....	26
1.2.1.1.	L'industrie nucléaire.....	27
1.2.1.2.	L'aviation	27
1.2.2.	Qu'est ce qu'une « bonne » culture de sécurité pour l'hôpital ?	29
1.2.3.	Les dimensions de la culture de sécurité étudiées dans le milieu hospitalier	31
1.2.4.	Les outils existants	34
1.2.4.1.	L'outil « Operating Room Management Attitudes Questionnaire » (ORMAQ).....	34
1.2.4.2.	L'outil « Safety Attitudes Questionnaire » (SAQ).....	35
1.2.4.3.	L'outil « Hospital survey on patient safety culture »	37
1.2.5.	Le but de la mesure de la culture de sécurité	38
1.2.6.	Les difficultés rencontrées	40
CHAPITRE 2 -	LA CULTURE DE SÉCURITÉ ET L'ÉQUIPE DE SOINS	41
2.1.	Les caractéristiques du milieu hospitalier	41
2.2.	Définitions de l'équipe	45
2.3.	L'équipe du bloc opératoire	46
2.3.1.	Les médecins	47
2.3.2.	Les infirmières et inhalothérapeutes.....	48
2.4.	Fonctionnement d'une équipe	50
2.4.1.	Bénéfices d'une équipe performante	51
2.4.2.	Les principales caractéristiques d'une équipe performante	52
2.4.2.1.	Communication.....	52

2.4.2.2.	Coordination et coopération	53
2.4.2.3.	Leadership et objectifs.....	54
2.4.2.4.	Les principales caractéristiques d'une équipe performante	54
2.4.3.	Les problèmes rencontrés dans le travail d'équipe pouvant nuire à la sécurité du patient	55
2.5.	La perception des différents membres de l'équipe aux problématiques de la culture de sécurité	58
2.5.1.	Différences au niveau de la perception de l'erreur	59
2.5.2.	Différences au niveau de la perception du rapport de l'erreur	60
2.5.3.	Différences au niveau de la perception de la qualité des soins	61
2.5.4.	Différences au niveau de la perception du travail d'équipe.....	62
CHAPITRE 3 -	CONSTRUCTION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DE L'ÉQUIPE DU BLOC OPÉRATOIRE	65
3.1.	Postulat admis	65
3.2.	Le modèle - Les dimensions de la culture de sécurité retenues	66
3.2.1.	Hypothèse	66
3.2.2.	Les caractéristiques de la culture de sécurité retenues.....	67
3.2.2.1.	La communication	68
3.2.2.2.	L'ambiance et le climat de travail.....	68
3.2.2.3.	L'engagement envers la sécurité.....	69
3.2.2.4.	La déclaration des erreurs.....	69
3.2.2.5.	La perception de l'erreur.....	70
3.2.2.6.	La pression, le stress et la fatigue	70
3.2.3.	Le modèle conceptuel de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire.....	72
CHAPITRE 4 -	MÉTHODOLOGIE DE VALIDATION DU MODÈLE CONCEPTUEL	77
4.1.	Stratégie de recherche	77
4.1.1.	La méthode utilisée.....	78

4.1.2.	La population visée.....	79
4.1.2.1.	Les hôpitaux choisis	79
4.1.2.2.	Les répondants.....	80
4.1.3.	Déroulement des entrevues.....	82
4.1.4.	Limites de la méthodologie	82
4.2.	Le guide d'entrevue	83
4.2.1.	La validation du guide d'entrevue	83
4.2.2.	Entrevues avec le chef du bloc.....	84
4.2.3.	Entrevues avec chaque membre de l'équipe du bloc	85
4.2.3.1.	Les questions générales sur le répondant et le fonctionnement de l'équipe	85
4.2.3.2.	Les questions posées sur la culture de sécurité	85
4.3.	Méthodologie d'analyse des données	86
CHAPITRE 5 -	LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	90
5.1.	Le contexte de travail des équipes rencontrées	90
5.1.1.	Les facteurs relatifs à l'hôpital	90
5.1.2.	Les facteurs relatifs à l'organisation du travail en équipe	93
5.2.	La définition de la culture de sécurité dans une équipe du bloc opératoire.....	96
5.3.	Les différentes dimensions du concept	101
5.3.1.	La communication	102
5.3.2.	L'ambiance, le climat	104
5.3.3.	L'engagement envers la sécurité.....	106
5.3.4.	Déclaration des erreurs	108
5.3.5.	La perception de l'erreur.....	110
5.3.6.	La pression, le stress, la fatigue	111
5.4.	Discussion et validation du modèle proposé	112
5.4.1.	Les normes et croyances envers des comportements sécuritaires	112

5.4.2. Les différences sur les normes et croyances selon les professions et les hôpitaux	114
5.4.3. Le modèle conceptuel final	115
5.4.3.1. Influence des caractéristiques propres à l'individu	115
5.4.3.2. Influence des caractéristiques propres à l'organisation	116
5.4.3.3. Influence des caractéristiques propres à l'équipe.....	116
5.4.3.4. Le modèle final	116
5.5. Objectifs à terme de l'étude	118
5.6. Perspectives de recherche	120
CONCLUSION.....	122
BIBLIOGRAPHIE.....	124
ANNEXE.....	133

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Les 23 dimensions du concept de Singla et al. (2006)	32
Tableau 1.2: Fréquence des dimensions apparaissant dans les 13 outils (Singla et al., 2006)	33
Tableau 2.1 : Principales caractéristiques d'une équipe performante	55
Tableau 2.2 : Principaux problèmes rencontrés par les équipes du bloc opératoire	58
Tableau 2.3 : Qualité du travail d'équipe avec les autres professions (Flin et al. 2006b)	63
Tableau 3.1 : Caractéristiques de la culture de sécurité de l'équipe du bloc	71
Tableau 3.2 : Définitions de certains termes employés dans le modèle	74
Tableau 4.1 : Personnes interrogées.....	81
Tableau 5.1 : Caractéristiques des établissements	92
Tableau 5.2 : Rappel des caractéristiques de la culture de sécurité de l'équipe	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Modèle du fromage suisse de Reason (2000).....	12
Figure 1.2 : Modèle de la culture de sécurité de Berends (1995), tiré de Guldenmund (2000)	15
Figure 1.3 : Modèle de l'attitude adapté de Eagly et Chaiken (1993)	17
Figure 1.4 : Modèle du comportement adapté de Eagly et Chaiken (1993).....	19
Figure 1.5 : Modèle de l'attitude de Cox et Cox (1991)	21
Figure 1.6: Modèle de Geller (2002).....	23
Figure 1.7: Modèle de Cheyne et al. (1998)	24
Figure 2.1: Modèle de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001a).....	42
Figure 2.2: Les 4 mondes de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001a)	44
Figure 2.3 : Les fondements de l'équipe (Katzenbach et Smith, 1994)	46
Figure 3.1 : Hypothèse d'étude	66
Figure 3.2 : Modèle conceptuel de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire	73
Figure 4.1 : Cartographie de la définition du concept de culture de sécurité	88
Figure 5.1 : Les différents mondes de la salle d'opération	96
Figure 5.2 : Modèle conceptuel final de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire.....	117

Figure C.1 : Cartographie de la dimension « Ambiance et climat de travail »	138
Figure C.2 : Cartographie de la dimension « Communication »	139
Figure C.3 : Cartographie de la dimension « Engagement envers la sécurité »	140
Figure C.4 : Cartographie de la dimension « Déclaration des erreurs »	141
Figure C.5 : Cartographie de la dimension « Conscience de faire des erreurs »	142
Figure C.6 : Cartographie de la dimension « Stress et fatigue »	143

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIEA :	Agence Internationale de l'Énergie Atomique
AHRQ:	Agency for Healthcare Research and Quality
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIRANO :	Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations
CMAQ :	Cockpit Management Attitudes Questionnaire
CPSI :	Canadian Patient Safety Institute
HAS :	Haute Autorité de la Santé
HRO:	High Risk Organisation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORMAQ :	Operating Room Management Attitudes Questionnaire
SAQ :	Safety Attitudes Questionnaire
SBAR:	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SPIIC:	Société de Protection des Infirmières et Infirmiers du Canada

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A – CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	133
ANNEXE B – GUIDE D'ENTREVUE	134
ANNEXE C – CARTOGRAPHIES DU CONCEPT.....	138

INTRODUCTION

Depuis la publication du rapport de l'Institute of Medicine, *To Err is Human* (1999), une prise de conscience vis-à-vis de la sécurité du patient par les différents intervenants, gouvernements, opinion publique, système de santé, a été observée et remarquée (Leape, 2005). Ce rapport a révélé qu'entre 44 000 et 98 000 personnes succombaient chaque année dans les hôpitaux américains des suites d'erreurs médicales qui auraient pu être évitées. Au-delà des pertes humaines, les erreurs médicales entraînent des pertes financières lourdes (temps d'hospitalisation supplémentaire, traitement pour guérir...), ainsi qu'une perte de confiance dans le système de soins de la part des patients et une diminution de la satisfaction des professionnels de santé.

Baker et Norton (2004) ont réalisé une étude similaire dans des hôpitaux de 5 provinces canadiennes (Colombie Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Ecosse). Leurs résultats montrent que les événements indésirables apparaissent dans 7,5% des admissions. Les événements indésirables observés ont été jugés évitables dans 36,9% des cas. En extrapolant leur étude au pays, les auteurs affirment qu'environ 185 000 admissions par an présentent un événement indésirable dont 70 000 aurait pu être potentiellement évités.

Ces chiffres alarmants, bien que beaucoup discutés (Leape, 2005, 2000), ont incité les différents intervenants du système de santé à chercher à améliorer la sécurité du patient. Selon Leape (2005), depuis le rapport « *To Err Is Human* », de petits mais conséquents changements ont graduellement émergés dans les hôpitaux.

Un des principaux points soulevé dans le rapport « *To Err is Human* » (*Ibid.*) est le changement d'un système basé sur l'erreur individuelle vers un système avec une approche systémique. De ce point de vue, ce changement passe par un changement de culture. D'après Leape (2005), l'amélioration de la sécurité du

patient ne passe pas par des améliorations techniques mais par un changement dans les croyances, intentions, cultures et choix.

La culture de sécurité dans les organisations

Le système de soins est étudié par de nombreux chercheurs comme une organisation à haut risque (HRO : High Risk Organisation) (Esculier, 2006). Cette classification permet de faire des comparaisons avec des industries telles que l'aviation, le nucléaire, les industries chimiques. Dans ces industries, il apparaît qu'une forte amélioration de la sécurité des travailleurs et de la production ou service a été rendue possible en faisant évoluer la culture de sécurité (Nieva et *al.*, 2003, Singer, 2005). Cette évolution de la culture de sécurité s'est focalisée vers des changements sur la façon d'appréhender les erreurs, de les rapporter, sur l'amélioration de la communication ainsi que sur une approche systémique de l'erreur. (Fried et *al.*, 2005, Sexton et *al.*, 2000a, Connelly et *al.*, 2005)

Au Québec, la prise de conscience des impératifs de changement s'est matérialisée au niveau gouvernemental, par l'adoption en décembre 2002 du projet de loi n°113. Le chapitre 71 de la Loi sur la santé et les services sociaux (2002) stipule de déclarer tous les incidents et accidents survenus au cours de la prestation des soins, de divulguer au patient les accidents et de mettre en place un comité de gestion des risques et de la qualité. Ce comité a « *pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et des services sociaux* » (Loi sur la santé et les services sociaux, 2002). Notre projet s'inscrit donc tout à fait dans les perspectives gouvernementales actuelles.

La culture de sécurité, dans les établissements de santé, est un concept encore mal cerné. La principale difficulté vient du lien entre les notions de culture et climat entre lesquelles la limite est encore floue (Guldenmund, 2000, Scott et *al.*,

2003, Occelli et al., 2007). Cette difficulté explique que l'on confond souvent ces deux notions (Occelli et al., 2007).

Dans la littérature, de nombreuses définitions et conceptualisations de la culture de sécurité sont apparues (Stone et al., 2005). Ainsi Singla et al. (2006) ont étudié 13 outils de mesure différents de la culture de sécurité. Les auteurs ont ainsi déterminé que les dimensions mesurées différaient beaucoup. L'étude comparative a permis de souligner le fait que ces instruments étaient souvent très différents les uns des autres en termes de contenu, rigueur du procédé, longueur, etc. Ainsi un manque de consensus reflète la complexité du phénomène et rend difficile la généralisation (Stone et al., 2005). C'est pour cela que Leape (2005) affirme qu'une des barrières à l'amélioration de la culture est la pauvreté en mesures. De plus, les principaux outils de mesure existants ont pour cibles l'organisation de l'hôpital en général et le management. Très peu d'outils sont spécialisés par profession, département, équipe. Cette pauvreté en mesure est d'autant plus problématique que selon Occelli et al. (2007), la mesure de la culture de sécurité est « *la première étape d'une démarche dont l'objectif est le changement de la culture de sécurité actuelle en une forte culture de sécurité* ».

D'un autre côté, bien que de plus en plus de recherches lient la culture au comportement, aux attitudes et aux motivations des cliniciens (Stone et al., 2005), les difficultés énoncées précédemment rendent difficile la démonstration de la causalité entre une forte culture de sécurité et l'amélioration de la sécurité du patient (Stone et al., 2005, Occelli et al., 2007, Nieva et al., 2003).

La difficulté du changement de la culture actuelle vers ce que l'on considère comme une bonne culture de sécurité, réside dans la compréhension, à la fois des façons de faire mais également des facteurs qui s'opposent au changement (Nieva et al., 2003, Scott et al., 2003). Il nous apparaît donc nécessaire de proposer un modèle conceptuel de la culture de sécurité des soins. Pour réaliser

ce modèle, il est nécessaire de comprendre le milieu spécifique des soins de santé et le contexte de travail des intervenants. L'entité « équipe » étant au cœur du fonctionnement de l'hôpital, nous allons donc analyser le concept de culture de sécurité dans le contexte de travail, c'est-à-dire en prenant en compte les facteurs liés au fonctionnement d'une équipe.

L'équipe du bloc opératoire

Le système de santé est caractérisé par un grand nombre d'intervenants qui sont en relation avec les patients. Ce système très complexe tend à le rendre plus vulnérable aux erreurs. L'équipe joue ainsi, pour de nombreux chercheurs, un rôle majeur dans la création d'un système de soins plus sécuritaire (Firth-Cozens, 1998, 2001). Les avantages du travail d'équipe sont multiples et se répercutent fortement sur la qualité des soins (Firth-Cozens, 1998). Au niveau de l'organisation, elle permet de palier plus soupagement aux absences et aux différents changements de l'environnement de travail (Firth-Cozens, 1998). Au niveau individuel, l'équipe peut améliorer la motivation de chacun, diminuer le stress ou contenir le contexte émotionnel des soins de santé. De plus, Firth-Cozens (2001) affirme que l'équipe peut permettre de compenser la fatigue des individus. La détection d'erreurs est également améliorée ainsi que la reconnaissance de celles-ci et le fait d'en tirer des leçons (Firth-Cozens, 2001).

Cependant, l'efficacité du travail d'équipe est reliée à plusieurs facteurs qu'il est nécessaire d'améliorer. Ainsi les problématiques relatives à la communication, au leadership, aux conflits de personnes, etc., sont au cœur du fonctionnement d'une équipe.

L'équipe du bloc opératoire nous apparaît alors comme un excellent exemple d'équipe sur lequel focaliser la recherche. En effet, elle est caractérisée par un grand nombre d'intervenants dans le bloc opératoire : chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières, inhalothérapeutes, etc., ainsi qu'en dehors du bloc. Ces personnes ont des compétences différentes et complémentaires et

travaillent dans un but commun (Esculier, 2006). La salle d'opération est un endroit critique, à haut-risque où les événements indésirables sont en moyenne plus importants que dans les autres services (Esculier, *Ibid.*).

Problématique et contexte général de l'étude

Nous avons vu que l'amélioration de la sécurité du patient est une problématique essentielle et actuelle. Nous avons également remarqué que le concept de culture de sécurité était encore mal cerné, ce qui amène à un manque de consensus sur la définition et la conceptualisation de cette notion. Un autre problème est la difficulté à généraliser les résultats du fait d'un manque de validité des mesures. Ceci est renforcé par le fait que le lien de causalité entre une bonne culture et l'amélioration de la sécurité du patient n'est pas démontré. Cependant, même si cette démonstration n'existe pas actuellement, on peut postuler que le fait de migrer vers ce que la littérature décrit et ce que nous allons définir comme une bonne culture de sécurité ne peut qu'influer positivement sur la performance des équipes vis-à-vis de la sécurité du patient.

Nous proposons donc de développer un modèle conceptuel de la culture de sécurité appliqué à l'équipe du bloc opératoire. L'objectif est de définir les principales normes et croyances qui définissent la culture de sécurité et de comprendre pourquoi il existe un écart entre les normes et les comportements des individus. Nous voulons ainsi proposer un modèle conceptuel de la culture de sécurité d'une équipe dans son environnement de travail.

Méthodologie de la recherche

Notre recherche se déroule en deux phases. La première est celle théorique permettant d'aboutir au modèle d'étude, la seconde étant la validation du modèle.

Dans un premier temps il nous fut nécessaire d'explicitier les concepts relatifs à la recherche dans le but de proposer un modèle d'étude. Les différentes

dimensions et variables de la culture de sécurité ont été définies afin de pouvoir les mesurer. Cette conceptualisation a donc émergé avant tout de la revue de littérature. Une fois les dimensions caractéristiques du concept déterminées, nous avons proposé un modèle général d'étude satisfaisant. Il a été développé pour les équipes du bloc opératoire. Le choix du bloc opératoire a été fait car la notion d'équipe y est bien définie et certaines professions sont proactives vis-à-vis de la sécurité du patient.

La deuxième phase de notre recherche a été la validation. Une fois le modèle déterminé et les facteurs relatifs à la culture de sécurité regroupés sous plusieurs dimensions, il était nécessaire de valider le construit. Cette phase a été réalisée en consultant les professionnels de santé. Nous avons procédé à la validation auprès d'un échantillon représentatif des membres des équipes du bloc opératoire dans différents hôpitaux. Les hôpitaux ont été choisis de manière à être représentatifs des différents types d'établissements de soins du Québec : centre hospitalier universitaire, centre hospitalier et clinique privée.

Dans un premier temps, nous allons définir, à partir de la littérature, le concept de culture de sécurité. Nous allons ensuite définir ce concept dans le contexte du fonctionnement d'une équipe du bloc opératoire. Cette étude des recherches existantes va permettre de dégager un modèle conceptuel de la culture de sécurité dans une équipe de bloc opératoire. Nous développerons alors, la méthodologie mise en place pour définir le concept et valider le modèle. Finalement, dans le dernier chapitre, nous présenterons les résultats de notre recherche et analyserons la validité de notre modèle d'étude par rapport aux données récoltées.

CHAPITRE 1 - LE CONCEPT DE CULTURE DE SÉCURITÉ

1.1. Définition et origine du concept de culture de sécurité

Selon Glouberman et Mintzberg (2001b), la meilleure façon d'apporter des améliorations au système de soins est de développer une standardisation des normes. Cet objectif équivaut à promouvoir un système de croyances commun, une culture commune. L'auteur conclut que lorsque que des individus partagent des croyances et valeurs, ils peuvent coordonner leurs efforts, ils savent ce qu'ils ont à faire. Cooper (2000) conçoit que tous les membres d'une organisation ne répondent pas de la même manière à n'importe quelle situation donnée. Cependant, ils adoptent des modèles semblables, de mode de conduite, de perception de la façon dont l'organisation fonctionne ou devrait fonctionner.

1.1.1. Définition de la culture de sécurité

1.1.1.1. *La culture organisationnelle*

Le concept de culture de sécurité peut être abordé comme une dimension d'un concept plus global, celui de culture organisationnelle (Occelli et *al.*, 2007). Nous allons donc tenter de définir la culture organisationnelle pour aboutir sur les questions de sécurité. De nombreuses définitions ont été données à ce concept depuis les années 1970 (Guldenmund, 2000). Cependant aucun consensus n'a réellement été trouvé (Pidgeon, 1998). Le problème se situe dans l'existence ou non d'une limite entre les concepts de « culture » et de « climat » (Guldenmund, 2000, Cox et Flin, 1998).

Dans de nombreuses lectures, les auteurs utilisent à la fois les termes de « culture » et de « climat » sans faire à chaque fois de grande différence. Stone

et al. (2005) affirment qu'il existe un manque de consensus entre ces termes, ce qui reflète la complexité du phénomène et rend difficile la généralisation.

« En pratique la limite floue entre culture et climat explique que ces deux concepts sont souvent à tort, confondus dans la littérature et qu'on trouve des outils quantitatifs labellisés comme mesurant la culture de sécurité ou le climat. » (Occelli et al., 2007, p.7)

Plusieurs chercheurs ont donc tenté de donner des définitions propres à chacun de ces termes.

La culture reflète ainsi les croyances individuelles mais aussi de groupe, les normes, les perceptions. Ces valeurs sont partagées par la majorité des individus au sein de l'organisation et concernent à la fois les personnes, le travail mais également l'organisation en général (Guldenmund, 2000).

Schein (1992) affirme de son côté que le climat est culture dans la façon de faire. Ainsi, le climat organisationnel renvoie aux comportements, aux attitudes, aux sentiments des individus de l'organisation.

Ainsi, selon Guldenmund (2000), on peut observer le climat en mesurant les attitudes, tandis que la culture est déterminée de façon phénoménologique par des interviews et des observations.

Cependant, on constate que ces deux concepts sont très fortement reliés. En effet, le climat est le reflet de la culture (Cox et Flin, 1998). Reason (1997)¹ a défini la culture organisationnelle de la manière suivante.

« Shared values (what is important) and beliefs (how things work) that interact with an organization's structures and control systems to produce behavioural norms (the way we do things around here). » (Reason, 1997, page 192)

¹ Reason ajoute dans son article paru en 1998, que cette définition est tirée de Uttal, B. (1983) The corporate culture vultures. Fortune Magazine.

Cette définition se révèle donc importante pour nous car elle englobe à la fois les notions de valeurs partagées et croyances ainsi que la notion de norme comportementale.

1.1.1.2. La culture de sécurité

Geller (2002) affirme que pour obtenir une culture de sécurité totale, tous les individus doivent se sentir responsables de la sécurité et appliquer les actions nécessaires à la sécurité, sur une base régulière.

La culture de sécurité est une composante de la culture globale de l'organisation. Les normes et croyances sont relatives à la sécurité et débouchent sur des attitudes et des comportements sécuritaires. La culture de sécurité est donc l'ensemble de ces caractéristiques qui font que les questions relatives à la sécurité « bénéficient de façon absolument prioritaire de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance. » (Agence pour l'Énergie Nucléaire, 1999)

Historiquement, l'expression « culture de sécurité » est apparue pour la première fois, en 1986, dans le rapport de l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA), suite à l'accident de Tchernobyl (Agence pour l'Énergie Nucléaire, 1999).

« Cet accident a en effet montré que l'absence de culture de sûreté pouvait amener l'exploitant à transgresser les barrières multiples du système de défense en profondeur. En d'autres termes, une organisation qui n'adopte pas des valeurs, principes et attitudes résolument tournés vers l'amélioration de la sûreté est prédisposée à ignorer les procédures, à dépasser les limites de fonctionnement et à contourner les systèmes de sûreté. » (Agence pour l'Energie Nucléaire, 1999).

Dans notre cas, nous travaillons dans le secteur hospitalier où l'on veut améliorer la sécurité du patient. La culture de sécurité peut donc être considérée comme **les valeurs, croyances, perceptions et normes partagées par l'organisation et le personnel envers l'importance des questions relatives**

à la sécurité du patient et qui résultent en des normes de comportement visant à une prestation de soins sécuritaire.

Ainsi, nous questionnerons les intéressés pour tenter de définir leurs croyances relatives à la sécurité ainsi que leurs comportements et attitudes trahissant ces valeurs. Nous allons définir ce concept général en développant ses caractéristiques et ses dimensions.

1.1.2. Les composants de la culture de sécurité

Reason (1997) définit plusieurs composantes à sa définition de la culture de sécurité au niveau organisationnel. Tout d'abord, la culture de sécurité doit avant tout être une « ***informed culture*** », c'est à dire que ceux qui dirigent et font fonctionner le système doivent avoir les informations qui déterminent la sécurité de l'organisation. On doit donc créer un système d'information centré sur la sécurité qui collecte, analyse et partage les informations, non seulement des incidents et des « near-misses » mais également toutes les autres informations sur les signes vitaux du système (Reason, 1997, p. 195)

Ensuite, une **culture de déclaration** doit également exister. Pour alimenter le système d'information, il faut l'appui des travailleurs de l'organisation qui sont, eux, directement en contact avec les problèmes. L'organisation doit donc les préparer à rapporter les erreurs, incidents et « near-misses » ou « échappées belles », auxquels ils sont confrontés (Reason, 1997, p. 195).

Pour permettre à cette culture de déclaration de se développer, l'organisation doit promouvoir une « **culture juste** » qui garantit aux travailleurs de ne pas être blâmés en cas d'erreurs non intentionnelles. Ainsi, il est nécessaire d'encourager et de récompenser les attitudes qui visent à partager les informations relatives à la sécurité, comme le rapport d'un incident. Il faut tout de même maintenir une frontière entre un comportement acceptable et inacceptable. Il faut donc créer un climat de confiance (Reason, 1997, p. 195).

La culture de l'organisation doit également être une **culture apprenante**. En effet, il est nécessaire de pouvoir tirer les conclusions adéquates des informations collectées et les utiliser pour implémenter les mesures qui s'imposent (Reason, 1997, p. 196).

Dernier point, la culture de l'organisation doit être **flexible**. Elle doit permettre, en temps de crise, de passer de la structure hiérarchique conventionnelle à une structure professionnelle qui s'en remet aux experts des domaines concernés. L'organisation doit donc pouvoir faire confiance en la compétence et l'expérience des superviseurs de première ligne (Reason, 1997, p. 195).

1.1.3. Origine du concept de culture de sécurité

1.1.3.1. Vers une approche systémique de l'erreur

L'objectif principal d'acquérir une bonne culture de sécurité dans une organisation est de la rendre plus sûre en diminuant le nombre d'erreurs commises. Pour diminuer ces erreurs il a donc fallu en rechercher les causes.

Reason (2000) affirme que l'erreur est humaine et comme l'homme est faillible alors l'erreur est attendue. De part cette affirmation, l'auteur affirme qu'une approche systémique de l'erreur doit être utilisée. Cette approche se résume par la citation suivante :

« We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work. » (Reason, 2000, p. 769)

L'approche individuelle se résume dans la phrase *« bad things happen to bad people »* (Reason, 2000). Les personnes en contact direct avec les patients sont ainsi tenues responsables des événements indésirables qui surviennent au patient (Reason, 2000). Le blâme, la honte, la peur sont alors engendrés par cette approche.

Un des principaux points soulevé dans le rapport *« To Err is Human »* (1999) est le changement d'un système basé sur l'erreur individuelle vers un système avec

une approche systémique. De ce point de vue, ce changement passe par un changement de culture.

Cette vision est un des principaux arguments du rapport de l'Institute of Medicine (1999) et est également prônée par la majorité des chercheurs. Cette approche systémique a tendance à se faire accepter de plus en plus par les organisations de santé mais est encore confrontée à des barrières. Nous développerons par la suite les spécificités du milieu hospitalier.

1.1.3.2. Le modèle de Reason (2000)

Selon Reason (2000), l'apparition d'un incident ou d'un accident provient souvent d'une combinaison d'erreurs actives et de défaillances latentes. Ce principe est représenté par le « modèle du fromage suisse » de Reason (2000).

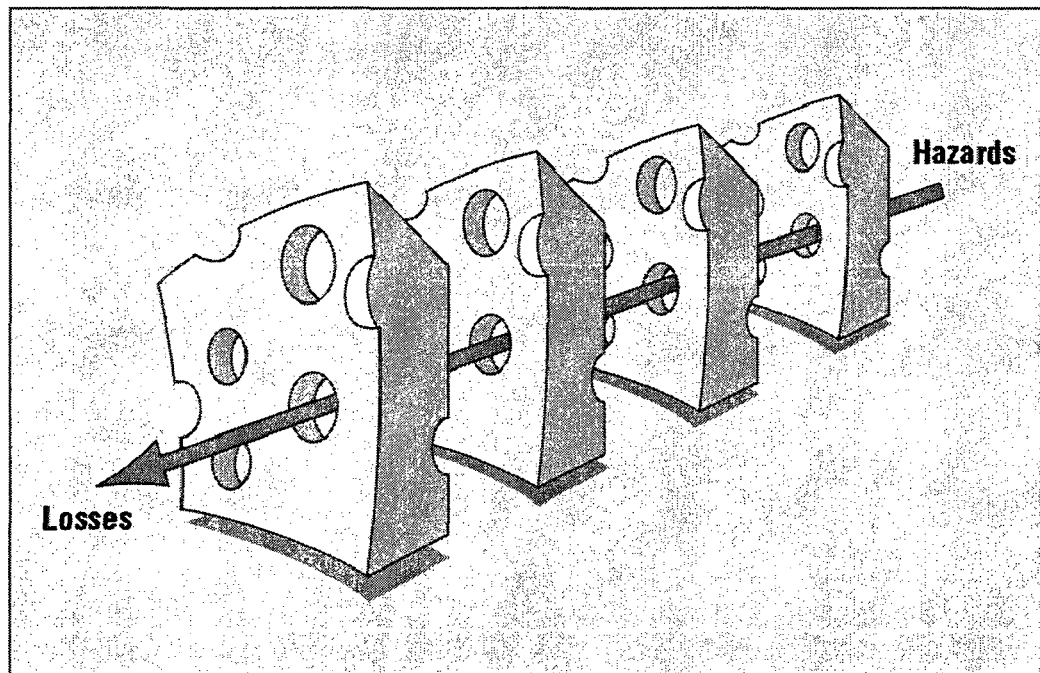


Figure 1.1 : Modèle du fromage suisse de Reason (2000)

Les tranches de fromages représentent ici différentes barrières de sécurité que l'organisation met en place pour éviter la survenue d'événements indésirables.

Ces barrières peuvent être techniques comme des alarmes ou peuvent reposer sur le personnel de soins (vigilance des infirmières...). Malheureusement chaque barrière présente des faiblesses et laisse place aux défaillances latentes et aux erreurs actives, symbolisées par les trous. Une certaine combinaison de ces « trous » va alors permettre à l'évènement indésirable de survenir.

1.1.3.3. L'approche culture de sécurité

Le concept de culture de sécurité trouve ses racines dans cette approche systémique. La prise de conscience de ces problématiques devient alors la base de la notion de culture de sécurité. Dans une organisation possédant une forte culture de sécurité, les intervenants sont conscients que les erreurs existent et qu'ils peuvent en faire. La question de la sécurité devient alors primordiale. On retrouve ainsi les composantes de la définition de Reason (1997). L'organisation doit favoriser l'information pour apprendre des erreurs. Il est donc nécessaire de favoriser une culture d'« **information** », ainsi qu'« **apprenante** », ce qui passe par une culture « **de déclaration** » et qui est favorisée par une culture « **juste** » et « **flexible** » (Reason, 1997).

Reason (1998) ajoute que seule la culture peut affecter toutes les « tranches de fromages », soit les barrières mises en place par l'organisation, et leurs « trous » ou défauts respectifs. Cette influence peut se révéler sous trois formes selon Reason (1998).

Premièrement, une culture de sécurité dite « pauvre » va accroître le nombre de faiblesses défensives. Ainsi les erreurs vont apparaître plus fréquemment si l'organisation ne prend pas en compte les conditions de travail, si l'entraînement, la formation ne sont pas suffisants, si la communication est déficiente... Une atmosphère où les individus ne se sentent pas concernés par leur rôle envers la sécurité peut en découler et des violations des procédures peuvent aussi apparaître.

Deuxièmement, toujours selon Reason (1998), une incapacité à évaluer les dangers opérationnels peut engendrer la création de « trous » plus grands et plus durables dans les défenses du système. Des conditions latentes peuvent être créées lors des opérations de maintenance, de test ou, par exemple, en n'accordant pas beaucoup d'importance aux entraînements en situation d'urgence.

Enfin, les effets ayant la plus grande envergure résultent du fait que dans une organisation avec une culture de sécurité « pauvre », il existe une réticence à traiter les insuffisances connues dans les défenses proactivement. Les « trous » dans les défenses vont alors persister.

Reason (1998) conclut alors par le fait qu'une culture dite « pauvre » a des effets qui peuvent non seulement faire apparaître des lacunes et des faiblesses mais aussi leur permettre de demeurer non corrigées.

1.1.4. Conceptualisation de la culture de sécurité

Comme le souligne Guldenmund (2000), ce qu'il manque réellement dans la littérature est d'avoir un modèle causal du concept de culture de sécurité. Ce modèle doit ainsi présenter, selon lui, la cause, le contenu et la conséquence de la culture de sécurité.

1.1.4.1. Le modèle de Berends

Nous avons vu que la culture de sécurité regroupe les concepts de croyances et de normes. Berends (1995, dans Guldenmund, 2000) distingue ces deux principales catégories puis les divise en sous catégories.

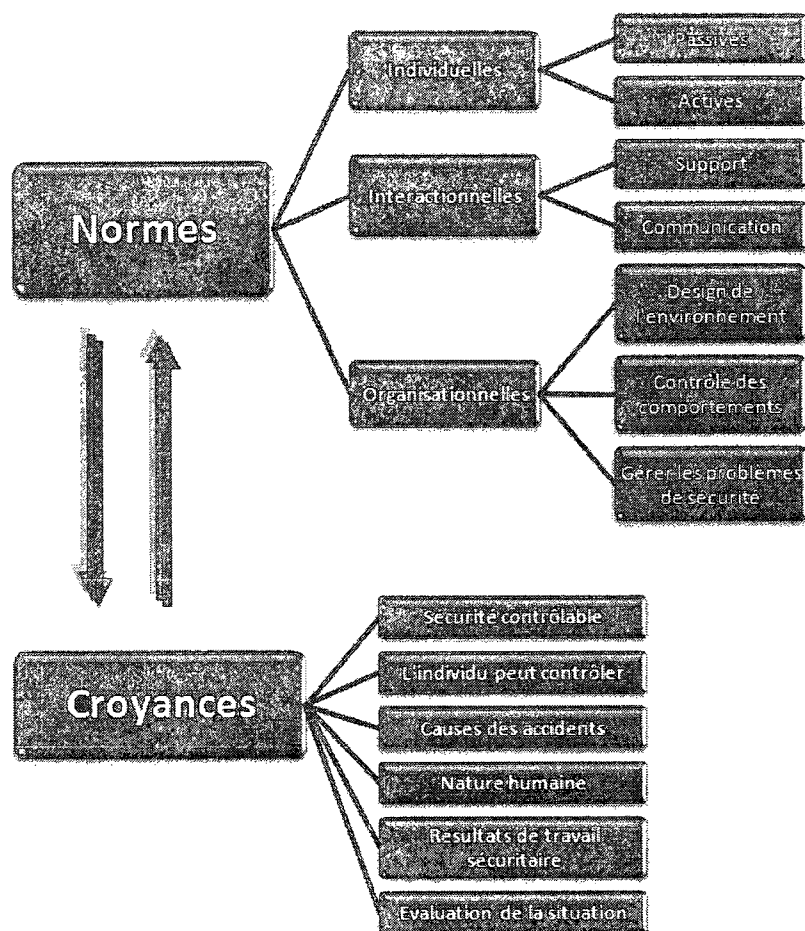


Figure 1.2 : Modèle de la culture de sécurité de Berends (1995), tiré de Guldenmund (2000)

Ce modèle a été réalisé à partir d'entrevues non structurées. Les normes sont subdivisées en normes individuelles, interactionnelles et organisationnelles. On retrouve ainsi des dimensions comme le support, la communication, gérer les comportements. Les croyances tournent autour du contrôle de la sécurité et des actions, de l'évaluation de la situation, des facteurs reliés à la nature humaine et sur les causes des accidents.

Ce modèle est très intéressant mais peu de détails viennent l'expliquer (la source est non publiée mais reprise par Guldenmund, 2000). Ainsi dans notre cas d'étude, il va nous falloir à la fois étudier les normes mais également les

croyances. Ainsi le fait de penser ne pas pouvoir faire d'erreurs, les croyances envers ses limites personnelles et leur influence sur le travail (fatigue, stress), celles sur les causes des erreurs, peuvent avoir un rôle sur les comportements des individus envers la sécurité.

1.1.4.2. Le modèle de Eagly et Chaiken (1993)

Nous avons vu, lorsque que nous avons tenté de définir le concept de culture de sécurité, que les attitudes sont le reflet des normes et des croyances. Pour pouvoir comprendre les comportements des individus relatifs à la sécurité, il est nécessaire de comprendre d'où ils proviennent.

i. Le modèle de l'attitude

Eagly et Chaiken (1993, p.1) définissent le concept d'attitude comme « *a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor* ». Selon les auteurs, les entités évaluées sont appelées des « attitude objects ». Ces objets peuvent être concrets ou abstraits, comme des comportements. Des buts abstraits comme dans notre cas, la sécurité, sont définis usuellement, selon Eagly et Chaiken (*Ibid.*, p.5), comme des « *valeurs* ».

Les attitudes résultent de différentes classes de « *stimuli* », cognitifs, affectifs ou comportementaux et engendrent des réponses également cognitives, affectives ou comportementales.

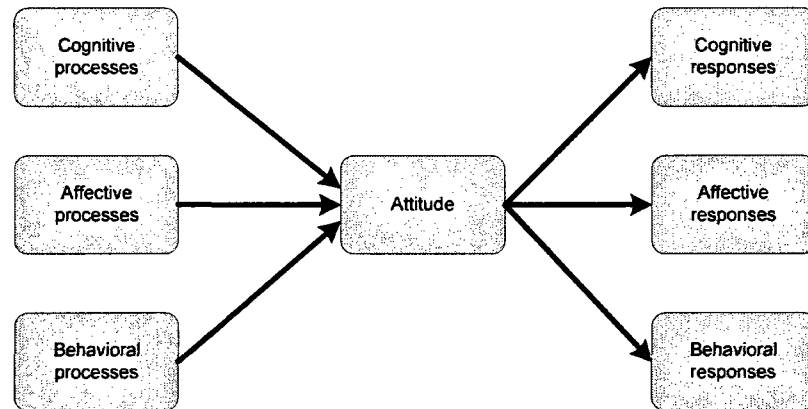


Figure 1.3 : Modèle de l'attitude adapté de Eagly et Chaiken (1993)

Selon les auteurs, la particularité du concept d'attitude est qu'il consiste en une évaluation de procédés observés et engendrant des réponses exprimant cette évaluation.

Le concept d'attitude n'est pas directement observable et implique des mécanismes cachés, des processus latents dans l'esprit des personnes (*Ibid.*, p.6).

Un processus d'apprentissage cognitif est développé quand la personne reçoit des informations sur l'objet de l'attitude et se forme des croyances. Selon les auteurs, les informations sont acquises soit par l'expérience soit indirectement (*Ibid.*, p.14)

Eagly et Chaiken (*Ibid.*, p. 15) affirment également que les attitudes peuvent être formées suite à des processus émotionnels qui vont agir comme stimuli.

De plus, les attitudes découlent également des comportements passés. En effet, un individu va déduire des comportements qui sont importants pour lui, les attitudes correspondantes. D'un autre côté, le fait que les comportements de l'individu soient récompensés ou sanctionnés va entraîner une évaluation et une réponse comportementale (*Ibid.*, p.16).

Suite au procédé d'évaluation, les réponses peuvent être cognitives (ce que l'individu pense de l'objet de l'attitude), affective (les émotions, sentiments que l'individu a en relation avec l'objet de l'attitude) et comportementales (les actions que l'individu réalise d'après l'objet de l'attitude) (*Ibid.*, p.10).

ii. Lien avec les croyances

Selon Eagly et Chaiken (*Ibid.*, p.132), les attitudes sont typiquement corrélées avec les croyances envers les objets de ces attitudes. Les attitudes des gens peuvent être cependant plus ou moins cohérentes avec leurs croyances et ce, pour différentes raisons (p.132). Selon les auteurs, beaucoup de recherches ont été faites sur les relations logiques entre les croyances, mais beaucoup d'aspects sont encore à explorer.

iii. Lien avec les comportements

Eagly et Chaiken (*Ibid.*) ont tenté de définir la relation entre les attitudes et les comportements. Par rapport au modèle précédent, les auteurs ont laissé de côté les processus cognitifs et affectifs pour détailler plus précisément les processus comportementaux.

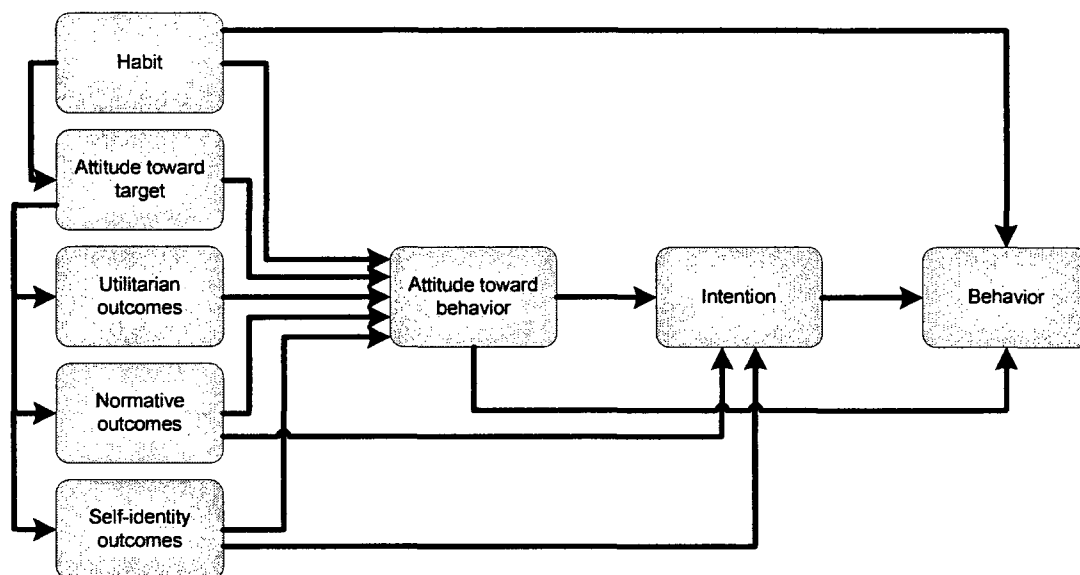


Figure 1.4 : Modèle du comportement adapté de Eagly et Chaiken (1993)

Ainsi, dans ce modèle, les attitudes envers le comportement vont engendrer des intentions qui vont elles-mêmes engendrer des comportements. Les auteurs notent cependant que les intentions ne découlent pas toujours directement de l'attitude mais sont influencées par l'évaluation des contraintes que l'individu rencontre (exemple : le temps, le manque de moyen...). De même un travail cognitif est nécessaire pour transformer l'intention en comportement.

Explications du modèle selon les auteurs (pages 209-210)

- Les « habitudes » sont vues comme des séquences de comportements qui sont devenues relativement automatiques et qui n'impliquent pas d'instructions personnelles.
- Les « attitudes envers les cibles » consistent en des évaluations des cibles des comportements (attitudes sociales, politiques, interpersonnelles et autres).
- Les « résultats » sont les compétences anticipées des comportements.

- Ainsi les « résultats utilitaires » sont les récompenses ou punitions anticipées, si on s'engage dans le comportement.
- Les « résultats normatifs » sont l'approbation ou la désapprobation par des individus importants aux yeux de la personne, à propos du comportement.
- Les « résultats relatifs à la perception de soi » sont, de même, les gains ou la culpabilité engendrés, relatifs aux règles morales, par le comportement.

Les habitudes peuvent influencer directement sur le comportement. Les « attitudes envers les cibles » peuvent influencer directement sur les résultats attendus. Les résultats normatifs et relatifs à la perception de soi de l'individu vont influencer directement sur l'intention.

iv. Les implications

Dans notre étude, nous souhaitons améliorer la sécurité du patient. La culture de sécurité représente cet ensemble de croyances, de normes et de processus (cognitifs, affectifs et comportementaux) relatifs à la sécurité du patient.

Nous venons de voir que les comportements pouvaient provenir de différentes sources. Les habitudes peuvent ainsi, dans notre cas, influencer sur la perception, le jugement relatif à certains comportements sécuritaires. Il est de plus nécessaire d'insister sur les résultats bénéfiques que peut engendrer ce type de comportement. Des mesures organisationnelles pourraient ainsi promouvoir les comportements sécuritaires pour influencer sur les résultats attendus (utilitaires, normatifs, relatifs à la perception de soi). L'hôpital doit également veiller à ce que les contraintes que le personnel rencontre, n'empêchent pas ces derniers d'adopter ces comportements sécuritaires.

La sensibilisation à la problématique de la culture de sécurité permettrait de rappeler aux individus les « attitude objects » relatifs à la sécurité du patient.

Pour revenir à la problématique de la sécurité, nous allons évoquer ces caractéristiques selon l'approche de Cox et Cox (1991).

1.1.4.3. *Le modèle de Cox et Cox (1991)*

Cox et Cox (1991) ont tenté de modéliser les attitudes envers la sécurité et leurs objets. Ainsi ils ont séparé les objets en trois catégories.

La catégorie « software » correspond à ce qui a été mis en place par l'entreprise au niveau de la sécurité (législation, protocoles, règles, management, etc.) mais également les concepts relatifs à la sécurité (indices de performance, analyse coûts/bénéfices, prévention, etc.). La catégorie « People (Liveware) » représente l'ensemble du personnel en lien avec la sécurité. La catégorie « Risk » correspond aux comportements risqués et la façon de les gérer.

Enfin, ces trois catégories interagissent avec les « Hardware & Physical Hazards » (Equipement, outils, machines et bruit, température, etc.)

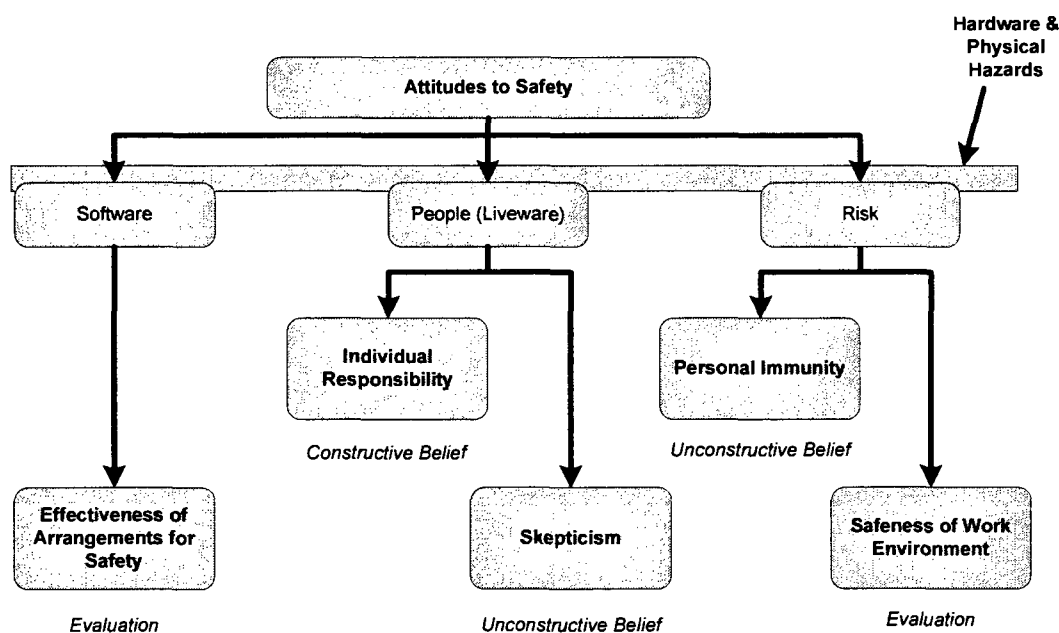


Figure 1.5 : Modèle de l'attitude de Cox et Cox (1991)

i. Conclusions de l'étude

A la suite de leur étude, Cox et Cox (*Ibid.*) ont observé que les attitudes des individus étaient paradoxales. Ainsi, la responsabilité individuelle envers la sécurité est une croyance constructive tandis que le scepticisme envers l'importance des questions de sécurité était au contraire non constructif. De la même manière envers les risques, les individus peuvent croire en une immunité à travers leur expérience et leur expertise. Par contre les attitudes peuvent refléter la sécurité de l'environnement de travail.

La principale conclusion tirée par les auteurs est que pour améliorer la culture de sécurité, l'organisation doit, à la fois encourager les croyances constructives et évaluations positives, mais aussi combattre les croyances non constructives.

ii. Implications

Dans notre cas, il sera intéressant d'étudier les deux types de croyances. Ainsi, il faudra vérifier s'il existe un certain scepticisme envers la sécurité dans l'hôpital et également voir le rôle du sentiment d'immunité que peuvent avoir certains acteurs.

1.1.4.4. Les facteurs relatifs à la culture de sécurité de Geller (2002)

Etant donné le fait que l'erreur ne résulte pas d'une seule cause, Geller (2002) propose d'étudier trois facteurs relatifs à la culture de sécurité : l'individu, l'environnement et le comportement.

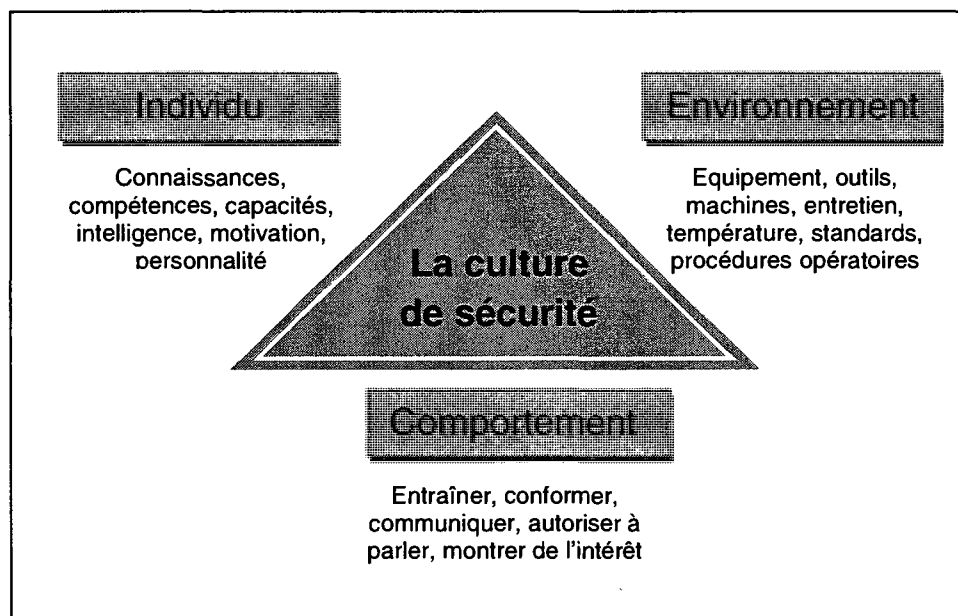


Figure 1.6: Modèle de Geller (2002)

Ces trois notions sont interdépendantes. Le personnel de soin a des caractéristiques individuelles propres, il développe des comportements dont beaucoup ont un lien avec la sécurité. De plus, l'environnement de travail va également avoir une influence sur la sécurité. L'auteur affirme qu'il est plus facile pour l'organisation, d'agir sur les facteurs environnementaux puis comportementaux, le plus dur étant les facteurs reliés à l'individu. On peut accéder aux facteurs reliés à l'individu en améliorant les processus relatifs au comportement.

On retrouve ainsi les mêmes objets que ceux décrit par Cox et Cox (1991). Ainsi dans notre cas d'étude, nous allons à la fois sensibiliser les individus sur les attitudes envers la sécurité (comme par exemple la perception du rapport des erreurs) et sur les comportements qui doivent l'améliorer (ex : communication, etc.).

1.1.4.5. Le modèle de Cheyne et al. (1998)

Ce modèle a été développé par Cheyne et al. (1998) dans une compagnie manufacturière internationale. Les auteurs ont ainsi observé les relations entre les attitudes des employés, l'estimation des risques liés au lieu de travail et l'évaluation de l'environnement physique de travail et leur influence sur les différents niveaux de la sécurité.

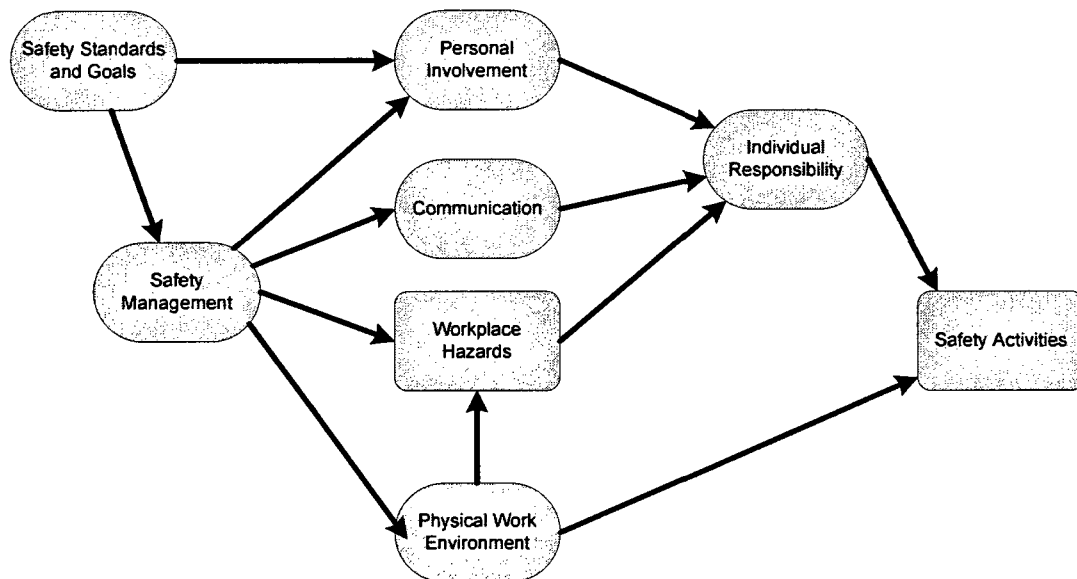


Figure 1.7: Modèle de Cheyne et al. (1998)

Pour réaliser ce modèle, Cheyne et al. (1998) ont émis l'hypothèse suivante :

« attitudes to organizational variables (safety management and safety standards and goals) will affect environmental (physical work environment and workplace hazards) evaluation and attitudes to group process variables (personal involvement and communication) which will, in turn, have some bearing on individual responsibility and level of, and involvement in, safety activity. »

Ce modèle a été développé dans un contexte précis, celui des organisations manufacturières. Cependant, on peut considérer que, avec certaines

précautions, les conclusions sont extrapolables dans d'autres environnements. Le travail de Cheyne et *al.* (1998) modélise de plus, la culture de sécurité d'un point de vue organisationnel. Dans notre cas nous nous intéressons surtout aux parties « *Safety standards and goal* », d'un point de vue individuel ainsi que « *personal involvement* » et « *communication* » qui vont influencer sur les « *safety activities* ».

1.1.5. Les caractéristiques du concept de culture de sécurité

Le concept de culture de sécurité est encore mal cerné. Comme nous l'avons vu, il existe un manque de consensus sur la définition du concept. Ce manque est dans un premier temps relatif à une discussion sur la différence entre culture et climat. Dans un second temps, les définitions proposées ne sont que trop théoriques et les notions de croyances et de valeurs renvoient à des particularités, des spécificités au système en question.

Pour illustrer ceci, dans le milieu hospitalier, Singla et *al.* (2006) ont étudié 13 mesures différentes de la culture de sécurité. Les auteurs ont ainsi déterminé que dans l'ensemble des études, 23 dimensions reliées à la culture de sécurité et à la sécurité du patient ont été mesurées. En moyenne un questionnaire mesurait 12 de ces 23 dimensions. L'étude comparative a permis de souligner le fait que ces instruments étaient souvent très différents les uns des autres en termes de contenu, rigueur du procédé, longueur...

Occelli et *al.* (2007), de son côté, insistent sur le fait qu'il existe différentes sous-cultures, idée également partagée par Cooper (2000).

« Une organisation peut présenter une culture globale au sein de laquelle des sous-cultures coexistent. Ces sous-cultures correspondent aux normes et aux valeurs qui se sont mises en place dans des groupes de personnes appartenant à une même organisation. Elles peuvent être abordées de deux manières. La première définit une sous-culture selon qu'elle adhère, coexiste ou va à l'encontre de la culture dominante. La seconde définit une sous-culture selon une localisation géographique,

une activité, une profession ou un niveau hiérarchique. Ainsi, dans un établissement de santé, une « culture d'établissement » comprend une combinaison de plusieurs sous-cultures (culture de service, culture de spécialité, culture professionnelle...) qui doivent être prises en compte dans les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité. » (Occelli et al., 2007, p.7)

On peut donc en conclure que la culture de sécurité est un concept multidimensionnel sur lequel aucun consensus n'a vraiment été trouvé.

Il sera donc nécessaire de prendre en compte les différences entre les divers groupes de professionnels (infirmières, médecins...). Il faudra également bien cibler notre secteur qui est l'équipe du bloc opératoire.

Nous tenterons, par la suite, de définir les différentes dimensions de cette culture pour notre cadre d'étude.

1.2. La mesure de la culture de sécurité dans le milieu hospitalier et les outils existants

1.2.1. Des parallèles possibles avec les autres industries ?

Selon Nieva et al. (2003), le système de santé peut être vu comme une organisation à haut risque avec un risque inhérent. Ainsi, selon de nombreux chercheurs, le système de santé se classe parmi les organisations à haut risque (HRO : High Risk Organisation). L'industrie nucléaire, l'aviation, l'industrie chimique font également partie de cette classification. Le point commun de ces industries étant le risque élevé, elles ont développé de hauts standards de sécurité. Nous allons étudier dans ce chapitre la place que prend la culture de sécurité dans l'organisation et les points communs que l'on peut retrouver avec la médecine.

1.2.1.1. L'industrie nucléaire

L'Agence pour l'Energie Nucléaire (1999) présente une définition de la culture de sécurité que l'on peut retrouver dans l'industrie nucléaire :

« La culture de sûreté est l'ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les organismes et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté des centrales nucléaires bénéficient de façon absolument prioritaire de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance. » (Agence pour l'Energie Nucléaire, 1999)

Une des recommandations principales est que le travailleur ne devrait pas vivre de conflit entre la sûreté et les objectifs de production d'électricité (Agence pour l'Energie Nucléaire, 1999).

On se rend compte qu'il y a de nombreux points communs entre l'industrie nucléaire et le système de santé, à la fois dans la définition mais également dans les dimensions du concept. Cependant, des ressemblances se situent plutôt au niveau organisationnel. Ainsi des parallèles sont possibles et intéressants au niveau de la gestion de l'erreur (de Marcellis-Warin, 2004).

1.2.1.2. L'aviation

Leape et *al.* (1999) soulignent l'importance de l'aviation comme source de comparaison. En effet, d'après ces auteurs, il existe de nombreuses similarités entre médecins et pilotes: hautement entraînés techniquement, accoutumés à se voir comme porteurs de l'autorité ultime (et de la responsabilité), indépendants, cependant dépendants de plus en plus des autres et de leurs niveaux de compétences variées. Il existe un objectif de sécurité commun dans l'aviation, car tous les intervenants (pilotes, fabricant, contrôleur...) perdent s'il arrive un « crash » (Leape et *al.*, 1999). Tout le monde est donc touché par l'accident. D'après Helmreich et *al.* (2001), ce qui caractérise également les pilotes de manière positive, est qu'ils adorent ce qu'ils font et qu'ils en sont très fiers. Par contre, d'après ces auteurs, ils ont une perception non réaliste de leur

« invulnérabilité » aux causes du stress comme la fatigue. Ces caractéristiques ont souvent été données également aux médecins.

Cependant, Helmreich et *al.* (2001) relativise les points communs en affirmant qu'en réalité, la salle d'opération est un environnement plus complexe que le cockpit d'un avion. En effet, il y a des groupes multiples, anesthésiologistes, chirurgiens, infirmières, aides-soignants, patients... De plus, la ligne d'autorité entre le chirurgien et l'anesthésiologiste n'est pas claire, ce qui peut être une source de conflit (Helmreich et *al.*, 2001).

Beaucoup de progrès ont été réalisés dans l'aviation pour créer une culture qui inclut la notion d'erreur, alors qu'en médecine, des pressions substantielles existent encore pour dissimuler les erreurs et donc supprimer les opportunités d'amélioration (Sexton et *al.*, 2000a).

Dans l'aviation, la réduction des erreurs est passée par la mise en place d'un système de rapport des erreurs et des incidents et un focus sur le travail d'équipe (Leape et *al.*, 1999). Le rapport des erreurs a été une source d'information majeure dans le développement de compétences non techniques d'entraînement dans l'aviation et continue d'être utilisé pour les systèmes d'amélioration (Fletcher et *al.*, 2002).

La déclaration d'incident est confidentielle mais une enquête est faite pour les accidents graves (Leape et *al.*, 1999).

Le changement qui résulte d'une culture plus ouverte qui accommode le questionnement et la reconnaissance des limites humaines a été une progression graduelle mais continue dans l'aviation (Sexton et *al.*, 2000a).

L'approche de l'aviation est de gérer les erreurs de façon non punitive et de manière pro active. Cette approche définit les stratégies comportementales que l'on apprend dans les stages de management des ressources d'équipe comme

des contre mesures pour éviter l'erreur, y mettre un terme quand elles arrivent, ou pour mitiger leurs conséquences (Sexton et *al.*, 2000a).

Les similarités avec l'équipe du bloc opératoire et les grandes avancées, sur le plan de la sécurité, réalisées par l'aviation, ont poussées les chercheurs à adapter des outils de l'aviation pour la médecine. Ainsi, Sexton et *al.* (2000b) a adapté un outil de mesure de la culture de sécurité réalisé pour l'aviation (CMAQ : Cockpit Management Attitudes Questionnaire) pour en faire l'ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionnaire). De même, d'après Connelly et *al.* (2005), la littérature suggère qu'il faudrait s'inspirer du modèle de rapport des erreurs et de leurs analyses de l'aviation.

1.2.2. Qu'est ce qu'une « bonne » culture de sécurité pour l'hôpital ?

Comme nous avons vu précédemment, la notion de culture de sécurité est encore mal définie. Les auteurs définissent, le plus souvent, « une bonne culture de sécurité » selon la recherche qu'ils font et selon ce qu'ils ont besoin de démontrer. Nous tenterons, dans la deuxième partie du mémoire, de déterminer nos propres dimensions. Cependant, la plupart des chercheurs s'entendent sur les caractéristiques principales de cette culture de sécurité.

Ainsi, de nombreux auteurs insistent sur le fait qu'il est nécessaire de travailler dans un système de blâme non individuel (Blegen et *al.*, 2005, Singer et *al.*, 2005, Nieva et *al.*, 2003, Institute of Medicine, 2001, White, 2006, Espin et *al.*, 2006). Ce système permet en effet de favoriser la sécurité du patient. Sans la peur du blâme, les praticiens peuvent discuter, étudier et apprendre de leurs erreurs (Singer et *al.*, 2005, Nieva et *al.*, 2003, Espin et *al.*, 2006, Firth-Cozens, 2001, Institute of Medicine, 2001, Pizzi et *al.*, 2001). Le rapport des incidents/accidents est un facteur clé (Fletcher et *al.*, 2002, Connelly et *al.*, 2005,

Pizzi et *al.*, 2001) de même que l'ouverture à la communication (Singla et *al.*, 2006, Carayon et *al.*, 2005).

Dans une organisation présentant une forte culture de sécurité, le rapport des erreurs est systématique, il existe un meilleur feedback, un apprentissage des erreurs (Reiling, 2005 , Firth-Cozens, 2001). Selon Rogers et *al.* (2008), la majorité des erreurs découvertes et corrigées par les infirmières implique les médicaments ou sont des erreurs procédurales. Rogers et *al.* (2008) constatent également que des erreurs de dossier médical et de transcription ont été découvertes mais de façon moins fréquente. Cependant, les erreurs découvertes par des participants ont été attribuées à une grande variété de membres de personnel comprenant des infirmières, des médecins, des pharmaciens, des techniciens et des secrétaires d'unité.

Selon Fletcher et *al.* (2002), le rapport des erreurs est l'une des meilleures sources de données pour révéler des comportements critiques. En effet, selon ces auteurs, les erreurs peuvent être analysées pour déterminer les causes sous-jacentes à l'évènement et les déficiences systémiques (Fletcher et *al.*, 2002).

Selon Firth-Cozens (2002), le rapport d'incidents graves est plus difficile à éviter que celui d'incidents moins importants. Pourtant, selon les auteurs, il est probablement plus simple d'apprendre avec des incidents qui n'ont pas causé de dégâts ou de très faibles et qui sont moins chargés émotionnellement que de sérieux évènements, chargés de culpabilité, de colère et de peur.

De plus, développer un bon travail d'équipe se révèle indispensable pour améliorer la sécurité du patient (voir chapitre sur l'équipe).

Selon Stone et *al.* (2005), les employés ont plus de satisfaction au travail, moins de stress, de surmenage quand ils travaillent dans une culture et climat de soutien et d'encouragement, ainsi que des environnements de groupes positifs.

Gandhi et *al.* (2003) affirment également que dans cette culture, à la fois les praticiens et les patients peuvent librement parler des points de vue qui les concernent sur la délivrance des soins. Les patients peuvent ainsi collaborer au processus des soins (Gandhi et *al.*, 2003, Reiling, 2005).

Un dernier point important est l'engagement envers de la sécurité. La sécurité doit être perçue comme un objectif majeur dans le système de soin. De même l'organisation doit présenter une volonté et un engagement fort pour l'amélioration de la sécurité du patient (Flin et *al.*, 2006a).

1.2.3. Les dimensions de la culture de sécurité étudiées dans le milieu hospitalier

Pour étudier le concept de « culture de sécurité », il est nécessaire de détailler les dimensions du concept.

Singla et *al.* (2006) ont réalisé une revue et synthèse des différents outils de mesure de la culture de sécurité dans le milieu hospitalier et ont étudié 13 instruments. Pour comparer ces instruments, ils ont développé une liste consensus des dimensions de la culture de sécurité qui ont été proposées dans la littérature :

Tableau 1.1 : Les 23 dimensions du concept de Singla et al. (2006)

Les 23 dimensions du concept de Singla et al. (2006)	
Engagement du management et de l'institution dans la sécurité des soins	Organisation apprenante
Liberté d'expression	Continuité et coordination des soins
Croyances sur les causes des erreurs et des événements indésirables	Planification de la sécurité des soins
Réponses non-punitives à l'erreur	Equipe, information et processus suffisants
Ce qui doit être signalé et à qui	Gestion de crise adéquate
Travail d'équipe	Respect des règles et des procédures
Retour et communication	Satisfaction au travail
Réponses institutionnelles	Ressources humaines suffisantes
Système de signalement des événements indésirables	Etre prêt à demander de l'aide
Pression au travail	Infrastructure de détection
Perception générale de la sécurité	Prise de risque
Formation et surveillance suffisantes	

De leur étude sur ces 23 instruments, ils ont observé les données suivantes :

Tableau 1.2: Fréquence des dimensions apparaissant dans les 13 outils (Singla et al., 2006)

Fréquence des dimensions apparaissant dans les 13 outils	
Dimensions (n=23)	Nombre d'outils avec la dimension
Engagement du management et de l'institution dans la sécurité des soins	11 (85%)
Liberté d'expression	11 (85%)
Croyances sur les causes des erreurs et des événements indésirables	11 (85%)
Réponses non-punitives à l'erreur	9 (69%)
Ce qui doit être signalé et à qui	9 (69%)
Travail d'équipe	9 (69%)
Retour et communication	9 (69%)
Réponses institutionnelles	7 (54%)
Système de signalement des événements indésirables	7 (54%)
Pression au travail	7 (54%)
Perception générale de la sécurité	7 (54%)
Formation et surveillance suffisantes	6 (46%)
Organisation apprenante	6 (46%)
Continuité et coordination des soins	5 (38%)
Planification de la sécurité des soins	5 (38%)
Équipement, information et processus suffisants	5 (38%)
Gestion de crise adéquate	5 (38%)
Respect des règles et des procédures	5 (38%)
Satisfaction au travail	5 (38%)
Ressources humaines suffisantes	4 (31%)
Être prêt à demander de l'aide	4 (31%)
Infrastructure de détection	3 (23%)
Prise de risque	1 (8%)

On peut constater que le nombre de dimensions abordées (23) est très important. Cependant, Singla et *al.* (2006), ont montré qu'en moyenne 12 de ces dimensions sont abordées dans un questionnaire d'évaluation de la culture de sécurité. Certaines dimensions se révèlent incontournables, comme la liberté d'expression par exemple, d'autres sont plus spécifiques aux outils. Ainsi dans notre cas, nous n'aborderons pas les dimensions relatives à l'hôpital, comme par exemple, les ressources humaines suffisantes, le matériel, les formations, etc. Nous retiendrons uniquement les dimensions relatives aux individus et à l'équipe en général, à leurs croyances, comportements et attitudes.

Selon Stone et *al.* (2005), il y a un manque évident de consensus sur les dimensions clés qui a ralenti l'accumulation de preuves sur la façon dont les normes, valeurs, et perceptions affectent la sécurité du patient et les autres aspects de la qualité des soins.

Nous allons nous-mêmes étudier par la suite, les questionnaires existants se rapprochant des caractéristiques de notre étude.

1.2.4. Les outils existants

1.2.4.1. L'outil « Operating Room Management Attitudes Questionnaire » (ORMAQ)

L'Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ) a été conçu par B. Sexton, B. Helmreich et A. Merritt, en 1994 (Sexton et *al.*, 2000b). Ils ont adapté les «Cockpit and Flight Management Attitudes Questionnaires » (CMAQ, FMAQ).

Cet outil mesure les attitudes du personnel de salle d'opération soumis au stress, à la hiérarchie, le travail d'équipe et l'erreur (Sexton et *al.*, 2000b). D'après Morgan et *al.* (2007), l'ORMAQ a démontré avoir une bonne cohérence interne (« internal consistency ») et a été utilisé dans de nombreuses recherches à travers le monde.

De plus, en observant l'étude réalisée par Flin et *al.* (2006a) et celle de Singla et *al.* (2006) sur les différents outils utilisés par les chercheurs, on se rend compte que cet outil a été plusieurs fois modifié et adapté avant d'être utilisé. Ainsi, par exemple, Flin et *al.* (2003) a utilisé un questionnaire ORMAQ modifié pour son étude sur les attitudes des anesthésiologistes envers le travail d'équipe et la sécurité.

En se référant à la liste de 23 dimensions de Singla et *al.* (2006), on peut classer les questions de cet outil dans les dimensions suivantes :

- Communication (13 questions)
- Travail d'équipe (12 questions)
- Stress, fatigue et pression au travail (11 questions)
- Liberté d'expression (8 questions)
- Engagement du management et de l'institution (8 questions)
- Croyances sur les causes des erreurs (6 questions)
- Bonne ambiance (4 questions)
- Organisation apprenante (3 questions)
- Satisfaction au travail (3 questions)
- Formation et surveillance suffisante (3 questions)
- Rapport des erreurs (2 questions)
- Suivi des règles et procédures: (2 questions)
- Equipements, information et processus suffisants (2 questions)
- Support et respect (1 question)
- Ressources humaines suffisantes (1 question)

1.2.4.2. L'outil « *Safety Attitudes Questionnaire* » (SAQ)

Le « *Safety Attitudes Questionnaire* » est une amélioration de l'ORMAQ et a été conçu par Sexton et *al.* (2003). Cet outil a été publié en plusieurs versions, il peut être ainsi utilisé en unité de soins intensifs, en salle d'opération, dans des

paramètres généraux d'hospitalisation (unités médicales, chirurgicales, etc.) et dans des cliniques ambulatoires (Sexton et *al.*, 2006).

Six facteurs d'échelles dérivés du climat ont été étudiés : travail d'équipe, satisfaction du travail, perception du management, conditions de travail, reconnaissance du stress (Sexton et *al.*, 2006).

En se référant à la liste de 23 dimensions de Singla et *al.* (2006), on peut classer les questions de cet outil dans les dimensions suivantes :

- Engagement du management et de l'institution dans la sécurité des soins (4 questions)
- Liberté d'expression (4 questions)
- Organisation apprenante (3 questions)
- Continuité et coordination des soins (4 questions)
- Equipement, information et processus suffisants (1 question)
- Travail d'équipe (9 questions)
- Retour et communication (7 questions)
- Respect des règles et des procédures (2 questions)
- Satisfaction au travail (4 questions)
- Pression au travail (4 questions)
- Perception générale de la sécurité (5 questions)
- Formation et surveillance suffisantes (2 questions)
- Ressources humaines suffisantes (3 questions)
- Reconnaissance fatigue et stress (6 questions)

Les nouveaux "items" du SAQ ont été générés par des discussions avec des praticiens et des experts dans le domaine. Les auteurs résument leur outil de la manière suivante :

*«The SAQ is a single page (double sided) questionnaire with 60 items and demographics information (age, sex, experience, and nationality).
"Each of the 60 items is answered using a five-point Likert scale*

(Disagree Strongly, Disagree Slightly, Neutral, Agree Slightly, Agree Strongly). Some items are negatively worded. There is also an open-ended section for comments: "What are your top three recommendations for improving patient safety in this clinical area." Each version of the SAQ has a "Collaboration and Communication" section, where respondents are asked to indicate the quality of collaboration and communication they have experienced with each of the types of providers in their clinical area.
» (83)

D'après Sexton et *al.* (2006), le « Safety Attitudes Questionnaire » a démontré de bonnes propriétés psychométriques. Les organisations de santé peuvent ainsi utiliser cet outil pour mesurer l'attitude des professionnels de santé envers les six domaines reliés à la sécurité du patient (Sexton et *al.*, 2006).

Makary et *al.* (2006) affirment que comme il existe des différences de perception du travail d'équipe et des autres dimensions de la culture de sécurité entre les différents intervenants, il est nécessaire d'utiliser une mesure scientifique valide du concept. Le SAQ est, selon les auteurs un bon moyen de mesurer le travail d'équipe, d'identifier les problèmes entre différentes disciplines, et d'évaluer les interventions qui sont censées améliorer la sécurité du patient.

Disponible à l'adresse suivante :

http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/survey&tools.htm

1.2.4.3. L'outil « Hospital survey on patient safety culture »

Cet outil a été réalisé par Sorra et *al.* (2004), pour l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Il consiste en 44 questions et mesure 14 dimensions :

- Engagement du management et de l'institution dans la sécurité des soins (8 questions)
- Liberté d'expression (3 questions)
- Réponses non-punitives à l'erreur (3 questions)
- Organisation apprenante (3 questions)

- Continuité et coordination des soins (4 questions)
- Travail d'équipe (4 questions)
- Retour et communication (3 questions)
- Perception générale de la sécurité (4 questions)
- Ressources humaines suffisantes (4 questions)
- Travail d'équipe entre les unités (4 questions)
- Rapport des erreurs (4 questions)

Pour développer cette étude, les chercheurs ont conduit une revue de la littérature concernant la sécurité, les accidents, l'erreur médicale, le rapport d'erreur, le climat et la culture de sécurité, et le climat et la culture organisationnelle. En outre, les chercheurs ont passé en revue des enquêtes sur la culture de sécurité, publiées ou non publiées et réalisé des entrevues conduites « en personne » et au téléphone avec le personnel des hôpitaux (Sorra et *al.*, 2004).

Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/>

1.2.5. Le but de la mesure de la culture de sécurité

La mesure de la culture de sécurité est importante pour plusieurs raisons. Nieva et *al.* (2003) ont remarqué que son évaluation permet d'identifier les zones à améliorer et d'augmenter la connaissance de la sécurité du patient. Elle permet également d'évaluer les programmes d'amélioration de la sécurité du patient mis en place (Nieva et *al.*, 2003). Pour apporter une dimension temporelle et pour étudier l'efficacité d'une intervention de l'hôpital, on pourrait envisager des mesures pré et post intervention à des fins de comparaison. Elle peut également permettre de conduire des « benchmarkings » externes et internes (Nieva et *al.*, 2003, Singla et *al.*, 2006). C'est-à-dire que l'on peut envisager de conduire des comparaisons, soit entre les différents services, soit entre les établissements. Pour Occelli et *al.* (2007), c'est la première étape d'une démarche dont l'objectif

est le changement de la culture de sécurité existante en une forte culture de sécurité.

Exemple :

L'AHRQ a présenté un rapport, dont la dernière version date de 2008 (Sorra et *al.*, 2008), qui présente la base de données bâtie à l'aide des réponses à leur « *Hospital Survey on Patient Safety* ». Ils reçoivent des études des mêmes hôpitaux à des périodes données (annuellement) pour pouvoir faire un suivi et souligner les améliorations obtenues. Les buts de la base de données sont :

- Comparaison aux autres hôpitaux
- Apprentissage et évaluation
- Informations sur les forces et les zones potentiellement améliorables de la culture de sécurité.
- Observer les tendances

Le rapport présente des pourcentages de réponses positives pour chaque dimension du concept (ex : travail d'équipe). Le questionnaire présente 12 catégories correspondant à 12 dimensions. Pour chaque catégorie, il existe plusieurs questions. L'AHRQ donne des résultats en calculant le pourcentage de réponse positive à chaque question. La moyenne des scores des questions est ensuite calculée pour avoir le score de la dimension. Pour plus de précision, des pourcentages par grade sont présentés : excellent : 24%, Bon : 10%... Les dimensions avec le moins de réponses positives deviennent alors des zones à améliorer. Moins les réponses sont positives pour une dimension, moins la culture de sécurité est forte pour cette dimension.

L'AHRQ fait également des comparaisons selon plusieurs critères comme la taille de l'hôpital, nombre de lits.

1.2.6. Les difficultés rencontrées

De nombreux chercheurs ou organismes ont utilisé différents outils de mesure. Cependant ces outils sont souvent propres à l'étude, spécifiques et difficilement généralisables (Stone et *al.*, 2005).

La généralisation des études réalisées jusqu'à ce jour a été rendue délicate par le fait que les chercheurs se sont souvent arrêté à la « face validity » alors qu'il est nécessaire de vérifier la validité du contenu et du construit (Singla et *al.*, 2006, Guldenmund, 2000). Il y a donc un besoin de validation important de la mesure effectuée.

D'un autre côté, bien que de plus en plus de preuves lient la culture au comportement, aux attitudes et aux motivations des cliniciens (Stone et *al.*, 2005), les difficultés énoncées précédemment rendent difficile la démonstration de la causalité entre la culture de sécurité et la sécurité du patient (Stone et *al.*, 2005, Occelli et *al.*, 2007, Nieva et *al.*, 2003).

CHAPITRE 2 - LA CULTURE DE SÉCURITÉ ET L'ÉQUIPE DE SOINS

Le système de santé est caractérisé par un grand nombre d'intervenants qui sont en relation avec le patient. Ce système est donc très complexe ce qui le rend vulnérable aux erreurs. Le travail d'équipe peut être vu comme un moyen d'aborder ces difficultés de fragmentation des soins (Firth-Cozens, 1998). L'équipe joue ainsi, pour de nombreux chercheurs, un rôle majeur dans la création d'un système de soins plus sécuritaire (Firth-Cozens, 2001, Firth-Cozens, 1998). Les bénéfices de l'équipe sont multiples et se répercutent fortement sur la qualité des soins (Firth-Cozens, 1998). Le travail d'équipe a des répercussions à la fois au niveau de l'organisation, mais également au niveau individuel.

L'équipe du bloc opératoire est également caractérisée par un grand nombre d'intervenants : chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières, inhalothérapeutes... Ces personnes ont des compétences différentes et complémentaires et travaillent dans un but commun (Esculier, 2006). La salle d'opération est un endroit critique, à haut-risque où les événements indésirables sont en moyenne plus importants que dans les autres services (Esculier, 2006). Il est donc approprié de choisir l'équipe du bloc opératoire comme sujet d'étude.

Notre étude étant réalisée dans le milieu hospitalier, il est tout d'abord nécessaire de présenter les caractéristiques du milieu hospitalier pour comprendre la place, les problématiques et les enjeux relatifs à l'équipe.

2.1. Les caractéristiques du milieu hospitalier

Le milieu médical, d'un point de vue général est constitué, selon Grady et *al.* (1988) de :

- Grande diversité de services (éducation, diagnostic, prévention, traitement, détection, réhabilitation...)
- Grande diversité de clients (groupes ou individus)
- Grande diversité de façons de faire : prescription, instruction privée, programme informatique, vidéo...
- Grande diversité de professions : médecin, infirmières...

Contrairement aux autres industries, la sécurité est principalement tournée vers le patient (produit) et non vers le travailleur (Flin et *al.*, 2006a, Singer et *al.*, 2005, Blegen et *al.*, 2005).

Glouberman et Mintzberg (2001 a et b) ont proposé une décomposition de l'hôpital en 4 mondes.

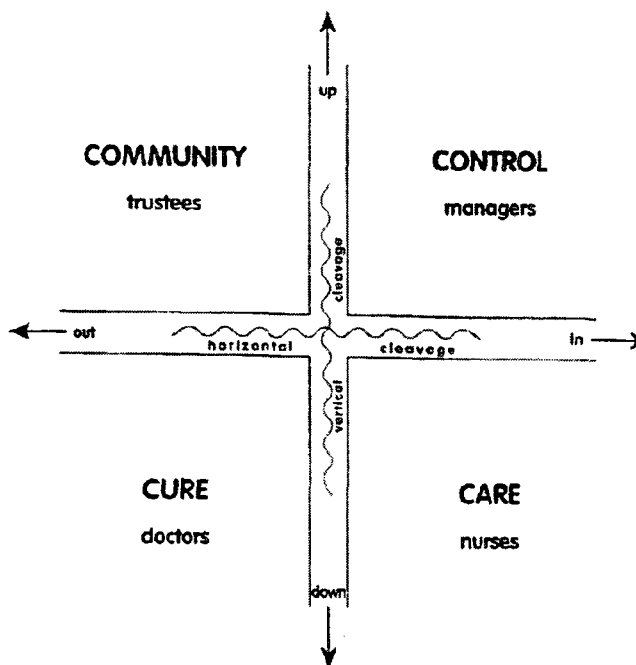


Figure 2.1: Modèle de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001a)

Selon les auteurs, il existe deux clivages importants dans l'hôpital. Le premier clivage sépare les personnes impliquées directement dans les soins et sur le traitement du patient (médecins et infirmières) tandis que l'autre partie contrôle

et finance l'organisation (managers et la communauté). Notre étude se basera sur la première catégorie. Le deuxième clivage se situe entre les personnes qui exercent à l'intérieur et qui sont sous le contrôle de l'organisation (managers et infirmières) et les personnes qui exercent à l'intérieur de l'organisation mais qui sont techniquement indépendantes de son autorité formelle (médecins).

Pour les auteurs, les médecins sont responsables du secteur « cure » tandis que le secteur « care » est réservé aux infirmières. Les médecins voient ainsi, selon Glouberman et Mintzberg (2001a), l'hôpital comme leur lieu de travail mais pas comme leur employeur. Ils travaillent dans l'hôpital mais pas pour lui. Les infirmières, de leur côté, sont prises entre les médecins qui clament leur responsabilité envers le patient malgré leur absence et les managers qui clament la responsabilité du contrôle malgré leur distance (Glouberman et Mintzberg, 2001a). De plus la démarcation entre « cure » et « care » n'est pas parfaite, ce qui augmente le risque de conflits (Glouberman et Mintzberg, 2001a).

Dans la pratique, les deux clivages se ressentent de plusieurs façons. Il existe, selon Glouberman et Mintzberg (2001a), plusieurs types de coalitions. Les infirmières forment ainsi une coalition des « insiders » avec les managers (contre les médecins) et une coalition « clinique » avec les médecins (contre les managers). Cette dernière coalition vise souvent à protéger la délivrance du service.

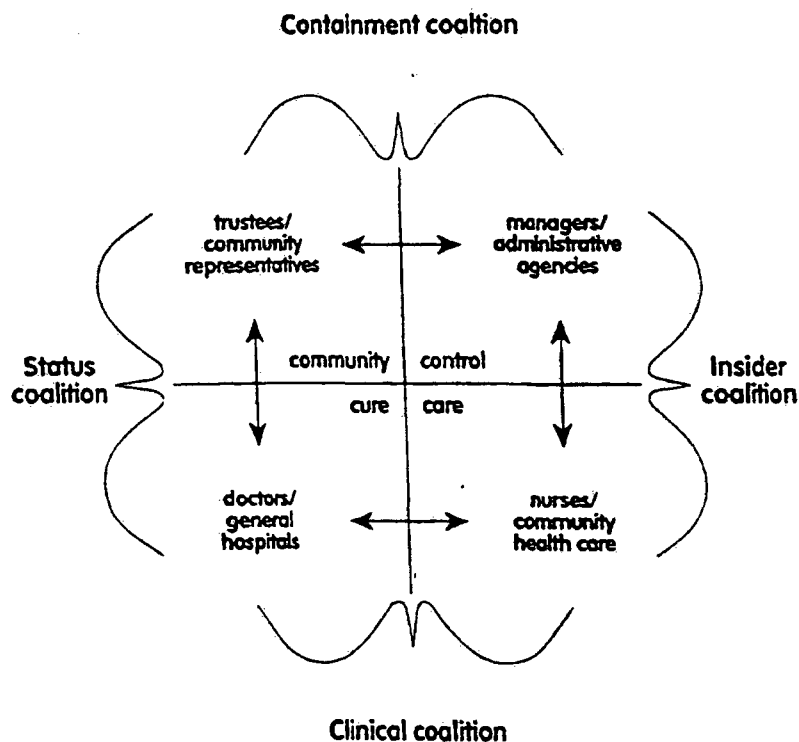


Figure 2.2: Les 4 mondes de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001a)

En conclusion, Glouberman et Mintzberg (2001a) affirment que la principale caractéristique de ce système est le manque d'intégration et que la solution pour améliorer la performance est d'améliorer la coordination entre les 4 mondes.

D'un autre point de vue, la question de la culture professionnelle est une caractéristique importante de ce milieu. Selon Leape (2005), c'est un milieu profondément enraciné, à la fois par les coutumes et usages. En effet, selon Espin et *al.* (2006), il existe une forte nature individualiste des professions dans le domaine de la santé. Ceci est en partie dû au fait que les médecins sont autonomes et individuellement responsables des soins qu'ils délivrent (Musson, 2004).

Une des causes et/ou conséquences de ces caractéristiques est la culture de blâme que l'on retrouve la plupart du temps dans ce milieu (Nieva et *al.*, 2003, Institute of Medicine, 1999). Ainsi le milieu hospitalier a tendance à voir les

erreurs comme individuelles et non comme venant du système ce qui entraîne des résistances au développement d'une culture de sécurité (Reason, 2000).

2.2. Définitions de l'équipe

Dans un premier temps il est nécessaire de donner une définition de la notion d'« équipe ». Les auteurs Katzenbach et Smith dans leur livre intitulé « Les équipes haute performance », publié en 1994, en ont proposé une qui paraît convenir :

« Une équipe est constituée d'un nombre restreint de personnes et de compétences complémentaires qui s'engagent sur un projet et des objectifs communs, adoptent une démarche commune et se considèrent solidairement responsables. » (Katzenbach et Smith, 1994, p.48)

Pour les auteurs, une équipe doit être composée d'un maximum de 25 membres pour éviter la lourdeur, l'inertie et préserver l'unité. Par ailleurs, ils affirment que ce sont les objectifs qui mobilisent l'équipe tandis que l'engagement et la confiance sont indispensables.

Dans « La dynamique des équipes », Devillard (2003) propose une analogie entre l'équipe et l'organisme humain.

« L'équipe est un organisme vivant. Elle est composée de membres, de fonctions équivalentes à celles d'un système nerveux et d'un cerveau. Comme pour les organes, chacun à son rôle permettant d'œuvrer à la production commune. (...) la seule mais grande différence entre le corps humain et l'équipe provient de l'indépendance des équipiers vis-à-vis de l'équipe globale. L'individu est en partie autonome dans l'équipe. » (Devillard, 2003, p. 3-4)

Ces notions d'engagement, de solidarité, d'autonomie partielle... rendent le concept d'« équipe » souvent difficile à mettre en place efficacement dans une organisation. Pour notre part, nous allons prendre pour acquis ces premières définitions de l'équipe. Nous affinerons au cours de l'étude les particularités de notre cas.

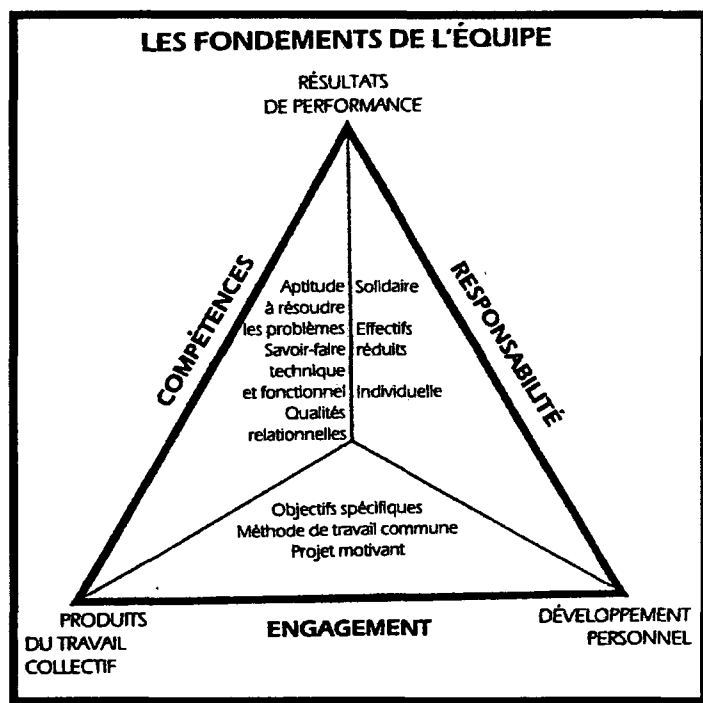


Figure 2.3 : Les fondements de l'équipe (Katzenbach et Smith, 1994)

2.3. L'équipe du bloc opératoire

Les équipes du bloc opératoire sont des équipes restreintes composées d'intervenants aux rôles différents : chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières et inhalothérapeutes, brancardiers...

L'équipe du bloc opératoire évolue dans un contexte particulier, avec des contraintes et des enjeux qui lui sont propres.²

Les équipes travaillent selon un planning opératoire très serré et donc des contraintes de temps importantes. Dans la salle d'opération, les conditions de travail ne sont pas vraiment optimales et l'équipe doit gérer ces conditions afin qu'elles n'altèrent pas le travail d'équipe. Ainsi la température est très fraîche dans la salle. Le bruit est omniprésent (machines, alarmes...), ce qui altère la

² Les observations sont tirées d'Esculier (2006) et de nos propres observations.

communication verbale. L'espace de travail est délimité et restreint et le nombre de personnes parfois important.

Ces particularités doivent être prises en compte dans l'analyse du travail d'équipe dans ce milieu.

Selon la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées (2006), les accidents au bloc sont rares mais en général graves. Ils résultent le plus souvent de défaillances humaines (oublis, inattention, négligences, maîtrise insuffisante d'un acte, écart volontaire...). Ces erreurs ne se produisent qu'en présence d'autres facteurs dits latents dont la plupart relèvent d'un défaut d'organisation.

2.3.1. Les médecins

Dans l'équipe du bloc opératoire, on compte généralement deux médecins : le chirurgien et l'anesthésiologiste. Helmreich et *al.* (2004), Firth-Cozens, (2001) et Flin et *al.* (2006b) affirment qu'il existe un leadership à « deux têtes », ce qui peut entraîner des problèmes.

Glouberman et Mintzberg, (2001a) distinguent les médecins qui s'occupent de « guérir » (en anglais « cure »), laissant les infirmières « soigner » (en anglais « care »). Ainsi, selon ces auteurs, les médecins voient l'hôpital comme leur lieu de travail mais pas comme leur employeur. Ils travaillent dans l'hôpital mais pas pour lui. De plus, les médecins sont autonomes et individuellement responsables des soins qu'ils délivrent (Musson et Helmreich, 2004). Ces dernières caractéristiques sont parfois à l'origine de conflits avec le plus souvent les infirmières. Ce statut des médecins est également à l'origine de la culture de performance individuelle que l'on retrouve dans le secteur de la santé.

2.3.2. Les infirmières et inhalothérapeutes

Les infirmières et inhalothérapeutes font partie du personnel soignant. Leur rôle dans le bloc opératoire, est de prendre en charge le patient et d'assister les médecins.

L'inhalothérapeute est l'assistant de l'anesthésiologiste. Il a un rôle de surveillance et collabore avec l'anesthésiologiste pour surveiller les signes vitaux du patient.

Les infirmières sont présentes dans le bloc opératoire mais également dans tous les autres services de l'hôpital. Selon le rapport de l'Institute of Medicine (2003) sur le travail des infirmières, le personnel infirmier représente la plus importante force de travail du secteur de la santé (54% des travailleurs du secteur de la santé aux Etats-Unis). Cette profession se distingue par une prédominance « d'individus féminins » (94,6% aux Etats-Unis, selon l'Institute of Medicine, 2003).

Les infirmières ont un rôle crucial dans la sécurité du patient car elles sont le plus proche de lui (Friesen et *al.*, 2005, Institute of Medicine, 2003). Elles exercent de plus des soins dans tous les domaines de la santé (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004) et ont des contacts étroits avec l'ensemble du personnel de soin (Institute of Medicine, 2003). Elles ont ainsi un point de vue plus global sur le système de délivrance des soins et peuvent souligner plus facilement les choses à améliorer (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004).

Les infirmières sont également vues comme les intégratrices et les coordinatrices des soins du patient (Institute of Medicine, 2003). Elles appliquent les directives du médecin, elles font le lien avec le patient (explications, soutien...) et planifient les soins. Dans les hôpitaux, le rapport des erreurs est également, la plupart du temps, la tâche des infirmières (Espin et *al.*, 2006).

Une de leur tâche principale est de surveiller le patient. Elles ont ainsi un rôle clé dans la détection des erreurs (Friesen et *al.*, 2005, Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004, Institute of Medicine, 2003). La vigilance est donc une compétence directement reliée à la sécurité du patient (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004).

Elles jouent, selon Friesen et *al.* (2005), « un rôle distinctif pour promouvoir les changements positifs qui vont bénéficier au patient ».

Selon le rapport de l'Institute of Medicine (2003), un des principaux processus de travail mis en cause chez les infirmières est la médication qui est source de beaucoup d'erreurs. On peut expliquer ce problème par le fait que les médicaments sont de plus en plus nombreux, que les infirmières les connaissent mal et que des facteurs comme le stress, la fatigue, la mauvaise communication et les informations parfois illisibles qui augmentent la probabilité d'apparition de l'erreur.

Les problèmes de charge de travail et de manque de temps font que les infirmières ont plus de mal à capter un problème car de mauvais indices attirent leur attention (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004).

L'Institute of Medicine (2003) révèle également que 86% des défaillances étaient des problèmes. Cependant, les infirmières résolvent, dans 93% des cas, le problème immédiatement sans communiquer ce qui est arrivé, ni chercher pourquoi, ni tenter de d'améliorer les choses. L'organisation perd ainsi un moyen d'apprendre (Institute of Medicine, 2003).

L'Association des infirmiers et infirmières du Canada (2004) souligne également que si les infirmières rejettent les points de vue des patients, les interprètent mal, les devinent ou les sous-évaluent, cela peut créer des erreurs. Ainsi, il peut être intéressant d'impliquer le patient dans le processus de soin en les poussant à intervenir (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004).

2.4. Fonctionnement d'une équipe

Helmreich et *al.* (1996) ont présenté un modèle de performance de l'équipe en salle d'opération, nommé « SHEL Model ».

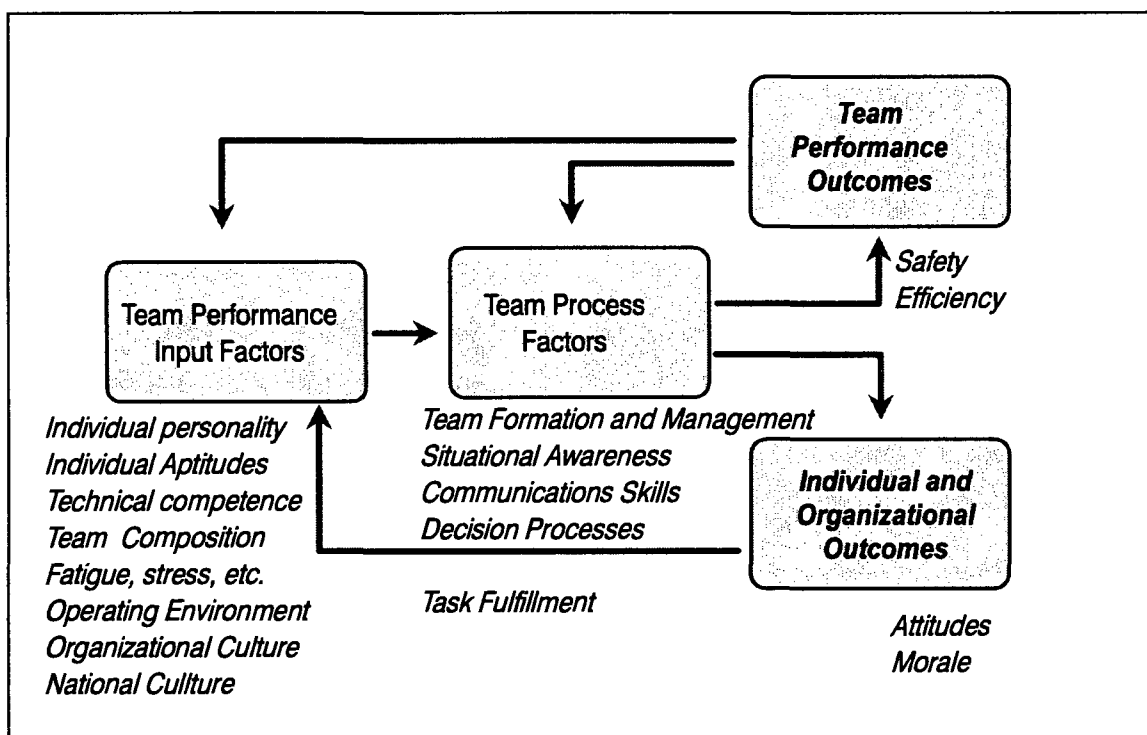


Figure 2.4: Modèle de la performance des équipes (Helmreich et *al.*, 1996)

Selon l'auteur, la culture fait partie des «Input factors» au même titre que des caractéristiques comme la fatigue ou le stress. De plus, c'est l'interaction de ces facteurs qui détermine le processus des opérations et la complexité de la situation. Helmreich et *al.* (1996) soulignent également qu'il y a plusieurs « outcomes » associés à la performance de l'équipe de salle d'opération. Il y a bien sûr la sécurité du patient mais également deux autres résultats importants. Le premier est l'efficacité de l'accomplissement de la tâche qui est influencée par la qualité du fonctionnement du groupe. Le second est le moral de l'équipe qui est déterminé par la qualité de l'interaction du groupe. Ces résultats vont

alors, à leur tour, influencer les «input factors », ce qui forme une boucle pouvant agir sur la sécurité du patient.

Selon Hackman (1990 in Helmreich et *al.*, 1996), il existe trois caractéristiques principales à mesurer pour déterminer la performance d'une équipe :

- Les éléments de la tâche à réaliser, ce qui inclut les accidents et « near misses » aussi bien que les autres indicateurs de soin
- La compétence des membres de l'équipe à travailler ensemble
- Le bien être et développement des membres de l'équipe.

2.4.1. Bénéfices d'une équipe performante

« Chaque fois que l'on a besoin de conjuguer en temps réel la compétence, l'expérience, et le jugement de diverses personnes, l'équipe obtient systématiquement des résultats supérieurs à ceux auxquels parviendrait une série d'individus ayant chacun un poste et des responsabilités séparées. » Katzenbach et Smith (1994, p.21))

Ainsi d'après ces mêmes auteurs, les équipes réunissent des compétences et expériences complémentaires qui dépassent celles de chacun de leurs membres.

Le système de soins est un système complexe, le travail d'équipe peut ainsi être vu comme un moyen de gérer la fragmentation des soins et comme un moyen d'élargir les compétences (Firth-Cozens, 1998).

L'équipe est une structure souple, elle est donc capable de répondre à des aléas plus rapidement (Devillard, 2003) et plus efficacement (Firth-Cozens, 1998).

L'équipe permet également de réaliser un meilleur travail par une surveillance mutuelle, et une faculté de compenser des facteurs comme la fatigue des individus (Firth-Cozens, 2001).

D'après de nombreuses études, il apparaît que l'individu prend plus de plaisir à travailler en équipe (Katzenbach et Smith, 1994). Ainsi l'équipe stimule les relations humaines, augmente la satisfaction personnelle, permet des stimulations réciproques (Devillard, 2003). De plus, un bon travail d'équipe apparaît comme associé à une réduction du niveau de stress de ses membres.

Performance, motivation, productivité, efficacité, flexibilité sont des notions activement reliées au concept d'« équipe ».

2.4.2. Les principales caractéristiques d'une équipe performante

2.4.2.1. Communication

Une bonne communication au sein de l'équipe est, d'après la grande majorité des chercheurs, la caractéristique principale d'une équipe performante (Katzenbach et Smith, 1994). La communication au sein de l'équipe du bloc opératoire est donc primordiale (Yule et *al.*, 2006, Fletcher et *al.*, 2002, Helmreich et *al.*, 1996, Firth-Cozens, 1998). Ainsi Blake et *al.* (1988), affirment que les membres de l'équipe échangent entre eux, d'une façon claire et franche, sentiments et points de vue.

De plus on peut citer plusieurs caractéristiques qui ont trait à la notion de communication.

L'écoute de tous les membres et envers tous les membres est essentiel au partage de l'information (Firth-Cozens, 2001, Helmreich et *al.*, 1996), de même que les briefings, débriefings et la consultation des autres membres (Helmreich et *al.*, 1996). Des discussions d'équipes régulières (Firth-Cozens, 1998) ainsi qu'un « feedback » systématique sont des autres points importants (Firth-Cozens, 2001). Il est aussi nécessaire que tous les membres participent (Firth-Cozens, 1998).

Devillard (2003) ajoute de plus que chacun est responsable de partager l'information dont il dispose, auprès des autres, mais aussi de la quête de l'information dont il a besoin.

Ainsi, la responsabilité des membres en matière d'information ne s'arrête pas au passage de relais. Les équipiers ont à assurer l'intégration des informations et à faire en sorte qu'elles soient comprises (Devillard, 2003).

2.4.2.2. Coordination et coopération

La coordination et la coopération sont également des éléments clés d'une équipe performante. Blake et *al.* (1988) résument la notion de coordination de la manière suivante :

« Une bonne coordination se manifeste lorsque les membres de l'équipe sont capables de conjuguer leurs efforts et de bien accomplir leurs objectifs, (...) ceci en totale interdépendance et collaboration, même lorsqu'ils sont tendus. »(Blake et *al.*, 1988, p.108)

Ainsi un climat de confiance doit exister entre les membres. Ils doivent à la fois avoir confiance dans les compétences des autres et ne doivent pas avoir peur de s'exprimer devant eux (Yule et *al.*, 2006, Helmreich et *al.*, 1996).

« On ne peut obtenir de l'équipier une bonne concentration si le climat n'est pas serein. Il s'établit à partir de l'ambiance habituelle et de relations suffisamment bonnes. Cela nécessite de la part de tous des qualités sociales et des qualités d'équipier (écoute, bienveillance, obligations liées à la communauté), une proximité suffisante, de la convivialité et une expression franche et directe lors des difficultés passagères résultant d'interactions maladroites ou mal comprises. » (Devillard, 2003, p.222)

L'équipe doit donc travailler dans un climat d'harmonie (Yule et *al.*, 2006).

De même, il est important d'être attentif au travail de l'autre. Ainsi on peut mettre en place une forme de contrôle réciproque où chacun se sent investi de la globalité de la responsabilité (Devillard, 2003). Chaque membre de l'équipe doit cependant accepter d'y être soumis soi-même et accepter la confrontation (Devillard, 2003).

Dans le milieu médical, il est nécessaire d'être conscient des effets négatifs sur la performance, du stress, de la fatigue et des problèmes personnels (Helmreich et *al.*, 1996). L'auteur affirme également qu'il est important de le prendre en compte et de le mentionner au reste de l'équipe (Helmreich et *al.*, 1996).

2.4.2.3. Leadership et objectifs

« Quand l'expérience d'équipe est pauvre, la compétitivité individuelle est une réelle alternative. » (Firth-Cozens, 2001)

Selon Katzenbach et Smith (1994), le leader doit stimuler, représenter, soutenir et écouter ses coéquipiers. Un bon leadership est donc nécessaire et essentiel (Firth-Cozens, 2001). Le leader doit ainsi être bien défini ainsi que le rôle de chaque membre (Firth-Cozens, 1998). De même, les objectifs doivent être définis clairement et doivent être mesurables (Firth-Cozens, 1998).

Les membres ne doivent pas avoir peur des leaders et d'être en désaccord avec eux. De même, les leaders doivent encourager les questions (Helmreich et *al.*, 1996).

2.4.2.4. Les principales caractéristiques d'une équipe performante

Nous avons résumé les principales compétences développées précédemment dans le tableau suivant :

Tableau 2.1 : Principales caractéristiques d'une équipe performante

Coordination / Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir confiance : Les membres doivent avoir confiance dans les compétences des autres - Ils ne doivent pas avoir peur de parler devant eux. • Travailler dans un climat d'harmonie • Être attentif au travail de l'autre, contrôle réciproque • Mentionner son niveau de stress et de fatigue
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les objectifs de manière claire et mesurable. • Écouter : Les membres ne doivent pas avoir peur des leaders ni d'être en désaccord avec eux - Les leaders doivent encourager les questions. • Définir le rôle de chacun • Définir et identifier le leader
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Écouter tous les membres • Donner du feedback et discuter régulièrement en équipe • Partager l'information : briefings, débriefings, consultation des autres membres. • Encourager la participation de tous les membres

2.4.3. Les problèmes rencontrés dans le travail d'équipe pouvant nuire à la sécurité du patient

Dans la partie précédente, nous avons pu observer les principales compétences que l'équipe devait réunir pour fonctionner de façon performante.

Cependant de nombreux chercheurs ont étudié les facteurs mis en cause dans de nombreux incidents et accidents (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004, Yule et *al.*, 2006, Fletcher et *al.*, 2002). Il apparaît que beaucoup de problèmes viennent des principaux facteurs mis en avant précédemment.

Le travail d'équipe est perçu, par l'ensemble du personnel de soins, comme un facteur important de la sécurité du patient (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004). Cependant, selon ces mêmes auteurs, au moins 30 % de tous les incidents défavorables mettant en cause des patients qui ont été signalés à la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

(SPIIC), en 2002, sont attribuables à la médiocrité du travail d'équipe et de la communication.

Dans ces équipes, la communication est souvent pointée comme un problème majeur. En effet de nombreuses erreurs proviennent d'un mauvais partage de l'information (Fletcher et *al.*, 2002, Yule et *al.*, 2006, Reader et *al.*, 2006, Flin et *al.*, 2006b). Dans une synthèse des différentes études sur les erreurs, Yule et *al.* (2006) relèvent que la communication est un facteur causal dans 43% des erreurs faites en chirurgie. Makary et *al.* (2006) affirment que les erreurs de communication sont également la principale cause des « *wrong-site surgery* », c'est-à-dire des méprises de site chirurgical.

Outre le mauvais partage de l'information, Firth-Cozens (1998) révèle qu'il y a un manque de participation dans l'équipe. De plus le « feedback » n'est pas assez important (Helmreich et *al.*, 1996).

Il existe également certains problèmes dans la coordination de l'équipe (Fletcher et *al.*, 2002, Helmreich et *al.*, 1996). En effet, un manque de coordination est observé lorsqu'il y a de la pression, lorsque ce sont des procédures non routinières, quand il est nécessaire d'ajuster les tâches et rôles (Fletcher et *al.*, 2002). Firth-Cozens (1998) soulève également le risque engendré par une réduction des barrières de sécurité du fait de la dynamique sociale. Ainsi, un membre peut faire moins attention s'il présume qu'un autre vérifie son travail. De plus, les équipes chirurgicales sont rarement composées des mêmes personnes à chaque intervention ce qui nuit à la coordination (Helmreich et *al.*, 2004).

Au niveau du « leadership », on constate que souvent le « leader » est mal défini (Helmreich et *al.*, 2004, Firth-Cozens, 2001, Flin et *al.*, 2006b). En effet, dans l'équipe du bloc opératoire, le chirurgien et l'anesthésiologiste se situent au même niveau hiérarchique ce qui peut créer des conflits (Helmreich et *al.*,

2004). De même il existe également des conflits entre groupes, médecins/infirmières par exemple (Firth-Cozens, 1998).

Dans un domaine comme le secteur des soins, il existe des facteurs individuels tels que l'anxiété causée par des responsabilités importantes (Firth-Cozens, 2001, Helmreich et *al.*, 2004), beaucoup de stress et de fatigue (Fletcher et *al.*, 2002, Yule et *al.*, 2006, Helmreich et *al.*, 2004). Ces problèmes sont souvent non reconnus et mal pris en compte par le personnel de soin (Fletcher et *al.*, 2002, Yule et *al.*, 2006).

Un autre point pouvant porter atteinte au bon fonctionnement de l'équipe sont les résistances personnelles à travailler en équipe. Ainsi certaines personnes pensent que c'est moins avantageux pour eux (Firth-Cozens, 1998, Katzenbach et *al.*, 1994, Devillard, 2003). Ils peuvent craindre une perte de prérogatives ou une atteinte à l'identité professionnelle (Devillard, 2003). Ces personnes associent également travail d'équipe avec perte de temps, incertitudes et risques (Firth-Cozens, 1998, Devillard, 2003). Des facteurs individuels tels que le fait d'être introverti, d'être mal à l'aise en groupe, peut rendre plus compliqué le travail d'équipe (Firth-Cozens, 1998, Katzenbach et *al.*, 1994).

Le dernier point à aborder dans cette partie est la culture professionnelle qui peut parfois nuire à un bon travail d'équipe. En effet, la médecine et particulièrement la chirurgie ont de fortes traditions et croyances (Helmreich et *al.*, 2004). D'après ces mêmes auteurs, la demande d'excellence professionnelle est sans doute la cause des grands progrès réalisés dans le domaine. Cependant cette culture engendre une atmosphère de blâme (Helmreich et *al.*, 2004) qui n'est pas propice au développement de la communication et du « feedback » des erreurs commises au sein de l'équipe. Cette notion de culture professionnelle sera abordée de manière plus approfondie dans le chapitre abordant la notion de culture de sécurité.

Nous avons résumé les principaux problèmes développés précédemment dans le tableau suivant :

Tableau 2.2 : Principaux problèmes rencontrés par les équipes du bloc opératoire

Coordination / Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes lorsqu'il y a de la pression, lorsque ce sont des procédures non routinières, quand il est nécessaire d'ajuster les tâches et rôles. • Distraction/Vérification: baisse de l'attention si un autre vérifie • Composition différente des équipes
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits entre groupes • Hiérarchie et leaders mal définis (chirurgien/anesthésiologiste)
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Communication rare • Absence de feedback • Absence de participation de tous les membres
Résistances personnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Idée que le travail d'équipe est moins avantageux • Facteur personnel : peur de travailler en équipe, mal à l'aise • Idées de pertes de temps, incertitudes et risques
Facteurs individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété : responsabilités importantes • Pression importante • Stress et fatigue : non reconnaissance et prise en compte

2.5. La perception des différents membres de l'équipe aux problématiques de la culture de sécurité

Nous avons vu précédemment dans la littérature, qu'il existe un certain nombre de caractéristiques propres à l'équipe du bloc opératoire, relatives au concept de culture de sécurité. Cependant, il est important de savoir s'il existe des perceptions différentes des dimensions du concept de culture de sécurité. Certains professionnels peuvent en effet percevoir un manque dans certaines

caractéristiques de la culture de sécurité : communication, travail d'équipe... d'autres non. Il peut également exister des différences de jugement sur l'importance d'un phénomène envers la sécurité. Nous allons donc étudier les travaux des chercheurs ayant enquêté sur ces questions.

Il est en effet important de faire la distinction entre les membres de l'équipe pour mieux comprendre leurs interactions. Selon Yule et *al.* (2006), les différents groupes et sous groupes doivent être considérés pour résoudre les conflits. Firth-Cozens (1998) affirme que ce n'est pas seulement à propos d'infirmières préférant communiquer avec d'autres infirmières, ou des médecins avec d'autres médecins, c'est surtout les facteurs de personnalité qui font émerger des alliances entre les personnes similaires en évitant ceux dont l'approche de vie est différente.

2.5.1. Différences au niveau de la perception de l'erreur

Il est nécessaire de comprendre les perceptions et comportements face à l'erreur pour procéder aux changements de la culture de sécurité (Espin et *al.*, 2006).

Espin et *al.* (2006) ont étudié les perceptions de l'erreur des différents intervenants. Leurs conclusions montrent qu'il n'y a pas de grandes différences entre les 4 groupes que sont les infirmières, les chirurgiens, les anesthésiologistes et les patients, au niveau de leur fréquence d'appellation d'un évènement une erreur.

Au niveau de la divulgation de l'erreur, la différence se situe surtout entre patient (divulgation totale) et staff médical (divulgation partielle).

Une notion importante apportée par cette étude est que le personnel de soins reconnaît une possibilité d'excuse s'il n'y avait pas de standards. Ainsi les évènements qui n'ont pas de standards sont considérés comme des « acts of God ».

Pour revenir à la notion de définition de l'erreur, l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (2004) a démontré quelques difficultés de la part des infirmières à faire la différence entre erreurs et problèmes. Cette difficulté a également été soulignée par l'Institute of Medicine (2003).

« Il arrive parfois que les infirmières ne peuvent s'entendre sur ce qui constitue une erreur. Si une infirmière n'administre pas avant midi un médicament prescrit pour 10 heures, considère-t-on qu'il s'agit d'une erreur? Ce que l'entourage de l'infirmière pense et la politique de l'organisation jouent probablement sur la perception de l'erreur. » (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004, p.13)

On peut ainsi résumer en affirmant qu'il existe des problèmes de définition de ce qu'est une erreur. Cependant ces problèmes sont communs à l'ensemble du staff.

Dans l'étude de Flin et *al.* (2006b), les chirurgiens affirment plus facilement faire des erreurs (74%) que les infirmières (44%). Les deux tiers du personnel affirment par contre que les erreurs observées sont très rarement dues à un manque de connaissances.

2.5.2. Différences au niveau de la perception du rapport de l'erreur

Nous avons vu que le rapport des erreurs est une caractéristique fondamentale pour améliorer la sécurité du patient.

Friesen et *al.* (2005) ont observé plusieurs études réalisées par d'autres chercheurs sur le rapport des erreurs. La conclusion de ces études est que les infirmières constatent un rapport des erreurs insuffisant. Ainsi 74% des infirmières sont d'accord sur le fait que moins de la moitié des erreurs sont rapportées (Osborne et *al.*, 1999 in Friesen et *al.*, 2005). De même, seulement 60% des erreurs de médication sont rapportées (Wakefield et *al.*, 1999 in Friesen et *al.*, 2005).

Espin et *al.* (2006) apportent quelques pistes explicatives de ce phénomène. Selon eux, les infirmières sélectionnent les événements à rapporter. Si l'évènement est de leur faute alors elles le rapportent plus facilement car elles sentent une responsabilité professionnelle. Si c'est la faute d'un autre membre, elles ont moins tendance à le faire car d'après elles, c'est plutôt à celui qui a fait l'erreur de l'inscrire dans le dossier médical (Espin et *al.*, 2006).

L'Association des infirmiers et infirmières du Canada (2004) ajoute que la culture de blâme joue un rôle important sur la nature et le nombre des événements déclarés :

« Il se peut que les infirmières hésitent à divulguer les erreurs ou les accidents évités de justesse et à en parler, craignant que ce qu'elles disent puisse être retenu contre elles, en particulier si un tribunal ou un organisme de réglementation est saisi de l'affaire. » (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2004, p.13)

Friesen et *al.* (2005) ajoutent d'autres barrières réduisant le nombre de rapports, comme le fait que ce processus ne soit pas anonyme ou que la documentation nécessaire soit lourde et mal appropriée.

Selon l'étude de Flin et *al.* (2006b), la plupart des membres de l'équipe sont d'accord sur le fait qu'un système de déclaration des erreurs confidentiel permettrait d'améliorer la sécurité du patient (92% des infirmières et 76% des chirurgiens). Par contre ce sont les infirmières qui se sentent le plus encouragées à rapporter les erreurs par leurs leaders et collègues (70% des infirmières contre seulement 41% des chirurgiens).

2.5.3. Différences au niveau de la perception de la qualité des soins

Claveranne et *al.* (2003) ont remarqué une première différence au niveau de la définition de la notion de qualité des soins entre les différents groupes de professionnels. Ainsi, les médecins centrent leurs discours sur les soins, de

l'accueil et prise en charge jusqu'à la sortie du patient (Claveranne et *al.*, 2003). Les infirmières ajoutent des notions supplémentaires de confort, bien-être, environnement, locaux, satisfaction (Claveranne et *al.*, 2003). Ces différences peuvent être expliquées par le rôle de chacun des intervenants.

Dans son étude sur les médecins et les programmes d'amélioration de la qualité, Shekelle (2002) rapporte qu'un des principaux problèmes est que les médecins ne sont souvent pas d'accord sur les critères de mesure de la qualité. En particulier, le problème provient des mauvaises priorités. Les mesures se concentrent sur ce qui peut être mesuré plutôt que sur ce qui est vraiment important pour produire de bons résultats (Shekelle, 2002). De plus, les médecins voient ces programmes de mesure comme des opportunités de blâme (Shekelle, 2002). Un problème de manque de temps pour s'intéresser aux programmes d'amélioration de la qualité est aussi soulevé (Shekelle, 2002).

2.5.4. Différences au niveau de la perception du travail d'équipe

Selon une étude de Pizzi et *al.* (2001), le niveau du travail d'équipe perçu par les chirurgiens comparé au reste du personnel de la salle d'opération diffère nettement. Une majorité de résidents en chirurgie (73%) et de chirurgiens (64%) ont rapporté des niveaux élevés de travail d'équipe. Cependant, seulement 39% des anesthésiologistes, 28% des infirmières chirurgicales, 25% des infirmières anesthésiologistes, et 10% des résidents en anesthésiologie ont rapporté les niveaux élevés du travail d'équipe.

Flin et *al.* (2006b) ont également étudié les attitudes envers le travail d'équipe dans une salle opératoire. Son étude révèle entre autre que bien que les chirurgiens ne fassent pas de différence sur la qualité du travail avec d'autres professions, les infirmières soulignent que leur expérience de travail est moins bonne avec les chirurgiens qu'avec les autres infirmières.

Tableau 2.3 : Qualité du travail d'équipe avec les autres professions (Flin et al. 2006b)

TABLE 2. QUALITY OF TEAMWORK EXPERIENCED WITH OTHER PROFESSIONS			
Other team member	Consultant surgeons (n=133)	Trainee surgeons (n=92)	Nurses (n=120)
Consultant surgeon	3.34 (.78)	3.07 (.86)	2.66 (1.01)
Higher surgical trainee	3.25 (.78)	3.15 (.63)	2.61 (.90)
Basic surgical trainee	2.72 (.95)	2.76 (.87)	2.12 (.85)
Associate specialist/staff grade surgeon	2.78 (.89)	2.71 (.93)	2.67 (1.50)
Nurse	3.36 (1.85)	2.71 (.84)	3.15 (.69)
ODP/ Anaesthetic nurse	2.84 (.92)	2.84 (.74)	3.11 (.87)
(Mean score on 1-5 scale, higher score = higher quality; standard deviation in brackets)			

Selon cette même étude, de nombreux comportements connus pour améliorer la sécurité ont été trouvés comme présenter oralement les plans et actions, encourager les résidents et les infirmières à parler. Cependant il existe des différences au niveau du « briefing ». Les infirmières et les résidents voudraient favoriser des « débriefings » post opératoires réguliers plus que les chirurgiens (78%/72% contre 44%). Même tendance pour les « briefing » avant l'opération (79% des infirmières contre 37% des chirurgiens).

Des différences existent également au niveau de la satisfaction au travail. 78% des infirmières affirment aimer leur travail comparé à 92% des médecins.

Pour ce qui est du leadership, les chirurgiens affirment majoritairement utiliser un style consultatif, c'est-à-dire qu'ils prennent les décisions et les expliquent. Cependant, certains résidents (30%) rencontrent selon eux un style autocratique.

Les différents répondants de l'étude de Flin et *al.* (2006b) ont de plus apporté des suggestions. Les chirurgiens veulent plus de constance dans la composition des équipes. Les infirmières suggèrent plus de communication. Au niveau de la satisfaction au travail, les chirurgiens aimeraient plus de feedback sur le patient et plus de reconnaissance et de salaire. Les infirmières et les résidents aimeraient quant à eux, plus de temps pour la formation, plus de reconnaissance du bon travail et un leadership de soutien.

CHAPITRE 3 - CONSTRUCTION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DE L'ÉQUIPE DU BLOC OPÉRATOIRE

Le but de cette recherche est de définir le concept de culture de sécurité pour l'équipe du bloc opératoire. Dans ce contexte, il nous est primordial de définir les principales normes et croyances relatives aux comportements sécuritaires. Nous allons ensuite tenter de comprendre l'écart entre les normes et croyances et les comportements.

3.1. Postulat admis

Comme nous l'avons évoqué dans la problématique, la démonstration de la causalité entre une forte culture de sécurité et une bonne performance vis-à-vis de la sécurité du patient est difficile à faire. En effet il est d'abord nécessaire de détenir un outil d'évaluation avec une validité et une fiabilité suffisante pour cette étude. De plus, cette opération nécessiterait une mesure comparative simultanée de la culture de sécurité et de la performance des équipes. Le nombre d'erreurs, par exemple, est relatif au secteur de soin étudié, ce qui amène à la plus grande prudence vis-à-vis d'une étude comparative.

Cependant même si cette démonstration n'existe pas actuellement, on peut postuler que **le fait de migrer vers ce que la littérature décrit et ce que nous allons définir comme une bonne culture de sécurité ne peut qu'influer positivement sur la performance des équipes vis-à-vis de la sécurité du patient.**

3.2. Le modèle - Les dimensions de la culture de sécurité retenues

Au cours de la revue de littérature nous avons relevé différentes dimensions du concept de culture de sécurité et différents modèles conceptuels. Dans notre recherche, nous souhaitons définir les dimensions du concept et un modèle conceptuel relatif à l'équipe du bloc opératoire.

3.2.1. Hypothèse

Pour le développement de notre modèle conceptuel, nous avons pris pour hypothèse que les individus ont tous certaines normes et croyances envers des comportements sécuritaires tandis que les comportements ne sont pas toujours à leur image. Ainsi, le rôle de l'environnement, du contexte de travail, influe sur l'application des normes et croyances.

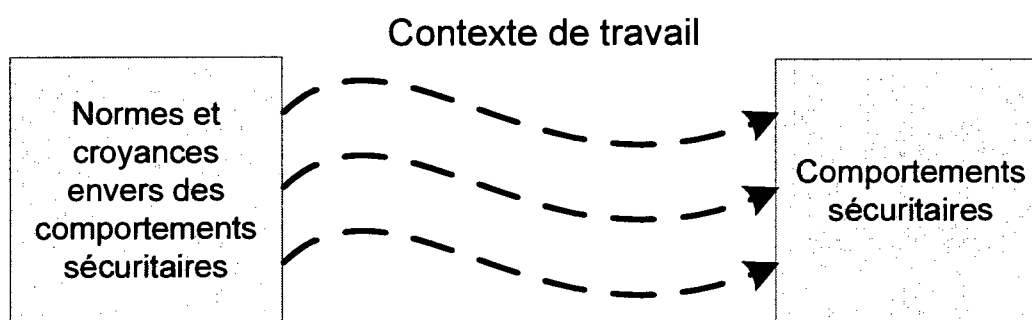


Figure 3.1 : Hypothèse d'étude

Comme Eagly et Chaiken (1993), nous définissons l'attitude comme une évaluation, de la part d'un individu, d'un comportement avec un certain degré de faveur ou défaveur. Ainsi, l'individu va, en plus de ses normes et croyances, prendre en compte le contexte et les contraintes avant d'aboutir à un comportement qui peut être différent de ce qu'il pensait adéquat.

Dans notre étude sur la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire, trois principales entités influent sur l'attitude envers les comportements sécuritaires : l'équipe, l'organisation et les caractéristiques propres de l'individu. L'interaction entre les individus, la présence de conflits, l'ambiance de travail, la communication, etc., au sein de l'équipe, peuvent influencer sur les comportements. De même, il peut y avoir certaines contraintes organisationnelles comme le temps, le manque de moyens, etc. Finalement, l'individu possède des caractéristiques propres de part sa culture, sa personnalité, ses connaissances, sa motivation, etc.

Dans un premier temps, nous allons définir les caractéristiques de la culture de sécurité d'une équipe du bloc opératoire, que nous avons retenues.

3.2.2. Les caractéristiques de la culture de sécurité retenues

Comme nous venons de le voir, notre étude porte sur les caractéristiques individuelles et celles de l'équipe en général. Nous n'étudions pas les dimensions qui relèvent de l'organisation et du management. Nous allons inclure l'organisation dans le modèle global, uniquement pour évaluer les contraintes qu'elle peut engendrer pour l'individu.

Ces caractéristiques proviennent de la revue de littérature développée précédemment. Nous avons ainsi vu que Singla et *al.* (2006) ont étudié 13 instruments de mesure de la culture de sécurité et ont conclu qu'au total on pouvait distinguer 23 dimensions de ce concept. Cependant la majorité de ces dimensions relèvent de l'organisation dans son ensemble (réponses institutionnelles, formation, infrastructure de détection, équipement, information et processus suffisants, etc.). Les dimensions pouvant être appliquées à l'équipe du bloc opératoire ont été comparé aux informations développées dans la revue de littérature.

De plus, une étude particulière de 3 outils existants a été faite. Nous avons ainsi classé les questions posées par thème, pour leur importance relative.

Tout ceci nous a permis de dégager les dimensions capitales relatives à la culture de sécurité dans l'équipe du bloc opératoire, que nous avons choisi de regrouper en 6 thèmes.

Les thèmes retenus sont : la communication, l'ambiance et le climat de travail, l'engagement envers la sécurité, la déclaration des erreurs, la conscience vis-à-vis de l'erreur ainsi que la pression, le stress et la fatigue.

3.2.2.1. *La communication*

Comme le souligne Reason (1997), la culture de sécurité est une culture d'information. Ainsi il est nécessaire que cette information circule et que chaque personne possède l'information opportune au moment où il en a besoin. La liberté d'expression se révèle alors capitale. Il est ainsi nécessaire de pouvoir parler quand quelque chose se passe, de pouvoir poser librement des questions et de pouvoir exprimer son désaccord avec le leader.

De plus, les briefings et débriefings relatifs à la sécurité sont primordiaux. Lorsqu'une erreur apparaît, il est important de pouvoir en discuter pour en trouver les causes et les mesures palliatives.

3.2.2.2. *L'ambiance et le climat de travail*

Nous avons vu que performance, motivation, productivité, efficacité, flexibilité sont des notions activement reliées au concept d'« équipe ».

Cependant l'équipe a besoin de travailler dans une bonne ambiance. Les individus doivent percevoir le support des autres membres et doivent traiter les autres avec respect. Finalement l'individu doit se sentir à l'aise dans l'équipe.

Ces caractéristiques vont influencer, comme nous allons le voir dans notre modèle, sur le développement personnel des individus ainsi que sur les comportements

sécuritaires. Elles vont influencer également sur la coordination. En effet l'équipe doit fonctionner de manière coordonnée pour être performante.

D'un autre côté, il est nécessaire d'avoir un leadership bien défini. Ainsi le chirurgien doit être formellement responsable de l'équipe pendant son intervention. Cependant, les rôles de chacun doivent être reconnus, les désaccords doivent être résolus convenablement et la prise de décision doit prendre en compte l'avis de tout le monde

3.2.2.3. *L'engagement envers la sécurité*

Une équipe présentant une forte culture de sécurité est formée d'individus qui perçoivent la sécurité comme l'objectif principal de leur travail. La sécurité doit toujours être préférée à la productivité. Les procédures relatives à la sécurité doivent ainsi être appliquées en tout temps. De plus, tous les individus doivent se sentir responsables de la sécurité.

Cet engagement envers la sécurité implique également à l'équipe de fonctionner dans une organisation apprenante. Il est ainsi nécessaire de toujours chercher à améliorer la sécurité au sein de l'équipe.

3.2.2.4. *La déclaration des erreurs*

Selon Reason (1997), la culture de sécurité doit avant tout être une culture d'information et de déclaration. Le rapport des erreurs est une initiative primordiale qui doit être systématique pour acquérir l'information nécessaire et mettre en place les mesures appropriées. Il sera alors possible de déterminer les causes sous-jacentes de l'évènement et les déficiences du système. Selon Firth-Cozens (2002), il est probablement plus simple d'apprendre avec des incidents qui n'ont pas causé de dégâts ou de très faibles et qui sont moins chargés émotionnellement que de sérieux évènements, chargés de culpabilité, de colère et de peur.

3.2.2.5. *La perception de l'erreur*

Tout d'abord, il est nécessaire de pouvoir distinguer ce qui relève de l'erreur ou d'un aléa. Il faut également pouvoir évaluer les conséquences des erreurs et pouvoir les anticiper. Il est donc nécessaire que l'équipe discute des erreurs et en soit informée. Un autre point important est que l'individu doit être conscient de pouvoir faire des erreurs et ne pas les considérer comme des « acts of God », comme la fatalité.

Les individus doivent percevoir que l'erreur peut amener le progrès.

3.2.2.6. *La pression, le stress et la fatigue*

Le stress et la fatigue affectent la performance des individus. Il est donc important que tout le monde en ait conscience. Ainsi, mentionner sa condition au reste de l'équipe peut permettre à ce qu'elle la prenne en compte et ainsi accroître la vigilance. Il en va de même pour la pression qui augmente le taux d'erreur

Tableau 3.1 : Caractéristiques de la culture de sécurité de l'équipe du bloc

Thèmes	Caractéristiques
<u>La communication</u>	<ul style="list-style-type: none"> Discuter au sein de l'équipe Parler quand quelque chose se passe Poser des questions Faire des briefings et débriefings
<u>L'ambiance et le climat de travail</u>	<ul style="list-style-type: none"> Percevoir du support Traiter tout le monde avec respect Respecter le rôle de chacun Avoir un leadership bien défini
<u>L'engagement envers la sécurité</u>	<ul style="list-style-type: none"> Avoir la sécurité comme priorité Se sentir engager envers la sécurité Faire des démarches pour améliorer la sécurité
<u>La déclaration des erreurs</u>	<ul style="list-style-type: none"> Rapporter les erreurs Comprendre que le rapport peut permettre d'apprendre
<u>La perception de l'erreur</u>	<ul style="list-style-type: none"> Savoir ce qu'est une erreur Connaître les conséquences des erreurs Percevoir que l'erreur peut amener le progrès
<u>La pression, le stress et la fatigue</u>	<ul style="list-style-type: none"> Avoir conscience de l'impact de son état sur la sécurité du patient Mentionner son état au reste de l'équipe Surveiller d'avantage, être plus attentif.

3.2.3. Le modèle conceptuel de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire

Nous avons donc déterminé un certain nombre de caractéristiques de la culture de sécurité d'une équipe de bloc opératoire. Celles-ci sont en fait un ensemble de normes et de croyances que chaque individu devrait partager, selon notre définition. Ainsi, les outils de mesures actuels interrogent leurs répondants sur un certain nombre de questions relatives à ces dimensions.

Dans notre étude, nous souhaitons comprendre l'influence que le contexte de travail, c'est-à-dire l'équipe et les différentes individualités en présence, ainsi que l'organisation, peut avoir sur les comportements de chacun. Nous allons donc proposer un modèle conceptuel de la culture de sécurité du bloc opératoire. Ce modèle a été réalisé en synthétisant les recherches actuelles et en l'adaptant à l'entité équipe. L'objectif est de comprendre l'écart entre les normes et croyances des individus envers la sécurité et leurs comportements.

Ce modèle représente l'influence des 3 entités : équipe, individu et organisation, sur l'attitude de l'individu envers les comportements sécuritaires. Ainsi, même si l'individu possède certaines normes et croyances envers la sécurité, le contexte de travail peut influencer sur son évaluation du comportement à adopter.

Nous supposons alors que les comportements que nous avons définis comme sécuritaire vont rendre l'activité sécuritaire.

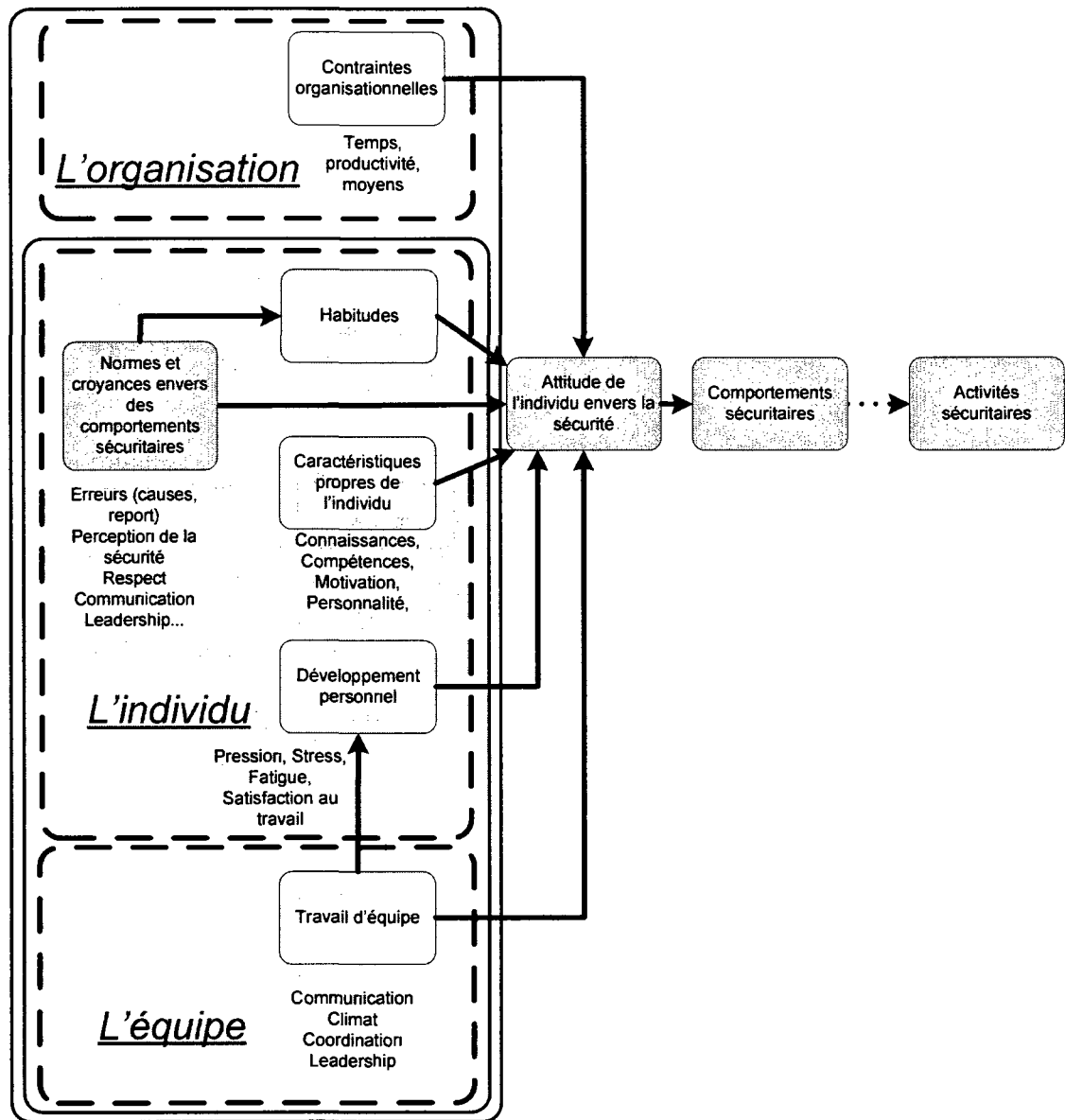


Figure 3.2 : Modèle conceptuel de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire

Tableau 3.2 : Définitions de certains termes employés dans le modèle

Normes	<p>Dictionnaire de sociologie (1993) : Les normes sont indissociables d'un ordre de valeurs qui dans chaque société oriente les comportements des acteurs et des groupes, les normes sont des règles qui régissent les conduites individuelles et collectives.</p> <p>L'attente de sanctions positives et la crainte de sanctions négatives assurent, dans cette optique, le fonctionnement du système normatif.</p> <p>Le phénomène normatif doit également être rapporté à des codes moraux inhérents à des pratiques particulières ; il se présente alors, comme en médecine, sous la forme de déontologies professionnelles.</p>
Croyances	Dictionnaire de sociologie (1995) : Les croyances prennent la forme d'énoncés ou de jugements que les acteurs sociaux tiennent pour vrais, que ces propositions soient démontrables ou non.
Attitudes	Nous utiliserons la définition donnée par Eagly et Chaiken (1993). Les attitudes sont définies comme « une tendance psychologique qui s'exprime en évaluant une entité particulière avec un certain degré de faveur ou défaveur. »
Habitudes	Selon Eagly et Chaiken (1993), les « habitudes » sont vues comme des séquences de comportements qui sont devenues relativement automatiques et qui n'impliquent pas d'instructions personnelles.
Comportement sécuritaire	<p>Selon Johnson (2000), les comportements sont toutes les choses que nous faisons.</p> <p>Plus particulièrement, selon le Dictionnaire de sociologie (1995), on peut définir comme comportement de groupe, la conduite de plusieurs acteurs, agissant de manière plus ou moins cohérente, pour atteindre un objectif commun.</p>
Équipe	Nous considérons dans notre cas, une équipe du bloc opératoire, composée de chirurgien(s), d'anesthésiologiste(s), d'infirmière(s), d'inhalothérapeute(s) et de tout autre personnel du bloc opératoire participant à l'intervention.

Dans ce modèle, nous avons gardé la notion d'habitude évoquée par Eagly et Chaiken (1993). Cependant, ces habitudes seront vues comme des contraintes au même titre que les contraintes organisationnelles. Par contre, en influant sur

les normes et croyances des individus il est possible de faire évoluer ces habitudes.

Les compétences propres des individus vont directement influencer sur les attitudes envers la sécurité. Cependant, le fait de sensibiliser les individus au problème de la sécurité peut développer leur motivation.

Au niveau des contraintes organisationnelles, nous partons du principe que c'est l'organisation et donc l'hôpital qui peut agir directement. Il peut ainsi veiller à ce que les contraintes que le personnel rencontre, n'empêchent pas ces derniers d'adopter des comportements sécuritaires. Dans notre modèle d'étude, nous représentons uniquement l'influence du contexte organisationnel sur les processus relatifs aux attitudes envers les comportements sécuritaires.

De la même manière, le travail d'équipe peut permettre de renforcer les comportements sécuritaires. Un individu adoptera ainsi plus facilement un comportement sécuritaire comme par exemple, parler quand on suspecte que quelque chose ne fonctionne pas bien, si l'ambiance de travail est bonne. Le travail d'équipe englobe les notions de coordination, leadership, climat, etc. De plus, ces notions vont influencer sur le développement personnel des individus (satisfaction au travail, pression, stress, fatigue) qui va lui-même avoir une influence sur les comportements sécuritaires.

Nous avons choisi de séparer le facteur communication du facteur travail d'équipe pour souligner son importance capitale. En effet, nous avons souligné dans notre revue de littérature que la problématique du partage de l'information est souvent en cause dans l'apparition des événements indésirables.

Pour conclure, notre modèle représente les attitudes envers des comportements sécuritaires au niveau de chaque individu. Cependant, comme l'individu fait partie d'une équipe, les comportements sécuritaires peuvent non seulement influencer directement sur la sécurité du patient mais aussi sur le fonctionnement de l'équipe. Par exemple, si un médecin adopte un comportement sécuritaire

comme écouter l'avis de tous, la communication dans l'équipe va s'améliorer et une infirmière peut alors plus facilement adopter des comportements comme parler si elle voit quelque chose d'anormal.

Finalement, l'objectif serait de sensibiliser les acteurs de la salle d'opération sur, à la fois les normes et croyances mais aussi sur l'influence des différents facteurs explicités dans le modèle. Ainsi, la culture de sécurité permettrait de minimiser l'influence des contraintes sur l'attitude des individus envers les comportements sécuritaires.

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE DE VALIDATION DU MODÈLE CONCEPTUEL

Notre objectif est de valider la conceptualisation de la culture de sécurité dans laquelle les normes et croyances influencent les comportements sécuritaires.

Suite à la revue de littérature, nous avons déterminé les principales dimensions du concept. Nous voulons maintenant vérifier leur importance, leur définition et leurs applications.

Selon Babbie (2006), il est nécessaire de reconnaître les paradigmes dans lesquels le chercheur évolue pour réaliser la recherche.

Nous étudions l'entité équipe du bloc opératoire dans laquelle exercent des professionnels de culture, formation, tâches différentes. Ces différences vont influencer sur les perceptions que les répondants se font des problématiques relatives à la sécurité. Il sera nécessaire de bien connaître les spécialités de chacun et les paradigmes relatifs. En effet, un chirurgien n'a par exemple pas la même perception de la communication au sein de son équipe que l'infirmière. Ainsi par groupe professionnel, les problèmes rencontrés et les attentes ne sont pas les mêmes. Ces facteurs, même s'il est nécessaire de les prendre en compte dans l'étude, ne seront pas une contrainte car le but de cette étude est justement d'agréger les résultats à l'équipe.

4.1. Stratégie de recherche

Dans ce chapitre, nous allons détailler la stratégie de validation mise en place. La méthode de recherche utilisée doit être définie ainsi que la population visée.

4.1.1. La méthode utilisée

Nous allons interroger les membres d'équipe du bloc opératoire sur la notion de culture de sécurité lors d'entrevues³. Les entretiens seront semi-dirigés pour rester concentrés sur le sujet en laissant la possibilité aux répondants de développer. Nous avons choisi l'entrevue pour plusieurs raisons.

Selon Babbie (2001), les relations entre pairs, le fonctionnement de groupe, les rôles, les sous-cultures, peuvent être appréhendés par une approche qualitative. Silverman (1993) et Babbie (2001) affirment que l'enquête par entrevue est particulièrement adaptée pour accéder aux croyances et aux attitudes des répondants. Les entrevues permettent d'aller plus en profondeur dans la compréhension d'un phénomène (Babbie, 2001). Les « standards des actions » peuvent être également abordés, c'est-à-dire les actions que les répondants pensent qu'ils devraient ou pourraient mener dans une certaine situation. Il est également possible de faire des liens entre ces standards et l'expérience de la personne et d'en comprendre les raisons conscientes (Silverman, 1993, p92). De plus, nous sommes dans un contexte exploratoire où l'on veut conceptualiser un phénomène pour poursuivre les recherches ensuite. La méthode qualitative est, selon Communication Canada (2003), la plus adaptée dans ce contexte.

Ainsi, l'approche adoptée s'inspirera-t-elle de celle dite des « modèles mentaux ». Cette approche qualitative a été développée suite à l'observation suivant laquelle, les tissus tacites de croyances orientent les décisions prises par les gens (Morgan et *al.*, 2002). C'est donc par des entretiens approfondis que nous allons tenter de conceptualiser la culture de sécurité. En effet, aucune autre méthode ne pourrait nous donner de résultats convaincants, étant donné

³ Nous avons uniquement mis en place une méthode qualitative, dans un but exploratoire. Nous n'avons pas cherché à tester statistiquement les résultats obtenus.

que la complexité de la pensée des individus rend plus difficile de prévoir leurs croyances (Morgan et *al.*, 2002).

De plus, dans nos entrevues, nous cherchons à déterminer les croyances et normes relatives à la sécurité mais également les lier à la réalité des situations quotidiennes, à travers l'expérience de travail des répondants. La revue de littérature détaille relativement précisément les dimensions clés de la culture de sécurité, cependant nous cherchons les perceptions des répondants et le lien avec la réalité de ces dimensions.

Selon l'auteur, l'aspect méthodologique sur lequel il est nécessaire de faire attention est la fiabilité de l'entrevue et la représentativité de l'échantillon. Ainsi la fiabilité diminue si l'entrevue n'est pas structurée car il est difficile de la comparer avec une autre (Silverman, 1993, p.93). Ainsi dans notre enquête, nous allons guider chaque entrevue pour aborder chaque dimension du concept préalablement déterminée.

D'un autre côté, il est nécessaire de ne pas influencer le répondant par l'expression d'un jugement ou d'une attitude envers la réponse. En suivant l'ensemble des recommandations de Silverman (1993), nous souhaitons diminuer le biais relatif à la méthode.

Il est cependant nécessaire de rappeler que le but de notre enquête est de vérifier une conceptualisation élaborée à partir d'une revue de littérature.

4.1.2. La population visée

4.1.2.1. Les hôpitaux choisis

Cinq hôpitaux ont été choisis pour notre recherche : trois centres hospitaliers universitaires, un centre hospitalier non universitaire et une clinique privée. Nous avons en effet souhaité valider notre modèle avec l'aide d'un échantillon

d'hôpitaux représentatifs des hôpitaux du Québec. Ces hôpitaux ont été sélectionnés également par leur disponibilité.

Pour l'analyse des données, nous allons suivre la dénomination suivante.

CH1 : Centre Hospitalier Universitaire, situé en région.

CH2 : Centre Hospitalier Universitaire, situé à Montréal

CH3 : Centre Hospitalier Universitaire spécialisé, situé à Montréal

CH4 : Centre Hospitalier, proche de Montréal

CH5 : Clinique privée, située à Montréal

En effet, nous souhaitons garder l'anonymat de nos répondants.

4.1.2.2. Les répondants

Pour ce projet, nous voulons questionner les représentants de chaque catégorie professionnelle présents dans l'équipe du bloc opératoire. Comme nous l'avons défini précédemment, l'équipe minimale présente au bloc opératoire est composée de 4 types de professionnels. Nous avons interrogé dans chaque établissement : une ou plusieurs infirmières, un anesthésiologiste, un chirurgien et un inhalothérapeute.

Dans un premier temps, l'infirmière chef a été interrogée sur le fonctionnement de l'équipe du bloc opératoire et sur les spécificités de l'hôpital ou de la clinique.

Dans le tableau suivant, nous résumons les personnes rencontrées dans chaque hôpital :

Tableau 4.1 : Personnes interrogées

Hôpital	Infirmière (chef de bloc + membre de l'équipe)	Inhalothéra peute	Chirurgien	Anesthésiologiste	Total
CH1	2	1	1	1	5
CH2	3	1	1	1	6
CH3	3	1	1	1	6
CH4	2	1	1	1	5
CH5	1	1	0	1	3
Total	11	5	4	5	25

Nous avons donc interrogé 25 personnes dans 5 hôpitaux. En plus de la chef de bloc, nous nous sommes entretenu avec une, parfois deux infirmières de la salle d'opération, selon leur disponibilité.

Au niveau de la clinique privée, nous n'avons pas pu interroger le chirurgien, ni son infirmière, en raison du nombre réduit de personnel et de leur emploi du temps chargé le jour des entrevues.

Les répondants n'ont ni été sélectionnés par leur âge, leur expérience ou leur sexe. Nous avons laissé notre contact dans l'établissement, nous sélectionner les professionnels disposés à s'entretenir avec nous et ayant du temps de libre. La sélection a donc été réalisée le jour de l'entrevue, par une personne externe à l'équipe et selon des critères de disponibilité. Ainsi, dans certains hôpitaux, nous avons questionné une infirmière de plus, si l'une d'elle donnait son accord.

4.1.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par une équipe de deux à trois personnes⁴. Nous avons dirigé l'entretien, sauf pour l'hôpital CH1, tandis que les autres membres du projet prenaient des notes. Les entretiens ont duré de 20 à 30 minutes. Suite à l'entretien, les notes prises pendant celle-ci ont été comparées puis synthétisées. Un débriefing des membres de l'équipe d'enquête a systématiquement eu lieu après chaque entretien pour souligner les points importants évoqués.

4.1.4. Limites de la méthodologie

Plusieurs limites dans notre cadre méthodologique apparaissent et devront être prises en considérations.

Tout d'abord, la méthode en elle-même nécessite une prise de précautions de l'enquêteur pour que la fiabilité de l'étude soit acceptable. En effet, il est nécessaire de poser les mêmes questions à chaque répondant pour pouvoir ensuite les comparer. Il est également important de ne pas laisser transparaître de jugement ou de prise de position, à la fois sur la question et sur la réponse attendue.

Au niveau du déroulement des entretiens, un facteur également important est la disponibilité des professionnels pour réaliser l'étude. Une des limites, pouvant entraîner des biais dans l'étude, est la disponibilité différente de chacun pour répondre à nos questions. En général, les entretiens se sont déroulés pendant une pause, entre deux opérations ou sur le temps libre des répondants. Le fait

⁴ Le présent projet a été réalisé conjointement à un projet de la Haute Autorité de la Santé (HAS)

que certains répondants étaient pressés peut influencer sur la qualité des données récoltées.

D'un autre côté, nous n'avons pas pu sélectionner nous-même le profil de nos répondants. En effet, un responsable de l'hôpital nous présentait aux professionnels disponibles et disposés à nous répondre. Ceci peut avoir un impact si l'on veut étudier l'influence de l'âge des répondants sur la perception des différentes dimensions de la culture de sécurité. Certaines personnes ont cependant abordé ces problématiques générationnelles et expliqué leurs influences.

4.2. Le guide d'entrevue

L'objectif de notre recherche est de trouver un consensus sur la définition du concept de culture de sécurité et des dimensions qui le composent. Nous voulons également comprendre le contexte dans lequel les répondants évoluent (fonctionnement des équipes dans l'hôpital, profession, expérience, etc.) pour pouvoir valider le modèle d'étude.

4.2.1. La validation du guide d'entrevue

Le but de cette pré-enquête est de compléter et vérifier par un professionnel des soins, les informations collectées au cours de la revue de littérature. Nous avons également voulu tester la méthodologie des entrevues. Cette pré-enquête a été réalisée en collaboration avec un anesthésiologiste. Cet entretien d'une durée de 2 heures a permis de clarifier le fonctionnement de l'équipe du bloc opératoire, des particularités de chaque catégorie professionnelle et de faire évoluer la forme de notre outil d'enquête. En effet, une première version de cet outil avait été réalisée sous la forme d'un questionnaire avec réponses avec échelles de Likert. Un total de 17 questions était prévu dans cet outil. Il s'est avéré que toutes les questions posées étaient trop évidentes et n'apportaient

pas suffisamment d'informations supplémentaires. Les questions énuméraient les différentes dimensions et sous-dimensions du concept étudié. Nous nous sommes aperçu que sans laisser le répondant définir lui-même le concept, il était impossible de prioriser ces différentes dimensions. De plus, le nombre trop important de questions ne permettait pas d'approfondir les différentes notions abordées.

Après discussion avec notre directrice de recherche et une mise au point sur l'objectif de l'étude, une méthode d'entrevues semi-dirigées a été retenue pour les raisons développées précédemment.

4.2.2. Entrevues avec le chef du bloc

Dans chaque hôpital, nous avons rencontré le chef du bloc opératoire pour le questionner sur le fonctionnement du service où nous élaborons notre recherche.

Le chef du bloc opératoire est l'infirmière-chef. C'est elle qui a en charge la planification et l'organisation du travail des équipes du bloc opératoire. Elle est donc la personne la mieux placée pour nous renseigner sur le fonctionnement des équipes du bloc, dans l'hôpital. Nous avons donc récolté des renseignements sur le nombre de salles d'opérations dans le service, la composition, en moyenne, d'une équipe, la présence de briefings, débriefings, réunions de personnels ainsi que les problèmes soulevés pendant ces rencontres et enfin, les moyens mis à la disposition de la gestion des risques. Nous avons également interrogé la personne sur sa définition de la culture de sécurité.

4.2.3. Entrevues avec chaque membre de l'équipe du bloc

Le guide d'entrevue se divise en deux parties. Notre étude se focalisant sur l'équipe, nous nous sommes renseignés sur le fonctionnement des équipes. Nous avons ensuite abordé le concept étudié.

4.2.3.1. *Les questions générales sur le répondant et le fonctionnement de l'équipe*

Dans un premier temps, nous avons collecté des renseignements sur le répondant : statu, tranche d'âge, ancienneté au statut actuel et dans l'établissement.

Ensuite nous l'avons questionné sur le fonctionnement général des équipes du bloc opératoire dans l'hôpital : stabilité des équipes, qui possède le leadership pendant l'intervention, présence et influence de personnel nouveau (résidents, en formation, etc.), rôle du répondant dans l'équipe, fonctionnement de l'équipe.

4.2.3.2. *Les questions posées sur la culture de sécurité*

Dans un second temps, nous avons questionné les répondants sur le concept de culture de sécurité.

i. Définition du concept de culture de sécurité

Avant de diriger l'entrevue de manière plus spécifique, nous avons demandé au répondant de nous donner une définition de ce qu'est pour lui le concept de culture de sécurité dans le contexte d'une équipe du bloc opératoire. De manière à être plus clair, dans certains cas, nous avons reformulé de façon à ce que le répondant nous explique comment il caractérise une équipe qui possède « une bonne culture de sécurité ». Le but de cette question est d'observer la redondance des caractéristiques de la culture de sécurité dans les définitions des répondants.

ii. Questions sur les dimensions du concept

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 2, plusieurs dimensions conceptualisant le concept de culture de sécurité ont été retenues suite à la revue de littérature. Certaines de ces dimensions ont été évoquées dans les définitions générales données par chaque répondant, cependant nous voulions avoir plus de précisions sur chacun de ces points.

Les dimensions en question ont été regroupées dans le guide d'entrevue de la manière suivante :

- La communication
- L'ambiance, le climat et la satisfaction au travail
- L'engagement envers la sécurité
- La déclaration des erreurs
- La façon d'appréhender les erreurs
- La pression, le stress, la fatigue

Pour chacune de ces dimensions, le même schéma a été suivi. Dans un premier temps, nous avons demandé, lorsque le répondant ne l'avait pas cité dans sa définition générale, si la dimension était reliée au concept de culture de sécurité. Ensuite nous avons questionné la façon dont le répondant caractérisait la dimension. Que veut dire une équipe qui possède cette dimension ?

Dans un dernier temps, nous avons demandé au répondant si, selon lui, les équipes au sein desquelles il travaille, possèdent ces caractéristiques et pourquoi.

4.3. Méthodologie d'analyse des données

Une fois les données recueillies, il est nécessaire de les analyser pour en tirer les conclusions appropriées. Le format de nos données est un ensemble de notes correspondant aux réponses à nos questions sur le concept de culture de

sécurité et sur l'environnement de l'équipe du bloc opératoire. Nous cherchons à savoir si il existe un consensus sur les définitions à la fois du concept en général mais également de ses dimensions. Nous voulons donc observer la redondance de certaines notions dans les réponses des professionnels de soins pour en dégager un consensus. Pour cela, il est nécessaire de mettre en œuvre une méthodologie d'analyse de données qualitatives.

Babbie (2001) développe un chapitre complet sur cette analyse en expliquant les principales étapes. Nous avons donc, dans un premier temps, codé les données, ce qui revient à classer ou catégoriser des morceaux de données. Il sera nécessaire de définir une cartographie des dimensions et sous-dimensions (ex : liberté d'expression fait partie du concept de communication). Suite à cela, l'analyse, la comparaison des similitudes ont été réalisées.

Cette analyse de données a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives : ATLAS/TI (Muh, 2009, v.6.0).

Nous avons travaillé sur les notes prises pendant les entretiens. Nous avons indiqué au logiciel, pour chaque compte-rendu, l'hôpital et la profession du répondant. Ceci nous a ensuite permis de réaliser des comparaisons.

Dans un second temps, nous avons codé chaque entretien avec un ensemble de codes défini et complété au fur et à mesure des informations données par les répondants. Notre unité de code est un ensemble d'expressions définissant des sous-dimensions du concept de culture de sécurité (ex : satisfaction au travail, stress...). Le codage permet en fait d'associer des mots clés à chaque entretien.

Nous avons utilisé une famille de codes différente pour la définition générale de la culture de sécurité et ensuite pour les dimensions du concept.

Le logiciel permet ensuite de réaliser une cartographie des différentes notions abordées, de les classer, de faire ressortir celles qui reviennent le plus souvent.

Dans le but d'organiser les données en vue de l'analyse, nous avons réalisé une cartographie de chaque dimension. Nous avons alors classé les codes selon qu'ils définissent la dimension, les problèmes rencontrés par les répondants ou les avantages relatifs que ceux-ci associent à la dimension.

Dans ces cartographies sont regroupés les codes associés soit à la définition du concept soit à chaque dimension. Le premier chiffre entre parenthèses correspond au nombre de personnes ayant évoqué ce mot clé. Le deuxième chiffre correspond au nombre de liaison liant le code. Ces liaisons sont arbitraires et ont uniquement été créées pour organiser les résultats.

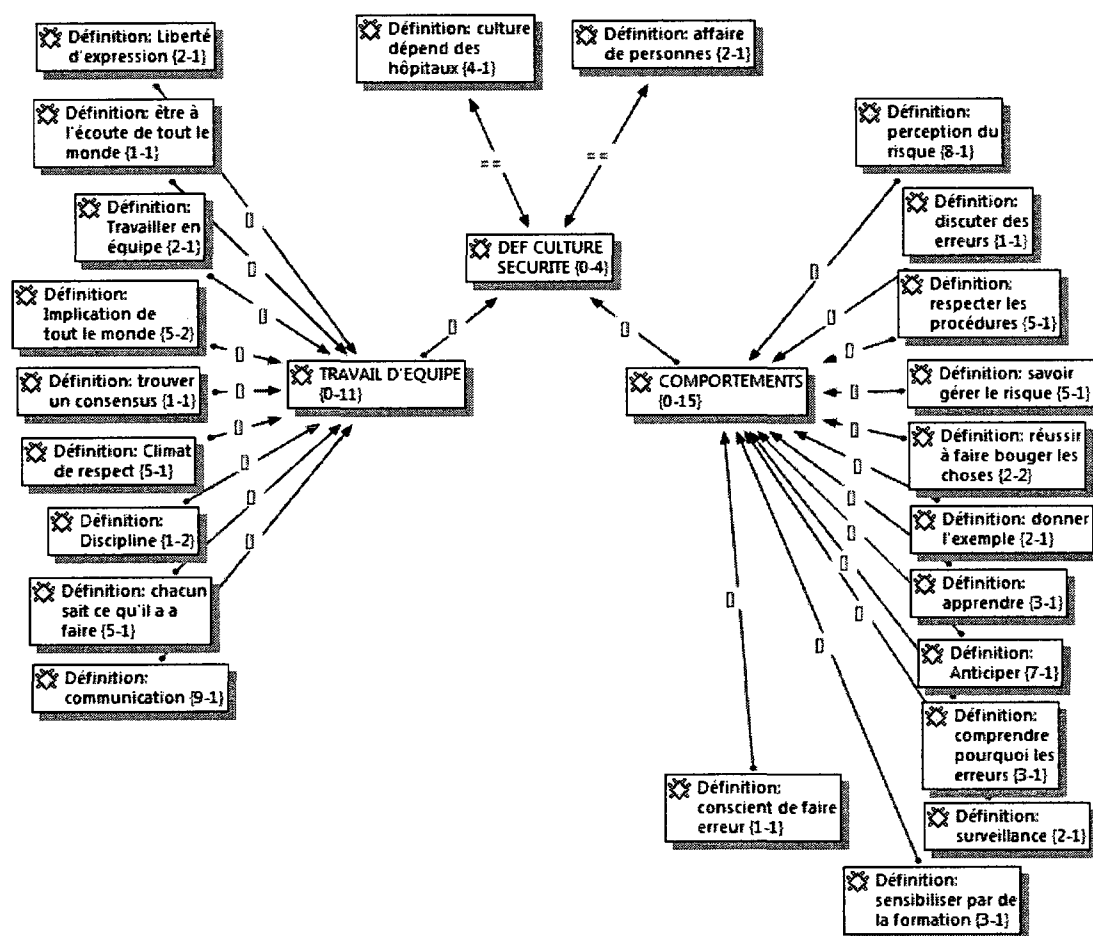


Figure 4.1 : Cartographie de la définition du concept de culture de sécurité

Nous présentons en annexe C, les différentes cartographies des dimensions du concept de culture de sécurité et des différentes dimensions associés.

Le but du logiciel est d'organiser les données pour faciliter l'analyse, mais aussi de générer des rapports des citations codées selon la profession ou l'hôpital du répondant.

CHAPITRE 5 - LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats obtenus pendant notre étude. Dans un premier temps, nous détaillerons le contexte de travail des équipes, c'est-à-dire les facteurs relatifs à l'hôpital et ceux relatifs à l'équipe. Ensuite, nous analyserons les réponses des professionnels de soins à nos questions. Finalement, nous observerons les résultats obtenus comparativement à notre modèle d'étude.

5.1. Le contexte de travail des équipes rencontrées

Dans notre enquête, nous avons rencontré les membres des équipes du bloc opératoire de cinq hôpitaux aux statuts différents. Dans notre modèle, nous avons représenté l'influence des 3 entités : équipe, organisation et individu. Pour pouvoir comprendre ces influences, nous avons questionné les répondants sur leur environnement de travail.

Dans la section suivante, nous allons présenter les particularités des différents hôpitaux. Nous présenterons ensuite les principales caractéristiques des équipes rencontrées. Les caractéristiques des individus seront quant à elles, abordées tout au long de la présentation des résultats.

5.1.1. Les facteurs relatifs à l'hôpital

Les différences de statut peuvent avoir une influence sur la culture des équipes. Ainsi, le CHU a pour vocation de former à la pratique les futurs professionnels médicaux, contrairement au CH. Dans l'équipe, il y aura donc présence de résidents et d'étudiants qui seront observateurs ou apprentis.

Le rôle du CHU étant l'apprentissage, un chirurgien nous a expliqué que :

« il y a un contrôle de l'acquisition par les étudiants des procédures. Ils doivent avoir les mêmes gestes, acquérir les mêmes standards quelque soit la culture et la différence de nationalité. Ils sont jugés sur la manipulation des outils, la précision du geste, ça doit devenir un automatisme. »

Ainsi, il faut enseigner, il faut montrer l'exemple. Comme nous le détaillerons par la suite, certaines personnes avouent être plus stressées en présence de résidents car selon elles, cela implique plus de responsabilité, plus de vigilance. A l'inverse, la présence des résidents peut être un mécanisme de sécurité, de part leurs observations et vigilance. D'autre part, les résidents et autres étudiants font d'augmenter le nombre de personnes dans une salle d'opération ce qui peut avoir une influence sur le travail des professionnels.

De même, le CHU spécialisé, contrairement aux autres CH et CHU, ne réalise qu'un domaine de chirurgie très pointu. Cela pourrait avoir une influence sur la culture de sécurité des équipes.

La clinique privée CH5, est l'établissement le plus différent des autres. Il n'y a pas de laboratoire, ni de banque de sang. La clinique n'est pas équipée pour les cas problématiques car elle ne possède pas les « *filets de sécurité* » de l'hôpital. Ainsi, l'établissement se réserve la possibilité de refuser un cas, si elle le juge trop risqué. Finalement, le personnel est recruté avec de l'expérience. Généralement, la clinique attire les professionnels du public en préretraite.

Pour comprendre l'influence des autres paramètres, nous allons présenter les caractéristiques que nous trouvons pertinentes, des différents hôpitaux.

Tableau 5.1 : Caractéristiques des établissements

	Statut	Nombre de salles d'opération	Composition de l'équipe	Stabilité des équipes
<u>CH1</u>	CHU	9 dont une mineure	Nombreuse, présence de résidents, de 8 à 11 pers	Non stable, elles tournent
<u>CH2</u>	CHU	10	Nombreuse, présence de résidents, de 6 à 11 pers	Non stable, elles tournent
<u>CH3</u>	CHU	4 et une mineure	Nombreuse, présence de résidents	Elles tournent mais petite unité, les membres se connaissent bien
<u>CH4</u>	CH	11	Équipe restreinte, environ 5 personnes	Non stable, elles tournent. Beaucoup de chirurgiens différents. Beaucoup de nouveau personnel
<u>CH5</u>	Clinique privée	4 dont une mineure	Équipe restreinte, généralement 4 personnes	Équipes qui se connaissent. Infirmière et chirurgien travaillent toujours ensemble

Remarques :

- Nous avons constaté la présence de beaucoup de personnes de nationalités différentes dans les équipes de l'hôpital CH3.
- L'hôpital CH4 s'agrandit depuis quelques années, plusieurs salles d'opération ont été inaugurées l'année dernière. 31 nouvelles infirmières ont été embauchées depuis un an et demi. Selon un chirurgien, le fait

que le bloc ait « *beaucoup bougé* », implique de l'adaptation entre les « *vieux* » et les « *très jeunes* ».

D'autre part, des chirurgiens d'autres hôpitaux, viennent opérer dans cet hôpital par manque de salles dans leurs établissements d'origine.

Au niveau organisationnel, l'hôpital est proactif en ce qui concerne la sécurité du patient. L'infirmière chef a évoqué la mise en place du « *time out* ». Cette procédure implique que l'équipe fasse le point avant l'intervention, en utilisant une liste de vérification, comme celle établie par l'OMS. De plus, un projet « *Kaizen* », qui est une méthode de gestion de la qualité, est en place depuis 14 mois pour revoir les processus de l'hôpital.

5.1.2. Les facteurs relatifs à l'organisation du travail en équipe

Un des facteurs principaux évoqués par les répondants au niveau de ce qui est important pour le fonctionnement de l'équipe est la stabilité.

Selon plusieurs répondants, il est nécessaire d'avoir une équipe stable. Cependant, aucun professionnel ne travaille avec la même équipe à chaque opération. Par contre, dans les plus petites organisations, les gens se connaissent plus, et avec moins de médecins, les équipes se retrouvent régulièrement.

« On ne travaille pas avec les mêmes membres de l'équipe, c'est une augmentation de risque, mais le plus gros risque pour moi c'est le temps, il en manque toujours, la vitesse avec laquelle il faut faire les choses. On est toujours poussé au maximum, du côté médical mais aussi infirmier, on n'a pas le temps de compter les compresses, d'écrire le décompte, que le patient est déjà fermé. »

Les répondants ont évoqué le problème des effectifs nouveaux qui ont besoin d'un temps d'adaptation. Ainsi, selon un anesthésiologiste de l'hôpital CH1, un

changement de personnel trop fréquent empêche d'établir une bonne culture de sécurité.

La planification des opérations, tâche généralement dédiée à l'infirmière chef de bloc, est qualifiée de très importante par les professionnels interrogés. Certains rappellent cependant que pour fonctionner de manière optimale, tous les membres de l'équipe doivent être tenus au courant des modifications.

Nous avons interrogé les répondants sur le fonctionnement de l'équipe et du rôle de chacun. Il en ressort que de nombreux répondants parlent de « *deux mondes dans le bloc* ». L'anesthésie et l'inhalothérapeute s'occupent du patient tandis que le chirurgien, assisté des infirmières, opère.

Les répondants affirment travailler en équipe, cependant plusieurs nous ont fait part de l'existence d'une « *équipe dans l'équipe* ». Les deux mondes travaillent de leur côté, selon plusieurs répondants de professions différentes, même si « *il y a des zones de partage* ». Le chirurgien rencontré, de l'hôpital CH4, nous a défini l'équipe sous deux aspects : l'aspect technique et le geste sont le domaine du chirurgien tandis que le patient et la réanimation sont du côté de l'anesthésie. Une infirmière de l'hôpital CH2 nous a expliqué que « *la tête, c'est l'anesthésiologiste et l'inhalo et le reste du corps c'est le chirurgien et les infirmières* ».

Hormis quelques frictions entre infirmières et inhalothérapeutes dans l'hôpital CH2, tous les professionnels de la salle d'opération sont d'accord sur le fait que le rôle et la tâche de chacun sont bien définis. Ainsi, en cas de problème, chacun sait ce qu'il a à faire.

Comme nous le verrons par la suite, les infirmières se définissent et sont définies par la majorité des autres professionnels comme celles qui « *s'occupent le plus de la sécurité du patient* » et « *tiennent cela plus à cœur* ». Veiller à la non-contamination du personnel et de l'équipement est une des responsabilités qu'elles assument.

Dans leur quotidien, les infirmières ne travaillent pas toujours dans la même spécialité. En effet, elles ont, suivant les hôpitaux, des rotations qui durent généralement quelques mois par spécialité. L'avantage, selon l'infirmière chef de bloc de l'hôpital CH2, est que l'on améliore ainsi les compétences des infirmières. Cependant, quand l'infirmière change de service, elle doit adapter ses connaissances des instruments et de la chirurgie. Généralement, les inhalothérapeutes font également des rotations, pour être polyvalents.

En interrogeant l'ensemble des membres des équipes du bloc, on peut se rendre compte que la place du chirurgien dans l'équipe est particulière. Un anesthésiologiste de l'hôpital CH4, nous a clairement défini l'équipe comme « tout le monde sauf le chirurgien ». Les autres membres sont toujours dans la salle, se connaissent, travaillent ensemble avant l'opération pour l'installation du patient avec l'anesthésiologiste et les infirmières. Cependant le chirurgien vient pour opérer.

Une des autres particularités est que le chirurgien est payé au cas. Ainsi, le chirurgien gagne plus d'argent s'il parvient à faire plus de cas dans la journée. Ce paramètre est à prendre en compte car il peut contribuer à expliquer les différences de perception de la sécurité entre le chirurgien et les autres membres de l'équipe. Nous détaillerons ces points ultérieurement, dans l'analyse des différentes dimensions du concept de culture de sécurité.

Tout au long de la présentation des résultats, nous tenterons de mettre en perspective les réponses des professionnels, non seulement avec les caractéristiques de l'hôpital mais également avec celles de l'équipe. Ainsi, d'après ce que nous avons pu observer, il existe plusieurs mondes dans l'hôpital : les médecins ainsi que les infirmières et inhalothérapeutes, mais aussi le monde de l'anesthésie et celui de la chirurgie. Nous avons transposé le modèle de l'hôpital de Glouberman et Mintzberg (2001a) détaillé à la page 39, à l'équipe.

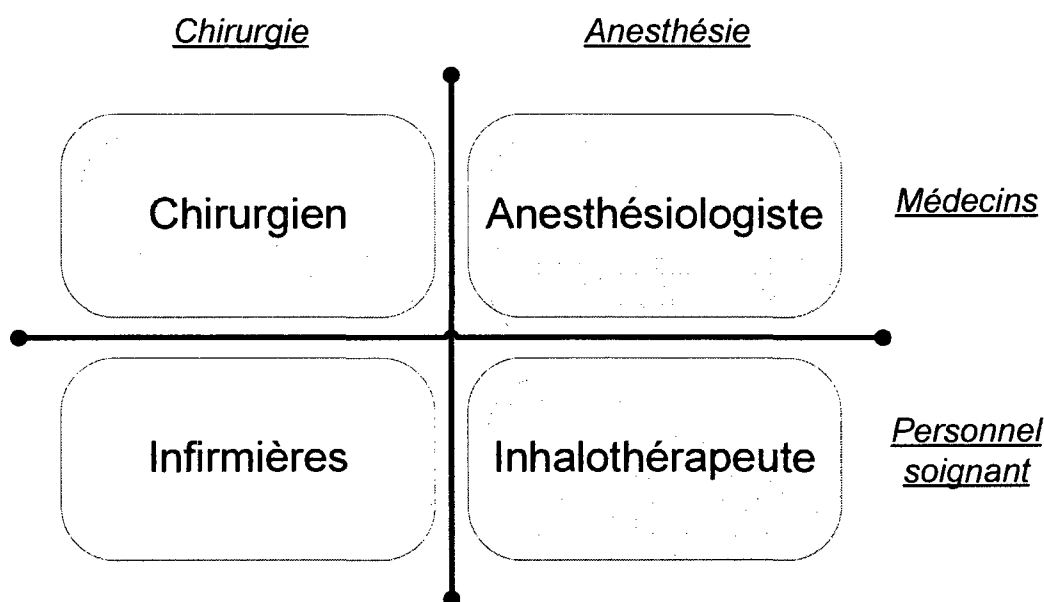


Figure 5.1 : Les différents mondes de la salle d'opération

5.2. La définition de la culture de sécurité dans une équipe du bloc opératoire

Dans la revue de littérature, nous avons défini la culture de sécurité comme **les valeurs, croyances, perceptions et normes partagées par l'organisation et le personnel envers l'importance des questions relatives à la sécurité du patient et qui résultent en des normes de comportement visant à une prestation de soin sécuritaire.**

Pendant les entrevues, nous avons questionné le répondant sur sa propre définition de la culture de sécurité dans une équipe de bloc opératoire. La première réponse a toujours été que tout le monde dans le bloc est « *orienté patient* » et donc que la sécurité du patient est la priorité pour chacun. En effet, le patient est « *dépendant de nous* », « *il est notre trésor* ». La responsabilité de l'équipe et plus généralement de l'hôpital, est que le patient « *rentre puis sorte sans problème* ».

Voici quelques exemples de définitions données par les répondants :

« Une équipe avec une bonne culture de sécurité est une équipe capable de voir le risque probable devant une situation et de savoir le gérer. Il faut savoir quels sont ces risques, il faut être prêt pour une situation à problèmes. » (Anesthésiste, CH3)

« Tout le monde communique, est capable de dire les choses et de trouver un consensus. Tout le monde doit être impliqué. Une bonne culture de sécurité c'est quand tout le monde est présent face à un problème. » (Inhalothérapeute, CH3)

« C'est une équipe qui connaît et assure les gestes qu'elle pose. Chacun connaît ce qu'il a à faire. Il faut être conscient des erreurs qui peuvent arriver. Peaufiner les connaissances. Il ne faut pas que les membres de l'équipe ne soit juste que des exécutants » (Infirmière chef, CH2)

« C'est une vision commune qui considère que tous les actes doivent être sécuritaires. C'est la direction que tout le monde doit prendre. » (Chirurgien, CH2)

Ces exemples reprennent les idées généralement avancées par l'ensemble des répondants. Nous avons donc dégagé des mots clés dans chaque définition pour pouvoir mettre en avant les idées les plus souvent soulevées. Par exemple, pour les définitions précédentes, les notions de « gérer le risque », « anticiper », « communication », « liberté d'expression », « définition des rôles », « conscience des erreurs », etc., sont les termes retenus.

Nous avons choisi de catégoriser les notions évoquées en deux catégories. La première est relative à l'équipe et la seconde, au risque et à l'erreur.

Les notions relatives à l'équipe

La dimension évoquée majoritairement est la communication. Selon les répondants, une bonne communication au sein de l'équipe est primordiale pour le bon fonctionnement de l'équipe et la sécurité du patient. Ainsi, tout le monde devrait pouvoir parler et être informé. Un climat favorisant la liberté d'expression

est souligné comme point capital d'une équipe possédant une bonne culture de sécurité. Il est ainsi nécessaire d'être à l'écoute de tout le monde pour « *trouver un consensus* » sur les attitudes à adopter en cas de problème.

Nous détaillerons par la suite la dimension communication du concept de culture de sécurité. En effet, nous avons choisi de questionner plus spécifiquement ce point dans la suite de la discussion.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les professionnels de soins sont tenus de travailler en équipe. L'implication de tout le monde envers la sécurité est une dimension plusieurs fois relevée par les répondants. Outre cette implication, les personnes interrogées ont souligné l'importance de la bonne définition du rôle de chacun. En effet, « *chacun doit savoir ce qu'il a à faire pour qu'en cas de problème l'équipe puisse réagir* ».

Finalement, cette vision commune passe nécessairement par un climat de respect qui est mis en avant par plusieurs de nos répondants. Une équipe qui a une bonne culture de sécurité offre à ses membres un climat respectueux envers le rôle et les compétences de chacun.

Les notions relatives au risque et à l'erreur

Dans leur définition de la culture de sécurité, les répondants évoquent pratiquement tous la notion de risque. Ainsi, de nombreux professionnels ont évoqué l'importance de percevoir le risque et de savoir le gérer. D'autres parlent, dans le même ordre d'idées, d'anticiper les problèmes, qu'ils soient dus à des erreurs humaines ou non. Pour pouvoir réaliser cela, il est nécessaire d'être vigilant et de « *surveiller* ».

La notion de culture de sécurité est, pour la plupart de nos répondants, reliée à la notion de risque mais également à celle d'erreur. Ainsi, le fait de pouvoir comprendre pourquoi les erreurs sont apparues est revenu plusieurs fois dans les réponses des membres de l'équipe du bloc. En plus de comprendre, d'autres

évoquent l'importance d'apprendre des erreurs et d'en discuter. Un chirurgien nous a également rappelé le fait qu'il faut être conscient de pouvoir faire des erreurs et qu'il existe des facteurs aggravant comme la fatigue.

Un comportement également mis en avant est le respect des procédures. Suivre les normes est selon plusieurs, « *la direction que tout le monde doit prendre* ».

Finalement, deux répondants ont invoqué l'importance de pouvoir faire bouger les choses comme caractéristique de la culture de sécurité. La formation pourrait être, selon certain, un moyen d'améliorer les comportements.

Différences selon les hôpitaux et les professions :

Nous avons vu que les répondants évoquaient des notions relatives au travail d'équipe et aux risques. Cependant, il serait intéressant d'observer si des tendances ou des différences se dégagent en fonction des caractéristiques évoquées en début de chapitre.

- Nous n'avons pas relevé de différences dans les définitions de la culture de sécurité des répondants, selon qu'ils travaillent en milieu universitaire ou non.
- Cependant, la différence d'approche est constatée avec la clinique privée. Dans cet établissement, nous avons eu plus de difficulté à faire comprendre aux professionnels ce que nous recherchions. L'exercice de donner une définition d'un concept comme la culture de sécurité a été plus difficile à réaliser car elle semble inhérente à leurs activités. Il est possible d'expliquer ce point, par les caractéristiques du milieu. La clinique gère le risque en amont, en ayant la possibilité de refuser un cas si des complications sont à prévoir. L'établissement n'a en effet pas les filets de sécurité de l'hôpital, et un accident serait dommageable à la réputation de la clinique mais aussi à tous les membres de l'équipe. Ainsi, la notion de culture de sécurité est intrinsèque au milieu de part ses

particularités. Hormis cette particularité, les éléments évoqués sont cohérents avec les autres établissements.

- On constate une différence de perception de la culture de sécurité dans les définitions données par les médecins et celles des infirmières et inhalothérapeutes.

Pour le personnel soignant, la liberté d'expression au sein de l'équipe, le climat de respect et le fait que chacun sache ce qu'il a à faire, sont les notions les plus évoquées. L'importance de respecter les procédures est aussi souvent mise en avant. Finalement, la perception et la gestion du risque sont évoquées dans une moindre mesure.

Lorsque l'on interroge les médecins, qu'ils soient chirurgiens ou anesthésiologistes, le fait de percevoir, de gérer le risque et d'anticiper les erreurs est souvent souligné. De même, les médecins souhaitent que tout le monde soit impliqué dans la sécurité du patient.

- Nous n'avons pas observé de différences de perception entre le monde de l'anesthésie et celui de la chirurgie.

En conclusion, nous pouvons remarquer que les répondants ont majoritairement évoqué l'objectif prioritaire de la sécurité du patient. Cette observation renforce la définition de la culture de sécurité que nous proposons. Ainsi, plusieurs comportements, façons de faire, relatives au fonctionnement de l'équipe ou au niveau de chaque individu, ont été définis. Nous avons également pu retrouver quelques caractéristiques de la culture de sécurité au niveau organisationnel de Reason (1997). La culture d'information se traduit par l'importance de la communication et de la liberté d'expression. La culture apprenante, quant à elle, se justifie par la nécessité de percevoir, d'anticiper, de comprendre et d'apprendre des erreurs.

5.3. Les différentes dimensions du concept

Après avoir interrogé le répondant sur sa définition de la culture de sécurité dans une équipe du bloc opératoire, nous avons dirigé la discussion vers les dimensions du concept définies dans la revue de littérature.

Tableau 5.2 : Rappel des caractéristiques de la culture de sécurité de l'équipe

Thèmes	Caractéristiques
<u>La communication</u>	Discuter au sein de l'équipe Parler quand quelque chose se passe Poser des questions Faire des briefings et débriefings
<u>L'ambiance et le climat de travail</u>	Percevoir du support Traiter tout le monde avec respect Respecter le rôle de chacun Avoir un leadership bien défini
<u>L'engagement envers la sécurité</u>	Avoir la sécurité comme priorité Se sentir engager envers la sécurité Faire des démarches pour améliorer la sécurité
<u>La déclaration des erreurs</u>	Rapporter les erreurs Comprendre que le rapport peut permettre d'apprendre
<u>La perception de l'erreur</u>	Savoir ce qu'est une erreur Connaître les conséquences des erreurs Percevoir que l'erreur peut amener le progrès
<u>La pression, le stress et la fatigue</u>	Avoir conscience de l'impact de son état sur la sécurité du patient Mentionner son état au reste de l'équipe Surveiller d'avantage, être plus attentif.

Nous avons confirmé, avec les professionnels de soins, l'importance de la dimension pour la sécurité du patient. Nous avons ensuite demandé une définition de chaque dimension. Finalement, le répondant nous a expliqué ce

qu'il observe dans la réalité, les différences de perception de ses collègues ainsi que les problèmes rencontrés.

5.3.1. La communication

Les participants ont confirmé à l'unanimité l'importance de développer, au sein de l'équipe, une bonne communication pour contribuer à la sécurité du patient.

Définition d'une « bonne » communication

Pratiquement l'ensemble des participants nous ont évoqué l'importance de « *ne pas avoir peur de dire les choses* ». La liberté d'expression se révèle indispensable en cas de problèmes détectés, pour n'avoir aucune barrière et informer les autres membres de l'équipe. Ce climat ouvert est non seulement souhaité par les infirmières et inhalothérapeutes, mais également par les médecins. Ces derniers considèrent la nécessité d'écouter tout le monde comme une priorité pour la sécurité du patient. Il faut donc favoriser un climat où « *tout le monde parle à tout le monde* » et « *tout le monde interagit* ».

Pour parvenir à ce climat, plusieurs répondants ont invoqué la problématique de la hiérarchie. Selon eux, il est nécessaire de ne pas avoir trop de hiérarchie entre les médecins et les infirmières et inhalothérapeutes pour « *pousser les gens à communiquer* ». De plus, un chirurgien de l'hôpital CH4, nous a expliqué qu'il était nécessaire d'avoir une communication dans les deux sens. Selon lui, les médecins qui ont pour rôle de prendre des décisions doivent en informer les autres. Cependant, il n'est pas nécessaire d'attendre que l'information arrive. Une inhalothérapeute de l'hôpital CH3, nous a déclaré que « *l'on a les informations, si l'on va les chercher. Elles sont obtenues indirectement en écoutant les autres parler. Il faut également poser des questions* ».

Un anesthésiologiste et l'infirmière chef de l'hôpital CH1, nous ont également indiqué que la communication s'articulait, dans le bloc, autour du chef de salle qui pilote l'opération.

Plusieurs répondants ont évoqué l'importance de pouvoir se parler en dehors de la salle d'opération, au cours de réunions régulières. Ces réunions peuvent être, selon eux, l'occasion de réaliser des « *briefings* » ou « *débriefings* ».

Certains professionnels, à leur propre initiative, ont tenu à nous expliquer les avantages d'une bonne communication. En effet, cela permettrait d'apprendre, de susciter la confiance et d'avoir moins de frustration de la part des membres de l'équipe. Nous détaillerons plus précisément les facteurs relatifs à l'ambiance de l'équipe, dans la section suivante.

Perception de la communication au sein de l'équipe

Lorsque l'on demande de qualifier leur perception de la communication au sein de leur équipe, les répondants affirment majoritairement qu'elle est très bonne. Cependant, ils soulignent que plusieurs facteurs peuvent influencer négativement sur la communication de l'équipe.

Selon eux, il existe des facteurs relatifs à l'individu. En effet, certaines personnes ont moins de facilité à communiquer. En général, selon les membres de l'équipe, s'il y a un problème au niveau de la communication, « *c'est souvent entre individus, c'est-à-dire des problèmes de caractère et d'incompatibilité d'humeur* ». Ces conflits peuvent, soit se régler entre les individus concernés, soit nécessiter l'aide d'un intermédiaire qui se trouve souvent être le chef de la catégorie professionnelle concernée.

D'autres facteurs organisationnels peuvent interférer. Ainsi des problèmes relatifs à des changements de la planification de l'opération, le fait de ne pas travailler à chaque fois dans la même équipe, le manque de réunions régulières, peuvent nuire à la communication.

Différences selon les professions et les hôpitaux

Si l'on tente de comparer les réponses selon les catégories professionnelles, les infirmières ajoutent le problème des différences de priorité. D'après deux d'entre

elles, des hôpitaux CH2 et CH3, les chirurgiens ne sont pas toujours attentifs. En effet, cela peut s'expliquer, selon elles, par le fait que le chirurgien a, parmi ses priorités, l'efficacité. Cependant, un chirurgien de l'hôpital CH2, nous a expliqué que le climat de communication était particulier dans son établissement. Selon lui, *« la communication ici, est superficielle car si on dit quelque chose qui ne convient pas, on se braque et on en fait encore moins que la normale »*.

Nous n'avons pas observé de différences dans les définitions et problèmes rencontrés, selon les établissements.

5.3.2. L'ambiance, le climat

La réponse à la question de savoir si une bonne ambiance dans l'équipe est importante pour garantir la sécurité du patient a semblé évidente pour l'ensemble des professionnels rencontrés.

Définition et avantages d'une « bonne » ambiance

Selon plusieurs personnes interrogées, il est nécessaire de développer un climat de respect au sein de l'équipe. D'autres personnes nous parlent de l'importance de reconnaître le rôle et les compétences de chacun. Un chirurgien de l'hôpital CH4, nous a expliqué qu'il était pour lui, important d'encourager les jeunes infirmières.

Les explications données par les professionnels des soins, nous montrent que le principal avantage de développer une bonne ambiance est que cela favorise la communication. Ainsi dans une équipe où chacun respecte l'autre, les individus n'ont pas peur de parler s'ils remarquent quelque chose d'anormal. De plus, plusieurs personnes nous ont expliqué que dans une telle équipe, il était plus facile de faire confiance. De plus, le travail d'équipe est directement relié au climat. La coordination de l'équipe sera meilleure si elle développe une bonne ambiance de travail, selon l'infirmière chef de l'hôpital CH2.

Une bonne ambiance de travail améliore la satisfaction au travail de chacun. Plusieurs répondants ont insisté sur l'importance de ce facteur pour la sécurité du patient. Selon eux, les individus ressentent moins de stress, sont plus concentrés et plus efficaces. Dans le cas contraire, de l'avis d'une inhalothérapeute de la clinique CH5, les individus vont développer de la méfiance.

Perception de l'ambiance de travail au sein de l'équipe

Les répondants qualifient, en majorité, l'ambiance de leurs équipes de travail comme excellente. Cependant, ce constat est souvent nuancé par le fait qu'il existe parfois des conflits. Comme nous l'avons expliqué précédemment, ces conflits sont affaires de personnes et sont réglés d'une manière ou d'une autre.

Différences selon les professions et les hôpitaux

Entre groupes professionnels, certaines infirmières déplorent que les chirurgiens n'aient pas les mêmes préoccupations et mettent plus de pression. De même, une infirmière de l'hôpital CH2, rapporte des conflits générationnels entre plus expérimentés et plus jeunes.

Finalement, comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons relevé des frictions entre infirmières et inhalothérapeutes dans l'hôpital CH2 et dans une moindre mesure, dans l'hôpital CH1. Ces problèmes sont dus à la répartition des tâches des deux groupes de professionnels qui parfois se recoupent.

Dans tous les hôpitaux, les répondants ont affirmé travailler en général, dans une très bonne ambiance. Nous avons cependant remarqué plus de tensions, dans l'hôpital CH2, entre les différentes professions et les rôles de chacun.

5.3.3. L'engagement envers la sécurité

Dans leur définition de la culture de sécurité, les professionnels de soins nous ont majoritairement dit qu'ils étaient « *orienté patient* ». Nous les avons donc, par la suite, questionnés sur la signification de ceci et sur leur perception de l'engagement des autres membres de l'équipe.

Être engagé envers la sécurité

Plusieurs répondants nous ont affirmé qu'il était nécessaire de voir la sécurité du patient comme une priorité dans le bloc opératoire. Ainsi, il est important que « *tout le monde soit concerné* ».

Cependant, si certains amènent l'idée « *d'une vision commune qui considère que tous les actes doivent être sécuritaires* », d'autres précisent qu'il est d'abord nécessaire que chacun veille à la sécurité de sa propre tâche.

Pour parvenir à cela, plusieurs répondants ont évoqué l'importance d'avoir des rôles bien définis, de pouvoir communiquer, de pouvoir faire confiance et d'être attentif. De même, il faut que chacun soit « *sensible aux risques* ». Par contre, un chirurgien nous a précisé qu'il est nécessaire de connaître les facteurs qui ont des conséquences sur la sécurité du patient.

Nous avons remarqué également des différences sur les comportements. Ainsi, un anesthésiologiste nous a expliqué qu'il était nécessaire de régler son problème sans « *stresser tout le monde* ». L'infirmière chef de l'hôpital CH2 indique, quant à elle, rappeler aux individus, les erreurs commises par le passé « *pour que ça rentre* ». Un anesthésiologiste de l'hôpital CH3 ainsi que l'infirmière chef de l'hôpital CH1, nous ont affirmé qu'il fallait « *faire des démarches pour faire bouger les choses* ». L'engagement envers la sécurité implique donc la volonté de faire évoluer les mentalités, les façons de faire.

Perception de l'engagement envers la sécurité des membres de l'équipe

La majorité des répondants ont affirmé que tout le monde était engagé vers la sécurité même s'il existe des différences selon les individus. Une infirmière de l'hôpital CH2 a déploré le fait que certains membres de l'équipe soient « *de simples exécutants* ».

Différences selon la profession et l'hôpital

Nous avons constaté que pour cette question, les répondants ont évoqué des différences significatives entre les membres d'une même profession et les autres.

Tout d'abord, la majorité des infirmières interrogées ainsi que deux anesthésiologistes ont affirmé que les infirmières en général étaient plus engagées vers la sécurité que les autres groupes professionnels. « *Elles tiennent cela plus à cœur !* ». Certaines nous ont dit être beaucoup plus sensibilisées et que leur rôle était de surveiller le patient. « *Les infirmières sont les gardiens des patients* ».

Les médecins se déclarent très sensibles à la sécurité du patient car « *c'est de notre responsabilité* ». En effet, « *s'il y a un problème, ça retombe sur le médecin* ». Certains ajoutent qu'ils ont une vision plus globale de la sécurité. Plus particulièrement, un anesthésiologiste de l'hôpital CH1, nous a indiqué que de par leur rôle, les anesthésiologistes étaient très sensibilisés à la sécurité du patient et surtout à anticiper les erreurs. Il explique qu'en cas de complication, le temps qu'ils ont pour réagir et prendre des décisions est très court. A l'inverse, une infirmière de l'hôpital CH2, nous a fait part de comportements dangereux : « *les anesthésiologistes sont les pires : ils rentrent sans masques, se moquent de la stérilité. Ils savent, mais ça ne les dérange pas. Parfois ils rentrent avec leur blackberry et leur ordinateur portable en salle d'op* ». Au niveau des chirurgiens, plusieurs personnes les perçoivent comme les membres de l'équipe

les plus difficiles à convaincre dans le domaine de la sécurité. Ainsi, certains affirment qu'ils sont moins attentifs et qu'ils ont plus une « *culture de vitesse* ».

Finalement, un anesthésiologiste de l'hôpital CH1 a remarqué que l'engagement envers la sécurité était plus fort chez les anciens que chez les jeunes. Ainsi, les plus jeunes acquièrent cette sensibilité envers la sécurité par la pratique et l'expérience.

Au niveau des différents établissements, le constat est identique à celui fait lors de la définition du concept. La clinique privée développe en effet des particularités suite aux enjeux développés précédemment. Ainsi, les professionnels se sentent plus engagés envers la sécurité du fait qu'en cas d'accident, tout le monde est touché. De même, la gestion du risque est réalisée dès l'admission du patient avec la possibilité de refuser les cas jugés risqués.

5.3.4. Déclaration des erreurs

Nous avons questionné les répondants sur leur perception de l'importance de déclarer les erreurs pour la sécurité du patient, les intérêts à le faire et pourquoi ce n'est pas toujours fait.

Importance de déclarer les erreurs

Même si une majorité de personnes affirment que le fait de déclarer les incidents et accidents est important pour la sécurité du patient, certains sont plus réservés. Plusieurs personnes nous ont indiqué que, dans l'état actuel, la déclaration était souvent du temps perdu. Plus catégoriquement, un répondant a affirmé que c'était inutile.

On constate donc un problème dans le système de déclaration. En effet, les répondants sont unanimes sur l'objectif théorique de déclarer : « *ça va permettre de changer les choses* » ou, cela « *permet d'apprendre et de faire circuler l'information* ».

Les problèmes rencontrés

Les avis divergent également sur la réalité de la déclaration des événements. Certains affirment que « *c'est fait* », d'autres qu'« *on sous déclare* » ou alors qu'« *on déclare tout et n'importe quoi* ».

L'explication principale des perceptions mitigées de l'importance de la déclaration est, selon les professionnels interrogés, l'absence de retour, de feedback, de la part de la gestion des risques. Comme les enjeux ne sont pas encore bien compris, plusieurs répondants ont affirmé que le problème venait du fait qu'« *on ne sait pas ce qu'il faut déclarer* ». Il est ainsi parfois difficile de faire la part des choses entre ce qui est important et ce qui relève du quotidien.

Ainsi, nous avons plusieurs fois entendu que les personnes préféraient régler les problèmes eux-mêmes, en faisant les démarches à l'interne, au niveau du service ou de l'hôpital. D'autres révèlent que le fait de déclarer des incidents est parfois utilisé dans le but d'obtenir de nouveaux équipements. Certains comprennent que déclarer peut servir de mémoire de l'évènement, en cas de poursuite.

Pour résoudre ces problèmes, plusieurs souhaitent plus de sensibilisation et de la formation à la déclaration des erreurs.

Différence selon les professions et les hôpitaux

Des membres, à la fois infirmières mais aussi d'autres professions, nous ont expliqué que la déclaration des erreurs était souvent une tâche dévolue aux infirmières. Ainsi les médecins sont montrés comme les plus difficiles à convaincre de déclarer les erreurs. Selon plusieurs personnes interrogées, ceci est dû au statut du médecin qui n'est pas salarié de l'hôpital. Ainsi, plusieurs infirmières nous ont dit percevoir que le chirurgien en particulier, considère la déclaration d'une erreur comme une mauvaise note à son dossier.

Au niveau de la clinique privée, l'infirmière chef nous a révélé ne pas déclarer les incidents mais qu'en cas d'accidents, la loi l'y obligeait. Il faut en effet comprendre que le milieu est très petit. Les incidents sont gérables à l'interne, les démarches sont réalisées directement et rapidement avec une rétroaction immédiate.

5.3.5. La perception de l'erreur

Dans cette question, nous avons demandé au répondant sa perception de l'importance d'être conscient de faire des erreurs et si tous les membres de l'équipe partageaient cette conviction.

Avoir conscience de faire des erreurs

La réponse des professionnels de soins à cette première question, a été majoritairement de dire qu'ils étaient « *évidemment conscients de pouvoir faire des erreurs* », « *nous sommes des être humains et c'est humain de faire des erreurs* ».

Certains répondants ont développé : il faut être alerte, discuter des erreurs, avoir la possibilité de parler en cas de problème. Selon un chirurgien de l'hôpital CH1, il est nécessaire d'être autocritique et lorsque qu'une erreur survient, il faut l'admettre et l'assumer. De plus, selon un anesthésiologiste de l'hôpital CH2, si on n'est pas conscient de faire des erreurs, on ne peut pas s'améliorer. Cependant, plusieurs répondants ont parlé de faire attention à ne pas développer une culture de la peur ni de la culpabilité.

Différences selon les personnes

Nous avons également questionné sur la perception que les répondants ont des autres membres de l'équipe. Un anesthésiologiste de l'hôpital CH2, nous a précisé qu'il fallait être conscient de faire des erreurs mais que certains n'en voyaient pas toujours les conséquences.

Les chirurgiens sont vus, par certains, comme ayant la conscience de pouvoir faire une erreur mais que cela n'était pas une priorité pour eux. A l'inverse, dans les hôpitaux universitaires, les chirurgiens se disent plus attentifs car ils enseignent et montrent l'exemple.

Finalement, plusieurs répondants ont évoqué le fait que les jeunes avaient moins conscience de faire des erreurs que les anciens. Selon certains, cela « *vient avec l'expérience* ».

5.3.6. La pression, le stress, la fatigue

Dans la dernière question, nous avons voulu connaître la perception de l'impact de la pression, du stress et de la fatigue sur la sécurité du patient et les solutions à apporter.

Impact et moyen de gérer

La majorité des répondants expliquent que la fatigue diminue la vigilance et que, de manière générale, le fait d'être stressé ou fatigué augmente les risques. Deux répondants nous ont affirmé que cela avait un impact sur le travail des autres, et sur l'équipe en général. Une autre personne interrogée a évoqué le fait que la communication pouvait pâtir de cet état de stress et de fatigue.

« *Il faut le gérer* ». Selon plusieurs répondants, il est nécessaire que chacun gère son stress et sa fatigue individuellement. Selon d'autres, cela dépend de la personne. « *Certains vont le dire, d'autres non* ». Le travail d'équipe peut se révéler important pour pallier à ces états. En effet, de nombreux répondants affirment s'entraider ou se faire surveiller par « *double checking* ». L'idéal, selon certains, serait de pouvoir se reposer. Au niveau organisationnel, d'autres évoquent la possibilité de faire des rotations et de diminuer les changements d'horaires. Par contre, un chirurgien et un anesthésiologiste de l'hôpital CH2, déplorent que les infirmières tardent à faire entrer le patient en salle pour pouvoir se reposer et « *en faire moins* ».

Les causes du stress et de la fatigue

La majorité des professionnels interrogés montrent du doigt le problème du manque d'effectif dans l'hôpital. De ceci résulte des heures de travail trop longues. Dans une moindre mesure, certaines personnes nous ont parlé du stress provoqué par le personnel nouveau ou les résidents. Finalement, plusieurs personnes ont remarqué un accroissement du stress et une baisse de la vigilance en fin de journée, lorsque les cas débordent et que les individus en concluent qu'ils vont devoir rentrer plus tard.

5.4. Discussion et validation du modèle proposé

Pour chaque dimension définie dans la revue de littérature, nous avons cherché à définir, à la fois les normes et croyances envers des comportements sécuritaires mais également à comprendre le contexte dans lequel évoluent les professionnels de soins. Nous avons donc cherché à cerner ce qui était important de faire pour les répondants et ce qui se passe dans la réalité.

5.4.1. Les normes et croyances envers des comportements sécuritaires

A partir de l'étude des outils de mesure de la culture de sécurité d'une organisation, ainsi qu'en étudiant la littérature, nous avons défini le concept de culture de sécurité. Ainsi, les outils de mesure existants questionnent leurs répondants sur un certain nombre de comportements sécuritaires, de façon de faire. Une des principales observations que nous avons pu faire, au cours de notre étude, est que les professionnels de soins partagent la même vision des choses. Nous n'avons pas relevé de différences significatives entre les normes et croyances des individus et celles prônées dans la littérature. Les membres de l'équipe du bloc opératoire ont globalement conscience des enjeux et des comportements sécuritaires. En effet, de manière générale, les professionnels

de santé se disent « *orienté patient* », avec comme objectif principal de garantir sa sécurité.

Dans la revue de littérature, nous avons détaillé les facteurs relatifs à la performance d'une équipe. Dans le secteur des soins, l'indice de performance d'une équipe est la sécurité du patient. Ainsi, la communication et l'ambiance de travail se révèlent être des facteurs capitaux pour garantir le bon fonctionnement de l'équipe. Les professionnels ont conscience de l'importance de ces facteurs et leurs enjeux. Nous avons également remarqué que ces deux dimensions étaient fortement liées. L'ambiance de travail influe sur la communication et réciproquement.

Pour définir la culture de sécurité dans une organisation, nous avons étudié les travaux de Reason (1997). Ce chercheur a défini les caractéristiques de la culture de sécurité comme une culture d'information, de déclaration, apprenante, juste et flexible. Il est possible de faire un parallèle avec l'entité « équipe ». Les répondants affirment que le partage des informations est primordial et qu'il permet d'apprendre. De même, l'objectif théorique de la déclaration des erreurs est, selon eux, d'apprendre et de faire évoluer les choses. Nous n'avons globalement pas relevé d'appréhension, de la part des participants, quant à un climat de blâme dans l'hôpital. Certains répondants ont évoqué le fait que les chirurgiens considéraient la déclaration d'une erreur comme une mauvaise note, mais cela n'a pas été confirmé par tous, et surtout pas par les chirurgiens eux-mêmes.

Au niveau individuel, les professionnels de santé ont conscience de pouvoir faire des erreurs et de l'impact du stress et de la fatigue sur leur travail. Ces croyances et perceptions avaient été définies comme ayant une influence sur la sécurité du patient.

5.4.2. Les différences sur les normes et croyances selon les professions et les hôpitaux

Nous avons cependant relevé des différences significatives au niveau des perceptions des répondants selon leur profession et dans une moindre mesure, selon les hôpitaux.

Dans leur définition du fonctionnement d'une équipe de bloc opératoire, les professionnels nous ont expliqué qu'il existait « *deux mondes* » : l'anesthésie et la chirurgie. Cependant, nous n'avons pas observé de différences dans les réponses aux questions posées, selon l'appartenance de l'individu à l'un ou l'autre de ces mondes.

Par contre, sur plusieurs points, nous avons parfois constaté un clivage entre les médecins et le reste des professionnels. Les infirmières et inhalothérapeutes perçoivent, en général, les médecins et en particulier le chirurgien, comme moins attentifs aux facteurs relatifs à l'équipe : communication, ambiance. De même, bien que tous aient la sécurité comme objectif, plusieurs répondants ont avancé le fait que l'efficacité est également une priorité pour les chirurgiens. Il est donc plus difficile de les impliquer dans les démarches d'amélioration de la sécurité. De leur côté, les médecins avancent que leur implication envers la sécurité vient du fait qu'ils sont responsables en cas de problèmes.

Au niveau des établissements, nous avons remarqué une influence de la culture d'établissement sur les perceptions des individus. Ainsi, la clinique privée a développé une culture organisationnelle propre, du fait des enjeux particuliers, qui se reflète sur la culture de sécurité des individus. Il en va de même, dans une moindre mesure, pour l'hôpital CH3 qui est spécialisé. Nous n'avons pas constaté de grandes différences de perception selon le fait que l'hôpital était universitaire ou non. Certains répondants ont toutefois précisé que dans un

hôpital universitaire, il fallait montrer l'exemple aux résidents et étudiants et donc être plus attentif.

5.4.3. Le modèle conceptuel final

Nous avons validé un certain nombre de dimensions de la culture de sécurité. Ces données sont importantes car elles reflètent les normes et croyances envers des comportements sécuritaires. Cependant, de l'aveu même des répondants, ce qu'il faut faire n'a pas toujours lieu dans la réalité.

Dans notre revue de littérature, nous avons proposé un modèle conceptuel de la culture de sécurité. Ce modèle permet de comprendre plus en détails, l'influence de paramètres relatifs à l'individu lui-même, à l'équipe dans lequel il travaille et à l'organisation. Selon nous, l'individu possède certaines normes et croyances envers des comportements sécuritaires, toutefois ces éléments sont relatifs à un contexte qui peut influencer la prise de décisions.

Comme nous l'avions dit précédemment, nous avons pris conscience que les dimensions de la culture de sécurité relevées dans la littérature étaient partagées par les professionnels de soins. Nous avons cependant pu observer l'influence des trois entités du modèle sur les comportements réels : l'individu, l'organisation et l'équipe.

5.4.3.1. *Influence des caractéristiques propres à l'individu*

Au niveau de l'individu, nous avons remarqué des différences au niveau de l'engagement envers la sécurité, sur la façon de gérer le stress, la facilité à communiquer, la conscience de pouvoir faire des erreurs. Selon les répondants eux-mêmes, la façon de percevoir ces notions dépend des personnes. De même, plusieurs ont relevé des conflits entre personnes dus à des problèmes de caractère et d'incompatibilité d'humeur. Nous avons également mis en avant les différences de perception et de comportements entre les professions.

De plus, l'état de stress, de fatigue, ou la satisfaction ressentie par un individu va avoir une influence sur sa vigilance et augmenter les risques.

Il est à noter que nous ne pouvons valider, suite à notre étude, l'influence des habitudes sur les attitudes des individus. Les répondants n'ont, en effet, pas abordé ce point comme facteur explicatif des comportements, au cours de la discussion.

5.4.3.2. *Influence des caractéristiques propres à l'organisation*

Au niveau de l'organisation, nous avons vu que le manque de personnel était cité comme problème, de même que la stabilité des équipes ou leur effectif parfois important. Par ailleurs, certains professionnels ont déploré le manque de réunions régulières. Au niveau de la déclaration des erreurs, les répondants déplorent le manque d'information et de retour de la part de l'organisation. Comme évoqué précédemment, nous avons remarqué une influence de la culture d'établissement sur les perceptions des individus. Dans notre modèle, nous allons donc ajouter l'influence de la culture d'établissement sur l'attitude des individus.

5.4.3.3. *Influence des caractéristiques propres à l'équipe*

Au niveau de l'équipe, nous avons pu remarquer l'influence d'une bonne communication. Le climat et l'ambiance influent aussi sur la satisfaction au travail et le stress des individus et à fortiori augmente leur efficacité, leur vigilance et diminue les risques. Finalement, certains professionnels ont évoqué l'influence de la hiérarchie sur les décisions prises.

5.4.3.4. *Le modèle final*

Nous avons donc pu valider et compléter notre modèle d'étude. Nous le présentons alors dans sa version finale.

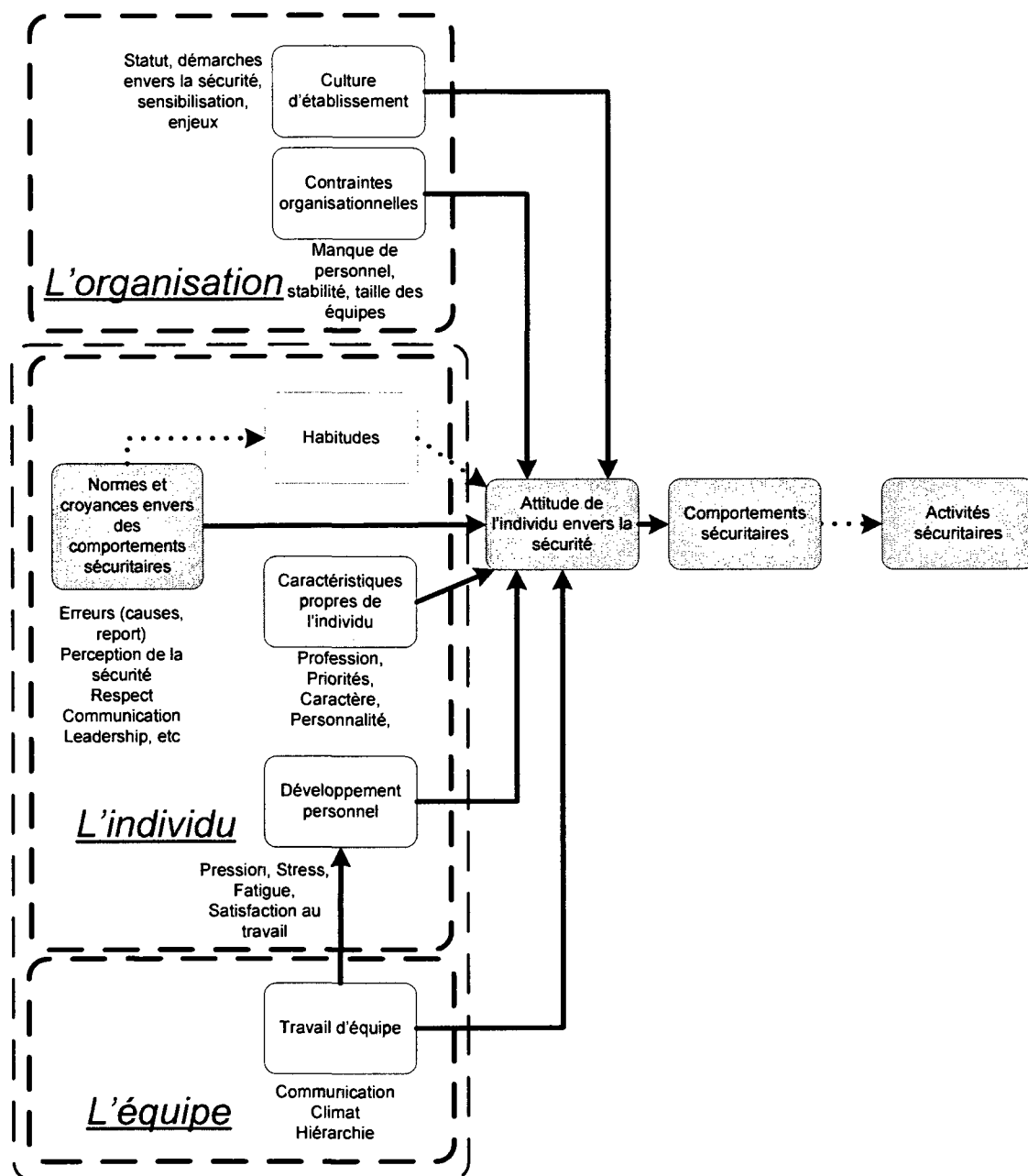


Figure 5.2 : Modèle conceptuel final de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire

Dans ce modèle, nous avons validé et complété les descriptions des différents facteurs qui ont une influence sur les attitudes des individus envers la sécurité. Nous n'avons par contre pu valider le facteur « habitude » donc nous l'avons

laissé en pointillé. De plus, nous avons ajouté l'influence de la culture d'établissement. Ces modifications sont déduites des informations fournies par les répondants.

Ce modèle permet donc de comprendre le concept de culture de sécurité dans sa globalité. En effet, il ne suffit pas de connaître les normes et croyances envers les comportements sécuritaires, il faut également comprendre le contexte.

Les recherches actuelles axent sur une culture globale. De notre point de vue, il est nécessaire de développer une culture d'équipe. En effet, l'individu possède un certain nombre de connaissances et de croyances, cependant il évolue généralement au sein d'une ou de plusieurs équipes.

Selon nous, le développement de la culture d'équipe est primordial pour la sécurité du patient, au-delà des cultures professionnelles et organisationnelles.

Nous avons étudié l'équipe du bloc opératoire, il serait intéressant, dans les recherches ultérieures, de reprendre notre démarche avec d'autres équipes constituant l'hôpital et de comparer les résultats.

5.5. Objectifs à terme de l'étude

Suite à cette recherche, un outil d'auto évaluation de la culture de sécurité de l'équipe du bloc opératoire sera développé. Le but de cet outil est double : d'une part, il permettrait à chaque professionnel d'évaluer de façon confidentielle son niveau de culture de sécurité. D'autre part, l'outil permettrait d'agrèger les résultats de l'équipe et d'identifier les lacunes sur chaque dimension qui pourraient nuire au développement d'une culture de sécurité.

Pour déterminer l'objectif de la présente étude, il était nécessaire de définir le plus précisément possible les objectifs de l'outil, le public visé.

Dans cet outil, nous voulons mesurer à la fois les normes et croyances ainsi que les comportements et les facteurs influents. Nous allons donc bien faire la distinction entre ces deux concepts. Dans un premier temps, le répondant sera questionné sur un ensemble de normes et de croyances relatives à la culture de sécurité. Dans un second temps, l'outil questionnera sur les comportements individuels et de l'équipe. Le but est de fournir un feedback individuel à chaque répondant sur les normes et croyances qui se doivent d'être partagées dans un environnement disposant d'une culture de sécurité forte. Ces résultats individuels ne seront pas transmis à l'ensemble de l'équipe. Ainsi, l'outil n'a pas pour but de blâmer des comportements mais de sensibiliser aux croyances et normes de chacun. Des explications seront données sur chaque croyance et norme.

Dans une seconde partie, les réponses aux questions sur les comportements seront agrégées à l'équipe en général. Les points sur lesquels les membres de l'équipe auront soulevé des problèmes seront identifiés et rapportés. L'équipe pourra ainsi se rendre compte de ses points faibles au niveau des comportements vis-à-vis de la culture de sécurité.

En mettant l'emphasis sur l'équipe, au niveau comportemental, les individus ne seront pas biaisés dans les réponses données. Ils s'exprimeront ainsi sur les comportements qu'ils observent et qui peuvent aboutir à des erreurs.

Pour la réalisation de l'outil, il sera nécessaire de valider un premier questionnaire adapté de la présente étude. Parallèlement à la validation du contenu de l'outil, il faudra étudier l'aspect et la façon dont l'outil va présenter les résultats. Ainsi, une version informatique est fortement recommandée pour pouvoir présenter facilement, rapidement et de manière synthétique, les résultats. L'outil final devra être validé avec des professionnels du bloc opératoire pour s'assurer de la facilité d'utilisation et pour correspondre le plus possible aux attentes.

Finalement, la diffusion d'un quelconque outil nécessite une préparation préalable pour ne pas être vouée à l'échec. Une étude de la littérature sur le rôle des « champions » dans une organisation est vivement conseillée pour faciliter l'intégration et l'utilisation de l'outil dans un contexte professionnel.

5.6. Perspectives de recherche

Au cours de la discussion, les professionnels de soins ont évoqué le fait qu'il était nécessaire de sensibiliser les personnes aux problématiques de la culture de sécurité. Cette présente recherche va pouvoir servir de base au développement d'un outil d'autoévaluation de la culture de sécurité appliqué à l'équipe du bloc opératoire. Cet outil servira donc à sensibiliser les membres de l'équipe. Cependant, pour comprendre le phénomène en amont, nous avons questionné les répondants sur la formation et les études. La majorité des personnes questionnées sur le sujet, ont affirmé que « *la culture de sécurité devrait commencer dès la formation* ». Par contre, ces notions ne sont pas abordées pendant les études. La compréhension et la sensibilisation aux questions relatives à la culture de sécurité, dès la formation, pourrait permettre de convaincre les apprentis de l'utilité d'adopter des démarches rigoureuses comme le « double check ».

Comme nous l'avons vu précédemment, un répondant a insisté sur le fait que les jeunes recrues n'étaient pas assez engagées vers la sécurité. Selon lui, par la pratique et l'expérience, les individus acquièrent cette sensibilité à la sécurité.

D'autre part, nous avons développé notre étude autour de la notion d'équipe. Une anesthésiologiste interrogée, nous a expliqué qu'il n'existait pas de formation en gestion d'équipe pendant les études.

Finalement, bien que de nombreux efforts ont été réalisés pour changer le climat de blâme pour la déculpabilisation, il reste des choses à réaliser. Un

anesthésiologiste nous a expliqué qu'il était nécessaire de sensibiliser sur le fait
« qu'il faut arrêter de chercher qui a fait une erreur ».

CONCLUSION

De nombreux évènements indésirables surviennent chaque année dans les hôpitaux, pouvant aboutir à de très graves conséquences pour le patient. L'amélioration de la sécurité des soins est une problématique actuelle et prioritaire. Ainsi, de nombreuses recherches ont tenté d'adapter le concept de culture de sécurité, développé principalement dans l'industrie nucléaire et dans l'aviation, au système de soins.

Cette recherche vise à définir et conceptualiser le concept de culture de sécurité d'une équipe de bloc opératoire. En effet, dans la littérature, le concept de culture de sécurité est documenté d'un point de vue organisationnel. Des outils d'évaluation de la culture de sécurité sont alors apparus et permettent au gestionnaire d'évaluer la culture organisationnelle de leur établissement de santé. Nous avons cependant constaté que les outils de mesure actuels sont très différents l'un de l'autre. Ceci vient du fait que le concept de culture de sécurité est encore mal cerné.

Partant de ce constat, nous avons axé notre recherche sur un contexte de travail plus précis, l'équipe du bloc opératoire. Nous avons abouti à un modèle conceptuel dans lequel nous avons voulu mettre en avant le rôle du contexte de travail de l'individu. Ainsi, l'organisation, l'équipe et la personnalité même de l'individu va influencer sur les comportements sécuritaires, au même titre que les normes et croyances qu'il possède.

Nous avons réalisé une recherche qualitative, nous permettant de comprendre les perceptions des professionnels, interrogés lors d'entrevues semi-dirigées. Au cours de notre étude, nous avons observé que les membres de l'équipe du bloc partagent les normes et croyances relatifs à des comportements sécuritaires, que nous avons relevés dans la littérature.

Cependant, des facteurs relatifs aux personnes, à l'organisation ou à l'équipe peuvent interférer dans les comportements de chacun.

Notre recherche a donc permis, non seulement de définir les principales dimensions du concept de culture de sécurité mais également d'apporter une compréhension globale des facteurs mis en jeu. Nous avons également mis en avant le fait que la culture d'une organisation est composée de plusieurs cultures et sous-cultures. Nous avons défini la culture de sécurité d'une équipe, cependant l'analyse de nos résultats nous a également montré des sous-cultures professionnelles. Il existe en effet, des façons de voir les choses différentes sur certains points, entre les différentes professions représentées dans l'équipe.

Nous avons conscience qu'il existe de nombreux outils, dans le système des soins, dont l'objectif est l'amélioration de la sécurité. Par exemple, l'OMS a publié, pendant notre recherche, une liste de vérification à effectuer avant l'opération chirurgicale. Cependant, pour faciliter l'implantation de ces démarches, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels, non seulement à l'importance d'effectuer des comportements sécuritaires, mais aussi de leur apporter une vision globale du milieu dans lequel ils évoluent.

Nous rappelons toutefois que la présente recherche comporte certaines limites. Le modèle développé n'a pas été testé statistiquement mais a été validé par l'analyse des réponses aux questions posées lors d'entretiens. Cette analyse est à interpréter prudemment du fait des biais qui ont pu être engendrés par l'échantillonnage et le contexte dans lequel les entrevues ont été réalisées. De plus, nous n'avons pas étudié la possible généralisation du modèle à une autre équipe que celle du bloc opératoire. Cependant, nous rappelons que cette étude est exploratoire et constitue une première étape de recherche ouvrant la voie à d'autres études et pourrait servir de base à la conception d'un outil d'autoévaluation de la culture de sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

Agence pour l'Energie Nucléaire. (1999). *Le rôle de l'autorité de sûreté dans la promotion et l'évaluation de la culture de sûreté*. Paris: OECD Publications.

Assemblée Nationale. (2002). *Projet de loi 113*. Québec: Editeur officiel du Québec.

Association des infirmiers et infirmières du Canada, & Université de Toronto. (2004). *Les infirmières et la sécurité des patients. Document de travail*. Ottawa, Toronto: Auteurs.

Babbie, E. (2001). *The Practice of Social Research*. Belmont, CA: Wadsworth.

Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflingher, L., Reid, R. J., Sheps, S., Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.

Blake, R. R., Mouton, J. S., Allen, R. L. (1988). *Culture d'équipe*. Paris: Les éditions d'organisation.

Blegen, M. A., Pepper, G. A., Rosse, J. (2005). Safety Climate on Hospital Units: A New Measure. *Advances in Patient Safety*, 4, 429-443.

Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M., & Lécuyer, B.-P. (1993). *Dictionnaire de la Sociologie*. Paris: Larousse Sciences de l'Homme.

Carayon, P., Alvarado, C. J., Schoofs Hundt, A., Springman, S., Borgsdorf, A., Hoonakker, P. L.T. (2005). An Employee Questionnaire for Assessing Patient Safety in Outpatient Surgery. *Advances in Patient Safety*, 4, 461-473.

Cheyne, A., Cox, S., Amparo, O., & Tomæs, J. M. (1998). Modelling safety climate in the prediction of levels of safety activity. *Work & Stress*, 12(3), 255-271

Claveranne, J. P., Vinot, D., Fraisse, S., Robelet, M., Candel, D., Dubois, D., Marchaudon, P. (2003). Perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Note de synthèse. Paris: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Communication Canada. (2003). *Recherche sur l'opinion publique. Techniques de recherche: optimisez vos ressources*. Ottawa.

Connelly, L. M., Powers, J. L. (2005). Online Patient Safety Climate Survey: Tool Development and Lessons Learned. *Advances in Patient Safety*, 4, 415-428.

Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.

Cox, S., Cox, T. (1991). The Structure of employee attitudes to safety: a European example. *Work & Stress*, 5(2), 93-106.

Cox, S., & Flin, R. (1998). Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.

Davies, J. M., & Caird, J. K. (2009). *Surgical Safety Checklist: A Redesign Using Human Factors Guidelines*. Calgary: University of Calgary.

de Marcellis-Warin, N. (2004). Risk-management in health care systems: lessons from the nuclear industry. *Risk, Decision and Policy*, 9 (3).

Devillard, O. (2003). *La dynamique des équipes* (2^e éd.). Paris: Les éditions d'organisation.

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées. (2006). *Risques au bloc opératoire, cartographie et gestion*. Commission de Coordination Régionale des Vigilances

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Fortworth: Harcourt Brace Jovanovich.

Esculier, A. (2006). *Récupération des erreurs et performance des équipes dans les établissements de santé*. Ecole Polytechnique de Montréal, Montréal.

Espin, S., Levinson, W., Regehr, G., Baker, G. R., Lingard, L. (2006). Error or “act of God”? A study of patients’ and operating room team members’ perceptions of error definition, reporting, and disclosure. *Surgery*, 139(1), 6-14.

Ferréol, G., Cauche, P., Duprez, J.-M., Gadrey, N., & Simon, M. (1995). *Dictionnaire de Sociologie*. Paris: ARMAND COLIN.

Firth-Cozens, J. (1998). Celebrating teamwork. *Quality in Health Care*, 7, 3-7.

Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*, 10(2), 26-31.

Firth-Cozens, J. (2002). Barriers to incident reporting. *Quality in Health Care*, 11(7), 15-18.

Fletcher, G. C. L., McGeorge, P., Flin, R. H., Glavin, R. J., Maran, N. J. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia*, 88(3), 418-429.

Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A., Patey, R. (2003). Anaesthetists’ attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*, 58, 233-242.

Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., Robertson, E. (2006a). Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Healthcare*, 15, 109-115.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S., Maran, N. (2006b). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*, 4(3), 145-151.

Fried, M. P., Satava, R., Weghorst, S., Gallagher, A., Sasaki, C., Ross, D., Sinanan, M., Cuellar, H., Uribe, J. I., Zeltsan, M., Arora, H. (2005). The Use of Surgical Simulators to Reduce Errors. *Advances in Patient Safety*, 4, 165-177.

Friesen, M. A., Farquhar, M. B., Hughes, R.G. (2005). The Nurse's Role in Promoting a Culture of Patient Safety. *Center for American Nurses*.

Gandhi, T. K., Graydon-Baker, E., Nally Barnes, J., Nepl, C., Stapinski, C., Silverman, J., Churchill, W., Johnson, P., Gustafson, M. . (2003). Creating an Integrated Patient Safety Team. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(8), 383-390.

Geller, E. S. (2002). *The Participation Factor: How to Increase Involvement in Occupational Safety*. Des Plaines, IL: American Society of Safety Engineers.

Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease - Part I: differentiation. *Health Care Management Review*, 26, 56-69.

Glouberman, S., H. Mintzberg. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease - Part II: integration. *Health Care Management Review*, 26, 70-84.

Grady, K. E., Wallston, B. S. (1988). *Research in health care settings* (Vol. 14). Newbury Park, Calif.: Applied Social Research Methods Series

Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215-257.

Helmreich, R., Davies J. (1996). Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. In Balliere's Clinical Anaesthesiology (éd.), *Aikenhead AR* (pp. 277-295). Londres: Balliere Tindall.

Helmreich, R. L., Wilhelm, J.A., Klinec, J.R., & Merritt, A.C. (2001). Culture, error and Crew Resource Management. In E. Salas, C.A. Bowers & E. Edens (éds.), *Applying resource management in organizations: A guide for professionals* (pp. 305-331). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Helmreich, R. L., Musson, D.M., Sexton, J.B. (2004). Human factors and safety in surgery. In B. M. Manuel, Nora, P. (éd.), *Surgical Patient Safety: Essential Information for Surgeons in Today's Environment*. Chicago: American College of Surgeons.

Institut Canadien pour la Sécurité des Patients. (2009). Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire : une première au Canada. *Communiqué de presse, Edmonton (Canada)*.

Institute of Medicine. (1999). *To Err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2003). *Keeping Patients Safe*. Washington, DC: National Academy Press.

Johnson, A. G. (2000). *The Blackwell Dictionary of Sociology. A user's guide to sociological Language*. Malden, MA: Blackwell Publishers.

Katzenbach, J., Smith, D. (1994). *Les équipes haute performance* (M.-F. Pavillet, Trans.). Paris: DUNOD.

Leape, L., Simon, R., Kizer, K., Bill Frist, S. (1999). Reducing Medical Error: Can You Be As Safe in a Hospital As You Are in a Jet? *National Health Policy Forum: Issue Brief, Washington DC* (Vol. 740).

Leape, L. L. (2000). Institute of Medicine Medical Error Figures Are Not Exaggerated. *JAMA*, 284(1), 95-97.

Leape, L. L. (2005). Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? *JAMA*, 293(19), 2384-2390.

Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., et al. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.

Morgan, M. G., Fischhoff, B., Bostrom, A., & Atman, C. J. (2002). *Risk Communication: A Mental Models Approach*. New York: Cambridge University Press.

Morgan, P. J., Pittini, R., Regehr, G., Marrs, C., Haley, M. F. (2007). Evaluating Teamwork in a Simulated Obstetric Environment. *Anesthesiology*, 106, 907-915.

Musson, D. M., Helmreich, R.L. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. *Harvard Health Policy Review*, 5(1), 25-35.

Nieva, V., Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 17-23.

Occelli, P., Quenon, J.-L., Hubert, B., Hoarau, H., Pouchadon, M.-L., Amalberti, R., Auroy, Y., Michel, P., Salmi, R., Sibé, M., Parneix, P. (2007). La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. *Risques & Qualité*, 4 (4).

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Manuel d'application de la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (Première édition)*. Consulté le 19 mai 2009, tiré de http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_french.pdf.

Pidgeon, N. (1998). Safety culture: Key theoretical issues. *Work & Stress*, 12(3), 202-216.

Pizzi, L., Goldfarb, N., Nash, D. (2001). Promoting a culture of safety. In K. Shojania, Duncan, B., McDonald, K., Wachter, R. (éd.), *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* (pp. 501-509). Washington D.C.: Agency for Healthcare Research and Quality.

Reader, T., Flin, R., Lauche, K., Cuthbertson, B. H. (2006). Non-technical skills in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 96(5), 551-559.

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing.

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work & Stress*, 12(3), 293-306.

Reason, J. (2000). Human errors: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.

Reiling, J. G. (2005). Creating a Culture of Patient Safety through Innovative Hospital Design. *Advances in Patient Safety*, 2, 1-16.

Rogers, A. E., Dean, G. E., Hwang, W-T, Scott, L. D. (2008). Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction. *Quality and Safety in Health Care*, 17, 117-121.

Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments - Methods. *Health Services Research*, 38(3), 923-945.

Sexton, J. B., Thomas, E.J., Helmreich, R.L. (2000a). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320(18), 745-749.

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Glenn, D., Wilhelm, J. A., Merritt, A. C. (2000b). *Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ)*. Austin: University of Texas.

Sexton, J. B., Thomas, E. J., Grillo, S. P. (2003). *The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration*. Austin: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice.

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(44).

Shekelle, P. G. (2002). Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes? *Quality in Health Care*, 11, 6-8.

Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data*. Londres: Sage Publication.

Singer, S. J., Tucker, A. L. (2005). *Creating a Culture of Safety in Hospitals*. Stanford: Stanford University.

Singla, A. K., Kitch, B. T., Weissman, J. S., Campbell, E.G. (2006). Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *Journal of Patient Safety*, 2(3), 105-115.

Sorra, J., Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville: AHRQ Publication No. 04-0041.

Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Khanna, K. (2008). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report*. U.S. Department of Health and Human Services (HHS): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Stone, P. W., Harrison, M. I., Feldman, P., Linzer, M., Peng, T., Roblin, D., Scott-Cawiezell, J., Warren, N., Williams, E. S. (2005). Organizational Climate of Staff Working Conditions and Safety-An Integrative Model. *Advances in Patient Safety*, 45(6), 571-578.

White, S. M. (2006). Confidentiality, "No blame culture" and whistleblowing, non-physician practice and accountability. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(4), 525-543.

Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature. *Surgery*, 149(2), 45-51.

ANNEXE A – CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ACCEPTATION D'UN PROJET DE RECHERCHE PAR LE
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC
DES SUJETS HUMAINS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

**Comité d'éthique de la
recherche avec des
sujets humains**

Adresse civique :
Campus de l'Université de Montréal
2900, boul. Édouard-Montpetit
École Polytechnique
2500, chemin de Polytechnique
H3T 1J4

Adresse postale :
C.P. 6079, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) Canada
H3C 3A7

Téléphone : (514) 340-4990
Télécopieur : (514) 340-4992

École affiliée à
l'Université de Montréal

Membres réguliers du comité :

Marie-Josée Bernardi, juriste et éthicienne
Ginette Denicourt, IRSST
Daniel Imbeau, génie industriel
Bernard Lapierre, étudiant*
Delphine Périé-Cumier, génie mécanique
Élodie Pettit, juriste et éthicienne
André Phaneuf, UdeMontréal
Pierre Savard, génie biomédical

Céline Roehrig, secrétaire

* président du Comité

Montréal, le 7 juillet 2009

M. Thibaut Coulon
Mme Nathalie de Marcellis-Warin
Département de mathématiques et génie industriel
École Polytechnique de Montréal

N/Réf : Dossier CÉR-08/09-17

Madame, Monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer que les membres du Comité d'éthique de la recherche ont procédé à l'évaluation en comité restreint de votre projet de recherche intitulé « *Vers un modèle conceptuel de la culture de sécurité du patient* ».

Les membres du Comité ont recommandé l'approbation de ce projet sur la base de la documentation soumise à la DRI en date du 26 juin.

Veuillez noter que le présent certificat est valable pour le projet tel que soumis au Comité d'éthique de la recherche avec des sujets humains. La secrétaire du Comité d'éthique de la recherche avec des sujets humains devra immédiatement être informée de toute modification qui pourrait être apportée ultérieurement au protocole expérimental, de même que de tout problème imprévu pouvant avoir une incidence sur la santé et la sécurité des personnes impliquées dans le projet de recherche (sujets, professionnels de recherche ou chercheurs).

Nous vous prions également de nous faire parvenir un bref **rapport annuel** ainsi qu'un avis à la fin de vos travaux.

Je vous souhaite bonne chance dans vos travaux de recherche,

Céline Roehrig
Secrétaire
Comité d'éthique de la recherche avec des sujets humains

c.c. : Bernard Lapierre, MAGI
Pierre Savard, Génie électrique
Gilles Savard, DRI

ANNEXE B – GUIDE D'ENTREVUE

L'établissement

- Type d'établissement (CH, CHU, clinique privée),
- Statut (public-privé),

Le bloc opératoire

- Nombre de chirurgiens ?
- Nombre de salles d'opération ?
- Nombre d'équipes ?
- Quels sont les types de professionnels qui constituent l'équipe de base dans le bloc ?
- Organisation du travail des équipes des salles d'opération
- Qu'est-ce qui a été fait dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité dans leur établissement et plus spécifiquement au bloc ?

Le répondant

Tranche d'âge : 30; 30-45; >45

Département : Anesthésie Chirurgie Soins Infirmiers

Statut :

Années d'ancienneté :

- ♦ à ce statut : _____
- ♦ dans ce département : _____
- ♦ dans cet établissement : _____

Equipe(s) de travail

- Comment définiriez-vous une équipe de travail au bloc ? et votre place dans cette équipe ?
- Qui a le leadership dans votre équipe ? Comment est désigné le leader ?
- Travaillez-vous toujours (parfois, jamais) avec la même équipe ?
- Travaillez-vous toujours avec certains membres de l'équipe (le même chirurgien, le même anesthésiologiste,...) ?

Définition de la culture de sécurité :

Pouvez-vous me donner votre définition de la culture de sécurité ? Qu'est ce qui, selon vous, fait partie de la culture de sécurité ?

-

-

La communication :

Est-ce qu'une bonne communication est importante dans le bloc vis-à-vis de la sécurité du patient ? OUI / NON

Que signifie pour vous une bonne communication ?

-

-

Est-ce que vous pouvez dire qu'il y a une bonne communication dans votre équipe ? Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

-

-

L'ambiance, le climat et la satisfaction au travail

Est-ce qu'une bonne ambiance est importante dans le bloc vis-à-vis de la sécurité du patient ? OUI / NON

Que signifient pour vous une bonne ambiance, un bon climat de travail ?

-
-

Est-ce le cas dans votre équipe et sinon, quels sont les problèmes rencontrés ?

À quoi est-ce dû ?

-

L'engagement envers la sécurité

Est-ce que l'engagement de chaque individu envers la sécurité est important dans le bloc vis-à-vis de la sécurité du patient ? OUI / NON

Comment se traduirait pour vous l'engagement de chacun envers la sécurité?

-
-

Est-ce le cas dans votre équipe et sinon, quels sont les problèmes rencontrés ?

À quoi est-ce dû ?

-
-

Déclaration des erreurs

Est-ce que le fait de déclarer les erreurs est important vis-à-vis de la sécurité du patient ? OUI / NON

Quels sont selon vous les intérêts à déclarer les erreurs?

-
-

Est-ce que selon vous, certains incidents ne sont pas rapportés ? Pourquoi ?
Que peut-on faire pour améliorer la sécurité ?

-

-

L'erreur peut survenir

Est-ce que le fait d'être conscient de pouvoir faire des erreurs est important vis-à-vis de la sécurité du patient ? OUI / NON

Que signifie pour vous le fait de pouvoir faire des erreurs?

-

-

Est-ce que dans votre équipe vous estimez que certaines personnes n'ont pas cette conscience ? À quoi est-ce dû et quelles sont les conséquences pour la sécurité du patient ?

-

-

La pression, le stress, la fatigue

Est-ce que les états de stress, fatigue, pression d'un ou plusieurs individus peuvent nuire à la sécurité du patient ? OUI / NON

En quoi cela va affecter la sécurité du patient ?

-

-

Qu'est ce que l'individu ou l'équipe peut faire dans ce cas ?

-

-

ANNEXE C – CARTOGRAPHIES DU CONCEPT

Figure C.1 : Cartographie de la dimension « Ambiance et climat de travail »

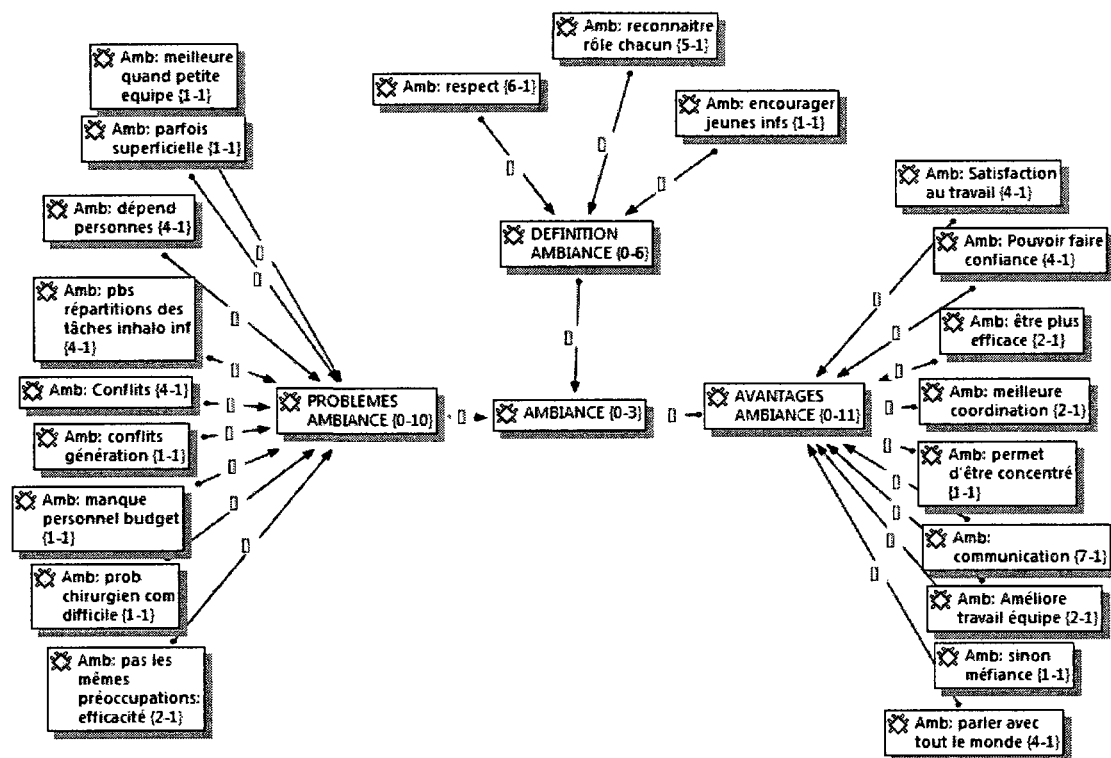


Figure C.2 : Cartographie de la dimension « Communication »

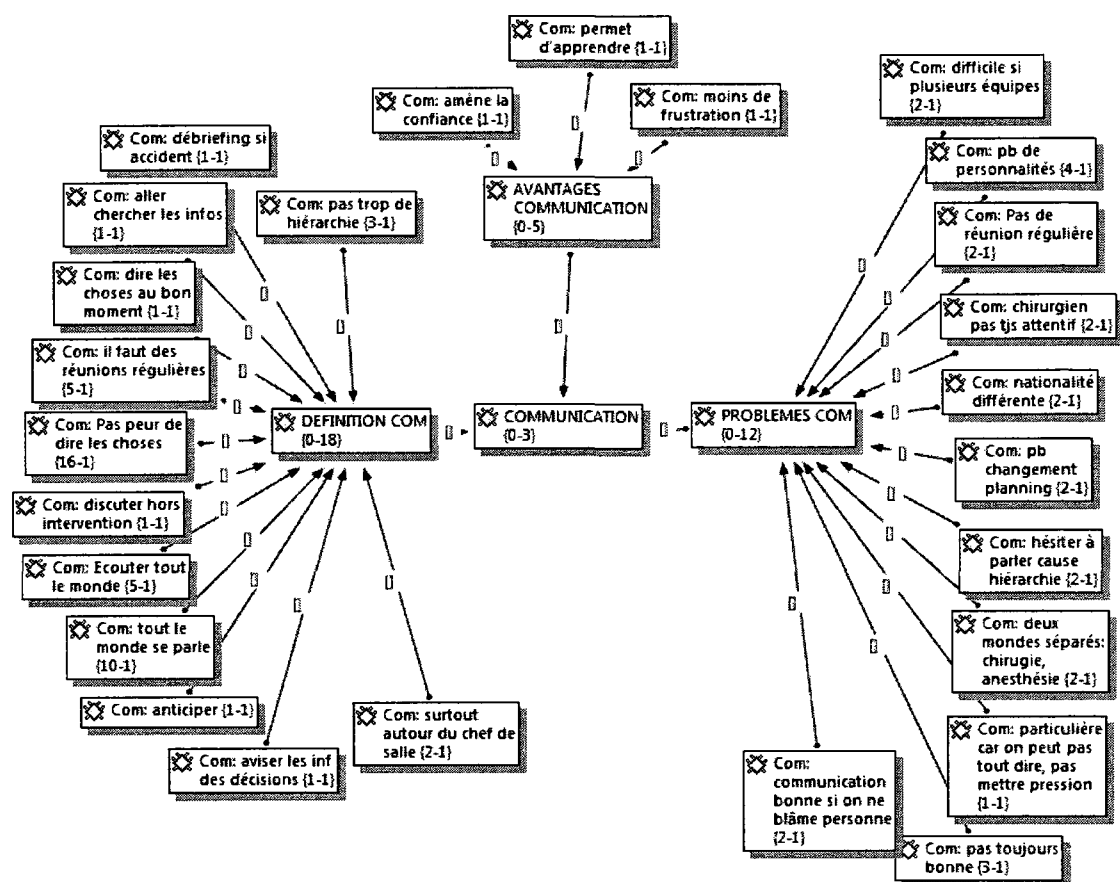


Figure C.3 : Cartographie de la dimension « Engagement envers la sécurité »

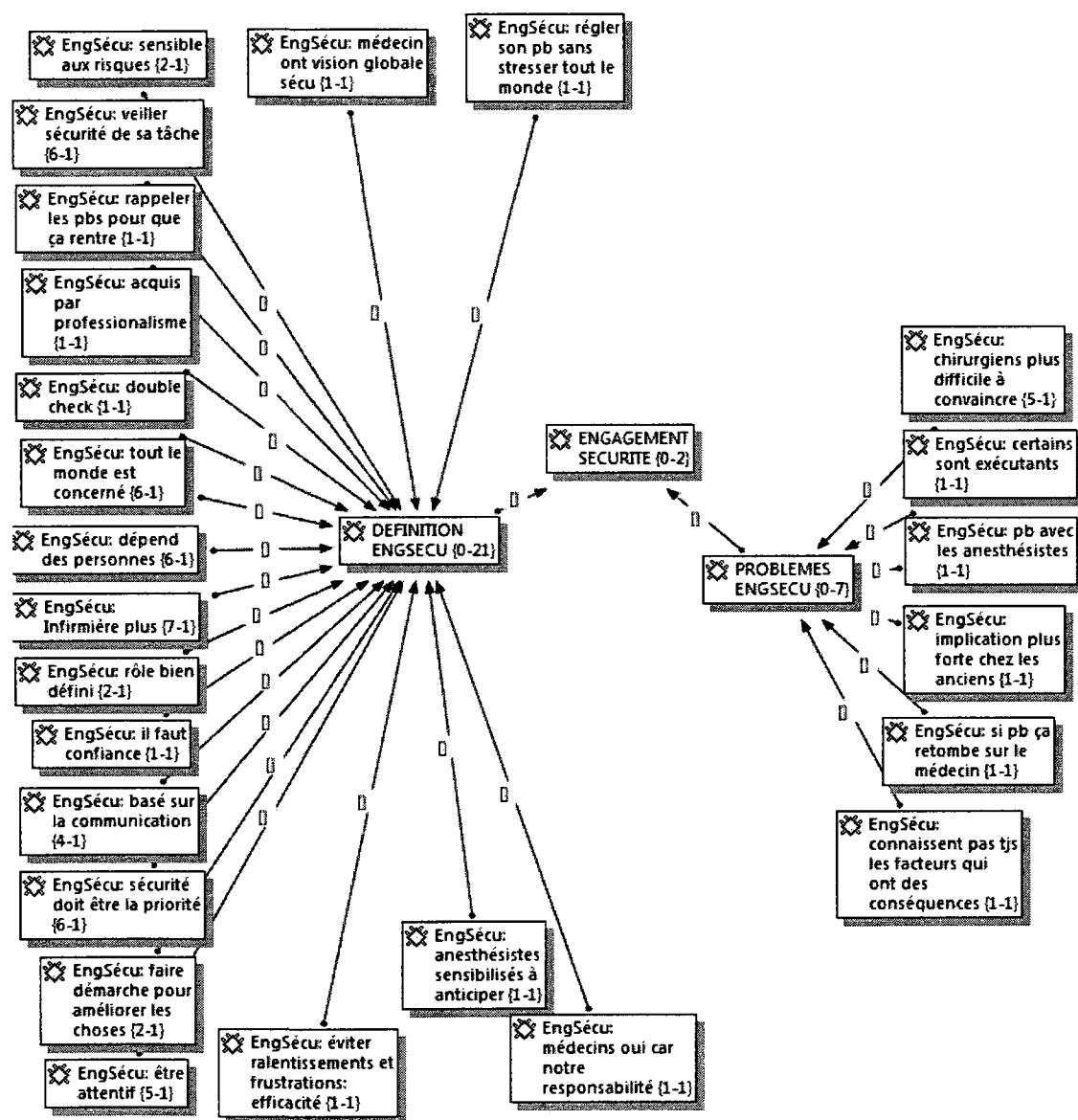


Figure C.4 : Cartographie de la dimension « Déclaration des erreurs »

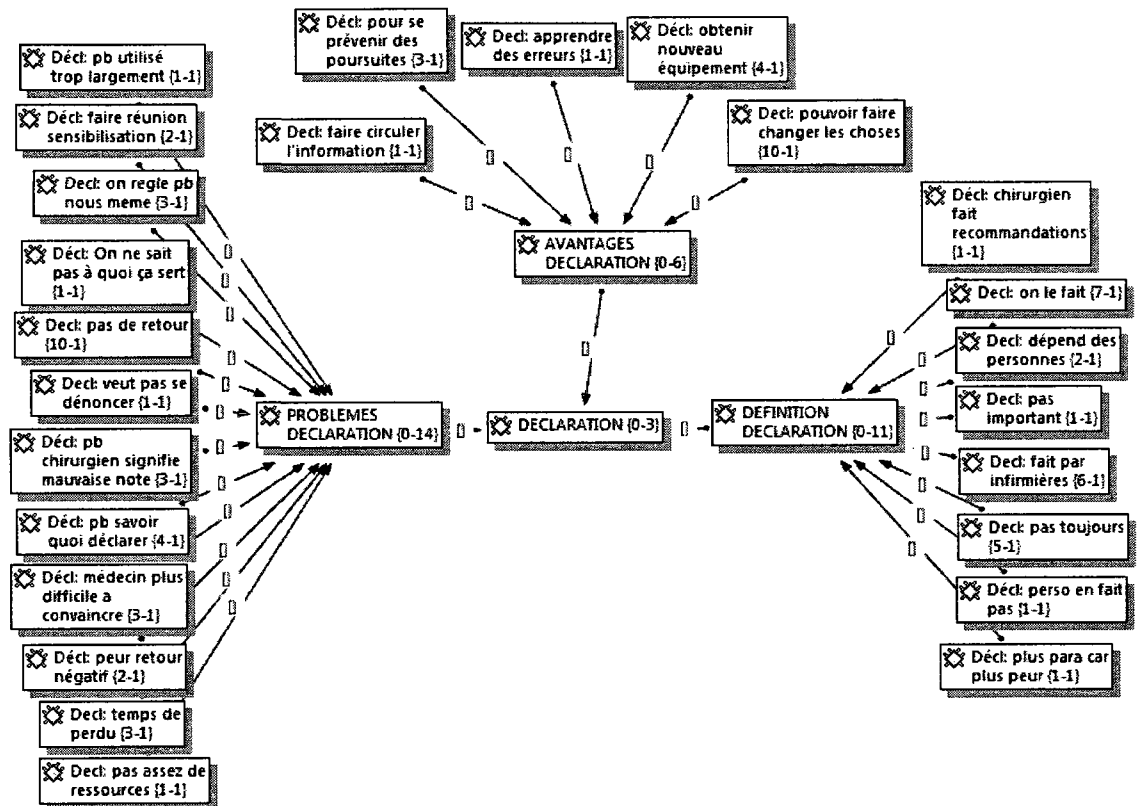


Figure C.5 : Cartographie de la dimension « Conscience de faire des erreurs »

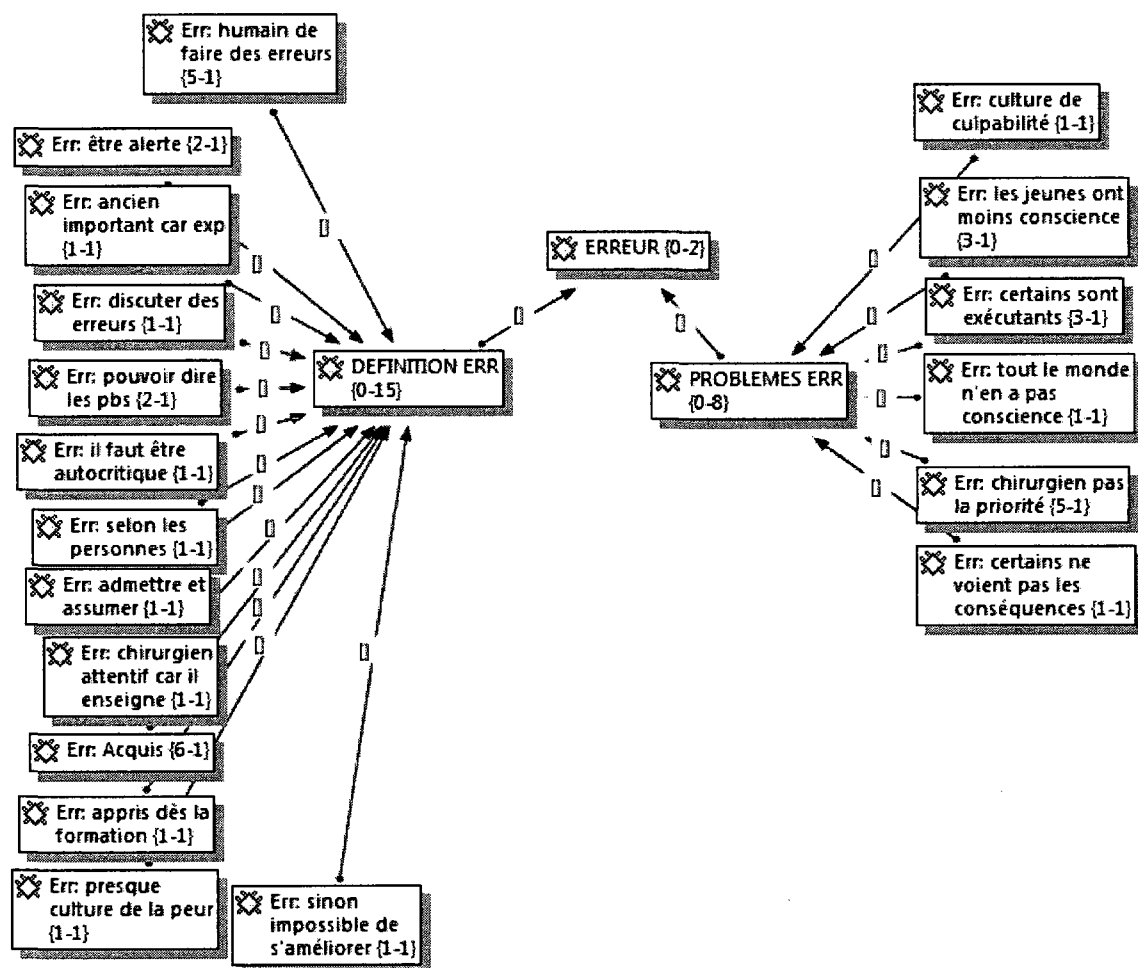


Figure C.6 : Cartographie de la dimension « Stress et fatigue »

