



Recommandations pour soutenir une Just Culture et une culture de la sécurité des patients au sein du système de santé suisse.

Basé sur l'étude de faisabilité *Just Culture au sein du système de santé suisse* de la Fondation Sécurité des patients Suisse (2024)

Table des matières

1	Just Culture	3
2	Mesures recommandées au niveau macro pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients	4
2.1	Créer des bases légales pour un traitement juste de toutes les personnes concernées par un évènement.....	4
2.1.1	Protection des personnes signalant des erreurs et des évènements indésirables.....	5
2.1.2	Soutien des personnes lésées	5
2.1.3	Renforcer la sécurité des patients dans les organisations de santé.....	5
2.1.4	Renforcer les systèmes d'apprentissage	6
2.2	Définir des concepts et des standards pour une Just Culture/Culture de la sécurité des patients.....	6
2.2.1	Concepts et standards généraux	6
2.2.2	Mesurer les indicateurs de la Just Culture/Culture de la sécurité des patients	7
2.2.3	Apprentissage par l'erreur	7
2.2.4	Programmes de conseil et de soutien pour les premières et secondes victimes	7
2.3	Créer un centre de coordination nationale pour la Just Culture/Culture de la sécurité des patients/sécurité des patients.....	7
2.4	Inscrire la culture de la sécurité des patients et la Just Culture dans la formation initiale, postgrade et continue des professionnels de santé ainsi qu'aux interfaces	8
2.5	Promouvoir la recherche relative à la culture de la sécurité des patients et à la Just Culture	8
2.6	Mise en œuvre de la Just Culture par les autorités	8
3	Mesures recommandées au niveau meso pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients.....	9
3.1	Associations professionnelles et sociétés spécialisées	9
3.2	Assureurs responsabilité civile/associations d'assureurs : systèmes de promotion et d'incitation.....	10
3.3	Organisations de patients, patientes, patients et proches.....	10
3.4	Établissements de formation	10
3.4.1	Recherche, formation initiale, postgrade et continue.....	11
3.4.2	La Just Culture par l'exemple dans les établissements de formation	11
3.5	Centre national de coordination pour la sécurité des patients	11
3.5.1	Production de connaissances et d'expertise sur le thème JC/CSP	11

3.5.2	Application et mise en œuvre des connaissances et de l'expertise relatives au thème Just Culture/Culture de la sécurité des patients.....	11
3.5.3	Mise en réseau et diffusion des connaissances et de l'expertise dans le domaine JC/CSP	12
4	Mesures recommandées au niveau micro pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients.....	13
4.1	Assurer l'appui à la gestion.....	13
4.2	Évaluer la situation initiale et examiner les conditions préalables pour une Just Culture ...	14
4.2.1	Examiner les conditions préalables pour une Just Culture	14
4.2.2	Mesurer une Just Culture/Culture de la sécurité des patients et évaluer sa maturité	15
4.3	Constitution d'un groupe de travail «Just Culture»	15
4.4	Élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre d'une Just Culture.....	15
4.5	Diffusion de la Just Culture dans l'organisation.....	16
4.6	Renforcer la culture du signalement et de l'apprentissage.....	16
4.6.1	Soutenir la Just Culture	16
4.6.2	Encourager la culture flexible	16
4.6.3	Soutenir la culture du signalement	17
4.6.4	Favoriser la culture informée.....	17
4.6.5	Soutenir la culture de l'apprentissage	17
4.7	Ancrage durable au sein de l'organisation	18
	Littérature	19

1 Just Culture

Une Just Culture (JC) (culture juste en français) admet que les professionnels compétents peuvent aussi faire des erreurs, recourir à des raccourcis et des contournements, et ne pas respecter des routines. De tels écarts signalent des points faibles au niveau du système et doivent être analysés afin d'en tirer des enseignements. Il est important qu'au sein d'une organisation règne une atmosphère de confiance dans laquelle le personnel peut librement évoquer des idées, des erreurs ou des préoccupations, sans qu'en résultent des conséquences négatives. Chaque partie prenante assume une responsabilité différente au sein de l'organisation. Une culture juste ne tolère pas non plus une faute résultant d'un comportement sans égards [1]. La « Restorative Just Culture » (culture juste restaurative en français) élargit la notion et met l'accent sur le dommage subi par toutes les personnes concernées ainsi que sur ce qui permet de le réparer et de rebâtir la confiance et les relations mutuelles [2]. Cette approche vise à éviter que des événements similaires se reproduisent. Des informations plus détaillées sur une Just Culture sont disponibles dans le rapport sur l'*Étude de faisabilité Just Culture au sein du système de santé suisse* (Fondation Sécurité des patients Suisse, 2024) sur lequel se fondent les recommandations décrites dans le présent document. Une Just Culture est étroitement liée à la culture de la sécurité des patients (CSP) et à la sécurité des patients en général, et les domaines s'influencent ou se conditionnent mutuellement. Partant, les recommandations couvrent l'ensemble des domaines. Les mesures recommandées portent sur les niveaux macro, meso et micro du système de santé suisse. Des domaines thématiques et des mesures concrètes ont pu être décrits pour soutenir et promouvoir durablement une Just Culture.

Le rapport *Étude de faisabilité Just Culture au sein du système de santé suisse* (Fondation Sécurité des patients Suisse, 2024) (en allemand) fournit des explications plus détaillées également au sujet du développement de ces recommandations. De plus, les présentes recommandations font référence aux annexes du rapport mentionné qui peuvent être utiles pour approfondir des thèmes spécifiques.

2 Mesures recommandées au niveau macro pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients

Au niveau macro¹ les six domaines prioritaires de mesures de soutien durables d'une JC/CSP suivants ont été identifiés (cf. ill. 1). Chaque priorité est décrite plus en détail ci-après.



Illustration 1 Aperçu des mesures de soutien d'une Just Culture (JC) / Culture de la sécurité des patients (CSP) durables au niveau macro.

2.1 Créer des bases légales pour un traitement juste de toutes les personnes concernées par un évènement

Le concept de la JC dans le système de santé est relativement nouveau et sa signification est encore floue pour la justice. Dissiper les craintes, incertitudes et doutes des parties intéressées des systèmes de justice et de santé nécessitera du temps et des efforts. À cet égard, la communication et la compréhension réciproque des rôles et des responsabilités de l'autre domaine revêtent une importance fondamentale. Des formations communes sur le thème de la JC et un dialogue ouvert entre la justice et des spécialistes du domaine de la sécurité des patients font progresser le thème [3]. En vue de créer des bases légales communes, les questions suivantes devraient être traitées de manière interprofessionnelle dans le cadre d'études de cas tirés de la pratique [3]:

- (1) Qui, au sein de l'État, d'une organisation individuelle ou de la société, distingue entre un comportement acceptable et un comportement inacceptable?
Plus il existe au niveau fédéral de dispositions structurelles claires déterminant qui peut opérer la distinction, plus les conséquences juridiques d'un incident seront prévisibles. Les professionnels de la santé ressentiront moins de crainte et d'insécurité quant à ce qui pourrait se passer après un incident puisque des dispositions claires existent.
- (2) Quel doit-être le rôle du domaine spécialisé concerné lors de l'évaluation d'un comportement acceptable/inacceptable et comment doit-il être impliqué?
Plus l'expertise du domaine spécialisé concerné est impliquée dans la distinction commune avec la justice, plus la probabilité que des professionnels de la santé soient exposés à des procédures judiciaires injustes ou inadéquates est faible.

¹ Niveau macro: Confédération et cantons

- (3) Comment les données de sécurité (p.ex. des données du CIRS, de l'analyse d'incidents, etc.) sont-elles protégées des interventions judiciaires?
Plus les données de sécurité sont bien protégées des interventions judiciaires, plus il est probable que les professionnels de la santé se sentent en sécurité dans un état et signalent des événements. La protection de ces données de sécurité dépend de la manière dont l'État résout les deux premières questions) [3].
- (4) Comment des patientes, des patients et leurs proches peuvent-ils (au regard du droit civil) être indemnisés pour les dommages causés sans qu'une procédure judiciaire doive être menée et une personne déclarée coupable?

Sur la base de cette discussion, les points suivants peuvent être réglés dans des lois et les ordonnances:

2.1.1 Protection des personnes signalant des erreurs et des événements indésirables

Il convient de créer un cadre juridique et des directives favorisant une culture de la sécurité transparente et juste où ils seraient inscrits les mécanismes aidant à apprendre des erreurs et à prévenir les événements préjudiciables pour les patients (plutôt qu'une simple collecte d'événements et de données). Il s'agit en outre de mettre en place une standardisation nationale des données de sécurité des patients pour améliorer la comparabilité. La définition d'une terminologie commune en fait également partie. S'agissant des domaines de la confidentialité, de la sphère privée et de la protection des données, la législation doit être conçue de manière à permettre l'échange des données à des fins d'apprentissage [4]:

- Introduction et mise en œuvre de mesures administratives et de protection juridique pour les personnes qui signalent des événements indésirables ou des doutes concernant la sécurité des prestations [5].
- Protection des professionnels de la santé lors du signalement d'événements au sein des organisations de santé.
- Délimitation et distinction entre des erreurs médicales et une négligence médicale afin de créer une JC et de faciliter les mesures correctives appropriées (y compris la détermination de qui opère la distinction et de quelle manière).

2.1.2 Soutien des personnes lésées

Obligation de divulguer les erreurs et les événements indésirables vis-à-vis des personnes lésées (patientes, patients et proches)

- Directives pour une obligation de divulguer rapide, conforme à la vérité et complète, et une reconnaissance des erreurs et des événements indésirables vis-à-vis des personnes concernées sans que celle-ci puisse être utilisée comme aveu de culpabilité.
- Créer des directives uniformes de divulgation des erreurs se fondant sur la recherche internationale et des directives existantes [6,7].
- Possibilité de reconnaître des comportements fautifs vis-à-vis des personnes concernées sans que cela puisse être utilisé comme aveu de culpabilité.

Renforcer les droits des patients

- Introduction de lois/dispositions relatives au soutien de plaintes contre le système de santé de la part des autorités (organes de médiation, procédures de conciliation, conseils/rapports d'experts gratuits, etc.).
- Introduction d'une législation relative à l'indemnisation des patients incluant un système de compensation lors de dommages causés aux patients (p.ex. versement par un fonds légal en faveur des patients d'une compensation sans culpabilisation des dommages causés au patient).

2.1.3 Renforcer la sécurité des patients dans les organisations de santé

Un renforcement de la sécurité des patients peut aussi être considéré comme un élément du renforcement de la sécurité au travail et de la protection de la santé. En effet, les événements indésirables

peuvent entraîner des problèmes de santé pour les professionnels de la santé impliqués tels que l'insomnie, la dépression ou le stress post-traumatique. Ces problèmes peuvent à leur tour avoir des répercussions sur la performance et le risque d'erreurs au travail. Les lois et directives de la sécurité des patients peuvent s'inspirer de dispositions sur la sécurité du travail [8] et devraient inclure les points suivants:

- Renforcement de la sécurité des patients dans les organisations de santé par l'édiction de dispositions pour des systèmes de santé ou la proposition de moyens auxiliaires pour la mise en œuvre (par analogie avec l'exemple de la sécurité du travail et la protection de la santé [«Concept de sécurité MSST: 10 éléments pour la sécurité du travail et la protection de la santé»](#) [9] et [manuel](#) (en allemand) relatif à l'application de la directive MSST 6508 de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail CFST (2012) [10].
- Renforcement de la fonction de préposé à la sécurité des patients par la définition d'un profil de compétences et de formation clair par analogie avec les spécialistes de la sécurité du travail ([«822.116 Ordonnance sur les qualifications des spécialistes de la sécurité au travail»](#) [11] ou en déterminant quand il convient d'impliquer les préposés à la sécurité des patients ([«Directive relative à l'appel des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail \(Directive MSST\)»](#) [12]).

2.1.4 Renforcer les systèmes d'apprentissage

- Renforcement d'une culture de l'apprentissage et du feedback en édictant des prescriptions relatives à l'introduction de systèmes d'apprentissage dans les organisations de santé ainsi qu'à la déduction et la mise en œuvre de mesures.
- Introduction d'une obligation de signaler les never events² à un centre national de coordination (cf. point 2.3) et définition des événements correspondants.
- Introduction d'une obligation générale de signaler les erreurs et les événements au sein des organisations de santé. À cet égard, il convient de prendre en compte la situation juridique et de l'adapter le cas échéant: le principe du nemo-tenetur³ ne devrait pas être violé et la protection des personnes déclarantes garantie.
- Introduction d'une obligation d'examiner les événements (porteurs de risques), y compris les (tentatives de) suicides, que les fournisseurs de prestations médicales auraient probablement pu empêcher.

2.2 Définir des concepts et des standards pour une Just Culture/Culture de la sécurité des patients

Le développement d'une culture de la sécurité revêt une importance fondamentale pour des efforts durables d'amélioration de la sécurité des patients. Des mesures politiques et législatives peuvent créer un environnement favorable pour une culture de la sécurité florissante [5,13]. Possibles mesures de politique de la santé :

2.2.1 Concepts et standards généraux

- Fixation de standards uniformes à l'échelle fédérale pour les terminologies et les thèmes de la CSP et de la JC.
- Inscription d'une CSP, partant d'éléments d'une JC, dans des mesures d'amélioration de la qualité/contrats de qualité [13].
- Prise en compte de la perspective des patientes et des patients lors du développement de directives et de concepts relatifs à l'amélioration de la culture de la sécurité [14].

² Never events : désigne des événements graves qui occasionnent des dommages aux patientes et aux patients et qui pourraient en grande partie être évités, p.ex. une erreur de côté lors d'une opération

³ Nemo tenetur se ipsum accusare – nul ne peut être tenu de s'auto-incriminer

2.2.2 Mesurer les indicateurs de la Just Culture/Culture de la sécurité des patients

Dans le cadre de mesures régulières d'indicateurs de sécurité des patients à l'échelle nationale, des indicateurs pour la CSP et la JC sont appelés à être saisis et des standards minimaux définis pour les indicateurs respectifs. Peuvent être des indicateurs pour une CSP selon [ECAST](#) [15] : l'engagement, le comportement, la conscience, l'adaptabilité, l'information et l'équité. La PSC et la JC devraient faire l'objet d'audits à intervalles réguliers [13].

Pour les cadres, cf. annexe 2, pour les instruments de mesure, cf. Annexe 3 de l'étude de faisabilité Just Culture au sein du système de santé suisse (SPS, 2024) (en allemand).

2.2.3 Apprentissage par l'erreur

- Développement et mise à disposition de directives et de moyens auxiliaires pour la marche à suivre après des événements indésirables et des analyses d'événements [16]
- Développement et mise à disposition de directives et de moyens auxiliaires pour la divulgation d'un événement indésirable [7,16,17].

2.2.4 Programmes de conseil et de soutien pour les premières⁴ et secondes victimes⁵

Le rétablissement/la réparation est un aspect important de la JC. En incluant toutes les personnes concernées, elle soutient la guérison émotionnelle de toutes les parties prenantes de l'événement de sécurité des patients. Obtenir un soutien est décisif pour la guérison des personnes concernées et la restauration de leur confiance dans le système de santé. Les patientes et les patients sont les «premières victimes». Le personnel de santé impliqué dans l'événement est concerné en tant que «seconde victime». Il y a probablement d'autres membres de la communauté qui ont par exemple été témoins d'un événement et qui doivent également être pris en considération. Mesures de soutien sont:

- Introduction et financement de programmes de conseil et de soutien systématiques à l'échelle nationale pour les patientes, les patients et leurs proches [6].
- Introduction et financement de programmes de conseil et de soutien systématiques à l'échelle nationale pour le personnel concerné par des événements indésirables, y compris les mesures de sensibilisation [6,18]
- Développement et mise à disposition de directives et de moyens auxiliaires relatifs à la gestion des premières et secondes victimes.

2.3 Créer un centre de coordination nationale pour la Just Culture/Culture de la sécurité des patients/sécurité des patients

Le centre de coordination devrait être une structure nationale indépendante proche à la fois des prestataires de soins et des patientes et des patients, agissant sans sanctionner et améliorant en permanence l'apprentissage. Créer un centre de coordination nationale pour la JC/CSP/sécurité des patients exige:

- la nomination (partant, le financement) d'une organisation indépendante pour la réception, l'analyse, la synthèse et le compte-rendu public d'informations relatives à la sécurité des soins de santé du pays et au monitoring des progrès. Selon l'OMS, un tel centre est un préalable à l'établissement de systèmes et d'organisations de santé de haute fiabilité,
- la définition des tâches et des fonctions de ce centre,
- la définition de la marge de manœuvre et des compétences de ce centre,
- le renforcement des mécanismes existants de déclaration d'événements dans le domaine de la sécurité des patients et l'amélioration des systèmes existants.

Le cahier des tâches du centre de coordination figure au point 3.5.

⁴ Premières victimes: patientes, patients (et leurs proches) ayant subi un dommage à cause d'un événement de sécurité des patients

⁵ Secondes victimes: professionnels de la santé ayant subi un dommage à cause d'un événement de sécurité des patients

2.4 Inscrire la culture de la sécurité des patients et la Just Culture dans la formation initiale, postgrade et continue des professionnels de santé ainsi qu'aux interfaces

- Fixation des compétences relatives à la CSP/JC conjointement avec les associations professionnelles, les sociétés de discipline et les spécialistes de la sécurité des patients et de la pédagogie/andragogie. Édition de directives sur la base de ces profils de compétences pour développer le programme d'études de toutes les professions de santé, en vue de l'inscription de la CSP et de la JC dans la formation initiale, postgrade et continue de toutes les professions de santé. Les sources suivantes peuvent être utiles à cet égard: [Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition](#) de l'OMS [19], [The Safety Competencies](#) [20], [From knowledge to action - A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system](#) [21], catalogue des objectifs d'apprentissage de l'alliance de la sécurité des patients: «Lernzielkatalog des Aktionsbündnisses Patientensicherheit» [22].
- En outre, proposition de formations relatives à la CSP/JC également aux autorités, au système judiciaire et à d'autres interfaces possibles.

2.5 Promouvoir la recherche relative à la culture de la sécurité des patients et à la Just Culture

La recherche relative à la sécurité des patients vise l'acquisition de nouvelles connaissances améliorant la capacité des systèmes de santé, des organisations de santé et des personnes qui y travaillent afin de réduire les dommages liés aux soins de santé [5,13]. C'est pourquoi l'encouragement de la recherche par des fonds nationaux dans le domaine de la sécurité des patients, et en particulier de la CSP/JC, est important.

2.6 Mise en œuvre de la Just Culture par les autorités

Une mise en œuvre et une réglementation durable de la CSP/JC devraient être conformes à la tendance croissante à la réglementation fondée sur le rôle. Les fournisseurs de soins de santé obtiennent ainsi la possibilité de développer et de définir leur propre procédure pour le respect des dispositions, p.ex. en développant des systèmes de gestion de la sécurité et/ou des mesures d'amélioration de leur culture de la sécurité qui correspondent à leur situation et à leurs besoins (p.ex. histoire, personnel, culture, compétences, ressources). Les autorités devraient donc se concentrer sur la mise à disposition de bases et d'offres de conseil adaptées et sur la limitation des activités de réglementation à l'examen de la qualité des systèmes et des processus mis en œuvre en vue d'une amélioration permanente [13]. Possibles points de départ pour les autorités sanitaires en vue de soutenir une CSP/JC:

- Discussions et évaluations des risques de la sécurité des patients avec les cadres et le personnel au sein des organisations de santé.
- Désignation expresse par toutes les initiatives nationales du domaine de la santé de la CSP et de la JC comme thèmes prioritaires (p.ex. dans les objectifs annuels).
- Soutien de la création de systèmes d'apprentissage et de déclaration des erreurs uniformes pouvant être exploités en ménageant les ressources et dotés d'interfaces avec un système de déclaration général.
- Proposition pour les organisations de santé d'offres de conseil relatives à la construction, la mise en œuvre et la réglementation de la culture de sécurité.
- Développement de lignes directrices et de fiches d'information [23] ainsi que de programmes de formation [24,25]; Conception et/ou soutien des interventions [26,27].
- Audits réguliers [28] pour examiner les systèmes de gestion de la sécurité de l'organisation de santé et processus pour la réduction des risques ; prise de mesures en présence de manquements.
- Établissement et communication de processus et de structures uniformes pour donner la possibilité aux patientes, patients et leurs proches de signaler des anomalies et des sources d'erreurs découvertes dans les soins.

3 Mesures recommandées au niveau meso pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients

Les cinq acteurs suivants ont été identifiés au niveau meso⁶ pour un soutien durable d'une JC/CSP (cf. ill. 2). Les différentes mesures prioritaires de ces acteurs sont décrites plus en détail ci-après.

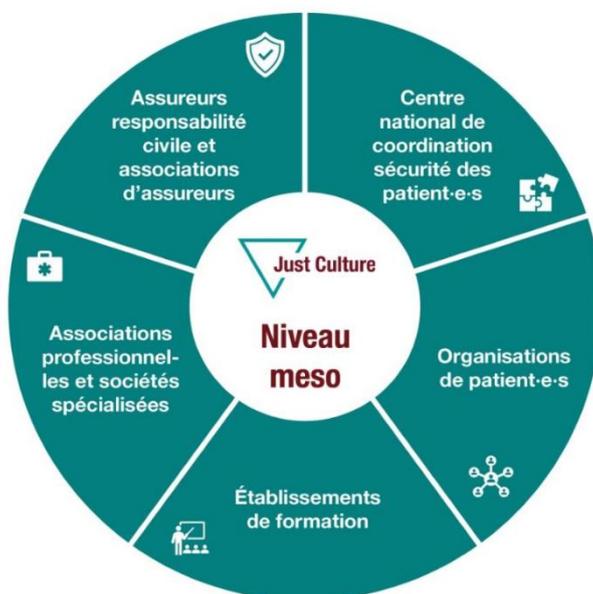


Illustration 2 Aperçu des acteurs au niveau meso pouvant contribuer au soutien d'une Just Culture (JC)/Culture de la sécurité des patients (CSP)

3.1 Associations professionnelles et sociétés spécialisées

Les associations professionnelles et les sociétés spécialisées devraient s'engager pour une inscription de la JC/CSP dans les plans d'études de formation initiale et postgrade, et pour que la transmission et l'évaluation des compétences en matière de sécurité des patients deviennent un élément obligatoire des plans d'études.

Possibles activités concrètes d'associations professionnelles et de sociétés spécialisées:

- Élaboration de profils de compétences et définition de standards minimaux dans le domaine de la JC/CSP pour le travail des différents groupes professionnels.
- Intégration de la JC/CSP dans les plans d'études et les matériels pédagogiques existants [29].
- Recours à des entraînements d'observation et de simulation comme instruments précieux pour la formation interprofessionnelle, à la fois dans l'environnement pédagogique et dans l'environnement professionnel.
- Développement d'inventaires des outils et des bonnes pratiques relatives à la JC/CSP pour les établissements de formation et les personnes en formation [29].
- Adaptation des instruments établis (p.ex. CIRS, revues de morbidité et de mortalité) en vue de mettre l'accent sur la détection, la réduction et la prévention des erreurs [29].

⁶ Niveau meso: organisations, associations professionnelles et sociétés spécialisées, assureurs, établissements de formation

3.2 Assureurs responsabilité civile/associations d'assureurs: systèmes de promotion et d'incitation

Les assureurs légaux peuvent recourir aux systèmes d'incitation comme moyen de prévention pour motiver des établissements à des efforts particuliers de prévention. Ceci peut également être utilisé lors de la mise en œuvre d'une JC/CSP. Un soutien financier des fournisseurs de prestations peut augmenter la motivation et être une mesure importante, en particulier pour les fournisseurs de prestations disposant de faibles ressources [30]. Globalement, la conduite et le financement des soins devraient être analysés sous l'angle de leur effet sur la sécurité des patients, et être orientés de façon à promouvoir la sécurité des patients.

Possibles approches concrètes:

- Inclusion dans les contrats de qualité d'éléments (déclarés contraignants) de JC/CSP.
- Opération de majorations ou de réductions des contributions (en fonction de la réalisation de différentes activités de prévention et/ou d'un niveau de sécurité défini).
- Primes (sous forme de paiement exceptionnel) pour les mesures de prévention dans le domaine de la JC/CSP.
- Examiner si des incitations et des programmes de motivation, p.ex. *pay-for-performance* sont des possibilités d'amélioration de la JC/CSP.
- Soutien/offre de programmes d'entraînement spécifiques ayant pour objectif des changements systémiques ou individuels ; par exemple des entraînements de simulation dans les domaines de l'anesthésie, de l'obstétrique [31–35] ou de la chirurgie [36,37].
- Reconnaissance et distinction des activités de prévention particulières (certificats, éloges publics, label de qualité).

3.3 Organisations de patients, patientes, patients et proches

Les organisations de patients, les patientes, les patients et leurs proches ne sont souvent impliqués qu'à compter du moment où une erreur s'est produite et des demandes de dommages et intérêts sont introduites. Ils pourraient pourtant aussi être impliqués à titre préventif, p.ex. lors de la création d'une JC/CSP [5], de l'identification de l'erreur et du risque, et en participant à des discussions relatives à l'importance de l'équité et de la responsabilité des fournisseurs de soins de santé. Les patientes, patients et leurs proches ne voudront pas toutes et tous vouloir suivre l'approche d'une JC. Toutefois, des éléments probants indiquent que de nombreuses personnes directement concernées sont intéressées à la gestion et à la prévention des erreurs. Après un évènement critique, les patientes, patients et leurs proches attendent une divulgation de l'évènement. L'absence d'informations fiables et le sentiment de ne pas être respectés et laissés pour compte sont des causes importantes d'une action en justice [7,16,38]. Une JC devrait contrecarrer cela.

Les mesures suivantes peuvent être prises à cet égard:

- Création de possibilités de signalement relatives aux thèmes de la sécurité des patients pour les personnes concernées afin que celles-ci puissent elles-mêmes saisir des signalements et que des enseignements puissent être tirés de données de sécurité publiquement déclarées [5].
- Soutien des patientes, des patients et de leurs proches dans l'acquisition de connaissances relatives à la CSP et à la JC par les organisations de patients au moyen de formations, de campagnes d'information et de plateformes d'échange afin qu'ils évoquent les doutes en lien avec la sécurité vis-à-vis des fournisseurs de soins de santé (*Speak-up*). Transmission en outre des raisons de l'importance d'une JC et des manières de la soutenir eux-mêmes([HCQA-Patient](#)) [39].
- Œuvrer conjointement aux thèmes de la sécurité des patients, de la CSP et de la JC avec les autorités et les fournisseurs de soins de santé.

3.4 Établissements de formation

La qualité et la sécurité des soins aux patients ne dépendent pas uniquement de la pratique clinique quotidienne, mais aussi de la gestion de la JC/CSP dans les établissements de santé. Sont ainsi concernées tant la formation des professions de la santé à la JC/CSP que la recherche ad hoc et la fonction d'exemple des établissements d'enseignement.

Les mesures suivantes peuvent soutenir une JC/CSP:

3.4.1 Recherche, formation initiale, postgrade et continue

- Réalisation de travaux de recherche dans le domaine JC/CSP mettant l'accent sur les facteurs d'influence, le développement et l'efficacité des mesures, la mise en œuvre durable, les analyses coûts-utilité.
- Création d'offres de formation initiale et continue dans le domaine de la sécurité des patients: p.ex. relatives à la JC et la CSP ; aux facteurs humains ; à la conception de systèmes et à la sécurité des patients [40–42].

3.4.2 La Just Culture par l'exemple dans les établissements de formation

- Développement et publication d'un processus de JC au sein de l'établissement de formation ([HCQA-Education](#)) [43].
- Thématisation ouverte d'anciens événements de sécurité des patients ([HCQA-Education](#)) [43].
- Soutien actif du personnel et du corps étudiant qui sont/ont été impliqués dans un événement de sécurité des patients (discussions ; mise en contact avec des pairs ou des spécialistes de la profession ([HCQA-Education](#))) [43].

3.5 Centre national de coordination pour la sécurité des patients

Un centre national de coordination devrait être institué en vue d'un regroupement et d'une mise en œuvre systématiques et durables d'activités relatives à l'instauration d'une JC/CSP. Son rôle serait de générer des connaissances et de l'expertise dans le domaine de la JC/CSP, d'élaborer des instruments pour l'application et la mise en œuvre de ces connaissances, et de diffuser les conclusions. Le lien direct avec la pratique et l'inclusion de fournisseurs de soins de santé, d'expertes et d'experts d'autres domaines/pays, sont importants à cet égard. Dans l'optique de l'établissement d'une JC/CSP, un tel centre de coordination national devrait mettre en œuvre les mesures suivantes:

3.5.1 Production de connaissances et d'expertise sur le thème JC/CSP

- Réalisation d'études de faisabilité relatives à l'adaptation/la mise en œuvre de concepts de JC/CSP établis ou nouveaux dans le système de santé suisse.
- Mise en œuvre de programmes nationaux de mise en application (PNA) dans le domaine JC/CSP ayant pour objectif d'atteindre un développement durable de la qualité par l'ancrage conséquent et systématique de pratiques spécifiques. Durant le processus de changement, les PNA permettent d'accompagner et de soutenir les prestataires dans l'intégration réussie de ces pratiques dans la routine.
- Gestion d'un centre de signalement des erreurs et des événements indésirables à l'échelle nationale. Sur la base de l'identification par ce centre de problématiques suprarégionales significatives, développement de recommandations d'amélioration et sensibilisation aux risques cliniques. Le CIRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK) se charge actuellement de cette tâche.
- Gestion d'un centre de signalement des never events à l'échelle nationale.
- Déduction de risques nationaux pour la sécurité des patients et recommandation de mesures de sécurité des patients/JC/CSP à l'échelle nationale.
- Réalisation/accompagnement des analyses d'erreurs et élaboration des recommandations individuelles à l'attention des personnes concernées, sans culpabilisation ou attribution de responsabilités. Conduite d'analyses dans le cadre d'un dialogue avec toutes les parties, c'est-à-dire le personnel du système de santé, les patientes, les patients et leurs proches. Analyse des événements respectant les principes de la CSP/JC [13].
- Publication des rapports d'analyse à des fins d'apprentissage dans le respect de la protection des données et de la confidentialité.

3.5.2 Application et mise en œuvre des connaissances et de l'expertise relatives au thème Just Culture/Culture de la sécurité des patients

- Développement et mise à disposition de supports d'information et d'application (p.ex. des lignes directrices pour les systèmes d'apprentissage) et d'instruments relatifs à la JC/CSP [44] à l'attention des différentes parties prenantes du système de santé (fournisseurs de prestations, associations et organisations professionnelles, autorités, patientes, patients, etc.).

- Développement d'offres de formation, p.ex. dans les domaines de l'analyse des erreurs et des risques, des facteurs humains, de la pensée systémique, etc. à l'attention d'individus, de groupes et d'organisations.
- Mise à disposition d'un groupe d'experts multidisciplinaire pour les organisations du système de santé qui présentent des modèles d'erreurs inhabituels pour les aider à comprendre les causes et à trouver des solutions. La plupart des organisations de santé ne disposent pas de ressources et d'expertise propres dans ce domaine et l'actuelle lacune du système est ainsi comblée.

3.5.3 Mise en réseau et diffusion des connaissances et de l'expertise dans le domaine JC/CSP

- Conseil et soutien lors de la mise en œuvre de mesures adaptées dans le domaine JC/PSC.
- Proposition de cours, de sessions et de séminaires dans le domaine de la JC/CSP.
- Publication de rapports sur les connaissances acquises dans des systèmes d'apprentissage globaux [44].
- Mise à disposition de plateformes de discussion et d'échange aux fins de partager des bonnes pratiques, des défis et des opportunités entre professionnels de santé et expertes et experts du domaine de la JC/CSP.
- Collaboration avec les spécialistes suisses et étrangers déjà au bénéfice d'expériences de bonnes pratiques relatives aux thèmes de la JC et de la CSP.

4 Mesures recommandées au niveau micro pour soutenir une Just Culture/Culture de la sécurité des patients

Les sept mesures prioritaires suivantes ont été identifiées au niveau micro⁷ pour un soutien durable d'une JC/CSP (cf. ill. 3). Les différentes mesures prioritaires sont décrites plus en détail ci-après.



Illustration 3 Aperçu des mesures au niveau micro pouvant contribuer au soutien d'une Just Culture (JC) / Culture de la sécurité des patients (CSP)

4.1 Assurer l'appui à la gestion

La direction générale peut créer les conditions pour une JC et pour l'apprentissage, car c'est à ce niveau que sont prises les décisions stratégiques, financières, liées au personnel, et relatives aux risques [45–47]. Pour favoriser une culture de la sécurité durable, la direction doit montrer que la sécurité est une priorité absolue pour une organisation et faire office d'exemple. Elle doit démontrer personnellement son engagement, accorder la priorité à la sécurité et y consacrer des ressources – et ce aussi lorsque des questions critiques sont posées au sein de l'organisation ou par le monde extérieur, comme les médias ou les autorités de surveillance (cf. HQCA-senior Leaders [48]).

La direction opérationnelle est la plus importante ambassadrice de la culture de la sécurité. En font partie la direction de groupe, d'équipe, de département, le personnel médical dirigeant et le personnel dirigeant de l'organisation de santé. Ces cadres peuvent contribuer à une culture du département empreinte de communication transparente et permettant les discussions ouvertes, l'intervision et les moments de feedback [46]. Le personnel devrait bénéficier du soutien de ses supérieurs après des événements indésirables. La concentration sur la détermination des facteurs systémiques qui ont influencé les actions de la personne signale la conviction que les erreurs sont souvent le symptôme d'une défaillance du système et que l'amélioration de ce dernier est la voie la plus efficace pour diminuer la probabilité de futures erreurs [49] (cf. HQCA-Managers [50]).

⁷ Niveau micro : organisations de la santé et fournisseurs de soins de santé

4.2 Évaluer la situation initiale et examiner les conditions préalables pour une Just Culture

4.2.1 Examiner les conditions préalables pour une Just Culture

La mise en œuvre réussie d'une JC requiert certaines conditions préalables. Partant, il est judicieux qu'une organisation procède dans un premier temps à une évaluation réaliste de la situation actuelle (cf. tab.1 pour les critères).

Tableau 1 Conditions préalables devant être remplies pour mettre en place une culture de la sécurité et une Just Culture (selon [51] complété [52])

Critère	Explication
1. Sécurité psychologique: bienveillance et attitude empreinte de transparence, de confiance et d'équité	Le personnel fait confiance à son organisation et à ses responsables et parle ouvertement des erreurs et des doutes. Ceci est important pour comprendre comment les choses fonctionnent au sein de l'organisation et pourquoi.
2. Une hiérarchie horizontale prévaut et la pensée hiérarchique est évitée	La pensée hiérarchique est préjudiciable pour la sécurité des patients/JC/CSP, car elle entrave la confiance, le Speak-up, les déclarations d'erreurs, etc.
3. Engagement des cadres	L'ensemble des cadres doit soutenir les changements. Une obligation écrite de sécurité des patients existe. La responsabilité en incombe aux cadres et ne peut être déléguée au personnel.
4. Direction	La direction est appréciée en tant que facteur de conduite du développement de la culture de la sécurité. Les cadres s'adaptent et alternent entre style de conduite axé sur les résultats et style de conduite porteur de changements.
5. Pour tous les domaines de gestion: description de compétences et de responsabilités claires en matière de sécurité	Les cadres sont responsables des changements/améliorations de système ou d'organisation réalisés sur la base d'enseignements et de preuves scientifiques. Chaque personne est responsable de ses propres décisions de comportement [53–59], également lorsqu'elle ne respecte sciemment pas des procédures ou des directives de sécurité, indépendamment de sa position hiérarchique au sein d'une organisation [53].
6. Département sécurité	Un département sécurité existe. Sa responsabilité et son obligation de rendre des comptes en matière de planification de la sécurité sont claires.
7. Implication du personnel	Les entreprises impliquent leur personnel dans la planification, la surveillance et l'amélioration de la sécurité. Une large représentativité des effectifs réduit la distance par rapport au pouvoir à un minimum. Une approche ascendante est privilégiée pour la prise de décision.
8. Implication des patientes, des patients et de leurs proches	L'implication des patientes, des patients et de leurs proches dans la planification et la mise en œuvre de mesures/d'activités relatives à la sécurité des patients permet un meilleur suivi individuel et prévient les erreurs. Cette implication renforce la confiance, augmente la compétence en matière de santé, et souligne la responsabilité commune des patientes, des patients et de leurs proches ainsi que des prestataires de soins de santé pour la qualité des soins.
9. Pas de repos sur les succès passés	La sécurité est perçue comme un processus itératif et répétitif qui n'est jamais terminé.
10. Politique de gestion des risques	Les décisions portant sur des changements et des plans se fondent sur une stratégie de gestion des risques adaptée aux différents niveaux de décision.
11. Planifier une réserve	À l'optimisation des ressources financières et de personnel lors de la planification s'ajoutent des capacités pour maîtriser les événements imprévus (p.ex. boucles itératives supplémentaires lors du processus de mise en

	œuvre de la JC). Cela n'est pas considéré comme un gaspillage des ressources.
12. Récompenser les initiatives en matière de sécurité	Les contributions actives et extraordinaires à la sécurité, comme de nouvelles idées, la déclaration de risques, etc. sont récompensées.
13. Communication interne	Une culture de la communication ouverte (p.ex. information transparente sur les erreurs et les événements, processus de vérification et recommandations) règne, et des directives pour une gestion efficace des conflits existent.
14. Communication externe	Les canaux de communication avec la société, les autorités et d'autres secteurs sont établis et entretenus afin de discuter des thèmes liés à la sécurité et de clarifier la position relative à une JC.

4.2.2 Mesurer une Just Culture/Culture de la sécurité des patients et évaluer sa maturité

Les instruments de mesure ou d'autoévaluation d'une JC/CSP peuvent contribuer à saisir le stade actuel de développement d'une organisation. Une année après la mise en œuvre formelle, une évaluation supplémentaire devrait être menée avec le même instrument pour que les résultats puissent être comparés. Des mesures supplémentaires peuvent ensuite être élaborées pour les domaines évalués comme faibles. Des outils d'enquête et des modèles de maturité peuvent être utilisés pour l'évaluation.

Pour les instruments de mesure, cf. Annexe 3, pour les modèles de maturité, voir l'annexe 4 de l'étude de faisabilité Just Culture au sein du système de santé suisse (SPS, 2024) (en allemand).

4.3 Constitution d'un groupe de travail «Just Culture»

La direction à son plus haut niveau constitue une équipe d'experts responsable de la mise en œuvre, du maintien et de l'amélioration des fondements de la JC au sein de l'organisation. Lors de la mise en œuvre d'une JC, l'engagement des parties prenantes (y compris des cadres) est la clé d'une poursuite durable d'une JC. Le développement de processus et de matériels dépend de la composition de cette équipe. Partant, les points suivants devraient être pris en compte lors de la sélection des membres du groupe de travail (informations complémentaires dans le [Just Culture Toolkit ASHP](#), [60]):

- Implication des cadres et des personnes ayant une expérience du travail à tous les niveaux, départements et services (interdisciplinaire et interprofessionnelle).
- Les membres de l'équipe devraient représenter un vaste spectre de compétences et d'expérience et être appréciés et reconnus par le personnel.
- Identification des sites avec des processus et/ou des groupes de personnes particuliers au sein de l'organisation et représentation de ceux-ci par des personnes de ces domaines.
- Le co-pilotage du groupe de travail relève idéalement d'une personne spécialiste de la sécurité des patients et d'une personne spécialiste en développement des organisations.

Développer une JC est un processus itératif. Les membres de l'équipe devraient s'engager et être disponibles pour des rencontres régulières et devraient faire de la collecte du feedback dans leurs domaines d'activités, une de leurs priorités.

Les membres du groupe de travail sont formés au thème de la JC et bénéficient ainsi d'une base commune à partir de laquelle travailler. Le travail du groupe sera poursuivi également après la mise en œuvre lors de séances régulières et d'activités visant à maintenir la JC.

4.4 Élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre d'une Just Culture

En coopération avec des représentants du personnel, des patientes et des patients, ainsi que de la direction de l'entreprise, le groupe de travail élabore un plan d'action pour une JC au moyen d'une mesure de la culture et/ou d'une évaluation de la maturité. Ce plan d'action englobe notamment des aspects comme l'adaptation du contexte, le développement d'une politique de la Just Culture (exemple: [Just Culture Principles](#), Alberta Health Services [61]), d'un concept de Just Culture ou une procédure pour l'élucidation des événements indésirables incluant des dommages causés aux patients. Un processus restauratif d'élucidation prend en compte les besoins de toutes les parties concernées et met l'accent sur la réparation, le rétablissement et l'apprentissage tourné vers l'avenir.

Le groupe de travail détermine comment le personnel est impliqué et informé, et comment une JC peut être ancrée dans les documents et processus existants de l'organisation. Il recherche des instruments pour soutenir une JC/CSP adaptée au stade de développement de leur propre organisation de santé.

Pour les cadres, voir l'annexe 2, pour les outils pratiques, voir l'annexe 5 de l'étude de faisabilité Just Culture au sein du système de santé suisse (SPS, 2024) (en allemand).

4.5 Diffusion de la Just Culture dans l'organisation

L'organisation devrait impliquer le personnel aussi tôt que possible dans une mise en œuvre durable [62,63]. Il est la plus importante source d'information au sujet de risques, de situations dangereuses, d'erreurs et d'incidents. Après validation par la direction, le plan d'action est exposé à l'ensemble du personnel pour présenter le concept JC, ses principes fondamentaux et ses effets sur l'organisation. La formation initiale et la formation continue au thème de la JC sont très importantes pour une mise en œuvre durable d'une JC [59,64].

- Formation initiale et formation continue permanente à la JC (p.ex. des formations JC de 30 à 60 minutes sous forme de module en ligne pour l'autoapprentissage).
- Forums en ligne pour le personnel pour atteindre un maximum de l'effectif (enregistrement pour le personnel travaillant en équipe) [65].
- Plages horaires contraignantes pour les discussions/possibilités d'échange (p.ex. discussions d'équipe régulières, discussions de cas).
- Formations spécifiques des cadres aux thèmes de la JC.
- Temps à disposition pour la communication dans les équipes de travail de l'organisation sur la mise en œuvre d'une JC dans leur domaine [53,56,59].
- Temps à disposition pour l'élucidation des évènements au sein des équipes de travail de l'organisation pour en tirer des enseignements [56,57,64] et pour souligner les responsabilités prises dans une JC par les professionnels de la santé [46,64,66].
- Promotion d'une culture de la communication et d'une culture du feedback positives et ciblées par la mise à disposition d'instruments pour soutenir la communication.

4.6 Renforcer la culture du signalement et de l'apprentissage

Un renforcement de la culture du signalement et de l'apprentissage nécessite la modification de divers éléments interdépendants d'une culture de la sécurité.

4.6.1 Soutenir la Just Culture

- Les responsables donnent des retours d'information sur les inquiétudes en matière de sécurité, favorisent les retours d'information et utilisent les évènements critiques comme impulsions d'apprentissage.
- La formation des cadres en coaching et des membres de l'équipe en communication et en assertivité peuvent augmenter la sécurité psychologique. Ces éléments figurent typiquement dans la formation aux facteurs humains (crew resource management CRM).

4.6.2 Encourager la culture flexible

- Une culture de l'ouverture au changement est activement encouragée et l'encadrement en donne l'exemple ; le développement et le renforcement de la JC/CSP est conçu de manière participative et inclut toutes les parties prenantes du processus de soins ; les retours d'information du personnel, des patientes, des patients et de leurs proches sont appréciés et activement sollicités.
- Encouragement du souci de sécurité en «sortant des sentiers battus» et en développant des scénarios d'évènements plus exhaustifs [67].
- Réalisation par les directions de départements et de domaines d'inspections de la conduite et de la sécurité lors desquelles des risques sont recherchés. Transmission directe par le personnel des questions de sécurité ou les problématiques à la hiérarchie.

4.6.3 Soutenir la culture du signalement

- Mise à disposition de systèmes de déclaration et d'apprentissage, et renforcement positif de leur utilisation.
- Dotation du Critical Incident Reporting System (CIRS) de ressources personnelles et financières correspondantes pour qu'il puisse être efficace.
- Possibilité dans un CIRS interne de déclarer, non seulement anonymement, mais aussi confidentiellement – en citant le nom – et d'exercer une gestion de plus en plus transparente des erreurs, des presque-accidents et des événements critiques. Les points faibles peuvent ainsi être corrigés plus efficacement et des retours d'information plus ciblés deviennent possibles.
- Des formations sur les systèmes de déclaration et d'apprentissage sont rendues possibles et encouragées pour toutes les parties prenantes – en particulier pour les cadres.

4.6.4 Favoriser la culture informée

Les personnes qui administrent et exploitent le système de déclaration disposent de connaissances actuelles sur les facteurs humains, techniques, organisationnels et environnementaux qui déterminent la sécurité du système dans son ensemble [68]. Selon Turner et al. [69] une équipe de vérification des événements doit:

- disposer d'une expertise approfondie en vérification d'événements et en facteurs humains,
- utiliser des instruments qui peuvent aider à comprendre la complexité, p.ex. le modèle SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety, une approche systémique sociotechnique pour la sécurité des patients) [70–72], et éviter les méthodes d'apprentissage linéaires,
- prévoir la possibilité pour les patientes, les patients et leurs proches de s'impliquer dans le processus de vérification afin d'obtenir une compréhension exhaustive des nombreuses perspectives d'un événement,
- vérifier une série d'événements cliniques (erreurs «mineures», presque-événements, groupes d'événements) au lieu de se concentrer sur un petit groupe d'événements graves [73],
- impliquer directement les cadres dans la vérification pour permettre la critique du «work-as-imagined» (travail prescrit) et de présenter comment le travail est réalisé dans les faits («work-as-done»).

4.6.5 Soutenir la culture de l'apprentissage

Selon Reason [68], une organisation doit avoir la volonté et les compétences permettant de tirer les bonnes conclusions de son système d'information sur la sécurité, et vouloir réaliser des réformes importantes. Partant, les points suivants sont importants:

- Absence de tabouisation des risques, des erreurs ainsi que des événements critiques et indésirables qui sont au contraire formulés et élucidés en termes de solutions ; développement de stratégies de prévention et mise en œuvre de mesures correspondantes.
- Examen des processus liés au traitement des signalements d'événements issus du système de déclaration avec pour objectif un retour d'information rapide relatif aux signalements d'événements et des mesures qui résolvent les problèmes au niveau du système [5]. Ce feedback est important, car il révèle l'engagement de l'organisation en faveur du thème de la sécurité et renforce la confiance du personnel dans le soutien de l'organisation [74]. Communication des résultats des mesures de la sécurité des patients également au personnel.
- Encouragement de l'anticipation. Recours à des examens systématiques tant rétrospectifs que prospectifs des points faibles et de leur analyse comme potentiels d'amélioration de la prise en charge des patients.
- Examen sous l'angle de leurs facteurs de succès des processus qui ont été bien gérés en dépit de risques immanents élevés et utilisation des connaissances ainsi acquises pour de nouveaux processus d'amélioration (Safety-II).
- Utilisation d'instruments qui soutiennent une amélioration de la qualité et de la force des recommandations, comme la pensée systémique (penser en termes de structures en réseau, de structures systémiques, d'innovations systémiques et de viabilité, de systèmes complexes, de détection d'interactions complexes, changements de perspective, etc.).

- Évaluation des mesures de prévention d'erreurs introduites sous l'angle de leur efficacité et poursuite du développement sur la base des connaissances acquises.
- Mise à disposition d'autrui des connaissances acquises en fonction de leur potentiel d'apprentissage (aussi par-delà le domaine de travail propre/la propre organisation etc.).
- Ancrage durable des connaissances et des possibilités d'action relatives à la sécurité des patients.

L'examen d'un événement indésirable ne garantit pas que les enseignements tirés de cet incident mènent à une amélioration efficace du système et à la prévention de préjudices similaires. Les recommandations relatives à une amélioration du système sont fréquemment faibles, et par conséquent n'induisent probablement pas de véritable amélioration du système [75]. Les approches liées aux personnes sont considérées comme plus faibles que celles qui visent le système. Changements culturels et fonctions de contraintes ont un effet plus important et plus durable que la formation et les nouvelles directives. Toutefois, ils requièrent un investissement bien plus important pour être effectifs [76]. Il convient d'accorder une attention particulière à la définition de mesures aussi fortes que possible ne dépendant que peu du comportement humain.

4.7 Ancrage durable au sein de l'organisation

Garantir la durabilité de la mise en œuvre d'une JC nécessite un ancrage large de ses principes dont la planification doit s'étendre au-delà des mesures de mise en œuvre.

- Introduction d'une JC en tant que processus de développement organisationnel: la mise en œuvre durable d'une JC correspond à un processus de développement organisationnel et de gestion du changement. Elle englobe le développement d'une vision de la sécurité pour l'organisation, des objectifs, ainsi que des plans stratégiques et opérationnels, des directives et des mesures de mise en œuvre d'une JC. Les rôles et les responsabilités spécifiques dans une JC devraient être définis à tous les niveaux. Il est recommandé de collaborer avec les expertes et les experts en organisation et en développement des ressources humaines du Human Resources Management (HRM) [47]. Ce notamment pour ancrer une JC dans tous les processus, objectifs et documentés d'une organisation pour qu'elle soit vécue au quotidien [1,77].
- Événements d'information et formations: réalisation commune avec le HRM également du développement et de l'administration des événements d'information et des formations pour garantir des formations en continu sur le thème de la JC. Les cadres ont besoin d'interlocuteurs lors de situations difficiles après un événement indésirable et d'un coaching correspondant par le HRM.
- Profiter des synergies: dans une organisation, différents domaines traitent des thèmes similaires. La JC est un thème important également du point de vue de la sécurité du travail. Collaborer avec des spécialistes de la sécurité du travail, de la protection de la santé et de la sécurité des patients peut renforcer le thème de la sécurité au sein d'une organisation [8,78].

Littérature

- 1 Dekker S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Aldershot: Ashgate 2007.
- 2 Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in your Organization*. Third Edition. Boca Raton, Florida: CRC Press, Taylor & Francis 2016.
- 3 Pont R. Managing a pragmatic Just Culture implementation. <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/6141.pdf>. 2019.
- 4 Milligan C, Allin S, Farr M, *et al.* Mandatory reporting legislation in Canada: Improving systems for patient safety? *Health Econ Policy Law*. 2021;16:355–70.
- 5 WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. 2020.
- 6 Vincent C, Staines A. Enhancing the Quality and Safety of Swiss healthcare. https://www.researchgate.net/profile/Anthony-Staines-2/publication/337415481_ENHANCING_THE_QUALITY_AND_SAFETY_OF_SWISS_HEALTHCARE/links/5dd66724458515cd48b08fbd/ENHANCING-THE-QUALITY-AND-SAFETY-OF-SWISS-HEALTHCARE.pdf. 2019.
- 7 O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, *et al.* Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22:371–9.
- 8 De Bienassis K, Klazinga NS. Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers*. Published Online First: 2022. doi: 10.1787/95ae65a3-en
- 9 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. ASA-Sicherheitssystem : 10 Elemente für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. <https://www.ekas.ch/download.php?id=3642>. 2012.
- 10 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. Sicherheit und Gesundheitsschutz Handbuch zur Umsetzung der EKAS-Richtlinie 6508. <https://archiv.llv.li/files/avw/pdf/llv-avw-ekas-handbuch.pdf>. 2012.
- 11 Schweizer Bundesrat. 822.116 Verordnung über die Eignung der Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1996/3121_3121_3121/de. 1996.
- 12 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. EKAS Richtlinie Nr. 6508 Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit (ASA-Richtlinie). <https://www.ekas.admin.ch/download.php?id=6943>. 2022.
- 13 Nævestad TO, Storesund Hesjevoll I, Elvik R. How can regulatory authorities improve safety in organizations by influencing safety culture? A conceptual model of the relationships and a discussion of implications. *Accid Anal Prev*. 2021;159:106228.
- 14 Diverse. Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare. Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare-Short Reports. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/short-reports.pdf.download.pdf/Short%20Reports-DE.pdf>. 2019.
- 15 Piers M&, Balk. Safety Management System and Safety Culture Working Group Safety Management System and Safety Culture Working Group (SMS WG) SAFETY CULTURE FRAMEWORK FOR THE ECAST SMS-WG. 2009.
- 16 Manser T. Managing the aftermath of critical incidents: Meeting the needs of health-care providers and patients. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25:169–79. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.004>
- 17 Clinical Excellence Commission NSW. STARS@ TOOL FOR CLINICIAN DISCLOSURE. https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/259009/stars-tool-for-clinician-disclosure.pdf. 2011.
- 18 Schrøder K, Lamont RF, Jørgensen JS, *et al.* Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *BJOG*. 2019;126:440–2. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15529>
- 19 WHO. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1. 2011.
- 20 Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/CPSI-SafetyCompetencies_EN_Digital.pdf%23search=Competencies. 2020.
- 21 Health Quality & Safety Commission New Zealand. From knowledge to action A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Our->

- work/Leadership-and-capability/Building-leadership-and-capability/Publications-resources/From-knowledge-to-action-Oct-2016.pdf. 2016.
- 22 Aktionsbündnis Patientensicherheit. Wege zur Patientensicherheit Katalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/05/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf. 2022.
 - 23 Murray W, Ison S, Gallemore P, *et al.* Effective occupational road safety programs: A case study of walseley. *Transp Res Rec.* 2009;55–64.
 - 24 Patankar MS. Maintenance Resource Management for Technical Operations. *Crew Resource Management.* 2019;357–405.
 - 25 Goettee, David, Spiegel, *et al.* Overview of Federal Motor Carrier Safety Administration Safety Training Research for New Entrant Motor Carriers. 2015.
 - 26 Zuschlag M, Ranney JM, Coplen M. Evaluation of a safety culture intervention for Union Pacific shows improved safety and safety culture. *Saf Sci.* 2016;83:59–73.
 - 27 AMTRAK Office of Inspector General. SAFETY AND SECURITY: Opportunities Exist to Improve the Safe-2-Safer Program. 2015. www.amtrakoig.gov/reading-room
 - 28 Naevestad T-O, Phillips R. The relevance of safety culture as a regulatory concept and management strategy in professional transport Comparing the experiences of regulators and companies from four sectors. 2018.
 - 29 Harris KA, Frank JR. Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education Competence by Design. 2014.
 - 30 Mello MM, Studdert DM, Thomas EJ, *et al.* Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement. 2007.
 - 31 Pettker CM, Thung SF, Lipkind HS, *et al.* A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:319–25. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.038>
 - 32 Grunebaum A, Chervenak F, Skupski D. Effect of a comprehensive obstetric patient safety program on compensation payments and sentinel events. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:97–105.
 - 33 Simpson KR, Kortz CC, Knox GE. A Comprehensive Perinatal Patient Safety Program to Reduce Preventable Adverse Outcomes and Costs of Liability Claims. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2009;35:565–74.
 - 34 Clark SL, Belfort MA, Byrum SL, *et al.* Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:105.e1-105.e7.
 - 35 Hanscom R. Medical Simulation from an Insurer's Perspective. Published Online First: 2008. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00255.x
 - 36 Stevens LM, Cooper JB, Raemer DB, *et al.* Educational program in crisis management for cardiac surgery teams including high realism simulation. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2012;144:17–24.
 - 37 Anderson J. Test required for laparoscopy privileges in Boston. *Ob Gyn News.* 2008;36.
 - 38 Sahlström M, Partanen P, Turunen H. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30:778–85.
 - 39 Health Quality Council of Alberta. Why a just culture is important for patients and families. <https://justculture.hqca.ca/information-for-patients-and-families/>. 2024.
 - 40 McCreight M, Hughes AM, Franklin Edwards III G, *et al.* Designing healthcare for human use: Human factors and practical considerations for the translational process. Published Online First: 2023. doi: 10.3389/frhs.2022.981450
 - 41 Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:196–205.
 - 42 Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design: the evolution of human factors in healthcare. *Healthc Q.* 2012;15 Spec No:24–9.
 - 43 Health and Quality Council Alberta. Why educators and student role models are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-health-profession-educators/>. 2024.

- 44 Nævestad TO. Evaluating a safety culture campaign: Some lessons from a Norwegian case. *Saf Sci*. 2010;48:651–9.
- 45 Parker D. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Acute. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030124256/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>. 2006.
- 46 van Baarle E, Hartman L, Rooijackers S, *et al*. Fostering a just culture in healthcare organizations: experiences in practice. *BMC Health Serv Res*. 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08418-z
- 47 Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage.Rev*. 2009;34:312–22.
- 48 Health Quality Council of Alberta. Why senior leaders are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-senior-leaders/>. 2024.
- 49 Mersey Care NHS. Just and learning culture central to improving care Mersey Care NHS Foundation Trust. <http://citou.com/wp/wp-content/uploads/2021/09/Merseycarejustculture.pdf>. 2019.
- 50 Health Quality Council Alberta. Why managers are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-managers/>. 2024.
- 51 Karanikas N, Soltani P, de Boer RJ, *et al*. Safety culture development: The gap between industry guidelines and literature, and the differences amongst industry sectors. *Advances in Intelligent Systems and Computing*. Springer Verlag 2016:53–63. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41929-9_7
- 52 Groeneweg J, Ter Mors E, Van Leeuwen E, *et al*. The long and winding road to a just culture. *Society of Petroleum Engineers - SPE International Conference and Exhibition on Health, Safety, Security, Environment, and Social Responsibility 2018*. Society of Petroleum Engineers 2018. <https://doi.org/10.2118/190594-ms>
- 53 Fencil JL, Willoughby C, Jackson K. Just Culture: The Foundation of Staff Safety in the Perioperative Environment. *AORN J*. 2021;113:329–36.
- 54 David D. The Association Between Organizational Culture and the Ability to Benefit from Just Culture Training. *J Patient Safety*. 2019;15:2–7.
- 55 Marx D. Patient Safety and the Just Culture. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46:239–45.
- 56 Paradiso L; Sweeney N. Just Culture more than policy. *Nurs Manage*. 2019;39–45.
- 57 Edwards MT. An Assessment of the Impact of Just Culture on Quality and Safety in US Hospitals. *American Journal of Medical Quality*. 2018;33.
- 58 Rogers E, Griffin E, Carnie W, *et al*. A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hosp Pharm*. 2017;52:308–15.
- 59 Freemann M, Morrow L, Cameron M, *et al*. Implementing a Just Culture: Perceptions of Nurse Managers of Required Knowledge, Skills and Attitudes. *Nurs Leadersh*. 2016;29:35–45.
- 60 American Society of Health-System Pharmacists. Just Culture Toolkit. http://12.53.28.72/-/media/assets/pharmacy-practice/resource-centers/patient-safety/Just-Culture-Toolkit_-Final.pdf. 2021.
- 61 Alberta Health Services. Just Culture Guiding Principles. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/ps/if-hp-ps-ahs-just-culture-principles.pdf>.
- 62 Shabel W, Dennis J. Missouri's Just Culture collaborative. *J Healthy Risk Manag*. 2012;32:38–43.
- 63 Miller R, Griffith S, Vogelsmeier A. A statewide approach to a Just Culture for patient safety: The Missouri Story. *J Nurs Regul*. 2010;1:52–7.
- 64 Barkell NP, Stockton Snyder S. Just Culture in healthcare: An integrative review. *Nurs Forum*. 2021;56:103–11.
- 65 Cunningham L. A Tool Kit for Improving Communication in Your Healthcare Organization. *Front Health Serv Manage*. 2019;36:3–13.
- 66 van Marum S, Verhoeven D, de Rooy D. The Barriers and Enhancers to Trust in a Just Culture in Hospital Settings: A Systematic Review. *J Patient Safety*. 2022;18:1067–75.
- 67 Pidgeon N, O'leary M. Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. *Saf Sci*. 2000;34:15–30.
- 68 Reason J. Managing the Risk of Organisational Accidents. London: Ashgate 1997.

- 69 Turner K, Stapelberg NJC, Svetlicic J, *et al.* Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2020;54:571–81. <https://doi.org/10.1177/0004867420918659>
- 70 Carayon P, Wooldridge A, Hoonakker P, *et al.* SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Appl Ergon.* 2020;84:103033.
- 71 Carayon P, Hundt S, Karsh B-T, *et al.* Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:50–8.
- 72 Holden RJ, Professor A, Carayon P, *et al.* SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients NIH Public Access. *Ergonomics.* 2013;56. doi: 10.1080/00140139.2013.838643
- 73 Machen S. Thematic reviews of patient safety incidents as a tool for systems thinking: a quality improvement report Quality improvement report. *BMJ Open Qual.* 2023;12:2020.
- 74 Wallace LM, Spurgeon P, Benn J, *et al.* Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - Lessons from English and Welsh trusts. *Health Serv Manage Res.* 2009;22:129–35.
- 75 Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, *et al.* Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30:124–31.
- 76 Trbovich P, Shojania KG. Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:350–3.
- 77 Page A. Making Just Culture a Reality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/making-just-culture-reality-one-organizations-approach>. 2007.
- 78 Safer Healthcare Biosafety Network. Patient And Healthcare Worker Safety-Two Sides Of The Same Coin. <https://shbn.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/Safety-for-All-White-Paper-FINAL.pdf>. 2021.