

Mesure du climat de sécurité auprès du corps soignant du CHU Mohammed VI d'Oujda

Measurement of the security climate with the nursing staff in the Mohammed VI University Hospital

Abdelouahed BERRICHI, (Enseignant-chercheur)

*Laboratoire Universitaire de Recherches en Instrumentation et Gestion des
Organisations*

*Faculté des sciences juridiques économiques et sociales d'Oujda
Université Mohammed Premier, Maroc*

Kamilia CHAMA, (Doctorante)

*Laboratoire Universitaire de Recherches en Instrumentation et Gestion des
Organisations*

*Faculté des sciences juridiques économiques et sociales d'Oujda
Université Mohammed Premier, Maroc*

Adresse de correspondance :	Laboratoire LURIGOR Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Oujda Université Mohammed Premier Oujda, Maroc. Complexe universitaire-Hay Al Qods B.P : 724-60000, Oujda- Morocco Tél : (+212) 5-36-50-05-97 Fax : (+212) 5-36-50-06-00
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	BERRICHI, A., & CHAMA, K. (2023). Mesure du climat de sécurité auprès du corps soignant du CHU Mohammed VI d'Oujda. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(1-2), 421-441. https://doi.org/10.5281/zenodo.7635736
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: January 05, 2023

Published online: February 13, 2023

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 4, Issue 1-2 (2023)

www.ijafame.org

Mesure du climat de sécurité auprès du corps soignant du CHU Mohammed VI d'Oujda

Résumé

Les systèmes aujourd'hui, et plus que jamais génèrent des situations de travail « en tension », dont la complexité, les imprévus et les urgences coexistent (De Bovis & Baret et al, 2011). L'organisation hospitalière du fait de sa spécificité, occasionnée par la combinaison de deux caractéristiques : celles de la complexité et de l'interactionnisme, rejoint à ce titre la nécessité de s'organiser et se gérer comme une organisation à haute fiabilité (OHF). D'emblée, la fiabilisation du modèle de sécurité hospitalier est une préoccupation majeure impliquant différents niveaux dans l'organisation, plusieurs acteurs, fonctions, métiers et processus.

Dans l'objectif d'évaluer le modèle de sécurité régnant dans le Centre hospitalo-universitaire Mohammed VI d'Oujda et par voie de conséquence passer au questionnement sur comment le fiabiliser, cette étude vise à mesurer le climat de sécurité auprès du corps soignant dans ledit établissement, et ce, afin d'étudier comment le personnel soignant perçoit les efforts déployés par leur direction en termes de sécurité et de gestion des risques. En s'appuyant sur un outil d'ordre quantitatif par le biais du questionnaire « Hospital Survey On Patient Safety Culture », administré auprès de 389 soignants, toutes spécialités confondues, il sera question de déterminer le score des dix dimensions définissant le climat de sécurité et chemin faisant évaluer le niveau total du climat de sécurité régnant au niveau du CHU Mohammed VI-Oujda. Le niveau global du climat de sécurité y était jugé peu favorable et l'ensemble des dimensions y étaient jugées peu développées à l'exception d'une seule : celle du « soutien du management pour la sécurité » a été jugée non développée.

Mots-clés: Culture de sécurité; Climat de sécurité, HSOPSC; Corps soignant; CHU.

Classification JEL: J28

Type de article: Recherche appliquée

Abstract

Systems today, and more than ever before, create "tense" work situations, where complexity, contingencies and emergencies coexist (De Bovis & Baret, 2011). The hospital organization because of its specificity, caused by the combination of two characteristics : those of complexity and interactivism, joins in this respect the need to organize and manage oneself as a highly reliable organization (OHF). From the outset, the reliability of the hospital safety model is a major concern involving different levels in the organization, several actors, functions, businesses and processes. With the aim of evaluating the security model prevailing in the Mohammed VI University Hospital Centre in Oujda and consequently moving on to the question of how to make it reliable, The purpose of this study is to measure the safety climate of the nursing staff in the institution, in order to study how the nursing staff perceive the efforts made by their management in terms of safety and risk management.

Using a quantitative tool through the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture", administered to 389 caregivers, all specialties, it will be determined the score of the ten dimensions defining the safety climate and the way to assess the total level of safety climate prevailing at the CHU Mohammed VI-Oujda. The overall level of the safety climate was judged to be unfavorable and all the dimensions were judged to be underdeveloped, with the exception of one, "management support for safety", which was judged not to be developed.

Keywords: Safety culture; safety climate; HSOPSC; nursing staff; CHU.

JEL classification: J28

Paper type: Empirical research

1. Introduction

La fiabilisation du modèle de sécurité hospitalier est une préoccupation majeure qui implique différents échelons des organisations, plusieurs acteurs, fonctions, métiers et processus dans un système qualifié par Charles Perrow de « hautement risqué » (Pucci & Nion, 2016). Ce système génère des situations de travail « en tension » dont la complexité, les imprévus et les urgences coexistent (De Bovis & Baret et al, 2011). L'organisation hospitalière, du fait de sa spécificité, occasionnée par la combinaison de ces deux caractéristiques : la complexité et l'interactionnisme, rejoint à ce titre la nécessité de s'organiser et se gérer comme une organisation à haute fiabilité (OHF).

En effet, de nombreuses recherches¹ ont constaté que les membres des OHF disposent d'une grande capacité à s'auto-organiser en fonction des situations, à revisiter les routines pour s'adapter en permanence aux changements de leur environnement et à exploiter les erreurs commises pour capitaliser sur les difficultés et développer une démarche d'apprentissage. Si ces OHF développent une véritable culture de risques, leur permettant d'entretenir une capacité de gestion préventive des crises, qu'est-il des hôpitaux ? Aujourd'hui, ces hôpitaux, sont-ils capables de préserver un niveau haut de fiabilité en dépit de la complexité et du couplage indissociables du système ?

Cette question a été et restera toujours la préoccupation permanente d'un hôpital. Elle juge la recherche de la sécurité comme indispensable et la mise en place d'un dispositif, permettant d'assurer la continuité des soins et développer les bonnes règles et les bonnes pratiques, comme allant de soi. Aussi au Maroc, la santé et la sécurité des systèmes représentent-elles un grand souci pour l'autorité gouvernementale chargée du travail. Des dispositions du code du travail relatives à l'hygiène, la sécurité et la santé au travail (SST) avec des textes relatifs à la SST établis par l'autorité gouvernementale chargée de la santé, et bien d'autres axes importants, ont engendré le « Profil national pour la sécurité et la santé au travail » (CGEM, 2017). La raison de son élaboration est double : C'est un document diagnostic qui résume la situation nationale en termes de la SST et vise une sorte d'harmonisation de la législation et de la pratique nationales aux normes internationales. Rappelons enfin au passage que le chapitre VI du règlement intérieur des hôpitaux promulgué le 17 Mars

¹ Voir les recherches menées par Karlene H. Roberts et Charles Perrow. Ces deux auteurs ont développé les travaux fondateurs du mouvement des OHF en étudiant des organisations évoluant dans des contextes à haut risque, comme par exemple les équipes d'un pont d'envol de porte-avions ou les équipes de permanence des centrales nucléaires. Pour une lecture approfondie, voir Roberts, K. H. (1980), *Issues in aggregation*, New York, Jossey-Bass Inc. et Charles Perrow, C. (1984), *Normal accidents : living with high-risk technologies*, New York, Basic Books.

2011 est dédié à la sécurité dans les hôpitaux Marocains ; il s'intitule « Sécurité, Hygiène et Gestion des risques ».

Au-delà de cet intérêt accordé par l'Etat et ses différentes parties prenantes à la sécurité dans les hôpitaux Marocains, l'hôpital public demeure nonobstant un contexte jugé peu favorable. La complexité des systèmes de santé, le nombre de demandes de réparation des accidents médicaux toujours en accroissement, les médias alarmants l'opinion publique et supportant moins l'hôpital, etc., sont autant de facteurs qui nourrissent cet aspect peu favorable du contexte des hôpitaux du Royaume (DHSA, 2016).

Aussi le questionnement sur la fiabilisation des organisations, et plus précisément des hôpitaux, se pose-t-il avec acuité au Maroc. Et c'est pour cette raison que le présent article s'est focalisé sur la question de savoir comment fiabiliser le système, en l'occurrence au niveau du Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI-Oujda, afin qu'il puisse gérer et anticiper les risques ? Pour ce faire, il nous semble pertinent d'effectuer un diagnostic et déterminer *in fine* le niveau total de l'une des principales composantes de la sécurité. L'approche quantitative de calcul des scores des dimensions ou composantes du climat de sécurité dans le CHU Mohammed VI-Oujda sera à ce titre mobilisée, dont l'enjeu principal est de situer le niveau du climat de sécurité qui règne au sein de l'organisation.

Étant donné que l'on ne peut gérer et développer pratiquement que ce que l'on sait mesurer, le développement d'une culture de sécurité favorable à l'hôpital passe à cet égard inéluctablement par une évaluation sur le terrain de trois piliers : le climat de sécurité (ce que les individus ressentent), les comportements (ce que les individus font) ainsi que l'organisation (ce que l'organisation a) (Cooper, 2000). Tout l'enjeu réside ici alors dans l'évaluation du climat de sécurité (la première composante à évaluer du modèle de sécurité global, et dont le présent article fait l'objet) au regard de l'expérience du corps soignant du centre hospitalo-universitaire Mohammed VI - Oujda. Pour y arriver, la présente étude sera structurée comme suit. Dans un premier temps, le cadrage théorique lié à au climat de sécurité sera balisé et l'importance de son évaluation sera dégagée. Dans un second temps, il sera question d'explicitier la démarche méthodologique adoptée dans ce sens. Dans un troisième temps, les résultats issus de l'enquête seront présentés et discutés.

2. Climat de sécurité hospitalier : cadrage théorique

La notion du climat de sécurité, un concept distinct, est toujours reliée à la notion de sécurité : « *culture et climat de sécurité sont deux termes distincts, mais reliés* » nous précisent-ils Mearns et Flin (1999 ; cité par Baril & Dionne et al, 2012 p. 5). Rappelons ici que le concept de la culture de sécurité est un concept qui n'est pas anodin. Il est apparu en 1986 dans la foulée de la

catastrophe nucléaire de Tchernobyl, un événement qui a regagné toute l'attention de l'opinion publique suite aux récents événements de Fukushima au Japon. Progressivement, ce concept se réduit dans un premier temps à la sécurité des processus et à la prévention des catastrophes, s'est peu à peu étendu au domaine de la sécurité au travail. C'est sous cet angle que la culture de santé et sécurité au travail est assimilée à un sous-ensemble de la culture organisationnelle ainsi que son aspect focalisé (Nascimento, 2009 ; Baril & Dionne et al, 2012).

Depuis la fin des années 1980, ce concept a fait l'objet d'une multitude de recherches. Cependant, il demeure aux yeux de Fucks (2012) comme un « modèle énigme » et ce, dans le sens où aucune définition consensuelle n'existe par rapport à cette notion. La résolution de ce modèle « énigme » nécessite le recours à des approches sous-jacentes qui tendent à la concevoir sous l'angle de l'approche fonctionnaliste ou sous l'angle de l'approche culturaliste (Nascimento, 2009). Dans la première approche, la culture de sécurité est considérée comme une variable parmi d'autres ; de facto, elle s'intéresse à l'étude du mode de fonctionnement des organisations. Dans la seconde, elle est analysée comme un objet en soi, retenue comme une grille de lecture permettant de décrire l'organisation (Nascimento, 2009, p. 3593 - 3594).

Dans le même ordre d'idées, l'une des approches sous-jacentes explicitant la culture de sécurité organisationnelle est l'approche « *Culture de sécurité/Climat de sécurité* ». D'ailleurs, un nombre important de recherches a été publié surtout pour lever les confusions et les amalgames existant entre les deux concepts (Occelli & Quenon et al, 2007 ; Baril & Dionne et al, 2012 ; Kenmogne, 2016 ; Groupe de travail « culture de sécurité », 2017 ; Occelli, 2018). L'assimilation du concept « culture de sécurité » avec celui du « climat de sécurité » permettrait de démontrer à quel point ils composent des variables « gigognes » qui s'emboîtent, et ce, dans la mesure où le climat de sécurité découle de la culture de sécurité et cette dernière s'exprime et se manifeste à travers le climat de sécurité. La question qu'on peut émettre à ce niveau : Comment l'emboîtement Culture de sécurité/ Climat de sécurité pourrait-il faciliter l'évaluation de la culture de sécurité organisationnelle ?

L'analogie illustrée par Edgar Schein, entre la culture et la personnalité, permet d'explicitier à cet effet pertinemment le rôle occupé par la culture dans la sécurité. D'ailleurs, au moment où la personnalité de l'individu impacte son comportement et ses attitudes, la culture comme force sous-jacente, influence le comportement organisationnel en termes de sécurité (Groupe de travail « culture de sécurité », 2017 ; Occelli, 2018). Par ailleurs, le climat de sécurité à l'aune de la culture de sécurité organisationnelle fonctionne de la même façon que « l'humeur » de l'individu. Par analogie, le climat de sécurité est l'humeur

de l'organisation. Quand il n'est plus stable, l'humeur de l'organisation change très rapidement en fonction du risque interne (une difficulté) et/ou du risque externe (une complexité). Néanmoins, il est influencé par les présupposés de base de la culture (Groupe de travail « culture de sécurité », 2017).

Dès lors, la distinction entre les deux concepts est nécessaire, et ce, en regard de la sélection des méthodes d'évaluation de la culture de sécurité organisationnelle. « Selon certains auteurs, la mesure de la culture et du climat ne repose pas sur la même approche : l'approche quantitative mesure le climat organisationnel, alors que l'approche qualitative mesure la culture organisationnelle » (Occelli & Quenon et al, 2007 p. 209). Ces propos sont argumentés par le fait que « la culture en tant que concept est une abstraction, mais ses conséquences en matière de comportements sont très concrètes » (Occelli, 2018 p.12). En tant que VARIABLE, le climat est évalué quantitativement, il est mesurable. Tandis que la culture comme METAPHORE est appréhendée dans des démarches qualitatives (Delobbe & Vandenberghe, 2004). En somme, chacune des dimensions de cette dialectique est un sous-ensemble de « la culture de sécurité organisationnelle » et *epso facto*, sont déterminantes quant à son évaluation.

Dans un autre registre, suite à la publication en 1999 du rapport de l'IOM (Nascimento & Falzon, 2014), la culture de sécurité marque son arrivée en milieu médical au début des années 2000. Dans le domaine médical, elle sert aux yeux de Nascimento (2009) à la fois comme un objet de diagnostic par rapport à la sécurité des pratiques hospitalières et comme un élément important de développement de la sécurité des patients. Partant du postulat de l'existence d'un manque de culture de sécurité dans le milieu médical au sens de Nascimento et Falzon (2014), les recherches se sont focalisées dès lors sur « le sens d'outiller le diagnostic de la culture de sécurité » (Nascimento & Falzon, 2014 p. 328). L'objectif est de diagnostiquer l'état du modèle de sécurité régnant dans une structure hospitalière en se basant sur les perceptions partagées du personnel soignant concernant la sécurité et leur environnement de travail et in extenso concernant les efforts déployés par leur direction quant à l'amélioration de la sécurité. L'évaluation du climat de sécurité peut être vue in fine comme une photographie instantanée de la culture de la sécurité qui prévaut dans un hôpital.

3. Climat de sécurité hospitalier : démarche méthodologique et échantillonnage

La définition de l'objectif et la délimitation du cadre méthodologique permettent une investigation en profondeur et un questionnement sur les aspects que nous souhaitons interroger. Il faut donc convenir qu'en considérant

cette étape que la démarche d'échantillonnage et les premières caractéristiques de la population ciblée gagnent en termes de cohérence et de pertinence.

3.1. Démarche méthodologique

Basée sur une approche quantitative, notre étude vise à mesurer le climat de sécurité auprès du corps soignant composé de 389 individus affectés au Centre Hospitalo-Universitaire d'Oujda. Pour recenser leurs perceptions concernant la sécurité et leur environnement de travail, l'approche quantitative privilégie le questionnaire dont la structure se réfère des travaux d'Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC). Ainsi, pour évaluer la culture de sécurité en santé, « *l'approche quantitative par le biais du questionnaire individuel et auto-administré du climat de sécurité, est privilégié et ce, du fait de leur faisabilité, avec la possibilité d'obtenir rapidement des données sur un grand nombre de personnes* » (Occelli, 2018 p. 30). L'analyse quantitative des réponses du questionnaire auprès de ce grand nombre d'individus permet dans notre cas de dresser un état des lieux sur le climat de sécurité perçu par le corps soignant. La compilation de l'ensemble de ces réponses vise à dresser un aperçu global du climat de sécurité au sein de CHU d'Oujda à l'instant T et livrer des actions à mener pour l'améliorer.

Les approches qui permettent la mesure du climat de sécurité se regroupent en deux catégories : les approches par dimension et celles par typologie. La première classe rassemble 13 outils, principalement américains. Parmi lesquels, le HSOPSC ainsi que le SAQ. La deuxième est représentée par le MaPSAF. Ces trois outils, les plus recommandés par l'Européen Union Network for Patient Safety (Occelli, 2018), sont les plus utilisés² vu leur faisabilité et leur degré de validité (Haute autorité de santé, 2011 ; Nascimento, 2009 ; Occelli, 2018).

En écho à ces deux approches, le choix du questionnaire s'est porté *in fine* sur le HSOPSC et ce, dans le sens où il permet d'explorer l'ensemble des perceptions du corps soignant dans des unités de soins relevant d'un établissement, comme il peut le faire dans la totalité des unités de soins (Haute autorité de santé, 2011). Cet outil répond parfaitement à notre objectif, celui d'explorer les perceptions du corps soignant au niveau des différentes

² *Après des chercheurs dans le domaine médical, le choix se porte sur l'approche par dimensions plus que celle de MaPSAF, typologique. Les dimensions reflètent des éléments organisationnels importants quant à la sécurité, par exemple : la relation dans un même service entre personnel ou entre différents services, la relation avec les supérieurs hiérarchiques dans le même service ainsi qu'avec ceux de la ligne managériale, la relation soignant-soigné. Par conséquent, elles permettent de repérer les insuffisances par rapport à chaque élément dans le « système ».*

unités de soins du CHU Mohammed VI d'Oujda dont l'échantillon s'élève à 389 personnes.

Le HSOPSC comporte dix dimensions, et chaque dimension est composée par un ensemble d'items dont le nombre est égal 48. Afin de calculer le score total par rapport à chaque dimension, la somme de toutes les réponses positives de chaque item, correspondant aux fragments « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord », sera réalisée. Les réponses relatives aux fragments « Plutôt pas d'accord » et « Pas d'accord du tout » sont jugées négatives. Les proportions de réponses positives et de réponses négatives pour chaque item étaient calculées selon la formulation positive ou négative de l'item. Une échelle à quatre niveaux a ainsi été mobilisée pour explorer la perception du climat de sécurité chez les professionnels. L'approbation du comité d'éthique a été obtenue et l'anonymat a été garanti lors de la collecte des données et de l'analyse statistique.

Pour réussir cette phase d'analyse, nous avons jugé opportun d'étaler la période de collecte des données sur trois mois : du 23 septembre au 15 décembre de l'année 2021 et d'étendre et planifier la saisie et le traitement des données collectées, en utilisant le logiciel SPSS Statistics Version 25, sur quatre mois, à compter du mois de janvier 2022.

3.2. Echantillonnage et caractéristiques de la population cible

Pour les besoins de l'étude, le Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI d'Oujda a été choisi comme terrain d'exploration. L'étude a été menée dans quatre établissements hospitaliers faisant partie du CHU (cf. Tableau 1) : l'hôpital des spécialités (HS) enregistre un taux de participation au questionnaire égal à 57,9% ; l'hôpital mère-enfant (HME) enregistre un taux de 18,7% ; le Centre d'Oncologie Hassan II (CO Hassan II) un taux de 14,5% et l'hôpital de la santé mentale et des maladies psychiatriques (HSMMP) un taux de 8,6%. Au niveau de chaque établissement, différents services hospitaliers ont été ciblés, à savoir les unités médicales, médicotechniques, d'urgences et de réanimation. (Cf. Tableau 2).

Tableau 1 : Fréquences réparties entre les établissements hospitaliers

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Hôpital des spécialités	208	57,9	58,1	58,1
	Hôpital Mère-enfant	67	18,7	18,7	76,8
	Centre d'oncologie Hassan II	52	14,5	14,5	91,3
	Hôpital de la santé mentale et des maladies psychiatriques	31	8,6	8,7	100,0
	Total	358	99,7	100,0	
Manquant	Système	1	,3		
Total		359	100,0		

Source : Données issues de l'enquête, sortie SPSS

Tableau 2 : Répartition des établissements hospitaliers par service

HS	HME	COHassan II	HSMMP
-Laboratoire / Pneumologie / Urologie -Chirurgie Viscérale / Hépatogastro Entérologie -Endocrino Diabétologie -Chirurgie thoracique -Chirurgie Cardio-Vasculaire/ Cardiologie -Unité des soins intensifs de cardiologie -Réanimation polyvalente A -Pharmacie centrale -Service des brûlés et de la chirurgie réparatrice -Rééducation fonctionnelle -Exploration fonctionnelle -Radiologie centrale -Ophtalmologie -ORL -Neurologie-Neurochirurgie -Chirurgie vasculaire -Rhumatologie -Médecine interne -Radiologie des urgences spécialités -Traumatologie-Orthopédie A -Urgence Déchocage -Dermatologie.	-Radiologie Mère-Enfant -Hospitalisation de la chirurgie pédiatrique A et B. - Gynécologie-Obstétrique -Réanimation mère -Réanimation enfant -Réanimation néonatale -Urgences enfant.	-Réanimation -Oncologie-Médicale -Radiothérapie -Hospitalisation -Chimiothérapie -Pharmacie -Service des soins Palliatifs.	-Clinique ouverte Femme -Service Femme A (Hosp + Urg) -Service médico-légale -Ergothérapie -Service Homme B -Service urgences Homme -Clinique ouverte Homme.

Source : Données issues de l'enquête.

Le terrain d'étude cible s'avère aussi pertinent pour administrer le questionnaire à un maximum de personnes. En effet, le Centre Hospitalo-universitaire Mohammed VI d'Oujda dispose d'une base assez diversifiée de ressources humaines dont le corps soignant ciblé par notre questionnaire. Le

total de cette base, d'après le service chargé des ressources humaines à la direction générale, est de 1477 personnel soignant (selon la dernière base actualisée du 12 mars 2021). Cet effectif est réparti entre les quatre établissements hospitaliers susmentionnés, incluant toutes les spécialités : Professeurs assistants, médecins, infirmiers, techniciens de santé, pharmaciens et assistants médicaux. Partant de ce dénominateur, la méthode quantitative a été optée auprès de 359 personnes, par le biais d'un questionnaire, dont 30 observations expédiées sont soit inexploitables soit non réexpédiées par les enquêtés. L'échantillon³ initialement constitué est de 389 et le taux de participation enregistré s'élève à 92%. Le tableau N° 3 résume à ce titre les différents profils ayant participé au remplissage du questionnaire.

Tableau 3 : Répartition de notre échantillon par profil

			Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Médecin		156	43,5	43,5	43,5
	Pharmacien		1	,3	,3	43,7
	Infirmier		161	44,8	44,8	88,6
	Technicien de santé		26	7,2	7,2	95,8
	Sage-femme		3	,8	,8	96,7
	Rééducateur		8	2,2	2,2	98,9
	Assistant médical		4	1,1	1,1	100,0
	Total		359	100,0	100,0	

Source : Elaboré à partir des données de l'enquête, sortie SPSS.

L'échantillon retenu remplit d'autres caractéristiques, en particulier en termes de genre, d'âge, d'expérience professionnelle et d'information sur la culture de sécurité. Le tableau dans l'annexe en dresse le portrait.

En se basant sur les données du tableau (représentant les différentes caractéristiques de l'échantillon) en annexe, qu'observe-t-on ? Essentiellement

³ Nous avons calculé notre échantillon pour déterminer la valeur minimale, sachant qu'on n'a pas opté pour un échantillonnage probabiliste, du fait de la grande difficulté d'accéder à certaines catégories de personnel (personnel en congé administratif, en congé de maladie, refus de la part de certains de participer à l'étude, etc.). Ce calcul est effectué en fixant la marge d'erreur à 5%, l'intervalle de confiance à 95%, la taille de la population N à 1477, la proportion attendue d'une réponse de la population à $P=0,5$, la taille minimale à 305.

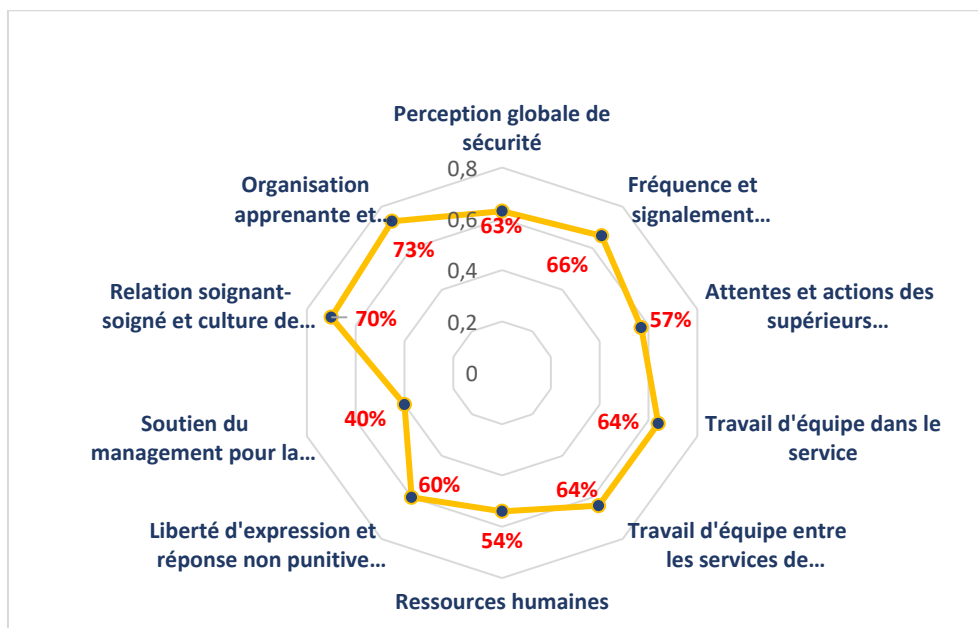
ceci : la participation des femmes au questionnaire enregistre un taux de 62.4% et celui des hommes un taux de 37,6% ; 93% des participants ayant une moyenne d'âge inférieure à 40 ans, ce qui explique pourquoi 89% déclarent avoir une expérience professionnelle inférieure à 10 ans ; quant à l'information sur la culture de sécurité, 67% déclarent être non informés contre 29,8% être informés.

4. Climat de sécurité hospitalier : résultats de l'enquête

L'analyse des réponses des 389 personnes qui composent le corps soignant vise à recenser leurs perceptions concernant la sécurité et leur environnement de travail. Situer le niveau de leurs perceptions par rapport aux efforts déployés par la direction du CHU d'Oujda, en termes de la sécurité et de gestion des risques sera évalué ici en termes de scores, tant pour les dix dimensions retenues ; ((Perception globale sécurité (D1), Fréquence et signalement des EI (D2), Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins (D3), Travail d'équipe dans le service (D4), Travail d'équipe entre les services de l'établissement (D5), Ressources humaines (D6), Liberté d'expression et réponse non punitive à l'erreur (D7), Soutien du management pour la sécurité des soins (D8), Relation soignant-soigné et culture de sécurité des soins (D9), Organisation apprenante et amélioration continue (D10)); que pour le niveau général du climat de sécurité. Pour les formuler, l'outil statistique SPSS Statistics version 25 a été mobilisé dans ce sens.

Sur la base des réponses positives relatives à chaque item (Cf. Tableau N°5), un score total par rapport à chaque dimension a été calculé. A l'issue de ce calcul, une représentation graphique sous forme d'un diagramme en radar ou du digramme de Kiviat a été élaborée (Cf. Figure N°1). L'objectif ici est d'établir une comparaison entre les dix dimensions composant le questionnaire HSOPSC. La comparaison se fait sur la base des scores totaux (en %), calculés pour chaque dimension. Comme conseillé par la littérature, la dimension est considérée développée si elle enregistre un score de 75 % ou plus ; non développée, si elle réalise un score inférieur ou égal à 50 %. Si le score se situe entre 50 % et 75 %, elle est jugée comme peu développée.

Figure 1 : Représentation des dix dimensions du climat de sécurité



Source : Elaborée par nos soins à partir des résultats de l'enquête

Tableau 4 : Répartition des réponses positives et négatives de chaque Item

Dimensions/Items	Réponses			
	+	%	-	%
Perception globale de sécurité				
1-Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	326	90,8	31	8,6
2-C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu d'erreurs graves dans le service jusqu'ici	170	47,4	182	50,7
3-Nous travaillons en mode de crise pour faire trop de choses trop rapidement	243	67,7	113	31,5
4-La sécurité des soins est négligée au profit d'un rendement plus important	172	47,9	184	51,3
5-Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue des erreurs	233	64,9	123	34,3
6-Un médecin compétent ne commet pas d'erreurs pouvant nuire au patient	164	45,7	189	52,6
7- Les erreurs médicales peuvent être évitées	270	75,2	87	24,2
Fréquence et signalement d'événements indésirables				
8-Vous vous sentirez obligé de signaler une erreur qui se produit et qui est corrigée avant d'affecter le patient à vos supérieurs	272	75,8	82	22,8
9-Vous vous sentirez obligé de signaler une erreur qui se produit, mais qui n'affecte pas potentiellement le patient à vos supérieurs	214	59,6	140	39,0
10-Vous vous sentirez obligé de signaler une erreur qui a eu des conséquences sur le patient à vos supérieurs	319	88,9	35	9,7
11- Lorsqu'un événement est signalé, c'est la personne qui devrait être pointée et non le problème	83	23,1	272	75,8
12-Les erreurs médicales sont plus fréquentes durant les soins hospitaliers plutôt qu'en ambulatoire	150	41,8	203	56,5
13-L'analyse des causes d'un événement indésirable est importante	313	87,2	43	12
14-L'analyse des événements indésirables implique tout le personnel	315	87,7	41	11,4
Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	266	74,1	88	24,5

15- Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il voit un travail réalisé dans les règles de sécurité	261	72,7	91	25,3
16-Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la qualité des soins	88	24,5	263	73,3
17-Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins				
Travail d'équipe dans le service	286	79,7	66	18,4
18-Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjugons nos efforts en équipe	296	82,5	58	16,2
19- Dans le service chacun considère les autres avec respect	181	50,4	170	47,4
20-Tout le personnel peut travailler au-delà des horaires de travail pour le bien du patient	149	41,5	201	56,0
21- D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes				
Travail d'équipe entre les services de l'établissement	221	61,6	132	36,8
22-Il y a une bonne coopération des services qui doivent travailler ensemble	182	50,7	169	47,1
23-D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors du transfert d'un patient d'un service vers un autre	286	79,7	64	17,8
24-Lors du transfert d'un patient vers un autre service, on fournit tous les résultats d'examen d'imagerie ou de biologie qui ont été pratiqués ici	228	63,5	123	34,3
25-Il est souvent déplaisant de travailler plus que les autres services	231	64,3	116	32,3
26- Ici on a l'impression de travailler plus que les autres services				
Ressources humaines	91	25,3	260	72,4
27- Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	297	82,7	57	15,9
28-Un nombre d'heures de travail trop important peut avoir des conséquences sur la sécurité des soins				
Liberté d'expression et réponse non punitive à l'erreur	276	76,9	77	21,4
29-Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui pourrait nuire aux patients	270	75,2	77	21,4
30-Dans les services, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	184	51,3	164	45,7
31-Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	134	37,3	217	60,4
32-Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas correct	221	61,6	128	35,7
33-Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	139	38,7	209	58,2
Soutien du management pour la sécurité des soins				
34-La direction de l'établissement offre un climat de travail qui améliore la sécurité des soins	151	42,1	194	54,0
35-Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une de ses premières priorités				
Relation soignant-soigné et culture de sécurité de soins	289	80,5	55	15,3
36- Les événements indésirables peuvent affecter le rapport de confiance entre médecin-patient	209	58,2	134	37,3
37-Le patient doit être informé de la faute dès qu'elle est commise	224	62,4	119	33,1
38-Le patient doit être informé des conséquences d'une faute commise même si elles sont minimales ou peu probables	305	85,0	43	12,0
39- Le patient a un rôle à jouer dans l'amélioration de la sécurité	228	63,5	121	33,7
40-Il existe toujours une part d'incertitude dans la démarche diagnostique et la prise en charge c'est ce qui augmente le risque d'erreur	210	58,5	131	36,5
41-L'amélioration de la sécurité engendre obligatoirement l'augmentation du coût des soins	287	79,9	62	17,3
42-Les pratiques de médecine traditionnelle peuvent constituer un obstacle à l'amélioration de la sécurité des soins				
Organisation apprenante et amélioration continue	273	76,0	70	19,5
43-Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	208	57,9	135	37,6
44-Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place au signalement d'un événement	226	63,0	119	33,1
45- Lors des réunions et staff périodiques, on évoque souvent la sécurité des soins et leurs impacts sur les patients	247	68,8	101	28,1

46- Dans notre service les erreurs ont conduit à des changements positifs ; mise en place de procédures	286	79,7	66	18,4
47-La standardisation des prises en charge ; protocole de soins, améliorent la sécurité des soins	322	89,7	31	8,6
48- un module concernant la sécurité des soins est obligatoire pendant le cursus universitaire				

Source : Elaboré à partir des résultats de l'enquête

Les résultats issus du diagramme dévoilent une variabilité et une disparité dans les valeurs des scores des différentes dimensions. Ainsi, la dimension « organisation apprenante et amélioration continue » réalise le score le plus élevé, soit 73 %, mais reste une dimension peu développée. La dimension « soutien du management pour la sécurité des soins » est la moins développée, elle enregistre un score plus bas égal à 40%. Les huit dimensions restantes enregistrent des scores qui oscillent entre 54% et 70% et elles sont classées comme peu développées.

5. Climat de sécurité hospitalier : discussion des résultats de l'enquête

La mobilisation d'une étude sur la culture de sécurité est une occasion pour le personnel soignant du CHU Mohammed VI de se confronter la notion de la culture de sécurité ainsi que celui du climat de sécurité. D'ailleurs, 30% est le taux de ceux qui sont informés par rapport à la notion, ce qui justifie que la notion est peu connue chez 70% du personnel. D'un autre côté, le taux de participation des professionnels à l'enquête, égal à 92%, dévoile la forte sensibilité du personnel à cette thématique et le fort intérêt qu'il accorde à la culture de sécurité en milieu hospitalier.

En tenant compte aussi des résultats enregistrés, on peut constater que neuf sur dix dimensions ont enregistré un score qui varie entre 50% et 75%, ce qui place le climat de sécurité perçut au sein du CHU Mohammed VI d'Oujda à un niveau jugé peu développé ou peu favorable. Ces scores corroborent les constats établis par Kohn, Corrigan & Donaldson (2000 ; cité par Nascimento et Falzon, 2014 p. 328) « *il y a un manque de culture de sécurité dans le milieu médical, notamment au niveau des professionnels de santé. En effet, ce secteur est cité comme ayant un besoin d'amélioration en termes de culture de sécurité en comparaison à d'autres secteurs à hauts risques* ».

Ces scores corroborent aussi les résultats de l'étude menée dans les établissements de santé français, entre 2007 et 2010, dans 38 unités de soins appartenant à 13 établissements de santé. Le climat de sécurité y était estimé globalement peu développé (Haute autorité de santé, 2011). Ces scores corroborent enfin les résultats de l'étude menée en Tunisie pour la mesure du climat de sécurité des soins dans les centres de soins primaires Tunisiens. Cette étude a révélé que les scores de la majorité des dimensions oscillent entre le

50% et le 75%. Elle en déduit que le niveau du climat est peu développé (Mallouli & Aouicha et al, 2017).

Toujours par rapports aux résultats de notre enquête, en somme, il est important de souligner que neuf dimensions ont été perçues relativement faibles et qu'une seule a été perçue comme fortement faible.

En effet, la dimension « organisation apprenante et amélioration continue » a enregistré le premier score avec un taux de perception de 73%. À ce titre, 76% du personnel soignant s'accordent sur l'importance de procéder à une évaluation des actions déjà mises en place afin d'améliorer la sécurité dans leurs services. 79,7% des professionnels interrogés ont jugé positif la standardisation des protocoles de soins et des prises en charge et 89,7% insistent sur l'importance d'intégrer un module dédié à la sécurité dans leur cursus universitaire aussi bien au niveau des facultés de médecine et de pharmacie qu'au niveau des instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé.

La deuxième dimension « relation soignant-soigné et culture de sécurité de soins » enregistre un taux de perception égal à 70%. Cette dimension rassemble sept items qui s'articulent presque tous sur la relation avec le patient. 85% des répondants sont d'accord quant à la place que devrait occuper le patient dans le processus de la sécurité et son amélioration. Une étude similaire réalisée en Tunisie au sein du CHU Farhat Hached de Sousse auprès des médecins avait enregistré presque le même taux, soit 69,7%. Ce double constat rejoint les conclusions d'une étude menée en France sur le rôle du « patient-acteur » dans la sécurité des soins : *« les crises sanitaires ont permis l'émergence d'une nouvelle figure : celle du patient-acteur. Cette figure s'accompagne d'une sémantique nouvelle sur le pouvoir des malades. Dans le domaine de la sécurité des soins, le patient occupe une place spécifique. En complémentarité des personnels de santé, il doit être une ressource pour l'amélioration de la sécurité des patients »* sans pour autant, que cette participation aille vers une sorte « d'empowerment » des patients (Mougeot & Robelet et al, 2018 p. 73). La troisième dimension relative à « la fréquence et signalement d'événements indésirables EI » a été jugée peu développée (66%). Ce taux se situe en-dessous de celui enregistré au sein du CHU Farhat Hached en Tunisie. La culture de signalement d'événements indésirables y était estimée très développée enregistrant un score de 84% (Bouafia & Mahjoub et al, 2014, p. 350).

Il découle de ceci que la fréquence et le signalement d'EI est une politique qui devrait être mobilisée et soutenue de la part de tous les supérieurs hiérarchiques en concédant au personnel une liberté d'expression et en introduisant la culture de « réponse non punitive à l'erreur » dans les pratiques de gestion. Ce volet s'avère indispensable surtout que la « liberté d'expression et réponse non punitive à l'erreur » accuse auprès des professionnels interrogés un score de

perception estimé à 60%, soit un taux inférieur à celui enregistré dans l'étude réalisée par Mahjoub & Bouafia et al (2016) et qui est égal à 75,80 %. Le taux de 75,8% véhicule l'idée selon laquelle que devant tout EI, c'est le problème qui est pointé et non la personne. Il participe nécessairement au développement de la culture de signalement d'événements indésirables.

Sur un autre registre, deux dimensions portant sur l'intra-service et interservices ont enregistré un taux de perception identique égal à 64. Il s'agit du « travail d'équipe dans le service » et du « travail d'équipe entre les services de l'établissement ». Concernant l'intra-service, 79,7% du corps soignant interrogé étaient d'accord qu'en situation de charge du travail, le personnel conjugue leurs efforts en équipe et chacun considère l'autre avec respect (82,5%). Concernant l'interservice, le score de 61,6% témoigne aussi d'une bonne coopération entre services. Par ailleurs, que ce soit en intra-service ou interservices, les enquêtés ont accordé à la « perception globale de sécurité » un score assez similaire égal à de 63%.

Toujours par rapport à la perception globale de sécurité, 90,8% des professionnels ont déclaré avoir mené des actions en termes de la sécurité dans leurs services et 75,2% ont estimé que les événements indésirables pourraient être évités. Cette estimation rejoint les résultats de l'étude menée en 2005 dans les hôpitaux universitaires et celle menée en 2009 dans les hôpitaux généraux, dévoilant que les EI sont évitables à 86% (Belkâab, 2016).

Interrogés sur les « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins », les professionnels ont jugé cette dimension peu développée, lui attribuant un taux de perception globale de 57%. Aussi 24,5% des répondants sont d'accords pour considérer que les problèmes récurrents de sécurité des soins sont négligés par leur supérieur hiérarchique contre 74,1% déclarant leur supérieur hiérarchique immédiats satisfaits quant à la réalisation d'un travail qui respecte les règles de sécurité.

Que peut-on en déduire ? Principalement qu'une culture axée sur l'expression, le signalement et la participation est constamment attribuable à l'encadrement quant à son soutien au développement de la qualité et de la sécurité des soins. À propos de ce rôle d'encadrement, le « soutien du management pour la sécurité » s'est classé presque toujours parmi les dimensions non développées (HAS, 2011 ; Bouafia & Mahjoub et al, 2014 ; Mahjoub & Bouafia et al, 2016). Au CHU d'Oujda, cette dimension l'est également. Les professionnels, toutes spécialités confondues, lui ont attribué un score de 40%. Ce faible score pointe du doigt sur la « défaillance de la ligne managériale » (Bouafia & Mahjoub et al. 2014), dont la récurrence est susceptible de générer des « erreurs latentes » (Reason, 2013) qui se répandent en mode silencieux et, si elles n'étaient pas détectées et traitées à temps, pourraient avoir des répercussions très graves sur le système.

Si les ressources humaines sont doublement impliquées dans cette dynamique de gestion de la sécurité, il n'est sans surprise de constater que la dimension « ressources humaines » a enregistré un score parmi les plus bas, égal à 54%. Ce taux est presque équivalent avec les 55,2% dénombrés auprès des médecins Tunisiens. Il l'est aussi avec les résultats des études menées entre l'année 2007 et 2010 en France révélant que la dimension des ressources humaines est parmi les plus faiblement perçus par les professionnels (HAS, 2011 ; Bouafia & Mahjoub et al, 2014). Sans aucun doute, la pénurie des ressources humaines et la charge du travail qui en résulte, notamment lors de la « propagation spectaculaire de Covid-19 » (Berrichi & Azarkan, 2021), fragilisent les perceptions et amènent l'hôpital à fonctionner selon un « modèle de sécurité étriqué » (Berrichi & Chama, 2021).

6. Conclusion

La présente étude a permis d'évaluer la perception du climat de sécurité par le corps soignant exerçant au sein du CHU Mohammed VI d'Oujda. Le niveau global du climat de sécurité y était jugé peu favorable et l'ensemble des dimensions y étaient jugées peu développées, à l'exception d'une seule, celle du « soutien du management pour la sécurité », qui a été jugée non développée. Cette dimension à score très bas, soit 40%, peut être considérée comme hautement critique et prioritaire pour le développement d'un « modèle de sécurité non étriqué » (Berrichi & Chama, 2021). Le retard qu'accuse cette dimension va de pair avec le niveau peu développé des « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins », estimé à 57%, avec le 1/4 des répondants qui considèrent que les problèmes de sécurité des soins récurrents sont négligés par leur supérieur hiérarchique et avec le niveau peu développé de « la fréquence et signalement d'événements indésirables EI » qui a enregistré 66%. Dans un univers hospitalier à risques, ce taux peu développé de fréquence et de signalement risque d'induire un faible taux de partage d'informations, alors que 75,2% ont jugé les événements indésirables comme évitables. Cela semble difficile, et ce, à cause de trois facteurs critiques : le faible soutien de la hiérarchie, la négligence des problèmes de sécurité des soins répétitifs par l'encadrement et l'insuffisance des ressources humaines.

Au terme de cette analyse, la préoccupation centrale du CHU Mohammed VI d'Oujda devient celle du développement de la sécurité. Ce développement ne va pas se faire du côté des protocoles et des procédures, parce qu'ils existent déjà, mais du côté de la dynamique humaine de l'organisation ou des unités de soins. En effet, plus on demande aux professionnels d'être participatifs et de fonctionner en concert avec l'encadrement et l'équipe pour mieux gérer la sécurité, plus la conception du rôle de l'encadrement et le clivage entre

exécutants et concepteurs se voient remis en question. C'est alors que résistent les anciennes cultures du travail et de l'organisation hiérarchique qui ne sont plus adaptées à un nouveau contexte, celui du problème de sécurité.

Au regard de ce qui précède, l'apport des résultats de notre enquête réside en ceci : défendre la portée des pratiques collectives de l'organisation dans la gestion et le développement de la sécurité, et cela ne peut se faire qu'avec un rôle actif de l'encadrement ou de la hiérarchie, considéré ici comme porteur d'un ensemble de repères et transmetteur de pratiques favorables au développement du climat de sécurité. Comprenons-nous bien : la dimension du soutien demeure déterminante pour améliorer le niveau perçu du climat social enregistré par les autres dimensions, comme par exemple l'organisation apprenante et l'amélioration continue.

Notre étude comporte certaines limites qui résident essentiellement dans le fait d'avoir des réponses parfois exagérées des interviewés, comme par exemple lorsqu'ils étaient 90,8% à déclarer avoir mené des actions en termes de la sécurité dans leurs services alors qu'ils étaient 67% à déclarer être non informés sur la culture de sécurité. Ces réponses s'expliquent selon Mallouli & Aouicha et al. (2017 p.688) « *par crainte de stigmatisation ou pour une raison de désirabilité sociale* » mais « ce biais de déclaration » selon les mêmes auteurs est relevé habituellement dans ce type d'étude. Une autre limite liée à la non-segmentation des scores par structure (l'hôpital des spécialités, l'hôpital mère-enfant, le Centre d'Oncologie et l'hôpital de la santé mentale et des maladies psychiatriques), par métier ou par d'autres caractéristiques (genre, âge, d'expérience professionnelle et information sur la culture de sécurité). Ce croisement nous sera utile pour discriminer l'échantillon et tirer des conclusions plus spécifiques.

Références

- (1). Baril, P., & Dionne, G., & Lajeunesse, M., & Paul-Fortin, M. (2012). Le développement d'une culture de santé et sécurité au travail. Dans le cadre du séminaire international, maîtrise en gestion de la formation. Université de Sherbrooke.
- (2). Belkâab, N. (2016). Notification des événements indésirables : levier d'amélioration. Colloque GERES en Afrique Francophone.Casablanca.
- (3). Berrichi, A., & Azarkan, Z. (2021). Business Continuity Plan facing COVID-19 : From necessity to Alterities. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, Volume 2, Issue 4, 597-617.

- (4). Berrichi, A., & Chama K. (2021). Gouverner l'imprévisible à l'ère de coronavirus : l'exigence d'une nouvelle approche de sécurité. *Revue CARESG*, 2021/N°8, pp.86-103.
- (5). Bouafia, N., & Mahjoub, M., & Cheikh, AB., & Ezzi, O., & Jalleb, NB., & Njah, M. (2014). Mesure de la culture sécurité des soins auprès des médecins dans un hôpital tunisien. *Sante Publique*, 2014/3 vol, 26, pp. 345-353.
- (6). Cooper, D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, pp.111-136.
- (7). De Bovis, C., & Baret, C., & Ientile-Yalenios, J. (2011). Les hôpitaux sont-ils des organisations à haute fiabilité ? Apports du concept de " HRO " à la GRH des personnels soignants. Congrès de la GRH " Vers un management des ressources humaines durable et bienveillant ? Marrakech, France. 16 p.
- (8). Delobbe, N., & Vandenberghe, C. (2004). La culture organisationnelle. Les dimensions humaines du travail, pp. 503-533.
- (9). Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires. (2016). Guide méthodologique : la gestion des risques hospitaliers dans les hôpitaux Marocains.
- (10). Fucks, I. (2012). L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique. *Le Travail Humain*, Tome 75, N°4/2012, pp.399-420.
- (11). Groupe de travail « Culture de sécurité ». (2017). La culture de sécurité : comprendre pour agir. *ICSI*, N°01, pp. 1-130.
- (12). Haute Autorité de Santé. (2011). La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique.
- (13). Kenmogne, M, K. (2016). Le pilotage de la culture de sécurité en contexte universitaire : analyse de l'interaction entre le système de gestion de la sécurité, le climat de sécurité et les comportements propices à la sécurité. Collection des thèses de doctorat.
- (14). La Confédération Générale des Entreprises du Maroc. (2017). Projet du profil national pour la sécurité et la santé au travail. Royaume du Maroc.
- (15). Mahjoub, M., & Bouafia, N., & Ben Cheikh, A., & Ezzi, O., & Njah, M. (2016). Culture de sécurité des patients par la réponse non punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants. *Santé Publique*, 2016/5 vol.28, pp. 641-646.
- (16). Mallouli, M., & Aouicha, W., & Tlili, MA., & Limam, M., & Ajmi, T., Mtiraoui, A., & Zedini, C. (2017). Culture de sécurité des soins dans les centres de soins primaires Tunisiens : une étude multicentrique. *Santé Publique*, 2017/5 vol. 29, pp.681-691.

- (17). Ministère de la santé. (2011). Le règlement intérieur des hôpitaux, Royaume du Maroc.
- (18). Mougeot, F., & Robelet, M., & Rambaud, C., & Occelli, P., & Buchet-Poyau, K., & Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient – acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé – publique. *Santé publique*, volume 30/N° 1, pp. 73-81.
- (19). Nascimento, A. (2009). Sécurité des patients et culture de sécurité : une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vol, 16 (N° 8), pp, 3591-3602.
- (20). Nascimento, A., & Falzon, P. (2014). Jugement différentiel d'acceptabilité et culture de sécurité en radiothérapie. *Le Travail Humain*. 2014/4 vol.77, pp. 325-349.
- (21). Occelli, P. (2018). Mesurer et améliorer le climat de sécurité des soins dans les établissements de santé français. *Santé*. Université de Lyon, Français.
- (22). Occelli, P., & Quenon, J-L., & Hubert, B., & Hoarau, H., & Pouchadon, M-L., & Amalberti, R., Auroy, Y., & Miche, P., & Salmi, R., & Sibé, M., & Parneix, P. (2007). La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. *Risques & Qualité*, Volume IV N° 4, pp. 207-212.
- (23). Pucci, F., & Nion, S. (2016). Culture de sécurité et gestion du risque dans une entreprise de production de lait uruguayenne. *Revue Interventions économiques* [En ligne], 54 | 2016, mis en ligne le 01 mars 2016, consulté le 15 juin 2019. URL : <http://journals.openedition.org/interventionséconomiques/2702> ; DOI : 10.4000/interventionseconomiques.2702.
- (24). Reason, J. (2013). L'erreur humaine. Edition originale : James Reason, *Human Error*, Cambridge University Press, 1990.

Annexe : Différentes caractéristiques de l'échantillon :

Genre		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Femme	224	62,4	62,4	62,4
	Homme	135	37,6	37,6	100,0
	Total	359	100,0	100,0	

Age		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Supérieur à 40 ans	14	3,9	4,0	4,0
	inférieur à 40 ans	332	92,5	96,0	100,0
	Total	346	96,4	100,0	
Manquant	Système	13	3,6		
Total		359	100,0		

Expérience professionnelle		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	supérieur à 10 ans	33	9,2	9,3	9,3
	inférieur à 10 ans	320	89,1	90,7	100,0
	Total	353	98,3	100,0	
Manquant	Système	6	1,7		
Total		359	100,0		

Information sur la culture de sécurité		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Informé	107	29,8	30,7	30,7
	Non informé	241	67,1	69,3	100,0
	Total	348	96,9	100,0	
Manquant	Système	11	3,1		
Total		359	100,0		