Cycle PLUS – Blueprint et Toolbox PLUS

Renforcement de la culture de sécurité dans les institutions de santé suisses

Vue d'ensemble des rôles, du déroulement et des outils

Table de matières

Le cycle PLUS : de quoi s'agit-il ? 2

Rôles 3

Déroulement 4

- Étape 1: Recueillir 4
- Étape 2: Prioriser 4
- Étape 3: Concevoir 5
- Étape 4: Décider et agir 6
- Mise en pratique entre les cycles 6

Toolbox PLUS | Partie 1: Instruments par dimension de la culture de sécurité 7

Toolbox PLUS | Partie 2: Instruments en détail 9

Annexe : Tableaux de correspondance du SOPS (Hospital Survey 1.0), du MaPSaF et du modèle de culture de sécurité PLUS avec la Toolbox 15

- Des dimensions du SOPS à la Toolbox 15
- Des dimensions du MaPSaF à la Toolbox 15
- Du modèle de culture de sécurité PLUS à la Toolbox 16

Équipe de recherche de l'étude PLUS

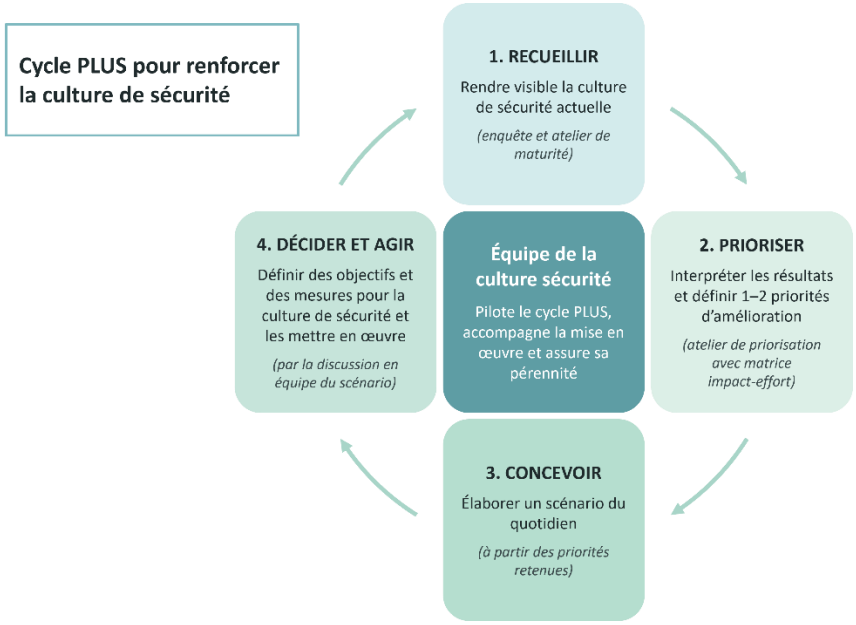
Amélioration de la culture de sécurité dans les organisations de santé suisses

Version 1.0 | septembre 2026

https://safetycultureplus.ch/fr/etude-plus/

Le cycle PLUS : de quoi s'agit-il ?

Le cycle PLUS est expérimenté dans le cadre de l'étude PLUS, une étude de faisabilité nationale dans les institutions de santé suisses. Il s'agit d'une approche collaborative qui permet aux services ou aux équipes de mieux comprendre leur culture de sécurité, d'interpréter ensemble les constats et de les traduire en mesures concrètes et pertinentes au niveau local. Pour ce faire, il combine une enquête auprès du personnel et un atelier sur le niveau de maturité, puis aboutit, à partir d'un scénario du quotidien, à des mesures portées par l'équipe. L'équipe locale de culture de sécurité pilote le cycle ; les expériences issues de la mise en œuvre alimentent le cycle suivant.



Rôles

Équipe locale de culture de sécurité : équipe constituée au niveau du service, qui met en œuvre et pilote activement le cycle PLUS au quotidien. Elle réunit des collaboratrices et collaborateurs des différents groupes professionnels représentés dans le service (p. ex. soins infirmiers, médecine, sages-femmes, professions médico-techniques et médico-thérapeutiques, autres fonctions spécialisées) et de différents niveaux hiérarchiques, et pas uniquement des cadres, afin que toutes les perspectives du terrain soient représentées. Dans la mesure du possible, des patient·e·s, des proches ou des pairs y participent. Une personne de coordination locale assure le lien avec le niveau institutionnel ainsi que la circulation de l'information.

Représentant·e·s institutionnel·le·s : représentantes et représentants du niveau organisationnel supérieur (hôpital, clinique ou institution, le cas échéant groupe hospitalier). Ils assument la responsabilité stratégique, mettent à disposition les ressources et prennent les décisions formelles. Il s'agit par exemple de membres de la direction générale, de la direction médicale ou de la direction des soins, de médecins cheffes et chefs de service ou de département et, selon l'institution, d'autres fonctions de direction. Chaque institution détermine elle-même la manière dont ils sont impliqués et les ateliers auxquels ils participent. Dans tous les cas, ils sont informés des résultats du SOPS et du MaPSaF, de la décision de priorisation, du scénario retenu et du plan de mise en œuvre. Une personne de coordination institutionnelle assure la circulation de l'information entre le niveau local et le niveau institutionnel et constitue l'interlocutrice principale de l'équipe PLUS. Selon l'organisation, il peut s'agir par exemple de la gestion de la qualité, de la gestion des risques, de la sécurité des patients ou d'une autre fonction qui assume ce rôle.

Autres fonctions spécialisées ou transversales : selon les besoins et la priorité retenue, elles sont impliquées au niveau local ou institutionnel (p. ex. hygiène hospitalière, pharmacie, formation, ressources humaines).

Collaboratrices et collaborateurs : l'ensemble du personnel du service ou de l'équipe, dont l'expérience du quotidien constitue le fondement du cycle PLUS. Par leur participation à l'enquête (étape 1), ils rendent visible où en est le service ou l'équipe. À l'étape 4, voire dès l'étape 3, ils contribuent activement à définir les objectifs et les mesures, que ce soit lors d'un atelier commun ou par l'intermédiaire de représentantes et représentants des différents groupes professionnels.

Patient·e·s, proches et pairs : personnes ayant une expérience vécue en tant que patient·e ou proche. Elles apportent une perspective que les professionnel·le·s ne peuvent pas couvrir seul·e·s : la manière dont la sécurité, la communication et la collaboration sont vécues par les personnes concernées. Dans la mesure du possible, elles participent à l'équipe locale de culture de sécurité et aux ateliers, en particulier à l'atelier sur le niveau de maturité (étape 1) ainsi qu'à la priorisation et à l'élaboration des mesures. La nature et l'étendue de leur participation sont définies conjointement ; les personnes impliquées sont préparées et accompagnées afin de pouvoir exprimer leur point de vue sur un pied d'égalité.

Équipe PLUS : équipe d'étude externe qui accompagne l'ensemble du cycle. Elle met à disposition les instruments et les documents, anime les ateliers, soutient l'équipe locale de culture de sécurité et l'organisation, et réalise l'évaluation finale.

Déroulement

Étape	Qui	Méthodes	Résultat (outcome)
Étape 1: Recueillir *«Où en sommes-nous ?»* **But :** *Rendre visible la culture de sécurité actuelle*	**A) Enquête** *Collaborateur·rice·s du service / de l'équipe* **B) Atelier de maturité** *Minimum : Équipe locale de culture de sécurité* *Optionnel : représentant·e·s institutionnel·le·s (selon l'institution) ; autres personnes concernées du service / de l'équipe / de l'organisation, si possible interdisciplinaires; participation directe des patient·e·s ou de leurs proches souhaitée* *Sans participation à l'atelier : évaluation individuelle* *Animé par l'équipe PLUS*	*A) Enquête auprès des collaborateur·rice·s des services/ équipes participants (AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture, version 1.0[1]) : Évaluation quantitative de la perception qu'ont les collaborateurs et collaboratrices de la culture de sécurité dans leur service/équipe et dans l'institution.* *B) Atelier sur le niveau de maturité à l'aide du Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) [2]: développé à la University of Manchester, cet outil décrit cinq niveaux de maturité de la culture de sécurité, du niveau A « dans le déni » (la sécurité n'est pas un sujet) au niveau E « génératif » (la sécurité fait partie intégrante de l'action). Lors de l'atelier, les participant·e·s évaluent où se situent leur équipe et leur organisation, échangent sur les différents points de vue, les forces et les faiblesses, et élaborent une vision cible pour une culture de sécurité plus mature.*	*Rapport sur les résultats de l'enquête (SOPS)* *Profil de maturité de la culture de sécurité (MaPSaF)*
Étape 2: Prioriser *«Sur quoi nous concentrons-nous ?»* **But :** *Parvenir à une compréhension partagée des résultats du SOPS et du MaPSaF et définir 1 à 2 priorités d'amélioration pertinentes et réalistes, au service de la sécurité des patients*	*Minimum : Équipe locale de culture de sécurité* *Accompagné par l'équipe PLUS*	*Atelier de priorisation participatif, en quatre phases :* 1. *Présentation des résultats du SOPS et du MaPSaF et échange pour en dégager une compréhension commune des forces et des points d'amélioration.* 2. *Chaque personne évalue d'abord individuellement chaque thème/dimension selon l'impact et l'effort, avant toute discussion collective, ce qui garantit que chaque voix soit entendue indépendamment du gradient hiérarchique.* 3. *Les évaluations sont regroupées dans une matrice impact/effort :* *– Impact : dans quelle mesure travailler sur ce thème/cette dimension renforcerait-il la culture de sécurité et contribuerait-il à la sécurité des patients ?* *– Effort : quelle serait la charge de travail nécessaire pour progresser sur ce thème/dimension ? (faisabilité, capacité de mise en œuvre, ressources)*	*1 à 2 priorités d'amélioration validées collectivement, tenant compte des résultats, du contexte, et des parties prenantes concernées*

[1] *C'est la version 1.0 du Hospital Survey on Patient Safety Culture qui est utilisée. Elle est établie dans les hôpitaux suisses, disponible en versions traduites et a été utilisée lors de l'enquête nationale coordonnée de 2023. Les résultats restent ainsi comparables aux données suisses existantes. L'AHRQ a publié en 2019 une version révisée 2.0.*

[2] *University of Manchester. (2006). Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Acute. https://www.ajustnhs.com/wp-content/uploads/2012/10/Manchester-Patient-Safety-Framework.pdf / Parker, D. (2009). Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00993.*

Étape	Qui	Méthodes	Résultat (outcome)
		 4. *Discussion collective des thèmes, en tenant compte du contexte organisationnel, des changements en cours et des perspectives des différentes parties prenantes, afin de retenir 1 à 2 priorités d'amélioration.*	
Étape 3: Concevoir *«Comment rendre cela concret ?»* **But :** *Concevoir un scénario du quotidien qui illustre la priorité d'amélioration retenue et rend visible sa propre culture de sécurité (p. ex. sous forme de vignette, de vidéo ou de jeu de rôle), avec des questions de réflexion. Esquisser également de premières pistes d'outils, à retravailler avec l'équipe, leur sélection définitive se faisant à l'étape 4.*	*Minimum : Équipe locale de culture de sécurité* *Optionnel : Participation de l'équipe de l'unité/du service* *Animé par l'équipe PLUS*	*Atelier de co-conception en quatre phases :* • **Recueillir des situations :** *Le groupe recueille des situations réelles et vécues en lien avec la priorité choisie (p. ex. « Quand est-ce que quelque chose n'a pas été dit chez nous ? »), en choisit une que beaucoup reconnaissent et l'anonymise.* • **Construire le scénario :** *La situation est décrite en cinq éléments – lieu et moment, personnes et groupes professionnels impliqués, élément déclencheur, moment critique, fin ouverte – puis mise en forme dans un format adapté (p. ex. vignette, vidéo, mini-simulation, jeu de rôle). Questions de vérification : tous les groupes professionnels s'y reconnaissent-ils ? Personne n'est-il mis en cause ? La situation est-elle quotidienne et permet-elle plusieurs points de vue ?* • **Formuler les questions de réflexion, en trois temps :** *– Que se passe-t-il ici ? (perception)* *– Pourquoi cela se passe-t-il ainsi chez nous ? (facteurs culturels)* *– Qu'est-ce qui serait différent avec une culture de sécurité plus mature, et de quoi aurions-nous besoin pour y parvenir ? (vision cible, lien avec le MaPSaF)* • **Préparer l'étape 4 :** *Identifier quelques outils potentiellement pertinents de la Toolbox PLUS à titre indicatif, sans présélection définitive, et préparer le matériel d'animation.*	*Dossier de préparation pour l'étape 4, comprenant :* • *un scénario du quotidien illustrant la priorité retenue, sous la forme choisie (p. ex. vignette, vidéo, mini-simulation, jeu de rôle)* • *des questions de réflexion* • *quelques pistes d'outils à explorer (Toolbox PLUS), à titre d'orientation* • *un guide d'animation*

Étape	Qui	Méthodes	Résultat (outcome)
Étape 4: Décider et agir *«Où voulons-nous aller, que faisons-nous concrètement ?»* **But :** *Définir des objectifs pour la culture de sécurité, ainsi que des mesures concrètes et leurs modalités de mise en œuvre.*	*Équipe locale de culture de sécurité (lead)* *Participation de l'équipe du service :* *Deux modalités sont possibles :* *(a) atelier commun avec l'ensemble de l'équipe ou* *(b) approche en cascade par l'intermédiaire de délégué·e·s des groupes professionnels*	*Atelier « Décider et agir » en quatre phases :* • **Introduction** *: Brève introduction à la culture de sécurité, présentation des résultats du SOPS et du MaPSaF et justification de la priorité d'amélioration choisie.* • **Réfléchir ensemble au scénario** *: Le scénario du quotidien est présenté puis discuté en petits groupes mixtes (différents groupes professionnels et niveaux hiérarchiques) à l'aide des questions de réflexion. Chaque personne note d'abord son propre point de vue avant la discussion en groupe. Cela permet de rendre visibles les différentes perspectives, de nommer les facteurs culturels sous-jacents et de décrire la culture souhaitée.* *– Dans l'approche en cascade, les délégué·e·s mènent la même réflexion avec les mêmes questions au sein de leurs équipes (p. ex. 20 à 30 minutes lors du colloque d'équipe) et consignent les résultats sur une fiche de retour commune ; l'équipe locale de culture de sécurité en fait ensuite la synthèse.* • **Choisir les mesures** *: Sur la base des facteurs identifiés et des pistes esquissées à l'étape 3, les stratégies et outils pertinents de la Toolbox PLUS sont discutés. Le choix s'appuie sur trois questions : la mesure agit-elle sur l'un des facteurs identifiés ? Est-elle réalisable au quotidien ? L'équipe la soutient-elle ? Chaque personne attribue des points, puis trois mesures au maximum sont retenues ensemble.* • **Plan d'action :** *Élaboration d'un plan d'action et planification de la mise en œuvre*	• *Une compréhension commune des facteurs sous-jacents influençant la culture de sécurité* • *Des objectifs et des mesures d'amélioration concrètes ciblant la priorité retenue* • *Un plan de mise en œuvre partagé jusqu'au prochain cycle PLUS*
Mise en pratique entre les cycles	*Équipe locale de culture de sécurité (lead), avec l'implication de représentant·e·s de l'institution ainsi que des cadres et des collaborateur·rice·s des unités*	• *Mise en œuvre des mesures choisies au quotidien, échanges réguliers et réflexion sur les expériences*	• *Enseignements documentés qui alimentent le prochain cycle PLUS (retour à l'étape 1)*

Toolbox PLUS | Partie 1: Instruments par dimension de la culture de sécurité

La Toolbox PLUS associe à chaque dimension de la culture de sécurité un objectif ainsi que des stratégies et des outils fondés sur des données probantes ; de nombreux outils agissent sur plusieurs dimensions. La plupart des outils sont issus de la scoping review sur la culture de sécurité (Haller et al., 2024)[3] ; d'autres outils éprouvés dans la pratique ont été ajoutés. Les détails, les données probantes et les aides à la mise en œuvre figurent dans la partie 2.

Les dimensions de la Toolbox constituent une synthèse de la littérature et ne correspondent pas terme à terme aux dimensions du SOPS ou du MaPSaF. Les tableaux de correspondance en annexe indique quelles dimensions de la Toolbox se rattachent à quelles dimensions du SOPS et du MaPSaF. Il repose sur une appréciation du contenu par l'équipe PLUS, et non sur une correspondance officielle établie par les concepteurs des instruments, et sert d'orientation pour la discussion commune. Certaines dimensions ne sont mesurées qu'indirectement : la sécurité psychologique se reflète dans le SOPS, par exemple, à travers l'ouverture de la communication et la réponse non punitive aux erreurs ; l'implication des patient·e·s et des proches ne constitue pas une dimension propre du SOPS, mais elle est abordée dans les descriptions des niveaux de maturité du MaPSaF.

Le cycle PLUS fait appel à plusieurs modèles de dimensions, qui remplissent des fonctions différentes : le modèle de culture de sécurité PLUS décrit, en neuf dimensions, ce qui caractérise la culture de sécurité et sert de cadre de référence commun. Le SOPS (12 dimensions) mesure la manière dont le personnel perçoit la culture de sécurité ; le MaPSaF (10 dimensions) sert à la réflexion commune sur le niveau de maturité. Les 11 dimensions de la Toolbox sont orientées vers l'action : elles regroupent les domaines dans lesquels les outils interviennent concrètement. Les tableaux de correspondance en annexe montrent comment ces modèles s'articulent.

La Toolbox ne prescrit aucune intervention. Les équipes choisissent les approches qui leur conviennent, les adaptent et les combinent en fonction de leurs priorités, de leur contexte, de leurs ressources et de leur niveau de maturité, car la culture de sécurité se développe davantage grâce à un ensemble de mesures coordonnées que par des interventions isolées.

Dimension de la culture de sécurité	Objectif	Stratégies / outils possibles
Leadership engagé	*Renforcer le leadership en matière de sécurité*	*Safety WalkRounds, Formation au leadership et coaching, CUSP*
Communication ouverte / Speak-up	*Exprimer les préoccupations de sécurité de manière claire et efficace*	*Speak-up : sensibilisation et mesure (SUPS-Q), SBAR, formation CRM, CUS et Two-Challenge Rule, check-back et call-out, brief/huddle/debrief, TeamSTEPPS, charte d'équipe, formation par simulation, CUSP, règles de communication*
Sécurité psychologique	*Créer un climat dans lequel chacun·e peut poser des questions, signaler des erreurs et exprimer un désaccord sans craindre de conséquences négatives*	*Formation au leadership (y c. exemplarité et feedback), charte d'équipe, Learning from Excellence, formation par simulation avec debriefing, ateliers sur la sécurité psychologique et le Speak Up, check-in/check-out*
Travail en équipe	*Renforcer la collaboration*	*TeamSTEPPS, brief/huddle/debrief, SBAR, formation CRM, check-back et call-out, formation interprofessionnelle par simulation, CUSP*
Culture juste	*Promouvoir une culture juste*	*Guide de culture juste, RMM, analyse réflexive des événements, échanges sans recherche de coupable*
Apprentissage organisationnel	*Favoriser l'apprentissage continu*	*RMM, Learning from Excellence, debrief et After Action Review, feedback CIRS, revue interprofessionnelle par les pairs, CUSP, discussions de cas*

[3] *Haller, G., Simon, M., Koller, A., Morandini, N., Heltsche, L., Cullati, S., & Gehri, B. (2024). Sicherheitskultur: Konzept und Machbarkeitsstudie. Systematische Auswertung der Literatur zur Sicherheitskultur: Massnahmen und Initiativen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz und international. Université de Bâle & Hôpitaux Universitaires de Genève, sur mandat de la Commission fédérale pour la qualité. https://doi.org/10.5281/zenodo.13833587*

Dimension de la culture de sécurité	Objectif	Stratégies / outils possibles
Gestion des événements indésirables	*Améliorer le signalement et le retour d'information*	*CIRS (déclaration, feedback systématique, bulletin d'apprentissage), RMM, revue interprofessionnelle par les pairs*
Dotation en personnel et charge de travail	*Réduire les risques liés à la charge*	*Safety huddle, règles d'escalade y c. en cas de pénurie de personnel, management visuel, priorisation commune*
Soutien des supérieurs hiérarchiques	*Renforcer le rôle des cadres*	*Coaching des cadres, Safety WalkRounds, Leadership Conversations, feedback structuré*
Transmissions et interfaces	*Éviter les pertes d'information lors des transmissions et renforcer la collaboration entre les unités*	*SBAR, I-PASS, check-back, transmission au chevet, checklists standardisées de transfert et de transmission, revue interprofessionnelle par les pairs, discussions de cas communes avec les unités voisines*
Implication des patientes, patients et proches (PPI)	*Associer les patientes et patients à l'amélioration de la sécurité*	*Recueil de l'expérience des patients (Swiss PREMs), transmission au chevet (notamment avec SBAR), matériel d'information, participation aux RMM et aux analyses*

Toolbox PLUS | Partie 2: Instruments en détail

La partie 2 décrit en détail les instruments et approches présentés dans la partie 1. Pour chaque instrument figurent une brève description, les dimensions de la culture de sécurité qu'il contribue à renforcer, ainsi que des références. Celles-ci comprennent des études et revues systématiques sur l'efficacité et, lorsqu'elles existent, des aides pratiques à la mise en œuvre telles que des guides, des toolkits ou des modèles.

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
Safety WalkRounds	*Entretiens structurés entre cadres et membres du personnel sur le terrain, dans les unités de soins, à l'aide de questions prédéfinies sur la sécurité. Variante « Positive WalkRounds » : les cadres demandent aussi ce qui fonctionne bien.*	*Leadership engagé ; Soutien des supérieurs hiérarchiques*	*Aides pratiques* • *HSE Irlande – « Quality and Safety Walk-rounds Toolkit » : https://assets.hse.ie/media/documents/Quality-and-Safety-Walk-rounds-Toolkit-Resources-2016.pdf* *Informations supplémentaires* • *Frankel et al. (2003) – Patient Safety Leadership WalkRounds (Jt Comm J Qual Saf)* • *Positive Leadership WalkRounds et culture de sécurité (PubMed)*
Formation au leadership et coaching des cadres	*Développement des compétences de leadership en matière de sécurité (formation, coaching, mentorat). Cela inclut également l'exemplarité des cadres (leadership modelling), par exemple lorsqu'ils reconnaissent ouvertement leurs propres incertitudes et erreurs, ainsi que les compétences permettant de donner un feedback bienveillant et constructif. Le programme Co-Lead est une intervention en libre accès, développée avec des équipes multidisciplinaires, qui vise à favoriser les comportements de leadership collectif.*	*Leadership engagé ; Soutien des supérieurs hiérarchiques ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *Programme Co-Lead (Collective Leadership for Safety Culture)* *Informations supplémentaires* • *Effets du leadership sur la culture de sécurité – revue systématique (BMC Nursing)* • *Coaching des cadres dans le domaine de la santé – revue systématique (BMC Med Educ)*
TeamSTEPPS® (Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety)	*Programme de l'AHRQ développé au milieu des années 2000 ; il comprend quatre modules : communication, leadership d'équipe, surveillance de la situation et soutien mutuel, avec les instruments et questionnaires suivants : SBAR, Check-back, Brief/Huddle/Debrief, CUS, Two-Challenge Rule, Cross-Monitoring, TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) et TeamSTEPPS Teamwork and Safety Climate Questionnaire (T-SCQ).*	*Travail d'équipe ; Communication ouverte / Speak-up*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Instruments TeamSTEPPS par module* • *TeamSTEPPS Supplemental Guide (2022), synthèse destinée aux responsables de la mise en œuvre* • *Team Performance Observation Tool (grille d'observation)*
SBAR	*Schéma standardisé de communication sur l'état d'une patiente ou d'un patient : Situation, Background (contexte), Assessment (évaluation), Recommendation (recommandation) ; en français aussi appelé SAED (Situation, Antécédents, Évaluation, Demande). Également utilisé lors de la transmission au chevet, avec les patientes et patients.*	*Communication ouverte / Speak-up ; Travail d'équipe ; Implication des patientes, patients et proches (PPI) ; Transmissions et interfaces*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Instruments TeamSTEPPS (SBAR, module 1)* • *Module CUSP : briefing matinal, CUS, SBAR* *Informations supplémentaires* • *Fostering Psychological Safety: Building Team-Based Care Communication Skills (NC Med J)*

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
CUS et Two-Challenge Rule	*Instruments du module 4 de TeamSTEPPS (soutien mutuel). Ils sont utilisés dans des modules de formation interprofessionnels au Speak Up (scénarios, vidéos, quiz).* *CUS : trois affirmations assertives – « Je suis préoccupé·e », « Je suis mal à l'aise », « C'est un problème de sécurité » – qui permettent aux collègues d'interrompre le déroulement (« Stop the Line »).* *Two-Challenge Rule : si une préoccupation de sécurité n'est pas prise en compte, elle est exprimée une deuxième fois et, si nécessaire, remontée à l'échelon supérieur.*	*Communication ouverte / Speak-up ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Instruments TeamSTEPPS (module 4 : Two-Challenge Rule, CUS)* • *Learning to Speak Up for Patient Safety – scénarios de formation (PMC)*
CUSP – Comprehensive Unit-based Safety Program	*Programme développé à Johns Hopkins avec le soutien de l'AHRQ, qui combine l'amélioration de la culture de sécurité, du travail d'équipe et de la communication avec une checklist de pratiques fondées sur les données probantes portant sur un type de préjudice spécifique.* *Différents toolkits sont disponibles, y compris des toolkits spécifiques à certains types d'établissements ou axés sur les résultats pour les patients ou sur les événements indésirables.* *Les collaboratrices et collaborateurs décrivent les risques pour la sécurité dans leur unité et développent leurs propres mesures en équipe ; le programme est structuré, mais suffisamment flexible pour que les unités se concentrent sur les risques qu'elles jugent elles-mêmes importants.*	*Leadership engagé ; Travail d'équipe ; Communication ouverte / Speak-up ; Apprentissage organisationnel*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Comprehensive Unit-based Safety Program : vue d'ensemble* • *AHRQ – CUSP comme modèle de changement culturel (guide de mise en œuvre)* • *Module CUSP « Teamwork and Communication » (AHRQ)* *Informations supplémentaires* • *Impact of CUSP on safety culture in a surgical inpatient unit (PSNet)* • *Influence of CUSP in ICUs: Keystone ICU project (PSNet)*
Check-back et Call-out	*Check-back : communication en boucle fermée. La personne qui reçoit l'information reformule avec ses propres mots ce qu'elle a compris ; la personne émettrice confirme ou corrige, et le cycle est répété jusqu'à ce que les deux aient la même compréhension.* *Call-out : annonce à voix haute d'une information critique en situation d'urgence.* *Instruments TeamSTEPPS, également mentionnés dans des guides de l'AHRQ (p. ex. soins périnataux).*	*Communication ouverte / Speak-up ; Travail d'équipe ; Transmissions et interfaces*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Teamwork Tools and Strategies (Check-back, Call-out, SBAR)* • *AHRQ – Instruments TeamSTEPPS par module*
Brief, Huddle et Safety Huddle	*Le brief (partage du plan de soins), le huddle (suivi et ajustement du plan) et le debrief (analyse de la performance de l'équipe) constituent le module 2 de TeamSTEPPS. Le safety huddle est une brève réunion interdisciplinaire, en général quotidienne, visant à identifier et réduire les risques de manière proactive.*	*Communication ouverte / Speak-up ; Travail d'équipe ; Dotation en personnel et charge de travail*	*Informations supplémentaires* • *Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety – revue systématique (BMJ Qual Saf, 2020)* • *Projet HUSH : fidélité de mise en œuvre et effets des huddles (92 unités, 3 NHS Trusts)* • *Safety huddle : analyse de concept (BMC Health Serv Res, 2025)* • *Intervention de type huddle dans des unités de chirurgie (étude à méthodes mixtes)*
Debrief et After Action Review (AAR)	*Bref débriefing structuré en équipe après un événement ou une intervention : qu'est-ce qui était prévu, que s'est-il passé, pourquoi, et qu'en retenons-nous ?*	*Apprentissage organisationnel ; Travail d'équipe ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *AHRQ – Reviewing the Team's Performance: Debrief* *Informations supplémentaires* • *QIC-WD – Synthèse des revues sur les After Action Reviews*

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
	Selon l'AHRQ, un debrief peut durer environ 3 minutes ou moins et est le plus utile lorsqu'il se rapporte à des objectifs d'équipe concrets.		• *Tannenbaum & Cerasoli (2013) – Méta-analyse sur les debriefs* • *Debriefing après une formation par simulation – revue systématique (PubMed)*
Charte d'équipe (Team Charter, normes d'équipe)	*Document élaboré conjointement par l'équipe, qui décrit les valeurs, les comportements, les attentes et les objectifs communs. Il doit rester un document vivant, revu à intervalles réguliers (p. ex. chaque trimestre). Des normes d'équipe visibles et régulièrement rappelées réduisent l'incertitude quant aux attentes.*	*Communication ouverte / Speak-up ; Sécurité psychologique*	*Informations supplémentaires* • *Fostering Psychological Safety: Building Team-Based Care Communication Skills (NC Med J)* • *Article dans Organizational Dynamics (2025)*
Culture juste – recommandations, guide	*Traitement équitable et cohérent des collaboratrices et collaborateurs après un événement : les facteurs systémiques et organisationnels sont examinés en premier ; des mesures individuelles ne sont indiquées que dans des cas justifiés. Des outils d'aide à la décision structurent l'échange entre les cadres et réduisent l'influence des biais inconscients.*	*Culture juste ; Gestion des événements indésirables ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *Sécurité des patients Suisse – Recommandations sur la culture juste* • *NHS England – Being fair tool : https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-culture/being-fair-tool/*
CIRS – Déclaration, feedback et apprentissage	*Système de déclaration anonyme des événements critiques et des presque-événements. Dans les hôpitaux et cliniques suisses, l'exploitation d'un CIRS constitue une mesure d'amélioration de la qualité obligatoire selon le contrat qualité prévu à l'art. 58a LAMal ; la déclaration elle-même est volontaire. Pour la culture de sécurité, ce qui compte n'est donc pas tant l'existence du système que la question de savoir si des déclarations sont effectivement faites et si la boucle de feedback est bouclée : les personnes qui déclarent reçoivent un retour, et les améliorations mises en œuvre sont rendues visibles. Formes possibles : retours individuels aux personnes ayant déclaré, bulletin d'apprentissage ou newsletter présentant des cas anonymisés et les mesures prises, ainsi que discussions lors de séances d'équipe ou de huddles.* *Sécurité des patients Suisse exploite depuis 2006 CIRRNET, un réseau suprarégional de systèmes de déclaration locaux, et publie sur cette base des Quick-Alerts contenant des recommandations pratiques.*	*Gestion des événements indésirables ; Apprentissage organisationnel*	*Aides pratiques* • *Sécurité des patients Suisse – CIRRNET et Quick-Alerts* • *Sécurité des patients Suisse – Recommandations pour la mise en place et la gestion d'un CIRS* *Informations supplémentaires* • *SAFE Loop – intervention visant à renforcer les systèmes de déclaration par le feedback (PMC, 2025) (prépublication, pas encore évaluée par les pairs)* • *Benn et al. (2009) – Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety (Qual Saf Health Care)*
Learning from Excellence (LfE)	*Approche développée au Royaume-Uni : les collaborateur·rice·s signalent des exemples de travail de qualité réalisé par leurs collègues, afin d'en tirer des enseignements et de rendre la reconnaissance visible.* *Le site officiel propose un guide succinct et un toolkit d'amélioration de la qualité en libre accès.*	*Apprentissage organisationnel ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *Learning from Excellence – Ressources de mise en œuvre* • *Guide succinct LfE (PDF)* *Informations supplémentaires* • *LfE en salle de réveil : étude qualitative (BMC Health Serv Res, 2025)* • *LfE dans un parcours de soins mère-enfant (Int J Environ Res Public Health, 2021)*
Transmissions structurées : I-PASS et checklists standardisées de transfert et de transmission	*I-PASS est un schéma standardisé de transmission lors des changements d'équipe et des transferts : Illness severity (gravité de l'état), Patient summary (résumé), Action list (tâches en suspens), Situation awareness and contingency planning (conscience de la situation et plan d'urgence), Synthesis by receiver (synthèse par la personne qui reçoit). Outre le schéma, le programme comprend une formation, un modèle de*	*Transmissions et interfaces ; Communication ouverte / Speak-up ; Travail d'équipe ; Implication des patientes, patients et proches (PPI)*	*Aides pratiques* • *La sécurité de la médication aux interfaces – progress! – Sécurité des patients Suisse* • *I-PASS Institute – formation et aides à la mise en œuvre*

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
	transmission écrite ainsi qu'une observation avec feedback. Une variante associe les patientes, patients et proches à la visite. *Les checklists standardisées de transfert et de transmission définissent les informations minimales à transmettre lors d'un transfert entre unités ou institutions (p. ex. diagnostics, médication, allergies, examens en suspens, risques, personnes de contact). Elles devraient être élaborées avec les unités concernées et adaptées au contexte local.*		• *PSNet – Patient Safety Primer : Handoffs (vue d'ensemble d'I-PASS, du SBAR et d'autres outils de transmission)* *Informations supplémentaires* • *Starmer et al. (2014) – Changes in medical errors after implementation of a handoff program (N Engl J Med)* • *Khan et al. (2018) – Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme (BMJ)*
Revues et conférences de morbidité et mortalité (RMM / M&M)	*Discussions ou revues structurées des complications et des décès, visant à identifier des améliorations au niveau du système. Elles s'adressent à un cercle plus large d'apprenants et se distinguent des analyses d'événements sentinelles menées par une petite équipe. Une revue de littérature recommande une équipe multidisciplinaire, un format de présentation structuré, une analyse du processus d'erreur avec mesures de suivi, et constate qu'une revue standardisée peut être introduite à l'échelle de l'hôpital.* *Bonnes pratiques mentionnées : intégrer les RMM dans la gouvernance de la sécurité des patients et assurer le suivi des résultats ; utiliser une procédure courte, standardisée et adaptable à chaque discipline ; impliquer les patientes et patients (une expérience néerlandaise en oncologie gynécologique a introduit la participation des patients aux RMM) ; créer un climat sûr pour la discussion.*	*Apprentissage organisationnel ; Gestion des événements indésirables ; Culture juste*	*Aides pratiques* • *Fondation Sécurité des patients Suisse. Guide de mise en œuvre. Revues de morbidité et de mortalité. 2019* • *Mémento de poche_Fondation Sécurité des patients Suisse* • *Curriculum-Leitfaden M&M mit Fokus auf Patientensicherheit (MedEdPORTAL)* *Informations supplémentaires* • *HAS_RMM* • *Informing best practice for conducting M&M reviews – revue de littérature (Aust Health Rev, 2018)* • *Standardisation des RMM – revue systématique (PSNet, J Patient Saf 2024)* • *Learning From M&M Conferences: Focus and Sustainability (PubMed)* • *Mortality and morbidity meetings et gouvernance de la sécurité des patients (PMC)* • *Processus de revue de mortalité : facteurs organisationnels (PMC ; mentionne le toolkit en 6 étapes de l'AHRQ)*
Revue interprofessionnelle (par les pairs)	*Procédure volontaire fondée sur l'échange entre pairs : des équipes interprofessionnelles, issues d'autres établissements, analysent les processus et les interfaces à partir de dossiers de patients, souvent à la suite de valeurs inhabituelles d'indicateurs de qualité issus de données de routine, et élaborent des propositions d'amélioration conjointement avec l'équipe soignante. La procédure est confidentielle, sans recherche de coupable ni sanction.* *En Suisse, l'alliance Peer Review CH (H+, FMH, Swiss Nurse Leaders) promeut la procédure IQM dans les soins aigus somatiques et, depuis 2023, une procédure analogue en psychiatrie.*	*Apprentissage organisationnel ; Gestion des événements indésirables ; Transmissions et interfaces*	*Aides pratiques* • *Procédures de peer review interprofessionnelles : recommandation de l'alliance « Peer Review CH »* • *Revues interprofessionnelles en psychiatrie*
Speak Up – Exprimer ses préoccupations de sécurité / Sécurité psychologique	*Sécurité des patients Suisse propose, avec le questionnaire SUPS-Q, un instrument permettant de mesurer et de suivre la culture du Speak Up au sein de sa propre organisation, ainsi qu'une recommandation pratique comprenant des aides concrètes pour les cadres et le personnel, et du matériel de sensibilisation (notamment des vidéos explicatives) pour*	*Communication ouverte / Speak-up ; Sécurité psychologique*	*Aides pratiques* • *Sécurité des patients Suisse – Offres sur le Speak Up* • *Questionnaire SUPS-Q* • *Recommandation pratique n° 8*

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
	promouvoir le Speak Up.		*Informations supplémentaires* • *O'Donovan & McAuliffe (2020) – revue systématique des interventions* • *Changing minds, saving lives: how training psychological safety transforms healthcare* • *A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care*
Formation d'équipe interprofessionnelle basée sur la simulation (y c. formations basées sur le CRM et TeamSTEPPS)	*Formations proches de la pratique, dans lesquelles les équipes s'exercent à des situations critiques de manière réaliste, idéalement en interprofessionnalité et directement dans leur propre environnement de travail (simulation in situ). L'effet d'apprentissage principal se produit lors du debriefing structuré, au cours duquel l'équipe réfléchit elle-même à ce qui s'est passé, plutôt que de recevoir un enseignement. Pour que les contenus soient réellement intégrés, les scénarios sont élaborés avec le personnel, par exemple à partir de leurs propres déclarations CIRS ou de presque-événements survenus dans le service. Des membres du personnel peuvent en outre être formés comme instructrices et instructeurs pairs (Train-the-Trainer), ce qui renforce l'acceptation et abaisse le seuil pour aborder ouvertement erreurs et incertitudes. Ensuite, les supérieurs hiérarchiques soutiennent le transfert dans la pratique quotidienne, p. ex. en prenant en charge les problèmes systémiques identifiés et en communiquant les améliorations apportées.* *CRM (Crew Resource Management) : Concept de formation issu de l'aviation, axé sur le travail en équipe, la communication et la prise de décision dans les situations critiques.*	*Travail d'équipe ; Communication ouverte / Speak-up ; Sécurité psychologique*	*Informations supplémentaires* • *Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments – revue systématique* • *Does classroom-based Crew Resource Management training improve patient safety culture? – revue systématique* • *Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy – revue systématique (Ann Intern Med, 2013)*
Implication des patientes, patients et proches (PPI)	*Implication proactive des patientes, patients et proches à deux niveaux : (1)* **Recueillir leur point de vue :** *retours sur l'expérience des patients, p. ex. avec le Swiss PREMs (ANQ), qui peut également être utilisé en dehors de la mesure nationale et complète l'enquête auprès du personnel (SOPS) par le point de vue des patients. (2)* **Les impliquer activement :** *transmission au chevet (notamment avec SBAR), encouragement à poser des questions (p. ex. Ask Me 3), systèmes d'escalade pouvant être déclenchés par les patientes, patients et proches, ainsi que participation aux RMM, aux analyses d'événements et à l'équipe locale de culture de sécurité.*	*Implication des patientes, patients et proches (PPI)*	*Aides pratiques* • *ANQ – Expérience des patients et des parents (PREMs)* • *AHRQ – Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety* • *AHRQ – Stratégie 3 : Nurse Bedside Shift Report (brochure, checklist, formation)* • *IHI – Ask Me 3 (affiches et brochures en anglais, français et espagnol)* • *AHRQ – Questions Are the Answer et outils de communication pour les patients* *Informations supplémentaires* • *Swiss PPIE Network* • *PSNet – Patient Engagement and Safety (vue d'ensemble)* • *Systèmes d'escalade activés par les patients et les proches – revue systématique*

Instrument / Approche	Description	Dimension	Aides pratiques / Informations supplémentaires
			• *Implication des personnes concernées, des proches et de la population : évaluation des besoins d'action pour la promotion de la qualité dans le système de santé du point de vue des organisations de patients*

Méthodes transversales

Les méthodes suivantes peuvent être utilisées dans plusieurs dimensions et font partie des bonnes pratiques éprouvées :

Groupe	Méthodes	Objectif
Rituels d'équipe	*Check-in / check-out ; brèves réunions régulières (cf. safety huddle) ; management visuel*	*Créer une vision commune de la situation, aborder les préoccupations tôt, rendre la charge de travail visible*
Échanges et feedback	*Feedback structuré ; Leadership Conversations ; échanges sans recherche de coupable ; analyse réflexive des événements ; discussions de cas*	*Apprendre des expériences, leadership fondé sur le dialogue, traitement équitable des événements*
Règles et processus	*Règles de communication (cf. charte d'équipe) ; règles d'escalade : critères convenus précisant quand, comment et à qui transmettre des préoccupations de sécurité ou des situations de surcharge (p. ex. en cas de manque de personnel, de charge de travail élevée ou lorsqu'une préoccupation n'est pas entendue, cf. Two-Challenge Rule) ; priorisation commune (matrice impact/effort)*	*Clarifier les attentes, faire remonter les risques à temps et sans appréhension, utiliser les ressources de manière ciblée*
Formats d'apprentissage et d'entraînement	*Formats participatifs et proches de la pratique plutôt qu'un enseignement magistral : exercices à partir de cas propres à l'équipe (p. ex. issus du CIRS), jeux de rôle et simulation avec debriefing (cf. formation par simulation), apprentissage entre pairs et Train-the-Trainer, courtes séquences d'apprentissage régulières intégrées au travail quotidien*	*Développer des connaissances et des compétences proches de la pratique, assurer le transfert dans le quotidien*

Annexe : Tableaux de correspondance du SOPS (Hospital Survey 1.0), du MaPSaF et du modèle de culture de sécurité PLUS avec la Toolbox

Des dimensions du SOPS à la Toolbox

Dimension du SOPS	Dimension de la Toolbox (principale)	Dimension de la Toolbox (complémentaire)
Travail d'équipe dans le service (Teamwork Within Units)	*Travail d'équipe*	*Sécurité psychologique*
Attentes et actions des supérieur·e·s hiérarchiques en matière de sécurité des patient·e·s (Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety)	*Soutien des supérieurs hiérarchiques*	*Leadership engagé*
Organisation apprenante et amélioration continue (Organizational Learning – Continuous Improvement)	*Apprentissage organisationnel*	*Gestion des événements indésirables*
Soutien de la direction en matière de sécurité des patient·e·s (Management Support for Patient Safety)	*Leadership engagé*	–
Retour d'information et communication sur les erreurs (Feedback & Communication About Error)	*Gestion des événements indésirables*	*Apprentissage organisationnel*
Liberté d'expression (Communication Openness)	*Communication ouverte / Speak-up*	*Sécurité psychologique*
Fréquence de signalement des événements indésirables (Frequency of Events Reported)	*Gestion des événements indésirables*	*Culture juste*
Réponse non punitive à l'erreur (Nonpunitive Response to Errors)	*Culture juste*	*Sécurité psychologique*
Ressources humaines (Staffing)	*Dotation en personnel et charge de travail*	–
Travail d'équipe entre les services (Teamwork Across Units)	*Transmissions et interfaces*	*Travail d'équipe*
Transferts et transmissions (Handoffs & Transitions)	*Transmissions et interfaces*	*Communication ouverte / Speak-up*
Perception globale de la sécurité (Overall Perceptions of Patient Safety)	*transversale**	–

Des dimensions du MaPSaF à la Toolbox

Dimension du MaPSaF	Dimension de la Toolbox (principale)	Dimension de la Toolbox (complémentaire)
1. Engagement envers l'amélioration continue	*Leadership engagé*	*Apprentissage organisationnel*
2. Priorité accordée à la sécurité des patient·e·s	*Leadership engagé*	*Soutien des supérieurs hiérarchiques*
3. Erreurs systémiques et responsabilité individuelle	*Culture juste*	*Sécurité psychologique*
4. Enregistrement des incidents et des bonnes pratiques	*Gestion des événements indésirables*	*Culture juste*
5. Évaluation des incidents	*Gestion des événements indésirables*	*Apprentissage organisationnel*
6. Apprentissage et conduite du changement	*Apprentissage organisationnel*	–
7. Communication au sujet des enjeux de sécurité	*Communication ouverte / Speak-up*	*Sécurité psychologique*
8. Gestion du personnel et enjeux de sécurité	*Culture juste*	*Soutien des supérieurs hiérarchiques*
9. Formation du personnel (initiale et continue)	*transversale***	*Travail d'équipe*
10. Travail en équipe	*Travail d'équipe*	–

** La perception globale est une mesure de résultat et non un levier en soi. Si elle est faible, il vaut la peine d'examiner les autres dimensions pour en identifier les causes.*

*** Il n'existe pas de dimension propre dans la Toolbox ; le groupe transversal « Formats d'apprentissage et d'entraînement » ainsi que la formation d'équipe basée sur la simulation sont pertinents.*

Du modèle de culture de sécurité PLUS à la Toolbox

Dimension du modèle PLUS	Dimension de la Toolbox (principale)	Dimension de la Toolbox (complémentaire)
Engagement visible de la direction en faveur de la sécurité	*Leadership engagé*	*Soutien des supérieurs hiérarchiques*
Communication ouverte	*Communication ouverte / Speak-up*	*Sécurité psychologique*
Culture juste (Just culture)	*Culture juste*	*Sécurité psychologique*
Culture d'apprentissage positive	*Apprentissage organisationnel*	*Gestion des événements indésirables*
Travail d'équipe soutenant	*Travail d'équipe*	*Transmissions et interfaces*
Implication active des patient·e·s et des pairs	*Implication des patient·e·s et proches (PPI)*	–
Bien-être des collaborateurs	*Dotation en personnel et charge de travail*	*Sécurité psychologique*
Ressources et formations pour la sécurité	*Dotation en personnel et charge de travail*	*transversale***
Procédures fondées sur des preuves et fiables	*transversale****	*Apprentissage organisationnel*

**** Il n'existe pas de dimension propre dans la Toolbox ; la pratique fondée sur les données probantes est surtout soutenue par des outils tels que les RMM, la revue interprofessionnelle par les pairs et les discussions de cas.*