

Facteurs Organisationnel et Humains à l'hôpital

Entre l'Art et la Norme : quelle est la place de la Qualité ?

François JAULIN
13 novembre 2025



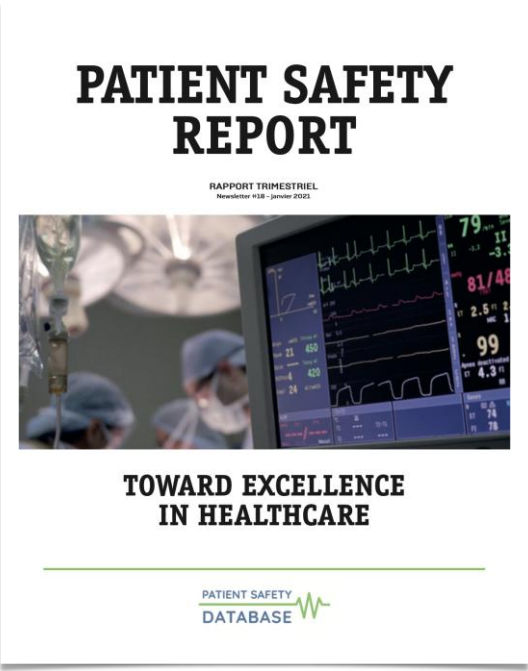
Lien d'intérêt



FHS

Facteurs Humains en Santé

Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins



PATIENT SAFETY

DATABASE

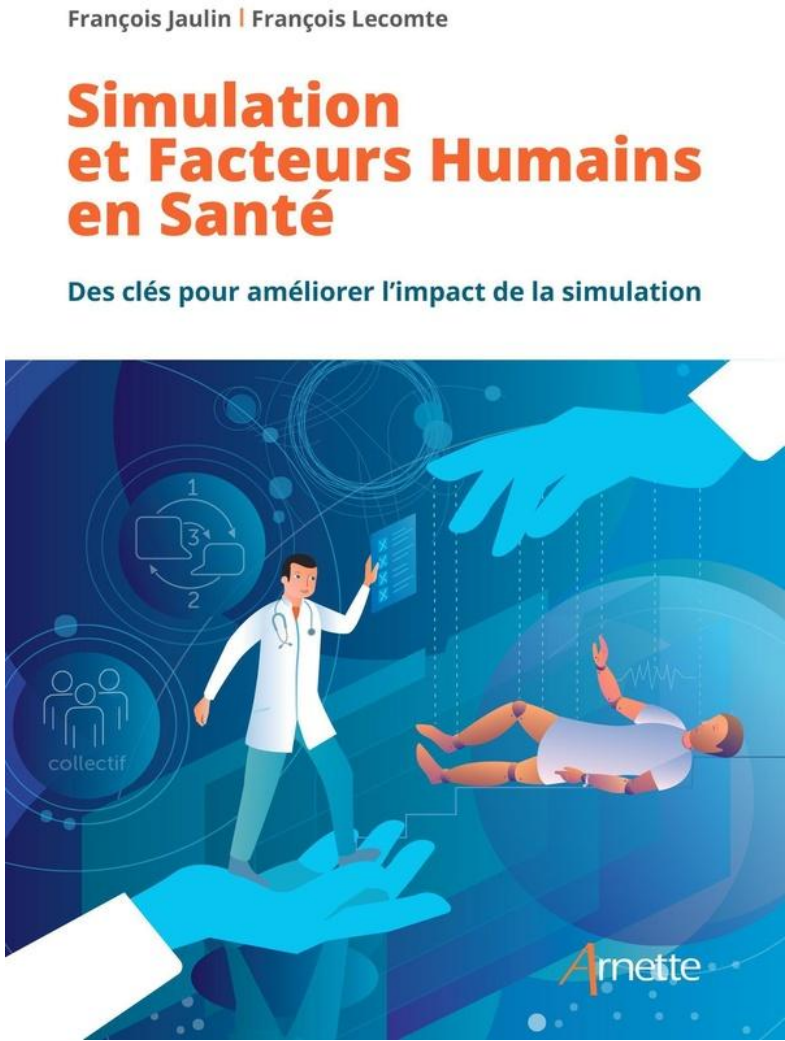
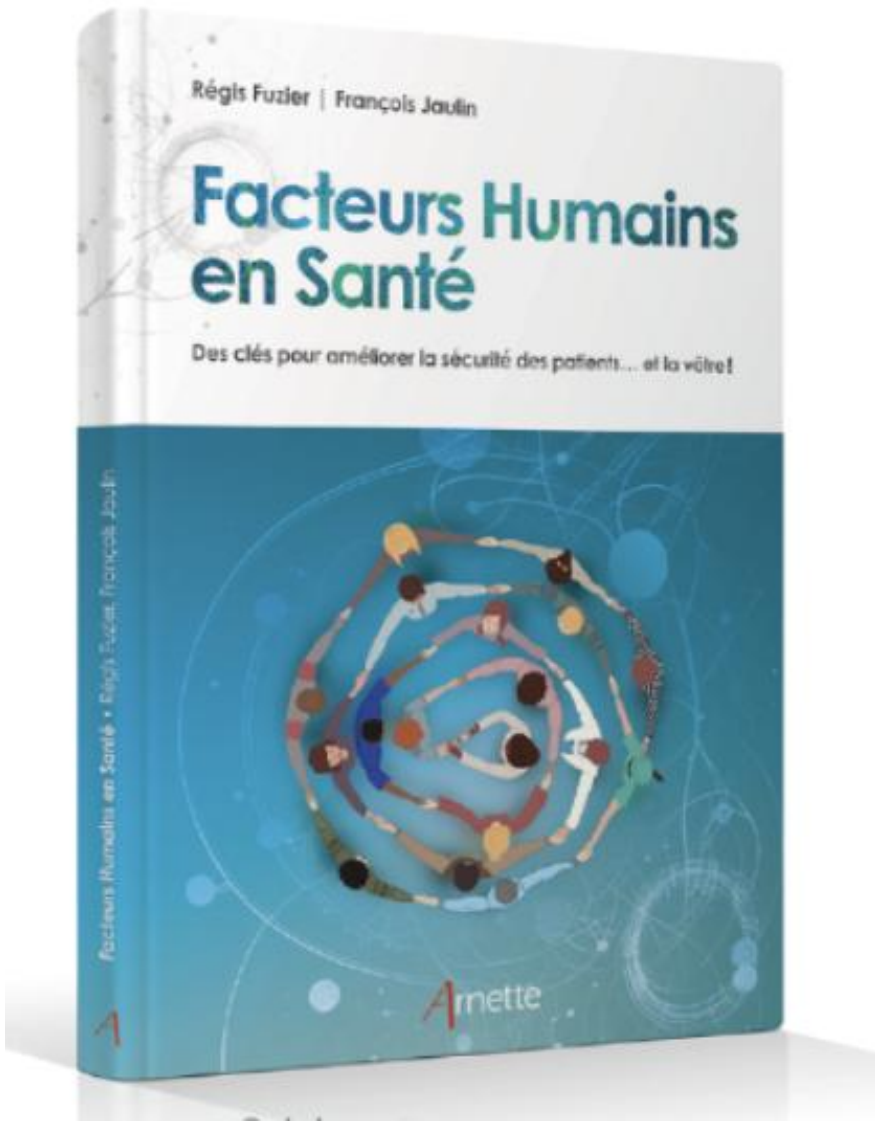




SAFE TEAM

ACADEMY







John Libbey

Eurotext

Arnette

doin

Pradel

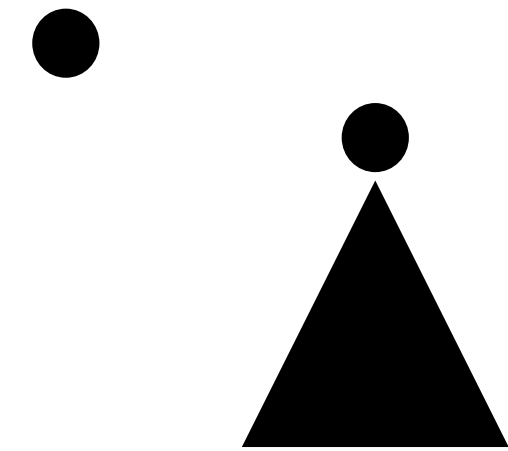
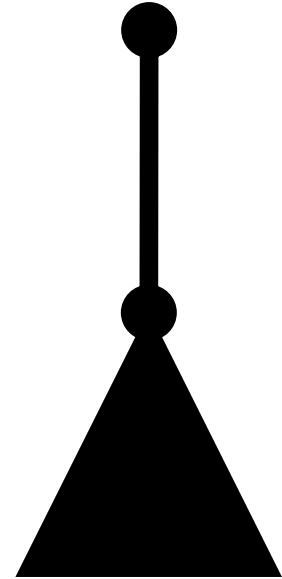
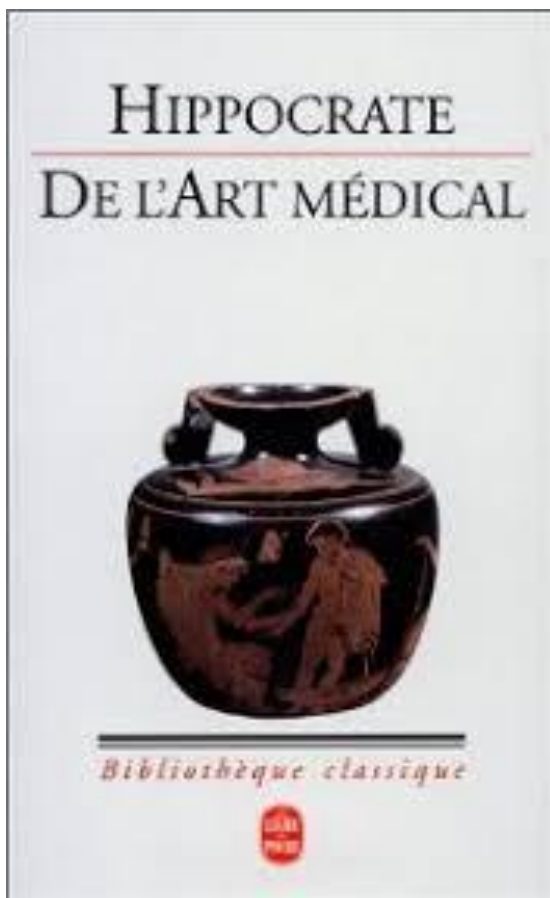
Proposition de discussion

Facteurs Organisationnels et Humains à l'hôpital

- De l'art ...
- À l'ère de la norme
- FOH à l'hôpital, ce que ca implique ?

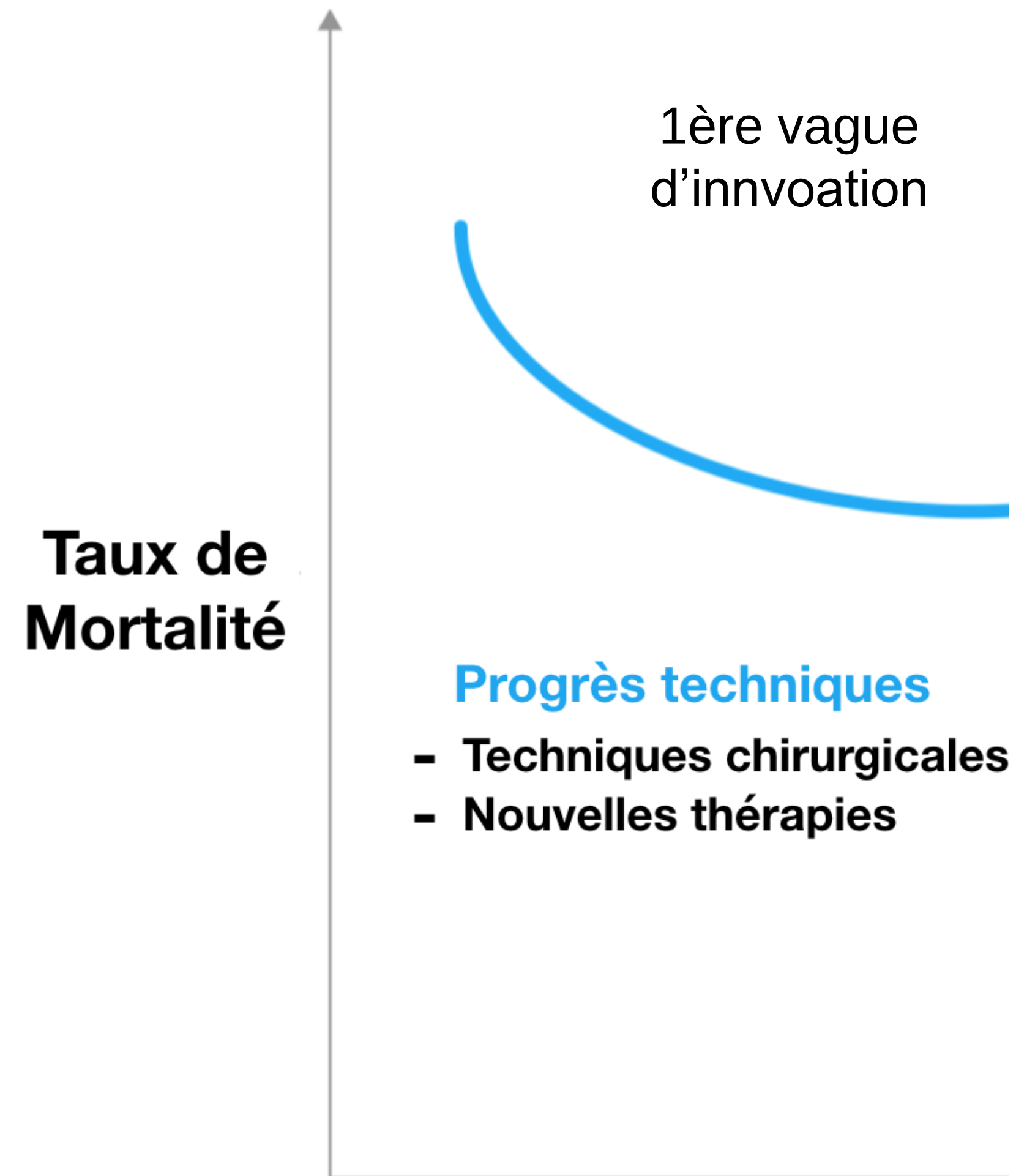
De *l'art de la médecine* ...

- Un patient est prise en charge par ~2 personnes

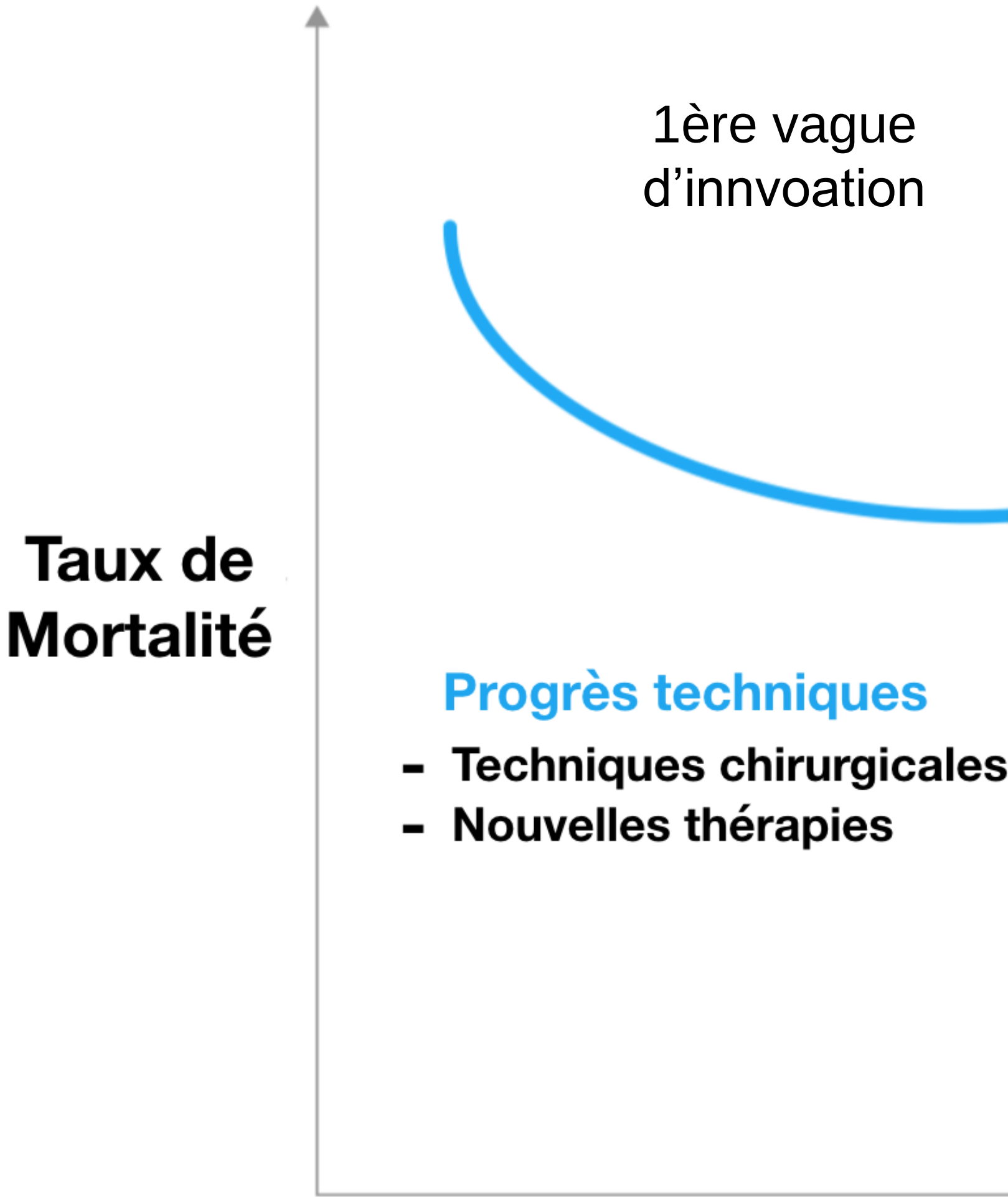


- Les soignants formés pour travailler dans ce type d'environnement

De l'art...



De l'art...



ACCUEIL > CORPS ET SANTÉ > PROUESSE CHIRURGICALE : UN MÉDECIN FRANÇAIS OPÈRE SON PATIENT À... 8700 KILOMÈTRES

PROUESSE CHIRURGICALE : UN MÉDECIN FRANÇAIS OPÈRE SON PATIENT À... 8700 KILOMÈTRES

PUBLIÉ LE 07 OCT 2024 À 11H00

Seine-Saint-Denis

50e greffe de trachée à Bobigny : la prouesse médicale du professeur d'Avicenne s'exporte

Le professeur Emmanuel Martinod a déjà réalisé cinquante greffes de trachée et de poumon à partir de tissus d'aorte. Une technique unique qui commence à être reproduite par des équipes locales à Taïwan, aux États-Unis et en Italie.

Par Elsa Marnette
Le 20 juin 2025 à 07h03

Il y a 15 ans, le professeur Devauchelle réalisait la première greffe partielle du visage à Amiens

Le « héros » de l'hôpital cardiologique du CHU de Bordeaux toujours debout après une prouesse chirurgicale en 2023

De l'art...

Les valeurs associées...

Indépendance
Autosuffisance
Autonomie



« Si tu veux être PU et chef de service, faudra que tu sois un excellent clinicien ».

De l'art...

... et ce que cela engendre

Indépendance
Autosuffisance
Autonomie

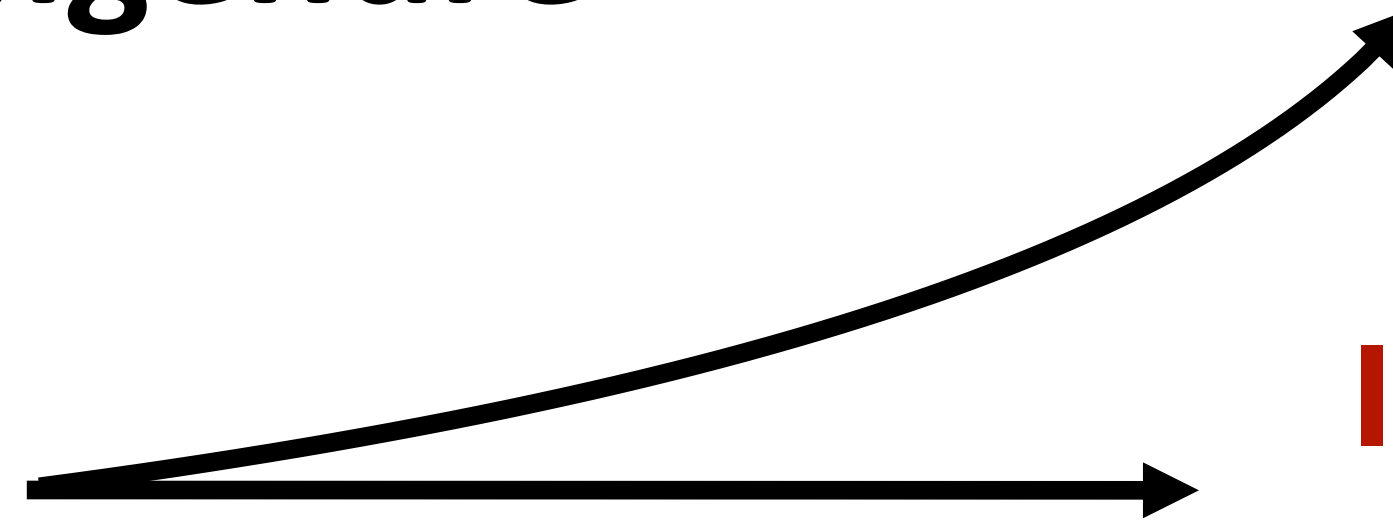
**Prouesses sans
organisation ni
vision systémique**



De l'art...

... et ce que cela engendre

**Indépendance
Autosuffisance
Autonomie**



**Prouesses sans
organisation ni
vision systémique**

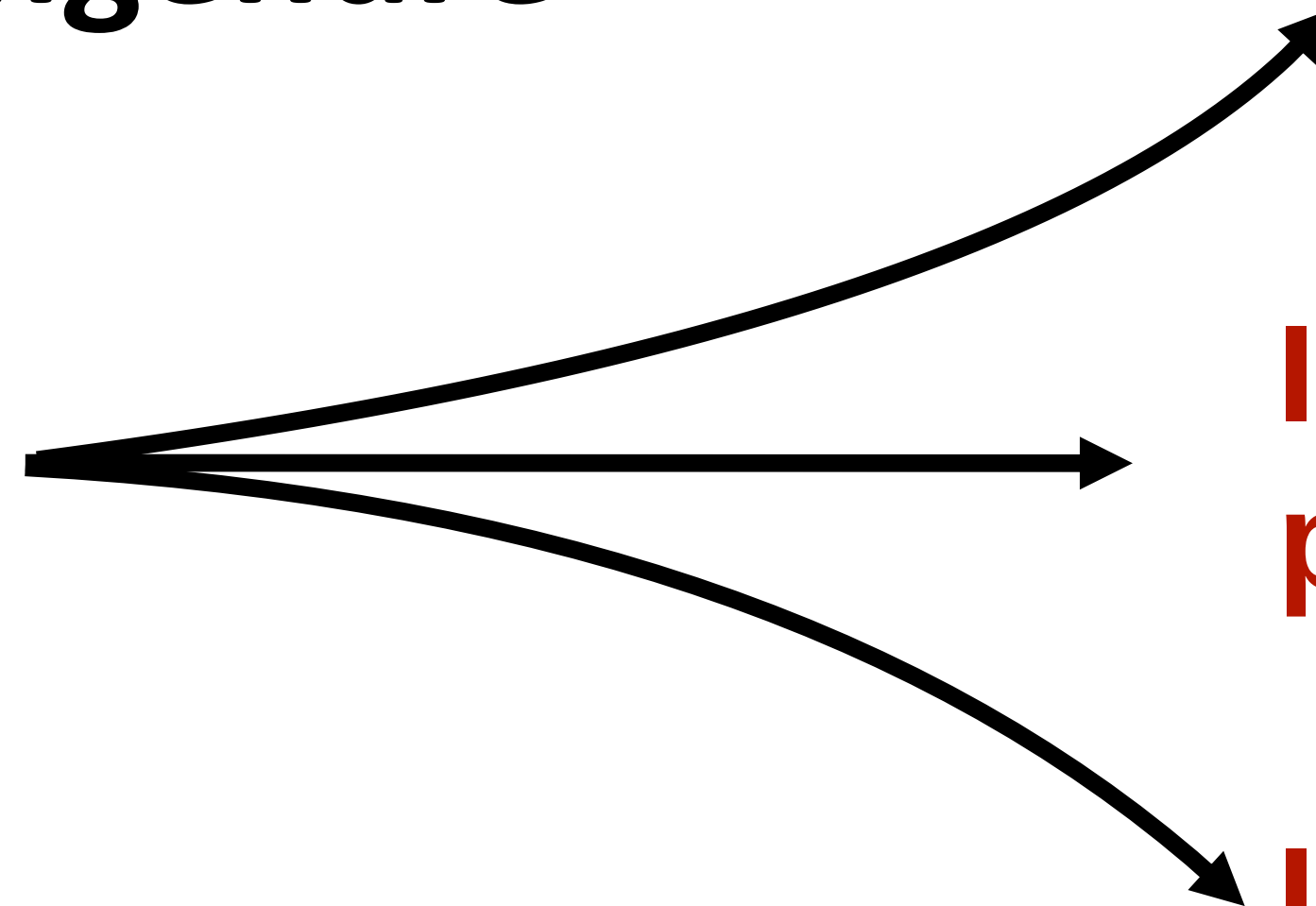
**Inégalité / variabilité des
prises en charges**



De l'art...

... et ce que cela engendre

**Indépendance
Autosuffisance
Autonomie**



**Prouesses sans
organisation ni
vision systémique**

**Inégalité / variabilité des
prises en charges**

**Impossibilité d'apprendre
ensemble**



De l'art...

... et ce que cela engendre

**Indépendance
Autosuffisance
Autonomie**

**Prouesses sans
organisation ni
vision systémique**



**Inégalité / variabilité des
prises en charges**

**Impossibilité d'apprendre
ensemble**

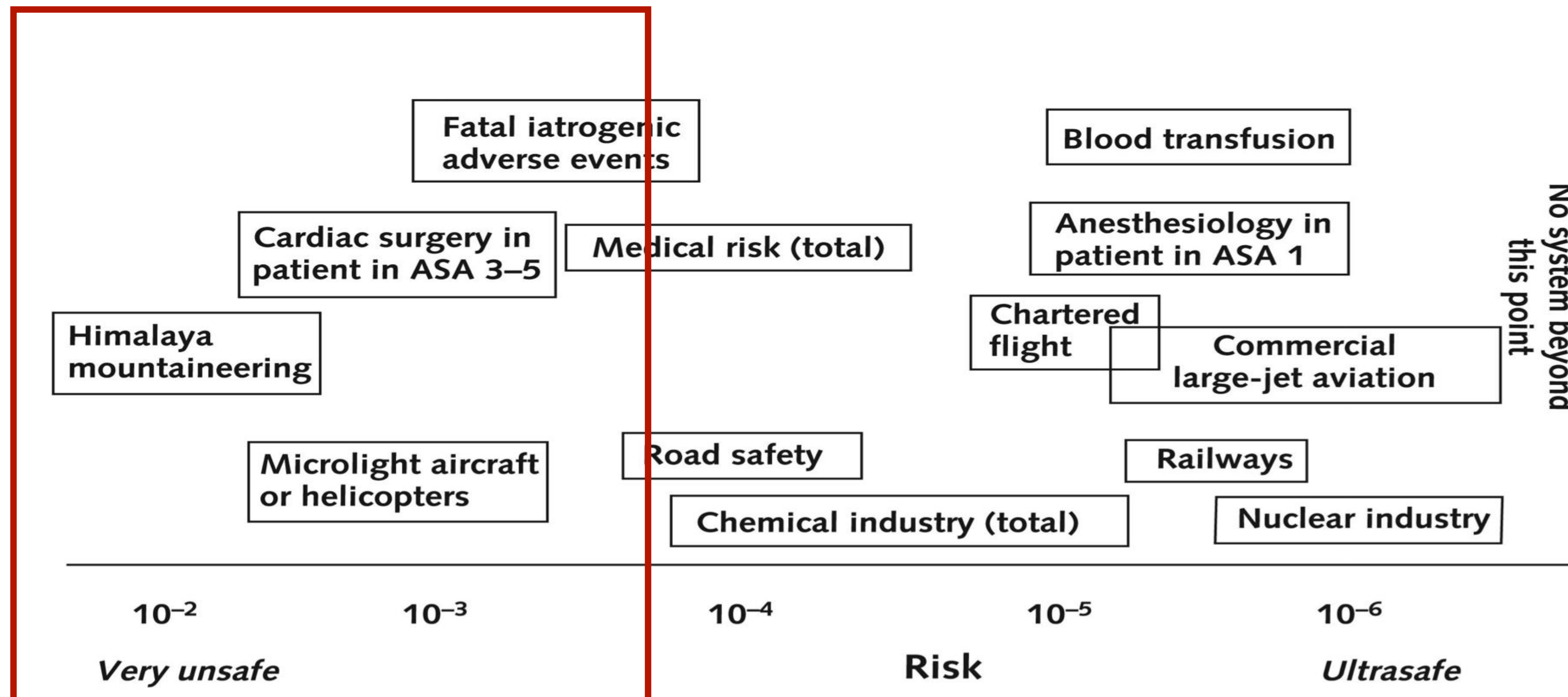
Culture du héros

Culture punitive

Absence de prise en compte des connaissances FOH

Culture de l'adaptation (résilience)

- Exposition au risque = moteur de la profession
- Culte des champions
- Pouvoir aux experts (en tant qu'individus)

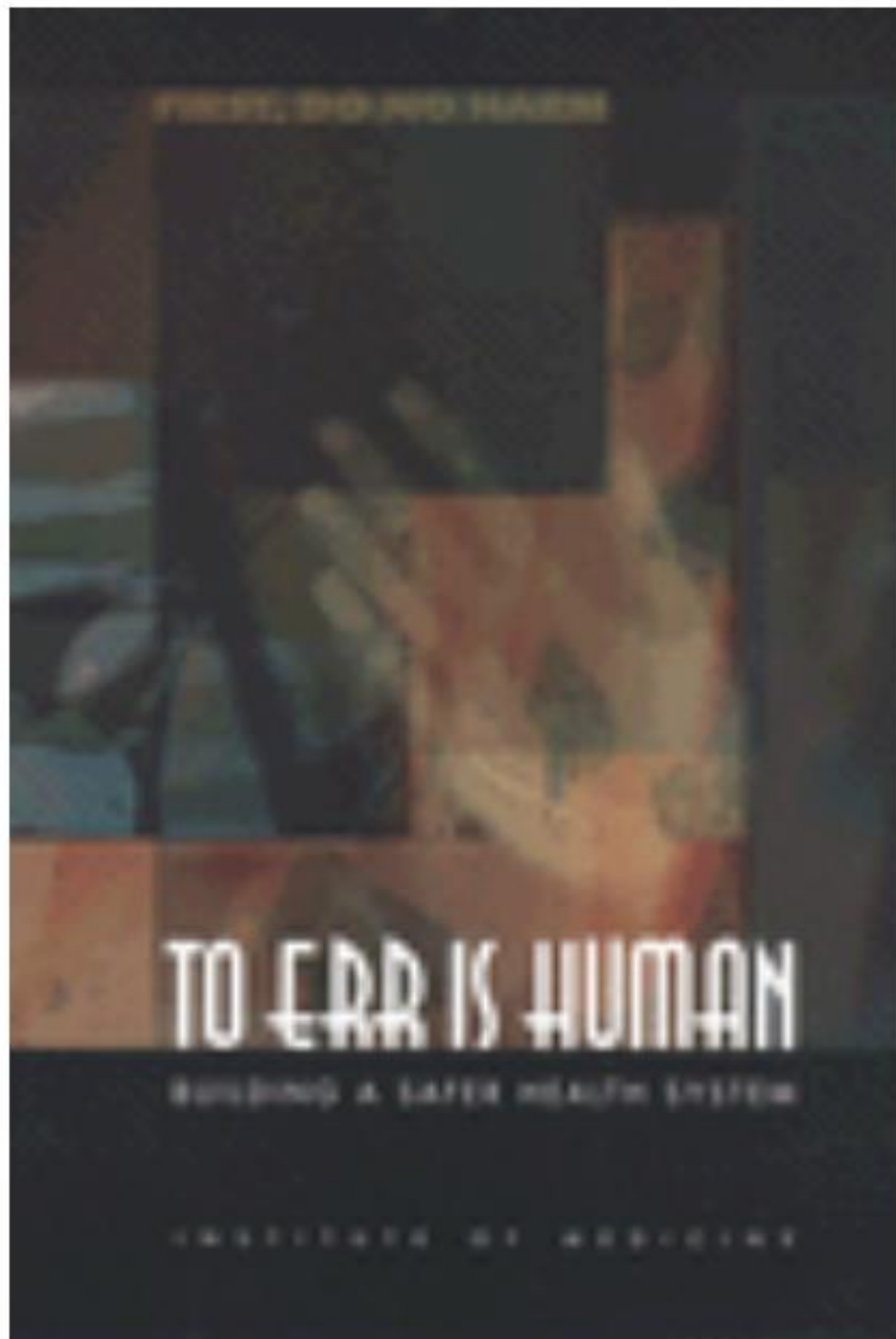


Les décès évitables sont essentiellement les conséquences d'une organisation défaillante

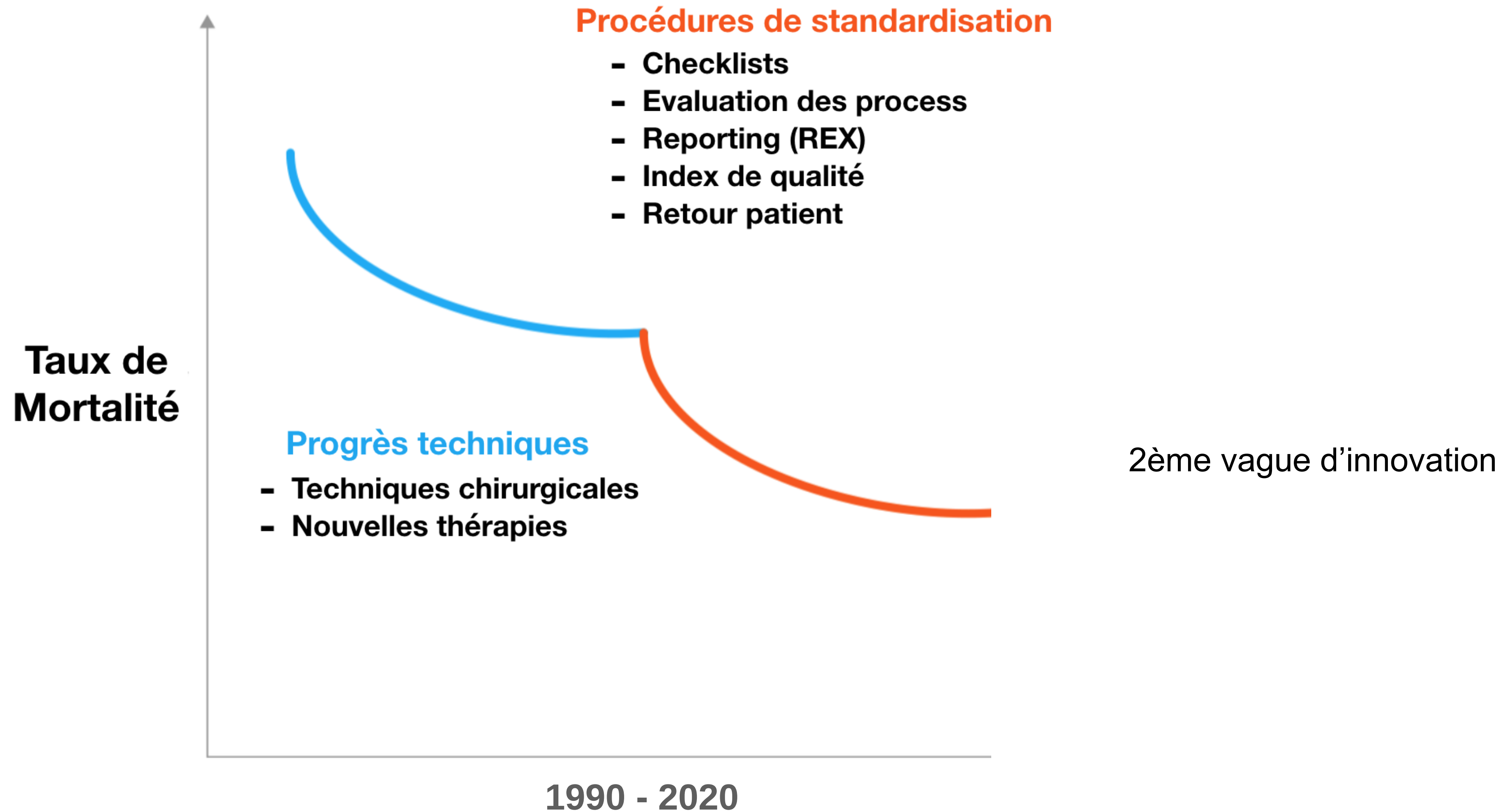
To Err Is Human: Building a Safer Health System

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

ISBN: 0-309-51563-7, 312 pages, 6 x 9, (2000)



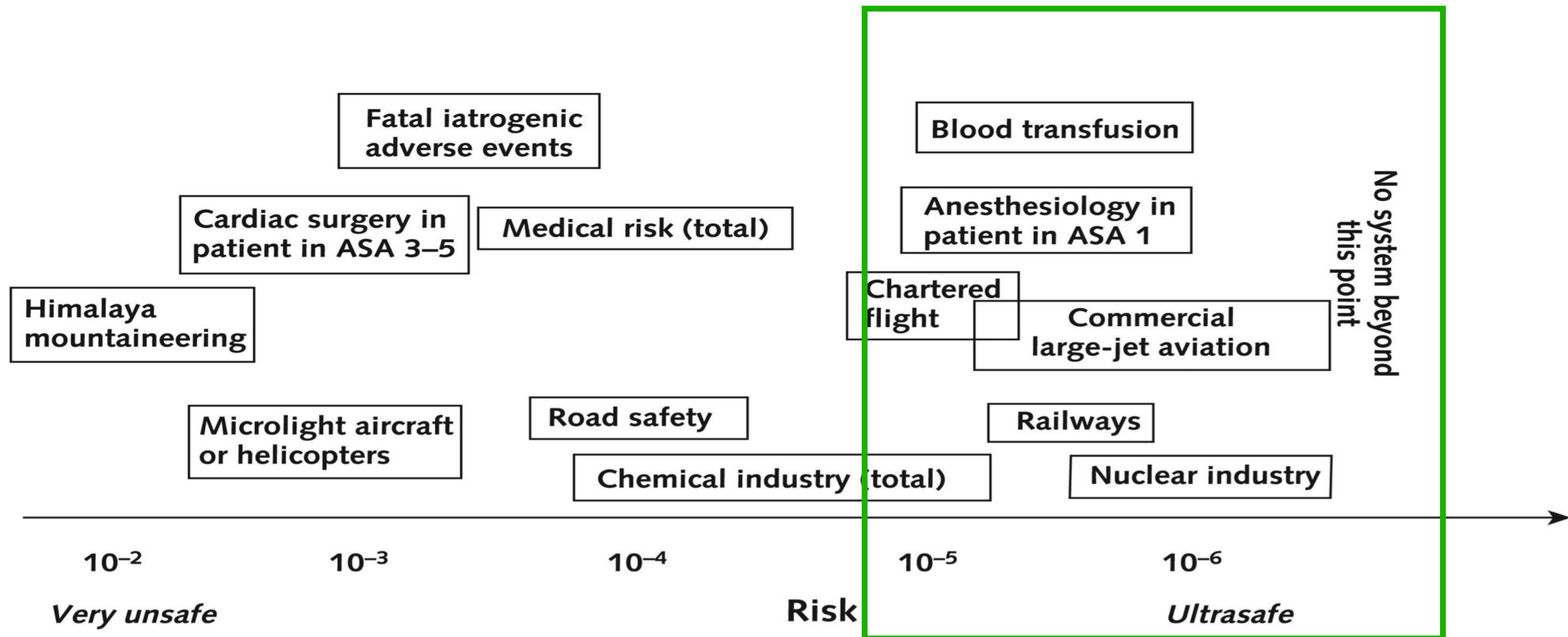
L'ère de la norme



Les activités normées

Culture de la procédure

- Culte de la traçabilité et de la conformité
- Pouvoir aux régulateurs et superviseurs
- Respects des instructions et procédures
- Priorité aux stratégies de prévention



La norme...

Les valeurs associées...

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité...

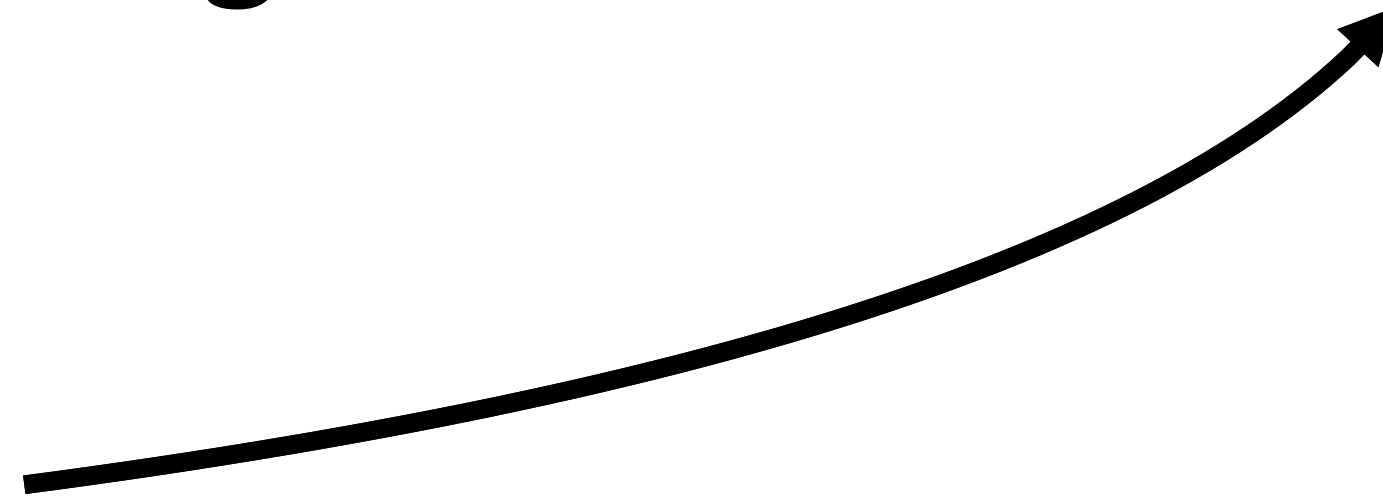


« Quality comes not from inspection, but from improvement of the process. »— W. Edwards Deming

La norme...

... et ce que cela peut engendrer

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité

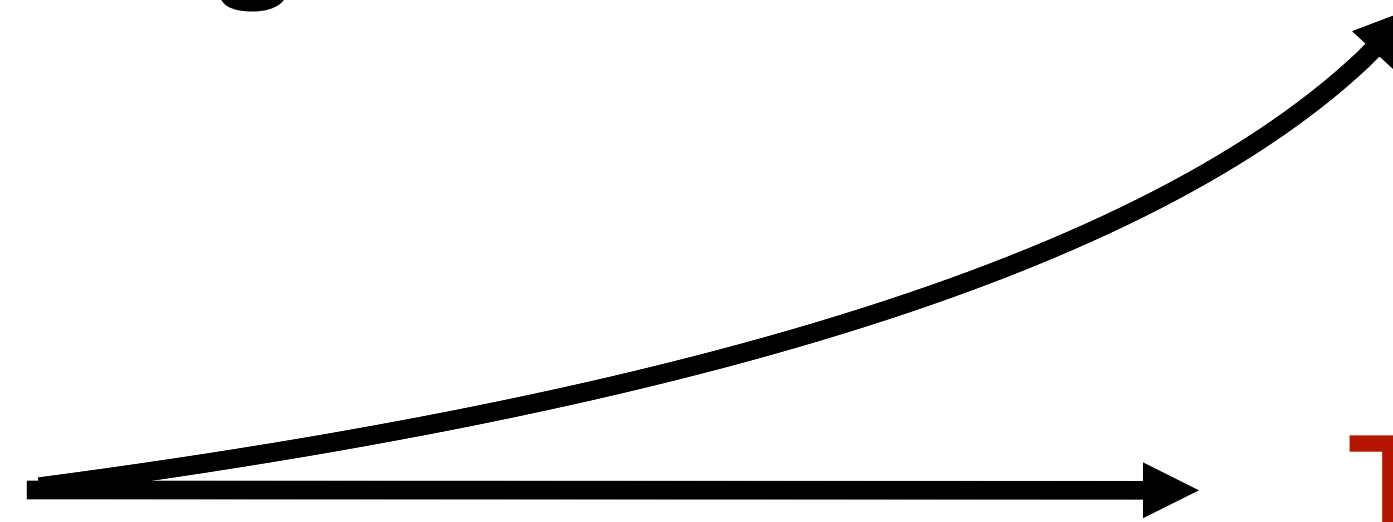


Déconnexion de la
gouvernance
(prescrit / réel)

La norme...

... et ce que cela peut engendrer

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité



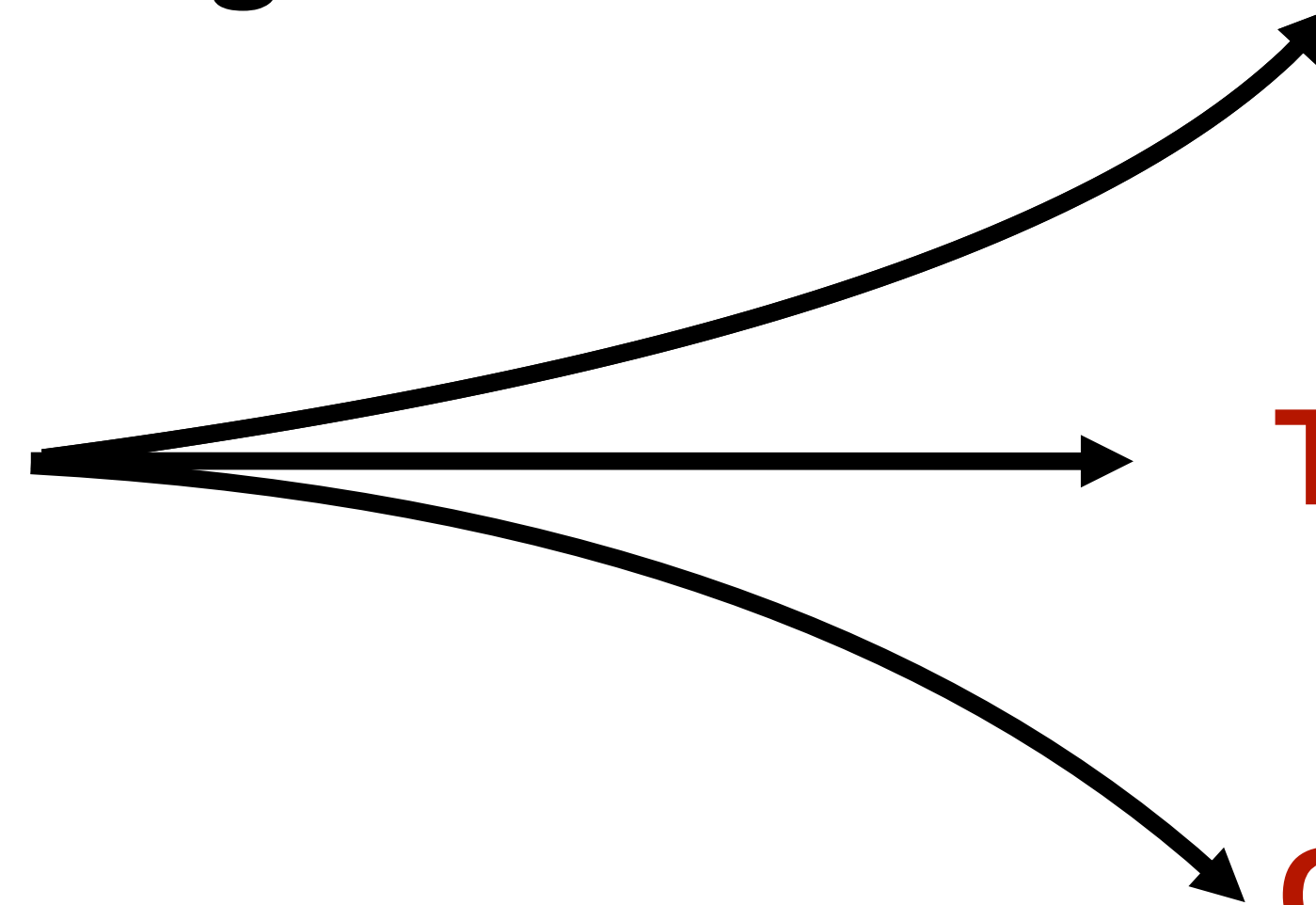
Travail empêché

Déconnexion de la
gouvernance
(prescrit / réel)

La norme...

... et ce que cela peut engendrer

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité



Déconnexion de la
gouvernance
(prescrit / réel)

Travail empêché

Comportements
« scolaires »

La norme...

... et ce que cela peut engendrer

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité

**Déconnexion de la
gouvernance
(prescrit / réel)**

Travail empêché

**Comportements
« scolaires »**

**Approche rationnalisante
inadaptée dans les
systèmes complexes**

La norme...

... et ce que cela peut engendrer

Standardisation
Reproductibilité
Conformité
Traçabilité

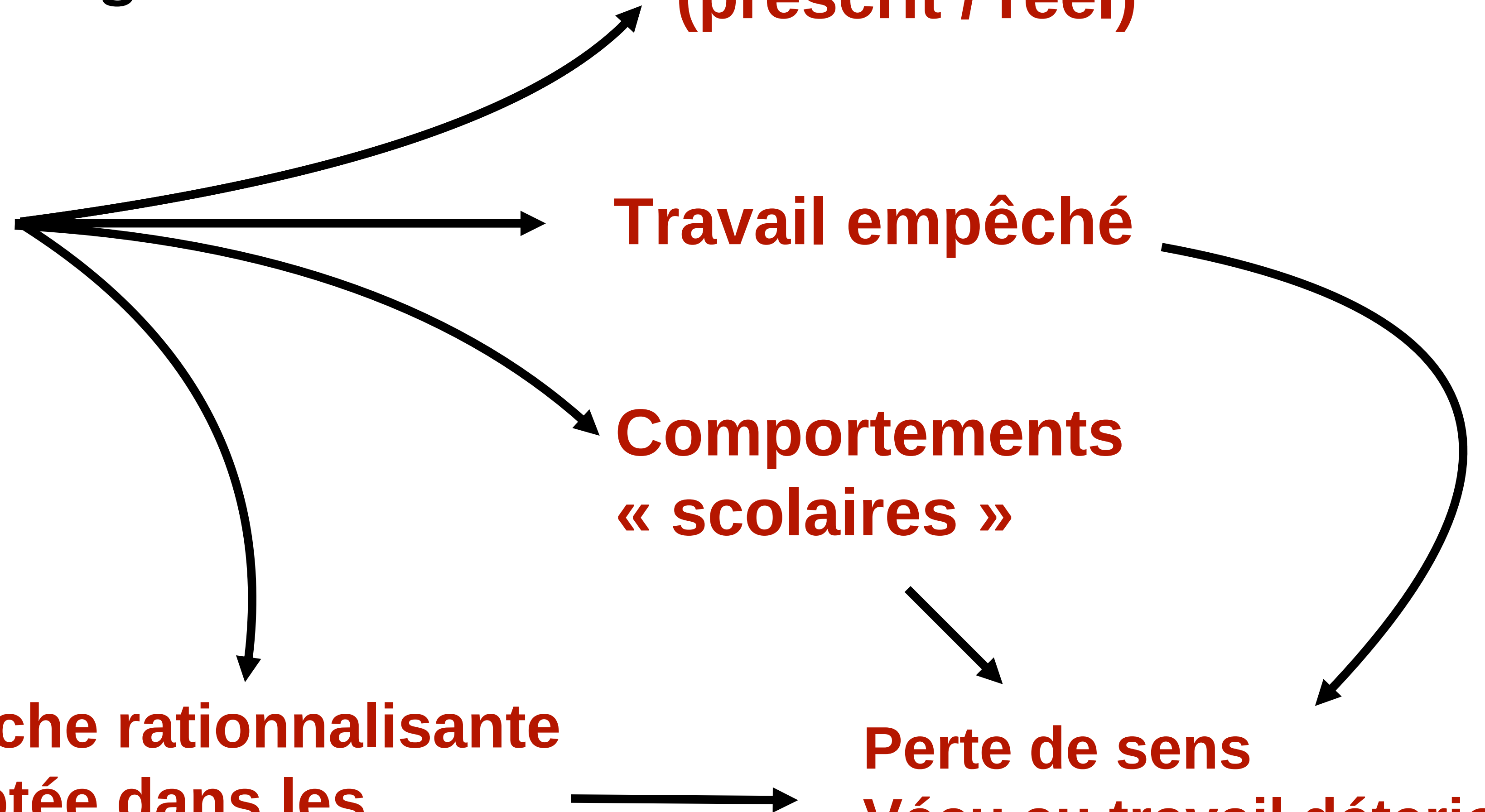
Déconnexion de la
gouvernance
(prescrit / réel)

Travail empêché

Comportements
« scolaires »

Approche rationnalisante
inadaptée dans les
systèmes complexes

Perte de sens
Vécu au travail détérioré



Multiplication des normes

- Une traçabilité qui empêche le travail

*En théorie, d'accord.
En pratique, c'est l'enfer*

Charge cognitive augmentée

Contraintes pour réaliser
le travail

The image shows a screenshot of a medical form for catheter insertion. The form is titled 'Type de Cathéter' and has a dropdown menu set to 'Cathéter court'. Below this, there are several fields and checkboxes:

- ☐ Arrivé avec
- Taille: [dropdown menu]
- Site d'insertion: [dropdown menu]
- Côté: ☐ Droit ☐ Gauche
- Fixation: ☐ Oui ☐ Non
- Pansement transparent: ☐ Oui ☐ Non
- N° de lot / N° de série: [text field]
- CONTEXTE DE POSE
 - Date / Heure: [text field] / [text field]
 - Premier opérateur: [dropdown menu]
 - Deuxième opérateur: [dropdown menu]
- TECHNIQUE DE POSE
 - Moyen antalgique utilisé: ☐ Oui ☐ Non
 - Préparation cutanée
 - Tonte: ☐ Oui ☐ Non
 - Préparation de la peau: ☐ Selon protocole ☐ Hors protocole
 - Repérage: [dropdown menu]
- Documents d'information sur le DMI remis au patient et/ou aux parents: ☐ Oui ☐ Non
- COMMENTAIRE: [text field]

Déconnectées des réalités de métiers

Type de Cathéter

Cathéter central à 3 voies

Arrivé avec

Lumière (s)

☐ Simple ☐ Multi

Site d'insertion

Céphalique

Cheville

Crête iliaque

Creux poplité

Cuir chevelu

Cuisse

Dos

Fémoral

Huméral

Humérus proximal

Inter scalénique

Jugulaire externe

Jugulaire interne

Main

Membre inférieur

Côté

Fixation

Pansement transparent

N° de lot / N° de série

Diamètre

Résumé



Type	Voie
Cathéter court	Veineuse périp

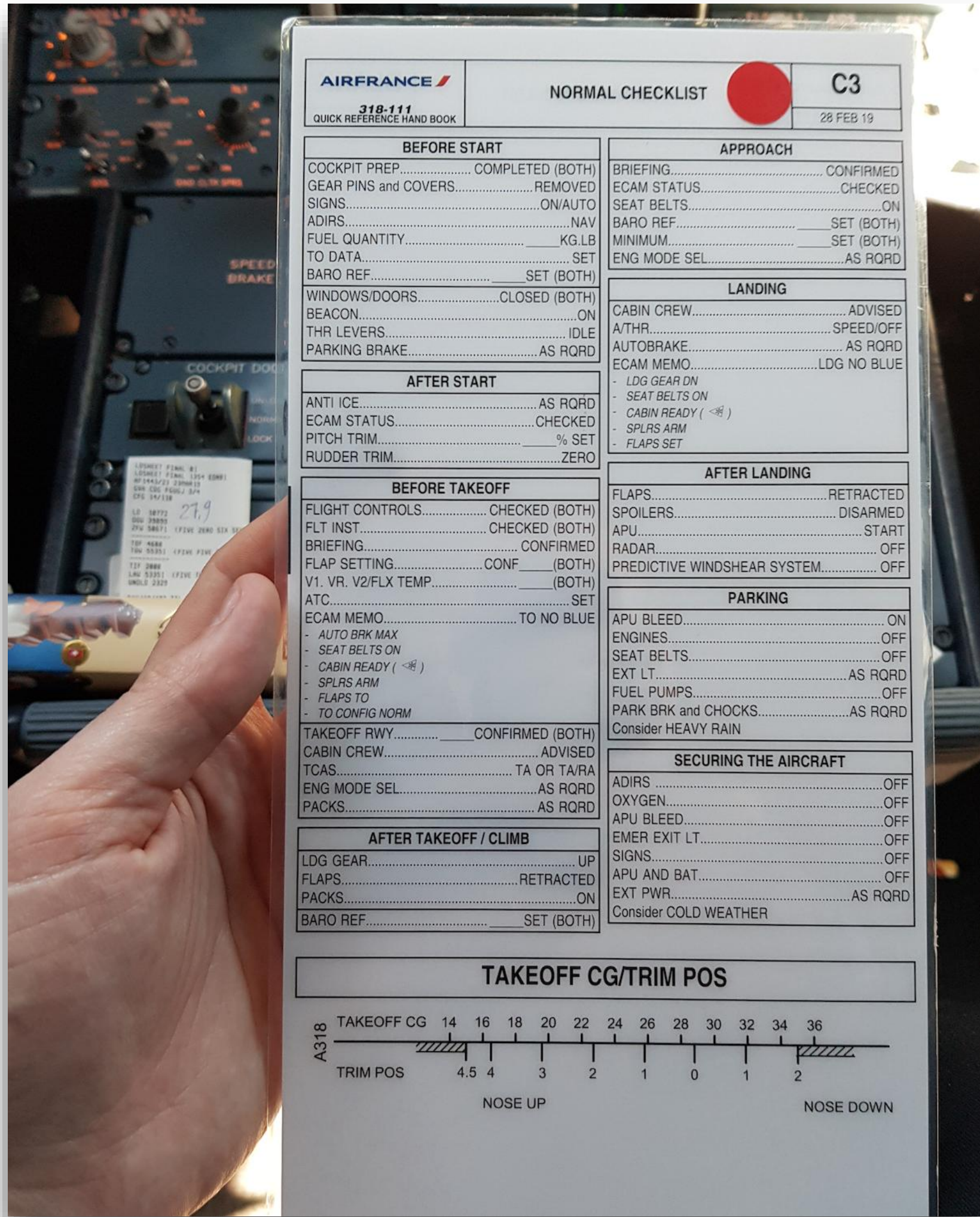
Documents d'information sur le DMI remis au patient et/ou aux parents

☐ Oui ☐ Non

COMMENTAIRE

21:01

Des outils de sécurité travesti en outil de traçabilité...



Crédit : François JAULIN

Crédit : François JAULIN

François JAULIN - 13/11/2025

Des conceptions sans analyse de l'activité

Un couloir pour la sortie de bloc avec nombreuses accroches et trop étroit pour les lits de réanimation, dans un hôpital récemment construit



Perte de sens



Avant la certif' : « *Ca ne va jamais passer* ».

Pendant la visite : « *S'ils me posent une question, je réponds quoi* ».

Après la certif' : « *On a été certifié avec mention alors qu'on sait très bien que notre travail n'est pas de qualité* ».

Une approche séduisante : rationaliser

Un cabinet de conseil a été sollicité par une direction hospitalière pour comprendre pourquoi il y avait des problèmes au bloc opératoire.

Une des conclusions de leur audit : supprimer les temps de pause car non productifs.



Art et norme : un mariage difficile

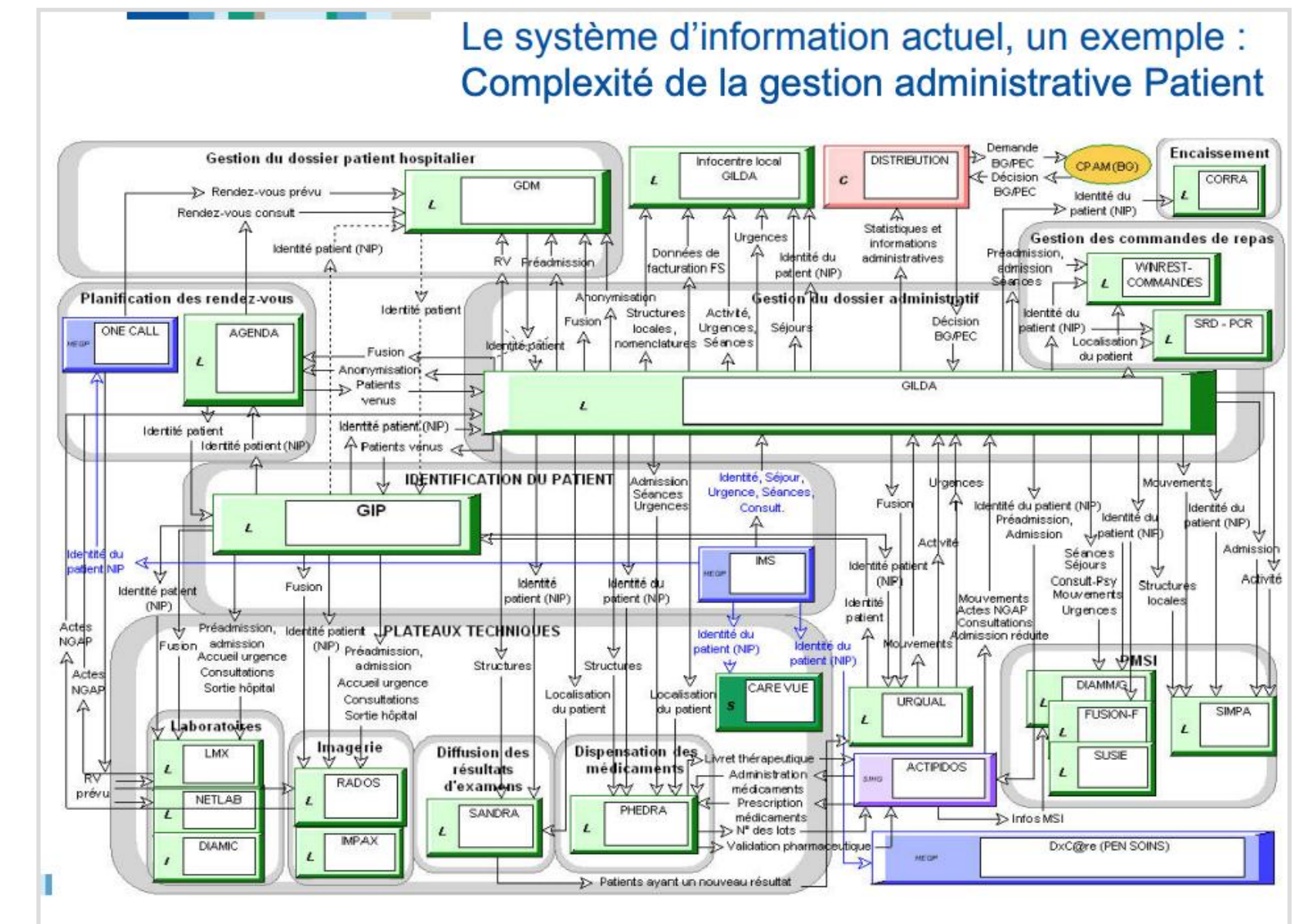
Art et norme : un mariage difficile

- Formation par la compétition pour un contexte qui requiert de la coopération
- Du patient aux *parcours patient* (processus)...

AR > ARMPO



Complexification
→
Dans l'hôpital



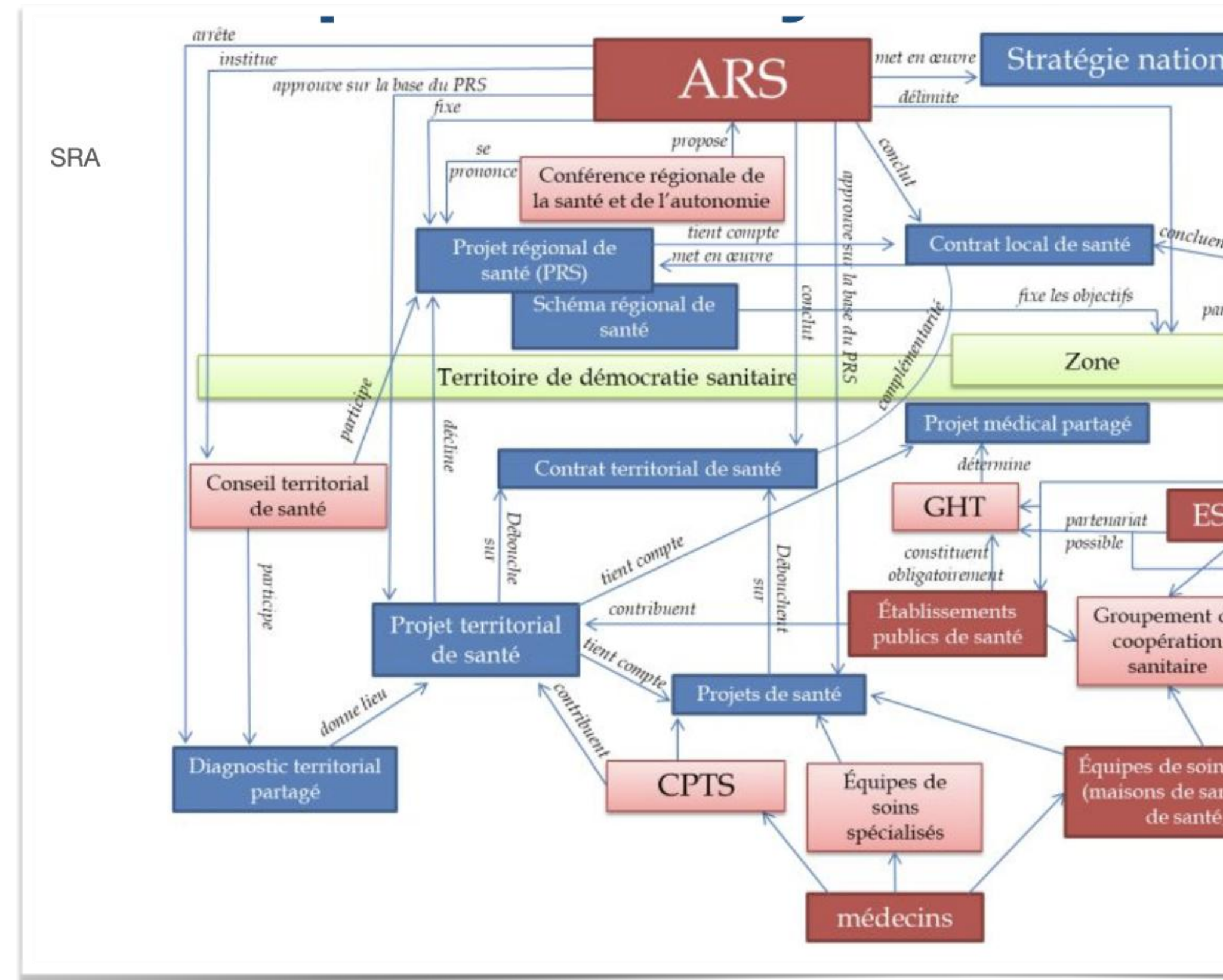
Art et norme : un mariage difficile

- La culture médicale antagoniste avec la standardisation des soins.



Complexification
→
En dehors

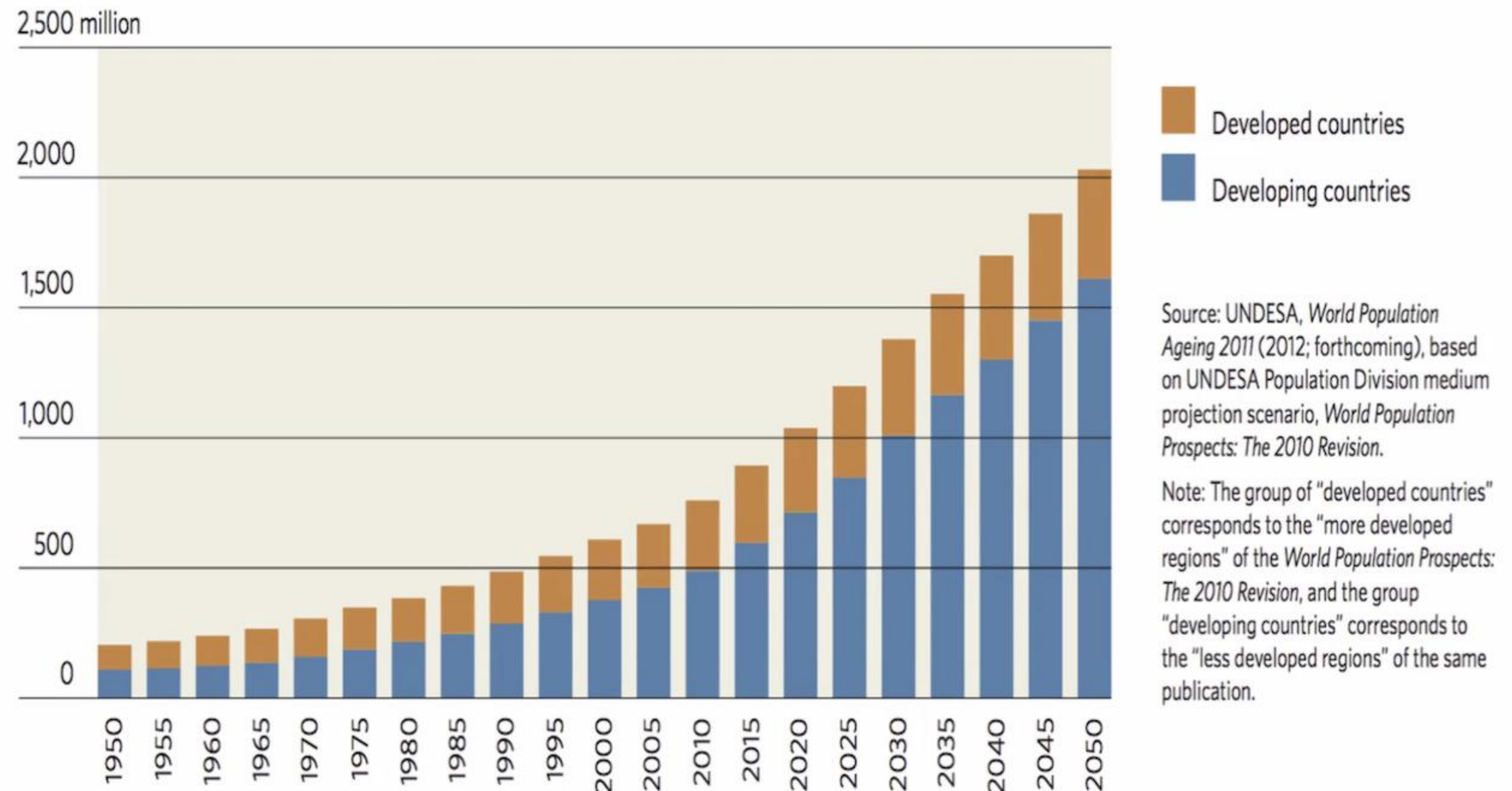
- Inflation normative
- Organisation weberienne



La norme : une approche séduisante pour l'intensification des soins

Dans un contexte d'augmentation de la demande de soins

- En 1950, 205 millions de personnes dans le monde âgés de plus de 60 ans,
- 1 milliard en 2020,
- 2 milliards en 2050.



La norme : une approche séduisante pour l'intensification des soins

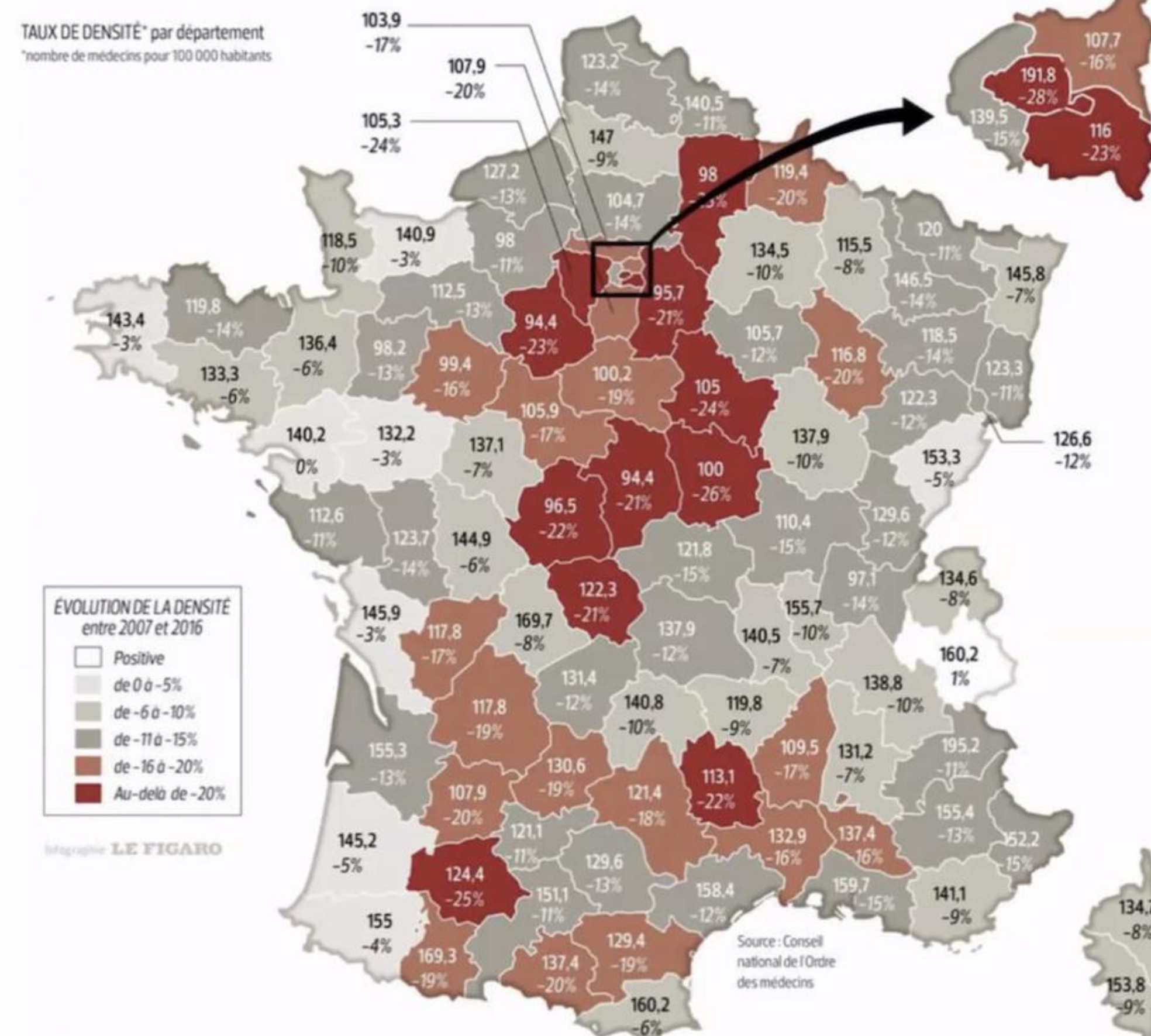
Dans un contexte de **concentration de l'offre de soins**

Guillaume Guichard, [Service infographie du Figaro](#) Mis à jour le 02/06/2016 à 07:08 Publié le 02/06/2016 à 06:00

25% de plus de lits d'aigus et de professionnels de santé de soins primaires auront disparu des déserts médicaux en 2030

45 % des patients les plus fragiles, retraités, sans emplois, vieillissants, vivront dans des déserts médicaux en 2030

Une baisse généralisée de la densité de généralistes en France



20 % des établissements publics et privés de France, doivent restreindre leurs activités faute de personnel suffisant pour fonctionner au maximum de leurs capacités (source MACSF 2022)

6 000 médecins généralistes font défaut dans les régions rurales 2030: 27% de généralistes de moins qu'en 2000 (DARES)

Des professionnels confrontés à l'instabilité de la connaissance

- Changement du support de l'information > 010010111011
- Production « effrénée » de connaissances
- Demi-vie de la connaissance
 - 17 ans dans le nucléaire
 - 13 ans des l'aviation civile
 - 5,5 ans dans la médecine
- Crise, incertitude, fausses informations...

Editorial

May 28, 2014

Updating Practice Guidelines

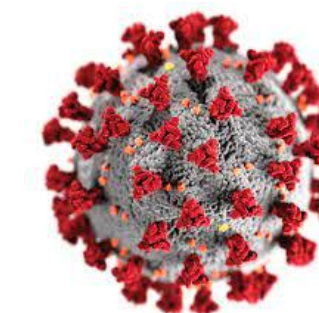
Paul G. Shekelle, MD, PhD^{1,2}

» Author Affiliations

JAMA. 2014;311(20):2072-2073. doi:10.1001/jama.2014.4950

Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months

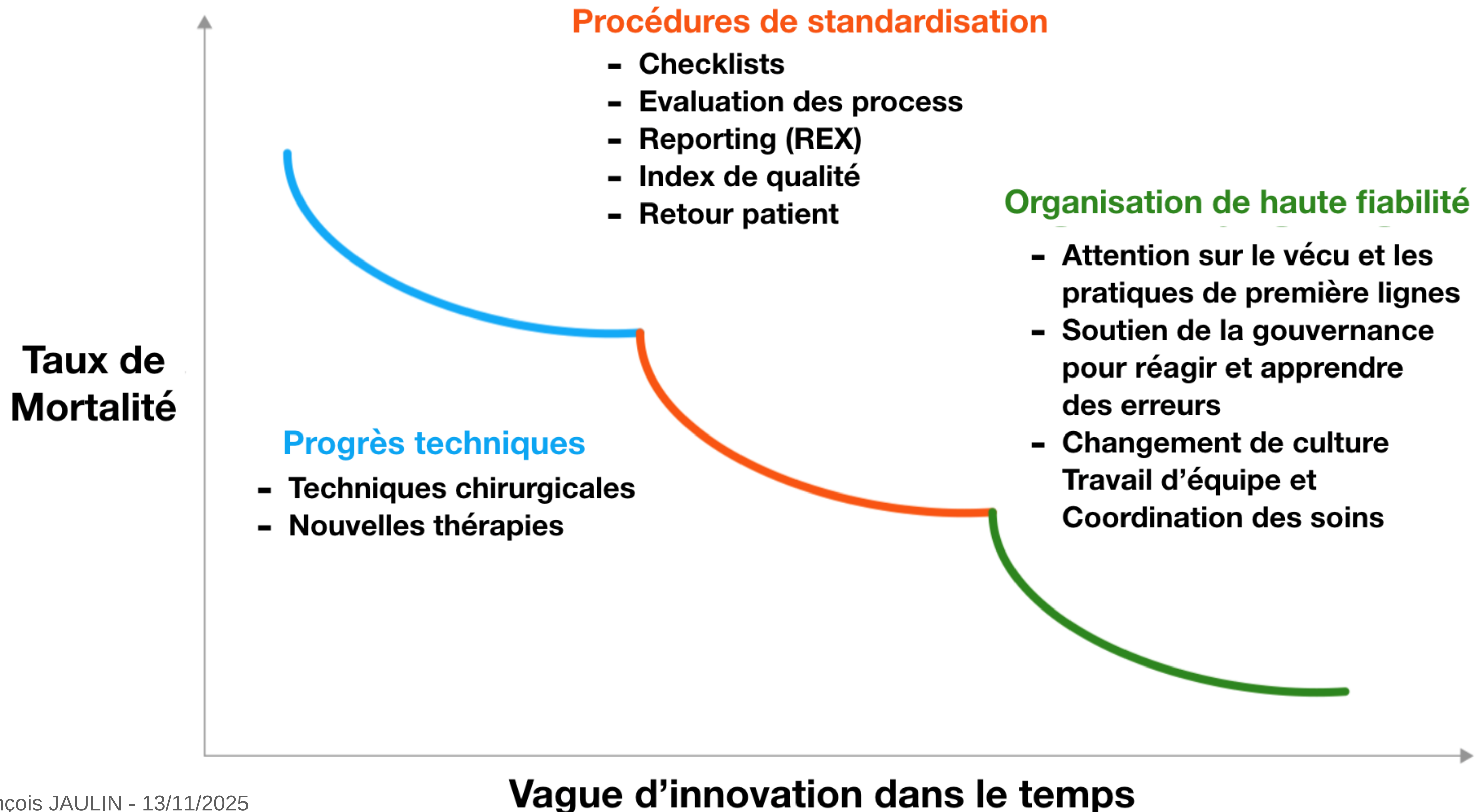
[Lucy J.H. Alderson](#) · [Phil Alderson](#)   · [Toni Tan](#)



Concilier l'art et la norme : approche facteurs humains

Ou comment sortir d'une approche binaire qui oppose l'art et la norme ?

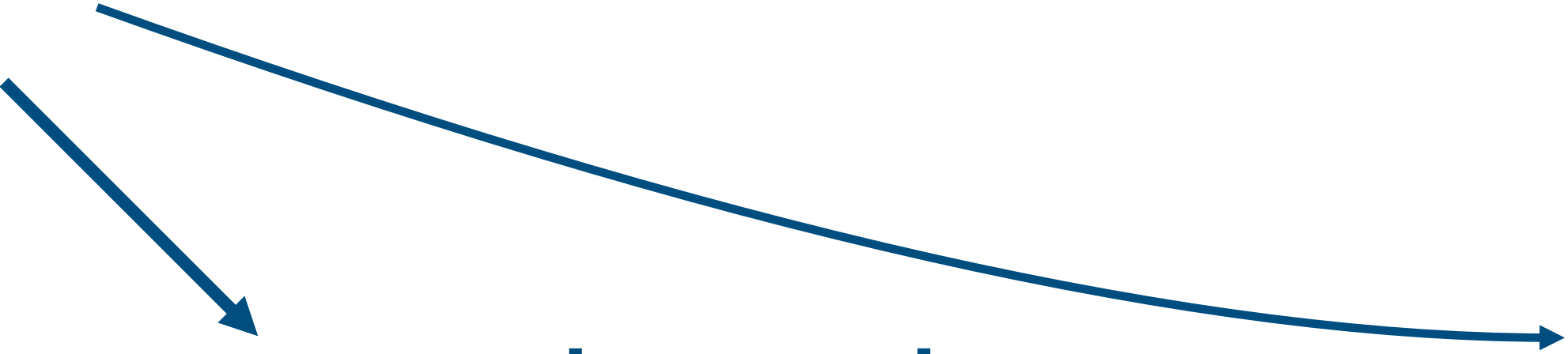
Concilier l'art et la norme : approche facteurs humains



Facteurs Humains ?

Facteurs Humains ?

Etude du fonctionnement humain organisationnel



Sociologie
Physiologie
Ingénierie
Design industriel
Design visuel
Expérience utilisateur
Interface utilisateur
Psychologie
*Psychologie
ergonomique*

Facteurs Humains ?

Etude du fonctionnement humain
organisationnel

*Human factors
engineering*

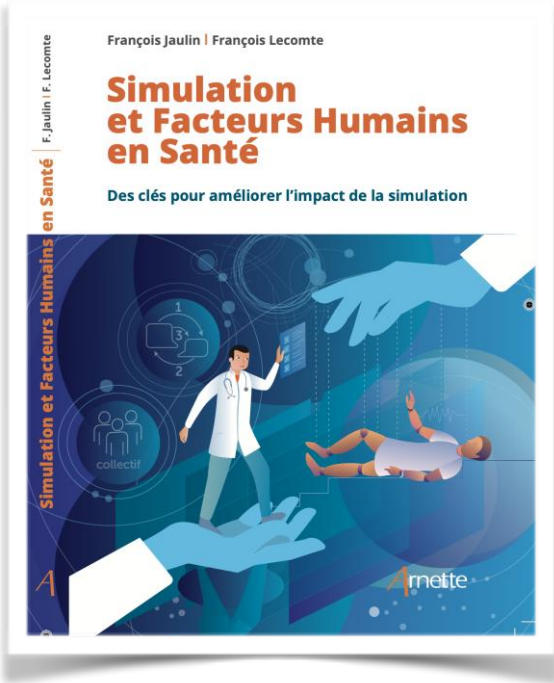
Ergonomics

Sociologie
Physiologie
Ingénierie
Design industriel
Design visuel
Expérience utilisateur
Interface utilisateur
Psychologie
*Psychologie
ergonomique*

la **discipline scientifique** qui s'intéresse à la compréhension des **interactions** entre les **humains** et les **autres éléments d'un système**, et la profession qui applique la théorie, les principes, les données et les méthodes à la conception afin **d'optimiser le bien-être humain** et la **performance globale du système**.

<https://iea.cc/what-is-ergonomics/> - International Ergonomics Association

4 axes pour agir



Valeurs et philosophie de l'organisation
Politique interne, procédures
Style de leadership
Engagement et implication de la gouvernance et des managers pour les activités de 1^{re} ligne
Processus décisionnels, partage de la stratégie
Cohérence et clarté de l'organigramme
Gestion des priorités
Efficacité du retour d'expérience
Création et entretien d'une culture de sécurité

Culture du travail
en équipe
Cohésion au sein
du collectif
Valeurs communes
(connues ?)
Culture du débat
Vigilance partagée
Transmission
...



Adaptation à la nature de l'activité
– Pression temporelle :
pic d'activité – période creuse,
– Complexité des tâches à accomplir
– Ressources : outils et temps
disponibles...

Adaptation à la nature humaine
– Environnement physique (éclairage,
bruit, température, etc.)
– Durée du travail, jour/nuit...

Valeurs
Expérience
Santé du professionnel
Perception et attitude face à la sécurité
Reconnaissance et motivation individuelle
Compétences métier et de coopération (formation et maintien)

Figure 5/ Les grandes dimensions sur lesquelles s'expriment les facteurs humains : l'organisation et le management, les collectifs de travail, les situations de travail et le professionnel (d'après [43]).

Agir avec une philosophie simple

Agir avec une philosophie simple

Rendre impossible ce qui est dangereux

*Rendre facile ce qui marche
(performant et sécurisé)*

Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

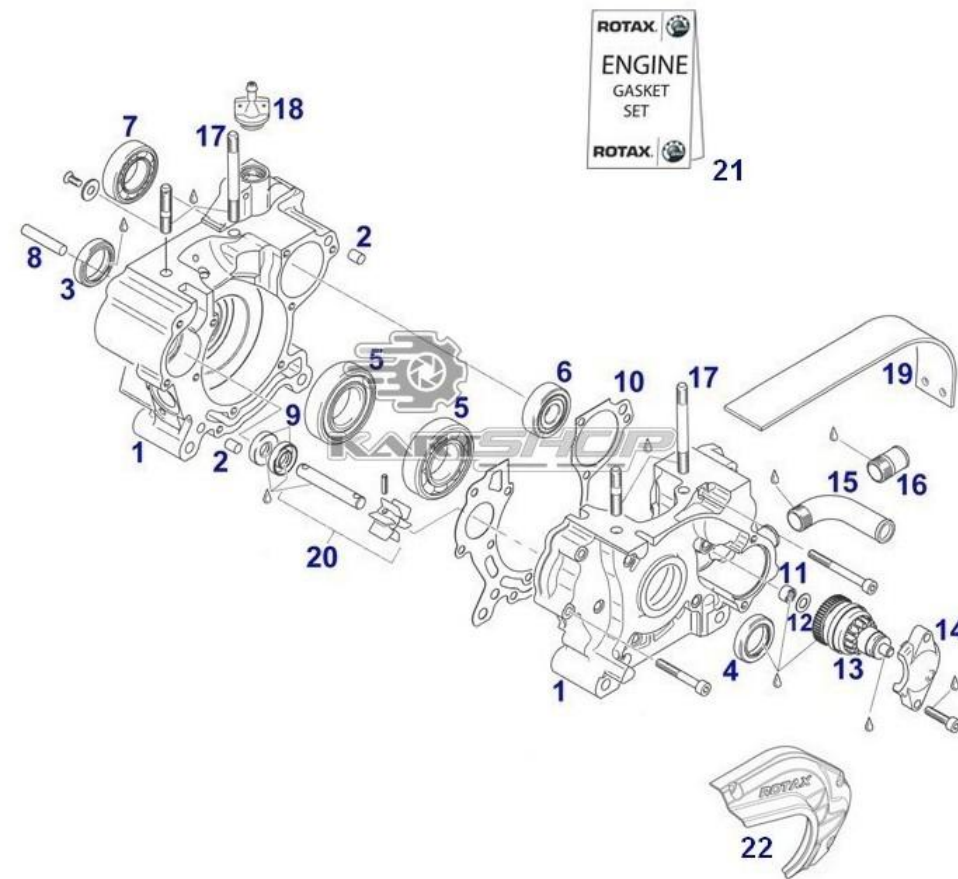
Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Ce que ca implique ?

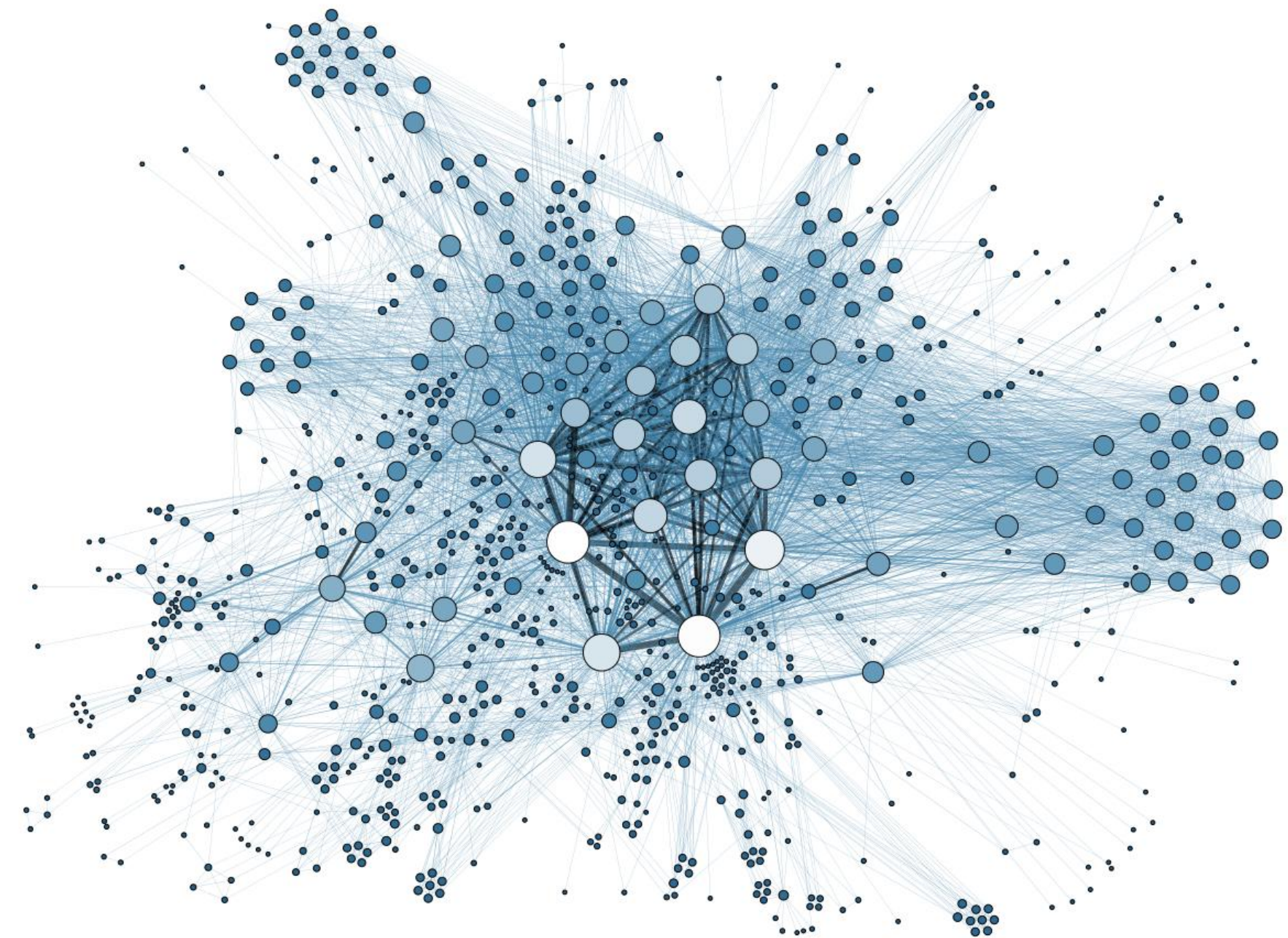
Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

L'hôpital est un système complexe. Rationaliser ne suffit pas.



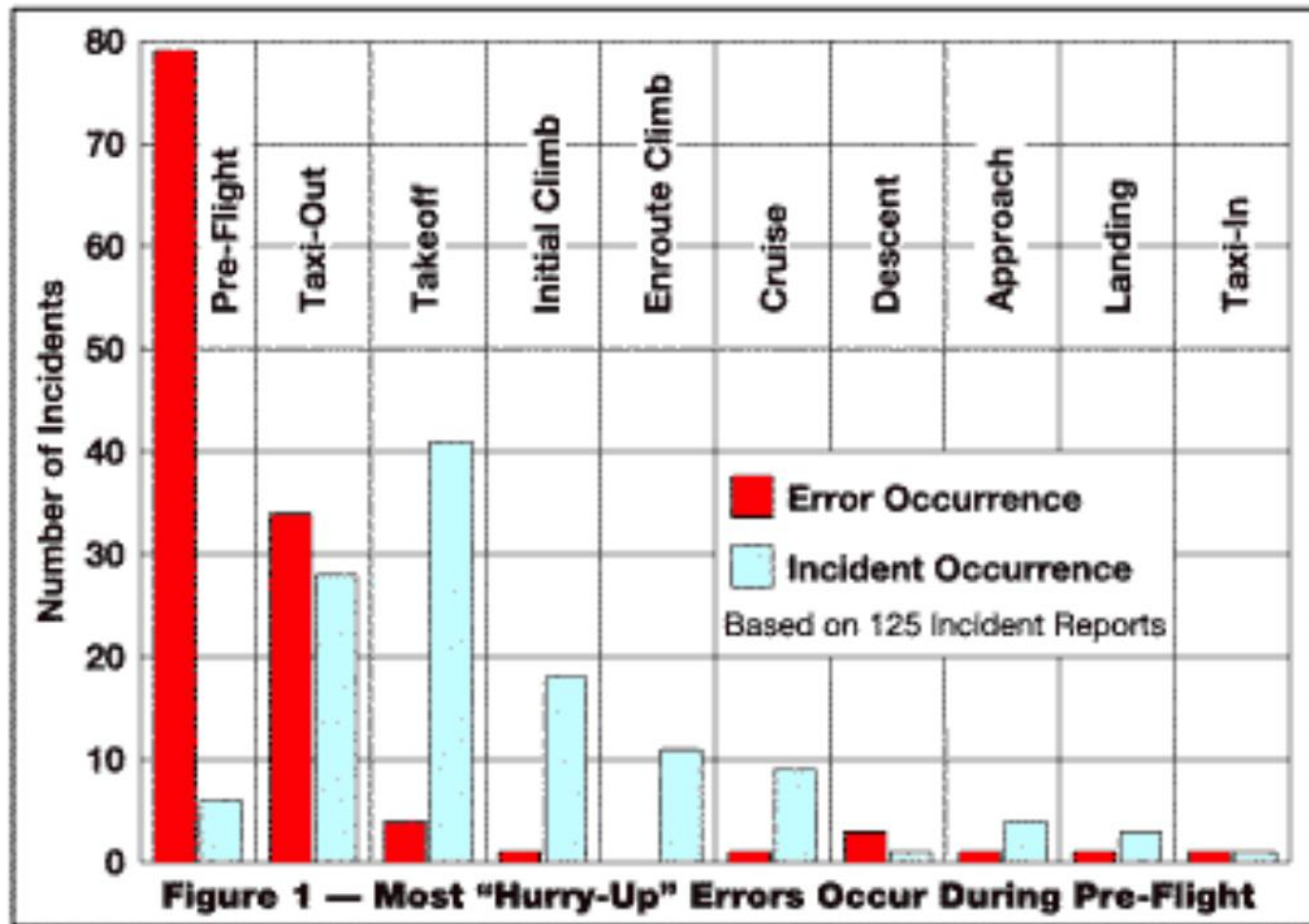
Complicqué



Complexe

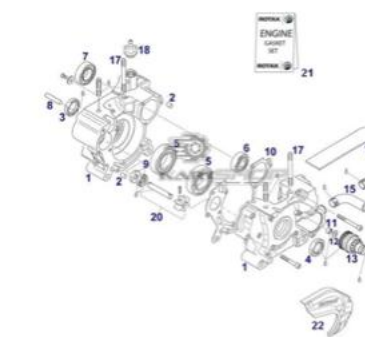
Donner du temps et faire face au *Hurry-up syndrome*

Identifier les
temps critiques
et les protéger



https://asrs.arc.nasa.gov/publications/directline/dl5_hurry.htm

L'hôpital est un système complexe. Rationaliser ne suffit pas.

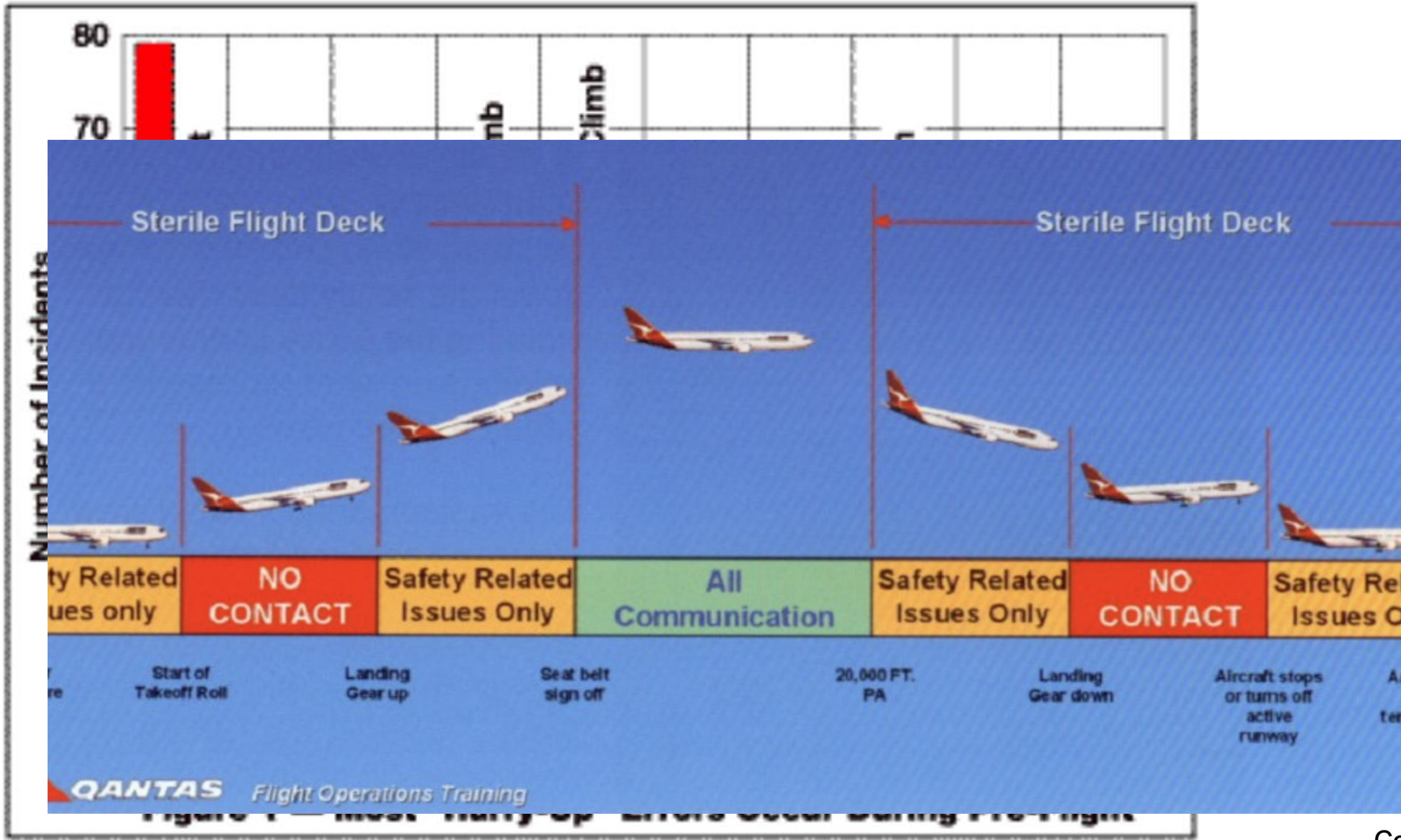


Complicé



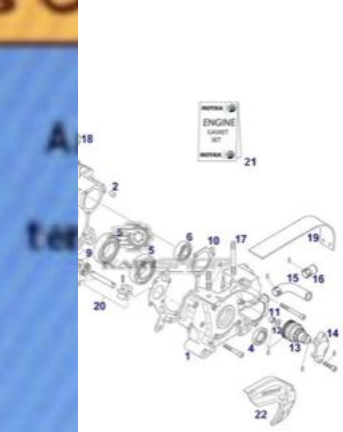
Complexe

Développer des règles opérationnelles



Identifier les temps critiques et les protéger

est un système complexe. Rationaliser ne s.



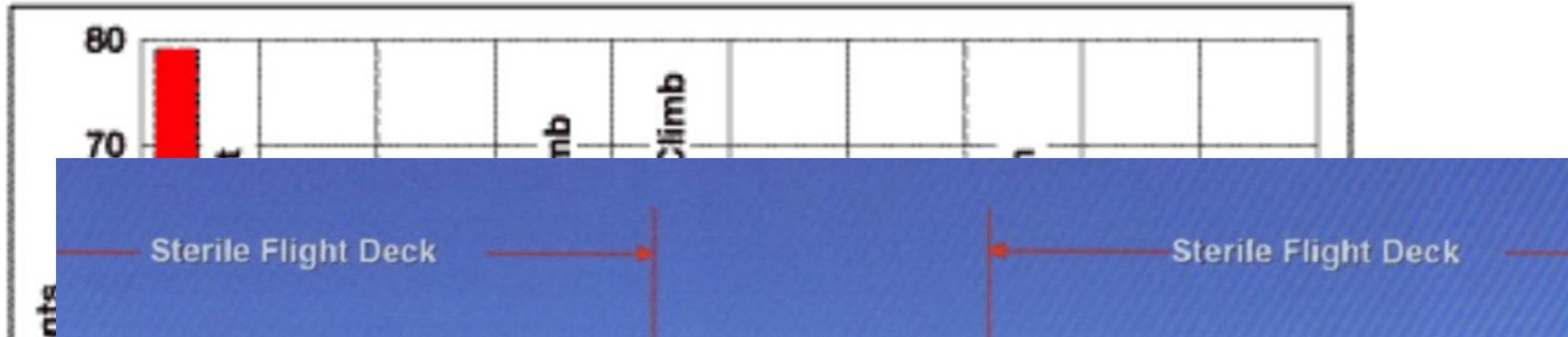
Compliqué



Complexe

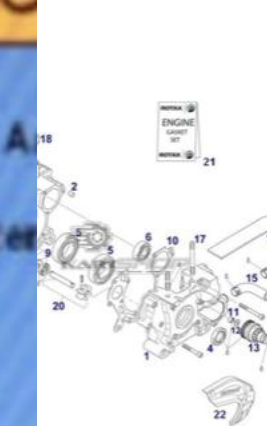
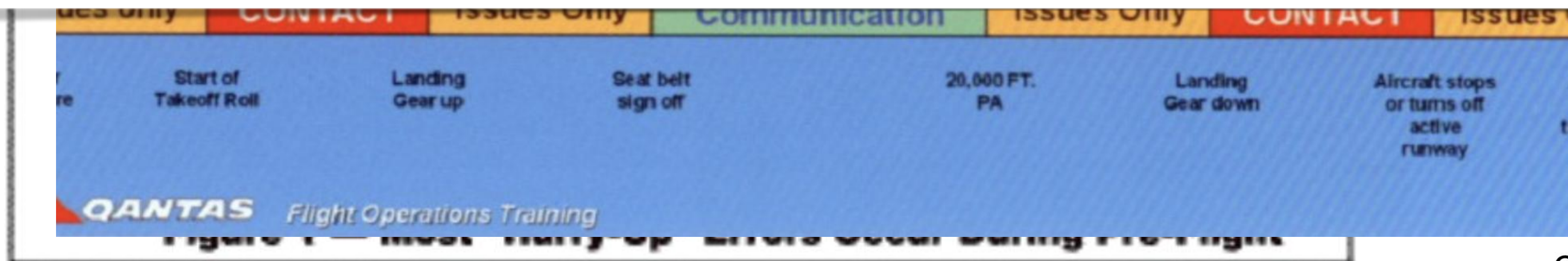
https://asrs.arc.nasa.gov/publications/directline/dl5_hurry.htm

Développer des règles opérationnelles



Identifier les temps critiques et les protéger

Un garçon de 6 ans est programmé pour une cure d'ectopie testiculaire gauche avec des antécédents d'un abaissement testiculaire droit en 2020. J'ai incisé le mauvais côté. Nous avons oublié de faire la dernière chek-list. Emportés par une discussion banale, ayant oublié de marquer la zone à inciser (à laine gauche et à la bourse gauche) et ayant l'habitude de toujours me placer à la droite du patient pour ce type d'intervention, j'ai posé les champs du côté et incisé à droite.



Compliqué



Complexe

https://asrs.arc.nasa.gov/publications/directline/dl5_hurry.htm

Créer des temps d'échanges

- Smart Lab
- Espace de dialogue du travail
- PerfKfé
- Café du jeudi
- RMM
- Rex
- ...



Smartlab à l'hôpital Robert-Debré AP-HP

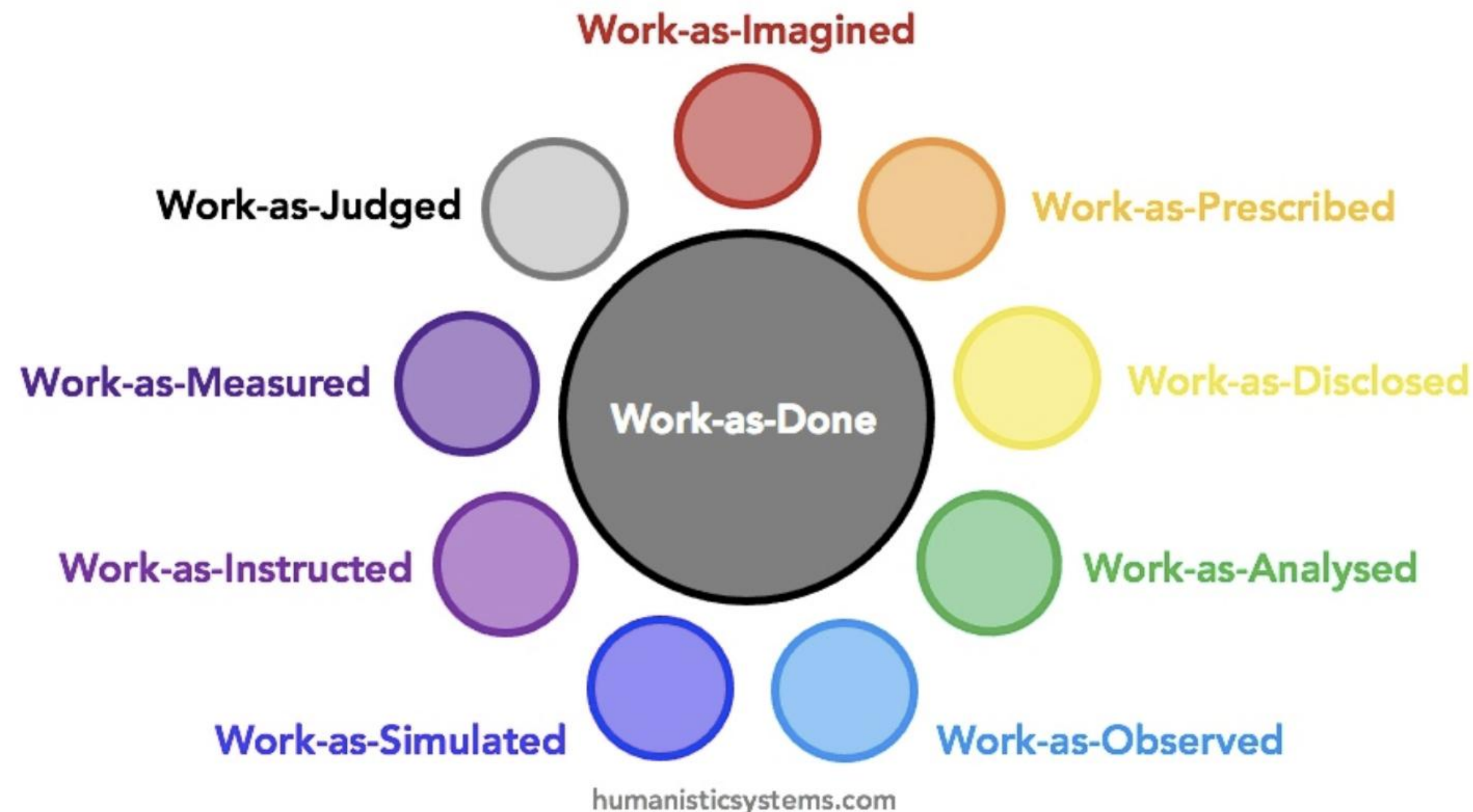
Identifier et résoudre en équipe des problématiques communes qui irritent le quotidien.

Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Faciliter la coopération entre les fonctions support et les acteurs de première de ligne



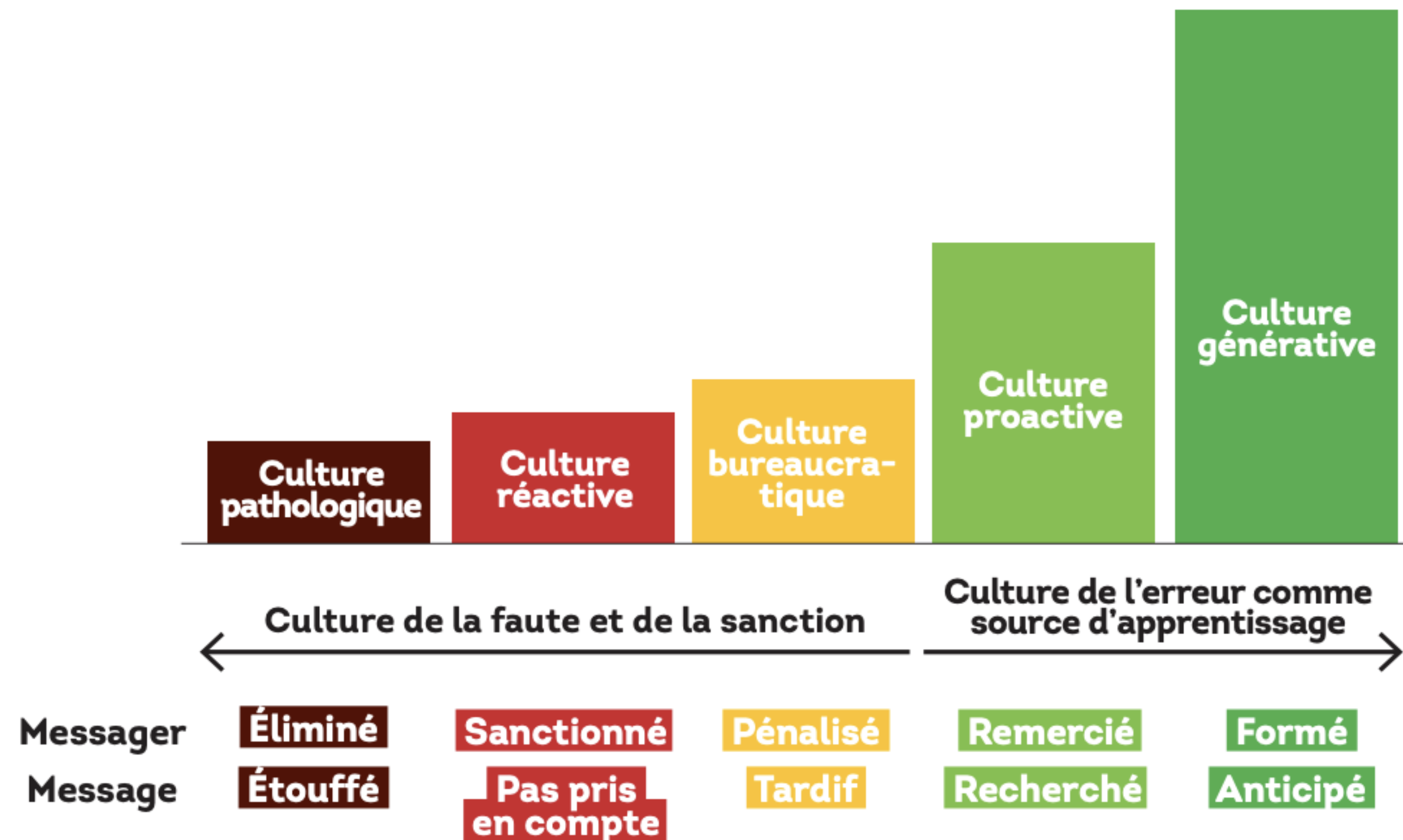
Former la « Qualité » à
l'observation du terrain
Questionner le vécu
Partager son expérience
Organiser et faire vivre le REX
Co-construire les procédures ...

Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Aller vers une culture générative



Développer l'acuité aux signaux faibles

Former les professionnels à la déclaration

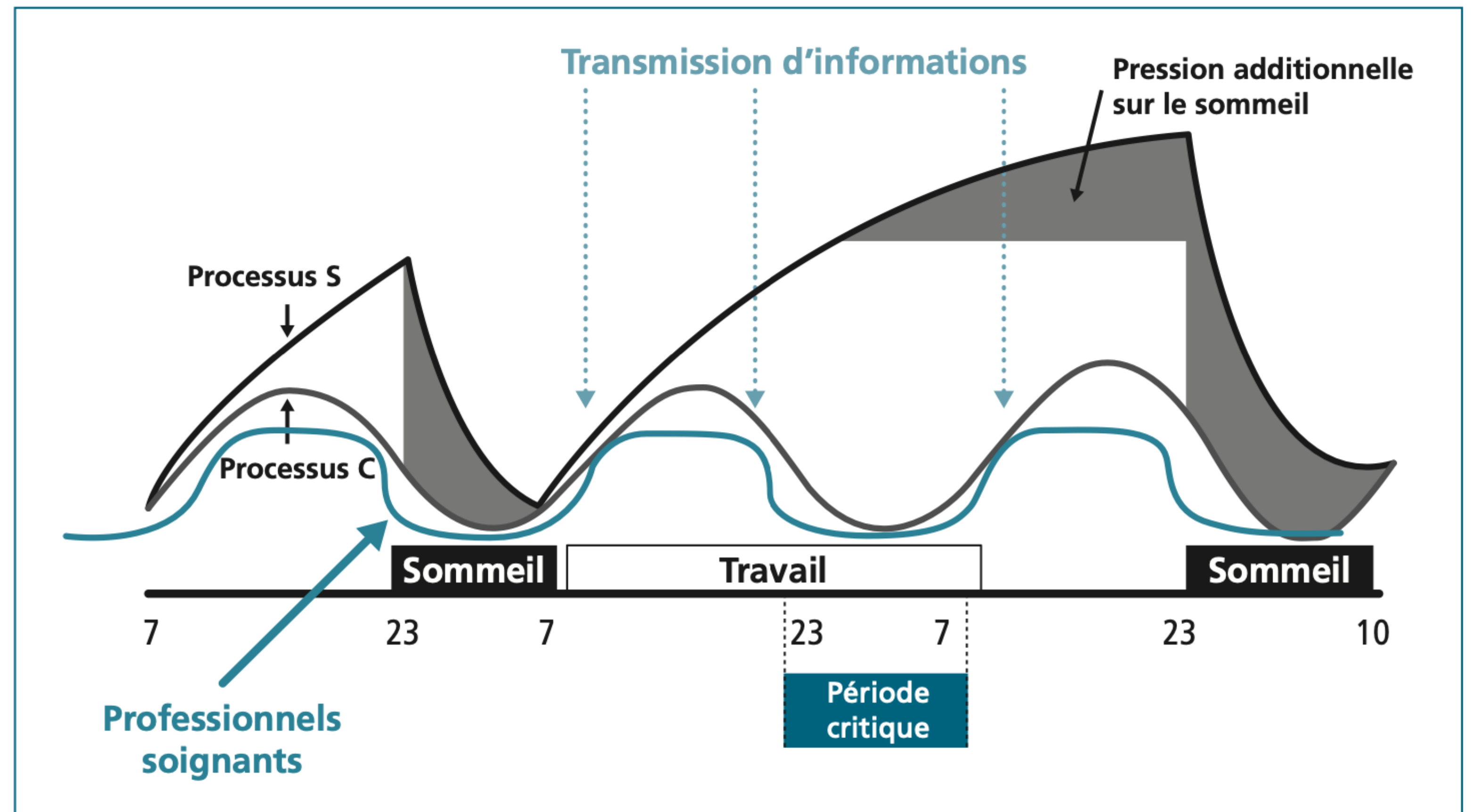
Développer la conscience du risque dans le soin ...

Université de Manchester, Westrum, Reason

Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux
Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Intégrer les bases de la physiologie dans le fonctionnement de l'organisation



Ce que ça implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

LOOK
ALIKE
DRUGS

OÙ EST
CHARLIE?



crédit : Seamus Thierry

Des conditionnements
trop similaires...



Créer des barrières robustes

Si vous arriverez à lire ce texte, c'est que votre cerveau fonctionne normalement... mais vous démontre que la lecture n'est pas un moyen fiable pour prévenir les erreurs médicamenteuses. On lit ce qu'on a envie de lire. Ne faites pas confiance à votre cerveau ou à la lecture, en particulier en situation de stress ou de fatigue...¹

Ce que ca implique ?

LOOK
ALIKE
DRUGS

OÙ EST
CHARLIE?



crédit : Seamus Thierry

Des conditionnements
trop similaires...



*Rendre impossible ce qui est
dangereux*

*Rendre facile ce qui marche (performant
et sécurisé)*

Encourager l'innovation frugale (low-tech)

PATIENT SAFETY
DATABASE



Faciliter la perception d'information, simplifier la décision



COUPURE GÉNÉRALE ÉLECTRICITÉ

Garde de 24 h commencée à 8h. Patiente primipare en cours de travail spontané sous analgésie péridurale.

Fin de la seringue d'anesthésique local et en même temps stagnation du travail. L'obstétricien se donne 30 min pour décider d'une éventuelle césarienne. L'analgésie péridurale est arrêtée. Après 30 min, décision de césarienne code vert (période 19h-23h). Tentative d'extension de la péridurale par injection dans le cathéter mais l'injection est impossible et le cathéter semble bouché. Décision de faire une rachianesthésie. En attendant l'arrivée de l'équipe (IBODE, aide op), la patiente (qui mesure 1,75 m) commence à ressentir les contractions. La rachianesthésie est réalisée avec 12 mg de bupivacaine hyperbare et 3 mcg de sufentanil. Pendant que le chirurgien est entrain de se laver les mains, l'IBODE essaye d'allumer les scialytiques changés il y a quelques jours.

Faciliter la perception d'information, simplifier la décision



ÉNÉRALE ÉLECTRICITÉ

encée à 8h. Patiente primipare en cours de travail
sie péridurale.

nesthésique local et en même temps stagnation
en se donne 30 min pour décider d'une éventuelle
ie péridurale est arrêtée. Après 30 min, décision
ert (période 19h-23h). Tentative d'extension de la
n dans le cathéter mais l'injection est impossible
e bouché. Décision de faire une rachianesthésie.
de l'équipe (IBODE, aide op), la patiente (qui mesure
ressentir les contractions. La rachianesthésie est
le bupivacaine hyperbare et 3 mcg de sufentanil.

Pendant que le chirurgien est entrain de se laver les mains, l'IBODE
essaye d'allumer les scialytiques changés il y a quelques jours.

Deux boutons, deux ambiances
Martin Bromiley

Introduire du design dans les outils du soins

- Simulation in situ en équipe.
- RMM.

MOTS-CLÉS : RCP, matériel, urgences.

HYPERGLYCÉMIE PEROPÉRATOIRE ?

Au cours d'une matinée au bloc opératoire, j'étais fatigué et préoccupé par ce patient avec des antécédents lourds sur une chirurgie à haut risque de complication neurologique et infectieuse. Le patient était diabétique et je devais contrôler régulièrement ses dextros. Le premier était à 2,4 g/l. Dès le début de l'opération il avait une TA basse faisant suspecter la prise de son médicament pour l'hypertension artérielle. Pour faire les dextros, je devais me mettre sous les champs pour accéder aux doigts (chirurgie du rachis cervical). L'appareil à dextro m'avait été donné avec comme info une difficulté d'usage pour obtenir les dextros. Je fais la piqûre et je place la « dosette ». Le sigle « mettre la goutte de sang » apparaît et reste longtemps puis s'affiche 222. Je l'interprète comme 2,22 g/l (cohérent avec glycémie préop). J'injecte donc de l'insuline en IVD. 30 minutes après, je refais le dosage et même histoire. Nouvel affichage 222. Je me dis qu'il y a un problème et je réalise que le 222 est un code d'erreur (en bas à gauche écriture notée "CODE" mais non vue lors de la précédente mesure). Finalement le nouveau dextro est à 1,7 g/l.

Les points forts:

- Détection de l'erreur.
- Déclaration.



Patient Safety Database

**Un code
erreur
problématique**

Recruter des designers

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Des ergonomes Des spécialistes FOH



Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Fiabiliser les interactions



**Impliquer le patient
comme barrière de
sa propre sécurité**

Considérer les usagers dans la conception des hôpitaux modernes



Considérer l'utilisateur (à travers son expérience)

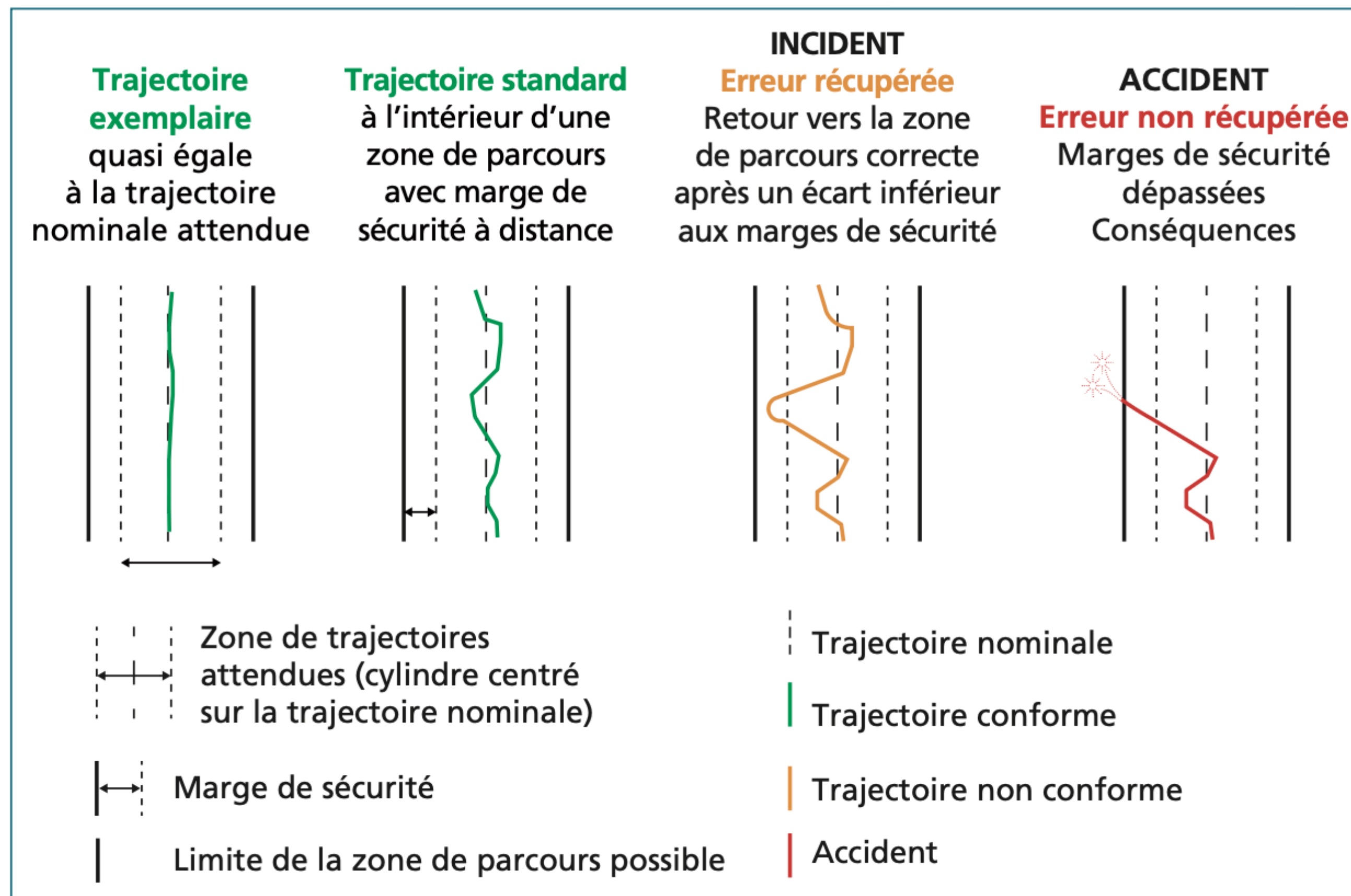


Ce que ça implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

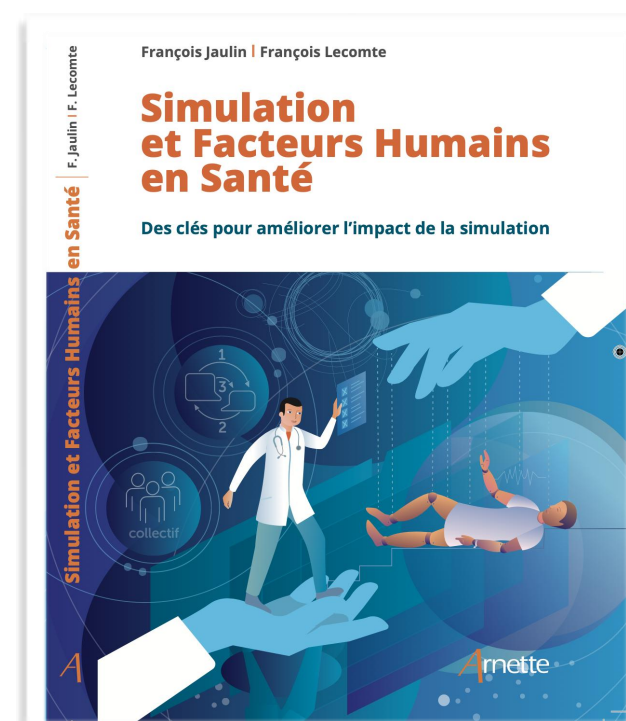
Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Voir la norme comme le minimum acceptable et non norme vue comme le résultat optimal



Valoriser stratégies et les comportements qui augmentent les marges de sécurité

Adapter les seuils aux ressources



Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Réinventer les études en santé

Aligner la sélection (recrutement) des étudiants aux besoins du métier

Favoriser l'apprentissage plutôt que la préparation à une évaluation

Refondre les curriculums pour les aligner aux besoins opérationnels

536	Lupus érythémateux systémique	Pathologie	43.7
-----	-------------------------------	------------	------

https://www.orpha.net/pdfs/orphacom/cahiers/docs/FR/Prevalence_des_maladies_rares_par_prevalence_decroissante_ou_cas.pdf

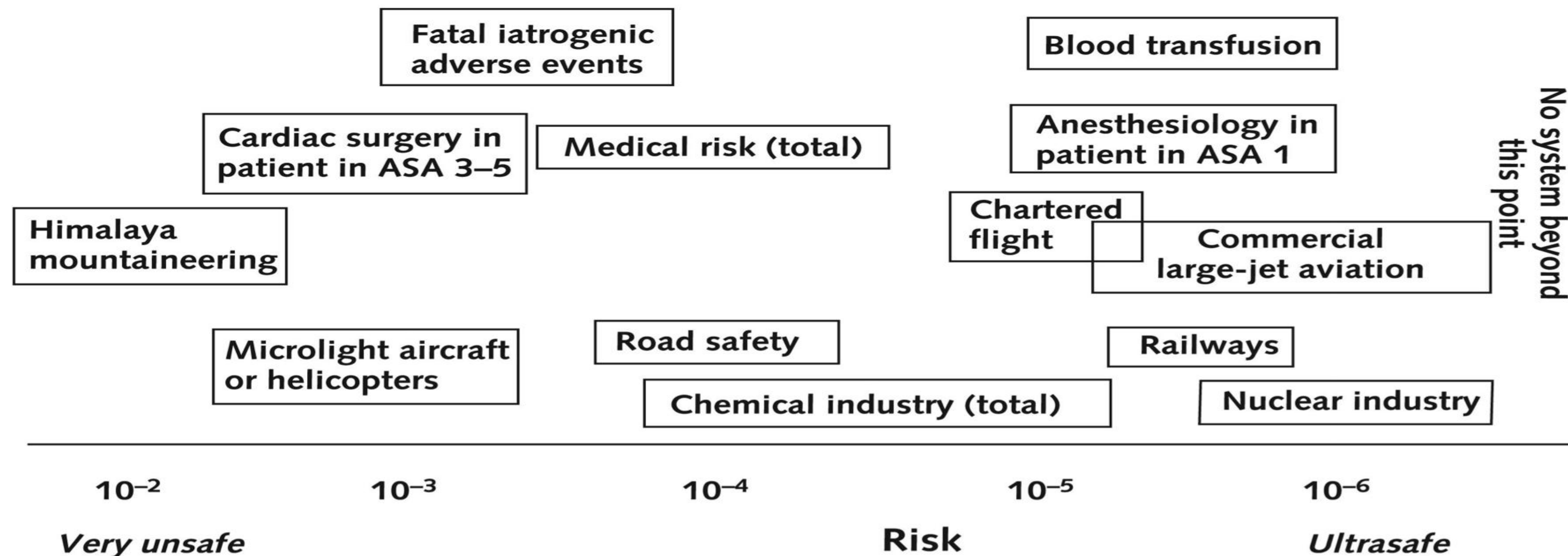
Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Réinventer les études en santé

Concevoir un socle commun en terme de sécurité et Facteurs Humains en Santé



Chirurgie vitale

Médecine spécialisée

Anesthésie

Ce que ca implique ?

Rendre impossible ce qui est dangereux

Rendre facile ce qui marche (performant et sécurisé)

Développer de nouvelles valeurs

Indépendance
Autosuffisance
Autonomie



Humilité
Discipline
Travail en équipe
Exemplarité

Passer de la compétition à la coopération

Cockpit > Crew > Compétences non techniques > Comportements observables

Resource Management on the Flight Deck
Proceedings of a NASA/Industry Workshop
Held at
San Francisco, California
June 26-28, 1979

March 1980

NASA
National Aeronautics and
Space Administration

UNIVERSITY OF ABERDEEN

Framework for Observing and Rating
Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0

TEAMWORK
TASK MANAGEMENT
SITUATION AWARENESS
DECISION MAKING

UNIVERSITY OF ABERDEEN

THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF EDINBURGH

The Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS) System Handbook v1.2

TEAMWORK
SITUATION AWARENESS
LEADERSHIP
DECISION MAKING

Structuring observation, rating and feedback
surgeons' behaviours in the operating theatre

COMPÉTENCES PILOTES

PILOTAGE
MAN
Pilotage manuel
AUT
Utilisation des automatismes
DEC
Prise de décision
GES
Gestion de la charge de travail
COS
Conscience de la situation

PROCÉDURE
CNS
Connaissances
PRO
Application des procédures
COM
Communication
LTE
Leadership et travail d'équipe

MONITORING
CONNAISSANCE DE SOI

CRM

Guide des comportements efficaces
Une aide au développement des compétences non techniques au travers de marqueurs comportementaux

OB_LEAF_GEN_v1.0 26-04-2021

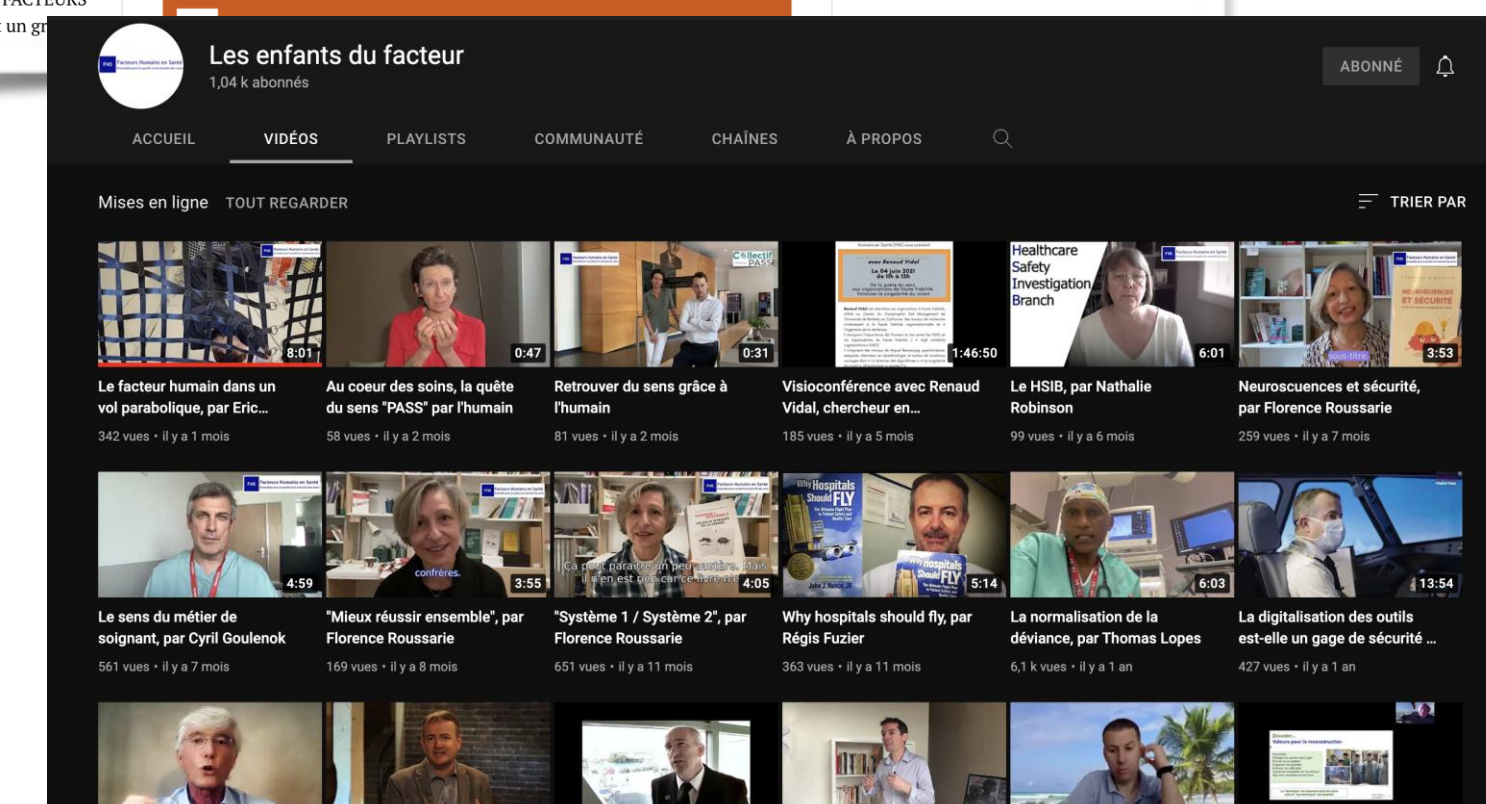
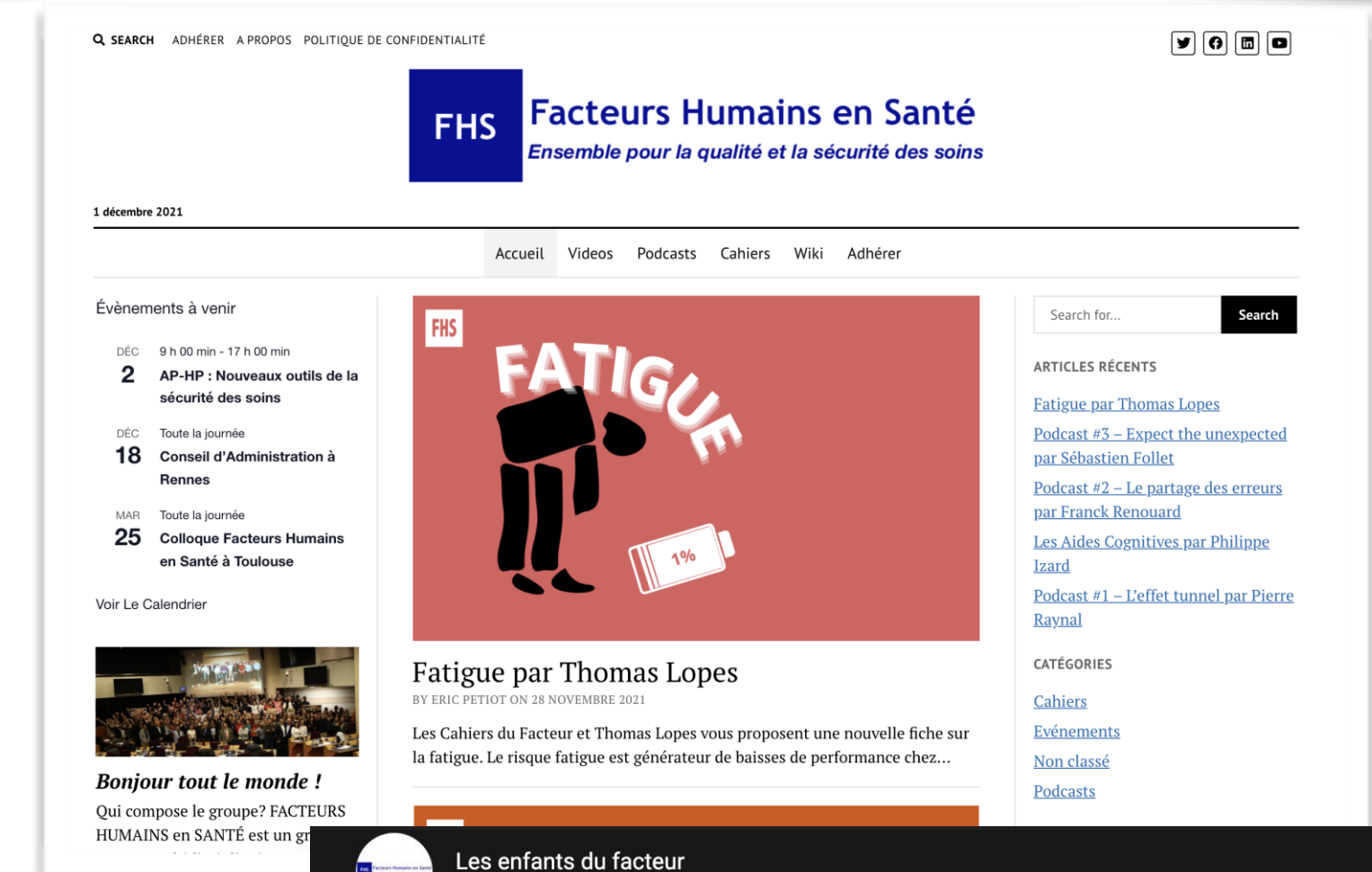
Les principes & méthodes FOH peuvent s'appliquer à toutes les organisations... mais les résultats sont différents

L'hôpital peut (s') inspirer d'autres secteurs



Pour vous aider : *Facteurs Humains en Santé*

- Cahier du facteur : *Les cahiers du Facteur*
- Chaine Youtube *Les enfants du Facteur*
- Podcast : *La voix du Facteur*
- RPP SFAR FHS : FH en situation critique
- Groupe Zotero : les 100 meilleurs articles du FH en santé
- Colloque : le dernier à Bordeaux le 13/06/2025
- Mission parlementaire
- Partenariats



Pour vous

Facteurs Humains en Santé

- Cahier du facteur : Le
- Chaine Youtube Les
- Podcast : *La voix du*
- RPP SFAR FHS : FH en
- Groupe Zotero : les 1
- Colloque : le procha
- Mission parlementair
- Partenariats



Facteurs Humains en situations critiques par Benjamin Bijok et François Jaulin

23 SEPTEMBRE 2022

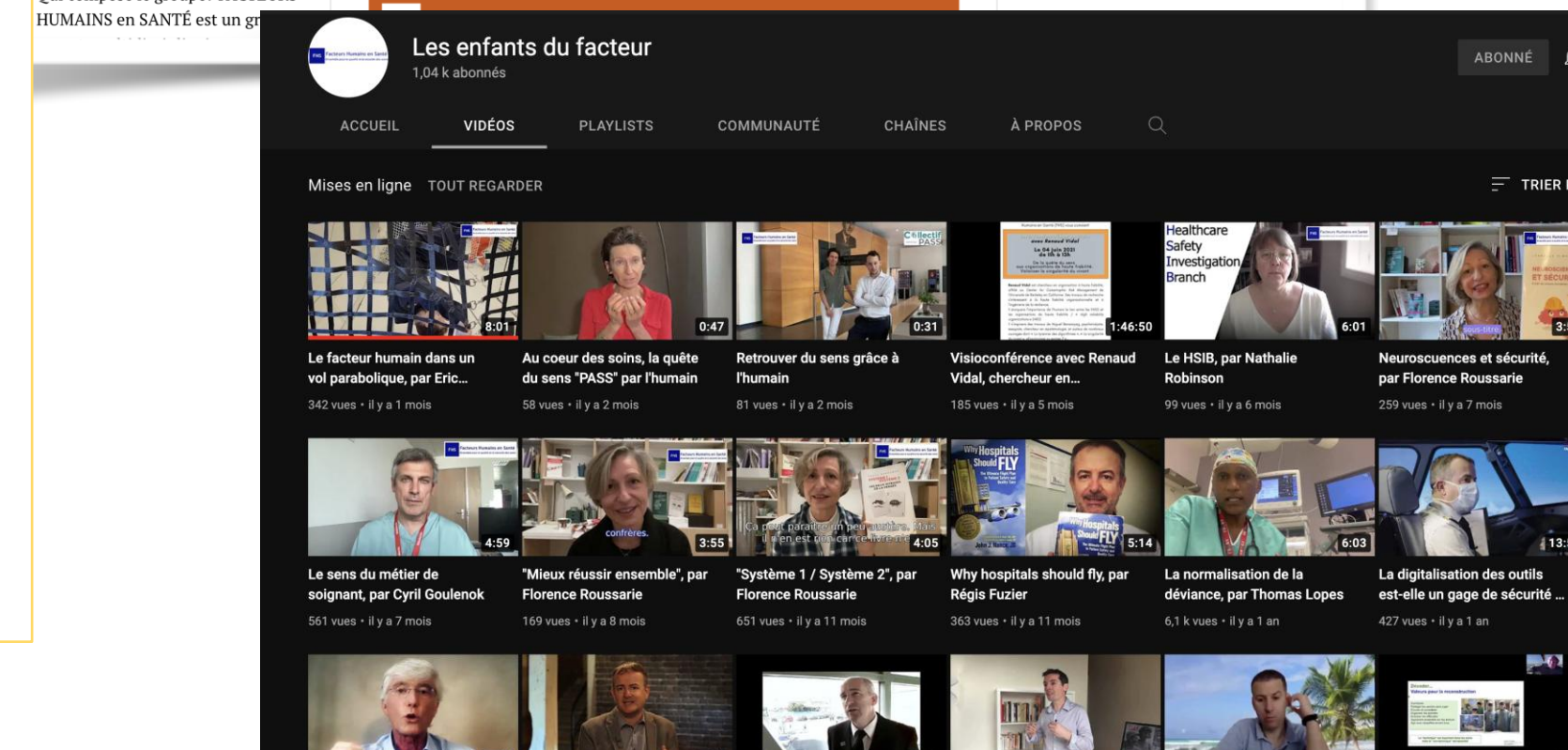
Recommandations de Pratiques Professionnelles

RPP par la **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** en association avec le **Groupe Facteurs Humains en Santé (FHS)**

[Facteurs Humains en situations critiques. SFAR et FHS. RPP 2022](#)

Télécharger

Auteur(s) : Benjamin Bijok, François Jaulin, Julien Picard, Daphné Michelet, Régis Fuzier, Ségolène Arzalier-Daret, Cédric Basquin, Antonia Blanié, Lucille Chauveau, Jérôme Cros, Véronique Delmas, Danièle Dupanloup, Tobias Gauss, Sophie Hamada, Yann Le Guen, Thomas Lopes, Nathalie Robinson, Anthony Vacher, Claude Valot, Pierre Pasquier, Alice Blet



Pour vous aider : un ouvrage collectif

SOMMAIRE

Préface de Martin Bromiley
Préface de Rhona Flin
Avant-propos

Partie I. Introduction et concepts généraux

- 1 Facteurs humains, erreur, sécurité : histoire et définition
- 2 Compétences non techniques
- 3 Sécurité et performance dans d'autres industries : du réglé au géré
- 4 Approche systémique pour construire la performance en sécurité
- 5 Modèle SHELL : une cartographie pour analyser son espace de travail
- 6 Le modèle de James Reason : un modèle pour analyser la dynamique du travail
- 7 Bow Tie : placer et connaître les barrières pour la maîtrise des risques
- 8 Évolution du système de santé : performance et complexité
- 9 La place du sens dans les soins
- 10 La non-punition des erreurs

Partie II. Outils de la prévention et de la récupération

- 11 Crew Resource Management
- 12 Check-lists et aides cognitives
- 13 Briefing et débriefing
- 14 Briefing TEM pour l'adaptation aux contraintes
- 15 Fiabiliser la communication
- 16 Transmissions intra- et interprofessionnelles
- 17 Gestion des alarmes : quelle est l'alarme idéale ?
- 18 Systèmes de détection précoce
- 19 Contrôle croisé (cross-check)
- 20 Acculturation et travail pluriprofessionnel
- 21 Communication patient et famille
- 22 Gestion des conflits et sécurité psychologique : tensions dans les équipes... et sur la sécurité !

Partie III. Apprendre et maintenir les compétences en « facteurs humains »

- 23 Facteurs humains et simulation : implémentation de la "Safety II"
- 24 Pédagogie et facteurs humains

Partie III. Apprendre et maintenir les compétences en « facteurs humains » (suite)

- 25 Les biais cognitifs
- 26 Biais implicites
- 27 Conscience de la situation
- 28 La décision
- 29 Leadership et travail en équipe
- 30 Apprendre à communiquer dans le soin
- 31 Connaissance de soi et gestion du stress
- 32 Gestion de la charge de travail
- 33 Intelligence artificielle et facteurs humains en santé
- 34 Facteurs humains en situation extrême : médecine de montagne, mer, hyperbarie, aéronautique

Partie IV. Organiser la fiabilité

- 35 Organisation de haute fiabilité : histoire et principe
- 36 Hôpitaux magnétiques et sécurité des patients
- 37 Interruption de tâche et tâches
- 38 Gestion du risque psychosocial (burn-out et santé mentale)
- 39 Professionnels de santé : comment prendre en compte notre fatigue
- 40 La démarche « qualité »
- 41 La délégation polaire aboutie : un management innovant

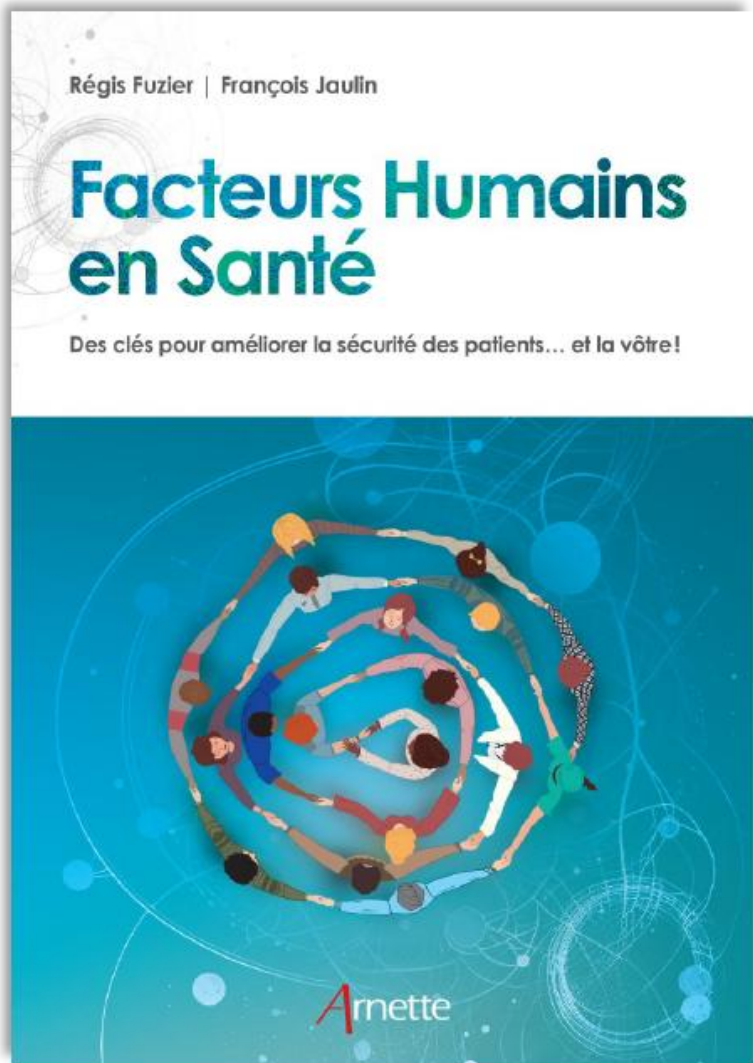
Partie V. Après l'accident : outils de l'atténuation

- 42 Excuses et annonce d'un dommage associé aux soins
- 43 Seconde victime
- 44 Retour d'expérience
- 45 Revues de morbidité (RMM)
- 46 Implémentation des changements

Post-face de Laetitia May-Michelangeli
Glossaire
Index

Facteurs Humains en Santé

Des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre !



L'expertise technique ne suffit pas pour être un acteur de santé performant. L'analyse d'incidents dans les industries à risque révèle le poids des facteurs organisationnels et humains, éléments clés de la sécurité, notamment dans la prise en charge des patients.

Avec une compréhension de ces principes, tout professionnel de santé peut développer des compétences non techniques et optimiser la qualité des soins. Le sujet est large, balayant les questions de communication, de management et de qualité de vie au travail... tout ce qui a effet sur la performance.

Sans prétendre à l'exhaustivité, réunissant 60 experts de différents horizons, cet ouvrage est le premier à s'adresser à toutes les catégories professionnelles impliquées de près ou de loin dans les soins afin de leur apporter des réponses concrètes.

Rendre le système de santé plus sûr est un défi qui nécessite l'attention de l'ensemble des personnels. Acteur de santé, que vous soyez soignant, personnel administratif, manager, membre de la gouvernance ou impliqué dans les fonctions supports d'une organisation de santé, il est temps de vous approprier les principes « facteurs humains » et d'intégrer ces savoirs dans vos pratiques !

Arnette

John Libbey
Eurotext

Pour vous aider : un ouvrage FH & simulation (formation)

François Jaulin | François Lecomte

Simulation et Facteurs Humains en Santé

Des clés pour améliorer l'impact de la simulation



Partie I. Les connaissances « facteurs humains » : s'approprier les concepts pour la simulation

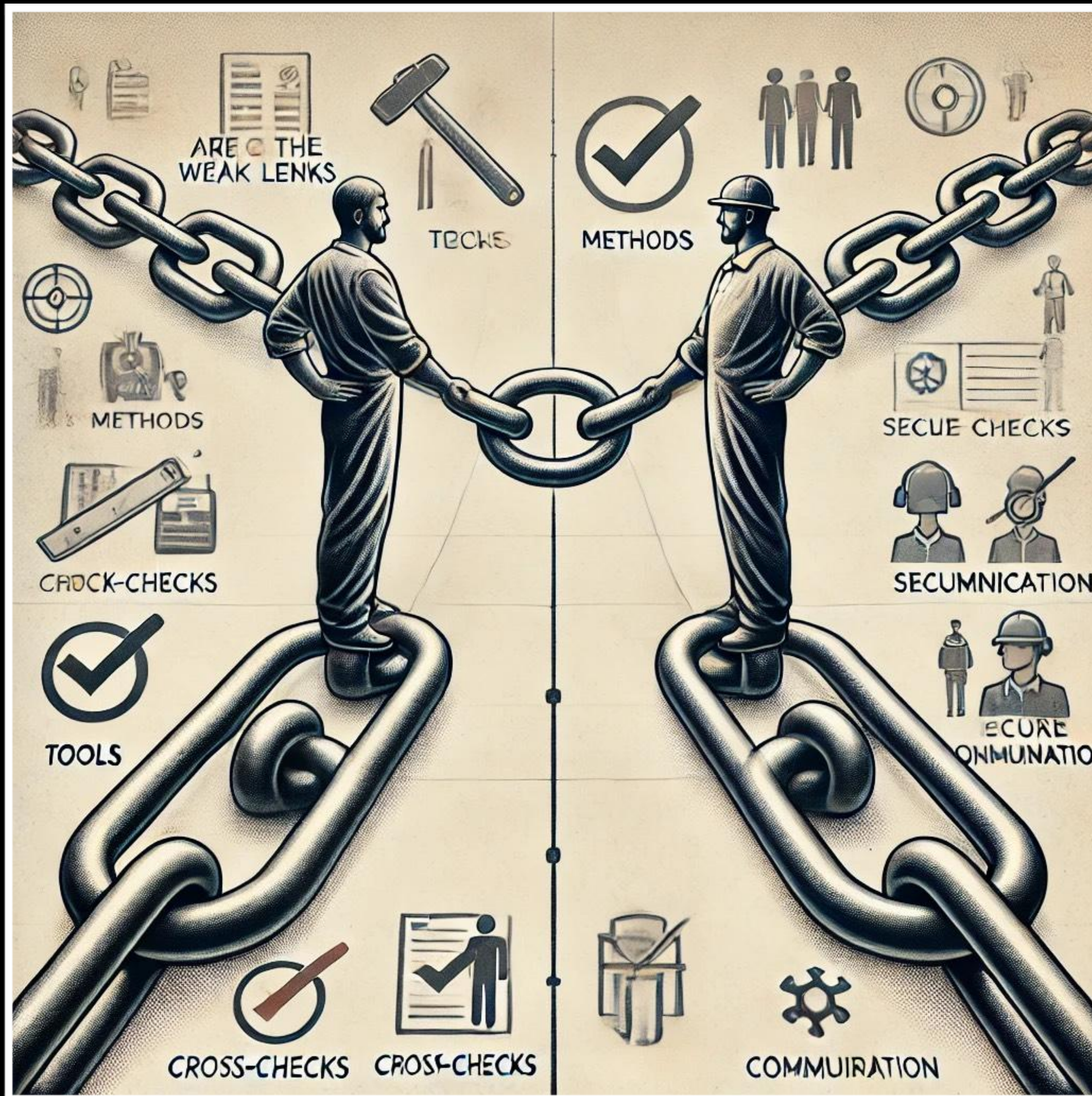
1	Appréhender le concept d'erreur... et éviter d'y consacrer des heures en session.....	9
2	S'initier aux facteurs humains : les concepts utiles pour enseigner la fiabilité.....	31
3	Développer les compétences non techniques des professionnels de santé	59
4	Spécificité et transférabilité des compétences non techniques : vers un concept d'expert en facteurs humains.....	101
5	Développer la connaissance et l'usage des outils de fiabilisation.....	119

Partie II. Les compétences du formateur

6	Préparer et animer une séance de simulation : vers un modèle de compétences du formateur	135
7	Analyser une séance de simulation : de l'observation à la perception	153
8	Maîtriser la prise de notes : un outil essentiel en vue du débriefing.....	167
9	Charge cognitive en simulation : tenir la pression avant, pendant et après le scénario	183

Partie III. L'expérience de la formation : clés pour une simulation efficace et ancrée dans le réel

10	L'échelle d'évaluation : comment en faire un outil d'amélioration.....	201
11	Déontologie et enjeux éthiques de la formation : la simulation, un contrat pédagogique	219
12	Pour un meilleur transfert des apprentissages sur le terrain	229



dr.francois.jaulin@gmail.com

+33 6 83 95 21 92

Merci de votre attention