



Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier

Guide d'utilisation de l'outil de mesure

version mai 2010

*Document élaboré par P. Ocelli, J-L. Quenon, A. Djihoud avec l'aide du groupe de travail : M. Izotte, S. Domecq, F. Delaperche,
O. Claverie, B. Castets-Fontaine, Y. Auroy, P. Parneix, R. Amalberti, P. Michel.
Remerciements à Maryse Piscarel.*

L'outil de mesure proposé est issu du questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>). Il a été traduit de l'anglais en français par un groupe de chercheurs participant à un projet de recherche du CCECQA sur les systèmes de signalements des événements indésirables liés aux soins. La version française qui vous est proposée a été testée et validée par le CCECQA.

I. Qu'est-ce que la culture de sécurité ?

La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins¹.

II. Que mesure le questionnaire ?

- Le questionnaire permet d'explorer les perceptions des professionnels enquêtés sur la sécurité des soins, dans leur unité de travail et lors d'échanges avec d'autres unités.

Exemples

On demande au professionnel enquêté s'il est en accord ou en désaccord avec les affirmations concernant :

► la sécurité dans son unité de soins

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle ...		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
19.	Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	1	2	3	4	5

► la sécurité lors d'échanges avec d'autres unités de l'établissement de santé

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement ...		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
4.	Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	1	2	3	4	5

- Le questionnaire permet aussi d'explorer des attitudes des professionnels enquêtés.

Exemple

On demande au professionnel enquêté avec quelle fréquence l'erreur suivante est signalée :

Lorsque les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou unité fonctionnelle ?		Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
2.	Quand une erreur est faite, <u>mais n'a pas le potentiel de nuire au patient</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5

¹ Cette définition a été proposée par la société européenne pour la qualité des soins (The European Society for Quality in Health Care, www.esqh.net).

Sont recueillies les perceptions et les attitudes des professionnels sur dix thématiques considérées comme importantes pour la sécurité. Ces thématiques (ou dimensions) sont présentées ci-dessous :

Dimensions de la culture de sécurité et leurs définitions

1	Perception globale de la sécurité La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.
2	Fréquence de signalement des événements indésirables Les erreurs suivantes sont signalées : 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.
3	Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.
4	Organisation apprenante et amélioration continue Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.
5	Travail d'équipe dans le service Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
6	Liberté d'expression Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
7	Réponse non punitive à l'erreur Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.
8	Ressources humaines Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.
9	Soutien du management pour la sécurité des soins La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.
10	Travail d'équipe entre les services de l'établissement Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Ces 10 dimensions sont mesurées au travers de 40 items.

Enfin, le questionnaire permet de recueillir les **pratiques déclarées** des professionnels.

Exemple

On demande au professionnel enquêté le nombre de fiches de signalement remplies et transmises :

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Entourer **UNE** seule réponse.

A. Aucune **B.** 1 à 2 fiches **C.** 3 à 5 fiches **D.** 6 à 10 fiches **E.** 11 à 20 fiches **F.** Plus de 20 fiches

III. Quelles unités de travail enquêter ?

L'unité enquêtée doit faire référence à un collectif de travail et non à un découpage administratif. En général, dans les établissements de santé, l'unité de soins correspond à la fois à une entité administrative et à une unité de travail.

Les unités de travail enquêtées doivent être **volontaires**.

Selon l'objectif de la mesure, le nombre d'unités de travail enquêtées peut varier. La culture de sécurité peut être mesurée dans :

- Une unité de travail,
- Plusieurs unités de travail d'une même spécialité, d'un même pôle,
- La totalité des unités de travail de l'établissement ou un échantillon (une ou deux unités de soins de chaque pôle par exemple).

IV. A quel moment enquêter les unités de travail volontaires ?

L'idéal est de mesurer la culture de sécurité en dehors d'une période de changements importants, au cours d'une période où le personnel et l'activité de l'unité de travail enquêtée sont relativement stables.

En effet, les réponses des professionnels au questionnaire peuvent être influencées par des facteurs internes à leur unité de travail (survenue récente d'un accident, changement de l'encadrement de proximité, changement du personnel...) et par des facteurs externes à leur unité de travail (période de certification de l'établissement, arrivée d'un nouveau directeur, médiatisation récente d'accidents médicaux...).

V. Qui peut remplir le questionnaire de culture de sécurité ?

Les dimensions explorent la sécurité des soins du point de vue des **professionnels, dispensant des soins et participant aux activités de l'unité de travail enquêtée** (service, unité de soins, secteur, équipe...), et du point de vue de la **hiérarchie de proximité** (cadre de santé, responsable d'unité de soins, chef de service).

Sont inclus : tous les professionnels **dispensant des soins** aux patients et **travaillant à plein-temps ou à temps partiel** dans l'unité de travail enquêtée.

Par exemple :

- Les médecins du service
- Les internes, à la condition qu'ils soient présents dans le service depuis au moins un mois
- Le personnel infirmier du service
- Les élèves infirmiers, à la condition qu'ils soient présents dans le service depuis au moins un mois
- Les aides-soignants
- Les kinésithérapeutes
- Tout professionnel attaché à une autre unité mais intervenant régulièrement (au moins une fois par semaine)

Sont potentiellement exclus :

- Les professionnels **sans activité de soin** ou intervenant de façon **occasionnelle et non régulière** dans l'unité de travail enquêtée
- Les professionnels **absents** au cours de la période d'étude

VI. Comment mener l'enquête ?

1. Préparation de l'enquête

- Identifier les unités de travail à enquêter
 - Informer l'encadrement des unités sélectionnées
 - Identifier un référent de l'enquête par unité
 - Identifier les professionnels à inclure
 - Informer les professionnels inclus dans l'enquête (les objectifs et les retombées attendues de la démarche, les règles de confidentialité, les modalités de distribution et de collecte des questionnaires, de restitution des résultats...)
- **Identifier les professionnels à inclure pour obtenir le dénominateur et calculer les taux de participation par unité de travail**

$$\text{Taux de participation} = \frac{\text{Nombre de professionnels inclus ayant rempli et remis un questionnaire}}{\text{Nombre total de professionnels inclus}}$$

Afin de déterminer le nombre total de professionnels inclus avec précision,

- il est recommandé d'établir une liste nominative de ces professionnels,
- il est important de s'assurer que chaque professionnel de cette liste reçoit un questionnaire à remplir.

- **Bien préparer son enquête pour obtenir une participation élevée**

La littérature sur la culture de sécurité signale **le faible taux de participation fréquemment associé à ce type d'enquête**. Un nombre insuffisant de réponses rend l'interprétation des résultats difficile, avec le risque d'obtenir l'opinion de quelques professionnels plutôt que la culture de sécurité de l'unité de travail enquêtée. Les contraintes de terrain (manque de disponibilité des professionnels, difficulté de s'isoler, absence de lieu adapté pour remplir le questionnaire) et l'inquiétude vis-à-vis du respect de la confidentialité constituent les principaux freins.

On considère que les résultats représentent les perceptions, les attitudes et les pratiques déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins, dans leur unité de travail, **si le taux de participation est d'au moins 80 %**.

Une bonne préparation de l'étude est donc indispensable :

- Communication du projet au personnel de l'établissement : par voie d'affichage, par courrier électronique, par le journal interne par exemple.
- Communication du projet au personnel du ou des unités participantes : au cours d'une réunion d'information, d'un staff, des transmissions infirmières (sans oublier le personnel de nuit).
- Visibilité des boîtes de collecte des questionnaires, dans un lieu stratégique de l'unité (tisanerie, bureau médical, secrétariat, à l'entrée du service).
- Incitation à la participation par l'encadrement et les référents de l'enquête.

2. Déroulement de l'enquête

- **Remise individuelle** d'un questionnaire et d'une enveloppe à chaque professionnel participant.
- **Collecte** des questionnaires remplis **sur une période de 15 jours** au moyen d'une « boîte de collecte », par exemple.
- **Les référents** des unités enquêtées ont alors pour rôle de,
 - informer le personnel du projet,
 - répondre aux questions du personnel,
 - inciter le personnel à répondre au questionnaire **de façon individuelle**,
 - et veiller au bon déroulement de l'enquête.

3. Contrôle qualité des données

Les questionnaires papier doivent être relus avant la saisie avec appel des référents en cas de problème ou de doute.

Sont exclus de l'analyse, les questionnaires ayant une des caractéristiques suivantes :

- aucune des sections A à H remplie dans son intégralité,
- moins de la moitié des 40 items des sections A à H remplis,
- les mêmes réponses à tous les items des sections A à H.

Dans le cas particulier où plusieurs réponses sont données à un même item, **la réponse la moins en faveur d'une culture de sécurité est conservée.**

Exemples

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	1	2	3	4	5
➤ conserver la modalité 1 « Pas du tout d'accord »					
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	1	2	3	4	5
➤ conserver la modalité 2 « Pas d'accord » (car nous sommes dans le cas d'un item formulé de manière négative)					

4. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données avec production automatisée d'un rapport de résultats peuvent être réalisées **en ligne via la plateforme EPP OnLine du CCECQA**. Les établissements adhérents du CCECQA peuvent y accéder gratuitement, pour les autres, une participation forfaitaire est demandée. Dans tous les cas, il est **indispensable**, pour obtenir un accès à cette plateforme, d'en faire la demande par mèl à l'adresse suivante : ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr

5. Présentation des résultats

Les résultats sont diffusés aux professionnels des unités de travail participantes au moyen d'un document (annexe 1 : exemple de fiche de résultats) ou au cours d'une présentation orale (annexe 2 : exemple de diaporama).

6. Planification des restitutions des résultats

- Au niveau des unités enquêtées,
- Au niveau institutionnel.

VII. Quels sont les conseils en matière de confidentialité des données et des résultats ?

- Le nom des professionnels enquêtés ne doit pas figurer sur le questionnaire. Néanmoins, l'identité d'un répondant peut être retrouvée, indirectement, au travers des informations recueillies sur sa situation professionnelle. Afin de garantir la confidentialité des réponses aux professionnels :
 - **Aucune réponse individuelle** ne doit être communiquée ;
 - **Aucune réponse par catégorie professionnelle** ne doit être communiquée dans de petites unités de travail où certaines catégories professionnelles peuvent avoir de petits effectifs.
- Les questionnaires sont identifiés par le code de l'unité de travail enquêtée :
 - Chaque unité de travail enquêtée reçoit **uniquement ses propres résultats** ;
 - Au niveau institutionnel, les résultats des unités participantes peuvent être présentés avec ou sans le nom des unités (en utilisant un code par exemple).
- Les questionnaires remplis sont mis dans des enveloppes et recueillis de manière confidentielle, au moyen d'une « boîte de collecte » par exemple.



MESURE DE LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS EN MILIEU HOSPITALIER

OUTIL DE MESURE

Nous souhaitons connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs médicales et le signalement des évènements indésirables dans votre service ou unité fonctionnelle et dans votre établissement.

Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Rappel de certaines définitions :

Un **évènement indésirable** est un dommage survenant chez le patient au cours de sa prise en charge, lié aux activités de soins.

Un **évènement indésirable lié aux soins** est consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement, ou de réhabilitation.

La **sécurité des soins** est l'absence d'évènement indésirable lié aux soins.

Une **erreur médicale** est une erreur commise au cours de la délivrance des soins par un professionnel de santé. Une erreur peut être à l'origine d'un évènement indésirable.

Consigne de remplissage :

exemple

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée...

1 2 3 4 5

Identification du service ou de l'unité fonctionnelle :

.....

Merci de noter l'heure de **DEBUT** de remplissage :

▢▢ heures ▢▢ minutes

A : Votre service ou votre unité fonctionnelle

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **service** ou votre **unité fonctionnelle**...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	1	2	3	4	5
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	1	2	3	4	5
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	1	2	3	4	5
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	1	2	3	4	5
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	1	2	3	4	5
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	1	2	3	4	5
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour une meilleure qualité des soins	1	2	3	4	5
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	1	2	3	4	5
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	1	2	3	4	5
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	1	2	3	4	5
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	1	2	3	4	5
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	1	2	3	4	5
13. Lorsqu'un évènement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	1	2	3	4	5

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle . . .		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
14.	Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	1	2	3	4	5
15.	Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	1	2	3	4	5
16.	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	1	2	3	4	5
17.	Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	1	2	3	4	5
18.	Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	1	2	3	4	5
19.	Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	1	2	3	4	5

B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent . . .)

*Pour les **médecins libéraux** ou les **chefs de service**, le supérieur hiérarchique est la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou la Direction de pôle*

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle . . .		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1.	Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	1	2	3	4	5
2.	Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	1	2	3	4	5
3.	Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	1	2	3	4	5
4.	Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	1	2	3	4	5

C : Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre service ou votre unité fonctionnelle ?		Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1.	Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	1	2	3	4	5
2.	Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	1	2	3	4	5
3.	Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	1	2	3	4	5
4.	Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	1	2	3	4	5
5.	Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	1	2	3	4	5
6.	Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	1	2	3	4	5

D : Fréquence de signalement des événements indésirables

Lorsque les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre **service** ou **unité fonctionnelle** ?

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1. Quand une erreur est faite, mais <u>est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5
2. Quand une erreur est faite, <u>mais n'a pas le potentiel de nuire au patient</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5
3. Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient <u>mais qu'elle n'a finalement pas d'effet</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5

E : Niveau de sécurité des soins

Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre **service** ou votre **unité fonctionnelle** ?
Entourer **UNE** seule réponse.

A. Excellent **B.** Très Bon **C.** Acceptable **D.** Faible **E.** Défaillant

F : Votre établissement de santé

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **établissement**...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	1	2	3	4	5
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	1	2	3	4	5
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	1	2	3	4	5
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	1	2	3	4	5
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	1	2	3	4	5
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	1	2	3	4	5
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	1	2	3	4	5
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	1	2	3	4	5
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	1	2	3	4	5
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	1	2	3	4	5
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	1	2	3	4	5

G : Nombre d'événements indésirables signalés

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Entourer **UNE** seule réponse.

A. Aucune **B.** 1 à 2 fiches **C.** 3 à 5 fiches **D.** 6 à 10 fiches **E.** 11 à 20 fiches **F.** Plus de 20 fiches

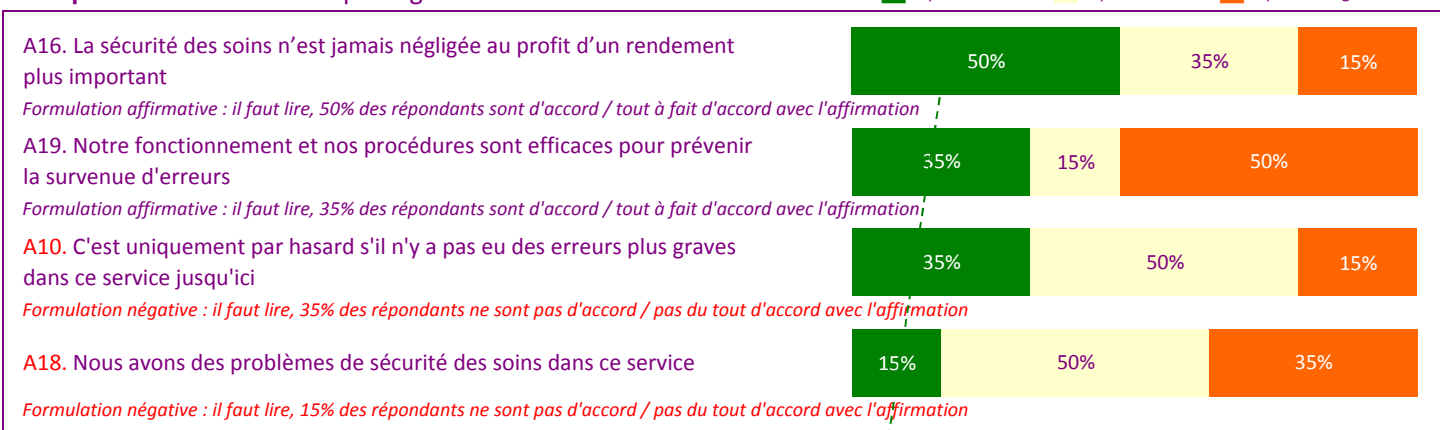
Annexe 1 - Présentation des résultats : Exemple de fiche de résultats (sortie EPP OnLine)

Comment lire les résultats ?

Répartition des questions en pourcentage

Exemple dimension 1 - Perception globale de la sécurité

■ Réponses Positives ■ Réponses Neutres ■ Réponses Négatives



► Réponses en faveur d'une culture de sécurité développée

Scores par dimension

Score d'une dimension = Moyenne des % de Réponses Positives (réponses en faveur d'une culture de sécurité développée)

- S'il y a en moyenne, **75 % ou plus** de Réponses Positives, la dimension est dite **développée**
- S'il y a en moyenne, **50 % ou moins** de Réponses Positives, la dimension est dite **à améliorer**

Exemple dimension 1 - Perception globale de la sécurité (cf. détails ci-dessus)

Score de perception globale de la sécurité : $(50 + 35 + 35 + 15) / 4 = 34 \%$ (dimension à améliorer)

Nombre total de professionnels dans le service : 24
 Nombre de professionnels du service qui ont répondu au questionnaire : 20
 Taux de participation : 83%
 Nombre MINI de données manquantes : 0
 Nombre MAXI de données manquantes : 3

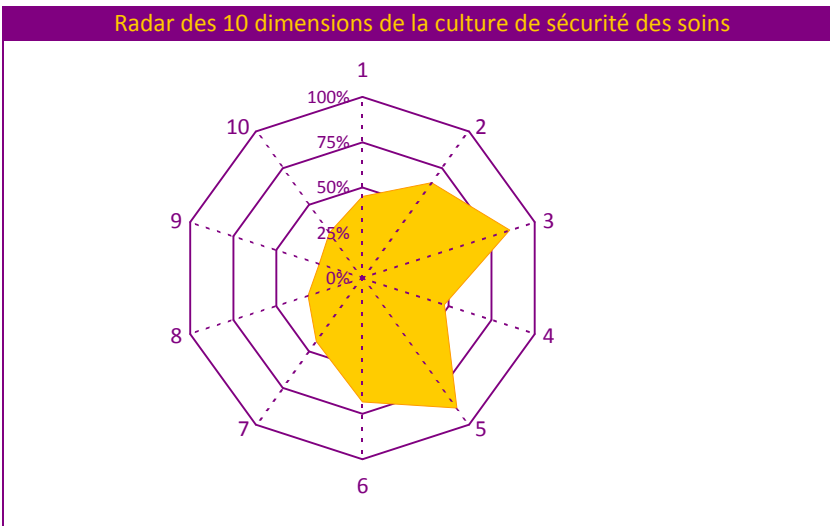
Les 10 dimensions de la culture de sécurité des soins explorées par le questionnaire

Tableau 1. Scores des 10 dimensions de la culture de sécurité

Dimensions	Score
1. Perception globale de la sécurité	45%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	65%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	86%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	48%
5. Travail d'équipe dans le service	89%
6. Liberté d'expression	68%
7. Réponse non punitive à l'erreur	43%
8. Ressources humaines	32%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	25%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	31%

score \geq 75% = Dimension développée

score \leq 50% = Dimension à améliorer



Comment lire le radar ?

Les rayons en pointillés numérotés de 1 à 10 représentent les dimensions de la culture de sécurité

Les cercles en trait plein représentent l'échelle des scores graduée de 0 à 100 %

Le score d'une dimension se lit à l'intersection de la surface orange et du rayon

Les 10 dimensions de la culture de sécurité des soins et leurs questions

	Réponses Positives	Réponses Neutres	Réponses Négatives
1 - Perception globale de la sécurité - [score 45%]			
A16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	70%	20%	10%
A19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	35%	55%	10%
A10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans ce service jusqu'ici	30%	40%	30%
A18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	45%	45%	10%

Formulation négative : il faut lire par exemple pour A18, 45% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation

2 - Fréquence de signalement des événements indésirables - [65%]			
D1. Quand une erreur est faite, mais <u>est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient</u> , elle est signalée ...	60%	20%	20%
D2. Quand une erreur est faite, mais <u>n'a pas le potentiel de nuire au patient</u> , elle est signalée ...	65%	15%	20%
D3. Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient <u>mais qu'elle n'a finalement pas d'effet</u> , elle est signalée ...	70%	15%	15%

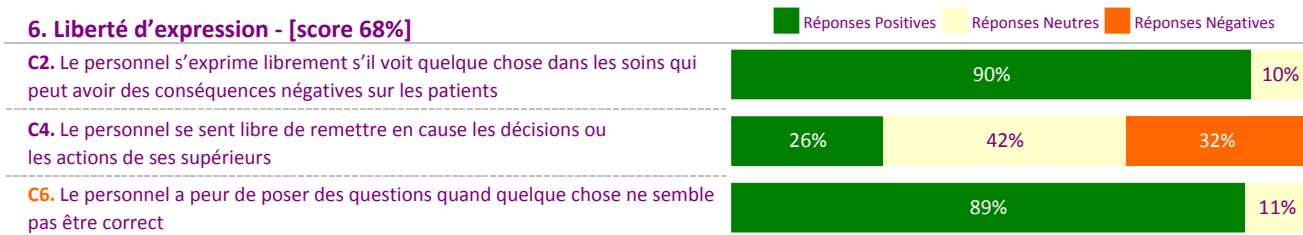
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins - [86%]			
B1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	79%	11%	11%
B2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	84%	16%	0%
B3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même au détriment de la sécurité	89%	11%	0%
B4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	89%	11%	0%

Formulation négative : il faut lire par exemple pour B4, 89% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation

4. Organisation apprenante et amélioration continue - [48%]			
A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	50%	40%	10%
A9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	45%	45%	10%
A14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	40%	55%	5%
C1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	40%	40%	20%
C3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	45%	35%	20%
C5. Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	65%	30%	5%

5. Travail d'équipe dans le service - [89%]			
A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	90%	5%	5%
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjugons nos efforts en équipe	95%	5%	0%
A4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	85%	10%	5%
A12. Au contact des collègues de notre service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	85%	15%	0%

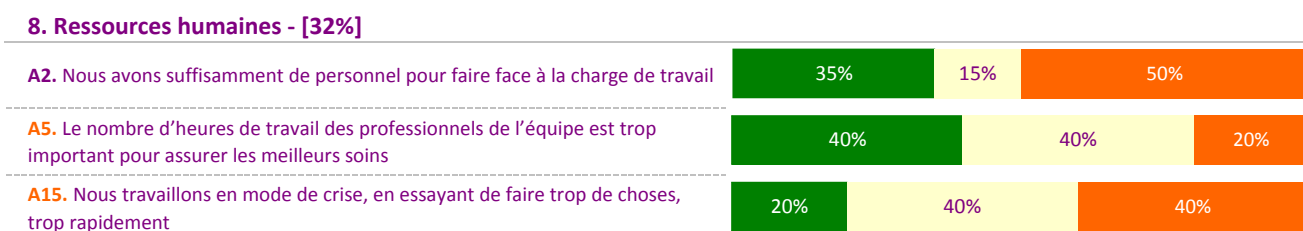
Les questions des 10 dimensions de la culture de sécurité des soins (suite)



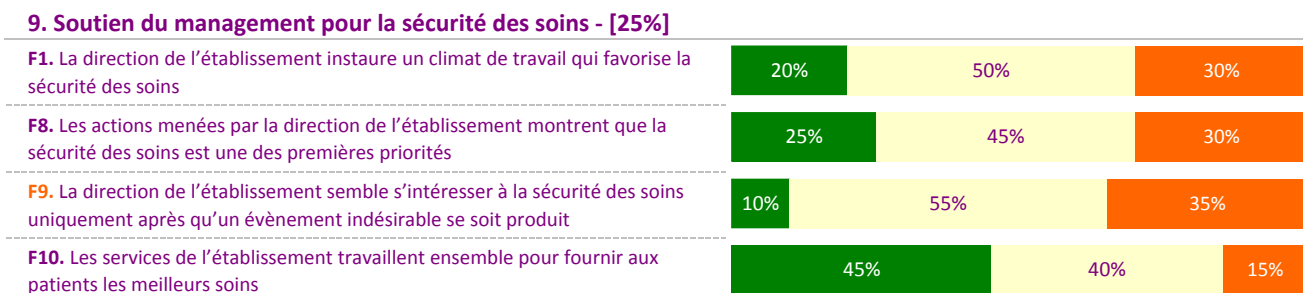
Formulation négative : il faut lire pour C6, 89% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation



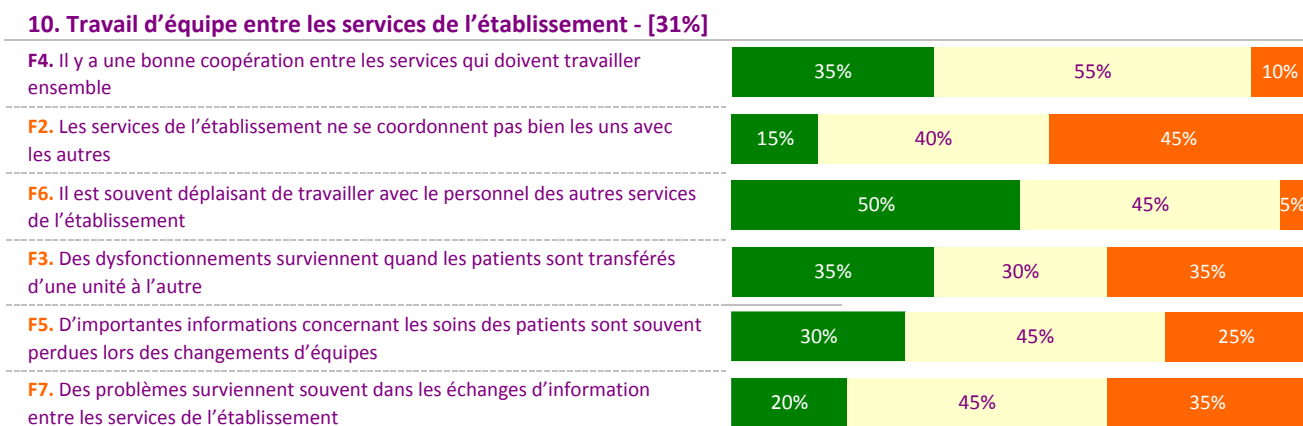
Formulation négative : il faut lire par exemple A17, 25% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation



Formulation négative : il faut lire par exemple A15, 20% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation



Formulation négative : il faut lire pour F9, 45% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation

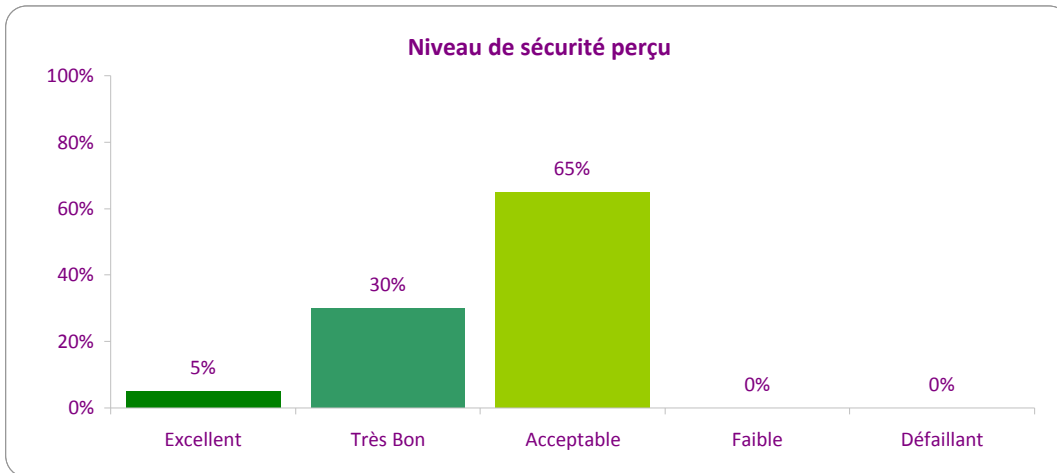


Formulation négative : il faut lire par exemple pour F7, 20% des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation

Le niveau de sécurité des soins perçu dans le service

Vous êtes 20 sur 20 à avoir répondu à la question :

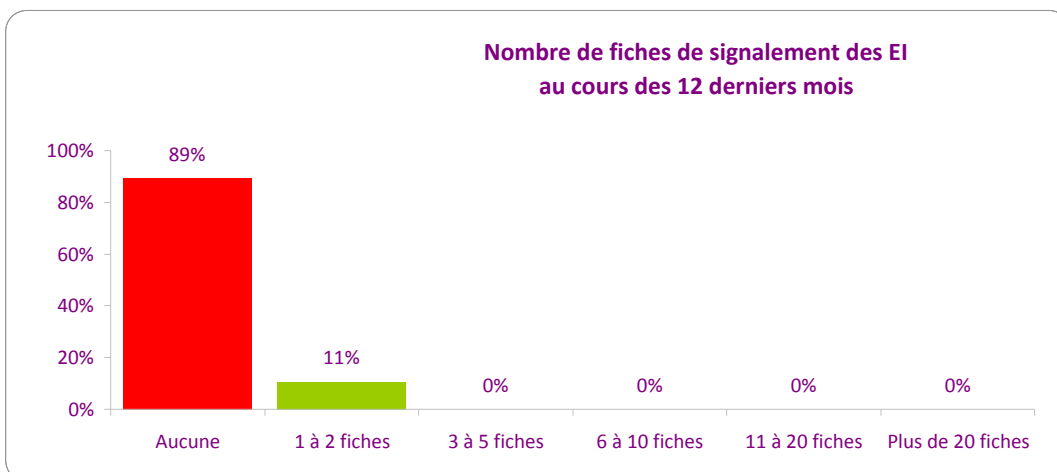
« Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ? »



Le nombre d'événements indésirables (EI) signalés

Vous êtes 19 sur 20 à avoir répondu à la question :

« Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? »



A RETENIR ...

Le taux de participation (83 %) est élevé.

Cela permet d'interpréter les résultats en termes de culture de sécurité de l'unité de soins.

Deux dimensions de la culture sont développées.

Les attentes et les actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins :

Les professionnels ont l'impression que leurs supérieurs hiérarchiques expriment leur satisfaction quand ils voient un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, tiennent vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins, et que lorsque la pression augmente, ils ne veulent pas que le travail soit fait plus rapidement si c'est au détriment de la sécurité.

Le travail d'équipe dans le service :

Les professionnels ont l'impression que, dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, travaillent ensemble en équipe, et se traitent avec respect. Ils ont également l'impression qu'au contact de leurs collègues, ils améliorent leurs pratiques en termes de sécurité des soins.

Parmi les six dimensions à améliorer, deux ont un fort potentiel d'amélioration.

Les ressources humaines :

Les professionnels ont l'impression qu'il n'y a pas suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, et qu'ils travaillent en mode de crise.

Le travail d'équipe entre les services de l'établissement :

Les professionnels ont l'impression que les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien entre eux, qu'il y a des dysfonctionnements lorsque des patients sont transférés d'une unité à l'autre.

La culture de sécurité des soins en milieu hospitalier

Exemple de résultats dans une unité de soins

Qu'est ce que la culture de sécurité ?

- La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées,
- qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins

➡ Développer la culture de sécurité pour **faire de la sécurité une priorité** et éviter les accidents ou en limiter l'importance

Objectifs de la mesure

- Connaître les perceptions des professionnels sur des thèmes importants pour la sécurité des soins
 - Le travail d'équipe
 - La communication autour des erreurs et des problèmes
 - L'apprentissage par les erreurs
 - Les pratiques du management concernant la sécurité des soins
 - Etc.
- Susciter une réflexion sur le niveau actuel de la culture de sécurité et sa possible amélioration

Participation à la mesure

- Participation élevée : **83 %** (20/24)
- La CS des professionnels du service

Lecture des résultats (1)

- **Les réponses positives** : en faveur d'une CS des soins développée
- « La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important »
 - ➔ **D'accord - Tout à fait d'accord**
- « Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service (formulation négative) »
 - ➔ **Pas d'accord - Pas du tout d'accord**

Lecture des résultats (2)

■ Réponses Positives ■ Réponses Neutres ■ Réponses Négatives



- **Toujours** en faveur d'une CS développée

Lecture des résultats (3)

- 40 questions pour 10 dimensions
- Un score par dimension : **moyenne des pourcentages de réponses positives** données aux questions
 - **Score ≤ 50 %** : une dimension avec un fort potentiel d'amélioration
 - **Score ≥ 75 %** : une dimension développée

Résultats (1)

Dimensions de la culture de sécurité	Scores (%)
1. Perception globale de la sécurité	45
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	65
3. Attentes/actions hiérarchie concernant la sécurité	86
4. Organisation apprenante et amélioration continue	48
5. Travail d'équipe dans le service	89

Dimension à améliorer **Dimension développée**

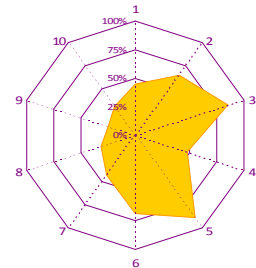
Résultats (2)

Dimensions de la culture de sécurité	Scores (%)
6. Liberté d'expression	68
7. Réponse non punitive à l'erreur	43
8. Ressources humaines	32
9. Soutien du management pour la sécurité	25
10. Travail d'équipe entre les services	31

Dimension à améliorer Dimension développée

Focus sur une dimension à améliorer

- 10 rayons
 - Dimensions de 1 à 12
- 5 cercles
 - Echelle des scores de 0 à 100 %
- Dimension 7 – Réponse non punitive à l'erreur
 - En moyenne, **43** % de réponses positives



Réponse non punitive

- Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées (formulation négative, lire : 55 % des répondants ne sont pas d'accord / pas du tout d'accord avec l'affirmation)



- Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème (formulation négative)

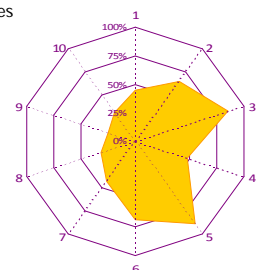


- Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel (formulation négative)



Focus sur une dimension développée

- Dimension 3 - Attentes/actions hiérarchie concernant la sécurité
 - En moyenne, **86** % de réponses positives



Attentes/actions hiérarchie

- Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins



- Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins



Attentes/actions hiérarchie

- Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité (formulation négative)



- Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins (formulation négative)



Discussion

- Avez-vous des questions ou des commentaires à faire sur ces résultats ?
- Que pensez-vous de ces résultats ? Est-ce qu'ils vous surprennent ?
- Pour vous, quels sont les éléments clés à retenir de cette mesure ?
- Peut-on améliorer la CS ? Sur quelles dimensions, sur quels items agir ?

Conclusion

- Cette enquête nous aura permis de connaître votre perception sur 10 dimensions en lien avec la sécurité des soins
- D'après les résultats, votre perception est que
 - Deux dimensions sont développées
 - Six dimensions sont à améliorer
- La réunion d'aujourd'hui nous aura permis de discuter ensemble de ces résultats, et ainsi de mieux comprendre certaines de vos réponses. Des pistes de réflexion pour améliorer la sécurité des soins en sont ressorties.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into two columns.



COMITE DE COORDINATION DE L'EVALUATION CLINIQUE ET DE LA QUALITE EN AQUITAINE

Copyright © CCECQA 2010. **Tous droits réservés.**

L'utilisation et la reproduction même partielle des contenus de ce document sont possibles avec l'autorisation du CCECQA et dans la mesure où les références ci-après sont citées : *CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine). Mesure de la culture de sécurité en milieu hospitalier : guide d'utilisation de l'outil de mesure. Pessac, 2010.* Toute demande d'autorisation d'utilisation ou de reproduction devra être adressée au CCECQA, Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac Cedex (France). Ces demandes seront toujours les bienvenues.