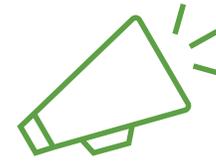


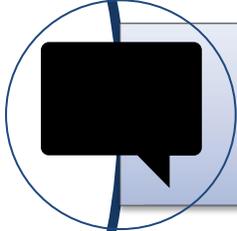


La culture de sécurité des soins : Quels outils pour la développer ?

Avant de commencer



Merci de ne pas activer vos caméras et micros



Vous pouvez dialoguer avec nous via le « chat »



A la fin de la présentation, merci de consacrer quelques minutes au remplissage du questionnaire de satisfaction

Quels outils pour développer la culture de sécurité des soins ?



1. Qu'est-ce que c'est ?



2. A quoi ça sert ?



3. Comment ça fonctionne ?



4. Quel lien avec la Certification ? Quelles perspectives ?



1. Qu'est-ce que c'est ?

Culture de sécurité en santé

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

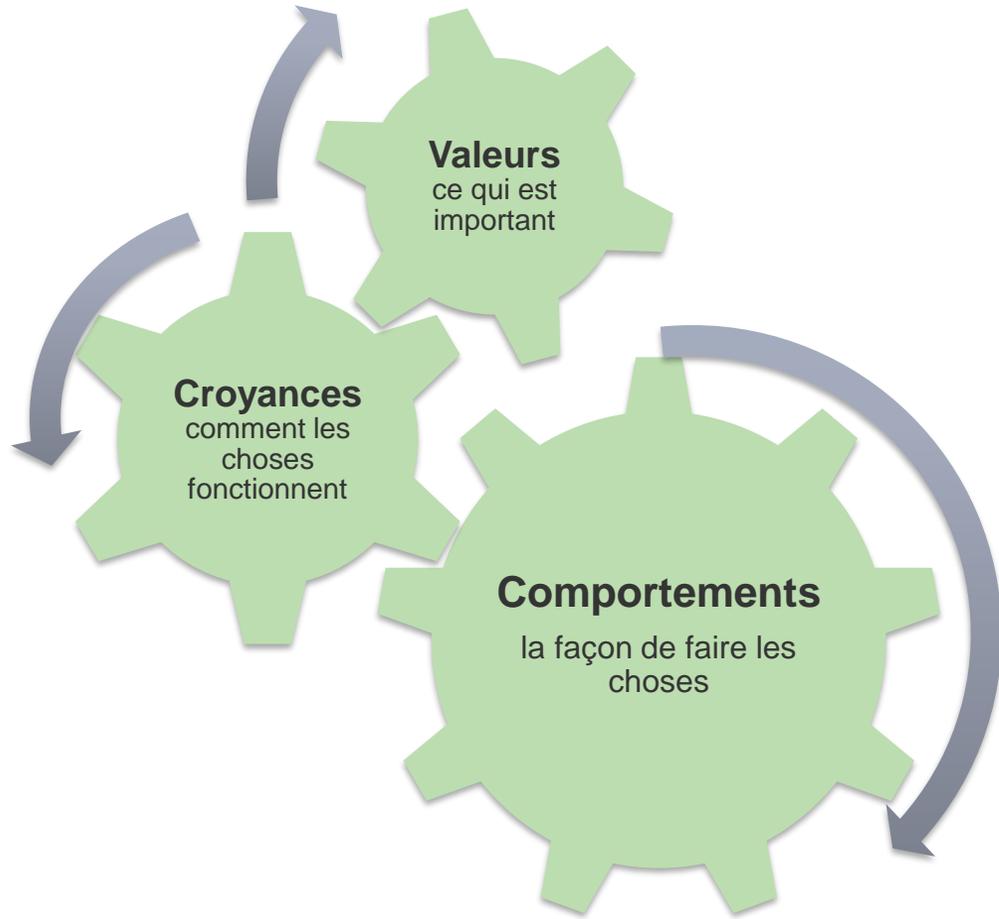
(European Society for Quality in Healthcare)

→ « *Façons d'agir, de ressentir et de penser **partagées** en matière de sécurité des soins* »



« La culture sécurité, c'est ce qui reste lorsqu'on a le dos tourné. »

Définition



Culture sécurité =

① Ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité

+

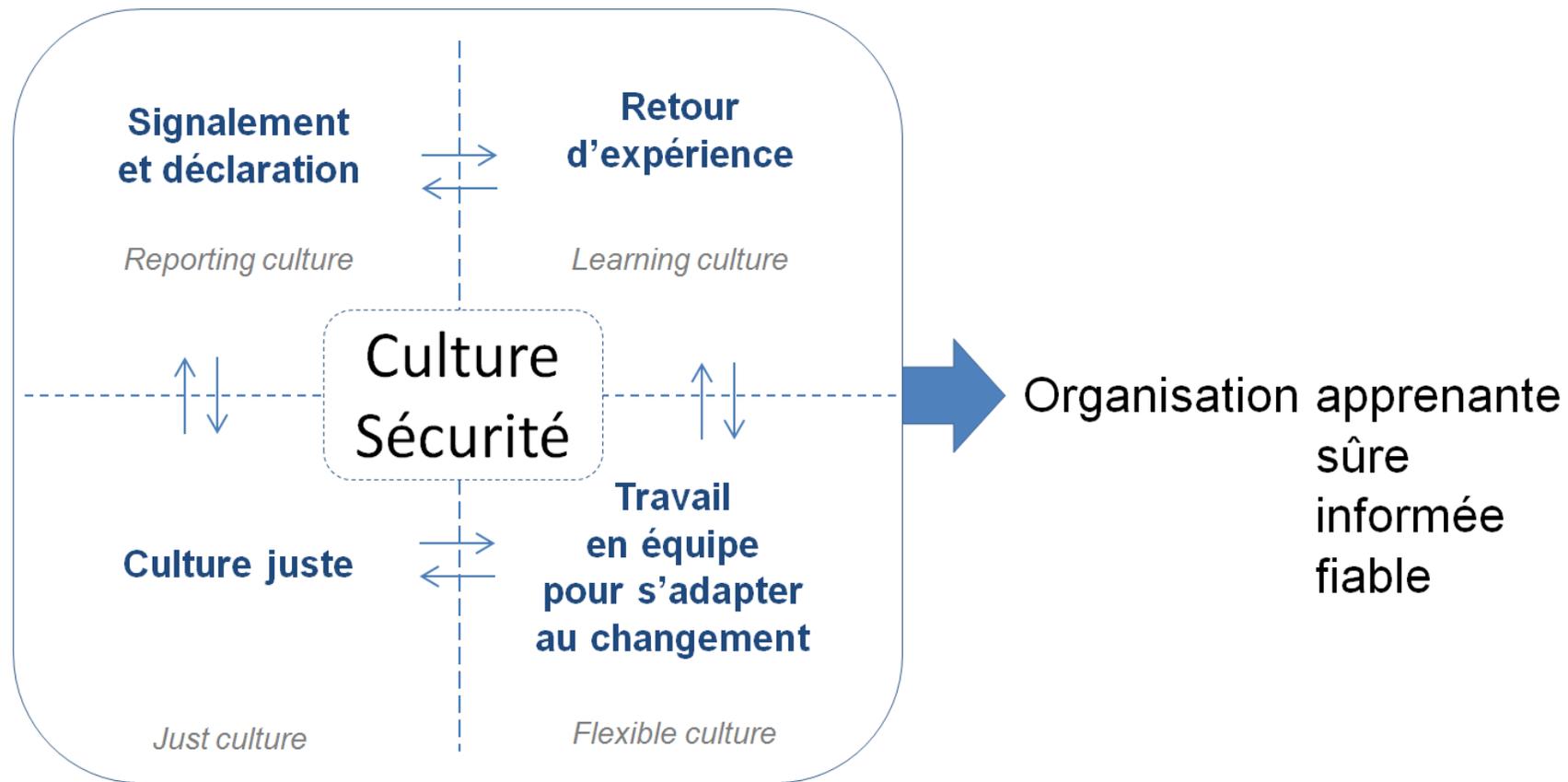
② Partagées et transmises par un groupe ou une organisation

➔ **Éléments indispensables et indissociables pour parler de culture de sécurité**

Référence : Guide concept à la pratique HAS
European Society for Quality in Health Care [ESQH]



Les 4 composantes de la culture sécurité



Reporting culture

Signalement et à la déclaration des événements indésirables associés aux soins → Les professionnels sont **convaincus de l'intérêt de signaler/déclarer** les situations dangereuses et les événements indésirables quelle que soit leur gravité pour améliorer la sécurité. Les professionnels **peuvent parler librement** au sein de leur équipe des situations qu'ils ont rencontrées et n'éprouvent aucun frein à remplir des fiches d'événements indésirables

Learning culture

Retour d'expérience

→ Les professionnels et l'organisation sont persuadés que **l'analyse approfondie** (analyse dite « systémique ») des situations à risque et des évènements indésirables survenus permet de **tirer des enseignements** qui sont partagés pour mieux maîtriser l'avenir et améliorer la sécurité.

Flexible culture

Amélioration du travail en équipe pour s'adapter au changement

→ Les professionnels reconnaissent l'impact de la qualité du **travail en équipe** au sein de l'organisation pour améliorer la sécurité des patients. Les échanges et l'entraide entre les professionnels sont favorisés. Grâce à l'expertise de chacun, une **vigilance collective** est développée afin de favoriser une adaptation (résilience) aux environnements changeants, complexes, critiques et avec pression temporelle. Il s'agit de réagir ensemble, de manière coordonnée et efficace, le plus rapidement possible, devant une **situation inattendue et risquée.**

Just culture

Culture juste (équitable)

→ Les professionnels sont engagés dans un **climat de confiance** et souscrivent à fournir les informations pertinentes pour la sécurité. Le **management est équitable** et loyal, il ne tire pas de conclusions hâtives suite à la survenue d'un événement indésirable. Les différences entre erreur involontaire et faute délibérée sont clairement définies. L'erreur humaine involontaire est analysée de manière approfondie et non pas blâmée.



2. A quoi ça sert ?

Pourquoi s'intéresser aux représentations individuelles ?

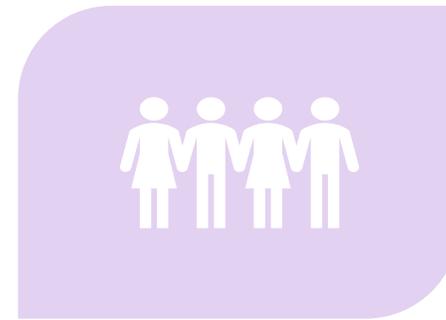
- Représentations : croyances, connaissances et opinions produites et partagées par les individus



PERCEPTION DU RISQUE –
CONSCIENCE DE LA SITUATION



AFFECTE LE COMPORTEMENT –
ACTIONS INDIVIDUELLES



INCIDENCE SUR TRAVAIL EN
ÉQUIPE – SÉCURITÉ DU PATIENT

Au cœur du développement de la culture de sécurité

Rôle déterminant dans la culture de sécurité

- ▶ La gouvernance et les managers communiquent les croyances et les attitudes d'une organisation par leur pratique et conduite sur le terrain

Perception du soutien des managers différente entre les professionnels de première ligne et les managers eux-mêmes

- ▶ Ces derniers ont une vision souvent plus optimiste

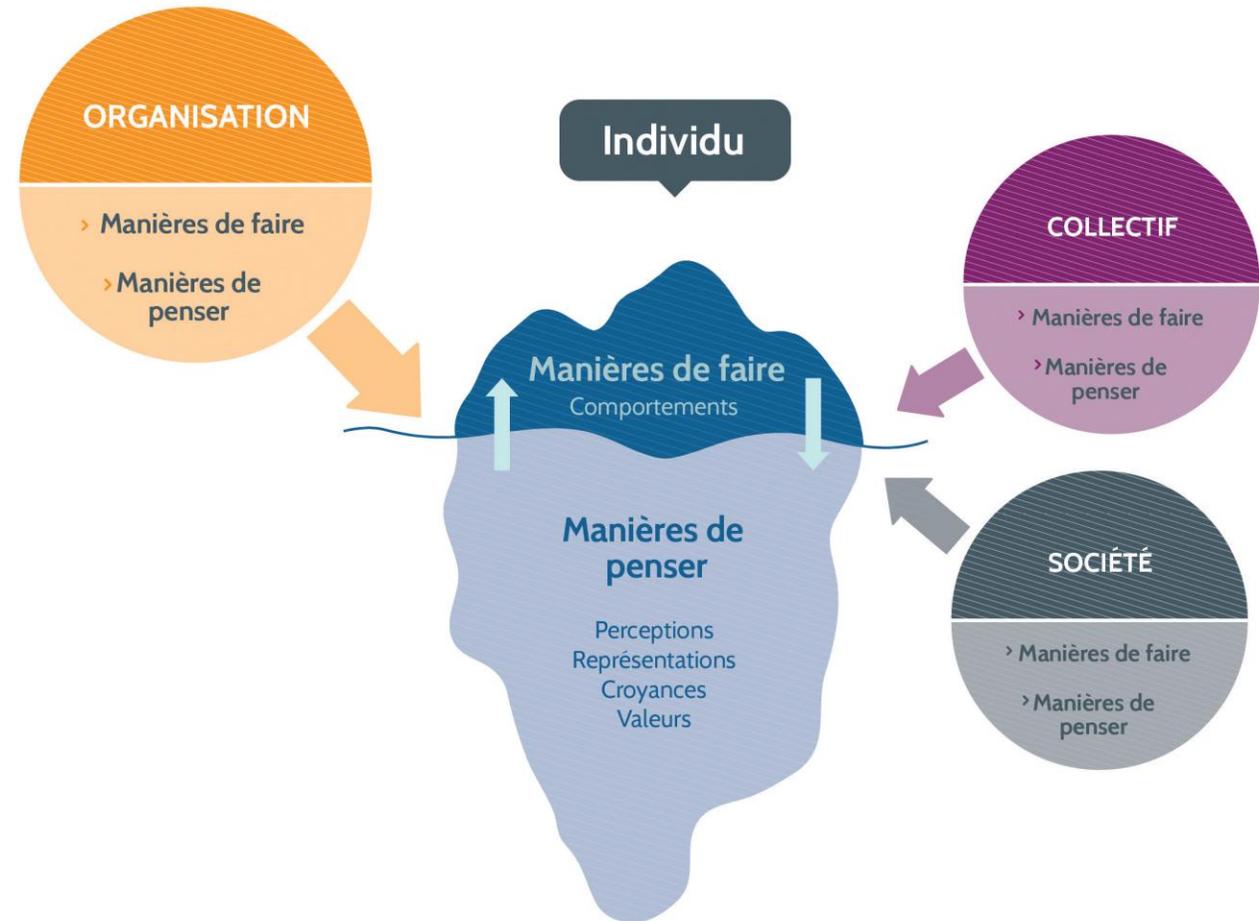
Le leader « fait ce qu'il faut faire et affronte le changement » *(Mintzberg 2011)*

- ▶ Cette capacité à faire accepter le changement, à inspirer aux collaborateurs une vision à long terme de la sécurité = élément essentiel pour la création d'une culture de sécurité.

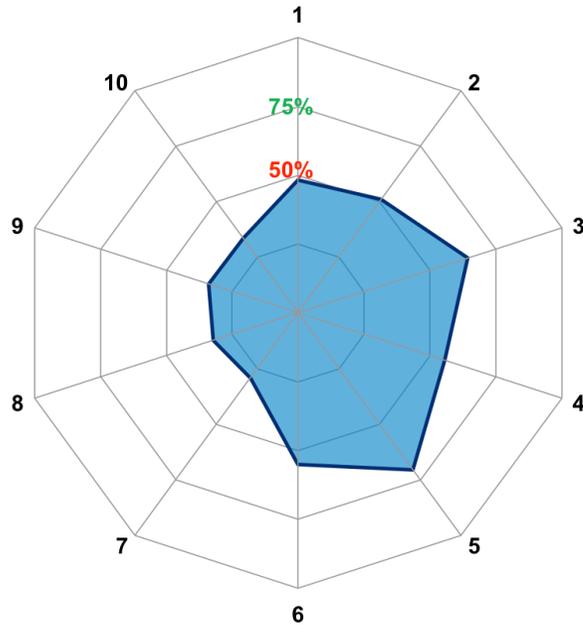
Rôle du manager : Instaurer et maintenir une culture

La réaction des managers quand on leur signale une situation dangereuse influencera les perceptions des agents sur la place donnée à la sécurité, et leur prochain comportement de signalement.

ICSI, La culture de sécurité : comprendre pour agir

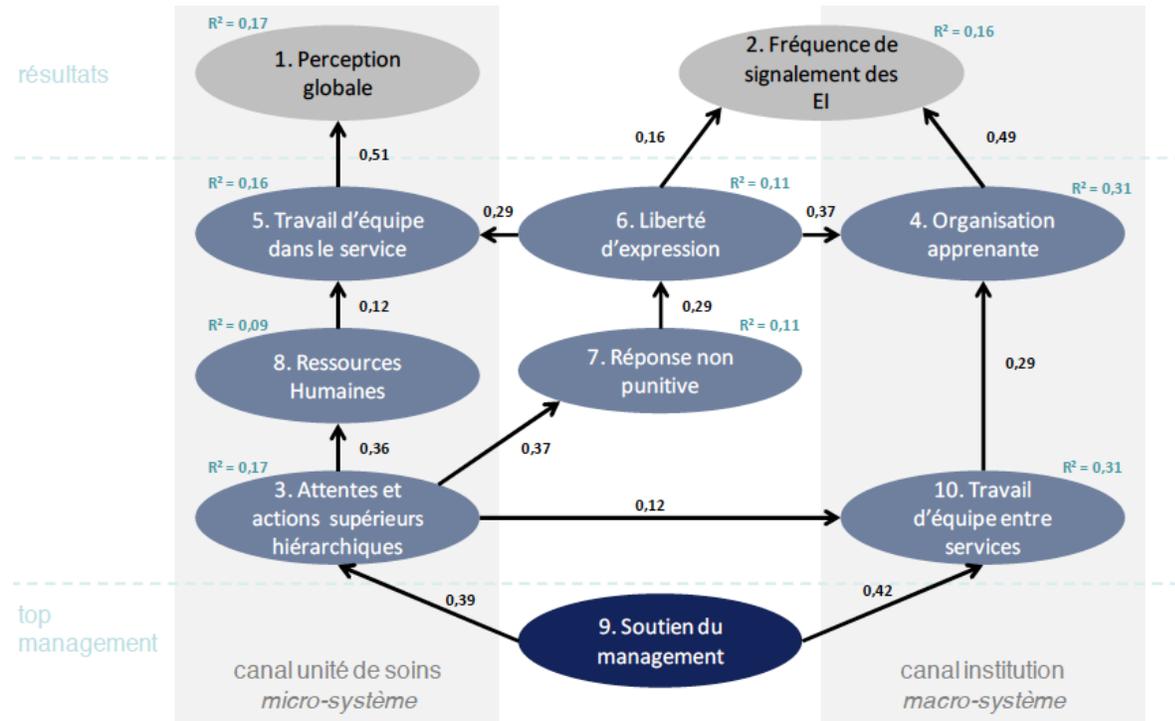


La pierre angulaire



Dimension 7 : réponse non punitive à l'erreur

Dimension 9 : soutien du management



Compétences techniques et **non techniques**: leviers d'amélioration

- Communiquer, dialoguer, écouter le personnel en matière de santé et sécurité au travail
- Afficher son engagement, s'engager auprès du personnel (exemples charte de promotion d'une culture juste)
- Encourager les attitudes positives
- **Prendre en compte les compétences non techniques (coopération, communication, prise de décision, la gestion du stress etc.) en complément des compétences techniques (métier) pour développer la culture sécurité d'une équipe**

Exemple : La check-list au bloc opératoire

→ un outil validé pour éviter les erreurs

HAS - 2010

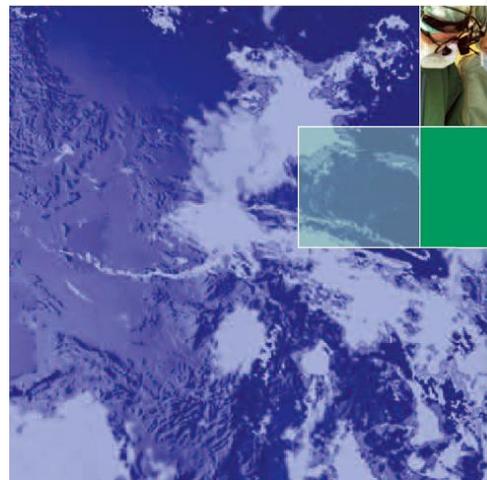
OMS - 2008



ALLIANCE MONDIALE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

UNE CHIRURGIE PLUS SÛRE POUR ÉPARGNER DES VIES

DEUXIÈME DÉFI MONDIAL POUR LA



CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2011 - 01

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle de l'établissement

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 La préparation cutanée de l'opéré. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <p>8 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de 	<p>10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <p>11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p style="text-align: center;">DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *</p> <p style="text-align: center;">SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</p> <p style="text-align: center;">Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL</p>

* EN L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉ DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
 William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
 Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
 Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatala, M.D.,
 Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
 Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
 and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group*

NEJM - 15 janvier 2009

Exemple : La check-list au bloc opératoire

Article original

AFAR 2011

Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Quels acquis, quelles perspectives, un an après son implantation en France

One year implementation of the safe surgery checklist in France, what has been achieved so far, what could be improved?

P. Cabarrot *, R. Bataillon, R. Le Moign

Haute Autorité de santé, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 2, avenue du Stade de France, 92218 Saint-Denis La Plaine, France

Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist

BMJ 2012

Aude Fourcade,¹ Jean-Louis Blache,² Catherine Grenier,³ Jean-Louis Bourgain,⁴ Etienne Minvielle¹

Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study

BMJ 2010

Brigid M Gillespie,¹ Wendy Chaboyer,² Marianne Wallis,³ Clare Fenwick¹

→ mais des difficultés identifiées ...

- perception d'inutilité ou de limitation de l'autonomie professionnelle
- perception d'une tâche administrative supplémentaire
- mauvaise communication entre les acteurs ...

Exemple : La check-list au bloc opératoire

Risques et Qualité 2011

De l'avion au bloc opératoire : première introduction de la *check-list* en France

Analyse de son application par les médecins engagés dans l'accréditation des disciplines à risque

Ph. Casassus, R. Amalberti, B. Bally, Ph. Cabarrot, R. Bataillon
Service évaluation et amélioration des pratiques, Haute Autorité de santé

« ... un tel **comportement** constitue une vraie **révolution culturelle** .
La réussite d'une telle démarche de qualité implique **l'acceptation** par les professionnels d'un considérable **changement dans la perception** de leur fonctionnement au quotidien. Il faut qu'ils

en soient **convaincus** pour être **motivés** à une **application** sans arrière-pensée, gage de réussite. »

British Journal of Anaesthesia **109** (1): 47-54 (2012)
Advance Access publication 30 May 2012 · doi:10.1093/bja/aes175

BJA



Surgical safety checklists: do they improve outcomes?

I. A. Walker^{1*}, S. Reshamwalla² and I. H. Wilson³

¹ Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust, London WC1N 3JH, UK

² Lifebox Foundation, 21 Portland Place, London W1B 1PY, UK

³ Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust, Exeter EX2 5DW, UK

* Corresponding author. E-mail: isabeauwalker@mac.com

Editor's key points

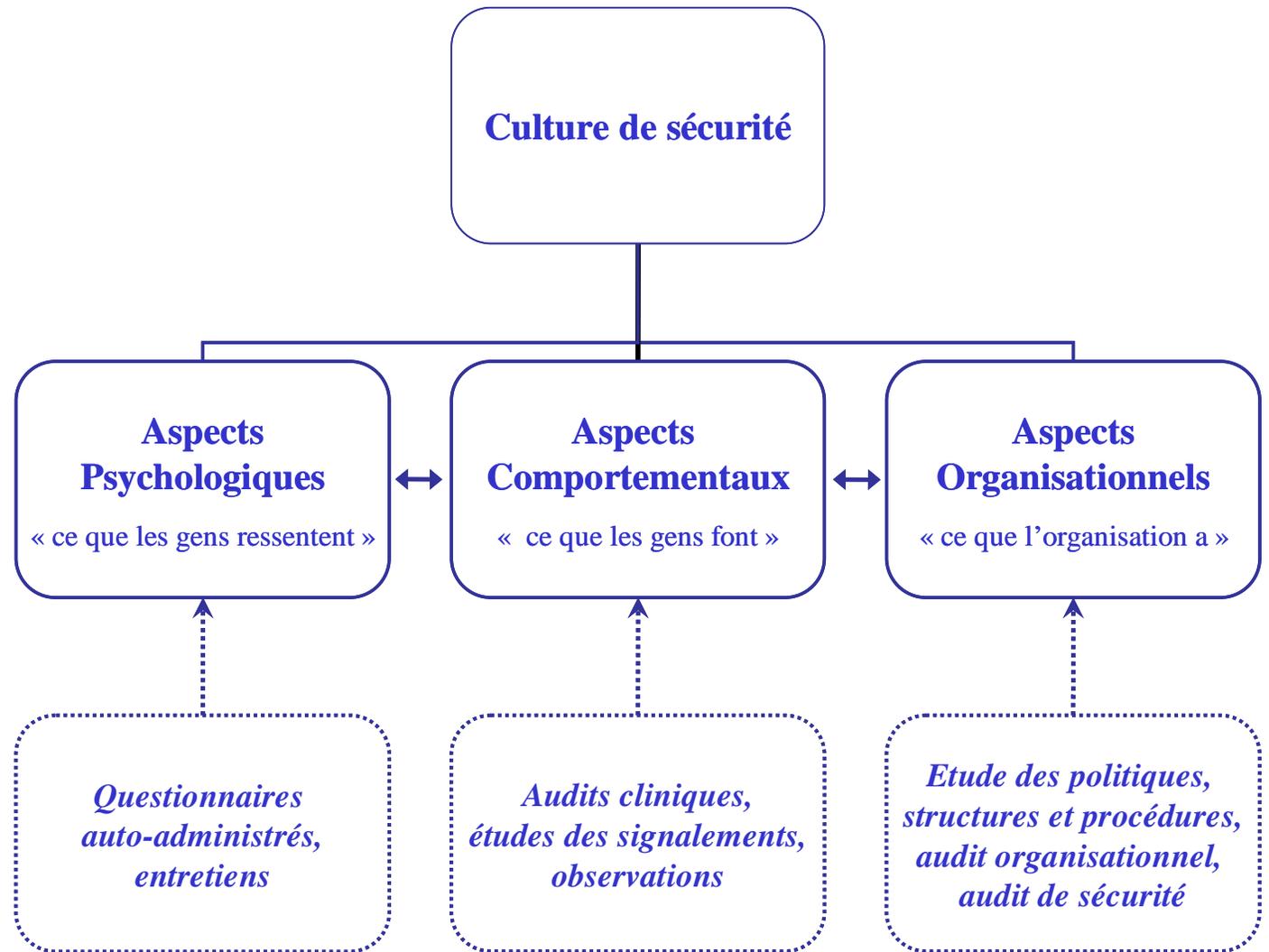
- Checklists, notably the WHO Surgical Safety Checklist, have an established place in safe theatre practice.
- There is emerging evidence that checklists may have further applications in acute and emergency situations.
- Effective implementation of checklists requires individual clinicians to adapt to a changing safety culture.



3. Comment ça fonctionne ?

Différentes méthodes d'évaluation de la culture de sécurité des soins

En santé, l'approche quantitative avec l'utilisation de questionnaires individuels et auto-administrés prédomine actuellement.



L'enquête culture sécurité

→ Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)

développé par Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

→ traduction, test et validation par le CCECQA

(Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine)

→ 40 questions regroupées en 10 dimensions

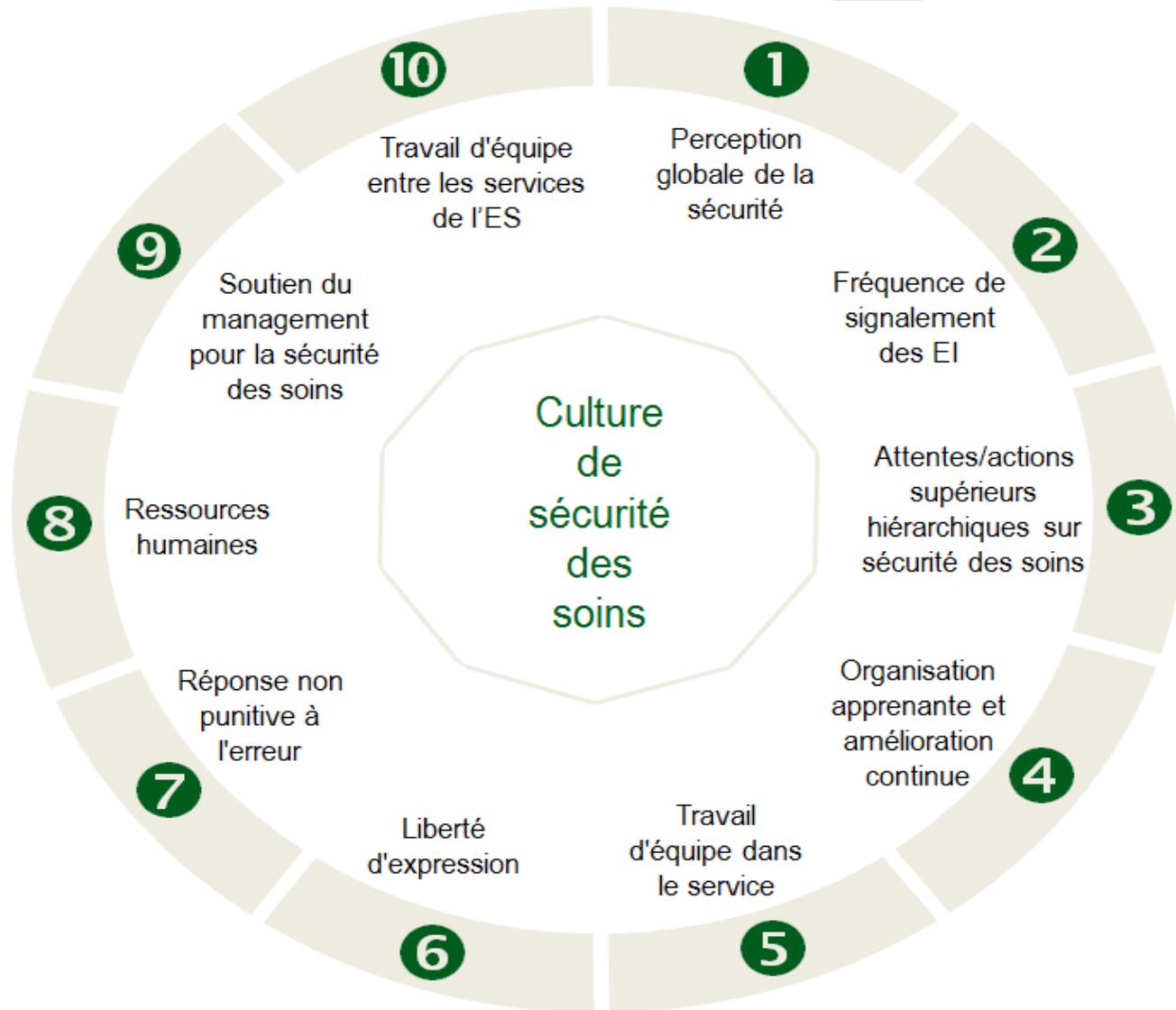
+ 2 questions générales : - niveau de sécurité perçu
- nombre EIAS signalés

1 score / dimension = moyenne réponses positives questions

score $\geq 75\%$: dimension dite développée

score $\leq 50\%$: fort potentiel d'amélioration

L'enquête culture sécurité



Résultat sur 10 dimensions

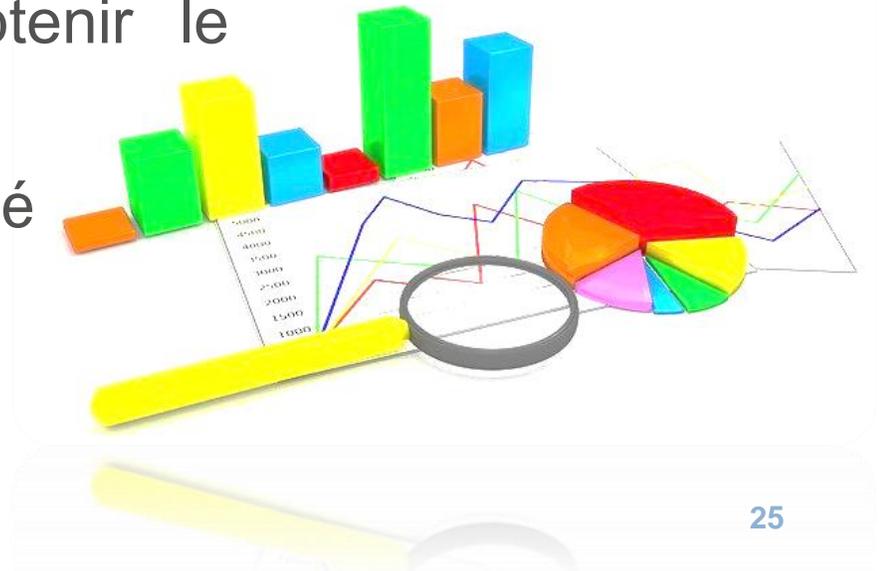
L'enquête culture sécurité

= Outil de diagnostic et de pilotage du changement

Ce n'est pas un résultat se suffisant à lui-même

Sa réalisation permet :

- de faire **comprendre aux équipes** ce qu'est la culture de sécurité et en quoi c'est important ; afin d'obtenir le **développement d'une culture de sécurité**
- d'évaluer **leur maturité** en termes de culture sécurité
- d'identifier des **objectifs d'amélioration**



Le guide HAS/FORAP



A screenshot of a survey form titled 'Enquête culture de sécurité des soins'. It contains various sections with checkboxes and text boxes, including 'Informations générales', 'Description de l'événement', and 'Analyse de la situation'. The form is designed for data collection during a safety culture survey.



Avec ces outils l'analyse de l'enquête est préparée, discutée partagée elle évolue et s'enrichit avec le concours des équipes de soins

Les résultats



1. Analyse du déroulement de l'enquête

- ⇒ Comment s'est déroulée l'enquête culture de sécurité ?
- ⇒ Comment notre équipe se situe-t-elle par rapport à des secteurs d'activité qui lui ressemblent ?
- ⇒ Quelle est la composition de notre équipe ?
- ⇒ Quelles sont les catégories professionnelles qui ont répondu à l'enquête ?
- ⇒ Y a-t-il des circonstances/éléments qui ont pu impacter les résultats de l'enquête ?
- ⇒ Le taux de participation est-il suffisamment important ?

Les résultats



2. Analyse approfondie des résultats

- ⇒ Quels sont les résultats obtenus aux questions niveau de sécurité des soins perçus dans le service et nombre d'EI signalés ?
- ⇒ Quelles sont les dimensions considérées comme développées, c'est-à-dire avec un score > 75 % ?
- ⇒ Quelles sont les 3 dimensions les plus développées ?
- ⇒ Quelles sont les 3 dimensions les moins développées ?
- ⇒ Existe-t-il des écarts entre les perceptions et les pratiques de l'équipe ?
- ⇒ Y a-t-il des questions où les réponses « neutres » sont majoritaires ?
- ⇒ Y a-t-il des verbatim ? Quelle est leur nature ?

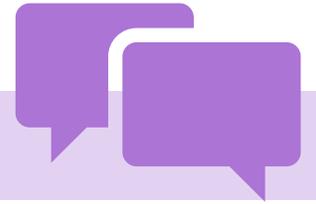
Les résultats



3. Analyse de l'existant

- ➔ Quelles sont les valeurs et les priorités de notre établissement, de notre équipe, en termes de sécurité des patients ?
- ➔ Quels sont les éléments (actions, méthodes, outils) déjà mis en place pour améliorer la sécurité des patients ?
- ➔ En cas d'enquête antérieure, quels ont été les résultats ?

Concertation équipe



Synthèse de l'analyse

- ⇒ Est-ce que ces résultats vous étonnent ?
- ⇒ Est-ce que cela vous correspond ? Est-ce que vous vous reconnaissez ?
- ⇒ Au regard de tout ce qui a été discuté, votre perception globale de la sécurité a-t-elle évoluée par rapport à votre réponse au questionnaire ?
- ⇒ Finalement, comment nous positionnons-nous, collectivement, en termes de culture de sécurité sur une échelle de 0 à 10 ?

Discussion sur la base des 4 composantes

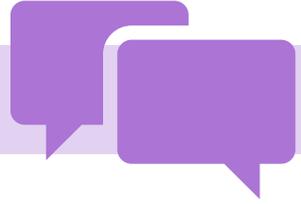
→ Les 4 composantes CS au service de l'action

Objectif : repositionner les résultats de l'enquête culture sécurité dans l'objectif global d'amélioration de la culture de sécurité

Intérêts :

- permettre une prise de recul par rapport aux scores obtenus pour chaque dimension et faciliter les échanges
- ne pas créer de nouvelles obligations d'action

Concertation équipe

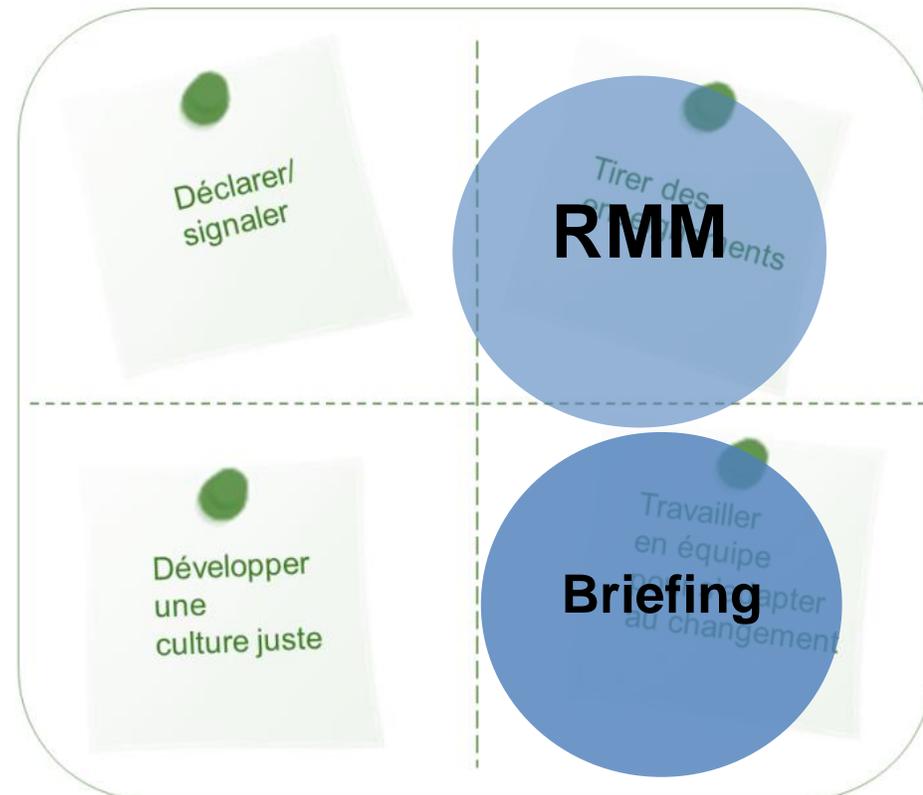


Identification des objectifs d'amélioration

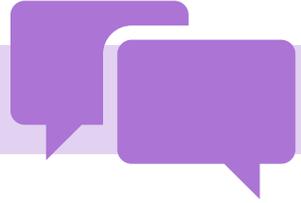
⇒ Comment ce que nous faisons bien participe à développer les 4 composantes ?

Exemple

RMM et Briefing déjà en place



Concertation équipe



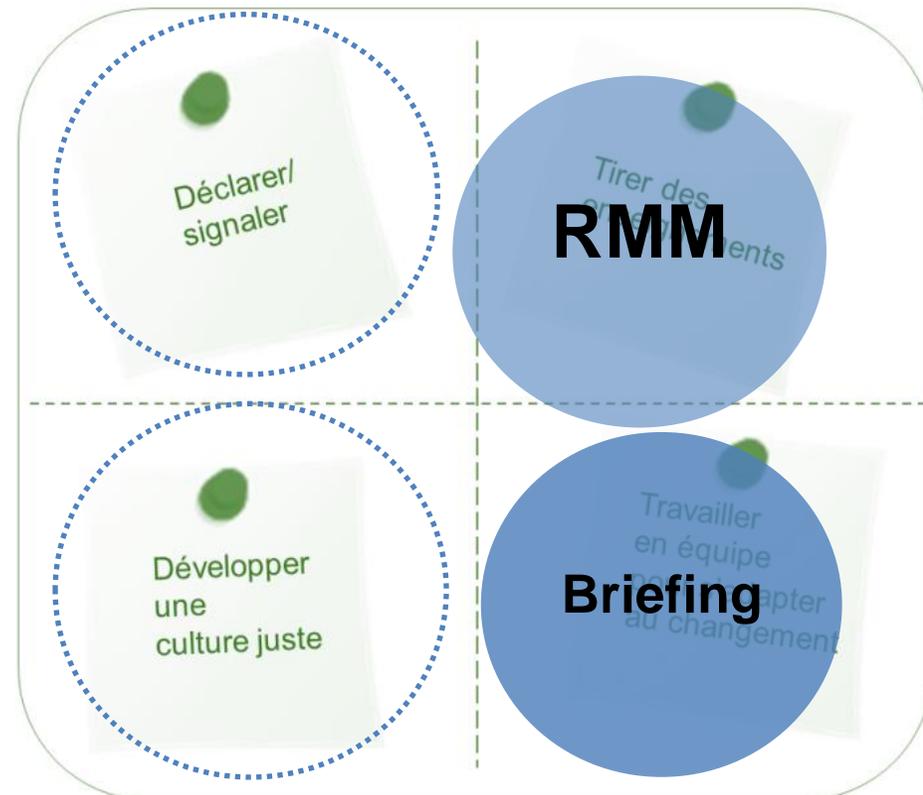
Identification des objectifs d'amélioration

⇒ Quelle(s) composante(s) n'est (ne sont) pas développée(s) ou doi(ven)t être renforcée(s) ?

Exemple

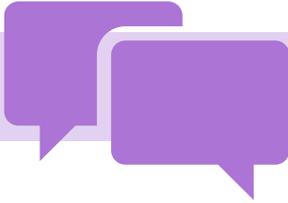
Déclaration EIAS doit être améliorée et culture juste doit être développée

»» Fixation de 2 ou 3 objectifs d'amélioration réalistes et pertinents



Concertation équipe

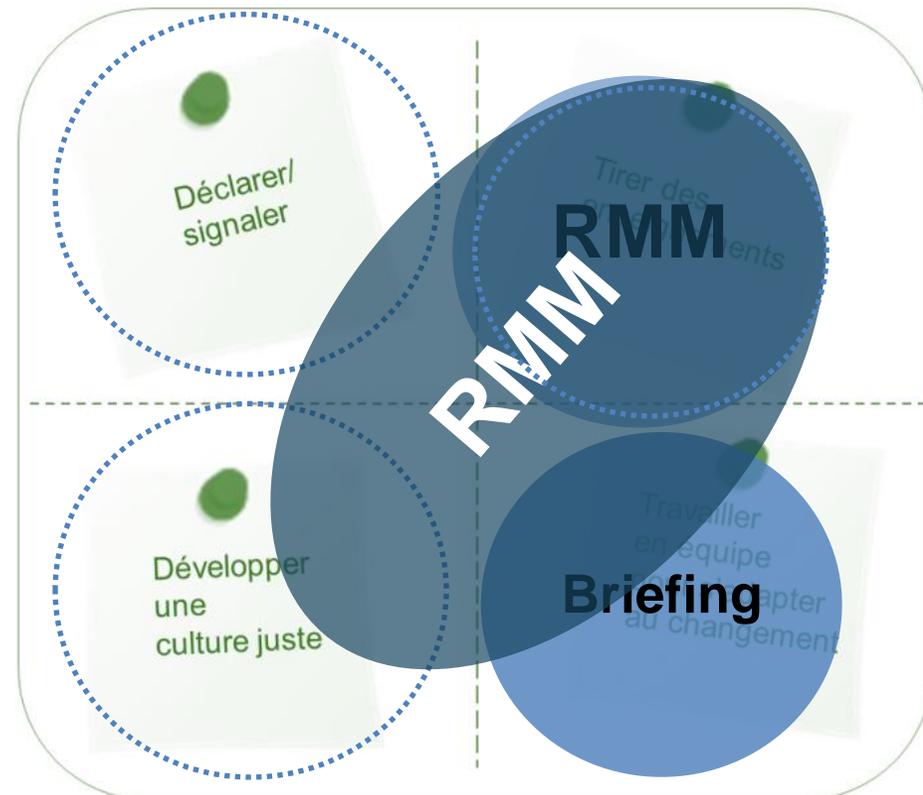
Choix des actions/outils/méthodes pour AGIR



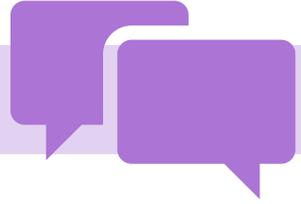
⇒ Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou fait différemment ?

Exemple

L'amélioration du fonctionnement de la RMM



Concertation équipe

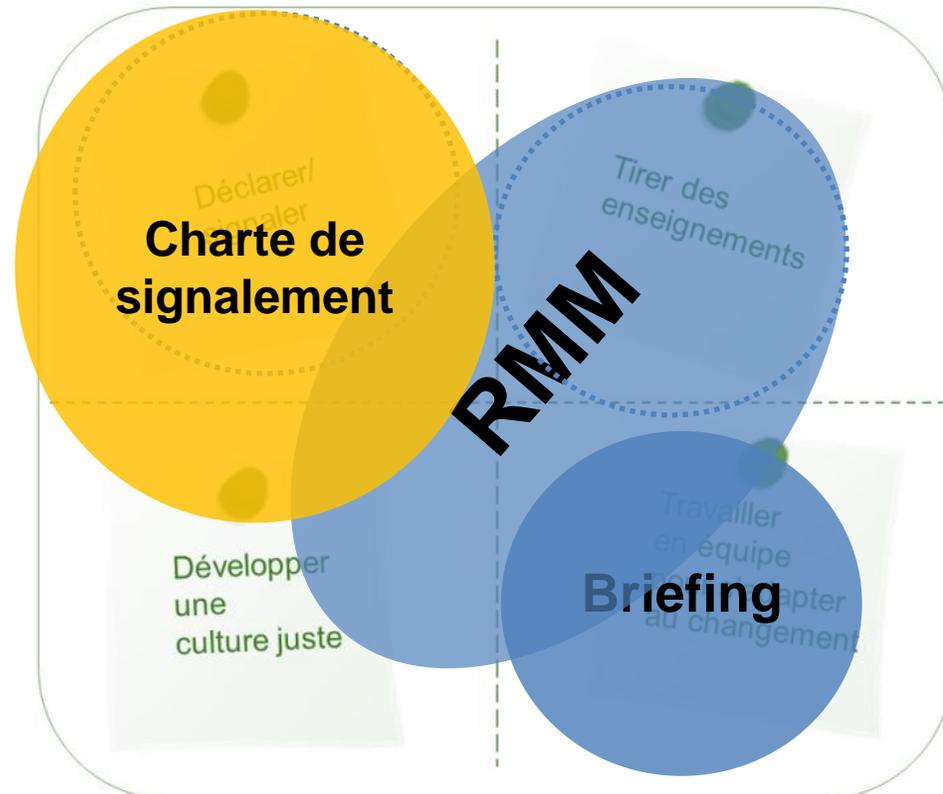


Choix des actions/outils/méthodes pour AGIR

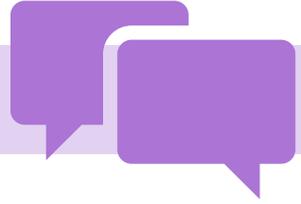
⇒ Quelle(s) nouvelle(s) action(s) pourrions-nous mettre en place ?

Exemple

Mise en place d'une charte de signalement



Concertation équipe



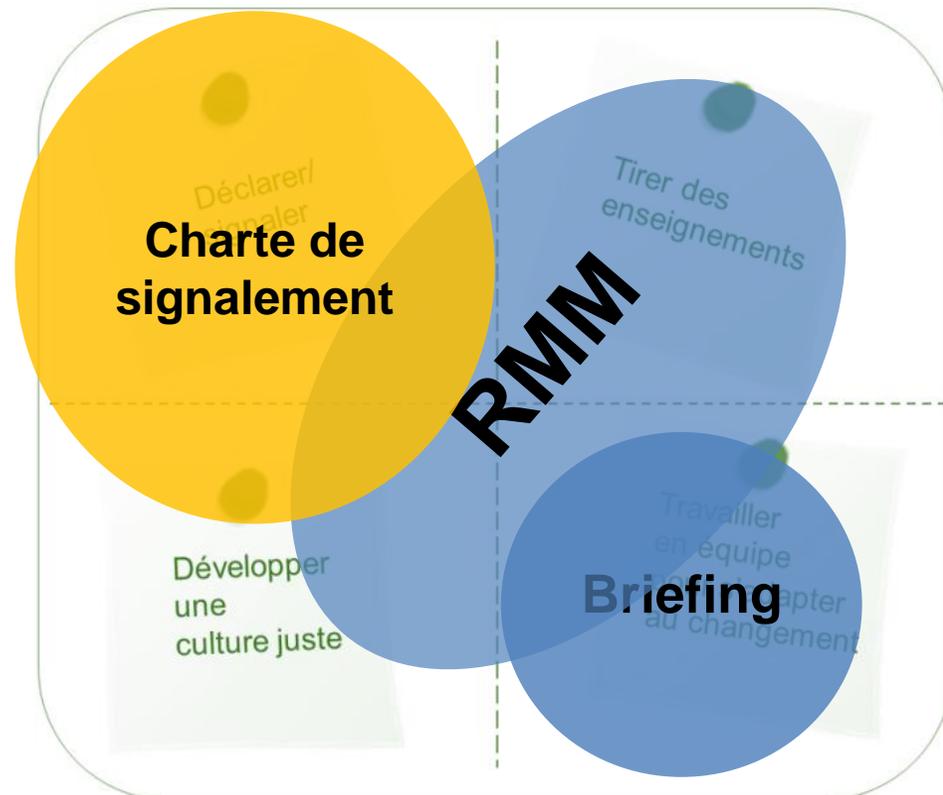
Choix des actions/outils/méthodes pour AGIR

➔ Est-ce suffisant ?



2 à 3 actions maximum

Garder en tête qu'une action peut participer à développer plusieurs composantes





4. Quel lien avec la certification ? Quelles perspectives ?

Perspectives

Développer la culture de sécurité des soins permet :

D'améliorer la qualité et la sécurité des soins

D'améliorer le travail en équipe

D'améliorer le cadre de travail (QVT)

De répondre aux critères du manuel de certification

La culture sécurité dans la certification

- CHAPITRE 3 : L'établissement

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

Le leadership est un concept. La définition qui fait le plus consensus est issue d'un des ouvrages les plus utilisés à l'international dans l'enseignement du leadership (Peter G. Northouse, *Leadership – Theory and practice*) : « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ». C'est en fait un mécanisme de fonctionnement du groupe. On ne parle pas tant du leader (la personne qui prend le leadership) que de ce qui se passe au sein d'un groupe. **La gouvernance de l'établissement doit faire preuve du leadership, c'est-à-dire la capacité à conduire les collectifs professionnels dans le but d'atteindre certains objectifs dont celui, prioritaire, de développement d'une culture de la sécurité et de l'amélioration de la qualité.**

La culture sécurité dans la certification

- **Critère 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins**
- **Critère 3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins**
- **Critère 3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge**
- **Critère 3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management**

Fiche pédagogique

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Évaluation de la gestion du leadership, des équipes et de la qualité de vie au travail selon le référentiel de certification

Le leadership

- « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ». Peter G. Northouse, *Leadership – Theory and practice*
- C'est un mécanisme de fonctionnement du groupe. On ne parle pas tant du leader que de ce qui se passe au sein d'un groupe.

L'équipe

- Pour la Haute Autorité de Santé, « l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin ».
- L'équipe est le meilleur « angle d'attaque » pour décliner sur le terrain la politique qualité-sécurité des soins de l'établissement.

La qualité de vie au travail (QVT)

- « La démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail regroupe toutes les actions permettant d'améliorer les conditions d'exercice du travail résultant notamment des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, favorisant ainsi le sens donné à celui-ci, donc d'accroître la performance collective de l'entreprise et sa compétitivité, par l'engagement de chacun de ses acteurs.
- Autrement dit, la QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. »
- Accord national Interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail »

Enjeux nationaux

- Mettre en place des méthodes de management favorables à la QVT, et notamment renforcer l'écoute et le sens donné au travail.
- Développer, soutenir le travail en équipe et valoriser l'engagement, l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes.
- Accompagner les professionnels dans l'évolution des organisations afin d'améliorer la qualité de vie au travail en recourant à des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe.
- Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, y compris leur sécurité d'exercice.

♦ ♦ ♦

L'articulation de ces 3 thèmes s'est imposée compte-tenu de leurs liens



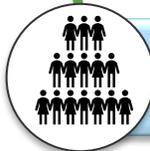
Conclusion



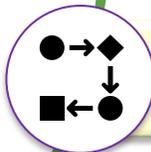
Un engagement de l'équipe managériale



Soutien et exemplarité des managers



Une implication de tous les acteurs



Une combinaison d'actions



Du temps !

Les prochains Rendez-v'outils

« RENDEZ-V'OUTILS du CEPPRAAL »

Retrouvez notre rendez-vous gratuit et mensuel
dans sa nouvelle formule



- Décryptage d'un outil ou d'une méthode en lien avec la Certification
- Suivi d'une heured'échange (adhérents uniquement)

Thème	Date 9 h – 11h
L'analyse d'un processus	7 mai 2021
Le recueil de l'expérience patient par la méthode du shadowing	4 juin 2021
La communication en équipe	25 juin 2021
La pertinence des soins	3 septembre 2021
Le leadership	1 ^{er} octobre 2021
Les PREMS'S et PROM'S	5 novembre 2021
Le recueil de la parole du patient	10 décembre 2021