



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

Culture de la sécurité: un exemple de mise en oeuvre dans les établissements de santé

Dr Margareta Haelterman

Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Toulouse, 7 et 8 juin 2010

plan de l'exposé

- contrat coordination qualité et sécurité des patients 2007 – 2008
- plan pluriannuel 2008 – 2012
- mesure de la culture 2007 – 2008
- actions d'amélioration 2008 – 2009
- enseignements
- 2012 et après?



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

contrat coordination qualité et sécurité des patients 2007 – 2008

- avis du CNEH (Conseil National des Etablissements Hospitaliers)
- budget: 6.800.000€
- tous les hôpitaux
- minimum 10.000€
- participation volontaire → **contrat entre SPF et ES**

participation

80 % des hôpitaux (n=169)

90% des lits agréés



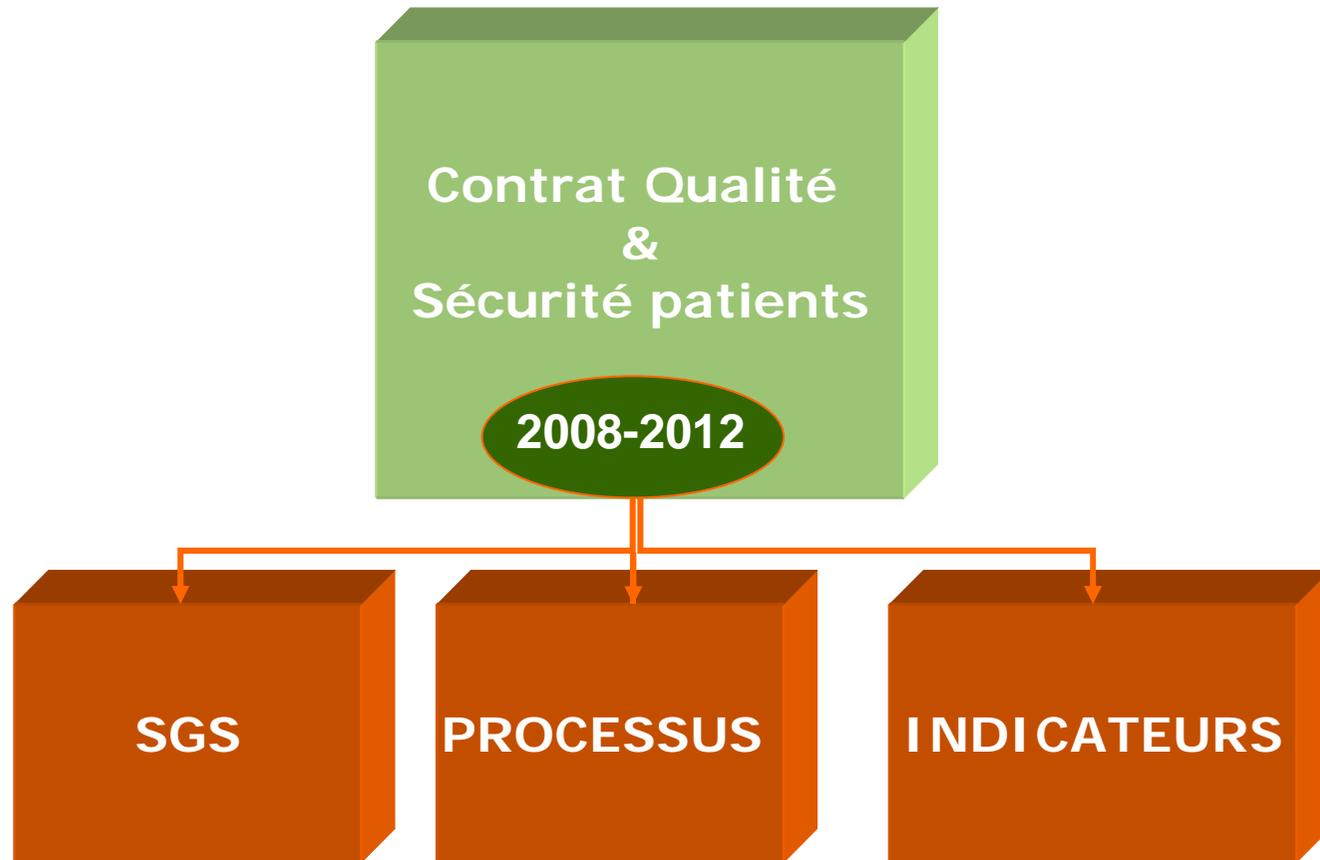


contrat coordination qualité et sécurité des patients 2007 – 2008

- **stratégie – vision - mission - objectifs Q et SP**
- **organigramme de la coordination des structures de qualité + «safety management»**
- **auto-évaluation de la culture sécurité**
- **mécanismes d'enregistrement**
 - description des mécanismes d'enregistrement
 - une approche systémique d'analyse et d'apprentissage des incidents et presque incidents
 - mener à d'éventuelles actions d'amélioration
- **fiches descriptives de «projet qualité»**
- **utilisation des indicateurs en interne**



Contrat 2008-2009

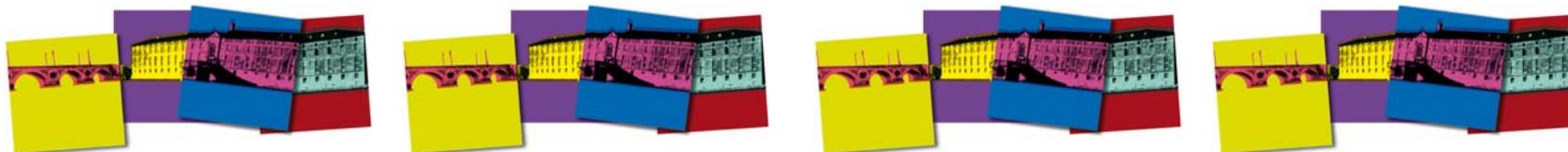
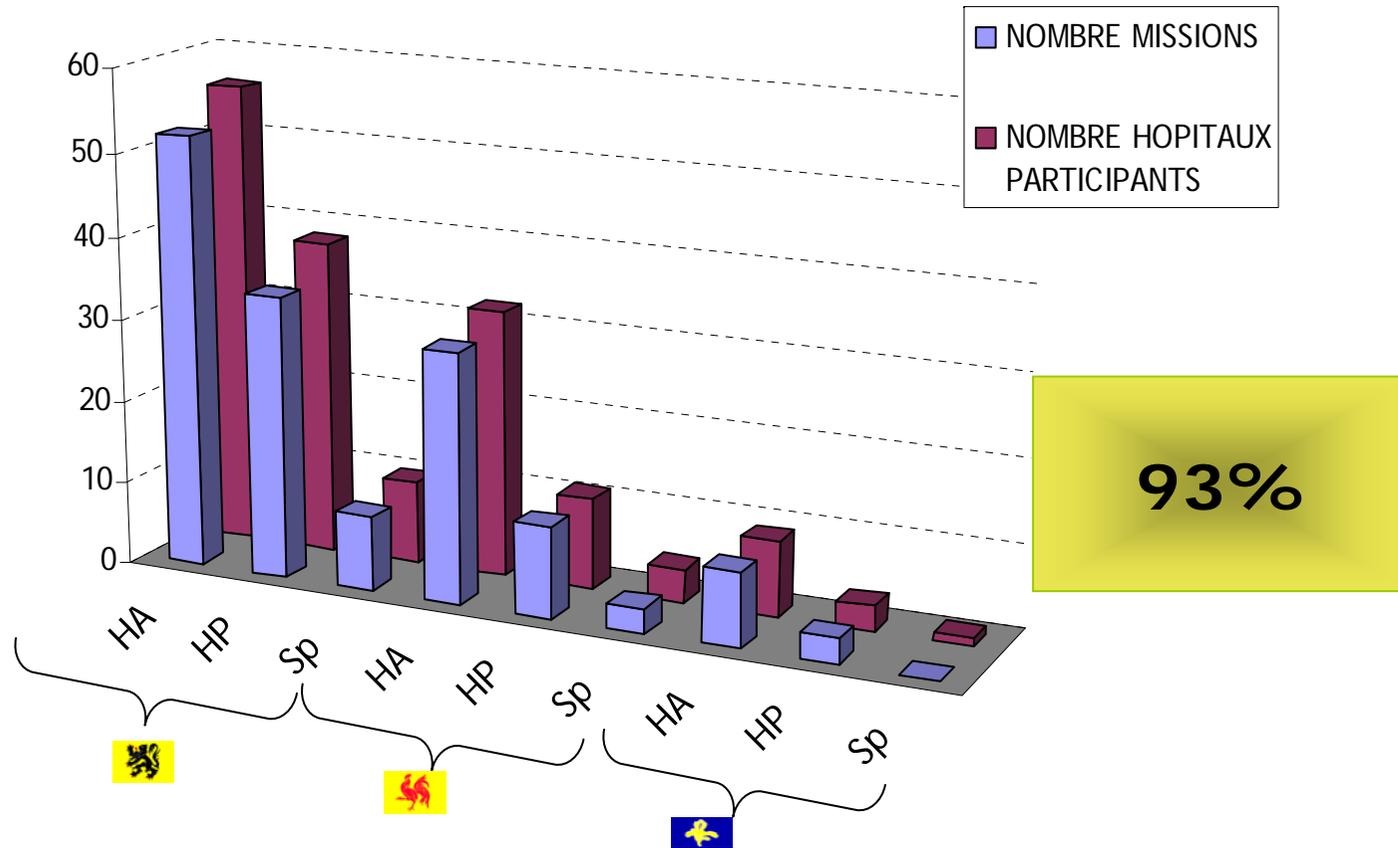


...
2016
2015
2014
2013

PLAN PLURIANNUEL POUR LA COORDINATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PATIENTS 2007-2012

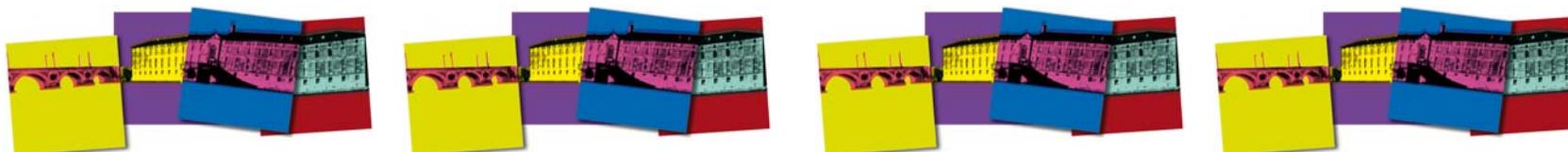
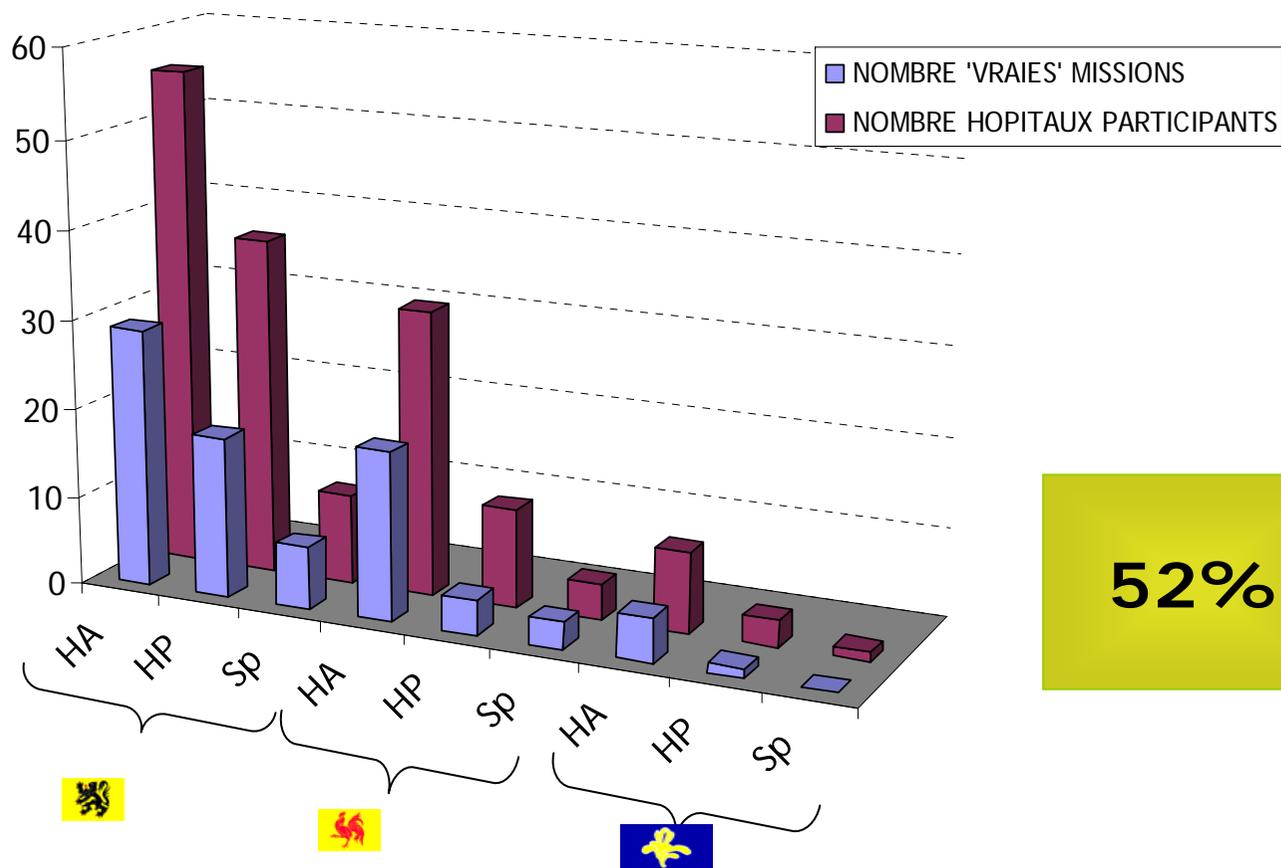
	PILIER 1: SGS	PILIER 2: PROCESSUS	PILIER 3: SET D'INDICATEURS
01/01/2012 au 31/12/2012	Intégration système de gestion de la sécurité	Amélioration d'un processus multidisciplinaire extramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels	Set d'indicateurs multidimensionnels de base
01/01/2011 au 31/12/2011	1. Evaluation de la culture de sécurité des patients (deuxième mesure) 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse prospective utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire extramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels	1. Evaluation d'un set d'indicateurs national 2. Analyse des indicateurs issus du set national
01/07/2009 au 31/12/2010	1. Système de rapportage et d'apprentissage pour les (presqu') incidents 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse rétrospective utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire intramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Evaluation du set individuel d'indicateurs sur base de la cartographie 2008-2009 2. Analyse des indicateurs issus du set individuel
01/07/2008 au 30/06/2009	1. Rédaction d'un plan de sécurité pluriannuel reprenant des objectifs stratégiques et opérationnels 2. Deux actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture PS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire intramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Indiquer les organes et méthodes 2. Réalisation d'une cartographie des indicateurs utilisés
01/07/2007 au 30/06/2008 	1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant qualité et la sécurité des patients 2. Structures qualité et fonctions des membres: mise en place du comité de sécurité des patients 3. Evaluation de la culture de sécurité des patients (première mesure) et benchmarking 4. Déclaration et analyse des incidents et presque-incident: description 5. Description de trois projets dans trois dimensions de la qualité 6. Hôpitaux aigus: analyse de 12 indicateurs dans 4 dimensions (issus des rapport FMH et PSI)		
	RAPPORT: QUALITE ET SECURITE DES PATIENTS DANS LES HOPITAUX BELGES EN 2008		

Nombre d'hôpitaux ayant une mission générale

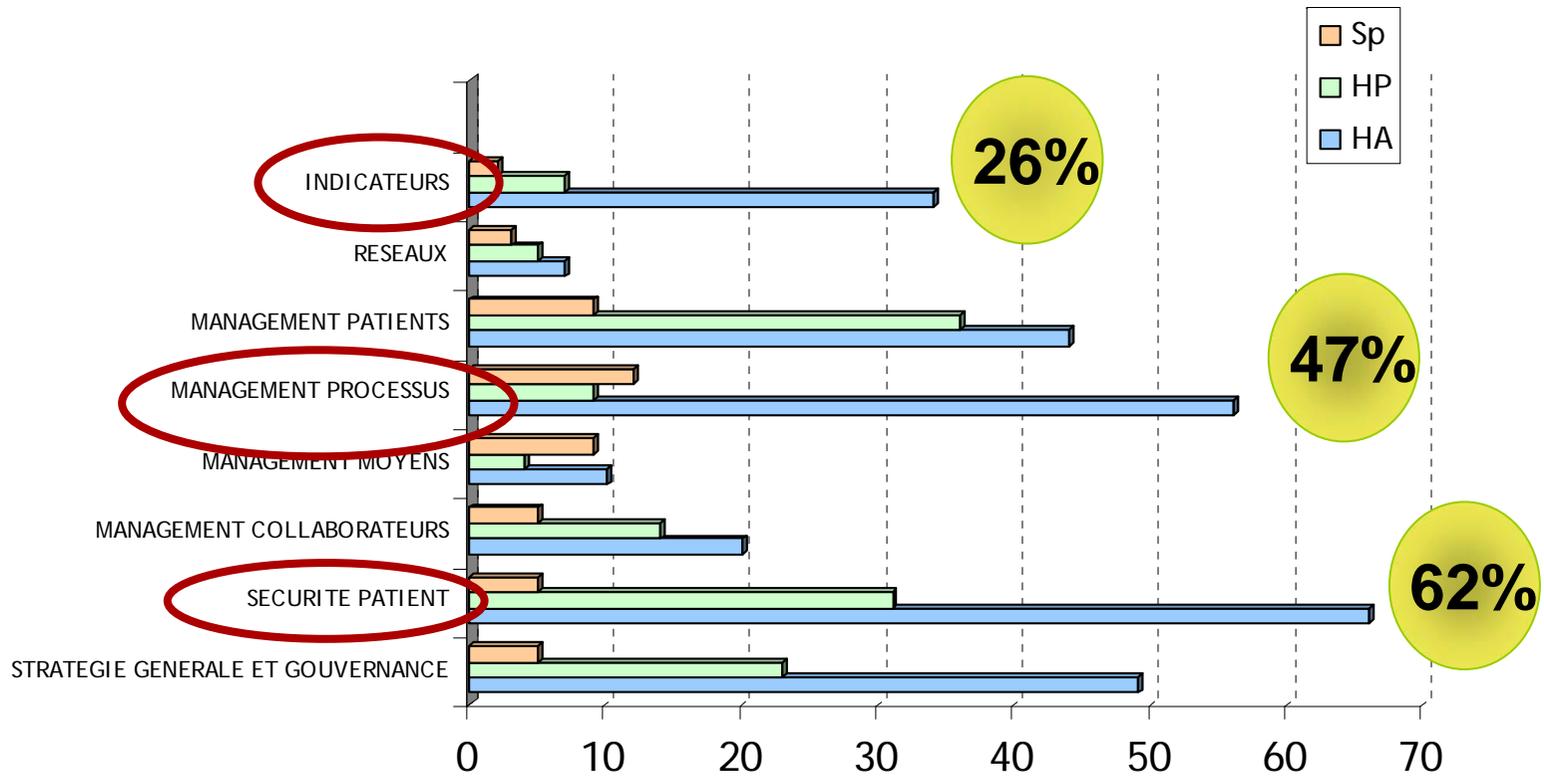


2

Nombre d'hôpitaux avec une "vraie" mission



Les dimensions dans les objectifs opérationnels



James Reason

les 4 dimensions de la culture sécurité

“just”

“flexible”

“learning”

“reporting”



Culture de sécurité?

- culture qui accepte la **possibilité** que les établissements de soins et les prestataires de soins commettent des **erreurs**
- culture d'**ouverture et de transparence** qui permet à l'organisation et au personnel de cette organisation de **tirer des enseignements** de ses erreurs afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent par la suite



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

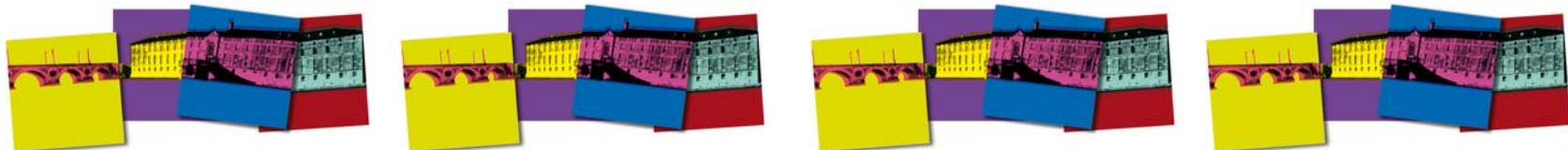
Culture de sécurité?

- une culture de l'organisation ouverte et transparente contribue incontestablement à une **meilleure sécurité des soins**
- une culture propice à la sécurité des patients permet une **gestion positive et éducative** des incidents au sein de l'institution
- cet esprit critique aide à **reconnaître et à admettre les incidents survenus** et, après analyse, à en **tirer les leçons** sous forme d'améliorations



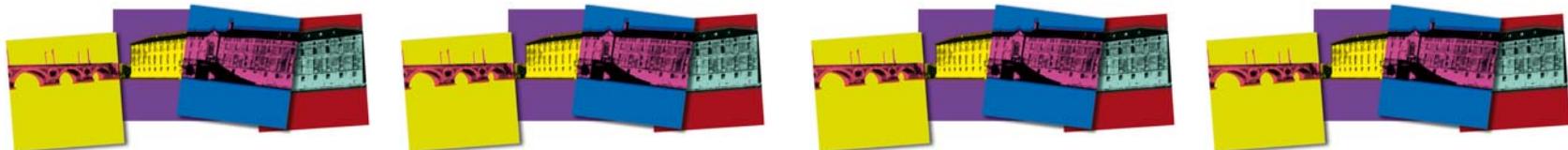
Mesure de la culture

- instrument: **Hospital Survey on Patient Safety Culture** (AHRQ - USA)
- questionnaire sur la **perception du personnel** concernant la sécurité des patients dans l'institution
- 42 questions
- temps: 10-15 min
- résultats: 12 domaines



Mesure de la culture

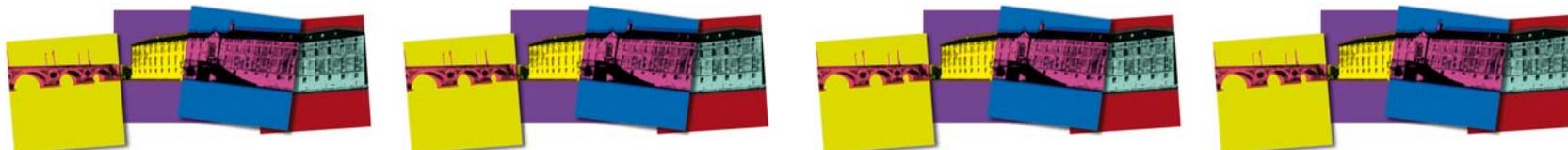
- traduction du questionnaire en NL et FR
- testés dans hôpitaux NL (2005) et FR (2007)
- validation (cfr validation de l'instrument AHRQ-USA)
- ateliers, manuel et plan opérationnel
- papier/électronique/ papier ou électronique
- base de données: MS Access



Mesure de la culture benchmark

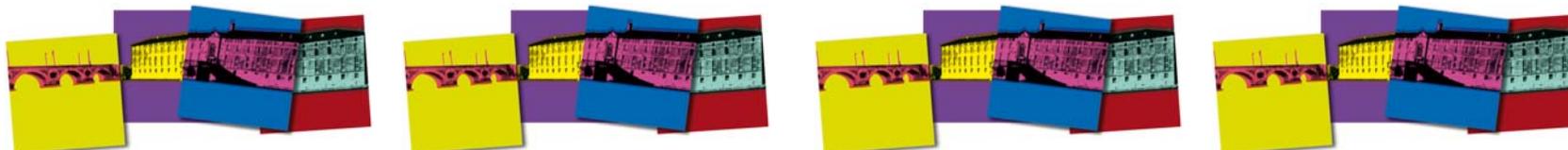
	FR	NL	total
hôpitaux aigus	26	55	81
hôpitaux psychiatriques	10	30	40
hôpitaux Sp	2	9	11
total	38	94	132

82%



Mesure de la culture taux de réponse

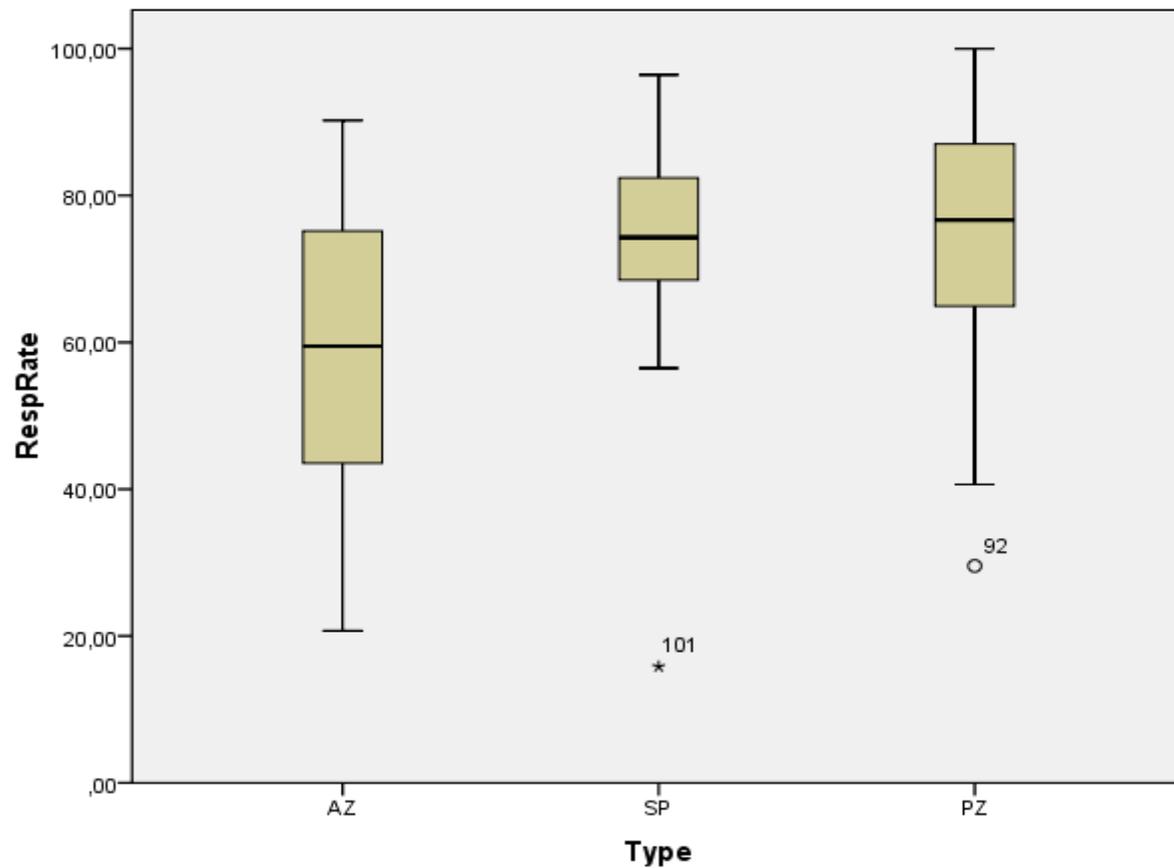
	distribution	réponse	%
médecins	13.883	4.909	35
autres collaborateurs	81.621	47.287	58
total	95.504	52.196	55





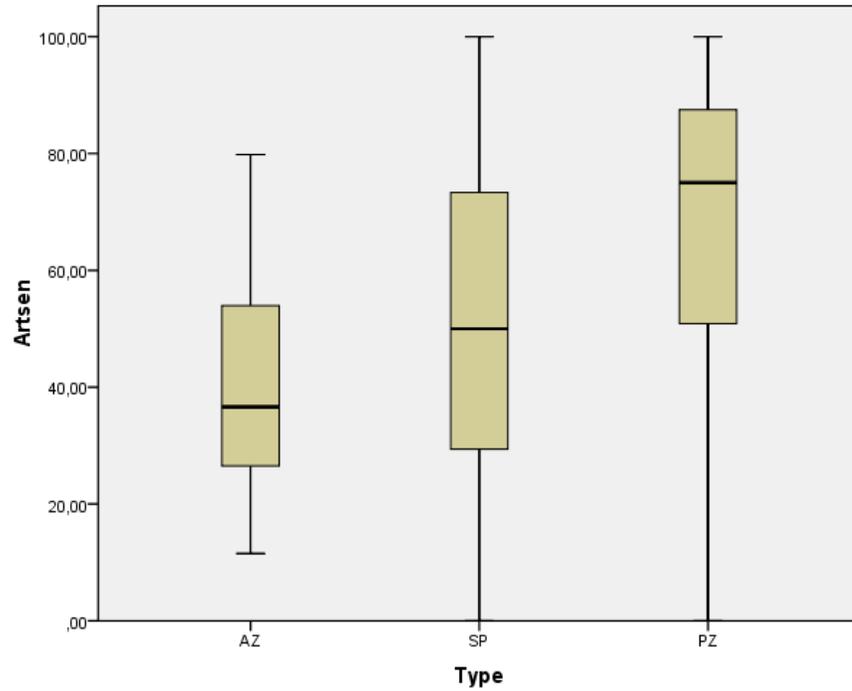
Mesure de la culture

Taux de réponse global par type d'hôpital

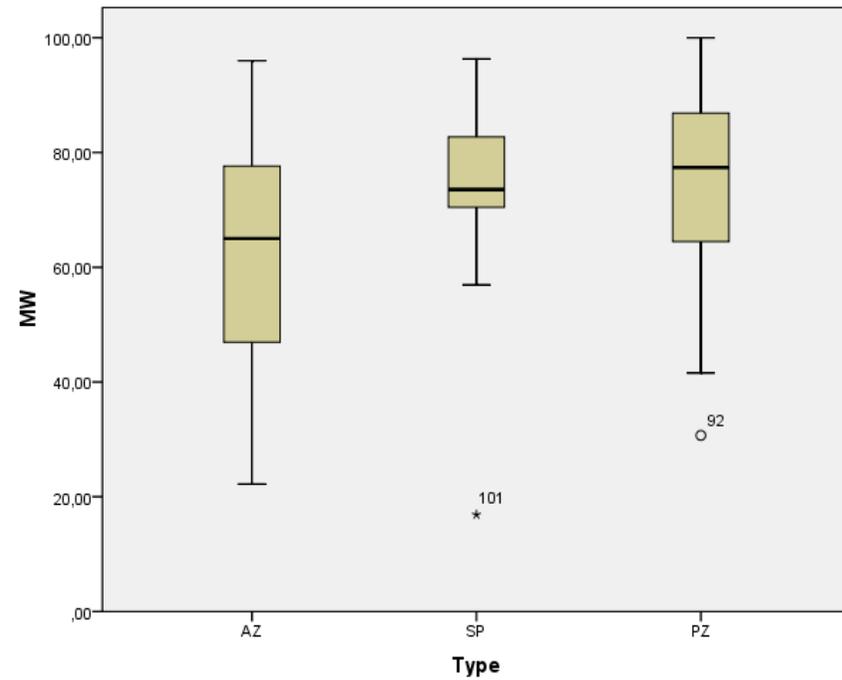


Taux de réponse par type d'hôpital

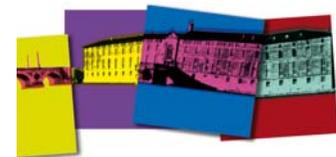
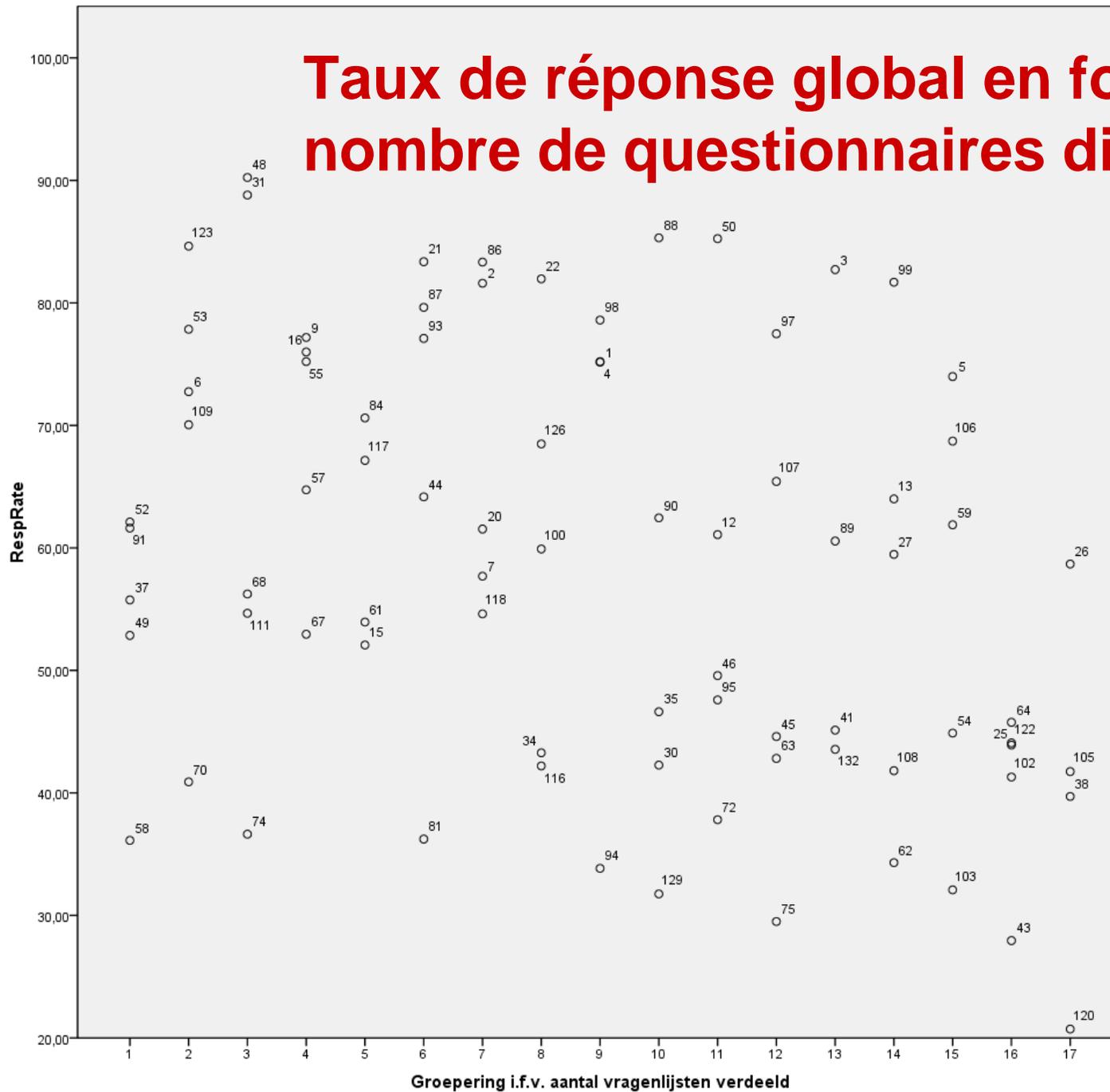
médecins



autres collaborateurs



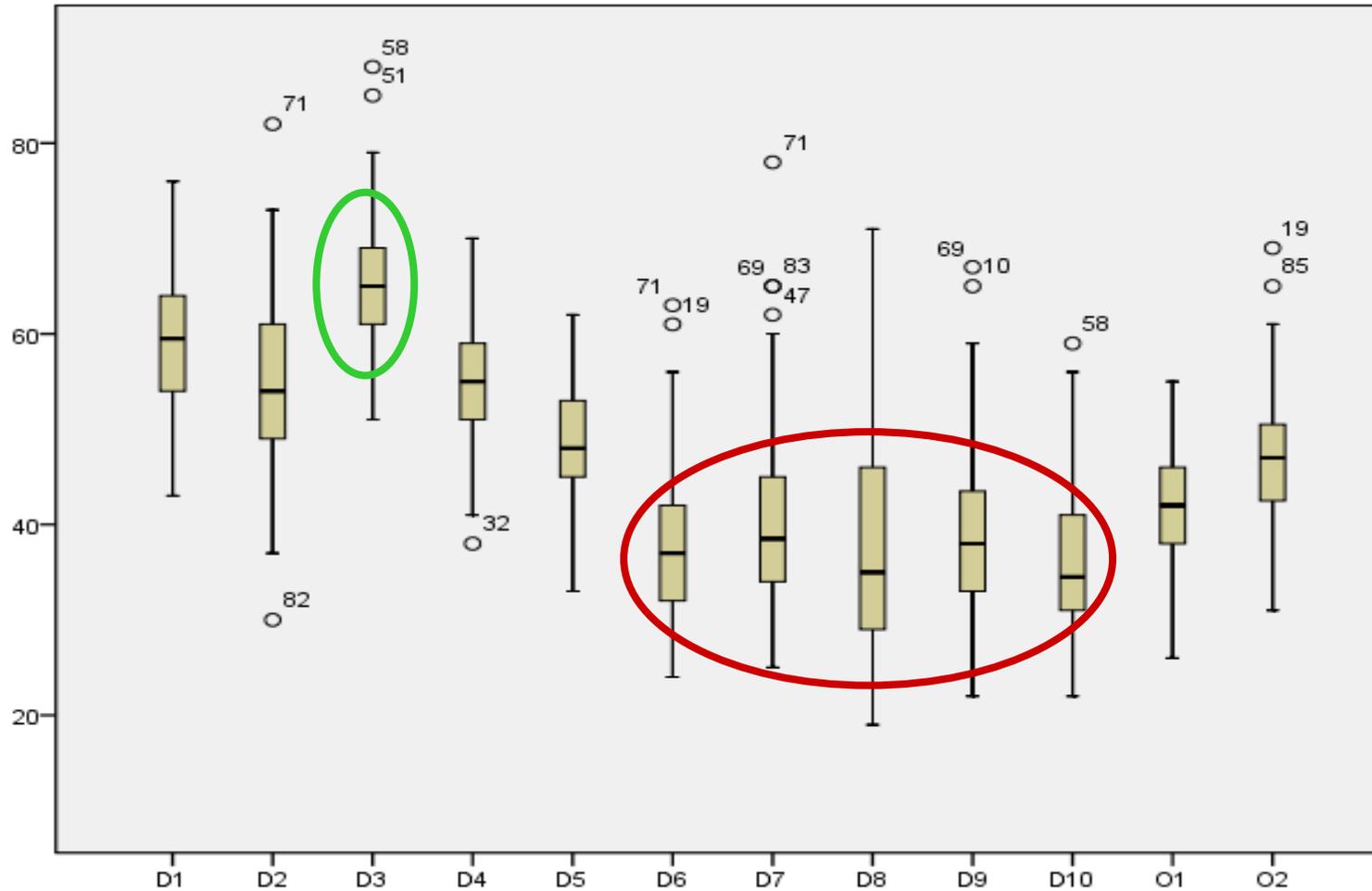
Taux de réponse global en fonction du nombre de questionnaires distribués



	dimensions
D01	la gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
D02	la façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
D03	le travail en équipe au sein des unités
D04	l'ouverture à la communication
D05	les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
D06	l'absence de sanction face aux erreurs
D07	l'encadrement en personnel
D08	le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
D09	le travail d'équipe entre les départements
D10	la transmission des informations et les transferts
O01	la perception globale de la sécurité
O02	la fréquence du signalement des événements indésirables



Résultats par dimension

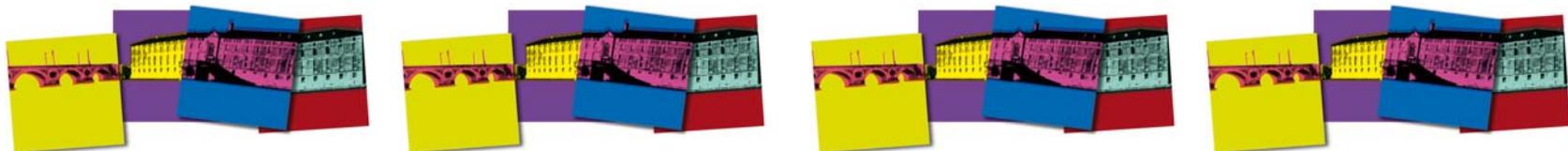


2

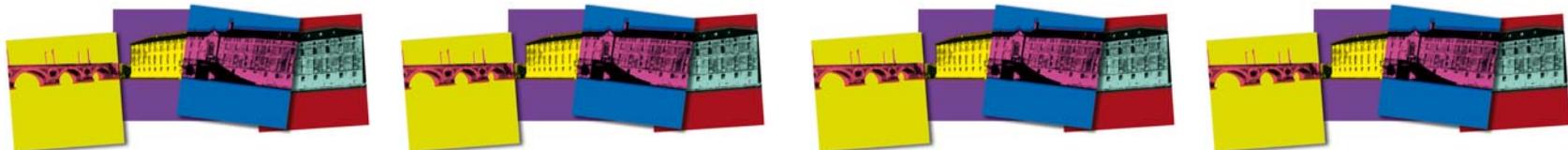
RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

Conclusions du benchmark

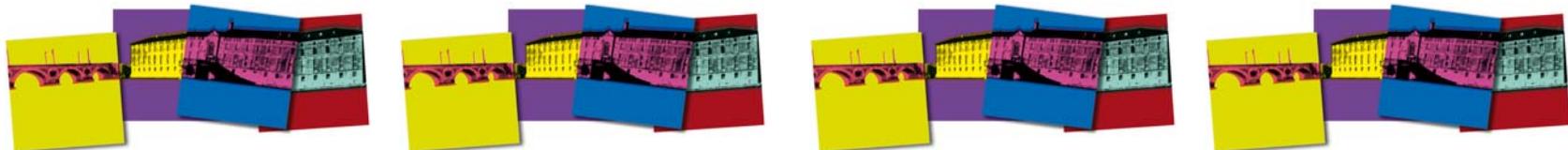
- **variation** dans les taux de réponse
- **variation des résultats** en fonction: type hôpital, capacité de l'hôpital, environnement de travail, fonction, ...
- **analyses plus précises** des données à **prévoir**
- possibilité d'entrer les données dans une **banque de données commune** (*pool*)
- **projet commun**: plus value
- point de départ pour le **pilier 1** du contrat pluriannuel



- European Network for Patient Safety
- Work Package 1 “Promoting Patient Safety Culture” (mai 2010)
- rapports sur www.esqh.net → EUNetPaS → “use of Patient Safety Culture Instruments”
 - instruments and settings
 - use in member states
- culture sécurité = “un schéma (*pattern*) intégré de comportements individuels et organisationnels, basés sur des croyances et valeurs communes qui cherchent de manière continue à minimiser le préjudice, qui peut résulter d’un processus de prise en charge”



- recherche de la littérature: 19 instruments
- enquête états membres: 15 instruments différents
- **3 instruments recommandés:**
 - Hospital Survey on Patient Safety Culture
 - Manchester Patient Safety Assessment Framework
 - Safety Attitudes Questionnaire
- pour **usage interne** mais pas assez testé et validé pour des comparaisons entre institutions (benchmarking)



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

Systeme de la gestion de la sécurité

contrat 2008 - 2009

- rédaction d'un plan de **sécurité pluriannuel** reprenant des objectifs stratégiques et opérationnels
- **deux actions d'amélioration** sur base de la mesure de la culture sécurité
 - analyse des résultats de l'institution
 - formuler des objectifs SMART
 - proposer 2 actions d'amélioration



actions d'amélioration

- rapport 2008 – 2009
 - rapport envoyé: 181/185 ou 98%
 - plan SGS: 155/181 ou 86%
 - actions d'amélioration: 153/160 ou 96%
 - actions d'amélioration: 536
 - 417 dans dimensions D1 - D10 (78%)
 - 119 dans dimensions O1 - O2 (22%)
 - indicateurs: 1.018



actions d'amélioration

- enquête complémentaire avril 2010
 - reponse: 130/160 ou 82%
 - actions d'amélioration: 264 (moyenne 2 / hôp.)
 - 214 dans dimensions D1 - D10 (81%)
 - 50 dans dimensions O1 - O2 (19%)
 - indicateurs: 861
 - structure: 323 ou 38%
 - processus: 478 ou 56%
 - résultat: 60 ou 7%



	dimensions	actions d'amélioration	n	%
D01	la gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients		6	2
D02	la façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue		17	6
D03	le travail en équipe au sein des unités		11	4
D04	l'ouverture à la communication		7	3
D05	les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients		34	13
D06	l'absence de sanction face aux erreurs		18	7
D07	l'encadrement en personnel		12	5
D08	le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients		15	6
D09	le travail d'équipe entre les départements		29	11
D10	la transmission des informations et les transferts		65	25
O01	la perception globale de la sécurité		18	7
O02	la fréquence du signalement des événements indésirables		32	12
			264	100



	dimensions	indicateurs	n	%
D01	la gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients		22	3
D02	la façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue		41	5
D03	le travail en équipe au sein des unités		24	3
D04	l'ouverture à la communication		24	3
D05	les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients		101	12
D06	l'absence de sanction face aux erreurs		56	7
D07	l'encadrement en personnel		64	7
D08	le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients		39	5
D09	le travail d'équipe entre les départements		95	11
D10	la transmission des informations et les transferts		228	26
O01	la perception globale de la sécurité		44	5
O02	la fréquence du signalement des événements indésirables		123	14
			861	100





D08: soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients (exemples de différentes institutions)

action d'amélioration	indicateur
agender le thème sécurité des patients aux réunions de direction	structure: Y fois agendé /X réunions de direction
développer une politique qualité dans l'institution	processus: nombre d'incidents rapportés
soutien du personnel après un événement critique	résultat: satisfaction personnel sur la prise en charge suite à un incident critique



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

Systeme de la gestion de la sécurité contrat 2009 - 2010

- **systeme de rapportage et d'apprentissage** pour les (presqu') incidents
- **décrire 5 incidents analysés** ainsi que la méthode d'analyse rétrospective utilisée, les **actions d'amélioration** et **utiliser la taxonomie de l'OMS (ICPS)**



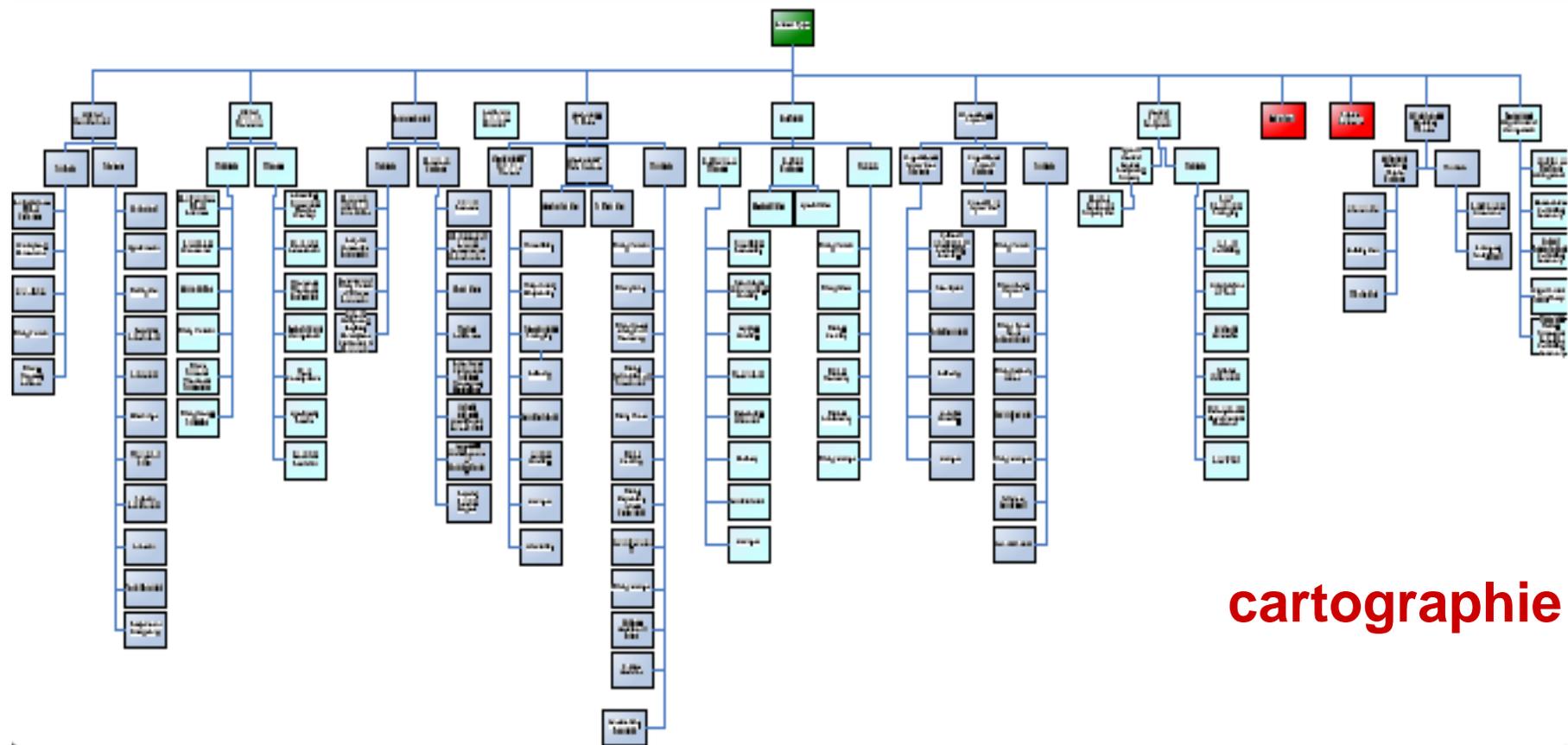
2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

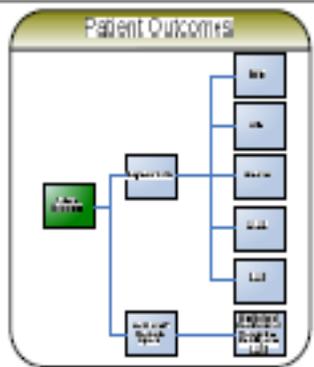
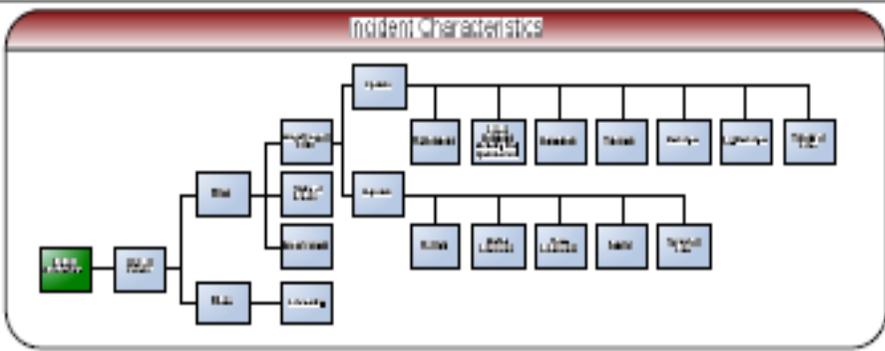
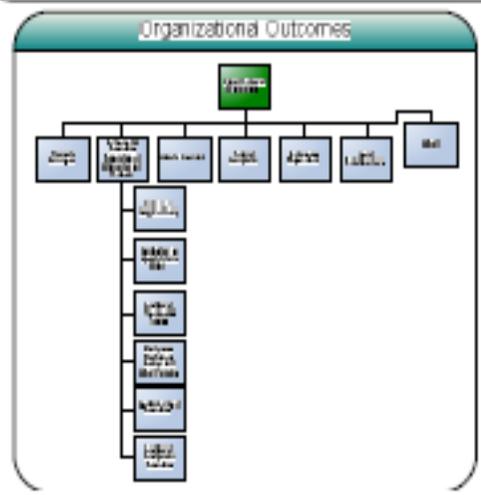
soutien des hôpitaux en 2010

- **taxonomie ICPS** (International Classification on Patient Safety – OMS)
 - groupe de travail
 - éléments à rapporter (type d'incident, caractéristiques de l'incident, implications pour le patient et l'institution)
 - cartographie
 - manuel
- analyse rétrospective des incidents
 - formation **PRISMA** (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis)
 - formation **SIRE**: Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie

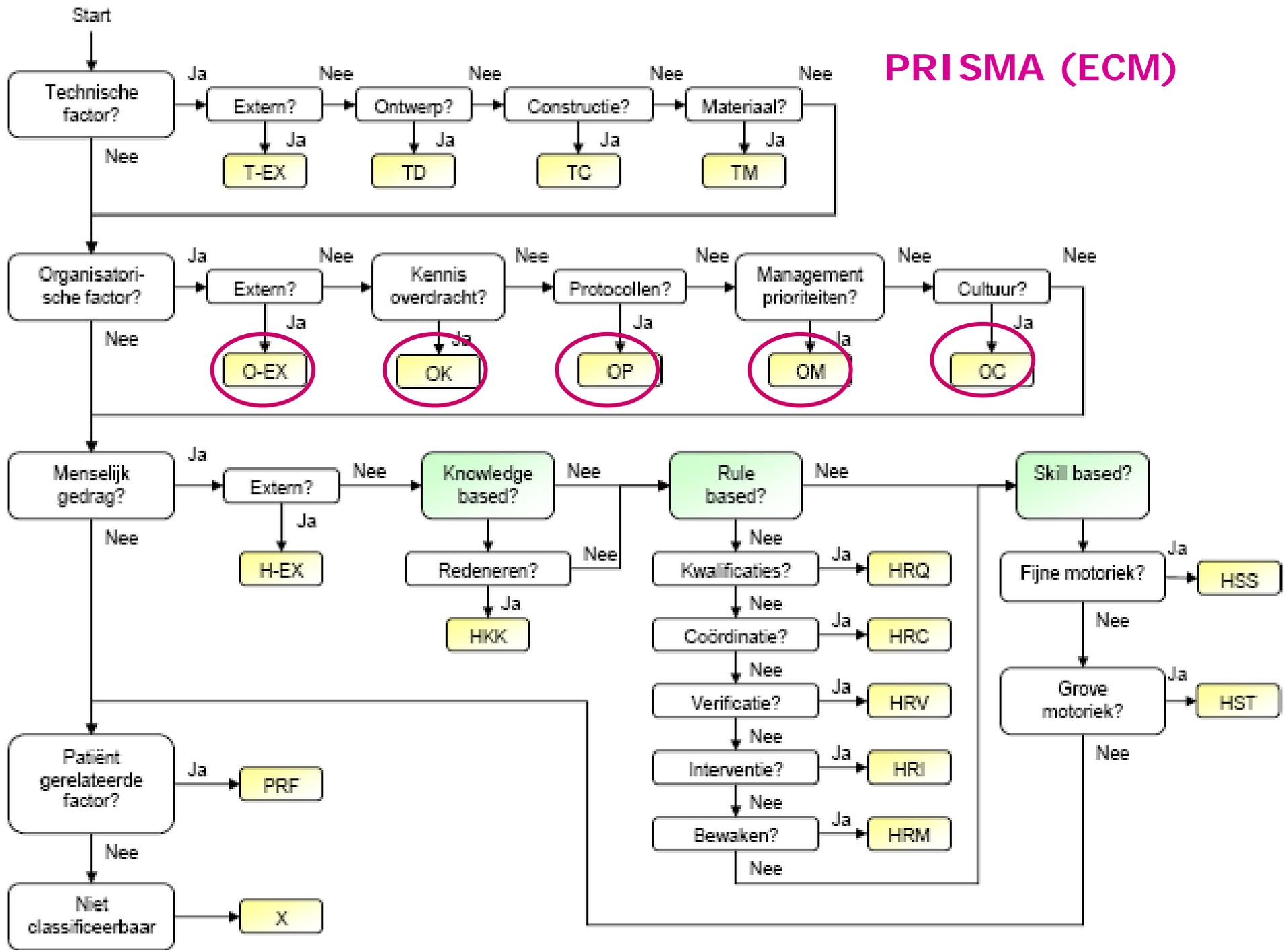




cartographie



PRISMA (ECM)



- taux de participation élevé
- plan pluriannuel: réponse positive sur la vision long terme
- 3 piliers (structure – processus – resultat): cadre simple
- attention sur la sécurité des patients (mise en place du SGS)
- contrat a sensibilisé (“awareness”)



2

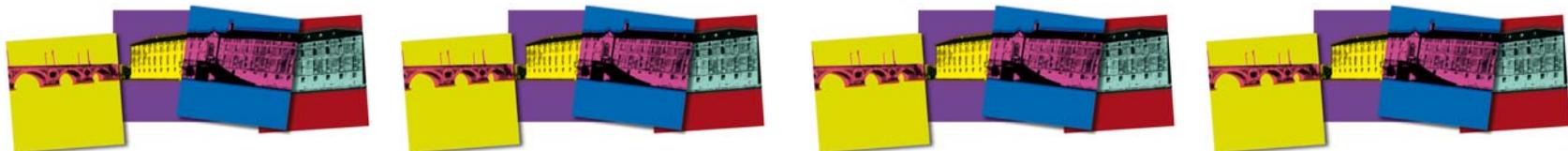
enseignements 2007 - 2009

- systématique et méthodologie du cycle de Deming (PDSA): pratique et/ou connaissance insuffisante
- connaissance et application d'indicateurs: modérée
- contrat principalement géré par le coordinateur qualité
- implication des médecins et directions?
- *leadership?*



et après 2012?

- nouveau plan pluriannuel
avec 3 piliers (S – P - R)
- focus sur la **sécurité du médicament**
– en collaboration avec les pharmaciens (pharmacie clinique)
- focus sur la **prévention des infections nosocomiales**
– en collaboration avec les hygienistes hospitaliers (médecins et infirmières)
- implication des autres cliniciens



et après 2012?

- soutien méthodologique (rôle du coordinateur qualité)
- mise en place d'un **comité pour la qualité clinique et la sécurité des patients?**
- politique plus **intégrée** (médicaments et infections)
- soutenir les **processus transmuraux** (communication – transfert - sécurité)
- centrer plus sur le **patient**



contacts

contrat et plan pluriannuel

- margareta.haelterman@health.fgov.be
- qs@health.fgov.be
- www.patient-safety.be

mesure de la culture

- joan.hellings@uhasselt.be
- ward.schrooten@zol.be
- esqh@rm.dk (workpackage 1 de EUNetPaS)
- jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr

