

Pratiques de management pour la sécurité des soins en établissement de santé

Rapport d'enquête

Groupe d'échanges Management de la gestion des risques associés aux soins



Sommaire

1 – Contexte	3
2 – Objectifs	3
3 – Méthode	4
3.1. Type d'étude.....	4
3.2 – Champ d'application et critères d'inclusion.....	4
3.3 – Données recueillies et modalités de recueil des données.....	4
3.4 – Analyse des données.....	5
4 –Résultats	5
4.1 - Echantillonnage et résultats généraux.....	5
4.2 - Responsabilités des managers en matière de sécurité des soins.....	6
4.3 – Posture globale de l'établissement sur les sujets de sécurité des soins	6
4.4 – Reporting des résultats des indicateurs pour la sécurité des soins.....	7
4.5- Nature des actions menées en matière de sécurité des soins	8
4.6 - Démarches de retour d'expériences	8
4.7 - Mesure de la culture de sécurité.....	9
4.8 – Ordre du jour des comités ou réunions de direction	9
4.9 - Formation spécifique des managers à la qualité et à la sécurité des soins	10
4.10 – Communication sur les projets de sécurité des soins portés par les professionnels	10
4.11 – Rencontres entre les managers et les professionnels de terrain.....	10
4.12 – Stratégie pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en termes de sécurité des soins	11
5- Discussion	12
6. Perspectives	14
7. Quelles pistes afin d'améliorer son management en faveur de la sécurité des soins ?	14
8. Références	15
9. Annexes.....	17
Annexe 1 : Questionnaire à l'attention des managers	17
Annexe 2 : Questionnaire à l'attention des responsables Qualité Gestionnaire de risques	24
10. Glossaire.....	25

1 – Contexte

Le rôle du management est primordial pour qu'une culture de sécurité soit développée chez les professionnels de santé en établissement (1–3). De nombreux guides anglo-saxons mettent en avant les bonnes pratiques de management en la matière (4–6).

Cependant, les différentes enquêtes menées notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS) ont montré un niveau insuffisant de culture de sécurité, associé à un manque de soutien du management II en est de même pour l'enquête inter-régionale FORAP sur la culture de sécurité des soins réalisée en 2015 (1,7).

Le groupe d'échanges « Management de la gestion des risques associés aux soins » existe depuis 2013 et a réalisé différents travaux relatifs à la sécurité des soins : lecture partagée de différents guides, évaluation de la maturité des CREX / RMM, élaboration du guide EasyREX, suivi des expérimentations et de la phase pilote du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) de la HAS, partage d'expériences sur la formation et la communication en matière de sécurité des soins.

Au cours de ces échanges, ce rôle déterminant des managers dans la culture de sécurité a été maintes fois soulevé, et la question de la mobilisation du management sur les enjeux de sécurité des soins a été inscrite au programme de travail 2018-2019 du groupe. Ceci s'intègre dans les enjeux stratégiques 2018-2022 de QualiREL Santé (« Renforcer la place de la qualité et de la sécurité des soins dans le management des établissements »).

Les pratiques managériales en matière de qualité et sécurité des soins sont évaluées et documentées au travers de la certification V2014 et de ses recommandations associées. L'analyse de ces rapports réalisée par la structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins QualiREL Santé pour les établissements des Pays de la Loire (<https://www.qualirelsante.com/publications-outils/resultats-de-la-certification-v2014-en-pays-de-la-loire/>) permettrait d'identifier les actions à mettre en œuvre, au regard des bonnes pratiques citées supra, pour améliorer la culture de sécurité dans les établissements (mise en évidence de défauts de stratégie qualité et sécurité des soins, manque de lisibilité auprès des équipes, défauts structurels...). Néanmoins, lors d'une réunion consacrée à ce sujet, le groupe d'échanges a souhaité élaborer une enquête spécifique à destination des managers des établissements de santé, pour les questionner et leur permettre d'identifier les leviers à mettre en œuvre afin d'améliorer leur leadership en matière de sécurité des soins.

2 – Objectifs

Cette enquête spécifique avait pour objectifs de :

- Sensibiliser les directeurs (trices) généraux (ales), président(e)s de CME et directeurs (trices) des soins à l'importance de leur rôle en matière de sécurité des soins,
- Identifier les stratégies d'amélioration à mettre en œuvre, en terme de management, pour instaurer, développer et maintenir une culture de sécurité au sein des établissements enquêtés,
- Réaliser un benchmark sur les pratiques managériales en matière de sécurité des soins entre les établissements enquêtés.

3 – Méthode

3.1. Type d'étude

Une enquête de pratiques, par auto-évaluation, a été réalisée.

3.2 – Champ d'application et critères d'inclusion

Tous les établissements engagés dans le groupe d'échanges « Management de la gestion des risques associés aux soins » étaient concernés par cette enquête, soit 14 établissements de la région Pays de la Loire et deux groupes d'établissements (périmètre Pays de la Loire –Bretagne pour l'un, national pour l'autre).

L'enquête s'adressait aux managers de haut niveau, à savoir les directeurs (trices) généraux (ales) ou directeurs (trices) d'établissement, les président(e)s de CME et les directeurs (trices) des soins.

Les établissements ont été inclus sur la base du volontariat. La participation a été proposée à tous les établissements engagés dans le groupe d'échanges via les professionnels membres du groupe d'échanges (responsable qualité ou gestionnaires de risques). Il avait également été prévu de proposer à d'autres établissements adhérents à QualiREL Santé, mais non membres du groupe, de participer, compte tenu de la maturité de leur démarche qualité gestion des risques.

Les motifs de refus ou d'acceptation de participation à l'enquête devaient être recueillis au travers d'un questionnaire spécifique à destination des responsables qualité/gestionnaires de risques.

3.3 – Données recueillies et modalités de recueil des données

Les données ont été recueillies via un questionnaire élaboré à partir des données disponibles dans la littérature sur les pratiques managériales en matière de sécurité des soins (4–6,8–11). Ce questionnaire a été travaillé par QualiREL Santé (animatrices du groupe d'échanges), et soumis aux membres du groupe pour critiques et tests auprès de quelques managers. Le questionnaire final est présenté en annexe de ce rapport (Annexe 1).

Les principales dimensions explorées via ce questionnaire concernaient :

- la fonction (directeur.(trice) d'établissement, directeur(trice) des soins, président(e) de CME) et l'établissement,
- les responsabilités du manager vis-à-vis de la sécurité des soins, et la délégation de ces responsabilités,
- la posture globale de l'établissement sur les sujets de sécurité des soins selon l'échelle de Manchester (8),
- les objectifs prioritaires de l'établissement en matière de sécurité des soins et leurs modalités de suivi,
- les actions mises en œuvre pour la sécurité des soins,
- le retour d'expériences, et l'incitation à cette démarche,
- la mesure de la culture de sécurité et les actions mises en œuvre au décours,
- les sujets de sécurité et l'ordre du jour des réunions de directions/CME,
- la formation à la sécurité des soins,
- les projets portés par les professionnels en matière de sécurité des soins et la communication autour de ces projets,
- les rencontres entre les managers de haut niveau et les professionnels de terrain ;
- la meilleure stratégie pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en matière de sécurité des soins.

Les données recueillies étaient essentiellement des données qualitatives, les questions étant très souvent ouvertes (cf questionnaire en Annexe 1).

Ce questionnaire a été diffusé à chacun des managers, individuellement, par voie électronique. Ils étaient à renseigner **sans l'aide des responsables qualité/sécurité ni des directeurs en délégation de responsabilité sur la qualité et la sécurité des soins**. Les responsables qualité/sécurité étaient cependant en soutien logistique pour veiller au bon remplissage en temps et en heure du questionnaire.

Un second questionnaire a été élaboré à destination des responsables qualité et gestionnaires de risques membres du groupe d'échanges. Il visait à recueillir les circonstances d'acceptation ou de refus de participation à l'enquête des managers de haut niveau (cf Annexe 2).

3.4 – Analyse des données

Une analyse descriptive des variables qualitatives (répartition en pourcentage des différentes modalités de réponse) et une analyse qualitative du contenu des réponses aux questions ouvertes ont été réalisées (double lecture).

Il était prévu dans le protocole initial de stratifier les résultats par type de managers et de réaliser une analyse comparative entre type de managers. Ceci n'a pas été possible compte tenu de l'effectif de répondants.

4 – Résultats

4.1 - Echantillonnage et résultats généraux

Le protocole d'enquête et les modalités de participation ont été présentés aux établissements concernés au second semestre 2018 via les membres du groupe d'échanges.

Parmi les 14 établissements participants au groupe d'échanges, 12 ont été d'accord pour participer à l'enquête.

Parmi les deux groupes d'établissements, un a accepté de participer via 2 établissements du groupe.

Les autres établissements non membres du groupe à qui il a été proposé de participer n'ont pas souhaité participer à cette enquête.

Au total, 14 établissements étaient d'accord pour participer à l'enquête.

Un email d'information a été adressé aux managers de haut niveau de ces 14 établissements le 11 janvier 2019 : il leur était précisé que, sauf refus de leur part, un questionnaire leur serait adressé une semaine plus tard.

Les questionnaires ont été adressés à chacun des managers concernés le 17 janvier 2019, avec une première relance le 4 février 2019 et une seconde relance le 14 février 2019. L'accès aux questionnaires a été clôturé le 4 mars 2019.

Le questionnaire à destination des responsables qualité a été envoyé le 17 janvier 2019 également, sans relance.

Aucun manager n'a refusé explicitement de participer en réponse à l'email d'information.

Au total, 18 managers ont répondu sur les 42 concernés, soit 43% : 7 présidents de CME ; 6 directeurs généraux et 5 directeurs de soins. Parmi ceux-ci, 16 ont renseigné entièrement le questionnaire (un président de CME et un directeur de soins n'ont pas renseigné la majorité du questionnaire), soit 38 %.

Ces managers se répartissaient dans 12 établissements soit 86% des établissements ayant accepté de participer à l'enquête.

Dans la moitié des établissements, un seul manager a répondu. Il n'y a eu aucun établissement pour lequel les 3 managers ont répondu.

Les établissements répondants se répartissaient ainsi :

- 6 établissements privés (privé associatif = 2 ; privé lucratif =4 ; privé mutualiste =2)
- 4 établissements publics,
- 1 établissement du 37, 2 du 85 et 9 du 44.

Au total, 10 établissements (71%), et 16 managers (38%) ont participé à l'ensemble de l'enquête.

4.2 - Responsabilités des managers en matière de sécurité des soins

Les 18 managers ont répondu à la question. La lecture des réponses a montré que les directeurs généraux (directeurs d'établissements) avaient conscience qu'ils étaient les pilotes, qu'ils étaient responsables directement et pénalement (cité une fois).

Un seul top manager (directeur d'établissement) avait identifié son rôle dans la définition de la stratégie en matière de qualité et sécurité des soins (« mon rôle de chef d'établissement est [...] de définir la stratégie de X dans ce domaine [...] »). Les autres directeurs ont évoqué la définition des orientations (n=1) et leur rôle plutôt dans l'organisation (n=2) (« cela passe par la définition d'organisations [...] »).

Un seul directeur a évoqué la coopération avec le président de CME et le directeur des soins (« Je suis accompagnée par la directrice des soins, le président de CME... »).

Les coordonnateurs des soins citaient des responsabilités plus opérationnelles (assurer la continuité des soins, élaborer des protocoles et des procédures) et le travail conjoint, en partenariat avec la direction ou avec la CME.

Les présidents de CME avaient également des réponses variées (garant de la politique, responsable de l'organisation de la politique, participer à la politique...). Un spécifiait n'en avoir aucune idée.

Aucun des managers n'a cité les responsabilités telles qu'elles sont précisées dans la réglementation : programme d'actions pour la CME, avis sur le programme d'actions pour les directeurs des soins.

Parmi les répondants, 78% (n=14) délèguent leur responsabilités en matière de sécurité des soins, et notamment 100% des directeurs généraux (n=6).

A noter que seul un répondant (directeur des soins) évoque les modalités de délégation et de reporting (« travail pluridisciplinaire avec la responsable qualité, la cadre de santé, les autres médecins de l'équipe, la pharmacienne et la Direction, sur les différentes thématiques »).

4.3 - Posture globale de l'établissement sur les sujets de sécurité des soins

Des perceptions sur la posture de l'établissement différentes selon le profil des managers

A la question « Selon vous, quelle est la posture globale de votre établissement sur les sujets de sécurité des soins ? » (8,9), plus de la moitié des managers ont estimé que la gestion de la sécurité des soins était intégrée à chacune de leurs activités, soit tous les directeurs d'établissements (DG) mais moins de la moitié des présidents de CME. Pour ces derniers, la posture globale de leur établissement était moins en faveur de la sécurité (Nous avons des systèmes en place, nous agissons face à un accident) (cf figure 1).

Les réponses étaient discordantes au sein de deux établissements (Nous avons des systèmes en place /la gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités).

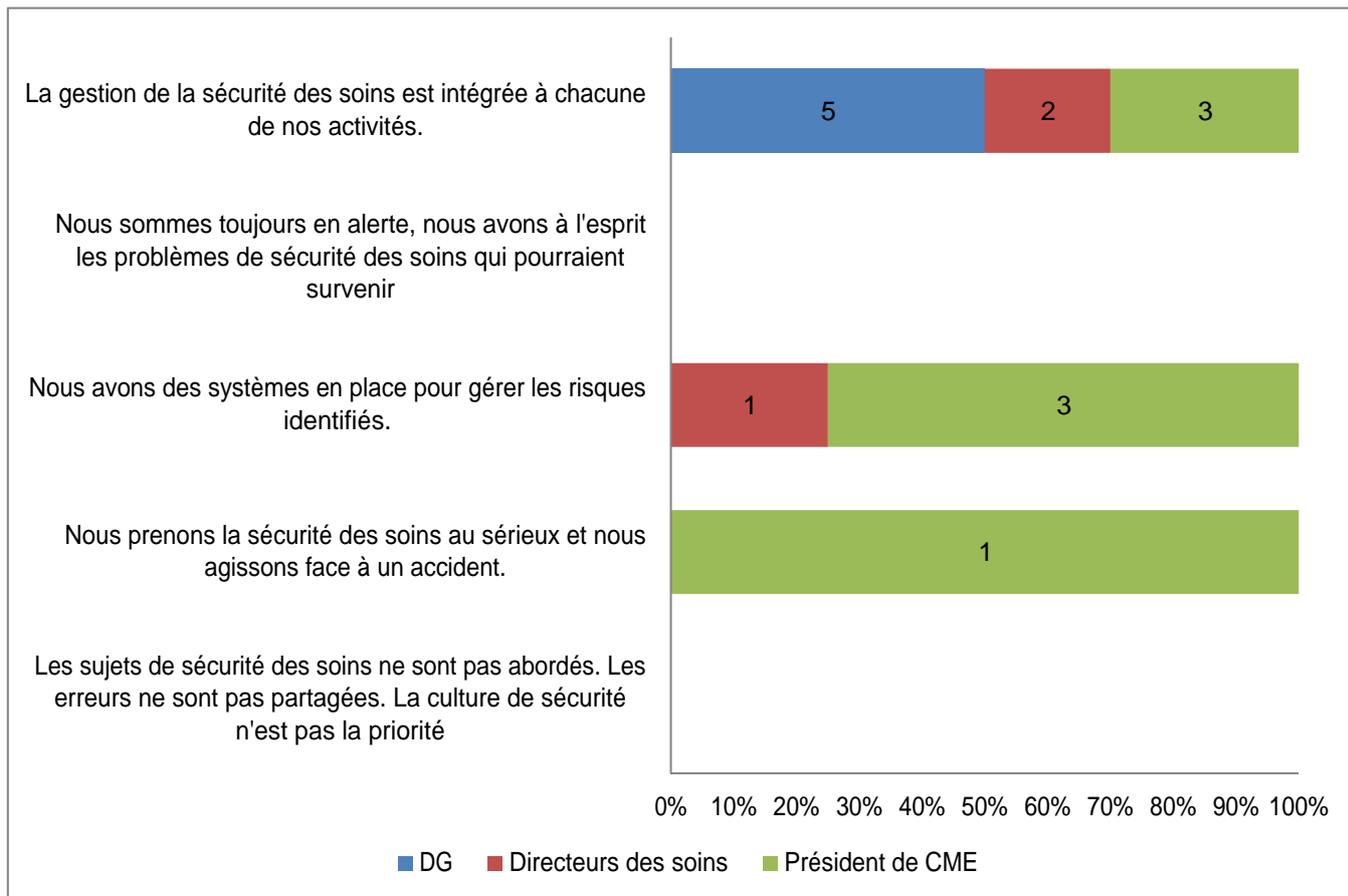


Figure 1 : Répartition des réponses à la question : « Selon vous, quelle est la posture globale de votre établissement sur les sujets de sécurité des soins ? » selon le type de managers

Des réponses discordantes et peu précises sur les objectifs

A la question sur leurs 3 objectifs prioritaires en matière de sécurité des soins, les 2 managers répondants ont cités des objectifs différents dans la moitié des cas (n=10 établissements). A une exception près, les objectifs cités n'étaient pas spécifiques ni mesurables. Ont été cités des orientations stratégiques relevant de l'organisation (Développer des Comités de retour d'expérience), de la culture (Encourager le signalement des événements indésirables, Mobiliser le management pour la sécurité des soins) et de la technique (Sécuriser la prise en charge médicamenteuse).

4.4 – Reporting des résultats des indicateurs pour la sécurité des soins

A une exception près (15/16), les managers qui ont cité des objectifs ont déclaré que des indicateurs étaient recueillis pour les suivre. **Dans la quasi-totalité des cas, ils ont déclaré être destinataire des résultats de ces indicateurs via les professionnels de la qualité** (responsables qualité, service qualité, cellules qualité). Deux d'entre eux ont cité un reporting en comité de pilotage. Il a été mentionné un reporting sur un seul support deux fois : l'un positivement (tableau de bord collectif rempli par les différents responsables d'évaluation) , l'autre comme un objectif à atteindre (le reporting n'est pas centralisé sur un seul support actuellement mais c'est une cible). Un établissement fait état d'un reporting à plusieurs niveaux : instances institutionnelles, comités de pilotage, pôles.

D'une manière générale dans cette enquête, la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins a été très peu citée.

4.5- Nature des actions menées en matière de sécurité des soins

Quatorze managers ont pu citer deux actions récentes menées dans leur établissement en matière de sécurité des soins, soit 28 actions citées.

Les actions récentes menées en matière de sécurité des soins relevaient majoritairement de la prévention (n=19), soit du contrôle et de la standardisation des pratiques. Seules deux actions relevaient de la récupération, en lien avec le système d'information, et aucune de l'atténuation.

A noter que 8/28 actions citées relevaient de l'évaluation (Audits, mise en jour de la cartographie des risques...). Le projet PACTE (Programme d'amélioration continue du travail en équipe) a été cité une fois.

4.6 - Démarches de retour d'expériences

Il existait une démarche de retour d'expériences dans tous les établissements, essentiellement sous forme de Comités de Retour d'Expérience et de Réunions de Morbidité Mortalité. L'analyse de scénario n'a été citée qu'une seule fois. Les sources d'alimentation du retour d'expérience étaient, en dehors des fiches d'événements indésirables majoritairement citées :

- Les plaintes et réclamations : n=3
- Les évaluations (indicateurs, EPP, Audits, patient traceur) : n=4,
- Les alerte, retour, demande des personnels : n=3,
- Le cahier d'astreinte n=1

Il n'a jamais été mentionné spontanément l'analyse des succès ou des expériences positives.

Sur les 16 managers, 13 ont déclaré avoir un reporting sur ce retour d'expérience.

Ce reporting était réalisé, comme pour celui des indicateurs, par le service qualité ou responsable qualité-gestion des risques. Il n'était jamais réalisé par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

16 managers ont répondu à la question : « **De quelle manière favorisez-vous le retour d'expérience dans votre établissement ?** ».

CREX et RMM ont cités à plusieurs reprises (n=10) comme manière de favoriser le retour d'expérience dans l'établissement. Cela passait par :

- la planification mensuelle/à l'année de ces CREX,
- la formation des animateurs,
- le suivi de leur mise en œuvre par indicateur,
- la nomination d'un responsable de la démarche,
- l'organisation du CREX avec tous les participants intervenus dans l'événement.

En dehors des CREX et RMM, les facteurs favorisant suivants ont été cités:

- Incitation à la déclaration des EI (n=2), 2
- Formation (n=4),
- Auprès de tous les professionnels/professionnels des services (n=2),
- CME : information, communication, créneau déterminé (n=3),
- Réunions diverses (formelles, de service, réunions annuelles thématiques) (n=3)

Les managers étaient également questionnés sur la manière dont ils favorisaient la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) pour favoriser le retour d'expériences dans leur établissement. Seize ont répondu à cette question, et les facteurs favorisant la déclaration des EIAS les plus souvent cités sont transcrits dans le tableau 1 ci-après.

Un seul répondant évoque une stratégie à proprement parlé pour favoriser le retour d'expérience.

Tableau 1 : Facteurs favorisant la déclaration des EIAS cités par les managers :

Facteurs favorisants	Nombre de citation	Exemples/commentaires
Charte de signalement /positionnement de l'établissement sur la non sanction des déclarants	3	Charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables (immunité pour les déclarants spontanés) Signature de la charte de confiance relative au signalement d'EI sans risque de sanction
Retour aux professionnels	2	Réponse systématique au déclarant
Incitation à la déclaration/promotion de la démarche de signalement/sensibiliser à la déclaration	6	incitation (2) et sensibilisation (4)
En montrant l'exemple	3	Exemplarité dans le signalement d'EI Oui en le faisant personnellement Déclaration propre
Organisation de la déclaration des EI	2	Mettre à disposition un outil de déclaration des EI fonctionnel
Communication	7	Information en CME, retour en CSIRMT, organisation de la semaine de la sécurité, relance dans le petit journal

4.7 - Mesure de la culture de sécurité

Selon les managers interrogés, **la culture de sécurité a déjà été mesurée dans la moitié des établissements enquêtés.**

La moitié des établissements ont déjà mesuré la culture de sécurité et un peu moins d'un tiers ne l'a pas fait. Pour les autres, le manager qui a répondu ne savait pas si la culture de sécurité avait déjà été mesurée. Suite à ces mesures, des actions avaient été mises en œuvre (sensibilisation et incitation à la déclaration des événements indésirables, formation à la déclaration des événements indésirables, actions de terrain et rencontres des professionnels, implication du management, pérennisation des Comités de Retour d'Expérience).

4.8 – Ordre du jour des comités ou réunions de direction

4 % des managers ont déclaré que les sujets de sécurité étaient toujours portés à l'ordre du jour des réunions de direction et 44 % souvent. Dans plus de 80% des cas, des décisions étaient prises au décours.

Comme pour la question précédente sur la posture, cette répartition variait en fonction du type de managers, comme cela est représenté sur la figure 2 ci-après.

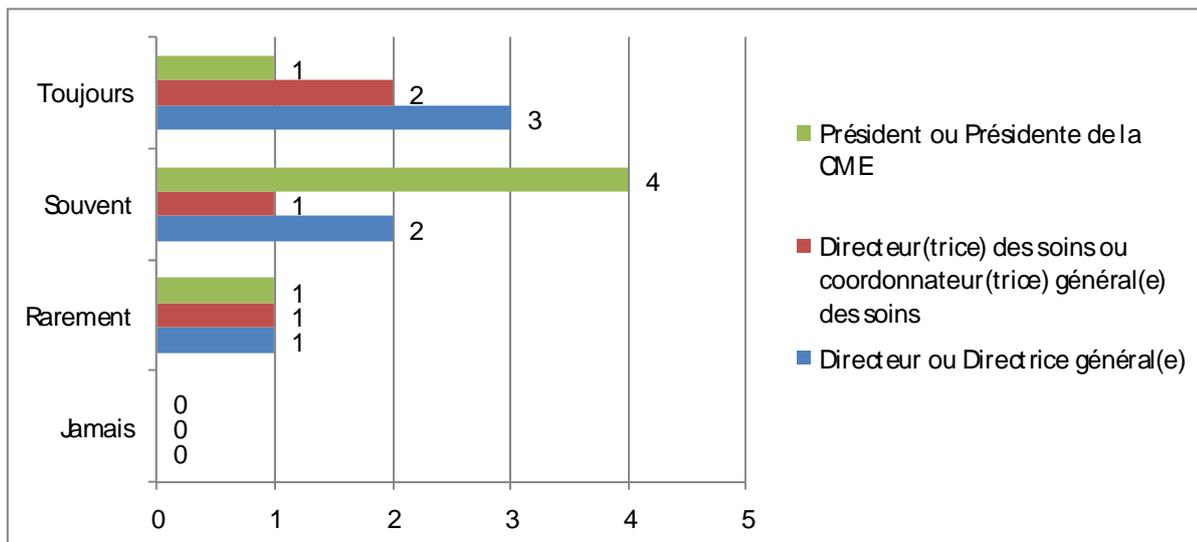


Figure 2 : Répartition des réponses à la question « Lors de vos rencontres de comités de direction, les sujets de sécurité sont portés à l'ordre du jour... » selon le type de manager

4.9 - Formation spécifique des managers à la qualité et à la sécurité des soins

56 % des managers ont déclaré avoir bénéficié d'une formation à la sécurité des soins, soit la moitié des directeurs d'établissements et des présidents de CME, et les trois quarts des directeurs de soins. Les formations citées étaient très variées ; la formation par les assureurs était citée deux fois, les autres formations énumérées étaient par exemple : formation QualiREL Santé (n=1), formation initiale (n=1), cursus de la formation directeurs de soins (n=1), formation Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (n=1)...

4.10 – Communication sur les projets de sécurité des soins portés par les professionnels

Interrogés sur les projets menés par les professionnels sur la sécurité des soins dans leurs établissements, 4 managers sur les 16 répondants à cette question ont pu citer 3 projets et leur intitulé.

Les projets en matière de sécurité portés par les professionnels relevaient de thématiques liés au médicament (n=9), à l'hygiène (n=6) et des secteurs à risques (5). Parmi ces projets, 5 étaient des évaluations.

Pour communiquer sur les projets menés par les professionnels, les canaux classiques de communication ont été cités : réunions institutionnelles (n=13), réunions de services (n=2), journal interne (n=4), intranet (n=3), affichage (n=2)...

4.11 – Rencontres entre les managers et les professionnels de terrain

Des rencontres entre les managers de hauts niveau et les professionnels des services ont été rapportées pour 4 établissements sur les 10 répondants. Il s'agissait de rencontres entre :

- président de CME, référents des commissions et professionnels, 3 fois par an,
- coordonnateur général des soins et les professionnels des services, une fois par an et en cas d'EIG,
- coordonnateur général des soins, personnel cadres et direction, une fois par trimestre,

- coordonnateur général des soins, réunions de service pluri professionnels ouvertes à tous les professionnels intervenant tout au long du parcours du patient, au minimum une fois par trimestre.

Les autres établissements rapportaient des rencontres institutionnelles, réunion de cadre, réunion de pôle, réunions de cellule qualité ou cellule gestion des risques, ou rencontres seulement avec les médecins.

4.12 – Stratégie pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en termes de sécurité des soins

Les réponses à cette question sont transcrites dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Stratégies pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en terme de sécurité des soins citées par les managers.

Stratégie	Nombre de citation	Commentaires/Exemple
Du temps dédié	3	Du temps dédié au professionnel Réserver des espaces d'écoute et des temps d'actions
Communiquer (positivement)	8	Outil de communication adapté Communication positive
S'appuyer sur les personnels « de terrain »	5	Crée une dynamique par les professionnels de terrain Implication de l'ensemble de l'équipe Impliquer les professionnels pour bien réaliser quelles sont les problématiques de terrain Que les professionnels puissent diffuser à leurs pairs Sensibilisation en donnant du sens à tous les professionnels Bonne connaissance par les professionnels des risques dans leur service
Valorisation. Mise en avant	3	Mettre en avant les équipes qui acceptent de mener des réflexions Valoriser les professionnels qui s'investissent Valorisation des actions
Concertation	2	Concertation Lien entre médecin et équipes soignantes et administratives
Formation	3	Formation de tous les encadrants à la GDR Formation des professionnels Formation aux différentes méthodologies
Le retour sur investissement	1	
Le retour d'expérience	3	
La volonté doit émaner de la direction	1	
Conserver une posture d'organisation apprenante	1	
Placer la sécurité des soins au cœur des projets	1	
Suivi des actions/mettre à disposition des indicateurs qualité	2	

5- Discussion

Même si ces résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs, car obtenus auprès des établissements membres du groupe d'échanges « Management, de la gestion des risques associés aux soins », peu nombreux et probablement plus avancés en matière de culture de sécurité que d'autres établissements des Pays de la Loire, ils sont toutefois cohérents avec les données de la littérature sur le sujet.

La participation des établissements à cette enquête était plutôt bonne, avec 71% des établissements concernés, mais la mobilisation des managers étaient plus contrastée (38% des managers, dont 7 présidents de CME ; 6 directeurs généraux et 5 directeurs de soins ; et un seul manager répondant dans la moitié des cas).

Des perceptions sur la posture de l'établissement différentes selon le profil des managers

Les différences de perception pourraient être expliquées par les différents rôles et responsabilités des managers. En effet, on peut envisager que les directeurs d'établissement considèrent que dans leur politique, la gestion de la sécurité des soins est bien intégrée à chacune des activités. Le président de CME quant à lui, plus en lien avec l'activité clinique, aurait une vision plus concrète de la traduction de la politique dans les unités de soins au quotidien. Ces résultats questionnent sur l'enjeu fondamental du management de la sécurité, qui doit être décliné à tous les niveaux de responsabilité de l'établissement. Les tops managers doivent réussir à engager tout le monde pour la sécurité, l'équipe de direction, les médecins, les équipes de soins, les patients et les familles (4,5).

Par ailleurs, ces résultats sur la posture sont en contradiction avec ceux des différentes mesures de la culture de sécurité réalisées dans les établissements de santé, jugée globalement insuffisante(1).

Des réponses discordantes et peu précises sur les objectifs

Ces résultats interrogent sur la façon dont le top management se partage les enjeux de sécurité des soins. Pour un management de la sécurité performant, les managers de haut niveau doivent créer la vision de la sécurité, en cohérence avec les valeurs de l'établissement (10). Ils doivent s'assurer ensemble que leur vision, leur stratégie, leurs objectifs sont forts et alignés (12). Ils doivent assoir cette vision et la faire partager (6,10). Les objectifs stratégiques doivent avoir des cibles spécifiques (des objectifs spécifiques, mesurables et atteignables) (10,13). Dans les unités de soins, les objectifs doivent être alignés avec les priorités institutionnelles (10,12).

Les managers de haut niveau destinataires des résultats des indicateurs pour la sécurité des soins via les professionnels de la qualité

La mesure régulière des résultats en matière de sécurité fait partie des actions à mener (4,6,10). Les résultats ont montré la place importante du responsable qualité dans la fluidité du partage d'information et du reporting. Idéalement, les professionnels de la qualité sont des facilitateurs, et à terme, dans une démarche aboutie d'amélioration continue, l'information sur les résultats en matière de sécurité doit circuler directement au sein de l'établissement entre les différents niveaux de managers (11).

Nature des actions menées en matière de sécurité des soins

La majorité des actions citées par les managers relevaient de la prévention, seules deux actions relevaient de la récupération, en lien avec le système d'information, et aucune de l'atténuation. Or les systèmes les plus sûrs ne sont pas ceux qui ont le moins d'événements indésirables, mais ceux qui les récupèrent et qui les gèrent le mieux. Il est donc important d'élargir le portefeuille des actions possibles (14) : innover dans les organisations, développer la récupération et l'atténuation, réorganiser les conditions de travail, s'interdire temporairement certaines pratiques ou activités.

Démarches de retour d'expériences

Concernant le retour d'expérience, il repose essentiellement sur l'information via le signalement des événements indésirables, et la mise en œuvre de Réunions de morbidité mortalité et de Comités de retour d'expérience.

L'analyse de scénarios n'est citée qu'une seule fois, alors que cette méthode a démontré son impact sur la culture de sécurité des soins (15). Son utilisation est donc à promouvoir.

De même n'ont jamais été mentionnés spontanément l'analyse des succès ou des expériences positives. Or celles-ci sont tout aussi importantes à prendre en compte pour améliorer la sécurité du système (16).

La prise en compte des récits de patients est citée au travers des plaintes et réclamations, ce qui est une pratique à développer.

La charte de non sanction des déclarants est citée comme facteur favorisant la déclaration des EIAS pour alimenter le retour d'expérience : il est important d'être vigilant à cette notion de non sanction. Il s'agit d'une non sanction du fait de la déclaration, mais les acteurs restent responsables de leurs actes. Il faut privilégier la culture juste, ainsi que la notion de charte d'incitation à la déclaration plutôt que de non sanction.

Le retour d'information aux professionnels n'est cité que deux fois par les managers, alors que cela est un principe incontournable pour favoriser le signalement des événements indésirables. De même, la communication est citée sans être développée outre mesure, alors qu'elle doit être réalisée à tous les niveaux en s'appuyant sur tous les canaux existants dans l'établissement.

La culture de sécurité a déjà été mesurée dans la moitié des établissements enquêtés

L'évaluation de la culture de sécurité est intéressante à mener car elle permet de stimuler la discussion sur les points forts et les points à améliorer pour améliorer le climat de sécurité ; elle permet aussi d'évaluer les différences de perception entre les groupes de professionnels, les établissements, les unités, et d'aider à mesurer les changements de cultures apportés par des interventions spécifiques. C'est une action qui peut permettre aux managers d'engager pour la sécurité (1).

48 % des managers ont déclaré que les sujets de sécurité étaient toujours ou souvent portés à l'ordre du jour des réunions de direction

Cependant, pour mieux engager pour la sécurité, il est préconisé de passer suffisamment de temps sur les sujets de sécurité par rapport aux autres sujets (finances, ressources humaines...) et de porter systématiquement un sujet de sécurité à l'ordre du jour de réunions de comité de direction ou autres instances (4,13).

56 % des managers ont déclaré avoir bénéficié d'une formation à la sécurité des soins. Donc presque la moitié n'en ont pas bénéficié : il y a donc une opportunité pour réaliser des séminaires--formation par QualiREL Santé afin de faire connaître les ressources et leviers à mobiliser pour favoriser l'implication du management sur les questions de sécurité des soins.

Pour communiquer sur les projets menés par les professionnels, seuls les canaux classiques de communication ont été cités. Le management visuel, les événements ludiques, la communication au travers des nouvelles technologies n'ont jamais été cités. Pourtant, une communication constante, claire et pertinente est nécessaire : sur les objectifs, les résultats, sur ce qui est important et le pourquoi. Une communication structurée permet de faire partager la vision de la sécurité des soins et de favoriser la remontée d'information (5,10).

Des rencontres entre les managers de hauts niveau et les professionnels des services ont été rapportées pour 4 établissements sur les 10 répondants. Celles-ci sont à promouvoir auprès des autres établissements. En effet, les rencontres de type Rencontre Sécurité (17) avec les professionnels de terrain sont un des principes d'un management performant centré sur la personne (5). Il est donc important de les mettre en place, d'autant plus que les soignants expriment la volonté de voir s'organiser des temps d'échanges autour de la sécurité (3).

Stratégie pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en terme de sécurité des soins

L'analyse des réponses apportées à cette question met en exergue les difficultés des structures à identifier les succès et cette approche historique de regarder ce qui est à améliorer plutôt que ce qui relève des réussites et des niveaux « acceptables ». Il n'est pas explicitement précisé ce que veut dire « valoriser », ou « mettre en avant », alors que c'est ce qui est attendu comme réponse.

La réponse « Le retour sur investissement » en revanche, répond parfaitement à la question posée (et dans une certaine mesure « du temps dédié »).

6. Perspectives

L'expérimentation de cette enquête a permis de clarifier les modalités de réalisation de cet autodiagnostic. A l'instar du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe de la HAS (18), il pourrait être intégré comme première étape d'un programme d'amélioration continue du management pour la sécurité des soins. Il pourrait être renseigné collectivement par les managers de haut niveau lors d'un temps d'échange dédié. Cela leur permettrait de bien partager la stratégie et les objectifs prioritaires pour leur établissement, et d'identifier ensemble les freins, les leviers et la stratégie à développer pour s'améliorer. Les différents items de l'auto-questionnaire et leur formulation seront modifiés pour se faire. La mise à disposition des outils d'amélioration et/l'accompagnement à leur mise en œuvre seront réalisés par QualiREL Santé.

7. Quelles pistes afin d'améliorer son management en faveur de la sécurité des soins ?

A la lecture de ces résultats et des données de la littérature, les pistes suivantes sont à explorer pour améliorer le management en faveur de la sécurité des soins :

- **Mieux partager la vision de la sécurité entre managers de haut niveau, pour mieux engager l'ensemble des managers et des professionnels de l'établissement,**
- **Porter systématiquement à l'ordre du jour des instances (comités de direction, CSIRMT, CME) des sujets de sécurité, voire de commencer ces réunions par des récits de patients,**
- **Mieux équilibrer la balance entre sécurité gérée et sécurité réglée : Analyser les succès autant que les événements indésirables et favoriser la mise en place de barrière de récupération et d'atténuation,**
- **Mobiliser les outils existants pour faire avancer la culture dans les unités de soins comme l'analyse de scénario, en plus de la mesure de la culture de sécurité,**
- **Aller plus à la rencontre des professionnels de terrain, en mettant en place par exemple des rencontres sécurité dans les unités de soins,**
- **Se former à la sécurité des soins,**
- **Mettre en œuvre le management visuel et s'appuyer sur les managers de proximité.**

Certaines d'entre elles seront travaillées dans le cadre du groupe d'échanges « Management de la gestion des risques associés aux soins ».

L'Institut pour une culture de sécurité industrielle nous rappelle que la mobilisation individuelle et collective passe obligatoirement par le leadership du manager, entendu comme la capacité à influencer les comportements afin qu'ils deviennent plus sûrs (2).

8. Références

1. Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, et al. Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises. *Risques Qual.* 2019;XVI(1):9-17.
2. Groupe de travail « Leadership in safety ». Leadership en sécurité : pratiques industrielles [Internet]. Toulouse: Institut pour une culture de sécurité industrielle; 2011. 104 p. (Cahiers de la sécurité industrielle). Disponible sur: http://www.icsi-eu.org/français/dev_cs/cahiers/
3. Quenon JL, Levif-Lecourt M, Roberts T. Projet Emeraude. Etude sur le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en milieu hospitalier. Bordeaux: Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine; 2017 nov p. 5.
4. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI. Cambridge, Massachussets: Insitute for Healthcare Improvement; 2006. 36 p. (IHI Innovation Series white paper).
5. Swensen S, Pugh M, Mc Mullan C, Kabcenell A. Le leadership à fort impact : Améliorer les soins, améliorer la santé des populations, réduire les coûts. [Internet]. Cambridge, Massachussets: Institute for Healthcare Improvement; 2015. 38 p. (IHI White Paper). Disponible sur: www.ihl.org
6. The national patient safety foundation's Lucian Leape Institute. Leading a culture of safety : a blueprint for success. American College of Healthcare Executives; 2017. 40 p.
7. Haute autorité de santé. Enquête culture de sécurité. Expérimentation gestion des risques en équipe 2013 (équipe de réanimation et d'obstétrique) [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/HAS_Sante/enquete-culture-scuritexpriation-gestion-des-risques-en-quipe2013
8. National Patient Safety Agency. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Acute. The University of Manchester; 2006. 7 p.
9. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care.* 1 déc 2004;13(suppl_2):ii22-7.
10. Fiche 8. Des repères pour évaluer et améliorer le management de la sécurité. In: La sécurité des patients Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique. Mars 2012. Haute Autorité de Santé; p. 99-101. (Amélioration des pratiques et sécurité des soins).
11. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. Sustaining improvement. [Internet]. Cambridge, Massachussets: Institute for Healthcare Improvement; 2016. 33 p. (IHI White Paper). Disponible sur: www.ihl.org
12. Conway J. Governance leadership of quality : confronting realities and creating tension for change. *Trusteelnsights.* juill 2018;1-7.
13. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 5 sept 2014;4(9):e005055-e005055.
14. Vincent C, Carthey J, Macrae C, Amalberti R. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci.* 28 déc 2017;12(1):151.
15. Ocelli DP. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

16. Hollnagel E, Wears R, Braithwaite J. From safety –I to safety-II : A white paper. [Internet]. 2015 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>
17. Rencontres sécurité. Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Guide méthodologique et outils. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2018. 61 p. (Sécurité du patient. Gérer les risques.).
18. Le Programme d'amélioration continue du travail en équipe : PACTE [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

9. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire à l'attention des managers

Enquêtes Pratiques de Management pour la Sécurité des soins - Questionnaires Managers

Merci de prendre quelques minutes pour renseigner ce questionnaire.

Vous devez saisir toutes les données en une seule fois, et faire attention à **bien valider et enregistrer vos réponses en cliquant sur le carré vert de validation sur la dernière page**. Faute de quoi les informations saisies sont perdues.

Pour vous faciliter la tâche, vous avez la possibilité **d'imprimer le questionnaire pour en prendre connaissance et préparer votre saisie**, en cliquant sur fichier/imprimer dans la barre de tâche ci-dessus, **puis en vous reconnectant ultérieurement via le lien pour saisir vos réponses**.

1. Vous êtes :

- Directeur ou Directrice général(e)
- Président ou Présidente de la CME
- Directeur(trice) des soins ou coordonnateur(trice) général(e) des soins

2. Votre établissement (à sélectionner dans la liste déroulante) :

Si autre, précisez :

3. Quelles sont vos responsabilités en matière de sécurité des soins ?

#0##



4. Selon vous, quelle est la posture globale de votre établissement sur les sujets de sécurité des soins ? (une seule réponse possible)

- Les sujets de sécurité des soins ne sont pas abordés. Les erreurs ne sont pas partagées. La culture de sécurité n'est pas la priorité.
- Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un accident.
- Nous avons des systèmes en place pour gérer les risques identifiés.
- Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.
- La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités.

5. Déléguez-vous tout ou partie de vos responsabilités stratégiques en matière de sécurité des soins ?

- Oui
- Non

5.1. Lesquelles : (texte libre)

5.2. A qui déléguez-vous ces responsabilités ?

6. Quels sont les 3 objectifs prioritaires de votre établissement en matière de sécurité des soins ?

7. L'établissement suit-il des indicateurs en lien avec ces objectifs (indicateurs de sécurité des soins hors indicateurs nationaux obligatoires) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7.1 Disposez-vous personnellement d'un reporting sur ces indicateurs ?

- Oui
- Non

7.2 Si oui, par qui ?

8. Pouvez-vous citer deux actions récentes mises en oeuvre dans votre établissement en matière de sécurité des soins ?

9. Le retour d'expérience consiste à tirer des enseignements des événements indésirables associés aux soins, pour améliorer la sécurité des soins. Existe-t-il une ou des démarches de retour d'expérience au sein de votre établissement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9.1 Quelles sont ces démarches ?

9.2 Quelles sources d'information alimentent ce retour d'expérience ?

9.3 Disposez-vous personnellement d'un reporting sur ce retour d'expérience ?

- Oui
- Non

9.4 Si oui, par qui ?

10. De quelle manière favorisez-vous la mise en place du retour d'expérience dans votre établissement ?

11. Dans votre fonction, comment favorisez-vous la déclaration des événements indésirables associés aux soins pour alimenter le retour d'expérience ?

12. La culture de sécurité a-t-elle déjà été mesurée dans votre établissement ?

- Oui Non Ne sait pas

12.1 Citez les principales actions mises en place suite à cette mesure :

13. Lors de vos rencontres de comités de directions, les sujets de sécurité des soins sont portés à l'ordre du jour :

- Toujours Souvent Rarement Jamais

13.1. Des décisions en matière de sécurité des soins ont-elles été prises ?

- Oui Non Ne sait pas

14. A titre individuel, avez-vous bénéficié d'une formation spécifiquement dédiée à la sécurité des soins ?

- Oui Non

14.1 Si oui, précisez :

14.2 Si non, pourquoi :

15. Citez 3 projets portés par des professionnels de votre établissement en matière de sécurité des soins ?

16. Communiquez-vous sur ces projets ?

Oui Non

16.1 Si oui, comment ?

17. Existe-t-il des rencontres entre vous-même et les professionnels "de terrain" des secteurs de soins pour discuter sur les questions de sécurité des soins ?

Oui Non

17.1. Qui participe à ces rencontres ?

17.2. A quelle fréquence ont-elles lieu ?

18. Selon vous, quelle est la meilleure stratégie pour encourager les succès et poursuivre les améliorations en matière de sécurité des soins ?

#%/#



Nous vous remercions d'avoir pris le temps de renseigner ce questionnaire.
Veillez à bien cliquer sur le carré ci-dessous pour valider et enregistrer vos réponses.



Annexe 2 : Questionnaire à l'attention des responsables Qualité Gestionnaire de risques



Questionnaire Pratiques de Management pour la sécurité des soins - Participation

Questionnaire à l'attention des membres du groupe d'échanges « Management de la Gestion des risques associés aux soins »

Dans le cadre des travaux du groupe d'échange Management de la gestion des risques associés aux soins, il est proposé au top management de votre établissement (à savoir Directeur Général, Président de CME et Directeur des soins/coordonnateur général des soins) de participer à l'enquête « Pratiques de Management pour la sécurité des soins ».

L'objectif de cette enquête est qu'ils autoévaluent chacun leur leadership en matière de qualité et de sécurité des soins, afin d'identifier des leviers pour l'améliorer.

Nous venons d'envoyer à vos managers le questionnaire d'enquête. Comme convenu au sein de notre groupe de travail, nous vous remercions de bien vouloir :

- renseigner le présent questionnaire, ce qui permettra d'apprécier au mieux les conditions de réalisation de cette enquête,
- vous assurer de la bonne réception de leur questionnaire par les managers sus-cités,
- de relancer si besoin le remplissage.

Merci pour votre participation à ce travail.

Dr Hélène Abbey et Noémie Terrien

Avez-vous rencontré les tops managers de votre établissement pour discuter de cette enquête ?			
	Directeur Général	Président de CME	Directeur des Soins
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ont-ils accepté de participer à l'enquête ?			
	Directeur Général	Président de CME	Directeur des Soins
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour ceux qui ont accepté, merci de préciser les circonstances de cet accord :			
	Directeur Général	Président de CME	Directeur des Soins
De façon spontanée et engagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec négociation et clarification des objectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			
Pour ceux qui ont refusé, merci de préciser les circonstances du refus :			
	Directeur Général	Président de CME	Directeur des Soins
Par non intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En raison d'autres priorités institutionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhait de déléguer le remplissage du questionnaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			

Merci d'avoir pris le temps de renseigner ce questionnaire.

10. Glossaire

Analyse de scénario : méthode permettant d'identifier les forces et faiblesses des pratiques et organisations en équipe à partir d'un événement indésirable associé aux soins survenu ailleurs

Culture sécurité : ensemble de manières de faire et de penser qui contribue à la sécurité du patient et qui est partagé au niveau de l'organisation.

Rencontre sécurité : rencontre in situ portant sur la sécurité des patients entre une équipe de soins et une équipe de managers de haut niveau.

Barrière de récupération : mesure qui permet de récupérer l'écart de soin avant que l'événement indésirable ne survienne.

Barrière d'atténuation : mesure qui permet d'atténuer ou limiter les conséquences de l'événement indésirable auprès du patient.