

# QUELLE MOBILISATION DES MANAGERS DE HAUT NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS ?

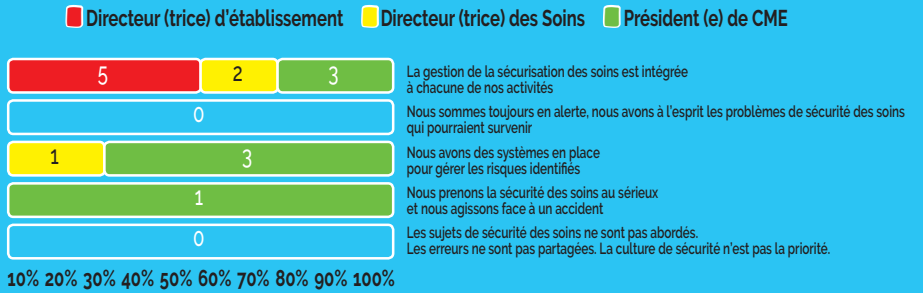
**Enquête à l'attention des équipes dirigeantes d'établissements de santé des Pays de la Loire / NOVEMBRE 2019**

Dans les établissements de santé, le rôle du management de haut niveau\* est primordial pour qu'une culture de sécurité des soins soit développée chez les professionnels<sup>1,2</sup>. Ce sujet est un axe de travail du groupe d'échanges « Management de la gestion des risques associés aux soins » animé par la Structure Régionale d'Appui à la qualité et la sécurité des soins (SRA) QualiREL Santé. Dans ce cadre, une enquête

a été expérimentée auprès des 42 managers des 14 établissements ligériens membres de ce groupe d'échanges. Les objectifs, la méthodologie et les résultats détaillés sont disponibles sur la page dédiée du site internet de QualiREL Santé.  
*\*Directeur (trice) d'établissement, Directeur (trice) des Soins, Président (e) de Commission Médicale d'Établissement (CME)*

**38% DES MANAGERS INTERROGÉS**  
ont renseigné entièrement le questionnaire  
(se répartissant dans 71% des établissements concernés)

## LES PERCEPTIONS SUR LA POSTURE DE L'ÉTABLISSEMENT SONT DIFFÉRENTES SELON LE PROFIL DU MANAGER



**56%**  
DES MANAGERS ONT DÉCLARÉ AVOIR BÉNÉFICIÉ D'UNE FORMATION À LA SÉCURITÉ DES SOINS

**LES RÉPONSES SUR LES OBJECTIFS DE SÉCURITÉ DES SOINS SONT DISCORDANTES ENTRE LES MANAGERS D'UN MÊME ÉTABLISSEMENT**

**48% DES MANAGERS**  
déclarent que les sujets de sécurité sont **SOUVENT OU TOUJOURS À L'ORDRE DU JOUR** lors des réunions de direction

Il existe  
**UNE DÉMARCHE DE RETOUR D'EXPERIENCES DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**  
(Comités de Retour d'Expérience et Réunions de Morbidité Mortalité)

LA CULTURE DE SÉCURITÉ a déjà été mesurée **DANS LA MOITIÉ DES ÉTABLISSEMENTS ENQUÊTÉS**

**LES ACTIONS RELÈVENT DE LA PRÉVENTION**  
(contrôle et standardisation des pratiques : très peu de la récupération ou atténuation)





# UNE BONNE PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS MAIS UNE MOBILISATION CONTRASTÉE DES MANAGERS

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



## DE QUELLE FAÇON SONT PARTAGÉS LA VISION, LA STRATÉGIE, ET LES OBJECTIFS DE SÉCURITÉ DES SOINS ENTRE LES MANAGERS DE HAUT NIVEAU ?

### DES RÉPONSES DISCORDANTES ET PEU PRÉCISES SUR LES OBJECTIFS :



Les réponses étaient discordantes entre les managers, et peu précises sur les objectifs. En effet, à 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.

Pour un management de la sécurité performant, les managers de haut niveau doivent :

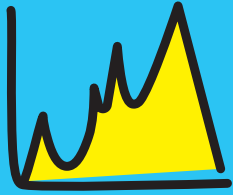
- **CRÉER LA VISION DE LA SÉCURITÉ, EN COHÉRENCE AVEC LES VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT<sup>5</sup>,**
- **S'ASSURER ENSEMBLE QUE LEUR VISION, LEUR STRATÉGIE, LEURS OBJECTIFS SONT FORTS ET ALIGNÉS<sup>6</sup>,**
- **ASSEOIR CETTE VISION ET LA FAIRE PARTAGER<sup>5,7</sup>.**
- **LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES DOIVENT AVOIR DES CIBLES SPÉCIFIQUES (DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES, MESURABLES ET ATTEIGNABLES)<sup>5,8</sup>.**
- **DANS LES UNITÉS DE SOINS, LES OBJECTIFS DOIVENT ÊTRE ALIGNÉS AVEC LES PRIORITÉS INSTITUTIONNELLES<sup>5,6</sup>.**

### DES PERCEPTIONS DIFFÉRENTES SUR LA POSTURE DE L'ÉTABLISSEMENT :

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'Établissement 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 des soins (Nous avons des systèmes en place, nous agissons face à un accident<sup>3,4</sup>).

Les différences de perception pourraient être expliquées par les différents rôles et responsabilités des managers. Les directeurs d'établissement peuvent considérer que dans leur politique la gestion de la sécurité des soins est bien intégrée à chacune des activités. Le président de CME, 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 des soins, l'équipe de direction, les médecins, les équipes de soins, les patients et les familles<sup>9,10</sup>.

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<sup>1</sup>.



## LES MANAGERS SONT DESTINATAIRES DES RÉSULTATS DES INDICATEURS DE SÉCURITÉ DES SOINS VIA LES PROFESSIONNELS DE LA QUALITÉ

La mesure régulière des résultats en matière de sécurité fait partie des actions à mener<sup>5,7,9</sup>. 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 des soins devrait circuler directement au sein de l'établissement entre les différents niveaux de managers<sup>11</sup>. 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<sup>5,10</sup>.

Les rencontres de type Rencontre Sécurité<sup>\*12</sup> avec les professionnels de terrain sont un des principes d'un management performant centré sur la personne<sup>10</sup>. 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<sup>2</sup>.

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

## 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 culture apportés par des interventions spécifiques. C'est une action qui peut permettre aux managers d'engager pour la sécurité<sup>1</sup>.

*\* 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.*

## LE RETOUR D'EXPÉRIENCES

Il s'agit essentiellement de Comités de Retour d'Expérience et de Réunions de Morbidité Mortalité. L'analyse de scénario<sup>\*13</sup> n'a été citée qu'une seule fois. Les sources d'alimentation du retour d'expérience sont les plaintes et réclamations, les résultats des évaluations, les remontées issues des professionnels, et le cahier d'astreinte. Il n'a jamais été mentionné spontanément l'analyse des succès ou des expériences positives. Or celles-ci sont tout aussi importantes pour améliorer la sécurité du système<sup>14</sup>.

*\*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*

## LES ACTIONS



Les actions récentes menées en matière de sécurité des soins relèvent majoritairement de la prévention, 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\*\*\*.

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<sup>15</sup>.

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

## LE TEMPS PASSÉ EN RÉUNION

Moins de la moitié des managers ont déclaré que les sujets de sécurité des soins étaient toujours ou souvent portés à l'ordre du jour des réunions de direction. Dans plus de 80% des cas, des décisions sont prises au décours. 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<sup>8,9</sup>.

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



## PERSPECTIVES

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.

Cette expérimentation a permis de clarifier les modalités de réalisation d'un auto-diagnostic sur les pratiques de management en matière de sécurité des soins.

À l'instar du **PACTE de la HAS**<sup>16</sup>, 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 la SRA QualiREL Santé.

<sup>16</sup>PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe



## QUELLES PISTES AFIN D'AMÉLIORER SON MANAGEMENT EN FAVEUR DE LA SÉCURITÉ DES SOINS<sup>17</sup> ?

- 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,
- Prendre en compte la sécurité des soins dans tous les arbitrages,
- Porter systématiquement à l'ordre du jour des instances (comités de direction, CSIRMT, CME) des sujets de sécurité, voire 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 barrières 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,
- Rendre les professions de terrains acteurs de la sécurité des soins plutôt que destinataires,
- Se former à la sécurité des soins,
- Mettre en œuvre le management visuel et s'appuyer sur les managers de proximité.

## 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<sup>18</sup>.

### 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;XVII(1):9-17.
2. Quenon JL, Levif-Lecourt M, Roberts T, Projet Emeraudes. 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.
3. National Patient Safety Agency. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Acute. The University of Manchester; 2006. 7 p.
4. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care.* 1 déc 2004;13(suppl\_2):i22-7.
5. Fiche 8. Des repères pour évaluer et améliorer le management de la sécurité. In: La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé Des concepts à la pratique, Mars 2012. Haute Autorité de Santé; p. 99-101. (Amélioration des pratiques et sécurité des soins).
6. Conway J. Governance leadership of quality : confronting realities and creating tension for change. *Trusteelsights.* juill 2018:1-7.
7. 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.
8. 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.
9. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. 36 p. (IHI Innovation Series white paper).
10. Svendsen 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, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2015. 38 p. (IHI White Paper). Disponible sur: www.ihl.org
11. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. Sustaining improvement. Internet]. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016. 33 p. (IHI White Paper). Disponible sur: www.ihl.org
12. Haute Autorité de Santé; Rencontres sécurité - Guide méthodologique et outils; 2018
13. <http://www.qualirelsante.com/publications-outils/analyse-de-scenario/>
14. Eric Hollnagel Safety et Safety 2(Citation) Hollnagel.E. Wears, RL. Braithwaite, J. From safety -I to safety-II : A white paper, 2015. <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>
15. 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.
16. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte)
17. ICSI. Leadership du management et implication des salariés; 2011
18. ICSI. Leadership en sécurité. Les cahiers de la sécurité industrielle; 2011-07. 96 p.