

Protocole*

Mesure de la culture de la sécurité des patients

Février 2011

* Ce protocole se base une version originale du 31 janvier 2005 du groupe de travail 'sécurité des patients' (Ziekenhuis Oost-Limburg).
Composent ce groupe de travail :

Mr. J. Hellings, Directeur général; Dr. H. Vandeput, Directeur médical;
Mme S. Indenkleeef, Directrice infirmier-paramédical; Dr R. Van Loon, gériatre;
Mme T. Postelmans, coordinatrice qualité et Dr W. Schrooten, médecin

TABLE DES MATIERES

- 1. Introduction**
- 2. Objectifs**
- 3. Méthodologie**
 - 3.1 Questionnaire**
 - 3.2 Groupe cible**
 - 3.3 Distribution et collecte des données**
 - 3.4 Introduction des données**
 - 3.5 Plan d'analyse**
- 4. Budget**
- 5. Rapportage des résultats**

Références

Questionnaire

1. Introduction

Selon l'Institute of Medicine, la mise en place d'une culture de sécurité constitue un défi majeur pour l'amélioration de la sécurité des soins de santé¹. En effet, cela implique la transition vers une culture dans le cadre de laquelle les erreurs ne sont plus considérées comme des échecs personnels, mais comme une opportunité d'améliorer le système et d'éviter des difficultés ultérieures. Les organisations ayant développé une culture de sécurité effective se consacrent en priorité à la sécurité², qui englobe les éléments suivants : reconnaître les risques éventuels et être attentif aux erreurs commises, créer un environnement au sein duquel les individus ont la possibilité de signaler des (presqu') incidents sans pour autant être sanctionnés, mettre en place une collaboration collégiale entre les différents niveaux, en vue de rechercher des solutions face aux risques en matière de sécurité et de prévoir les moyens nécessaires en vue de promouvoir la sécurité.

Cette évaluation porte sur la culture de sécurité à l'hôpital.

2. Objectifs

1. Comprendre quelle est l'attitude des médecins et des collaborateurs par rapport à la sécurité des patients; mesurer la culture de la sécurité des patients.
2. Comprendre quelle est l'attitude des médecins et des collaborateurs par rapport au rapportage des (presqu') incidents et la mesure dans laquelle ils sont disposés à le faire.
3. Suivre la culture de la sécurité des patients et la disposition des médecins et des collaborateurs à signaler les (presqu') incidents, p. ex. au moyen d'une évaluation répétée au bout de quelques années.

3. Méthodologie

3.1 Questionnaire:

En 2005, l'hôpital Oost-Limburg à Genk a été le premier hôpital belge à réaliser une évaluation de la culture au niveau de l'hôpital. A cet égard, l'outil suivant a été sélectionné: Hospital Survey on Patient Safety Culture de l'Agency for Healthcare Research and Quality³. Ce questionnaire validé de manière psychométrique se compose de 9 sections qui comprennent ensemble 51 questions. Ces questions examinent 2 dimensions de résultats et 10 dimensions de culture de sécurité:

I. Deux dimensions d'*outcome*:

1. Perception globale de la sécurité
2. Fréquence de signalement des événements

II. Dix dimensions de la *culture de sécurité*

1. Les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
2. la façon dont on tire profit des erreurs commises
3. Le travail en équipe au sein des unités

4. L'ouverture à la communication
5. Le feed-back et la communication en matière de sécurité des patients
6. L'absence de sanction face aux erreurs
7. L'encadrement du personnel
8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
9. Le travail d'équipe au sein des départements
10. La transmission des informations

La documentation sur l'élaboration, l'utilisation et l'analyse de ce questionnaire est disponible en quantité suffisante⁴.

Dans un premier temps, la version anglaise du questionnaire d'origine a été traduite en néerlandais et, au besoin, adaptée au contexte belge et hospitalier. Cette traduction a été évaluée et adaptée au cours de différentes réunions du groupe de travail Sécurité des patients du Ziekenhuis Oost-Limburg. Enfin, la traduction a été vérifiée par un linguiste.

Dans une seconde phase, la version francophone a également été réalisée à partir du questionnaire version anglaise tout en tenant compte également de la version néerlandaise. La version francophone a été testée dans les hôpitaux de Saint-Luc à Bruxelles et de Tivoli à La Louvière.

3.2 Groupe cible:

Tous les prestataires de soins responsables directement ou indirectement des soins cliniques* et en service actif depuis au moins 6 mois** :

- le personnel infirmier et paramédical
- les médecins : tous les médecins travaillant à l'hôpital et médecins assistants
- les managers des programmes et coordinateurs des soins
- les collaborateurs de la pharmacie, des laboratoires, des services techniques et du transport interne de patients

** Le personnel d'entretien et des cuisines ne font pas partie du groupe cible*

*** Le personnel de soins en congé de maternité ou en absence de longue durée ne font pas partie du groupe cible*

3.3 Distribution et collecte de données :

La méthodologie de distribution et de réception suit celle demandée lors de la première mesure. Afin de maximiser le taux de réponse, un code est apposé sur chaque questionnaire. La distribution des questionnaires (fournis avec enveloppe-réponse) est organisée par le service du personnel via un mail en interne. La distribution des questionnaires et la réception des enveloppes remplies se font sur deux circuits différents, de manière à ce que ces questionnaires puissent être adressés de manière ciblée (1er circuit) et récoltés tout en maintenant l'anonymat du traitement (2e circuit). Un code est apposé sur chaque questionnaire individuel. Les questionnaires sont renvoyés nominativement. Le lien entre le code et le nom n'est connu que du service de distribution. Les questionnaires complétés avec uniquement le code anonyme arrivent au service de traitement. Celui-ci fournit la liste des non-

répondants au service de distribution. Une exception a toutefois été proposée pour les médecins. Les questionnaires destinés aux médecins peuvent être transmis sans code. Tous les médecins reçoivent, le cas échéant, deux questionnaires de rappel.

Le calendrier de réalisation de la mesure de la culture est établi comme suit :

1. Une semaine avant la distribution du questionnaire, tous les participants sont informés par lettre signée de la direction.
2. Le questionnaire est envoyé à tous les participants, accompagné d'une lettre explicative.
3. Deux semaines plus tard, une lettre est adressée à tous les participants pour remercier les répondants et inviter les non-répondants à quand même répondre.
4. Passées deux semaines, un second questionnaire est envoyé aux non-répondants.
5. Enfin, à nouveau deux semaines plus tard, un dernier rappel est envoyé aux non-répondants.

Etapes	Préparation	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	Semaine 9	Semaine 10	Semaine 11-12	Semaine 13
Planification													
Accord interne													
Engagement dans la distribution													
Collecte des données													
Envoi de la lettre de la direction													
Premier envoi du questionnaire													
Suivi des répondants													
Encodage des données													
Rappel/ remerciements													
Renvoi du questionnaire													
Deuxième rappel													
Traitement des données													
Analyse des données													
Rédaction du rapport													

3.4 Introduction des données et contrôle:

Les données sont codées avant d'être introduites dans un fichier MS Access. Le code ID du questionnaire est défini comme clé unique. Le code "A" + un numéro déterminé en fonction de la réception du questionnaire est attribué aux médecins. Lorsqu'un répondant connu envoie un questionnaire à deux reprises, seul le premier questionnaire est introduit. Les champs du fichier sont

définis de façon à ce que seules les réponses possibles puissent être introduites. Pour les réponses incomplètes ou imprécises, on introduit '0'.

Sont définis comme répondants : tous les questionnaires réceptionnés, sauf :

- 1) les questionnaires pour lesquels aucune section n'a été complétée (sans tenir compte de la section I)
- 2) les questionnaires dont moins de la moitié des questions ont reçu une réponse (sans tenir compte de la section I)
- 3) si chaque item des sections A (à l'exclusion de la question A0), B, C, D, F obtient le même score.

3.5 Plan d'analyse:

A. Répondants:

Taux de réponse total :
$$\frac{\text{nombre total de répondants}}{\text{nombre total de questionnaires distribués}} * 100$$

Pour les questions suivantes, seuls les répondants ont été pris en compte. Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de répondants pour l'item (les items) concerné(s).

B. Démographie:

Répartition des questions A0, H1, H2, H3, H4, H5, H6

C. Réponse globale pour l'hôpital:

- Chaque question renvoie à trois catégories: réponse négative (1 et 2), neutre (3) et positive (4 et 5) (après l'inversion des scores pour les questions formulées négativement). Le nombre (%) est indiqué.
- Le score par dimension est obtenu en suivant cette formule :

Score par dimension :
$$\frac{\text{nombre de réponses positives}}{\text{nombre total de réponses}}$$
 pour la dimension concernée

Le nombre (%) est indiqué.

- La répartition des réponses à la question G et E est calculée: nombre (%).

D. Réponse par sous-groupe:

- Chaque score d'item et de dimension exprimé en trois catégories peut être comparé pour les différentes variables: A0, H1, H2, H3, H4, H5, H6, au moyen de l'application MS Access.

E. Remarques:

Le nombre (%) de répondants ayant formulé une remarque est indiqué. Les réponses libres éventuellement notées à la section I sont regroupées. Ces remarques sont ensuite extraites vers un fichier Excel au moyen de la commande d'exportation.

4. Budget

- Envoi de courriers, de questionnaires et d'enveloppes-réponse, lettres de rappel et questionnaires de rappel.
- Introduction de données (+/- 40 questionnaires/heure)

5. Rapportage

Un rapport détaillé est mis à disposition par le biais de l'intranet. Les résultats sont communiqués lors de présentations effectuées pendant les moments de concertation.

Références

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12 Suppl 2:ii17-23.
2. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. *Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices*, 2001:447-458.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov>.
4. Sorra J, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.