Hôpitaux Universitaires Genève

Culture sécurité: êtes-vous «just culture»

Anthony Staines ***PhD, chargé du programme sécurité des patients de la Fédération des Hôpitaux vaudois, Staines Imprevement Research***

Pierre Chopard ***Médecin-chef, service qualité des soins, HUG***

Semaine qualité des HUG

4 - 7 décembre 2018

Programme

09h00 - 09h30 Introduction à la culture sécurité, comment la mesurer, association entre culture « sécurité » et sécurité

09h30 - 10h00 Résultats des enquêtes conduites en Suisse Romande avec un zoom sur les résultats des HUG

10h00 - 10h15 Pause

10h15 - 11h15 Atelier: la « Just culture » en pratique

11h15 - 11h30 Le concept de Just Culture

11h30 - 11h55 Présentation du programme « Just Culture » de la Fédération des Hôpitaux vaudois

11h55 - 12h00 Conclusion

Organisational culture

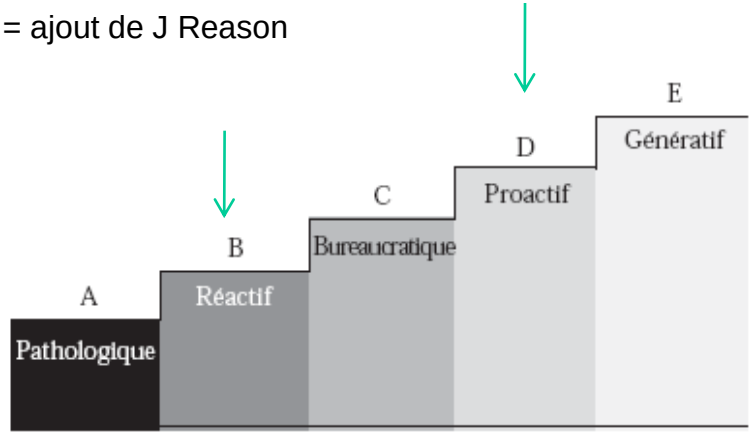
A shared set of implicit and explicit beliefs, attitudes, values and norms of behaviour that allows the members of the organisation to communicate and work effectively together

Culture sécurité

– désigne **un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins (European society for quality in health care, cité dans « culture de sécurité des soins, HAS, 2010 »)**

Typologies de la culture sécurité

= ajout de J Reason



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'espirit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3591-3602, 2011

Comment évaluer la culture sécurité des soins ?

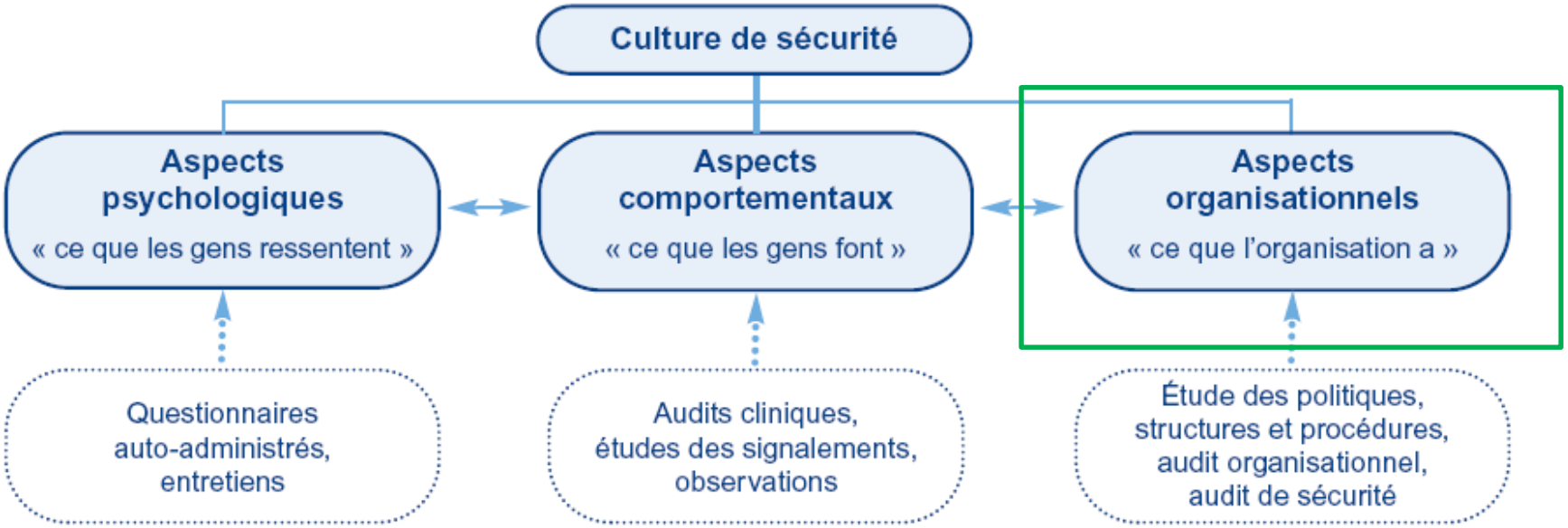
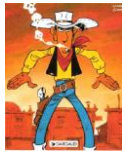


Figure 1. **L'évaluation de la culture de sécurité repose sur différentes approches**

La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique, HAS, 2010

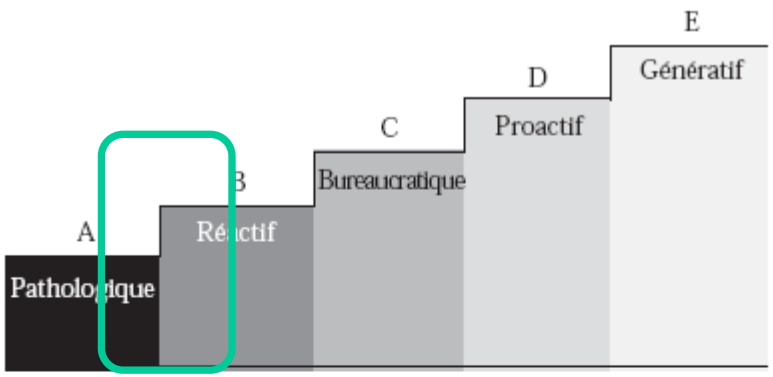
Evolution concept sécurité aux HUG

Directive Fait grave (1997)



- « *Le médecin chef de clinique signale sans délai, par téléphone, au Secrétaire général (site HC : 372.60.13, BI : 305.41.50) ainsi qu'à la hiérarchie médicale tout fait grave s'étant produit dans l'unité ou les unités placées sous sa responsabilité.* »
- **Aucune référence à la qualité, gestion des risques**
- **<u>Objectif</u>: contrôle, sanction**
- **Recherche de la « pomme pourrie »**

Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'espirit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

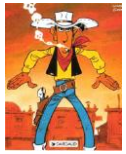
Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3591-3602, 2011

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Directive fait grave aux HUG

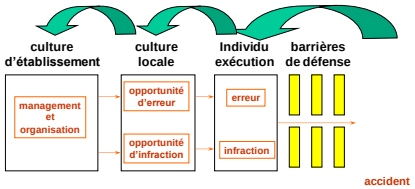
Evolution concept sécurité aux HUG

Directive Fait grave (1997)



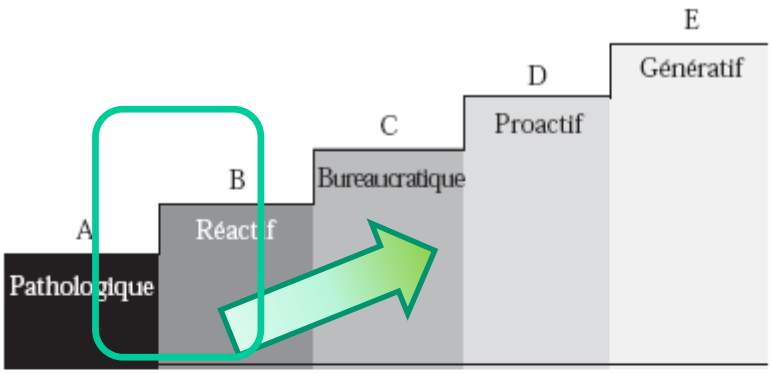
- *« Le médecin chef de clinique signale sans délai, par téléphone, au Secrétaire général (site HC : 372.60.13, BI : 305.41.50) ainsi qu'à la hiérarchie médicale tout fait grave s'étant produit dans l'unité ou les unités placées sous sa responsabilité. »*
- **Aucune référence à la qualité, gestion des risques**
- **<u>Objectif</u>: contrôle, sanction**
- **Recherche de la « pomme pourrie »**

Directive Incidents – EIG (2011)



« Il s'agit d'apprendre au travers des événements signalés comment combler les lacunes relevées ou pallier les dysfonctionnements afin de réduire leurs risques de survenue. L'analyse de l'évènement décrit les facteurs contributifs qui ont pu faciliter sa survenance et permet d'identifier les actions possibles en termes d'amélioration de la sécurité. »

Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'espirit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3591-3602, 2011

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Mise en place de GIDI (2007)
Nouvelle directive EIG / Incidents (2011)

Directive fait grave aux HUG

Analyse à priori des risques

ORIGINAL ARTICLE

Use of a systematic risk analysis method to improve safety in the production of paediatric parenteral nutrition solutions

P Bonnabry, L Cingria, F Sadeghipour, H Ing, C Fonzo-Christe, R E Pfister

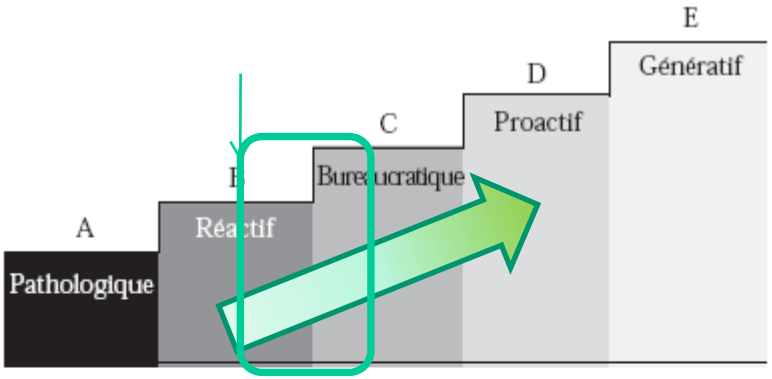
Qual Saf Health Care 2005;**14**:93–98. doi: 10.1136/qshc.2003.007914

CONSEIL D'ADMINISTRATION – 8.02.2016

APPROBATION DE LA MATRICE CONSOLIDÉE DES RISQUES INSTITUTIONNELS 2016

Vingt-six risques identifiés et réévalués, dont 5 majeurs

Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3591-3602, 2011

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Cartographie des risques HUG
Méthodes d'analyses à priori des risques

Directive fait grave aux HUG

Mise en place de GIDI (2007)
Nouvelle directive EIG / Incidents (2011)

?

Comment évaluer la culture sécurité des soins ?

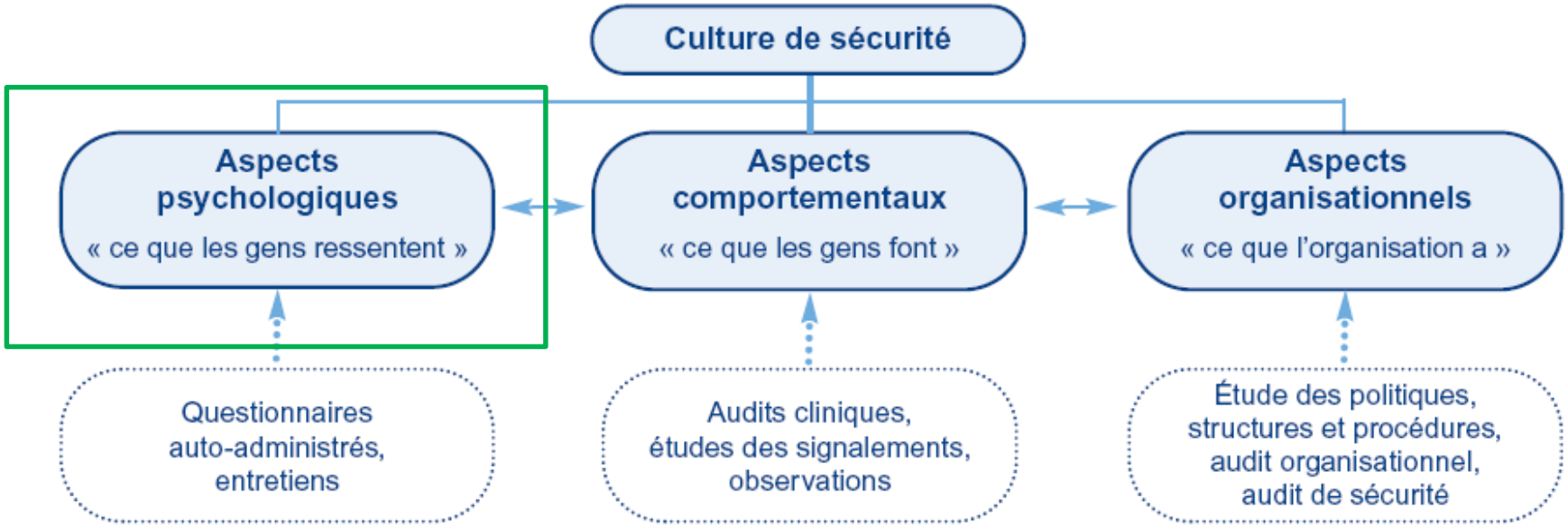
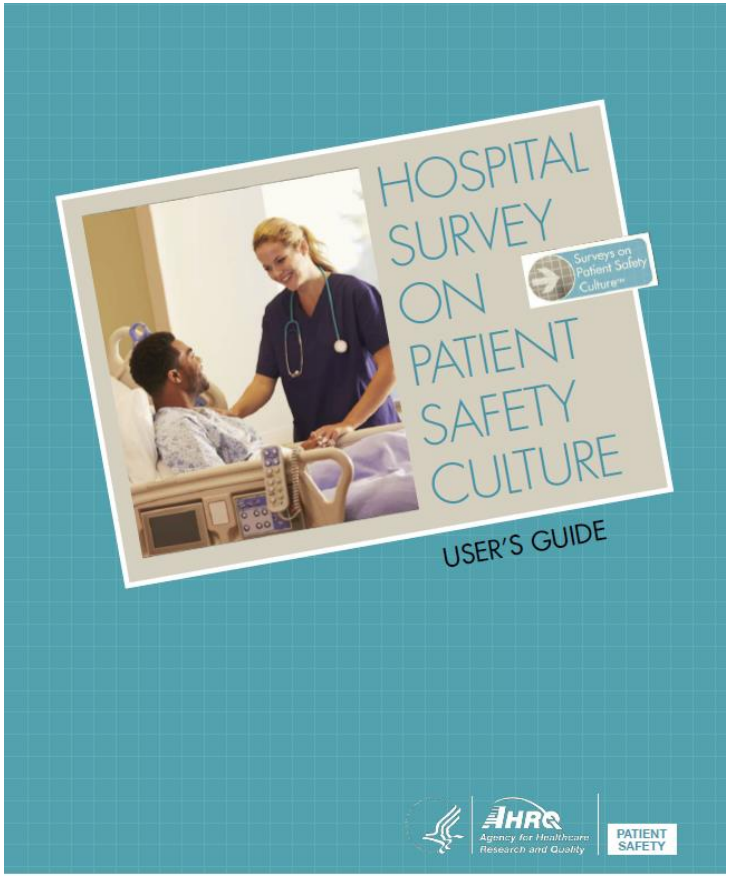


Figure 1. **L'évaluation de la culture de sécurité repose sur différentes approches**

La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique, HAS, 2010



CCECQA

Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier

Guide d'utilisation de l'outil de mesure

version mai 2010

Document élaboré par P. Occelli, J-L. Quenon, A. Djihoud avec l'aide du groupe de travail : M. Izotte, S. Domecq, F. Delaperche, O. Claverie, B. Castets-Fontaine, Y. Auroy, P. Parneix, R. Amalberti, P. Michel.

Remerciements à Maryse Piscarel.

COMITE DE COORDINATION DE L'EVALUATION CLINIQUE ET DE LA QUALITE EN AQUITAINE

https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf

- Présentation d’Anthony résultats des enquêtes conduites en Suisse romande (15 minutes)

Résultats de la culture sécurité aux HUG

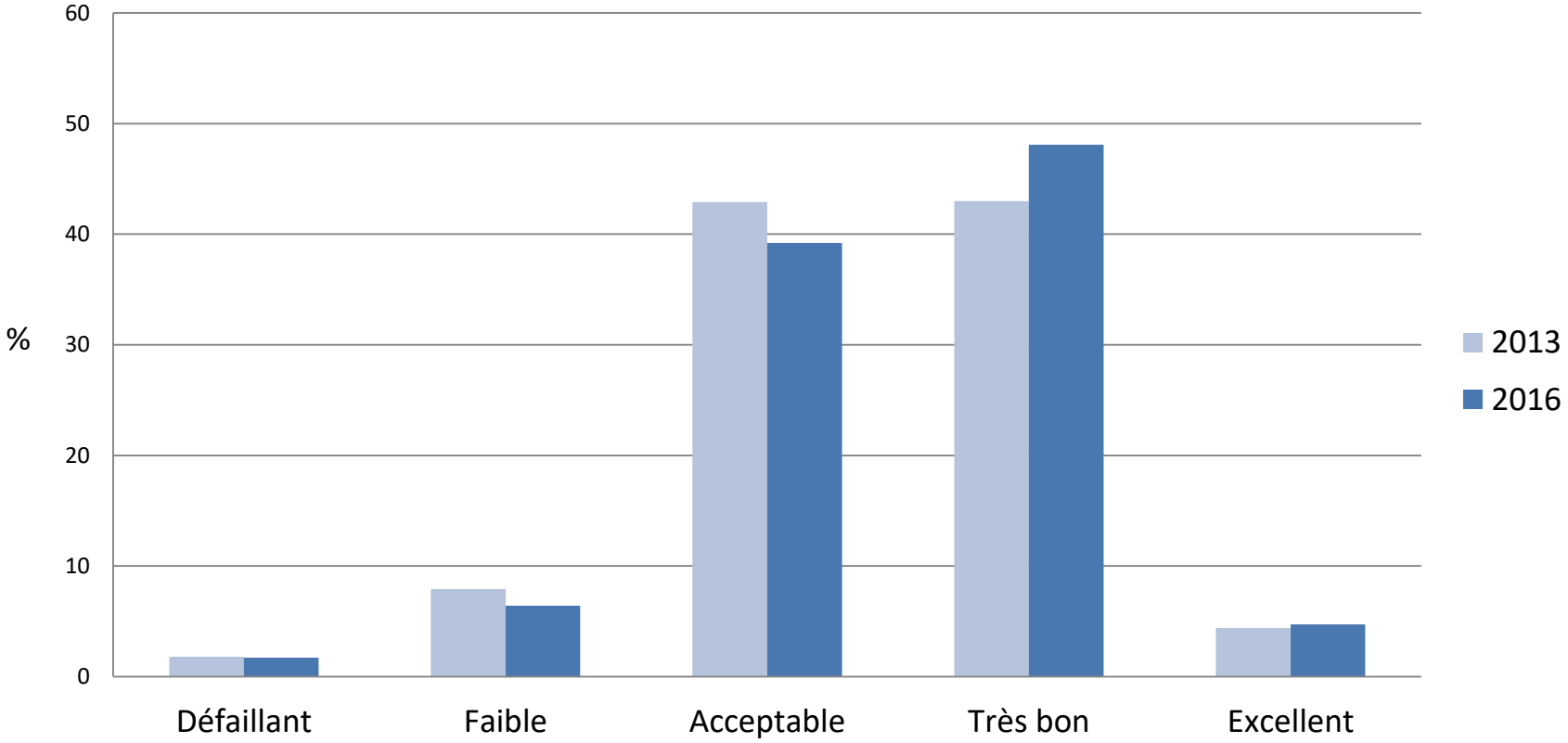
rapport qualité, publication avril 2018

Méthode

- Version française du questionnaire de l'Agency for Healthcare Research and Quality (US), validé, 45 questions incluant 2 indicateurs « résultats » et 10 dimensions de la culture sécurité.
- Périodicité de l'enquête : biannuelle (années paires)
- Mode d'administration : questionnaire en ligne, 3 rappels
- Période d'administration : Octobre
- Durée de l'administration : 1 mois
- Critères d'inclusion : *avant 2018*: personnel dispensant des soins aux patients (directement ou indirectement); *depuis 2018*, la totalité du personnel des HUG.

Indicateur résultat (1/2)

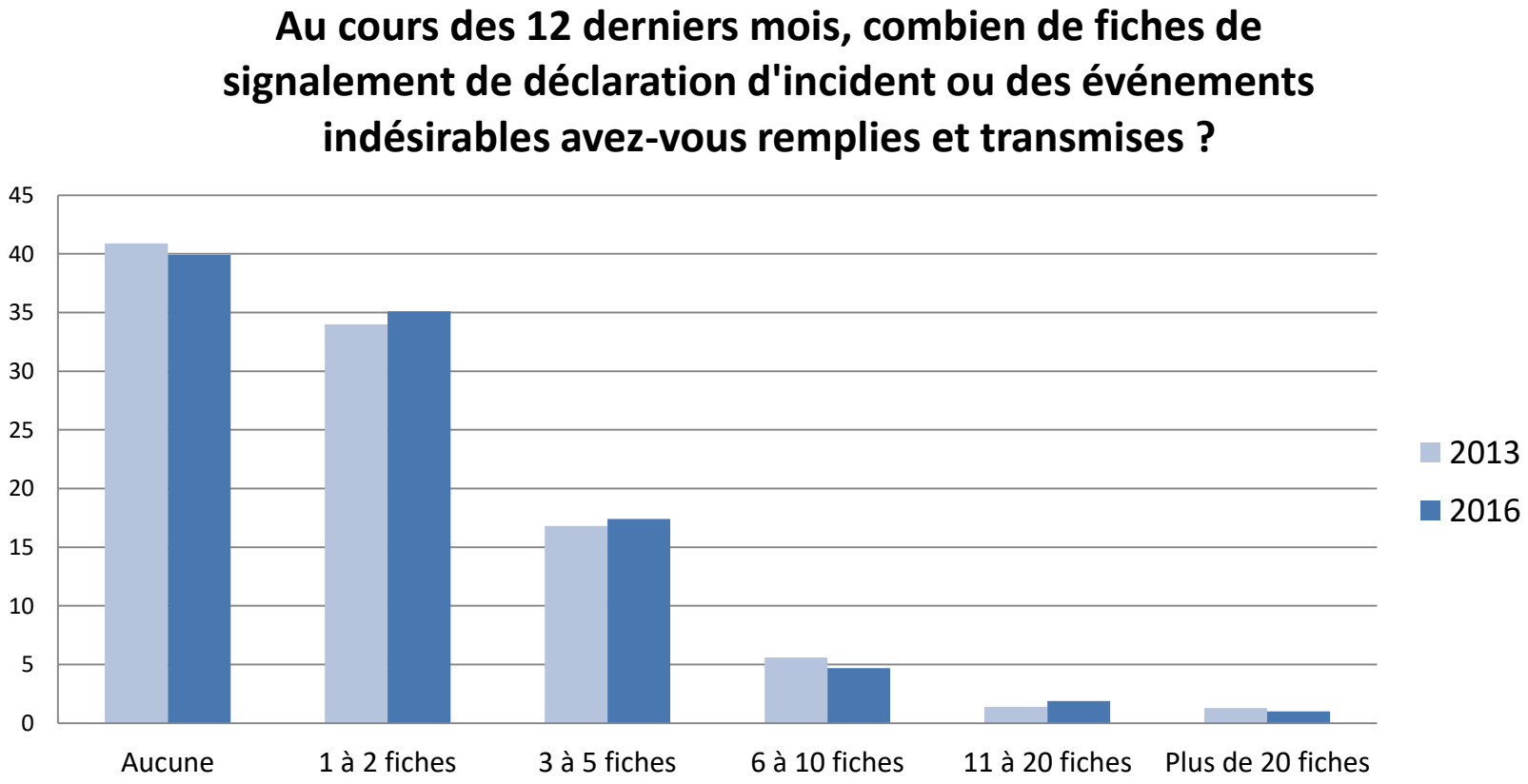
Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ?



Hôpitaux Universitaires Genève

% de collaborateurs situant la sécurité « acceptable ou mieux » :
2013 = 90.3% 2016 = 91.9%

Indicateur résultat (2/2)



Hôpitaux Universitaires Genève

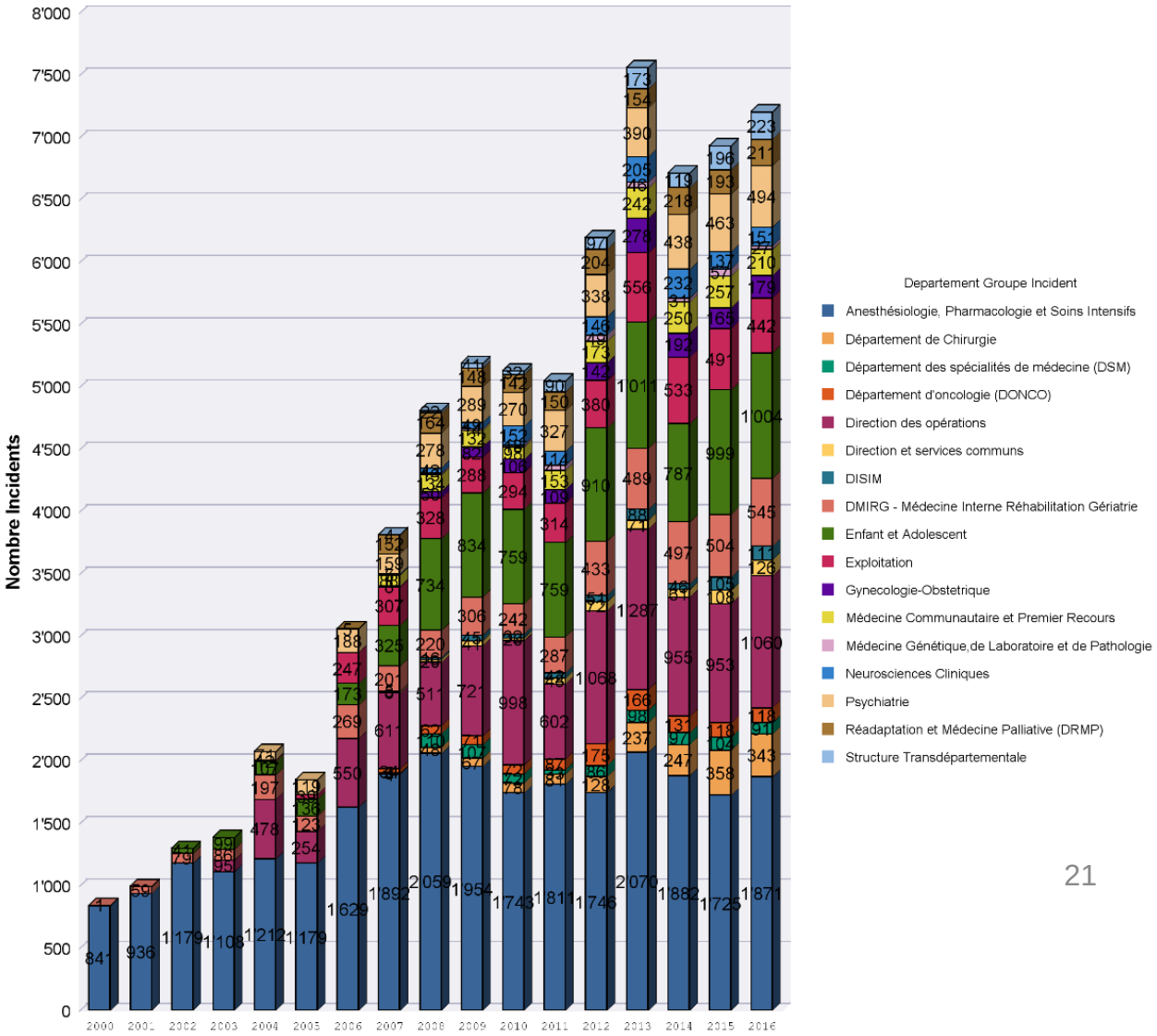
% de collaborateurs ayant rempli et transmis au moins 1 fiche :
2013 = 59.1% 2016 = 60.1%

Proportion de valeurs positives pour chacune des 10 dimensions de la culture sécurité des soins & comparaison des enquêtes HUG 2013 à 2016.

	Moyenne % (N)		
	2013	2016	valeur p*
Perception globale de la sécurité des soins	45.2 (1435)	49.1 (2343)	0.021
Signalement des événements indésirables	59.6 (1403)	64.3 (2307)	0.005
Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	61.7 (1432)	66.6 (2338)	0.002
Organisation apprenante et amélioration continue	56.0 (1435)	56.4 (2344)	n.s.
Travail en équipe dans le service / l'unité	72.7 (1435)	73.2 (2344)	n.s.
Liberté d'expression	54.3 (1433)	57.2 (2323)	n.s.
Réponse non punitive à l'erreur	29.3 (1435)	33.6 (2344)	0.007
Ressources humaines	31.1 (1435)	35.8 (2344)	0.003
Soutien du management pour la sécurité des soins	35.3 (1427)	45.6 (2340)	< 0.001
Travail d'équipe entre les services de l'établissement	28.6 (1429)	35.0 (2337)	< 0.001

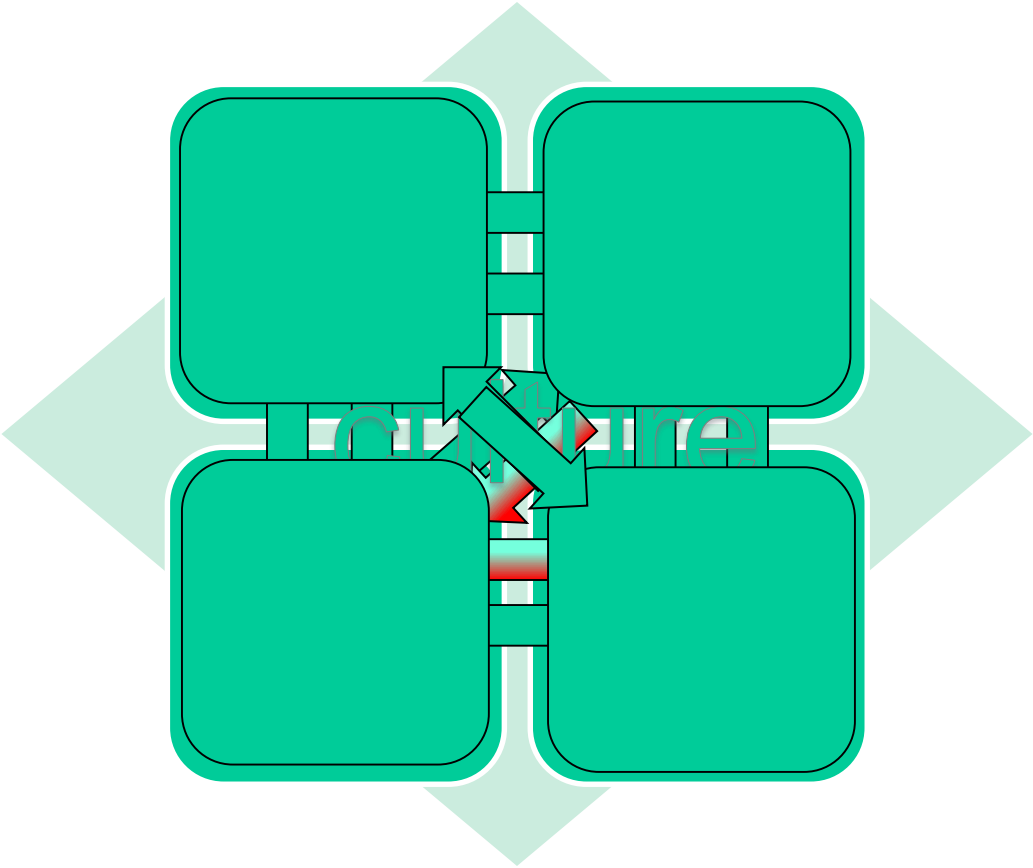
* Test linéaire (n.s. : non significatif p > 0.05)

INCIDENTS DÉCLARÉS PAR DÉPARTEMENT



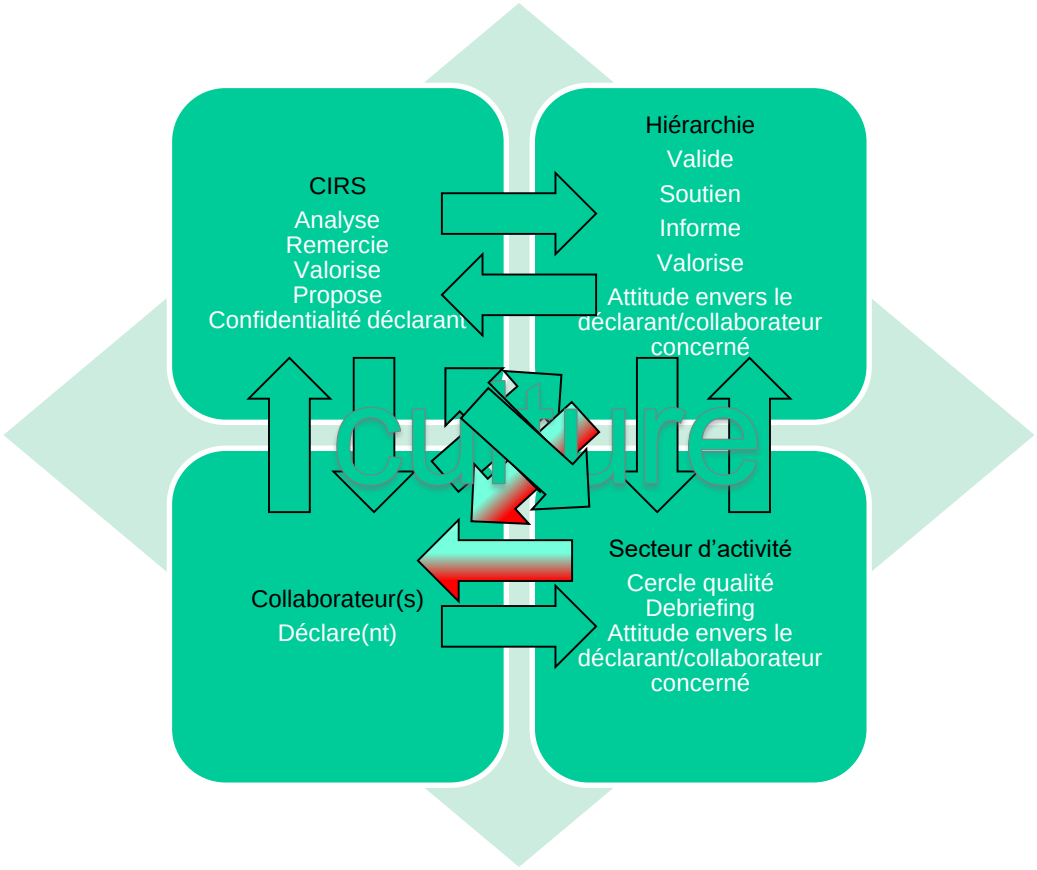
Hôpitaux Universitaires Genève

Le CIRS dans une organisation*



CIRS = Critical Incident Reporting System

Le CIRS dans une organisation ET la Just Culture*



P. Chopard 2018

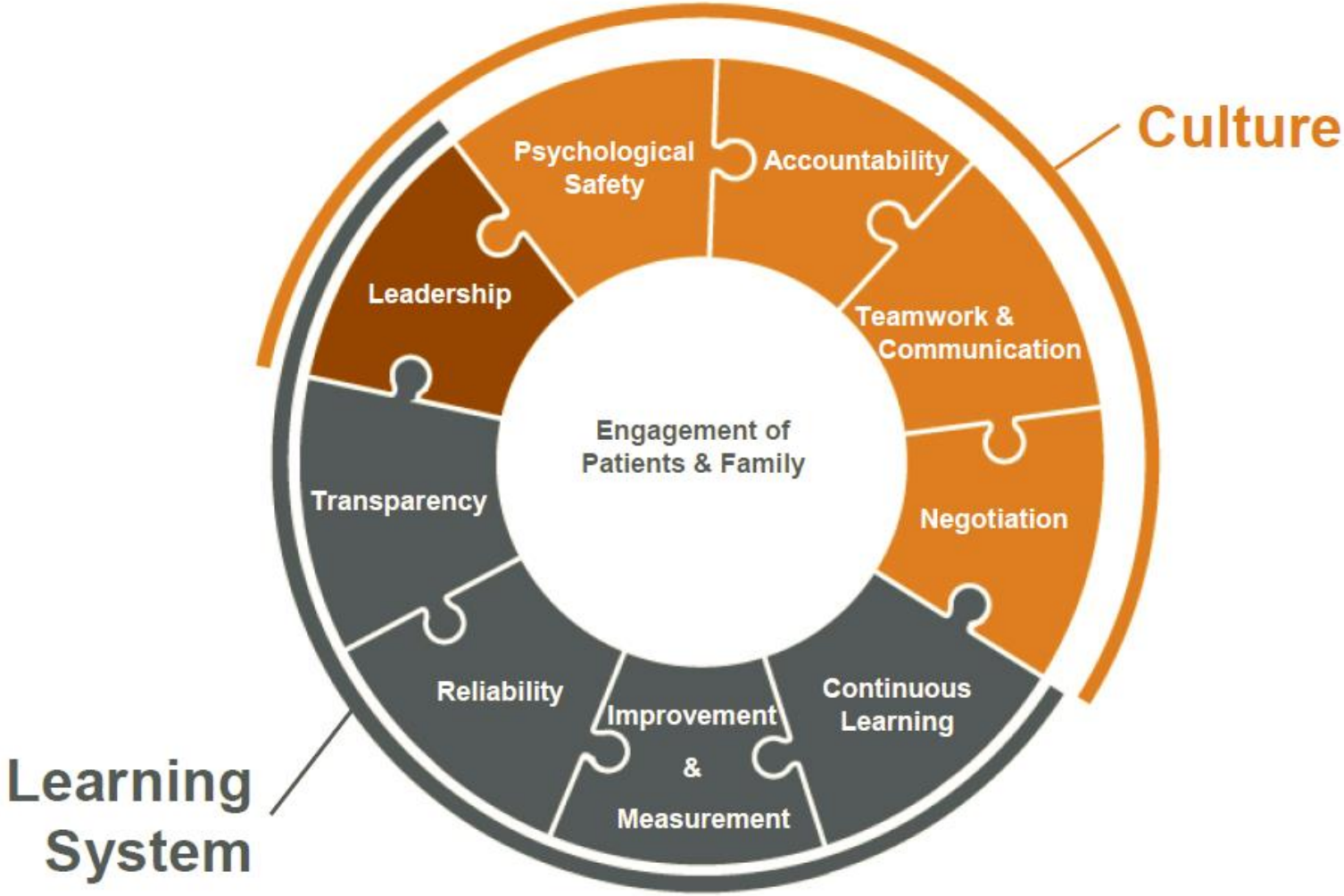
CIRS = Critical Incident Reporting System

- Atelier JUST Culture (1 heure)

- Le concept de Just culture (Anthony Staines) 15 min
- Présentation du programme FHV (Anthony Staines) 25 min

Conclusion

Framework for Safe, Reliable, and Effective Care



Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. White Paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017. ihi.org/PtSafetyWhitePaper

Institute *for* Healthcare Improvement

Conclusion

Herbie Hancock On Miles Davis - YouTube