



Enquêtes sur le climat de sécurité : autre méthode d'analyse – autre résultat ?!

69

Giai J, Boussat B, Occelli P, Gandon G, Seigneurin A, Michel P, François P et al.: Hospital survey on patient safety culture (HSOPS): variability of scoring strategies

International Journal for Quality in Health Care 2017; doi: 10.1093/intqhc/mzx086

L'évaluation du climat de sécurité par les collaborateurs d'un hôpital est un paramètre important. Les informations y relatives sont généralement recueillies par écrit dans le cadre d'enquêtes. Le questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)* est l'un des instruments les plus utilisés au plan international. Il comprend 42 questions réparties en 12 dimensions telles que le « travail d'équipe dans le service » ou le « soutien du management », qui sont évaluées sur une échelle à 5 degrés (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Plusieurs méthodes peuvent être employées pour agréger les réponses données par un groupe défini (p. ex. le personnel d'un service), comme le calcul de la moyenne des valeurs moyennes individuelles. Une fois agrégées, ces données peuvent être comparées, notamment entre les services (comparaison des moyennes obtenues par dimension). Giai et. al ont cherché à savoir si l'utilisation de méthodes différentes pour l'agrégation des données sur le climat de sécurité conduisait à des résultats divergents. Cette question est importante, car elle a une incidence sur toutes les comparaisons de données agrégées sur ce sujet. Si, par exemple, la réponse à la question sur l'amélioration ou la détérioration du climat de sécurité dans un service dépend fortement de la méthode d'analyse, de telles comparaisons sont sujettes à caution en l'absence de standardisation de la procédure. Les auteurs ont utilisé les données d'enquêtes réalisées auprès du personnel d'un grand hôpital universitaire français comptant 14 services (n=3978). Ils ont appliqué trois méthodes pour analyser les réponses des collaborateurs : 1) calcul de la proportion de personnes ayant donné une réponse positive (moyenne des questions d'une dimension) - cette méthode, réputée facile à interpréter, repose sur une dichotomisation de l'échelle à 5 degrés ; 2) calcul de la moyenne des moyennes arithmétiques individuelles pour les questions d'une dimension ; 3) somme des réponses individuelles aux questions d'une dimension, puis calcul de la moyenne. Tous les résultats ont ensuite été standardisés sous forme de points de pourcentage afin de permettre des comparaisons directes. Dans un second temps, les auteurs ont établi pour chaque dimension un classement des services de l'hôpital sur la base des données enregistrées avec chacune des méthodes. On obtient ainsi trois classements pour la dimension « travail d'équipe » par exemple, dans lesquels figurent les 14 services. En théorie, la liste devrait être la même avec les trois méthodes. Les auteurs ont aussi examiné si les différences entre les méthodes avaient un impact au sein d'un service, par exemple s'il y avait des variations entre les dimensions.

Il se pourrait en effet qu'une dimension soit évaluée de façon nettement plus positive avec une méthode plutôt qu'une autre, ce qui remettrait en question l'identification de problématiques. Les auteurs montrent que les résultats diffèrent sensiblement en fonction du type d'agrégation, et ce à plusieurs égards. La méthode 1 produit en général de meilleurs résultats. Pour la dimension « soutien du management » par exemple, un service a enregistré une valeur de 14,6 % avec la méthode 1, contre 47,5 % avec la méthode 3. Les différences sont plus ou moins marquées selon le niveau d'évaluation. Il ne s'agit donc pas d'un écart linéaire simple. En ce qui concerne les différences entre groupes professionnels, celles-ci peuvent être importantes avec une méthode, mais insignifiantes avec une autre. En outre, les classements varient fortement en fonction du type d'agrégation. Un service a par exemple été classé au 4^e rang sur 14 avec la méthode 1, alors qu'il figure à la 13^e place avec la méthode 2. Les différences les plus grandes ont été observées entre la méthode 1 et la méthode 2 ou 3, ce qui s'explique par la réduction de la variance liée à la dichotomisation dans la méthode 1. Entre les méthodes 1 et 2, il y avait en médiane un écart de 14 en chiffres absolus. Cette étude montre clairement que la procédure utilisée pour analyser les données relatives au climat de sécurité a une influence significative sur les résultats et leur interprétation. La méthode consistant à calculer la proportion de réponses positives (dichotomisation) doit en particulier être considérée d'un œil critique. Aujourd'hui, les conclusions des enquêtes sur le climat de sécurité sont de plus en plus souvent utilisées pour des comparaisons internes (p. ex. entre services ou au fil du temps), mais aussi pour des comparaisons externes. Il se peut qu'à l'avenir les évaluations du climat de sécurité par le personnel soient publiées, comme c'est déjà le cas dans quelques pays. D'où la nécessité de définir une méthode d'analyse spécifique et de s'y tenir. Ce faisant, il faudrait impérativement prendre en compte les connaissances acquises grâce à la présente étude.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx086>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.