

LIVRE BLANC

CULTURE DE L'ERREUR APPRENANTE

UTOPIE NÉCESSAIRE

Mai 2019

Préfaces :
Bernard Tabuteau - ARS Nouvelle Aquitaine
Gilbert Mounier - SoFGRES membre de la FAQSS

Apprendre de ses erreurs, mais aussi de celles des autres était déjà, il y a plus de 2000 ans, le crédo de Confucius. Ce livre blanc, coécrit par des acteurs de terrain du monde sanitaire et médicosocial, est là pour nous rappeler qu'il est temps de changer de paradigme et d'adopter une vision positive et salutaire de « l'erreur ». Il faut : accepter l'idée qu'on ne peut pas tout maîtriser, que l'erreur est humaine, que des dysfonctionnements sont possibles ; ne pas dissimuler les événements indésirables mais s'en servir comme leviers d'amélioration ; ne pas désigner comme coupable le dernier maillon de la chaîne mais analyser systématiquement l'ensemble des facteurs contributifs potentiels.

Cela commence par le signalement interne du problème. L'incitation à la déclaration des événements indésirables doit venir du top management. Son rôle est de rappeler le droit à l'erreur et de donner du sens en valorisant le partage des expériences, bonnes comme mauvaises. La confiance du déclarant est essentielle : il ne doit craindre ni sa hiérarchie, ni ses collègues. Il ne doit se sentir coupable : ni de son implication involontaire dans un dysfonctionnement, ni de sa participation active à son signalement ou à son analyse. Sans confondre déclaration – qui se limite aux éléments factuels – et délation !

Et c'est bien là que se trouve la notion de culture qualité (ou de sécurité) partagée : les succès comme les erreurs ne sont jamais individuels ; pas plus que la démarche de gestion des risques. L'objectif est d'éviter les dommages aux patients et résidents mais aussi de sécuriser le travail des professionnels. C'est un effort collectif qui consiste à évaluer les pratiques, à rechercher au quotidien ce qui pourrait améliorer le travail en équipe. C'est profiter du moindre dysfonctionnement pour analyser en commun ses déterminants et trouver des parades qui éviteront un accident ou qui en limiteront les conséquences potentielles. C'est faire participer activement les usagers à cette quête constante de sécurité des soins.

Le véritable Graal est l'application quasi-inconsciente, par tous les acteurs, des principes de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Comme l'indique le livre blanc : « l'organisation apprenante profite de ses erreurs pour favoriser un apprentissage collectif ». Merci à ses auteurs de nous rappeler que l'exemplarité des leaders et la communication sont essentielles à la diffusion de la culture qualité. Que celle-ci se mesure au nombre de signalements réalisés et effectivement pris en compte, mais aussi au nombre d'expériences partagées.

Comme le dit la Haute Autorité de Santé : « Les accidents ne sont pas une fatalité. La pire conduite serait de les ignorer, de les nier, permettant ainsi qu'ils se reproduisent indéfiniment ».



Bernard Tabuteau
Conseiller médical qualité et sécurité des soins
ARS Nouvelle Aquitaine

Le rapport « To err is human: building a safer health system. » de l'Institute of Medicine a initié une mobilisation collective concernant les enjeux de la sécurité des soins. Un changement de paradigme s'est opéré : l'erreur doit être considérée comme une opportunité individuelle et collective d'apprentissage.

Le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins affirme la nécessité de cette approche non sanctionnante de l'erreur et l'émergence d'une juste culture de sécurité des soins dans les établissements de santé à partir de situations de dysfonctionnement, avérées ou même potentielles, considérant la gravité potentielle des conséquences.

Il s'agit de valoriser les postures d'humilité, de doute, de partage de responsabilité, dans nos organisations à haute fiabilité (high reliability organisations HRO), que sont les établissements de santé, soumis à de fortes contraintes économiques et en tension d'effectifs.

Dans un nécessaire climat de confiance, l'analyse systémique devient alors un formidable levier d'élaboration d'un savoir partagé qui nécessairement viendra améliorer le travail en équipe. On choisira une méthodologie reconnue, comme la méthode « association of litigation and risk management » (ALARM), au sein de réunions d'analyse aux appellations variées : revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX)... (cf. le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins, 04/2012).

Lorsqu'il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS), les défaillances génèrent des conséquences graves pour les patients et leurs entourages (1ère victime), les professionnels concernés (2nd victime) et l'institution (3ème victime) : ce sont alors des situations plus complexes et plus douloureuses. Le législateur tente par de nouvelles dispositions d'y apporter un cadre légal plus contenant.

Ce livre blanc fait état de la synthèse d'ateliers collaboratifs organisés autour de la question de l'utopie nécessaire, que doit être la (juste) culture de l'erreur (positive). Sa lecture nous permet de préciser plus finement la définition de l'erreur apprenante et ainsi de la culture du signalement. Un focus est fait sur les freins rencontrés dans cette nouvelle façon d'appréhender l'erreur. Des leviers sont identifiés. De nombreuses initiatives sont alors proposées pour parvenir à ancrer et solidifier cette nouvelle façon de traiter l'erreur et sont autant de possibles pour chaque institution qui pourra ou voudra bien s'en inspirer.

Je remercie les acteurs qui ont permis la rédaction de cet ouvrage. Je vous invite à partager ce livre, vous en inspirer et l'enrichir de vos prochains retours, convaincu que l'information n'a de valeur que lorsqu'on la partage.



Gilbert MOUNIER
Président
SoFGRES membre de la FAQSS

Remerciements

Ce livre blanc est le fruit de nombreuses contributions.

Nous remercions les intervenants qui ont participé à l'animation des ateliers : messieurs Gilbert Mounier, Jean-Luc Quenon, Bernard Tabuteau, et Bernard Trémaud.

Nous exprimons également toute notre gratitude à tous les professionnels qui nous ont apporté leur expérience concrète de la vie des établissements. Que ce soit lors des rencontres à Pau, lors de rendez-vous ou de conversations téléphoniques, leur implication et la variété des échanges ont permis d'enrichir grandement ce document.

Nous faisons deux vœux. Le premier, que ce livre blanc contribue, à son échelle, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du Patient / Résident. Le second, que cette première pierre soit suivie d'autres pour consolider l'édifice de la culture qualité et de la gestion des risques dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture.

Loïc Turbel



Claudine Muller

Philomène Surun



COMPRENDRE.....	8
1. Contexte et démarche	8
2. Culture de l'Erreur Apprenante : définitions	12
3. La culture du signalement et les politiques publiques.....	16
AGIR	23
4. Quatre leviers fondamentaux.....	23
5. S'appuyer sur la culture et le management	25
6. Quatre leviers pour le management	29
7. Associer le patient	32
8. Construire une feuille de route	33
9. Quels indicateurs de performance ?	39
CONCLUSION	41
ANNEXES.....	43
Annexe 1 Évènements indésirables : de quoi parle-t-on ?	
Annexe 2 Exemple de charte de signalement des évènements indésirables et sentinelles	
Annexe 3 Bibliographie	
Fiches initiatives	
Initiative 1 Une gestion des risques a posteriori au service de la gestion des risques a priori - HAD Korian	
Initiative 2 Le programme multi actions au service de la gestion des risques – CH de PERIGUEUX (24)	
Initiative 3 Le jeu des 7 familles QUALITILDYS – Fondation ILDYS (29)	
Initiative 4 Le Café Qualité du CH de Lourdes (65)	
Initiative 5 Retour au déclarant et communication des actions d'amélioration – SSR Les Embruns (64)	
Initiative 6 Délégation des Comités de REX aux cadres des services pour les EI internes au service – CH BRIVE (19)	
Initiative 7 Session e-learning – Clinique Saint-Yves – Rennes (35)	
Initiatives Appel à contribution	

COMPRENDRE

1. Contexte et démarche

Les cabinets Focus Qualité et Groupe Euris contribuent à développer **des actions** dans le domaine de la culture qualité et de la sécurité dans les établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et les entreprises. Et nous avons à cœur de faire se rencontrer les professionnels de ces établissements pour échanger sur leurs expériences, partager sur des difficultés, sur des initiatives mises en place dans les établissements avec l'objectif de réfléchir et de coconstruire ensemble des outils, des réflexions pour faire progresser nos pratiques. Ce livre blanc en est une illustration.

En 2017, Focus Qualité a mené une enquête auprès des responsables qualité et gestionnaires de risques spécifiquement dans le secteur sanitaire sur le développement de la culture qualité et sécurité. Notre **objectif** visait à repérer les freins, les leviers à la diffusion de la culture qualité. Nous avons souhaité poursuivre ces réflexions avec les professionnels en charge de la qualité et gestion des risques des établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux du Sud-Ouest. Deux ateliers-rencontre ont été organisés à Pau (64) en avril et septembre 2018 sur la question de la "Culture de l'Erreur Apprenante : utopie nécessaire". Ces ateliers ont réuni 65 professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social :

Le 1^{er} atelier comprenait deux tables rondes et des échanges sur le thème des enjeux, des freins, des leviers et de la place du management dans la gestion des événements indésirables.

Le 2nd atelier a permis de réfléchir et d'échanger sur : une définition de l'événement indésirable (EI) ; des initiatives et innovations pour l'analyse des EI ; le rôle du management.

Des professionnels ont également été invités à partager des expériences mises en place dans leur établissement ; certaines font l'objet de fiches-initiatives pour illustrer certains propos de ce livre blanc.

Apprendre de ses erreurs :

L'ensemble des professionnels ont tous été unanimes pour affirmer qu'**apprendre de ses erreurs est une des bases de la progression des individus, des organisations et que c'est aussi un des fondements des démarches qualité.**

Ce principe trouve une application toute particulière dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux puisque leur objet est la santé, la qualité de vie, voire la vie elle-même des patients et des résidents : apprendre avec les autres et par les autres dans des environnements en permanente évolution s'impose.

Un contexte commun

Les échanges ont permis de relever des constantes entre les secteurs sanitaire et médico-social :

- des établissements dans un **contexte médico-économique** de plus en plus contraint et complexe, qui évolue au gré des réformes ;
- des établissements et des professionnels **engagés** dans des démarches de certification, d'évaluation externe qui modifient les pratiques ;
- une **règlementation** sur le signalement des événements indésirables (organisation, signalement interne et externe) qui s'impose à tous ;
- des **patients**, des **résidents** qui sont de plus en plus **informés** et légitimement plus **exigeants** ;
- des **professionnels** de terrain soucieux de la qualité et de la sécurité mais qui parfois croulent sous les démarches de traçabilité, ou administratives pour lesquelles ils ne comprennent pas toujours le sens ;
- des **cadres** et un **management** qui ont des difficultés à trouver leur place dans toutes ces démarches, à animer de manière positive et constructive ces évolutions ; dans les secteurs hospitaliers et médico-sociaux, on parle parfois de « new management », de groupements hospitaliers de territoire (les GHT), de fusion/absorption, etc ;
- des **évolutions technologiques médicales**, les **outils numériques** (e-santé...), la simulation en santé, des spécialisations qui réinterrogent les compétences et la culture métier.

La qualité est associée à la sécurité, c'est cette dernière qui anime les professionnels. Prendre soin du patient/résident, c'est tout mettre en œuvre pour garantir la qualité et

surtout la sécurité des destinataires et des utilisateurs. Les professionnels qui évoluent dans des environnements à risques (aéronautique, médecine, nucléaire ...) sont tous largement convaincus que sécurité et sûreté « s'imposent » : la culture sécurité n'est pas discutable. Tous affirmeront sans détour que l'organisation doit tout mettre en œuvre pour minimiser voire supprimer la probabilité d'occurrence d'une éventuelle catastrophe.

Et pourtant... la difficulté à organiser la qualité et la sécurité est un leitmotiv de ceux qui sont en charge de la faire vivre. Organiser la qualité, la sécurité est un travail complexe. Les responsables qualité, gestionnaires des risques et managers questionnés ont unanimement constatés qu'encore trop fréquemment ils sont **confrontés à** :

- un système de signalement en place mais qui n'est pas ou insuffisamment renseigné ;
- des professionnels qui affirment face à un événement indésirable grave « **ne pas vouloir mettre en cause un collègue** » voire « **ne pas vouloir faire de la dénonciation** ou de la délation »;
- des cadres démunis « mais je ne comprends pas, les professionnels savent faire une déclaration, **l'outil est en place**, la procédure est décrite... **mais les professionnels ne s'en saisissent pas...** ».

En résumé, leur difficulté majeure n'est pas de produire des outils et des règles mais de les faire mettre en œuvre. C'est bien l'engagement et l'implication des professionnels qui va conditionner la culture de la qualité et de la sécurité.

Le législateur a d'ailleurs pris la mesure des enjeux. Le décret du 25 nov. 2016 oblige de déclarer, d'analyser les événements indésirables associés aux soins et d'en comprendre les causes pour faire en sorte qu'ils ne se reproduisent pas. Nous retenons qu'il n'y a pas de petits incidents et que pour réduire la fréquence des accidents graves, il faut réduire le nombre de situations anormales même si elles n'ont pas de conséquence. La pyramide des risques de Bird¹ apporte un éclairage aisé pour appréhender ces nouvelles obligations.

Ecrire un livre blanc

Au vu des sollicitations des responsables qualité, gestionnaires des risques et des managers, des récurrences de ces difficultés dans les secteurs sanitaire et médicosocial,

¹ La **pyramide de Bird** appelée aussi pyramide des accidents a été élaborée par Frank E. Bird Jr à la suite d'une étude menée par la compagnie d'assurance *Insurance Company of North America* en 1969. Le principe de la pyramide de Bird exprime le fait que la probabilité qu'un accident grave survienne augmente avec le nombre de presque-accidents et d'incidents. La théorie de Bird consiste donc à dire que si une entreprise réussit à réduire le nombre d'incidents au bas de la pyramide, le nombre d'accidents situés en partie haute sera forcément réduit d'autant.

nous avons projeté ce livre blanc. L'objectif est d'explorer, de mieux cerner les difficultés et les freins rencontrés, d'identifier les stratégies et initiatives développées pour lever ces obstacles. Voilà l'objet de ce livre blanc.

Il n'a pas la prétention d'un travail de recherche. Il vise à partager le fruit de nos échanges avec les acteurs terrain des secteurs sanitaire et médico-social qui y ont participé : confronter les expériences, les témoignages, capitaliser sur les expériences, favoriser les espaces de réflexion et de créativité ; les 2 ateliers débats animés par Focus Qualité et Groupe Euris y ont participé modestement. Nous remercions vivement l'ensemble des établissements qui ont donné de leur temps et de leur contribution pour apporter leur éclairage.

Voici des questions qui ont guidé notre réflexion :

- Comment installer la confiance au sein des équipes pour s'inscrire durablement dans une **culture sécurité et qualité** partagée ?
- Quelle place est donnée au **droit à l'erreur** dans des environnements changeants ?
- Quels sont les effets du signalement des erreurs sur les équipes ?
- Quelles sont les **attentes vis à vis du management** ? Sont-elles raisonnables ?
- Comment la législation encadre-t-elle ces **impératifs de qualité et de résultats dans ces deux secteurs** ?

Enrichir avec de nouvelles initiatives

Pour prolonger ces échanges, vous trouverez en fin de ce livre blanc un document (§Annexe 11 - « Appel à contribution ») que vous pourrez utiliser pour nous faire part d'initiatives que vous avez menées en lien avec le développement de la culture qualité. Nous enrichirons au fur et à mesure ce document des initiatives qui nous seront transmises.

2. Culture de l'Erreur Apprenante : définitions

2.1. Erreur et apprentissage

En France, nous avons une vision culpabilisante de l'échec, qui nous entrave. Avoir raté, c'est être un raté, nous avons tendance à nous identifier à eux. Notre système éducatif nous « apprend » à apprendre formellement. Nous opposons d'ailleurs fermement l'apprentissage à l'enseignement.

La survalorisation des diplômes compte pour beaucoup dans ces représentations. Nous sommes « sachants » et compétents d'abord du fait de notre diplôme, ensuite du fait de nos expériences sur le même poste, rarement du fait de compétences transférables que nous aurions apprises ailleurs ou que nous aurions tirées de nos échecs. On ne pose jamais cette question en entretien d'embauche : « quels sont vos plus beaux échecs, et ce que vous en avez tiré ? »²

Pourtant l'essai, l'erreur et l'imitation sont les plus puissants leviers de l'apprentissage. Un enfant apprend en faisant, en imitant, en tombant...

Et si l'échec était une vraie expérience, l'opportunité d'un gain de compétence ?

La grande majorité de nos connaissances et savoir-faire sont acquis de manière informelle, par observation, par discussion avec des collègues, par essai /erreur, par expérimentation.

Pour nous, consultants qui intervenons dans le champ de la formation des adultes, cette question de l'apprentissage est fondamentale. Chez Euris et Focus Qualité, nos actions de conseil, de formation partent toujours de l'expérience concrète, du terrain, de la vie au travail.

Des études montrent clairement qu'environ 70 % de ce que nous apprenons sur le lieu de travail est le fruit de nos échanges avec nos collègues, des problèmes que nous avons à résoudre au quotidien ensemble. Nous apprenons au travail et par le travail.

² ASTOLFI, J.-P. L'erreur, un outil pour enseigner, 12e édition, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, 2015.

Pour Pascale Molinier³, prendre soin est un travail qui se développe avec l'expérience professionnelle et grâce aux interactions dans les collectifs de travail. Les infirmières utiliseraient leur temps de pause pour dialoguer et développer des savoirs, échanger sur leurs expériences, sur les situations concrètes vécues, sur les tâtonnements, les erreurs...



Dans les équipes où elles se félicitent face aux coups durs et s'encouragent mutuellement, le sentiment de « sécurité » personnelle est largement partagé. **Elles « cultivent » ensemble ce terreau qui va soutenir la qualité et sécurité des soins** : dire ce qui fait problème, solutionner, confronter.

2.2. Culture et organisation apprenante

M. Delassus⁴, Professeur agrégé, Docteur et chercheur en philosophie souligne que, « (...) par culture il faut entendre l'acte par lequel on prend soin des choses, cultiver un champ, c'est tout d'abord en prendre soin, c'est-à-dire créer les conditions favorables pour que cette terre donne le meilleur d'elle-même. C'est pourquoi il en va de même pour les âmes, selon Cicéron, cultiver une belle âme, c'est en prendre soin, faire en sorte qu'elle développe toutes ses aptitudes afin qu'elle puisse donner le meilleur d'elle-même ».

Célébrer les succès au sein d'une équipe, s'en réjouir, cultiver la joie qu'ils génèrent participent à cultiver la confiance : les réussites permettent de se sentir valorisé, sécurisé pour aller plus loin ; elles participent à créer ce sentiment unique d'être contributeur au sein du collectif.

Sans confiance vous ne mettez jamais au travail une équipe sur ce qui a raté, sur ce qui a dysfonctionné, sur ce qui a loupé, sur ce qui a failli coûter cher à l'équipe ...

3 MOLINIER, Pascale, Le travail du care, La Dispute, coll. « Le genre du monde », 2013.

⁴ Conférence donnée le 23 novembre 2017 au Centre Hospitalier Jacques Coeur de Bourges dans le cadre d'une Journée Qualité sur le thème : « La culture qualité-sécurité liée aux soins au sein des établissements de santé ».

2.3. Pourquoi l'erreur apprenante ?

Les solutions d'hier sont les problèmes d'aujourd'hui

Une organisation, pour qu'elle fonctionne, a besoin de programmes (procédures, règles, modes opératoires...). Ils fiabilisent et sécurisent la réalisation des activités. Aussi, une organisation fiable augmente les chances d'atteindre les résultats visés.

Cependant tout n'est pas prévisible : des informations nouvelles, des technologies qui évoluent, des patients avec des attentes évolutives vont créer de l'incertitude. **L'incertitude par définition n'est pas prévisible.** Ce n'est d'ailleurs pas la peine de faire des prévisions, nous ne pouvons pas prévoir les événements inattendus (par contre leur probabilité de survenir reste entière). Fukushima, AZF sont des événements inattendus pour lesquels, avec du recul nous affirmons qu'ils étaient prévisibles mais quand allaient-ils survenir ?⁵ Ces événements sont rares et après coup explicables mais majeurs car ils ont un impact fort sur une organisation.

Les établissements de santé sont particulièrement exposés à la notion de gestion des risques. Les crises du sang contaminé, de la vache folle, de la canicule de 2003 ont eu des effets médiatiques déléterés.

Toutes les organisations (tout particulièrement celles à risques) se dotent de procédures, de règles... Celles ci vont participer à maîtriser progressivement les fonctionnements, à les fiabiliser. Les procédures visent à ne pas faire deux fois la même erreur, à tout mettre en œuvre pour minimiser leur apparition.

Selon Frédéric Duriez⁶, « *l'organisation apprenante va aller au delà de l'évitement de la reproduction : elle profite de ces erreurs pour favoriser un apprentissage dit de niveau II. Il s'agit de cette capacité à bousculer les présupposés et à apprendre collectivement en double boucle. C'est celui qui remet en cause une vision des valeurs et des représentations. L'organisation apprenante favorise donc les espaces de réflexion et de créativité, où **certaines orientations émergent des échanges et non de la hiérarchie** ».*

Pour Peter Senge⁷, « *cela oblige à reconsidérer le rôle des managers. Face à l'erreur, l'organisation apprenante ne cherche pas qui sanctionner, mais ce qui peut être appris pour ne pas la répéter* ».

Sanctionner l'erreur traduit cette croyance encore fortement ancrée (en particulier dans le secteur de la santé) que l'erreur est d'abord liée à la nature humaine (erreur

⁵ TALEB, Nassim Nicholas, Le Cygne noir, la puissance de l'imprévisible, Broché, 2008.

⁶ DURIEZ Frédéric, L'organisation apprenante : dix principes et plus encore, 2017 - Disponible sur <https://cursus.edu/articles/>

⁷ SENGE, Peter, La cinquième discipline : levier des organisations apprenantes, ED. Eyrolles, 2006.

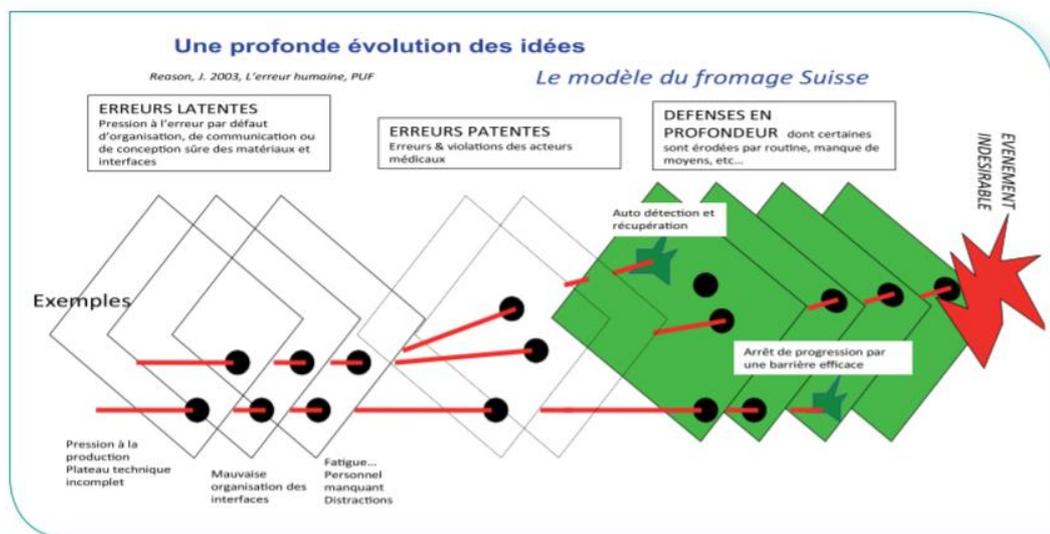
d'exécution, de routine, erreur liée à l'activation d'une règle ou application de la mauvaise règle, erreur de connaissance...).

Pour James Reason⁸, les erreurs n'apparaissent pas par hasard « *bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent...* ». Ainsi dit-il, « *si l'ampleur de l'erreur médicale est énorme, c'est en raison du recours à des systèmes mal conçus et non pas de l'irresponsabilité du personnel* ».

Les humains sont faillibles et les erreurs sont à prévoir. Aussi Reason se concentre sur les conditions dans lesquelles les individus travaillent et comment construire des défenses (pare feux) pour éviter les erreurs, minimiser leurs apparitions et leurs effets.

L'instauration d'une politique de non-punition de l'erreur est défendue par Christian Morel⁹ : « **politique d'immunité des erreurs** ». Elle prend en compte le fait que le système, plutôt que l'acteur est responsable et doit utiliser l'erreur comme une opportunité de progrès.

James Reason explique : « *il s'agit de distinguer l'écart involontaire et non répétitif de l'écart volontaire* ». Seul l'écart volontaire à des fins non professionnelles, répétitif sera sanctionné. L'objectif est d'inciter les acteurs à ne pas cacher leurs erreurs par peur de la sanction.



⁸ REASON, James, *L'erreur humaine*, Paris, Presses des Mines, Coll. Économie et gestion, 2013.

⁹ MOREL, Christian, *Les décisions absurdes II. Comment les éviter*, Paris, Gallimard, 2012

Des organisations d'ailleurs parlent de culture « juste » qui se développerait dans un climat de confiance propice au signalement des événements et qui conduirait à une plus grande transparence.

3. La culture du signalement et les politiques publiques

3.1. Le cadre du signalement en France

C'est dans le domaine de l'aviation que la notion de gestion des risques apparaît à la fin des années 60. **L'objectif** : capitaliser sur les retours d'expérience - les accidents et presque-accidents - afin d'améliorer la sécurité aérienne. C'est le début du signalement.

Dans le milieu hospitalier, c'est à la fin des années 70, aux États-Unis, que se mettent en place les premières politiques de gestion des risques, autour d'un système centralisé de signalement des incidents et accidents. L'objectif était prioritairement d'anticiper les plaintes par l'identification précoce des événements pouvant porter atteinte à l'image de l'établissement.

En France, le signalement est dans un premier temps lié aux vigilances réglementaires : hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance... Il est secondairement mis en avant, au travers des procédures d'accréditation puis de certification des établissements, et par la suite sur la demande des assureurs.

La **Loi n°2002-303 du 04 mars 2002** renforce les obligations de signalement externe des professionnels, qui s'applique à terme aux affections iatrogènes et accidents médicaux et conduit à organiser un système d'information cohérent et partagé pour la gestion des risques.

En parallèle, la procédure de certification des établissements, en incluant des objectifs d'identification et de prévention des risques, a représenté un élément incitatif important pour le développement des systèmes de signalement volontaire.

Depuis novembre 2016, le **décret n° 2016-1606 étend l'obligation de déclaration à l'ARS des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)** à l'ensemble des professionnels de santé, les établissements de santé et les structures médico-sociales.

Depuis mars 2017, un **portail national de signalement ouvert aux professionnels comme aux usagers** ¹⁰ a été mis en place (Décret n° 2016-1151 et arrêté du 27/02/2017). Il est dédié à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) ainsi qu'aux signalements en lien avec les vigilances règlementées. Il continuera d'évoluer pour se substituer, à terme, aux différents sites de télé-déclaration spécialisés, accessibles à certains professionnels (e-SIN pour l'infectiovigilance, e-FIT pour l'hémovigilance ...).



Le portail est accessible à tous les professionnels du monde de la santé, quel que soit leur mode d'exercice : salarié ou libéral travaillant en ambulatoire, en établissement de santé, en structure médico-sociale.

Il est également ouvert aux patients, consommateurs ou usagers pour déclarer un événement qu'ils suspectent être en lien avec une vigilance sanitaire : médicament, dispositif médical, acte médical, infection associée aux soins, produits cosmétiques et de tatouage, compléments alimentaires, substances psychoactives...

Enfin, depuis octobre 2017, le portail permet le signalement des événements indésirables graves liés aux **systèmes d'information** (Décret n° 2016-1214).

Le dispositif est articulé au niveau régional en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) et des structures régionales d'appui, ainsi qu'au niveau national avec la participation de la HAS. Cette dernière va, pour la première fois en France, stocker les déclarations anonymes d'événements graves associés à des soins (EIGS) dans une base informatique pour réaliser un retour d'expérience.

Le décret du 25 novembre 2016 et l'instruction du 17 février 2017¹¹ **précisent les modalités de déclaration** et de gestion de ces événements indésirables graves associés à des soins, en lien avec une structure régionale d'appui. Pour rappel, depuis 2002, la loi donne obligation aux professionnels de santé de déclarer tous les événements graves qu'ils ont constatés lors de leur exercice à leur agence régionale de santé.

Le décret d'application aura mis 14 ans pour être promulgué, témoignage de la difficulté à faire bouger les consciences et les comportements dans le domaine de la sécurité des

¹⁰ Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir - 03.02.2017 Webzine HAS https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir_-_ftn2

¹¹ Instruction no DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

soins. Mais le résultat est à la hauteur de la culture acquise en gestion des risques depuis une décennie.

L'idée est de porter l'effort sur les évènements indésirables les plus graves, les moins acceptables. Mais, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas travailler sur les autres évènements. Tous les évènements indésirables touchant les patients, quelle que soit leur gravité, doivent être pris en considération par les professionnels et les organisations. C'est le message soutenu par la certification des établissements de santé ou par l'accréditation des médecins et des équipes par exemple.

3.2. Gestion des risques et sécurité

La démarche de gestion des risques vise ainsi à trouver un équilibre entre le bénéfice attendu et le risque accepté. Elle repose sur la connaissance des risques, l'élimination de certains d'entre eux, la prévention et la protection vis-à-vis d'autres.

Fréquence des risques

Diverses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) survenant en établissements de santé. La cause de ces évènements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité.

En termes de chiffres, l'enquête ENEIS2 de 2009 évoque la survenue de 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves (EIG) par an. Soit :

- 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine) ;
- 4,5% des séjours sont causés par 1 EIG ;
- Environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits.

Un tiers d'entre eux étant considéré comme évitables. Les EIG sont le plus souvent associés à des actes invasifs. Les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population.

HAS : 3 familles de risques

Trois familles de risques déterminées dans le manuel HAS « Amélioration des pratiques et sécurité des soins »¹² :

- la première directement **associée aux soins** ;
- la seconde liée aux **activités dites de soutien** sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre ;
- la troisième liée à la vie hospitalière et à l'environnement

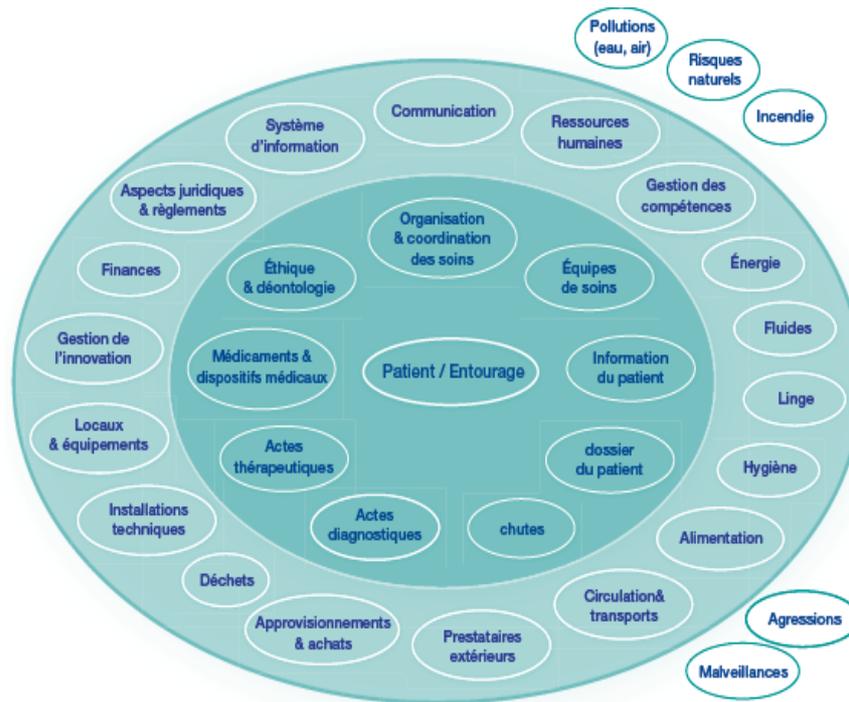


Figure 1 Approche schématisée des grandes catégories de risques en établissement de santé -HAS

Approche « a priori » / Approche « a posteriori »

Afin d'agir sur la gestion des risques, des systèmes ont été inventés dont les systèmes de signalement d'événements indésirables.

La distinction faite entre les approches dites a priori (démarche préventive en identifiant et évaluant les mesures déjà en place) et celles dites a posteriori (démarche réactive après survenue d'événements indésirables), souligne la complémentarité étroite des

¹² Guide « Amélioration des pratiques et sécurité des soins - La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique » HAS, mars 2012, page 10.

deux démarches : une analyse a priori devant être enrichie à partir des analyses a posteriori mettant en évidence une défaillance non identifiée jusque-là.

- Voir annexe 4 -Exemple des HAD Korian avec une gestion des risques a posteriori au service de la gestion des risques a priori.

Risques réglementés / non réglementés

Pour P. Blanchemanche¹³, les risques peuvent être distingués entre ceux « *réglementés* » et « *non réglementés* ».

Les risques réglementés sont liés à l'incendie, la construction, l'anesthésie, l'utilisation des produits sanguins labiles, l'infection, les médicaments, les dispositifs médicaux, le défaut de consentement, etc... Ces risques sont théoriquement gérés par les établissements dans le cadre réglementaire : sécurité anesthésique, hémovigilance, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), pharmacovigilance, etc. Il s'agit là d'une étape légale indispensable qui s'impose aux établissements.

Parmi les risques réglementés peuvent être cités de façon non exhaustive : oubli, maladresse, erreur, accident, recopiage, approximation des transmissions verbales et son corollaire : la perte d'informations, non-encadrement des novices, absence de protocoles, procédures non respectées, charge de travail, risques psychosociaux, médicaments périmés, malveillance, etc.

Au vu des risques identifiés dans cette catégorie, nous pouvons aisément admettre que la prise de risque est indissociable de l'activité des professionnels de santé. Chacun d'entre nous a très certainement des exemples à relater pour illustrer les risques « **non réglementés** » inhérents à l'exercice de sa mission.

3.3. Les enjeux du signalement

Jean-Luc Quenon¹⁴ rappelle qu'**un tiers des événements indésirables graves (EIG) est évitable**. L'enjeu est donc crucial puisque l'objet est la santé, voire la vie elle-même. **Le champ des EI est la SÉCURITÉ !**

Les EI sont « préjudiciables » au patient / résident, au(x) professionnel(s), à l'établissement. Il souligne fortement que la gestion des EI n'est pas destinée à prendre en compte tous les dysfonctionnements, d'autres dispositifs permettent de les repérer

¹³ BLANCHEMANCHE, P., cadre de santé formateur (p.blanchemanche@hopital-foch.org). Institut de formation en soins infirmiers, Hôpital Foch, 11, rue Guillaume-Lenoir, 92150 Suresnes, France. (Blanchemanche P., « *De la déclaration des événements indésirables à la culture de l'erreur* ». EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Savoirs et soins infirmiers*, 60-785-O-10, 2010.)

¹⁴ QUENON, J.-Luc, Co-directeur et chef de projet CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine.

et de les traiter. De plus, différencier l'EI d'évènements non évitables (absence de cause maîtrisable) dont on gère seulement les conséquences (par exemple un défaut d'effectifs est connu) permet de mieux appréhender le poids de l'EI.

Il note également le rôle primordial du signalement et de l'analyse des évènements « porteurs de risque » (EPR).

Le signalement est encore insuffisant. Les deux enquêtes ENEIS mettent en évidence une faible évolution des résultats attendus en matière de déclaration, alors même que la formation infirmière intègre la notion de gestion des risques, et que les établissements se sont emparés du sujet.

Les études ont souvent porté sur les évènements indésirables graves, du fait des conséquences sur la prise en charge du patient et de leur coût. Or la survenue d'accidents graves est souvent liée à l'accumulation de petits incidents. Encore faut-il qu'ils soient identifiés et signalés.

La Pyramide de Bird illustre bien ce fait : le signalement des E.I. à chaque niveau permet de limiter le risque de survenue d'un E.I.G :

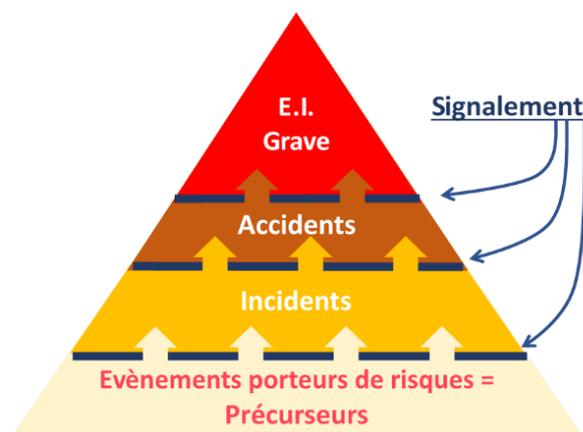


Figure 2 La Pyramide de Bird

3.4. Identifier les freins au signalement

Nous présentons ci-dessous les principaux freins à la démarche de signalement qui ont été identifiés, commentés et largement illustrés par le vécu des professionnels lors des deux ateliers organisés dans l'année 2018. Ces freins viennent corroborer les freins identifiés par ailleurs par la HAS.

Les freins culturels

Ils recouvrent tout d'abord la notion de **culpabilité** : l'erreur est ressentie comme culpabilisante et comme une atteinte à l'estime de soi. Dans ce contexte, le signalement peut alors être vécu comme une humiliation voire une délation. **La peur de la sanction**

vient ensuite et s'exprime à plusieurs niveaux : crainte de la sanction en interne par voie hiérarchique ou en externe par judiciarisation.

La méconnaissance du système de déclaration

Cette méconnaissance des professionnels est liée soit à un défaut de formation initiale ou à un manque d'information de la part de l'établissement. Outre la méconnaissance des modalités de déclaration, on note également une méconnaissance voire une **incompréhension des évènements à déclarer**.

La perception de l'intérêt de la déclaration

Une **perception insuffisante des enjeux** de la déclaration par les professionnels est souvent liée à une incompréhension de l'utilité de la déclaration. A noter que ce sentiment est souvent renforcé par le **manque de réactivité** de l'instance en charge de l'analyse de l'évènement, et l'absence de retour vers le déclarant.

Le manque de temps

Ce frein est à corréler aux charges de travail et à un système de déclaration souvent peu ergonomique et convivial.

Le climat social

Enfin, la non-déclaration peut également être **l'expression de tensions internes** au niveau de l'établissement, synonyme d'un ras le bol ou d'un manque de mobilisation des équipes.

4. Quatre leviers fondamentaux

Une fois les freins identifiés, quels leviers mettre en œuvre pour favoriser le signalement ?

Face à ces freins, les établissements mettent en œuvre des démarches variées. Ils définissent des procédures et des règles, mettent en place des outils et des méthodes d'analyses, des actions d'amélioration... Toutes ces actions reposent sur l'implication des professionnels de santé.

Les rencontres entre professionnels au cours des ateliers ont permis d'identifier quatre leviers essentiels voire incontournables.

4.1. L'engagement de l'encadrement

Les professionnels sont unanimes : l'engagement de l'encadrement est primordial pour instaurer un climat favorable à la déclaration : expliquer la démarche, accompagner les professionnels, les mobiliser, les sensibiliser... La **charte d'incitation au signalement ou charte de confiance** est un outil possible à mobiliser dans cette optique.

➡ *Voir annexe 1 : exemple de charte de signalement*

Quel que soit le niveau de maturité du processus de gestion des risques, il est à noter que celui-ci repose sur la recherche de l'information et donc sur le signalement. L'efficacité du système de signalement dépend donc de la **culture sécurité** et y contribue.

Elle est primordiale et s'axe autour de la diffusion de la procédure de signalement d'une part, et sur le retour d'information au déclarant de l'autre. La **réactivité** dans le traitement des signalements est un facteur clé, qui peut être mesuré par le suivi du délai de retour au déclarant.

4.2. La communication

La **communication** doit également rendre « visibles » les actions menées suite à un signalement, par exemple un CREX¹⁵. La communication doit honorer le signalement. Elle vient aussi en appui du développement d'une « culture du signalement » en étant le reflet des valeurs promues et de l'exemplarité.

- ➔ Voir annexe 5 - Le programme multi-actions du Centre Hospitalier de Périgueux (24) qui allie : communication, sensibilisation, formation, analyse des causes et simulation en santé.

4.3. La formation

La **formation** est un facteur favorisant l'appropriation d'une nouvelle culture. Elle comprend 3 volets :

- formation lors de l'arrivée des nouveaux professionnels ;
- formation continue des professionnels, au travers notamment de campagnes d'information ;
- formation des professionnels aux méthodes d'analyse des causes en place dans l'établissement.

A noter : il est intéressant de s'appuyer sur l'intégration de la jeune génération qui est sensibilisée lors de sa formation initiale aux notions de gestion des risques.

- ➔ Voir annexe 6 - Le jeu des 7 familles QUALITILDYS – Fondation ILDYS (29) pour rendre l'information plus ludique.

4.4. L'informatisation

L'**informatisation** joue un rôle primordial. Elle permet de faciliter la déclaration pour les professionnels et d'améliorer la réactivité de la réponse. Un système d'information

¹⁵ « Le retour d'expérience constitue un temps d'apprentissage pour les organisations. Les crises et analyses d'événements indésirables apportent une connaissance riche en matière de faiblesses (ce qui n'a pas bien fonctionné du point de vue organisationnel, technique ou humain) mais aussi de forces du système (ce qui a bien fonctionné, par exemple quant à la qualité d'une récupération). » - Guide « Amélioration des pratiques et sécurité des soins - La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique » HAS – mars 2012 – Fiche 30

adapté et déployé dans les services, permet de répondre à ces deux axes. Un critère apparaît comme essentiel : **la simplicité !**

➡ Voir chapitre 8 - Construire une feuille de route : exemples d'actions

5. S'appuyer sur la culture et le management

5.1. Faire évoluer la culture

*« Les erreurs humaines sont inévitables... Elles sont le prix à payer de la performance humaine ».*¹⁶

L'idée n'est pas de supprimer les erreurs humaines, elles sont inévitables mais de les circonscrire voire de les neutraliser quand elles apparaissent. Car généralement ces erreurs n'apparaissent pas par hasard. Elles sont dépendantes du contexte professionnel dans lequel le soin a été délivré. Cet environnement organisationnel et technique plus ou moins bien adapté, représente un gisement de défaillances latentes ou causes profondes génératrices d'une insécurité propice à l'apparition d'erreurs humaines. De même, les barrières de sécurité inefficaces ou inexistantes participent à l'apparition de ces événements. Et Reason de poursuivre *« Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent... »*, ainsi, *« si l'ampleur de l'erreur médicale est énorme, c'est en raison du recours à des systèmes mal conçus et non pas de l'irresponsabilité du personnel »*.

Le manager a-t-il le pouvoir de modifier, d'infléchir la culture d'un groupe ? Pour Isabelle Fucks¹⁷, *« la culture de la sécurité n'est pas une variable manipulable par le management »*.

Comment placer chaque professionnel dans l'obligation de dire ce qui fait problème et de se sentir partie prenante en partageant sa connaissance, expérience des incidents et dangers rencontrés ?

¹⁶ REASON, James, *L'erreur humaine*, Paris, Presses des Mines, Coll. Économie et gestion, 2013.

¹⁷ FUCKS, Isabelle, L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique. *Le travail humain*, 2012/4 (VOL.75)

Des notions différentes de l'erreur

C'est le concept même d'erreur qui doit être réinterrogé : l'erreur n'est pas évitable mais « prévisible » (rappelons-nous les Cygnes noirs de Taleb¹⁸...) : on ne sait pas quand l'évènement est susceptible de survenir mais il a de grandes chances de survenir. Dire qu'on a fait une erreur est difficile, d'ailleurs on déclarera plus facilement un dysfonctionnement qui renvoie plutôt à une cause organisationnelle.

P. Blanchemanche précise que chaque acteur a une représentation de l'évènement indésirable : les qualitiens et les cadres ont une approche systémique tandis que les infirmières ont une approche plus individuelle.

« La culture de sûreté résulte d'une co-construction "spontanée" fondée sur un ensemble de processus informels de socialisation, de régulations, de communications et de représentations. Loin de se développer dans des lieux et des moments circonscrits par un ensemble d'actions organisationnelles (briefing, retour d'expérience, formation), la culture de sûreté se développe au cœur des situations de travail. Et c'est aussi au cours de ces situations que l'appartenance au collectif se joue et que la culture de sûreté s'entretient et se transmet alors que sa transmission relèverait, pour les porteurs d'une vision prescriptive de la culture de sûreté, d'une approche « top-down », formalisée et formelle ».

Dans ce type d'apprentissage, les erreurs du passé ne sont pas cachées ; au contraire, leur prise de conscience et leur compréhension permettent de faire une analyse approfondie et de réorienter les futures activités.

Corriger et/ou déclarer ?

Dans nos ateliers débats, les participants ont globalement évoqués que 90% des EI se résolvent sur le terrain et ne font pas l'objet de déclaration. L'anomalie, l'incident, l'erreur font l'objet d'action correctives chaque fois que possible et nécessaire sans être consigné.

L'obligation de dire ce qui fait problème et de le consigner ne touche pas seulement à l'éventuelle remise en cause personnelle mais aussi aux contraintes organisationnelles qui empêchent la déclaration (enregistrement informatique, manque d'ergonomie des outils... besoin immédiat d'apporter une réponse à l'anomalie produite...). Le sentiment

¹⁸ La théorie du cygne noir ou théorie des événements cygne noir, développée par le statisticien Nassim Nicholas Taleb, notamment dans son essai *Le Cygne noir*, est une théorie selon laquelle on appelle cygne noir un certain événement imprévisible qui a une faible probabilité de se dérouler (appelé « événement rare » en théorie des probabilités) et qui, s'il se réalise, a des conséquences d'une portée considérable et exceptionnelle.

de rajouter du travail au travail est vécu comme contre-productif. Dans le cadre d'une enquête menée par Lama Dbouk ¹⁹ « *le retour d'expérience pour améliorer la sécurité des patients* », cette dernière relève que **c'est la perception personnelle de la gravité de l'événement qui va conduire les professionnels à le signaler.**

Si l'événement est réglé, ils ne trouvent pas d'intérêt de le signaler ; « *parfois il y a des petits incidents réglés tout de suite, donc je ne vais pas forcément faire une fiche pour ça* ». Les soignants interrogés, affirment ne pas avoir peur de parler des erreurs entre collègues : l'erreur considérée comme humaine est communément exprimée. Ces échanges au sein du collectif permettent de confronter et construire les savoirs et savoirs faire, de partager librement les incidents, les anomalies, les erreurs et les frayeurs face aux dangers rencontrés.

Si rendre une organisation sécurisée et apprenante est conditionné par la mise en œuvre de règles, de procédures connues et partagées, c'est aussi **la notion de responsabilité** qui doit être sollicitée : « *la responsabilité est d'abord une notion morale, elle est la première référence appréciée en conscience. Chacun se sent responsable et agit en fonction de son sens du devoir. Cette responsabilité est du domaine de la déontologie et relève de sanctions intérieures comme la culpabilité. La culpabilité est liée à la notion de faute et de responsabilité. Elle met en jeu de nombreuses émotions : l'orgueil, la colère ou encore la honte. La culpabilité est la traduction émotionnelle d'une erreur. C'est un processus de responsabilisation, processus qui permet de se construire, de grandir en capacités tout en garantissant aux autres de faire de même (quand elle est partagée dans la déclaration). Quelle est l'attitude adéquate face à une erreur, une faute, un échec ou une simple contre-performance ? L'erreur est un mot qui doit cesser d'être stigmatisé si nous voulons l'utiliser comme un levier d'apprentissage afin de faire des erreurs d'hier la qualité de demain* », selon P. Blanchemanche.

¹⁹ DBOUK, Lama, 2017. *Le Retour d'Expérience (REX) pour améliorer la sécurité des patients* (mémoire) - Université de Caen Basse-Normandie, 175 pages.

La culture qualité : frein et levier



Figure 3 Schéma du niveau de culture qualité

A noter que l'on relève concrètement que **le niveau de culture qualité** est un facteur déterminant de son propre développement. Plus cette culture est faible plus les efforts pour la développer doivent être importants. Inversement une culture qualité forte est un levier facilitant des démarches visant à la développer.

Il paraît donc indispensable de s'appuyer sur un état des lieux de la culture qualité, de l'évaluer, pour construire une démarche pertinente.

Pour aller plus loin...

Roberto Poma²⁰ mentionne que « *des chercheurs américains ont montré de manière convaincante que les tensions éthiques au cœur d'une erreur médicale peuvent être dénouées efficacement par l'assimilation et l'application de **cinq principes dans la communication** avec le patient et son entourage : la **transparence**, le **respect**, la **responsabilité**, la **continuité** et la **gentillesse**. Le choix d'une éthique centrée sur le patient, d'une communication empathique et honnête où le professionnel est à même d'admettre ses propres erreurs, en insistant sur les efforts réalisés pour y remédier, semble être le plus efficace dans la lutte contre les erreurs* »,

Bernard Trémaud²¹ valorise l'organisation apprenante mise en place au sein de l'ADAPEI 64. Elle est avant tout un projet politique militant pour et autour du résident afin de lui permettre d'être acteur de sa propre vie. Il s'agit ici de mettre en valeur les compétences et laisser s'exprimer la personne accompagnée. Il ne suffit donc pas d'ajouter des procédures à une organisation existante pour la rendre sécurisée et apprenante.

Quelques questions pour poursuivre la réflexion :

- Comment chacun va transformer ces « obligations » externes en obligations internes ?

²⁰ POMA, Roberto, Philosophe et historien de la médecine - *La culture positive de l'erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques*, Université Paris-Est / Soins dossiers, 2016.

²¹ TREMAUD, Bernard, Directeur général de l'ADAPEI 64 : <https://www.adapei64.fr>.

- Quel rôle le management va-t-il jouer pour l'appropriation et l'introjection de ces principes et leur application ?
- Comment les professionnels vont-ils être encouragés à signaler les événements et les informations sur la sécurité ?

5.2. Le rôle du manager : exemplarité et protection

Une des premières conditions pour le manager est d'être en capacité de montrer le chemin, qu'il fasse preuve de **congruence** et d'**exemplarité** c'est à dire être lui-même en capacité de reconnaître ses propres erreurs.

Comment imaginer donner du sens, de la valeur à un traitement constructif des erreurs si la direction et l'encadrement s'en exonèrent ? Comment attendre que les professionnels s'investissent, signalent, si la direction ne le fait pas ? Comment espérer que les professionnels aient confiance, s'affranchissent du sentiment de délation ou de la peur de la sanction si le management ne garantit pas une protection du signalement ?

➡ Voir annexe 2 - Exemple de charte d'incitation au signalement des événements indésirables et sentinelles qui précise l'engagement de l'institution dans la démarche de déclaration.

Le Docteur Bernard Tabuteau²² attire l'attention sur **la capacité de l'encadrement à « avouer » ses propres erreurs auprès des équipes**. Il évoque également l'importance de **montrer sa reconnaissance** envers les équipes, de former les managers, de formaliser les bonnes pratiques pour pouvoir les transmettre.

6. Quatre leviers pour le management

L'analyse des pratiques managériales est déjà mise en place dans certains établissements. Elle permet aux cadres de se réunir régulièrement avec un tiers pour un échange et un enrichissement d'expériences.

Plus transversal et plus proche du terrain

Pour développer une culture positive de l'erreur, pour que celle-ci devienne naturelle, soit perçue comme une source de progrès individuel et collectif, il a été proposé de ne

²²TABUTEAU, Bernard, Médecin conseiller ARS Nouvelle-Aquitaine

pas limiter cette démarche à une vision verticale qui suit la ligne hiérarchique mais aussi de permettre, d'organiser, de **favoriser les comportements d'amélioration entre collègues**. Le rapprochement du « terrain » est cité à plusieurs reprises, notamment pour l'analyse des EI : les réponses et les solutions sont dans les services ! La création de rendez-vous réguliers, par exemple de « cafés qualité », est une des réponses à cet objectif.

Les visites managériales de sécurité, peuvent également permettre aux équipes de faire remonter leurs difficultés. La direction et/ou les cadres prennent ainsi conscience des problèmes rencontrés.

➡ Voir annexe 7- Le café Qualité du Centre Hospitalier de Lourdes

Des managers qui communiquent

La **communication** a été évoquée de manière transversale à l'ensemble des échanges et des sujets : pour développer un langage commun, pour valoriser les signalements et les actions correctives prises, pour diffuser des exemples d'analyses, pour préciser la notion d'événements indésirables signalés... Elle ne doit pas exclure de mentionner les erreurs et les échecs, y compris ceux de la direction ou du management. Elle devrait ainsi contribuer non pas à banaliser les erreurs mais simplement à les faire entrer dans le champ de la vie courante des établissements.

La communication est donc **incontournable** pour faire évoluer la culture de l'erreur apprenante des établissements. Le rôle du management est primordial pour **développer des valeurs et des responsabilités partagées**.

Apporter une suite pour donner du sens

« L'erreur qui ne peut être évitée ne nous apprend rien, puisqu'elle ne peut être évitée. Ce qui compte c'est d'en tirer la leçon. »²³

La nécessité de donner une suite aux déclarations d'événements indésirables est notée comme un des leviers majeurs. Cela relève du simple bon sens mais mérite d'être mentionné.

En effet :

- A quoi bon déclarer si cela ne change rien ?
- Pourquoi déclarer si je ne sais pas si ma déclaration est prise en compte ?

²³ BACHELARD, Gaston, *Essai sur la connaissance approchée*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, Bibliothèque des Textes Philosophiques, 1969, 3e édition, 310p.

Ces deux questions introduisent **deux actions distinctes et nécessaires** :

- **donner une suite ;**
- **informer de la suite donnée.**

Mentionnons que si on en donne les raisons et que celles-ci sont justifiées, ne pas prendre de décision ou ne pas mettre en place d'action constitue une suite. Ce point a des conséquences évidentes qui seront évoquées plus loin : la nécessité de communiquer et de mettre en place les moyens nécessaires à la gestion des déclarations, notamment d'y affecter la part de ressources humaines nécessaire.

➡ Voir annexe 8 - *L'exemple du retour au déclarant et communications des actions d'amélioration – SSR Les Embruns.*

Développer les analyses pluridisciplinaires

Ce travail n'a pas pour objet de détailler les méthodes d'analyses et les systèmes de gestion des événements indésirables. Un point a néanmoins été développé : l'intérêt d'une analyse **pluridisciplinaire et au plus près du terrain** des E.I. Cela permet un enrichissement des analyses mais représente surtout un levier essentiel pour renforcer la culture de l'erreur apprenante.

C'est un enrichissement mutuel : on apprend aux autres mais aussi des autres : c'est **le cheminement de l'apprenance**.

Un exemple au sein d'une MAS

Dans le cadre des activités d'accompagnement du Groupe Euris, nous avons mené une réflexion au sein d'une MAS. Des erreurs médicamenteuses successives de gravité faible et forte sont survenues. Dans l'ensemble des situations traitées les professionnels en question n'ont pas perçu cette notion de responsabilité partagée : les mauvaises conditions de travail et le management ont été directement incriminés comme des causes aux erreurs.

Le travail de déconstruction ou de construction, comme vous jugerez bon, a consisté à se faire représenter la réalisation des activités comme des choix au sein d'un réseau complexe (plusieurs possibilités d'actions) qui engagent chaque professionnel à son niveau. La métaphore du « pare feu » dans les systèmes informatiques a été utilisée pour que chacun prenne conscience de sa place dans le réseau et comment il participe activement à surveiller et contrôler les applications et les flux de données. Une forme de sous-évaluation de sa marge d'initiative (possibilités de choix d'actions) et de responsabilité dans la chaîne des activités à réaliser a été identifiée. Les équipes ont pris davantage conscience de leur influence dans le processus cascasant de survenue des erreurs. C'est le cumul d'erreurs qui provoquent l'accident.

« Agir en sécurité, c'est construire un apprentissage qui permette de transformer l'obligation externe que constitue la règle en une obligation interne. La sécurité c'est comprendre les dérèglements, sans punir en permettant de comprendre les raisons de l'action qui ont conduit à un incident ou accident. Les règles seront considérées comme légitimes si elles dépassent le cadre individuel de leur application, pour être enrichies d'une signification partagée, celle de la protection de tous les salariés. »²⁴

7. Associer le patient

Donner du sens, développer la pertinence... Les objectifs sont ambitieux !

Peut-on imaginer les atteindre sans y associer le Patient / Résident puisqu'il en est le bénéficiaire ?

Plusieurs pistes ont été mentionnées par les trois intervenants de l'atelier-rencontre du mois d'avril 2018 :

- s'appuyer sur l'expérience-patient comme point d'observation ;
- associer les patients à l'analyse des événements indésirables ;
- créer ou développer le lien entre système de signalement et questionnaires de satisfaction usagers...



Figure 4 J.-L. Quenon, B. Tabuteau et B. Trémaud²⁵, lors du premier atelier-rencontre organisé par Focus Qualité et Groupe EURIS sur le thème de « la culture de l'erreur apprenante : utopie nécessaire », en avril 2018.

²⁴ DE TERSSAC, Gilbert, Mignard Jacques, *Les paradoxes de la sécurité : le cas d'AZF*, Paris, PUF, « Le travail humain », 254p, 2011.

²⁵ QUENON, J.-Luc, Co-directeur et chef de projet CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine - TABUTEAU, Bernard, Médecin conseiller ARS Nouvelle-Aquitaine - TREMAUD, Bernard, Directeur général de l'ADAPEI 64

- Voir annexe 9 - Exemple de délégation des Comités de REX aux cadres des services pour les EI internes au service – Initiative du CH BRIVE (19)

8. Construire une feuille de route

Compte tenu de la multitude des actions possibles pour développer la culture de l'erreur apprenante ou la culture qualité, il est apparu utile de mener une réflexion sur le choix de telle ou telle initiative dans le cadre d'une démarche structurée.

Les actions directement liées à la mise en œuvre dans le cadre de la démarche qualité elle-même ou relevant de méthodologies spécifiques ne sont pas comprises dans cette analyse : CREX, RMM, formation audit de processus, indicateurs, EI et causes, audits processus, compte qualité, EPP, analyse processus, cartographie des risques...

8.1. La question des moyens : il est indispensable de prioriser

Dans un contexte de tension budgétaire et de ressources humaines limitées, la question des moyens doit nécessairement être posée. Les enjeux sont importants, si l'ambition, impulsée par la direction, l'est également. Il convient d'y consacrer les moyens adéquats. Comme cela a été dit, il est recommandé de développer l'implication des professionnels : quelle est la priorité donnée dans la répartition du temps du personnel de terrain pour déclarer les EI et participer à leur analyse ? Le système de déclaration est-il efficient ?

Jean-Luc Quenon donne le résultat d'une étude aux États-Unis : le coût de traitement d'un événement indésirable grave est de 21 000 \$ par cas, les 2/3 de ce coût concernant l'analyse des causes.

Ces constats imposent de prioriser à la fois le traitement des déclarations et les actions correctives. Notons que ces dernières peuvent porter sur plusieurs champs : l'organisation et les méthodes, la mise en œuvre des procédures, les équipements, les moyens humains, la formation, la communication... mais aussi sur le système de gestion des EI lui-même.

8.2. Deux démarches pour choisir les actions

Deux démarches ont été identifiées au travers des missions de Focus Qualité et du Groupe Euris :

- partir d'une liste d'actions connues, recensées, imaginées par exemple dans le cadre d'une démarche participative ; il s'agit alors de déterminer des objectifs et des critères pour sélectionner les actions les plus adaptées ;
- déterminer en amont les caractéristiques des actions souhaitées puis dans un deuxième temps de rechercher des initiatives existantes ou d'en imaginer qui répondent à ces critères.

On peut s'appuyer sur la culture managériale de l'établissement pour choisir l'une ou l'autre de ces approches.



8.3. Caractériser les actions

Quelque soit la méthode retenue, il est nécessaire de disposer de critères pour caractériser les actions afin de déterminer celles qui seront retenues et celles qui seront différées ou rejetées.

Ces critères permettent de valider la cohérence de la feuille de route avec les objectifs et que l'on mobilise des actions variées et adaptées.

Sept familles d'actions

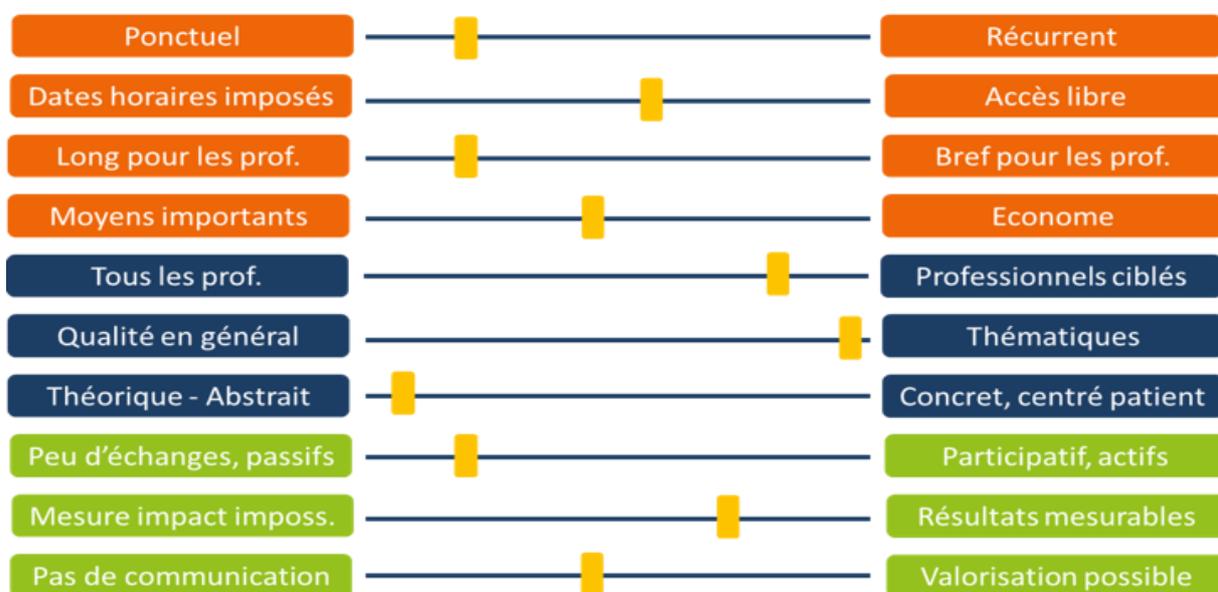
Afin de caractériser les différentes actions, nous avons identifié 7 familles qui peuvent être un premier critère. Elles sont en quelque sorte une palette qui **permet de composer et d'enrichir le plan d'action**. C'est aussi une boîte à idées source d'inspiration puisque des exemples issus d'initiatives d'établissement sont mentionnés pour chacune de ces familles.

1 . Ludification, jeux, concours...
<ul style="list-style-type: none"> • Jeux de rôles • Jeu de cartes, jeu de l'oie • Chasse au trésors • Chercher l'erreur dans le journal interne • Puzzle AMDEC • Olympiades de la qualité
2 . Scénarisation, rôles...
<ul style="list-style-type: none"> • Chambre des erreurs : réelle et virtuelle... • Simulation d'évènements indésirables • Atelier théâtre ou vidéo...
3 . Formations courtes et récurrentes
<ul style="list-style-type: none"> • Quizz sur outil de gestion documentaire • Quali'learn : session e-learning de 3 modules sur les essentiels de la qualité • Formation flash...
4 . Rendez-vous réguliers
<ul style="list-style-type: none"> • 1/4h qualité • Café qualité chaque vendredi • Jeudi de l'info • Mois à thèmes...
5 . Actions de communication
<ul style="list-style-type: none"> • Journal qualité, journal spécial processus... • Affichage d'indicateurs... • Diffusion interne de vidéo sur la qualité • Distribution de flyers • Articles dans les supports internes de communication, reportages sur les autres actions conduites...
6 . Actions favorisant les échanges interprofessionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Formation patient • Actions conjointes avec les représentants des usagers • Outils « Faire dire » de la HAS • PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe • Partage équipe pluridisciplinaire
7 . Evènements ou actions ponctuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Semaines thématiques, semaine de la qualité • Forum qualité...

Des critères pour évaluer les actions

Nous avons identifié un ensemble de **10 caractéristiques** qui permettent d'évaluer chacune des actions existantes ou envisagées. Elles se présentent sous forme de curseurs entre deux options. Il est ainsi possible de vérifier la contribution aux priorités et la complémentarité des actions pour augmenter l'impact global de la démarche. Il est bien sûr possible de ne retenir qu'une partie de ces critères pour définir le profil des actions existantes ou souhaitées. Cette analyse fait parfois apparaître que la démarche en-cours met en œuvre seulement un nombre réduit de types d'actions et ne mobilise pas certains leviers pourtant pertinents.

- Quel le profil des actions existantes ?
- Quel profil pertinent pour les actions à venir ?



Contribution aux leviers de développement de la culture qualité

Comme nous l'avons vu plus haut, quatre leviers ont été identifiés :

- l'implication de l'encadrement ;
- la communication ;
- la formation ;
- l'informatisation.

Pour la définition de la feuille de route, l'analyse des leviers mis en œuvre permet de vérifier qu'ils sont tous utilisés et le cas échéant de mettre en place des actions mobilisant les leviers inexploités.

Exemples d'analyse des leviers d'actions mises en place en établissement :

<p>Mise en place à un rythme hebdomadaire de points qualité avec les cadres des services.</p> <p>Ces temps d'échange entre professionnels, en lien avec le traitement des signalements, permettent de valoriser les signalements émis et facilitent la diffusion d'information. Ils permettent d'inscrire cette démarche dans le quotidien.</p>	<p>Encadrement</p> <p>Communication</p>
<p>Sensibilisation large de tous les professionnels au signalement des événements indésirables : définition, que signaler et comment signaler, le circuit d'un signalement...</p> <p>Ainsi, tout professionnel est en mesure de comprendre comment le signalement et le traitement des événements indésirables contribuent à l'amélioration de la sécurité du patient et du personnel. Cette sensibilisation peut prendre la forme de module de e-learning. Elle peut s'inscrire dans le programme d'intégration de tout nouveau professionnel.</p>	<p>Encadrement</p> <p>Communication</p> <p>Formation</p>
<p>Formation d'un grand nombre de professionnels de terrain aux méthodes d'analyse des causes.</p> <p>L'objectif est ici d'expliquer les méthodes d'analyse, développer la culture positive de l'erreur et de rapprocher les CREX des professionnels de terrain, jusqu'à la mise en place de CREX par pôle ou service.</p>	<p>Formation</p> <p>Encadrement</p>
<p>Informatisation de la déclaration avec une diffusion au gestionnaire des risques, couplée à un appel direct au déclarant si nécessaire. Souplesse et réactivité, au service du traitement des signalements.</p>	<p>Informatisation</p> <p>Communication</p>
<p>Evaluation de la satisfaction du déclarant sur le traitement de son signalement.</p> <p>Le circuit de traitement du signalement comprend une dernière étape, qui est l'évaluation de la satisfaction du déclarant sur le traitement de l'événement. L'intérêt est multiple : informer le déclarant, le valoriser, stimuler et motiver les professionnels en charge du traitement.</p>	<p>Informatisation</p> <p>Communication</p>

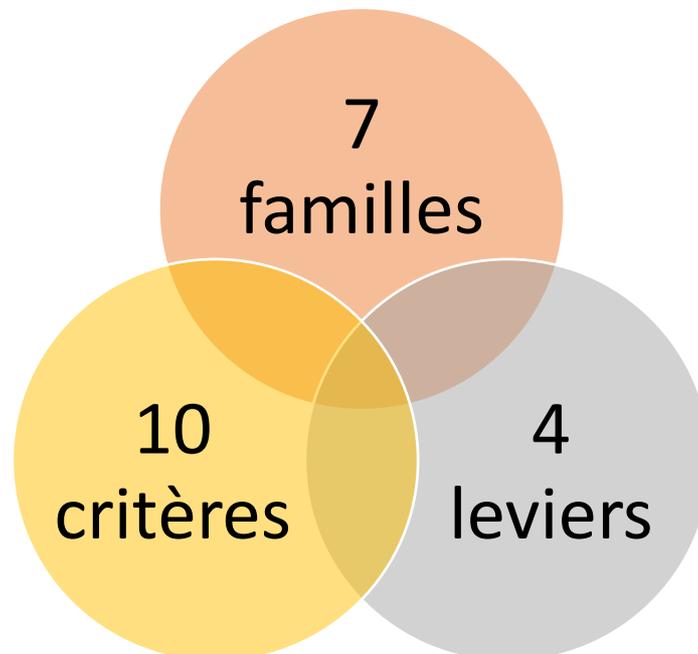
<p>Suivi et affichage des délais de traitement des signalements avec un retour annuel des signalements aux professionnels par processus (voir exemple page suivante).</p>	<p>Communication</p> <p>Informatisation</p> <p>Encadrement</p>
--	--

➔ Voir Annexe 9 - Session e-learning – Initiative de la Clinique Saint-Yves – Rennes (35)

Utiliser ces outils pour bâtir la feuille de route

En synthèse, la construction d'une feuille de route pertinente peut intégrer les analyses suivantes :

- Quelles familles d'actions ont déjà été utilisées ? Quels en ont été les impacts ?
- Est-il possible / souhaitable de mener des actions d'un nouveau type ?
- Comment se caractérisent les actions existantes ou passées ?
- Quelles sont les caractéristiques des actions qui répondraient le mieux aux objectifs selon les éléments de diagnostic ?
- Les actions passées ou en cours couvrent-elles ces caractéristiques ?
- Tous les leviers sont-ils mobilisés ?



9. Quels indicateurs de performance ?

Inscrit dans une démarche qualité, il est naturel d'**évaluer**. Il est recommandé d'évaluer au moins une fois par an la performance de la gestion des EI.

Le **premier indicateur**, qui est pourtant souvent interprété de manière négative, est le **nombre de signalements pertinents relevé**. Plus ce nombre augmente, plus le système de signalement est jugé performant. Celui-ci peut être décliné pour les déclarations faites par la direction et l'encadrement pour mesurer l'exemplarité mentionnée ci-dessus.

Un indicateur est proposé pour **mesurer la pertinence des déclarations** : la proportion d'EI qui a fait l'objet d'une action corrective, versus celle des EI sans suite.

Troisième indicateur : la proportion de professionnels ayant fait **au moins un signalement dans les douze derniers mois**. Un chiffre élevé dans ce domaine démontre l'engagement des équipes à améliorer la qualité du travail autour du patient.

Dernier indicateur cité, pas le moindre : **le partage des EI au niveau institutionnel**. Cela va à l'encontre de notre culture, plutôt orientée vers le partage de nos réussites, mais c'est pourtant un excellent moyen d'éviter la récurrence du même événement indésirable dans un autre service ou établissement.

CONCLUSION

« Nulle pierre ne peut être polie sans friction, nul homme ne peut parfaire son expérience sans épreuve » - Confucius.

Dans un contexte médico économique de plus en plus contraint et complexe, qui évolue au gré des réformes et où les patients, les résidents sont de plus en plus informés et légitimement plus exigeants, le législateur a pris la mesure des enjeux. Le décret du 25 nov. 2016 oblige de déclarer, d'analyser les événements indésirables associés aux soins et d'en comprendre les causes pour faire en sorte qu'ils ne se reproduisent pas.

Dans l'application de la réglementation, les attentes vis à vis du management sont fortes mais sont-elles raisonnables ? Comment installer la confiance au sein des équipes pour s'inscrire durablement dans une culture sécurité et qualité partagées, quelle place est donnée au droit à l'erreur dans des environnements changeants ?

Nous avons rappelé que la grande majorité de nos connaissances et savoir-faire sont acquis de manière informelle, par observation, par discussion avec des collègues, par essai /erreur, par expérimentation. Aussi, considérer l'erreur comme une expérience, une opportunité d'un gain de compétence, est un pré requis à faire partager en équipe...Une organisation apprenante profite de ses erreurs pour favoriser un apprentissage collectif.

Elle favorise donc les espaces de réflexion, de créativité. Il faut mettre au travail une équipe sur ce qui a raté, sur ce qui a dysfonctionné, sur ce qui a failli couter cher à l'équipe... Les options ou préconisations de résolution d'un problème émergent principalement des échanges et non de la hiérarchie.

Dans ce type de dynamique, les erreurs du passé ne sont pas cachées, au contraire, leur prise de conscience et leur compréhension permettent de faire une analyse approfondie et de réorienter les futures activités.

Si nous voulons utiliser l'erreur comme un levier d'apprentissage afin de faire des erreurs d'hier la qualité de demain, l'erreur doit être valorisée : les incidents et leur gestion permettent de récupérer les erreurs, de limiter les conséquences associées. L'organisation apprenante, démarche de valorisation des personnes et des organisations, impose un changement de paradigme profond. Les initiatives développées par les managers sont multiples et variées pour s'affranchir de cette culture de la faute et aller vers celle de « l'erreur positive ».

Cultiver au sein d'une équipe que l'erreur est constitutive du processus d'apprentissage, permettra aux managers d'accompagner les professionnels dans l'acceptation de leurs erreurs, de les encourager à analyser ce qui a raté et de valoriser les efforts du collectif à s'investir pour progresser.

Pour conclure, nous rappellerons que sanctionner l'erreur traduit cette croyance encore fortement ancrée (en particulier dans le secteur de la santé) que l'erreur est d'abord liée à la nature humaine (erreur d'exécution, de routine, erreur liée à l'activation d'une règle ou application de la mauvaise règle, erreur de connaissance...).



ANNEXES

Annexes

- Annexe 1 Évènements indésirables : de quoi parle-t-on ?
- Annexe 2 Exemple de charte de signalement des évènements indésirables et sentinelles
- Annexe 3 Bibliographie

Fiches initiatives

- Initiative 1 Une gestion des risques a posteriori au service de la gestion des risques a priori - HAD Korian
- Initiative 2 Le programme multi actions au service de la gestion des risques – CH de PERIGUEUX (24)
- Initiative 3 Le jeu des 7 familles QUALITILDYS – Fondation ILDYS (29)
- Initiative 4 Le Café Qualité du CH de Lourdes (65)
- Initiative 5 Retour au déclarant et communication des actions d’amélioration – SSR Les Embruns (64)
- Initiative 6 Délégation des Comités de REX aux cadres des services pour les EI internes au service – CH BRIVE (19)
- Initiative 7 Session e-learning – Clinique Saint-Yves – Rennes (35)
- Initiatives Appel à contribution

Annexe 1 - Évènements indésirables : de quoi parle-t-on ?

- **Article L1413-14 du code de la Santé publique** créé par la loi de 2002 sur les droits des patients et mis à jour en 2016 par la loi de Santé : « Tout professionnel de santé ou établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article L. 5311-1. ».
- **Évènement indésirable** : Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages
- **Évènement indésirable associé aux soins** : un incident ou un accident non attendu en rapport avec la prise en charge médicale ou soignante d'un patient ou d'un résident (**article R.6111-1 du code de la santé publique**)
- **Évènement indésirable grave** : si le dommage subi par le patient conduit à son décès ou à la mise en jeu de son pronostic vital (nécessitant la mise en œuvre de gestes de réanimation ou d'une reprise chirurgicale non programmés) ou s'il fait courir un risque de séquelle définitive chez la personne prise en charge ou l'enfant qu'elle porte (art. R.141367 du code de la santé publique).
- **Évènement indésirable évitable** : événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante
- **Évènement porteur de risque (EPR)** : Évènement qui aurait pu provoquer un préjudice au patient mais qui a été évité par le soignant ou le patient
- **Évènement sentinelle** : occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée

Annexe 2 - Exemple de charte de signalement des événements indésirables et sentinelles

La sécurité des activités du centre xx doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de soins. Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité de ses interventions.

L'enjeu pour le Centre xxxxx est d'améliorer la visibilité des événements indésirables et sentinelles afin d'entretenir la conscience des risques liés à l'activité et d'apporter les mesures correctrices lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

L'objectif visé est l'amélioration de la sécurité dans la prise en charge du patient par le développement de la culture positive de l'événement indésirable et l'exploitation du retour d'expérience.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur les événements indésirables et sentinelles. La réussite de la démarche dépend de l'implication de l'ensemble des professionnels.

La déclaration des événements indésirables et sentinelles reposent sur les principes suivants : objectivité, anonymat, confidentialité et efficacité. La finalité de la démarche de signalement des événements indésirables et sentinelles n'a pas pour objet d'établir une faute éventuelle, mais d'analyser les causes des événements et de dégager des recommandations pour éviter la réitération de l'événement.

Pour favoriser ce retour d'expériences, nous nous engageons à ce que le Centre xxxx n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement. Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles déontologiques et de sécurité.

Nous souhaitons que, chaque agent, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de l'activité au bénéfice des patients.

Directeur CH XXXX

Président CME

Médecin Coordonnateur des
risques associés aux soins

Annexe 3 - Bibliographie

Règlementation

- Décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Décret no 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins
- Instruction no DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Décret n° 2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins
- Arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute Autorité de Santé.

Mémoire & Conférences

- DBOUK, Lama, 2017. *Le Retour d'EXpérience (REX) pour améliorer la sécurité des patients* (mémoire) - Université de Caen Basse-Normandie, 175 pages.
- Conférence donnée le 23 novembre 2017 au Centre Hospitalier Jacques Coeur de Bourges dans le cadre d'une Journée Qualité sur le thème : « La culture qualité-sécurité liée aux soins au sein des établissements de santé ».

Ouvrages & articles

- ASTOLFI, J.-P. *L'erreur, un outil pour enseigner*, 12e édition, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, 2015.
- MOLINIER, Pascale, *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde », 2013.
- TALEB, Nassim Nicholas, *Le Cygne noir, la puissance de l'i* TALEB, Nassim Nicholas, *Le Cygne noir, la puissance de l'imprévisible*, Broché, 2008.
- DURIEZ, Frédéric, *L'organisation apprenante : dix principes et plus encore*, 2017. Disponible sur <https://cursus.edu/articles/>
- SENGE, Peter, *La cinquième discipline : levier des organisations apprenantes*, ED. Eyrolles, 2006.
- REASON, James, *L'erreur humaine*, Paris, Presses des Mines, Coll. Économie et gestion, 2013.
- MOREL, Christian, *Les décisions absurdes II. Comment les éviter*, Paris, Gallimard, 2012.

- BLANCHEMANCHE, P., cadre de santé formateur (p.blanchemanche@hopital-foch.org). Institut de formation en soins infirmiers, Hôpital Foch, 11, rue Guillaume-Lenoir, 92150 Suresnes, France. (Blanchemanche P., « *De la déclaration des évènements indésirables à la culture de l'erreur* ». EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Savoirs et soins infirmiers*, 60-785-O-10, 2010.)
- MOREAU, Valérie, *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Éditions Payot & Rivages, 2011.
- POMA, Roberto, Philosophe et historien de la médecine - *La culture positive de l'erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques*, Université Paris-Est / Soins dossiers, 2016.
- Enjeux freins et mesure du développement de la culture qualité dans les établissements de santé – PUBLI 1 Focus Qualité – 2017, 4 pages
- FUCKS, Isabelle, L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique. *Le travail humain*, 2012/4 (VOL.75)
- DE TERSAC, Gilbert, Mignard Jacques, *Les paradoxes de la sécurité : le cas d'AZF*, Paris, PUF, « Le travail humain », 2011, 254p.
- BACHELARD, Gaston, *Essai sur la connaissance approchée*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, Bibliothèque des Textes Philosophiques, 1969, 3e édition, 310p.
- Outils pour le développement de la culture qualité – PUBLI 2 Focus Qualité – 2017 – 4 pages
- Développer la culture du signalement – PUBLI 3 Focus Qualité – 2017 – 8 pages
- Culture de l'erreur apprenante – Compte rendu de l'atelier-rencontre du 25/04/2018 – PUBLI 4 Focus Qualité – 2018 – 6 pages
- Dr CROS, Jérôme, *Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité*, Broché -Éd. Arnette, 2018.

Références sites internet

- Déclarer et analyser les évènements indésirables graves : comprendre pour agir - 03.02.2017 Webzine HAS
https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir-_ftn2
- Leçon pour la sécurité des soins : chronique d'un malentendu – F. Delaperche, J.-L. Quenon, A. Viroulaud, K. Lavaud – Risques & Qualité – 2010 -
<http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/OutilsGDR-PJ-Securite-Soins-ErreurHomonyme.pdf>
- Site de l'ARS Nouvelle Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr>

Initiative 1 : une gestion des risques a posteriori au service de la gestion des risques a priori - HAD Korian

<p>Etablissement</p> 	<p>Hospitalisation à Domicile (HAD) du groupe KORIAN</p> <p>7 sites sur toute la France</p>
<p>Contact</p>	<p>Prénom, nom : Fatou DIAKITE Fonction : Responsable qualité réseau HAD Coordonnées : fatou.diakite@korian.fr</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Développer la culture de l'erreur apprenante</p>
<p>Cibles visées</p>	<p>L'ensemble des professionnels des HAD</p>
<p>Contexte</p>	<p>Le groupe dispose de 7 services d'HAD avec le même fonctionnement.</p> <p>Les situations rencontrées dans un service HAD sont identiques dans un autre service d'où une possibilité de partage.</p> <p>Tous les professionnels des différents services d'HAD sont formés 1 fois par an à la gestion des risques (signalement...)</p> <p>Une organisation en place pour analyser et traiter les EI (méthode Orion®)</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Parce que des événements indésirables (EI) qui se passent dans un service d'HAD peuvent se passer dans un autre service d'HAD, une communication des plans d'actions issus de CREX sont diffusés et communiqués aux professionnels des autres services d'HAD ; cela permet ainsi une remise en question des pratiques. (Analyse de scénarios)</p>
<p>Autres éléments descriptifs</p>	<div data-bbox="464 1435 831 1639" style="display: inline-block; vertical-align: top;">  </div> <div data-bbox="834 1435 1364 1639" style="display: inline-block; vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <p>Utilisation d'un serious Game sur la chambre des erreurs – spécifique HAD (OMEDIT Normandie)</p> </div>
<p>Facteurs de réussite</p>	<p>Engagement dans la diffusion des CR de CREX</p>
<p>Résultats obtenus</p>	<p>Augmentation du nombre de signalement des EI</p> <p>Remise en question de pratiques par les professionnels</p>

Initiative 2 : Le programme multi actions au service de la gestion des risques – CH de PERIGUEUX (24)

Etablissement 	Centre Hospitalier de PERIGUEUX 1 272 lits et places dont 506 répartis entre la médecine, la chirurgie, la gynécologie et l'obstétrique, 44 en HAD, 109 en psychiatrie, 66 en SSR et 547 lits d'EHPAD et d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée)
Contact	Prénom, nom : Stéphanie PEAN Fonction : PH Coordonnateur de gestion des risques associés aux soins Coordonnées : stephanie.pean@ch-perigueux.fr / steph.pean@hotmail.fr/ 06 80 10 25 77
Contexte	Identification du besoin de resensibiliser à la déclaration des EI (qui fait quoi quand comment pourquoi) et à la culture positive de l'erreur, en allant à la rencontre des professionnels dans leurs services Souhait de continuer à promouvoir la culture sécurité et de gestion des risques (approche systémique et identification des causes profondes, culture positive de l'erreur) Demande du CHSCT de rappeler à tous le but des FEI Décision de mener une campagne de communication, avec l'accord de la Direction Une séance de sensibilisation à la déclaration des EI organisée à la demande d'un cadre de santé dans le cadre d'une formation en qualité et gestion des risques
Objectifs	Encourager les professionnels à la déclaration des événements indésirables au sein de l'établissement
Cibles visées	Ensemble des professionnels du CH de Périgueux
Description synthétique	Mise en place d'actions pour sensibiliser les professionnels à la déclaration des événements indésirables ; actions de communication, sensibilisation et de formation
Moyens engagés	<ul style="list-style-type: none"> - Séance de sensibilisation à la déclaration des événements indésirables (diaporama : nombre d'EI au niveau national, résultats ENEIS et causes profondes, schéma de Reason, l'erreur est humaine, qui quoi où quand comment pourquoi déclarer), sur le terrain, environ 45 minutes, avec exercice pratique réalisé avec des post-it où, anonymement il était demandé à chacun des participants de noter un EI qu'ils avaient vécu, dans les services (jour et nuit), pluriprofessionnel et avec présence de l'encadrement direct, avec une erreur faite du formateur (cadre de santé en gestion des risques) - Article dans Synergie (journal interne) : « La déclaration des EI : quesako ? » + notions sur l'erreur apprenante (qui quoi où quand comment pourquoi déclarer), signé du PH Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Directrice Qualité-Risques et Usagers, Directeur général

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention à chaque CME en qualité-gestion des risques (en parlant des patients cœur du métier) - Intervention sur la déclaration des EI aux formations mensuelles des nouveaux arrivants - Formation « Gestion des risques associés aux soins en équipe » au plan de formation institutionnel (1 journées, 3 sessions par an) par PH Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et cadre de santé en gestion des risques - Réunions d'analyse des causes avec les professionnels ayant participé à la prise en charge du patient concerné par l'EI (factuel, neutre et non jugeant) - Utilisation de la Simulation pour l'apprentissage par l'erreur et l'expérience : chambre des erreurs
Facteurs de réussite	<p>Focus sur les sessions de sensibilisation à la déclaration des EI :</p> <p>Accord et soutien du management pour l'organisation et la réalisation de ces sessions de sensibilisation à la déclaration des EI</p> <p>Présence des cadres de santé des services concernés lors des sessions</p> <p>Séances de sensibilisation sur un temps court</p> <p>Formateur (cadre de santé en gestion des risques) racontant une erreur du personnel</p> <p>Présentation pratico-pratique</p> <p>Séances de sensibilisation au sein des services</p>
Résultats obtenus	<p>Focus sur les sessions de sensibilisation à la déclaration des EI : en 6 mois, 35 sessions de sensibilisations, organisées en lien avec les cadres des pôles et la cadre de santé en gestion des risques (344 personnes, pluri-professionnel)</p>
Documents associés	<p>Extrait du journal interne Synergie sur une action réalisée par Mme Rey Gomez – AAH Clientèle et Bureau des entrées, Mme Jonas - directrice Qualité et les représentants des usagers</p>

L'IDENTITO-VIGILANCE : CE SONT LES USAGERS QUI EN PARLENT LE MIEUX !

Lors de la semaine nationale sécurité des patients, 3 représentants des usagers de la Commission des Usagers sont intervenus auprès des usagers sur deux demi-journées dans le hall d'accueil de l'entrée générale : les 22 et 23 novembre 2017.

34 usagers ont participé à un quizz sur l'identito-vigilance afin de provoquer un dialogue sur ce thème et d'expliquer l'importance d'être bien identifié. Ces échanges entre usagers ont permis une meilleure sensibilisation du public :

- Moins de crainte de la part des usagers de s'exprimer auprès de leur pair,

- Communication adaptée au public car les représentants des usagers possèdent une meilleure compréhension des attentes des usagers.

Les représentants des usagers se sont également appuyés sur un affichage dédié : les règles d'or de l'identito-vigilance ainsi que sur une affiche de type BD « Je participe activement à mon identification car ma sécurité en dépend ». Nous tenons à saluer la mobilisation des représentants des usagers, en parallèle des professionnels, qui est un facteur clé de succès pour faciliter l'implication des patients dans la démarche de l'identito-vigilance et de ce fait avoir une meilleure adhésion à être co-acteur dans la prise en charge en soin.

La Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ)



Initiative 3 - : le jeu des 7 familles QUALITILDYS – Fondation ILDYS (29)

<p>Etablissement</p> 	<p>Fondation ILDYS (29)</p> <p>Fusion de 3 structures : Le centre de Mathieu Donnart, le Centre de Perharidy et l'association Ty Yann</p> <ul style="list-style-type: none"> - 408 lits et places dans le pôle Sanitaire - 157 lits en EHPAD et 110 places de SESSAD et SAMSAH pour le pôle Médico-social - 200 places dans le pôle Social
<p>Contact</p>	<p>Prénom, nom : Béatrice SORRIEUL</p> <p>Fonction : Responsable qualité et coordonnateur des risques</p> <p>Coordonnées : beatrice.sorrieul@ildys.org</p>
<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation de la politique de Management de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : appropriation de la culture Qualité/Gestion des risques par les professionnels de la Fondation. - Journée HAS : la sensibilisation des professionnels est une priorité de la certification V2014 - Lors des réunions d'accueil du nouveau salarié, il semble que les professionnels n'ont pas de notion générale de culture qualité et des instances existantes dans l'établissement - Volonté de la part de l'équipe qualité de « vulgariser » la culture qualité afin que les salariés puissent se l'approprier et en devenir acteur - Volonté d'être identifié comme service « Ressources » et non « Contraintes » - Des cultures qualité-sécurité différentes en fonction de l'histoire de chaque établissement - Contexte de fusion, donc de pertes de repères pour les salariés
<p>Objectifs</p>	<p>Sensibiliser les salariés du pôle sanitaire de la Fondation Ildys à la démarche Qualité et à la culture du Risque</p>
<p>Cibles visées</p>	<p>Tous les professionnels</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Depuis 2015, développement d'un outil qualité ludique qui permettrait au salarié de la Fondation de s'approprier la démarche Qualité.</p> <p>Réalisation d'un jeu des 7 familles de la fondation avec les familles : SASSERRASSA – OUPS – BOATAOUTI – YAPAKENOU - ACTEURS QUALITILDYS – SECURILDYS -- VIGILANCES</p> <p>Jeu de 7 familles avec 50 cartes qui expliquent chacune un concept, la définition d'un terme en lien avec la qualité et gestion des risques</p>
<p>Autres éléments descriptifs</p>	<p>Présentation en réunion régionale ARS et nationale HAS</p>

Facteurs de réussite	Dynamique Implication de professionnels de terrain
Résultats obtenus	Meilleures connaissances de professionnels sur la démarche qualité et gestion des risques Satisfaction des utilisateurs : 91% de satisfaction Christine, 53 ans, AMP en SSRS Neurologie : « je trouve que c'est une super idée, vraiment, je trouve que c'est génial...j'entends parler de ces commissions depuis longtemps et je ne sais jamais à quoi ça correspond, et je n'ose même pas demander, ce jeu m'éclaire beaucoup ». Retour positif vis-à-vis de l'équipe qualité
Documents associés	

Initiative 4 – Le Café Qualité du CH de Lourdes (65)

<p>Etablissement</p> 	<p>Centre Hospitalier de LOURDES</p> <p>Etablissement public de santé de 174 lits et 6 places d’ambulatoire, avec des activités de MCO, SLD et SSR</p>
<p>Contact</p>	<p>Prénom, nom : Marie-José PARADIS-CAMI / Justine WATTERNEAUX</p> <p>Fonction : Cadre sup de santé Laboratoire / Responsable qualité</p> <p>Coordonnées : mparadis-cami@ch-lourdes.fr</p>
<p>Contexte</p>	<p>Des signalements d’événements indésirables mais sous déclaration et manque d’implication des professionnels dans les analyses et plans d’actions</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Développer la culture Gestion des risques au sein du service de Laboratoire</p>
<p>Cibles visées</p>	<p>Tous les professionnels du service de laboratoire</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Mise en place d’un temps formel et convivial où les sujets Qualité et GdR sont abordés en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand ? Chaque vendredi de 11h à 12h00 • Qui ? Tout le personnel présent • Où ? Au Laboratoire • Quoi ? <ul style="list-style-type: none"> → Présentation et analyse des causes des fiches de non-conformités et réclamations de la semaine → Résultats des évaluations → Formation aux documents Qualité → Résultats d’audits / enquêtes / EPP • Comment ? Démarche participative, outils d’analyse des causes (QOQCP, Ishikawa, causes racines, 5P, ALARM, ...), convivialité • Pourquoi ? Pour impliquer et motiver l’ensemble du personnel, pour cultiver « l’erreur apprenante » et favoriser le retour d’expérience, former aux outils qualité, donner le même niveau d’information à tous...
<p>Facteurs de réussite</p>	<p>Temps régulier, formel et aussi convivial</p>
<p>Difficultés rencontrées</p>	<p>Maintenir la régularité quelle que soit l’activité du service</p>
<p>Résultats obtenus</p>	<p>Augmentation du nombre de signalements des EI</p> <p>Meilleure implication des professionnels de terrain dans la démarche GdR</p>

Initiative 5 : Retour au déclarant et communication des actions d'amélioration – SSR Les Embruns (64)

 <p>Etablissement</p>	<p>SSR LES EMBRUNS - BIDART (64)</p> <p>SSR spécialisé en affections du système nerveux et en affections de l'appareil locomoteur, pour les enfants, adolescents et adultes.</p> <p>Hospitalisation à temps complet (HC) : 80 lits</p> <p>Hospitalisation à temps partiel (HTP) : 25 places</p>
<p>Contact</p>	<p>Prénom, nom : Anna DEL CASTILLO</p> <p>Fonction : Responsable Qualité</p> <p>Coordonnées : resp.qualite@leembruns.com</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Augmenter le signalement des événements indésirables</p> <p>Diversifier les catégories professionnelles réalisant des déclarations. In fine : Déployer la culture sécurité à l'ensemble des professionnels</p>
<p>Cibles visées</p>	<p>Ensemble des professionnels de l'établissement</p>
<p>Contexte</p>	<p>Les professionnels de l'établissement ont besoin d'être davantage sensibilisés et formés à la qualité et la gestion des risques.</p> <p>Ils se questionnent sur les événements qu'ils peuvent signaler.</p> <p>Rappel de la réglementation liée à l'obligation de signalement par les professionnels de santé et sur les événements précurseurs.</p> <p>Charte non punitive en place</p> <p>Lorsqu'un signalement est réalisé, il est primordial que le déclarant ait un retour concernant sa déclaration, et des suites qui lui seront données.</p> <p>L'établissement est doté d'un système de signalement électronique ne permettant pas le retour électronique au déclarant. Le professionnel peut réaliser une déclaration anonyme s'il le souhaite.</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Sensibilisation des responsables de service sur l'importance de renseigner les actions immédiates réalisées suite à la déclaration dans un délai court suivant la déclaration.</p> <p>Changement du logiciel de déclaration des événements</p> <p>Point en réunion qualité sur les actions mises en place suite au CREX ou en réunion de service</p> <p>Projet de consulter de visu sur le logiciel les actions d'amélioration</p>
<p>Moyens engagés</p>	<p>Temps de formation et de sensibilisation des professionnels à la déclaration</p> <p>Changement de logiciel de gestion des EI</p>
<p>Facteurs de réussite</p>	<p>Implication des professionnels</p> <p>Evolution de la perception de l'erreur</p>
<p>Difficultés rencontrées</p>	<p>Difficulté pour les responsables de service de compléter la partie analyse de l'évènement de manière assez rapprochée de l'évènement</p>

	<p>Les professionnels ne savent pas toujours quel évènement déclarer</p> <p>Trouver des indicateurs de suivi pertinents (nb de déclaration par profession, nb d'EI, nb d'EI analysés/ nb d'EI déclarés, nb d'EI analysés / nb d'actions correctives mises en place)</p> <p>Règles de définition d'un évènement associés aux soins</p> <p>Indicateur reproduction de l'évènement malgré les actions correctives mises en place</p>
Résultats obtenus	Augmentation du nombre de signalement et des professions déclarantes

Initiative 6 : Délégation des Comités de REX aux cadres des services pour les EI internes au service – CH BRIVE (19)

<p>Etablissement</p> 	<p>Centre Hospitalier de BRIVE</p> <p>Établissement public de santé de 573 lits et 100 places d’ambulatoire ou temps partiel, avec des activités de MCO, santé mentale, SLD et SSR</p>
<p>Contact</p>	<p>Prénom, nom : Laetitia BOUCHUT-TOUZINAUD</p> <p>Fonction : Directrice Qualité et Gestion des risques</p> <p>Coordonnées : laetitia.bouchut@ch-brive.fr</p>
<p>Contexte</p>	<p>Ces 5 dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gros investissement dans la formation des cadres et IDE à l’analyse des EI : 600 agents / 2000 par un prestataire extérieur (méthode ORION®) ; peu de médecins à ces formations - CREX dans les unités + 3 CREX transversaux en place : PeC médicamenteuse ; parcours patient ; Urgences & soins non programmés - Centralisation de la gestion des risques sur une seule personne qui gère les CREX, Revue Mortalité Morbidité et leur suivi ; ce qui a entraîné un certain désinvestissement des professionnels des services <p>Signalement des EI sous format papier ; dématérialisation prévue début 2019</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Ré-impliquer les professionnels de terrain dans la démarche de gestion des EI au sein de leur service :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu’est-ce qu’ils peuvent mettre en place ? - Leur rôle dans le plan d’action ? - Leur rôle dans le suivi des actions à mettre en place ?
<p>Cibles visées</p>	<p>Professionnels de terrain</p> <p>Cadres et médecins</p>
<p>Contexte</p>	<p>Est arrivé au bout d’une étape : professionnels formés mais besoin de relai +++ dans les services ; peu de médecins impliqués et formés</p> <p>Centralisation de la gestion des risques sur une seule personne qui gère les CREX, RMM et leur suivi ; ce qui a entraîné un certain désinvestissement des professionnels des services</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Création d’une formation spécifique pour les médecins à la simulation en santé & à l’analyse des EI pour permettre une meilleure implication des professionnels de terrain par la mise en place de CREX « de proximité » au sein des services, sous l’impulsion des cadres de service</p>

	Délégation des CREX aux cadres des services pour les EI en interne au service ; poursuivre les CREX transversaux
Moyens engagés	Beaucoup de professionnels formés à l'analyse des EI mais manque implication des médecins <p>→ Nouveau format pour des formation des médecins sur 1 jour : Simulation en santé & Analyse des EI</p>
Facteurs de réussite	Communiquer dans les différentes instances Avoir le soutien et le relai du directeur des soins Impliquer les médecins Service Qualité présent dans les services pour maintenir la vigilance à déclarer, à analyser
Difficultés rencontrées	Difficulté à mobiliser les médecins Démarche initiale trop centralisée sur une même personne pour la tenue et le suivi des CREX, RMM
Résultats obtenus	Avant le nouveau projet : <ul style="list-style-type: none"> - 4 à 6 CREX annuels, avec des professionnels d'horizons divers ; - 1 RMM par trimestre Après la mise en place du projet : Nombre de CREX par service réalisés (cible 4 / an) Avec le projet à terme d'une réunion Qualité au sein de chaque pôle ; existe déjà en Oncologie - Radiothérapie

Initiative 7 : Session e-learning – Clinique Saint-Yves – Rennes (35)

<p>Etablissement</p> 	<p>Clinique Saint-Yves – Rennes</p> <p>La Clinique Saint Yves, Établissement de Santé Privé à but non lucratif, est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) depuis 1979 et géré par l'association « Œuvres des Augustines de Saint-Yves » depuis 2003.</p> <p>Elle accueille des patients en réadaptation digestive et nutritionnelle ainsi que des patients en réadaptation cardio-vasculaire.</p> <p>Activités de la Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation complète : 110 lits • Réadaptation cardio-vasculaire : 35 lits • Réadaptation digestive et nutritionnelle : 68 lits et 7 lits de médecine • Hôpital de jour réadaptation cardio-vasculaire : 25 places • Hôpital de jour réadaptation nutritionnelle et digestive : 4 places
<p>Contact</p>	<p>Emma LLACUNA, responsable qualité - llacuna@clinique-styves.fr</p>
<p>Contexte</p>	<p>La Clinique St Yves passe sa visite de certification en février 2019 (2^{ème} V2014). Avant la visite, l'établissement souhaite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître le niveau de connaissances des professionnels de terrain sur les thématiques HAS - Être en mesure de mener des actions correctrices en fonction des résultats par thématiques et par catégories professionnelles - Diffuser des informations ciblées sur les thématiques HAS à tous les professionnels concernés
<p>Objectifs</p>	<p>Evaluer et renforcer la culture qualité des professionnels</p> <p>Diffuser des informations à l'ensemble des professionnels sur un temps court</p>
<p>Cibles visées</p>	<p>Médecins - Infirmiers / infirmières - Aides-soignants / Aides-soignantes - Autres paramédicaux</p>
<p>Description synthétique</p>	<p>Déploiement (2 semaines) auprès des professionnels d'une session e-learning courte (moins d'une heure) comprenant des Quiz sur 10 thématiques HAS.</p> <p>Les feedbacks donnés pour chaque question et le rappel d'éléments spécifiques à la clinique Saint-Yves sont venus renforcer l'appropriation des notions de base de la Qualité / Gestion des risques par l'ensemble des professionnels.</p>
<p>Moyens engagés</p>	<p>Session e-learning FO'QUAL développée par Focus Qualité sur 10 thématiques HAS.</p>
<p>Facteurs de réussite</p>	<p>Organisation du déploiement par inscription du temps de connexion dans les plannings avec remplacement des professionnels.</p>

<p>Résultats obtenus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participation et complétude >> 80% (AS – IDE – Médecins) • Analyse des résultats par thématique et par catégorie de professionnels : score moyen des réponses (information spécifique à l'établissement non diffusés) • Score questions par questions y compris réponses « je ne sais pas » (information spécifique à l'établissement non diffusée) • Évaluation : • Cette session vous a-t-elle permis de développer des connaissances utiles ? >> 97 % « plutôt oui » + « tout à fait » • Cette session a-t-elle provoquée des échanges avec vos collègues sur la Q / GdR ? >> 65% « plutôt oui » + « tout à fait » • Avez-vous lu tous les commentaires (Feedback) ? >> 63 % « plutôt oui » + « tout à fait » • Globalement, est-vous satisfait(e) de cette session ? >> 96% « plutôt oui » + « tout à fait » • Aviez-vous déjà suivi une formation avec un support numérique, comme celle-ci ? >> 97 % « pas du tout » + « plutôt non »
<p>Documents associés</p>	<p>Flyer destiné aux professionnels :</p>  <p>The flyer features the 'fo'Qual' logo at the top left, which includes a stylized 'Q' icon. Below it, the text 'Évaluer et développer la culture qualité' is written in a cursive font. The central illustration shows a wooden boat with a white sail featuring a stylized 'Q' logo, navigating through waves. At the bottom right, the 'FOCUS QUALITE' logo is visible, consisting of a stylized 'F' and 'Q' inside a circle.</p>

Appel à contribution

Vous avez conduit ou conduisez dans votre établissement une initiative pour développer la Culture Qualité ?

Décrivez-la sur le modèle suivant et transmettez-la à Focus Qualité ou au Groupe Euris. Nous l'intégrerons avec plaisir dans la version en ligne de ce livre blanc pour la partager et la faire connaître.

Titre de l'action	
Établissement (joindre un logo)	
Contact	
Contexte	
Objectifs	
Cibles visées	
Description synthétique	
Moyens engagés	
Facteurs de réussite	
Résultats obtenus	
Documents associés (à lister et joindre)	

Recevez la version électronique de ce Livre Blanc en vous connectant sur
www.focusqualite.fr/lb-erreur-apprenante ou www.groupe-euris.com



Le Groupe Euris existe depuis 1986. Société de formation et de conseil aux entreprises des secteurs privés et publics (et notamment social et médico-social), nous intervenons dans les domaines du **management** et de **l'ingénierie de formation**.

Notre action consiste à **accompagner** les acteurs et décideurs de ces entreprises afin que les personnes ainsi que l'organisation **évoluent ensemble**. Elle visera toujours à faire adhérer vos équipes et vous faire prendre de la hauteur.

Les axes d'accompagnement :

- **Réussir ces changements** afin qu'il se fassent en cohérence avec vos objectifs et assurent l'adhésion de vos équipes : appui méthodologique à la rédaction de projets d'établissements, démarche qualité, etc.
- **Développer une culture commune du management** au sein de votre organisation : formation des cadres et outils pratiques de management ;
- Vous assister dans la **conception et la prise en main de formations sur-mesure**.



Datadock



Habilitation ANESM pour
les évaluations externes

EURL au capital de 110 000 Euros - RCS PAU B 343 918 918 00024 - APE 7022 Z
N° TVA intracommunautaire FR 67343918918
6 rue Paul Bert - 64000 Pau -FRANCE - Tél. : 33 (0)5 59 14 59 14
Email : euris@groupe-euris.fr – Site : www.groupe-euris.com

Recevez la version électronique de ce Livre Blanc en vous connectant sur
www.focusqualite.fr/lb-erreur-apprenante ou www.groupe-euris.com



E-learning – FO'QUAL

Conseil

Audits

Formation

Progressons ensemble pour le Patient.

Focus Qualité est un cabinet de conseil et de formations spécialisé sur les thématiques de la Qualité et de la Gestion des Risques auprès des établissements sanitaires et médicosociaux.

Focus Qualité a été créé en 2014 par Loïc Turbel après 20 ans d'expérience en établissement sanitaire. Notre orientation est délibérément **concrète et pratique**. Parlant le même langage que les professionnels de terrain, l'objectif est **l'appropriation des outils et méthodes** par les professionnels au bénéfice de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du Patient.

Focus Qualité a créé FOQU'AL e-learning, une solution en ligne pour évaluer et développer à large échelle la Culture Qualité des professionnels.



SAS Focus Qualité – Capital 34 250€ - SIRET PAU 830 608 527 00016 – APE 8559A
N° Formateur 756 404 224 64
Technopôle Hélioparc - 2 Avenue Président Pierre Angot – 64000 Pau
Email : contact@focusqualite.fr – Site : www.focusqualite.fr

Recevez la version électronique de ce Livre Blanc en vous connectant sur
www.focusqualite.fr/lb-erreur-apprenante ou www.groupe-euris.com

